SOUTH ARAL SEA MEDICAL JOURNAL

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
19 92
URGANCH FILIALI



ISSN

1. Bosh muharrir.

Ruzibayev Rashid Yusupovich-Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali direktori.

2. Bosh muharrir o‘rinbosari.

Karimov Rasulbek Xasanovich – Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Ilmiy ishlar va innovatsiyalar bo‘yicha direktor o‘rinbosari. ORCID-00090009-0325-2709

3. Mas’ul kotib.

Masharipov Alisher Kadambayevich – Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Ilmiy innovatsion ishlanmalarni tijoratlashtirish bo‘limi boshlig‘i.

4. Taxririyat a’zolari.

Abdullayev Ravshanbek Babajonovich – Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Ichki kasalliklar, reabilitalogiya va xalq tabobati kafedrasi Professor.

Masharipova Yulduz Kadambayevna – Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Ichki kasalliklar, reabilitalogiya va xalq tabobati kafedrasi PhD,Dotsent. ORCID- 0009-0003-2155-4627

Xudaykulova Feruza Xojikulovna – Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Ichki kasalliklar, reabilitalogiya va xalq tabobati kafedrasi PhD.

Djumaniyazova Nasiba Satimbayevna – Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali ,Patomorfologiya kafedrasi mudiri PhD,Dotsent.

Ruzmetov Ulugbek Avezmetovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Klinik anatomiya va gistologiya kafedrasi mudiri Dotsent.

Sapaeva Sharofat Aminovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Anatomiya Kafedra mudiri Dotsent.

Ismailov Salay Ruzmamatovich-Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali klinikasi bosh shifokori,professor.

Qalandarova Umida Arslanovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Fiziologiya va patologik fiziologiya kafedrasi PhD.

Satliqov Rashid Karimovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Harbiy dala terapiyasi, gematologiya va diagnostika kafedrasi t.f.n.

Raxmanova Umida Ulugbekovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Harbiy dala terapiyasi, gematologiya va diagnostika kafedrasi PhD,Dotsent.

Ruzmatov Palvannazir Yuldashevich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Umumiy jarrohlik kafedrasi mudiri t.f.n.

Babajanov Kudratbek Baxtiyarovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Umumiy jarrohlik kafedrasi PhD,Dotsent.

Babadjanov Anvarbek Raxmatovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Umumiy jarrohlik kafedrasi PhD,Dotsent.

Sapayev Dilshad Aminovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Oilaviy tibbiyotda xirurgik kasalliklar kafedrasi mudiri Dotsent.

Batirov Davronbek Yusupovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Xirurgik kasalliklar va transplantologiya kafedrasi mudiri Dotsent.

Allanazarov Allanazar Xudashkurovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Xirurgik kasalliklar va transplantologiya kafedrasi mudiri PhD,Dotsent.

Avezov Muhiddin Ikromovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Otorinoloringologiya va oftalmologiya kafedrasi PhD,Dotsent. ORCID-0009-0006-7430-3671

Esamuratov Aybek Ibragimovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Otorinoloringologiya va oftalmologiya kafedrasi t.f.d.

Yusupova Mexribon Ataxanovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Oilaviy shifokorlar tayyorlash kafedrasi mudiri Dotsent.

Matrizayeva Gulnora Djumaniyazovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Akusherlik va ginekologiya, onkologiya kafedrasi mudiri Dotsent.

Ruzmetova Dilfuza Tulibayevna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Akusherlik va ginekologiya, onkologiya kafedrasi PhD,Dotsent.

Samandarova Barno Sultanovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Mikrobiologiya, virusologiya va immunologiya kafedrasi mudiri Dotsent.

Abdullayev Ibadulla Kochkarovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali,Jamoat salomatligi va umumiy gigiyena kafedrasi mudiri t.f.d. Dotsent.

Djumaniyazova Zulxumor Farxadovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Ichki kasalliklar va dermatovenerologiya kafedrasi mudiri Dotsent.

Raxmanova Sanobar Sobirovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Ichki kasalliklar propedevtikasi va endokrinologiya kafedrasi Dotsent.

Sapayev Otabek Kodirovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasi t.f.d. Dotsent.

Quryozov Akbar Quramboyevich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Stomatologiya kafedrasi mudiri Dotsent.

Xudayberganov Nurmamat Yusupovich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Asab kasalliklari, tibbiyot psixologiyasi va psixoterapiya kafedrasi mudiri Dotsent.

Yusupov Shavkat Raximboyevich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya va ftiziatriya kafedrasi mudiri Dotsent.

Xudayberganov Munis Ruzibayevich- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Pediatriya va neonatologiya kafedrasi mudiri, Dotsent.

Tajiyeva Zebo Baxodirovna- Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Pediatriya va oliy hamshiralik ishi kafedrasi mudiri, Dotsent. ORCID-00000002-6806-6650

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

«ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ПАТОМОРФОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»
мавзусидаги Халқаро илмий-амалий анжуман тўплами

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ
И ИННОВАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Сборник Международной научно-практической конференции по теме
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОМОРФОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН»

Ушбу илмий ишлар тўпламида тиббиёт олий ўқув юртларида фаолият олиб бораётган профессор-ўқитувчилар бажараётган илмий-тадқиқот ишлари натижалари ўрин олган. Тезисларнинг мазмуни ва улардаги хатоликлар учун масъулият муаллифлар зиммасидадир.

В сборник научных трудов вошли результаты научно-исследовательских работ, проведенных профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов. Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.

23-24 май 2025 йил. Урганч. Ўзбекистон



КИРИШ

Ушбу тўпламда жой олган илмий мақолалар ва тезислар бугунги кунда Ўзбекистон тиббиёт соҳасида, хусусан патологик анатомияда учраётган долзарб масалалар, уларни ҳал этиш бўйича замонавий ёндашувлар ва янги илмий қарашларни ўз ичига олади. "Ўзбекистон Республикасида патоморфологиянинг долзарб муаммолари" мавзусидаги ушбу анжуман соҳадаги етакчи олимлар, ёш изланувчилар ва халқаро мутахассисларнинг ўзаро тажриба алмашишига хизмат қилади. Патоморфология тиббиёт фанининг асосий йўналишларидан бири бўлиб, у клиник ташхис қўйиш, касалликлар патогенези ва даволаш самарадорлигини баҳолашда ҳал қилувчи ўрин тутади. Шу боис, бугунги анжуманда тақдим этилаётган мақолалар нафақат илмий, балки амалиёт учун ҳам катта аҳамиятга эга. Улар замонавий морфологик ташхис усуллари, жумладан иммуногистокимёвий ва молекуляр таҳлиллар имкониятларини очиб беради. Анжуманда муҳокама қилинаётган мавзулар — мамлакатимизда патоморфологияни ривожлантириш, жумладан Жанубий Оролбўйи ҳудудларида кузатилаётган ўзига хос морфологик ўзгаришлар, шифокорлар ва морфологлар ҳамкорлигини мустаҳкамлаш, таълим ва амалиёт уйғунлигини таъминлаш каби масалаларни қамраб олади. Бу эса келгусидаги илмий-амалий фаолият учун мустаҳкам асос яратишга хизмат қилади. Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали ушбу анжуман орқали фан ва амалиёт ўртасидаги мулоқотни янада кучайтириш, ёш тадқиқотчиларни илмий изланишга жалб этиш ҳамда халқаро ҳамкорликни кенгайтиришни мақсад қилган. Умид қиламизки, ушбу тўпламдаги фикрлар, хулосалар ва янгиликлар патологик анатомияни янада юқори босқичга кўтаришда муносиб ҳисса қўшадиўлади.

Ҳурмат билан
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали директори
Рузибаев Р.Ю.

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Настоящий сборник включает научные статьи и тезисы, посвящённые актуальным вопросам современной патологической анатомии в Республике Узбекистан, а также инновационным подходам к их решению и новым научным взглядам. Международная научно-практическая конференция на тему «Актуальные проблемы патоморфологии в Республике Узбекистан» служит платформой для обмена опытом между ведущими специалистами, молодыми исследователями и зарубежными учёными.Патоморфология занимает одно из ключевых направлений современной медицины, играя решающую роль в постановке клинического диагноза, понимании патогенеза заболеваний и оценке эффективности терапии. Представленные на конференции статьи имеют не только теоретическое, но и высокое практическое значение, раскрывая потенциал современных морфологических методов, включая иммуногистохимию и молекулярные исследования. Темы, освещённые в рамках конференции, охватывают широкий спектр вопросов — от региональных морфологических особенностей в южной Приаральской зоне до внедрения инновационных диагностических методик, укрепления междисциплинарного взаимодействия между морфологами и клиницистами, а также совершенствования единства науки и практики в медицинском образовании. Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, организуя данную конференцию, стремится углубить диалог между наукой и клинической практикой, стимулировать научную активность молодых исследователей и расширить международное сотрудничество. Мы убеждены, что идеи, выводы и результаты, представленные в настоящем сборнике, внесут достойный вклад в дальнейшее развитие патологической анатомии в Узбекистане и за его пределами. Желаем всем участникам продуктивной научной дискуссии, новых идей и успешных исследований.

С уважением,
Директор Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии
Рузибаев Р.Ю.

O’TKIR POSTMANIPULYASION PANKREATIT: DOLZARBLIGI, DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDAGI MUAMMOLAR (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Abdukarimov J.Sh., Xakimov M.Sh.

Dolzarbliligi. Hozirgi kunda o’tkir postmanipulyasion pankreatit (O’PMP) muammosi endobiliar amaliyotlar texnologiyasining sezilarli darajada rivojlanganiga qaramay, o’z dolzarbligini yo’qotmadi. O’n ikki barmoqli ichakning katta so’rg’ichini (O’BIKS) kam qadamli kesish texnologiyasi takomillashtirilganligi [4, 25] va endoskopik papillosfinkterotomiyada (EPST) umumiy o’t yo‘lini selektiv kanyulyasiya qilish uchun nitinol o‘tkazgichlaridan [7, 10] foydalanish tufayli, kamonsifat papillotom (Demling papillotomi) bilan asosiy pankreatik yo’lining og’zini bexosdan kesib yuborishi bilan bog‘liq bo‘lgan o’tkir gemorragik pankreonekrozni, deyarli bartaraf qilishga imkon berdi. Shishli O‘PMPda vaziyat boshqacha - ularning chastotasi hali ham 40% ga etadi [8, 33]. Albatta, bu asoratlar kamdan-kam hollarda o‘limga olib keladi (0,1%) (istisno holatlari parapankreatik infiltratlarning rivojlanish holatlaridir), ammo ular iqtisodiy oqibatlardan (davolash qiymati) tashqari, ko‘pincha, qo‘shimcha omillar tufayli (mexanik sariqlik, og‘ir hamroh patologiya, keksa yosh va boshqalar), jiddiy klinik muammo tug‘diradilar [18, 29, 37].

Bugungi kungacha pankreatobiliar sohasining organlarini diagnostika va davolash muammolari haligacha dolzarb bo‘lib kelmoqda va ular muhokama qilinmoqda. Masalan, o’t tosh kasalligi (xolelitiaz) hali ham eng keng tarqalgan patologiya bo‘lib, uni "farovonlik kasalligi" deb ham atashadi. Ba’zi ekspertlarning fikriga ko‘ra, yaqin 5-10 yil ichida bu kasallikni soni, aynan mehnatga layoqatli yoshdagi bemorlar hisobidan, ko‘payishi kutilmoqda [11]. Jahon gastroyenterologik assosiatsiyasining ma’lumotlariga ko‘ra, xolelitiaz, yurak-qon tomir kasalliklari va diabetdan keyin uchinchi o‘rinni egallab, dunyo aholisining 10% dan ko‘prog‘ida uchraydi. Albatta, shu bilan birga, jigardan tashqari o’t yo’llarini havfsiz obstruktiv jarayonlarining uchrashi oshib boradi va bu o’z navbatida ushbu toifadagi bemorlarda operativ aktivlikni oshirishga olib keladi. Bu esa, ko‘pincha 1% dan 23% gacha asoratlarga va bemorlarning reabilitatsiya davrining uzaishiga olib keladi [27].

Minimal invaziv operatsiyalarning imkoniyatlari tobora kengayib bormoqda. O‘BIKS egiluvchan video-endoskopik texnologiyalar yordamida o‘tkaziladigan amaliyotlar tashqi o‘t yo‘llarining patologiyasini aniqlashda va davolashda etakchi o‘rinni egallab oldi. Xususan, endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERXP) hozirgacha "oltin standart", endoskopik papillosfinkterotomiya (EPST) esa – xoledoxolitiaz va O‘BIKS stenotik o‘zgarishlarini, ayniqsa operatsiya-anesteziologik xavfi yuqori yoki postxolesistektomik sindromi bilan bemorlarni, davolashda tanlov operatrsiyasi hisoblanadi [3, 15, 31]. Ushbu turdagi amaliyot operatsiyadan keying davrdagi ham asoratlar soni, ham salbiy natijalar, ham bemorni reabilitatsiya qilish bo‘yicha afzalliklarga ega, umumiy samaradorligi esa 98%ga etadi [2, 9].

ERXPni 1968 yilda birinchi marta W.S. McCune, 1973 yilda birinchi endoskopik papillosfinkterotomiya M. Classen va L. Demling va K. Kavay amalga oshirganlaridan beri transpapillarar amaliyotlarning asoratini oldini olish muammosi o‘z dolzarbligini yo‘qotmayapti. Endoskopik texnikaning takomishlanishiga, yangi usullar, texnologiyalar va materiallarning joriy etilishiga, yangi dorilarning paydo bo‘lishi va qo‘llanilishiga qaramay, EPSTning asoratlari umumiy soni 36%ga etadi, bu esa ushbu masala bo‘yicha keyingi tadqiqotlar muhimligini ta’kidlaydi [9, 15, 24, 25]. ERXPning o‘ziga xos asoratlarini kamaytirish muammolariga bag‘ishlangan yigirma yildan ortiq izlanishlar, misol uchun, Freyeman (2001), M. Kristen (2004), B.J. Elmunzer (2012), J. Buxbauml (2016), Jun-Xo Choy (2017) va boshqalar, ularning paydo bo‘lishini ishonchli bartaraf qilishga imkon bermadi. Aniq afzalliklari va 87-98%gacha ega bo‘lgan yuqori klinik samaradorligiga (Watanabe H. va boshqalar, 2007) qaramay, retrograd transpapillar amamliyotlar o‘ziga hos bir qator asoratlar bilan kechishi mumkin: 0,2-1,6% hollarda o‘n ikki barmoqli ichakning teshilishi 1,7-24% - xolangit, 15% - residiv xoledoxolitiaz, 1,1-17,2%

- qon ketish kuzatiladi. EPSTdan keyingi asoratlarning umumiy soni 23%ni, o‘lim esa 4%gachani tashkil qiladi [6].

O‘PMP ERXP/EPST ning eng jiddiy va keng tarqalgan asoratidir, u o‘rtacha 25-30% hollarda rivojlanib, tez rivojlanishi va og‘ir kechishi bilan tavsiflanadi [27, 29]. Bugungi kunda ushbu sohadagi ekspertlar tobora, ko‘proq xavfli guruhdagi bemorlarning 15% dan yuqori chastotaga ega bo‘lgan, pankreatitning asosiy omili - ERXP davomida asosiy oshqozon osti yo‘liga kontrast moddani yuborish ekanligini tan olishmoqda. Shu bilan birga, adabiyotlar ma’lumotlarini tahlil qilganda shuni ta’kidlash kerakki, turli xil mualliflarning fikriga ko‘ra ERXP/EPSTdan keyin O‘PMP rivojlanish chastotasi sezilarli darajada farq qiladi va 1 dan 40% gacha, o‘rtacha ko‘rsatkich 5-20% ni tashkil etadi [17, 23, 34, 37].

O’PMP asosan 30-50 yoshdagi mehnatga layoqatli insinlarda rivojlanadi va O’PMP yoki pankreonekrozning og‘ir shaklini o‘tkazganlarda asorat nogironlikka olib keladi [30]. Ko‘pincha, ya’ni 44-60% hollarda engil shakli qayd etilishiga va u konservativ choralar kompleksi yordamida tezda bartaraf etilishiga qaramay, 2,0% dan 4,7% gacha hollarda og‘ir shakli uchraydi va unda o‘lim darajasi 13% ga etadi [10, 15].

Pankreonekroz va poliorgan etishmovchilik og‘ir O‘PMP 15% gacha holatlarda kuzatiladi. Turli mualliflarning fikriga ko‘ra, "steril" pankreonekroz rivojlanganda o‘lim 15 dan 30% gacha hollarda qayd etiladi, infeksiyalangan shaklida esa o‘lim 85% ni tashkil etadi [5, 17]. ERXP/EPST dan keyingi barcha asoratlarning 50%gacha O‘PMP bilan bog‘liq bo‘lib, ularning 40%ga yaqini o‘limga olib keladi. Endoskopik davolanishdan keyin 60% dan ortiq sud jarayonlari va shikoyatlarning sababi ham O‘PMPning rivojlanishi hisoblanadi [1, 29].

O‘tkir manipulyatsion pankreatit nafaqat O‘zbekistonda keng tarqalgan endoskopik amamliyotining jiddiy asoratidir. Masalan, AQSHda ushbu toifadagi bemorlarni davolash uchun yillik xarajatlar 150 million dollardan oshadi [17, 34]. ERXP dan keyin pankreatitning eng yuqori darajasi Shimoliy Amerikada (13,0%), kamroq Evropada (8,4%) va Osiyoda o‘rtacha (9,9%) uchrashi kuzatiladi [19].

O’PMP atamasi 20 yildan ortiq vaqtdan beri ma’lum bo‘lib Cotton va hammualliflarining xalqaro tasnifiga ko‘ra, amilazaning uch martadan ko‘proq oshishi bilan kechadigan pankreatitning klinik ko‘rinishini anglatadi, odatda u O‘BIKSda manipulyasiya qilingandan keyin 24 soat ichida rivojlanadi va kasalxonada kuzatuvda bo‘lishni talab qiladi yoki kasalxonadagi yotishni uzaytiradi. Keyinchalik M.Freyeman va hammualliflari bilan bu tushinchaga o hammualliflarining zgartirishlar kiritishdi. Ular O‘PMPga qorin bo‘shlig‘ida paydo bo‘ladigan yoki kuchayib borayotgan og‘rig‘i, endoskopik amamliyotdan keyingi 24 soat ichida rivojlanib, kasalxonaga yotqizishni yoki uning muddatini 2-3 kunga uzaytirishni talab qiladigan amilaza va / yoki lipaza miqdorini normaga qaraganda uchdan ortiq ko‘payishi bilan birga keladigan o‘zgarishlar deb izoh berishgan [33, 37].

EPSTning o‘n yillik retrospektiv tajribasini tahlil qilib, 1983 yilda L. Demling O‘BIKSdagi endoskopik amamliyotlarga umumiy qarshi ko‘rsatmalarini aniqladi. Muallifning fikrilariga ko‘ra, katta o‘lchamdagi tosh yoki uzaygan stenozning, katta o‘smaning mavjudligi, shuningdek bemorning yoshligi xavf omillariga kiradi [15]. Amerika Gastrointestinal Endoskopiya Jamiyatining (ASGE) ma’lumotlariga ko‘ra, kamida ikkita xavf omiliga ega bo‘lgan bemorlarda O‘PMP rivojlanishi 40% ga etadi [34]. M. Freyeman va hammualliflarining ko‘rsatganidek, bir nechta omillarning kombinatsiyasi reaktiv pankreatit rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi. Uch yoki undan ortiq moyil bo‘lgan omillar mavjud bo‘lganda xavf 5-10 marta oshadi .

Xavf omillarining bir nechta guruhlari mavjud: bemor bilan bog‘liq omillar, muolaja va endoskopist bilan bog‘liq bo‘lgan omillar, ular esa asosiy va mumkin bo‘lganlarga bo‘linadi [15, 29]. Bemor bilan bog‘liq bo‘lgan asosiy xavf omillariga Oddi sfinkterining disfunksiyasi, ayol jinsi, oldingi o hammualliflarining tkazilgan pankreatit kiradi. Bemor bilan bog‘liq bo‘lgan bo‘lishi mumkin bo‘lgan xavf omillariga O‘PMP avval o‘tkazilgani, ortiqcha miqdordagi vazn, o‘t yo‘llarining o‘zgarishsizligi, pankreatit va bilirubinemiyaning mavjud emasligi kiradi [33].

Endoskopik amaliyot bilan bog‘liq bo‘lgan O‘PMP rivojlanishiga quyidagi asosiy omillarni keltirish mumkin: O‘BIKSni kanyulatsiya qilishdagi qiyinchiliklar, shuningdek, ushbu

jarayonga 5 daqiqadan ko‘proq ketgan ish vaqti, oshqozon osti bezi yolini 5-dan ortiq urinishda o‘tkazgich orqali kateterizatsiya qilish, ionli kontrastlarni qo‘llash, xona haroratidan past eritmalardan foydalanish, kontrastni tezlik bilan yuborish. Shu bilan birga, kesiboluvchi (precut) sfinkterotomiya, oshqozon osti bezining sfinkterini kesib yuborish, O‘IBIKSni balonli kengaytirishi, travmatik va uzoq davom etgan litekstraksiya, shuningdek, amaliyot ichida ultratovush tekshiruvi o‘tkazilishi O‘PMP rivojlanishiga qo‘shimcha xavf omillaridir [6, 20, 33, 34].

Ammo, adabiyotlarda O’PMP rivojlanishida xoledoxo- va virsungografiya uchun ishlatiladigan kontrast modda turi o‘rtasidagi to‘g‘ridan-to‘g‘ri bog‘liqlik to‘g‘risidagi xulosa mavjud emas; xususan, kontrastni suyultirish zarurati, shuningdek, uning miqdori va yuborish tezligi [28].

Shu bilan birga, ASGE har bir holatda imkon qadar eng kam miqdorda kontrast modda ishlatishni tavsiya qiladi [35] Virussografiya - bu pankreatitning asosiy xavf omillaridan biri bo‘lib, pankreatitni aksariyatida rivojlantirib, 84,6% ga etkazadi. Ko‘pgina bemorlarda ERXPdan keyingi 3-4 soat ichida amilazaning vaqtincha o‘shishi kuzatiladi, ammo 24 soat ichida amilazemiya normaga tushadi [1, 14].

Boshqa mualliflarning fikriga ko‘ra, O’PMP rivojlanishining xavf omillari qatoriga yana quyidagilar kiradi: keksa yosh, anatomik xususiyatlar (so‘rg‘ich atrofi divertikullar, O‘BIKS sohasidagi yaralar va stenotik o‘zgarishlar, qo‘shimcha yo’llar mavjudligi), oshqozon osti beziga zarar etkazuvchi moddalarni qabul qilish [7, 15]. Ba’zi hollarda, qo‘shimcha yo‘llar va so‘rg‘ich hosil bo‘lgan sekretni chiqazishga etarli darajadagi o‘lchamga ega bo‘lmay yoki oshqozon osti bezining asosiy va qo‘shimcha yollari o‘rasida anastomoz yo‘qligi pankreatitning rivojlanishiga olib keladi [13, 30].

Bir qator nashrlar, O‘PMP rivojlanish xavfi "muqobil anatomiya"da yuqoriligini ko‘rsatadi, hatto tajribali endoskopistlar ham bu faktni e’tiborsiz qoldirib bo‘lmaydi [7, 15, 20, 28]. Shu sababli, ko‘p adabiyotlarda endoskopistning tajribasi bilan bog‘liq xavflarni tavsiflashga katta e’tibor beriladi. Mutaxassis agar haftada kamida ikkita ERCP/EPST bajargan bo‘lsa, buni ijobiy deb hisoblasa bo‘ladi bunda pankreatit rivojlanish xavfi kamayadi [34]. S. Loperfidoning so‘zlariga ko‘ra, tibbiyot markazida yiliga 200 dan kam ERCP/EPST amalga oshirilsa, manipulyasiyadan keyingi asoratlarning chastotasi yil davomida belgilangan miqdordan ko‘proq amaliyotlar bajargan klinikalarga qaraganda 3 barobar ko‘p uchraydi . Shu bilan birga, bu ma’lumotlar boshqa adabiyotlarda tasdiq topmagan [6, 15, 32].

Shunday qilib, O‘PMP rivojlanishi uchun xavf omillariga birlashtirilgan fikr va universal yondashuvning yo‘qligi mavjud vaziyatni tahlil qilishni davom ettirish zarurligini ko‘rsatadi va ushbu toifadagi bemorlarga yangi, yagona harakatlar algoritmni ishlab chiqish istiqbolini ochib beradi. Shu bilan birga, O’PMP rivojlanishining yuqori darajada saqlanib qolishi, pankreatobiliar sohasi a’zolarining patologiyasini aniqlashda invazivligi kamroq bo‘lgan, xususan, endoskopik endosonografiya (Endo UTT) va magnit-rezonansli xolangiopankreatografiya (MRXP), diagnostika usullaridan foydalanish hollari ko‘payib borayotganligini tushuntiradi. Shu munosabat bilan, ushbu metodlarni keng klinik amaliyotga kiritilishi tashxis qo‘yish sifatining yaxshilanganini va shu bilan birga O‘PMP rivojlanish holatlari kamayganini ta’kidlash kerak [16, 25].

Endo ultratovush tekshiruvi juda ko‘p afzalliklarga ega. Bu xoledoxolitiazni tashxislashda sezuvchanligi 94,7% gacha, o‘ziga xosligi 95,2% gacha va diagnostik samaradorligi 99% gacha bo‘lgan minimal invaziv usul. Unchalik chuqurga kirita olmaslik (10 sm gacha) va apparatni, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak anatomik xususiyatlarga ega bo‘lganda, o‘tkazib bo‘lmaslik, ushbu usulning kamchiligidir [10].

MRXP - bu ERXPga muqobil bo‘lgan xavfsiz noinvaziv diagnostika usuli. So‘nggi yillarda MRXPni amaliy tibbiyotga keng joriy etilishi tufayli uning diagnostika imkoniyatlari oshdi. Operatsiyadan oldin biliopankreatik sohaning yo‘llarini baholash imkoniyati mavjud bo‘ldi. Bunga usulni dasturiy ta’minoti va texnologiyasini takomillashtirish orqali erishildi.

Xoledoxolitiazni aniqlashda MRXP ning sezgirligi, o‘ziga xosligi va diagnostik aniqligi mos ravishda 81-100%, 84-100% va 90-96% ni tashkil qiladi. Usulning sezgirligi to‘g‘ridan-to‘g‘ri toshning o‘lchamiga bog‘liq: toshning o‘lchami 5 mm gacha bo‘lganda MRXPni sezuvchanligi 90,5%, o‘ziga xosligi 87,5% tashkil qilib u, sezgirligi va o‘ziga xosligi mos ravishda 76,6% va 86% tashkiladigan transabdominal UTT bilan taqqoslanishi mumkin. Toshni o‘lchami 5 mm dan oshganda, MRXP ning diagnostik aniqligi 99% ni tashkil qiladi. Tekshiruv kontrast moddalarsiz amalga oshirilishi mumkin, yaxshi vizualizatsiya o‘t yo‘llaridagi suyuqlikni yuqori miqdorligiga asoslangan. Ammo shuni ta’kidlash kerakki, suyuqlik to‘plangan va yallig‘langan sohalarning diagnostikasi kontrast modda bilan kuchaytirmasdan o‘tkazilsa, natija ko‘pincha shubhali bo‘ladi.

MRXP to‘siq hosil qilgan sohani uzunligini va hajmli hosilani jigarning katta tomirlari bilan munosabatini aniqlishtirish mumkin [4, 12, 18]. ERXP bilan taqqoslaganda MRXP ning asosiy kamchiliklari: tadqiqot davomida jarrohlik muolajalarni amalga oshirishning imkoni yo‘qligi, klaustrofobiya, bemorning tanasida yurak stimulyatori yoki ferromagnit implantatlar mavjudligida qo‘llab bo‘lmasligi. Bundan tashqari, artefaktlar paydo bo‘lishi ham MRXP aniqligini kamaytiradi: havodan 39% gacha, qon tomirlarining pulsatsiyasidan - 37% gacha artefaktlar paydo bo‘ladi. 24% hollarda artefaktlar turli xil anatomik xususiyatlarga bog‘liq, masalan: divertikullar, pufak yo‘lini parallel tekshirish, o‘n ikki barmoqli ichak divertikuli, operatsiyadan so‘ngi klipsalar. Shuningdek, agar segmentar o‘t yo‘llari sezilarli darajada toraygan bo‘lsa, MRXP orqali ularga to‘liq baho berib bo‘lmaydi [4, 22]. Agar anamnezda oshqozon rezeksiyasi, gastrektomiya o‘tkazilgan yoki biliodigestiv anastomoz qo‘llanilgan bo‘lsa MRXP qilish afzalroqdir. Bunday hollarda ERXP kam ma’lumotga ega bo‘lib asoratlar xavfini oshiradi.

Ko‘p hollarda, diagnostik usullari aniqlik kiritgandan so‘ng, jarrohlik amaliyotini qo‘llash kerak bo‘ladi. ERXPning xavfsizligini oshirishga qaratilgan ko‘plab izlanishlarga qaramay, muammo dolzarbligicha qolmoqda. O‘PMP chastotasi va jiddiyligi klinik ahamiyatga ega bo‘lib qolmoqda. Pankreatitni oldini olish uchun turli xil farmakologik guruh dorilarni qo‘llashni taklif qilinadi: gormonlarni, yallig‘lanishga qarshi dorilarni, miorelaksantlarni, antioksidantlarni, proteazalar ingibitorlarini.

Udd M. va hammualliflar oktreotidni O‘PMP profilaktikasida samaradorligini o‘rganish uchun uni kuniga 3 marta teri ostiga 100 va 200 mg dozada 7 kun davomida qo‘llashgan. O‘lim bilan yakunlangan holatlar 15%, plasebo guruhida esa 16% tashkil qilgan. Ikkilamchi asoratlar 76% va 71% qayd etilgan. Natijada, ular ushbu dori samarasiz degan xulosaga kelishgan [36].

Bir nechta RKTlarni tahlili shuni ko‘rsatadiki, O‘PMPning oldini olish uchun oktreotidni qabul qilish dozasi yuqori (0,5 mg dan ortiq) bo‘lganida samarali bo‘ladi [19]. ASGE ma’lumotlariga ko‘ra, oktreotidni qabul qilish O‘PMPning umumiy chastotasiga ta’sir qilmaydi va oktreotid bilan profilaktika qilish tavsiya etilmaydi. Oktreotidning profilaktik samaradorligini aniqlash uchun 0,5 mg teng bo‘lgan yoki undan yuqori bo‘lgan dozani yuborish orqali baho beradigan yangi tadqiqotlar talab qilinadi .

Oddi sfinkterining tonusiga ta’sir etuvchi keng qo‘llaniladigan (lidokain, adrenalin, nifedipin, botulotoksinlar, nitrogliserin), ammo muntazam profilaktika uchun Evropa Gastrointestinal Endoskopiya Jamiyati tomonidan tavsiya etilmagan dorilar, o‘z samaradorligini isbotlay olmadi. Biroq, ba’zi mualliflar ushbu vositalarni samaradorligini ta’kidlaydilar [1, 7, 8, 26].

Nitrogliserinning teri orqali yoki til ostiga yuborilishini samaradorligini ikkita RKTda namoish etdi. Ko‘pchilikka ma’lumki, nitrogliserin Oddi sfinkterining bosimini va me’da osti bezi yollaridagi bosimni kamaytiradi. Ökmen H. va hammualliflar nitrogliserinni ERXPdan oldin 2 mg dozada tili ostiga yuborib pankreatitni kamayishiga erishishgan. Ammo o‘tkazilgan boshqa tadqiqotlar uning samaradorligini ko‘rsatmagan. Shuningdek, nitrogliserinni qabul qilish ko‘pincha bosh og‘rig‘i va vaqtinchalik gipotenziya holati kabi yon ta’sirlari bilan birga keladi, bu esa uning ishlatilishini sezilarli darajada cheklaydi [33].

Steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dorilar (SBYQD) aniq yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega. Ushbu dorilar guruhi yallig‘lanish patogenezining asosiy bo‘g‘iniga ta’sir qiladi - bu

sikloksigenaza-2 (SOG-2) fermentining faoliyatini to‘htatadi, natijada yallig‘lanishning markaziy mediatori bo‘lgan prostaglandinlarning sintezi buziladi, bu esa SBYQDlarni yallig‘lanishga qarshi vosita sifatida tavsiya qilishga asos soladi. 2012 yilgi meta-tahliliga ko‘ra, H. Ding va hammualliflari ERXPni SBYQDlarni to‘g‘ri ichak orqali yuborish bilan olib borilgan 10 RKT natijalarini taqqoslashdi. Olib borilgan davo o‘tkir pankreatit bilan kasallanishini 2 baravarga kamaytirdi. SBYQDlar pankreatitning og‘ir va o‘rtacha shakllarini kamaytirishi muhimdir [3, 25]. Bir oz boshqacha, ammo juda yaqin ma’lumotlar I.Puig va hammualliflar ko‘rsatdi, ular 9 RKTning natijalarini jami 2133 bemorda taqqosladilar. SBYQDni qabul qilish, plasebo guruhiga nisbatan, 2 baravar O‘PMP rivojlanish xavfini kamaytirgan.

2014 yilda tadqiqotchilarning ikkita mustaqil meta-tahlillari natijalari e’lon qilindi. Ular o‘zlarining hisob-kitoblarida 7 RKT natijalarini tahlil qilgan. Ushbu tadqiqotlardagi natijalar ikki guruhda baholandi: O‘PMP profilaktikasi uchun SBYQD olganlar va yallig‘lanishga qarshi dorilarni olmagan guruh. Tahlil shuni ko‘rsatdiki, indometatsin yoki diklofenakni ERXP/EPSTdan oldin yoki undan keyin to‘g‘ridan-to‘g‘ri yuborilsa pankreatit bilan kasallanish xavfi sezilarli darajada kamayar ekan [19]. Boshqa bir tadqiqotda, O‘BIKS stenozi bo‘lgan bemorlar guruhida pankreatit darajasi SBYQDdan keyin 9,2% va nazorat guruhida 16,9% ni tashkil etdi. Yuqori xavfli bemorlarda indometasinni oshqozon osti bezi yo‘lini stentlashtirmasdan ishlatish ham samarali hisoblanadi - pankreatit xavfi 20,6% dan 6,3% gacha kamayadi [21].

RPXG dan oldin SBYQDlarni qo‘llash va asosiy pankreatik yo‘lini profilaktik stentlanishi o‘tkir pankreatitning rivojlanishini 5,5 marta kamaytiradi [27].

Eng asosyilaridan biri bu SBYQDlarni qo‘llash o‘tkir pankreatitning o‘rtacha va og‘ir shakllarini kamaytiradi [19]. 2015 yildagi Yaponiyaning o‘tkir pankreatitni davolash va ESGE tavsiyalari bo‘yicha, qarshi ko‘rsatmasi bo‘lmagan barcha bemorga EPXGdan oldin yoki keyin 100 mg diklofenak yoki indometatsinni buyurish tavsiya etilgan . SBYQDlarning kam dozalari O‘PMP xavfini sezilarli darajada kamaytirishi isbotlangan.

Tadqiqotlarga ko‘ra, ba’zi mutaxassislar yurak-qon tomir tizimining patologiyasi bilan bemorlarga intensiv vena ichiga infuziya qilishdan qo‘rqishlariga qaramay, intensiv hidratatsiya olib borish haddan tashqari yuklanish kabi istalmagan asoratlarni keltirib chiqarmas ekan.

Shunday qilib, davom etayotgan tadqiqotlar va O‘PMPning oldini olish uchun samarali algoritmni izlashga qaramay, ularning ma’lumotlari ko‘pincha bir-biriga zid keladi yoki ularning samaradorligini tasdiqlamaydi degan xulosaga kelishimiz mumkin. O‘PMP profilaktikasi muammosi haligacha murakkab bo‘lib qolmoqda, bu esa qo‘shimcha izlanishlarni talab qiladi [19]. Zamonaviy adabiyotlarda ERXP/EPST uchun operatsiyadan oldingi tayyorgarlik modelida bir-biridan nomuvofiqliklar mavjud bo‘lib, bu yangi profilaktika usullarini ishlab chiqish va o‘rganishga zamin yaratadi. O‘BIKSda amaliyot strategiyasi turli xil xavf omillari bo‘lgan bemorlar guruhining shakllanishiga qarab belgilanmagan. O‘BIKSda amaliyot bajarilgan bemorlarda parvarishining yagona algoritmi mavjud emas va O‘PMPning oldini olish bo‘yicha tavsiyalar to‘liq ishlab chiqilmagan. Adabiyotdagi ma’lumotlariga ko‘ra shuni aytish mumkinki, bugungi kungacha ERXP/EPSTdan keying rivojlanishi mumkin bo‘lgan O‘PMP bo‘yicha ishlab chiqilgan harakatlar algoritmi va farmakologik profilaktika, ayniqsa yuqori xavfli guruhlarda, to‘liq uni nazorat qilishga imkon bermaydi, bu esa yosh bemorlar orasida o‘limning oshib borishiga olib keladi. Shuning uchun, xavf guruhlarini sinchkovlik bilan aniqlash, metodologiyani to‘g‘ri bajarish va majburiy elementar farmakologik profilaktikani tayinlashdan tashqari, asoratlar foizini maksimal darajada kamaytirish uchun yangi dorilar yoki algoritmlarni ishlab chiqish, o‘rganish va joriy etish kerak degan xulosaga kelishimiz mumkin.

ISHLATILGAN ADABIYOTLAR RO‘YHATI:

1. Aminov IKh, Churkin MV, Podoluzhny VI, Krasnov KA - Infuyencye of the type of sedation and risk factors on the development of acute pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Medicine in Kuzbass. 2014; (3): 21.
2. Beburishvili AG, Bykov AV, Zyubina EN, Burchuladze NS - Evolution of approaches to surgical treatment of the complicated cholecystitis. Surgery. Journal named after N.I. Pirogov. 2005; (1):

3. Xakimov M.Sh., Berkinov U.B., Matkuliyev O'.I., Asanov B.P., Asatullayes J.R., Fayzullayev B.B., Shonazarov J.I. - Retrograt endobiliar intervensiyalardan keyingi asoratlarni kamaytirish yollari. Biologiya va tibbiyot muommolari 2021;(6.1) 133 453-462
4. Berkinov U.B., Matkuliyev O'.I., Asanov B.P.; - Retrograd endobiliar amaliyotlardn keyingi asoratlarni kamaytirish yo'llari. O'zbekiston xirurgiyasi 2020 (4) 88, 53
5. Gusev A.V., Solovev A.Yu., Lebedev A.K., Vakheyeva Yu.M., Efremov A.V., Yushinov A.A. et al. Immediate and distant results of endoscopic papillosphincterotomy. Modern Problems of Sciyencye and Education. 2015; 5.
6. Ilchenko AA. Endoscopic retrograde cholangiopancreaticography: possible effective prevention of ERCP-inducyed pancreatitis? Experimental and Clinical Gastroyenterology. 2008; (3): 62-71.
7. Istomin NP, Agapov KV, Bekhtev GV, Kolygayev VF, Kuchkarov MF, Pavlov NB. Intra-procyedural medications in endoscopic interventions on extrahepatic biliary tracts. Medicine of Extreme Situations. 2015; 3(53): 59-64.
8. Kondratenko PG, Stukalo AA. Acute postoperstive pancreatitis in the transpapillery endosurgery. Clinical Surgery. 2017; 9(2): 17-20.
9. Koryakina TV, Cheremisin VM, Kokhanenko NYu, Pavelets KV, Avanesyan RG, Antono v NN et al . Comparative characteristics of ul transonic and magnetically resonant research methods in the diagnosis and treatment of mechanical jaundicye of benign genesis. Bulletin of St. Petersburg University. Seriyes 11. Medicine. 2013; (1): 148-160.
10. Krasilnikov DM, Safin RSH, Vasilev DZh, Zakharova AV, Mirgasimova DM, Yusupova AF. Prevention of complications after endoscopic retrograde cholangiopancreatography and papillosphincterotomy. Kazan Medical Journal. 2012; (4): 597-601.
11. Kyzhyrov ZhN, Malakhova YUI, Sayutin VE, Nam CHYe. The algorithm of diagnostics and surgical tactics in obstructive jaundicye. Bulletin of Kazan Medical University. 2014; (4): 175-181.
12. Loyt AA, Zvonarev EG. Pancreas: link of anatomy, physiology and pathology. Issuyes of Reconstructive and Plastic Surgery. 2013; 16(3): 48-53.
13. Loktionov AL, Kozlova AI, Voropayev EV, Mikayelyan PK, Sunyaykina OA, Bystrova NA et al. Differential laboratory diagnosis of a0cute biliary pancreatitis and nonbiliary pancreatitis. Sciyentific Bulletins of BelSU. Seriyes: Medicine. Pharmacy. 2015; (16): 31-39.
14. Maady AS, Alekseyev KI, Osipov AS, Vasilev IV. Prophylactic and curative pancreatic stenting for post-ERCP acute pancreatitis. Experimental and Clinical Gastroyenterology. 2014; 4(104): 39-42.
15. Mayev IV. Chronic pancreatitis: textbook. Moscow: RESMC. 2003; 80 p.
16. Makhmadov FI, Kurbonov KM, Nurov ZKh, Gulakhmadov AD, Sobirov AD. Diagnosis and treatment of mechanical jaundicye. Surgery News. 2013; 21(6): 113-122.
17. Moroz EV, Sokolov AA, Artamkin EN. Use of non-steroidal antiinflammatory preparations for prevention of acute pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography (literature reviyew). Bulletin of East Siberian Sciyentific Cyenter of Siberian Department of Russian Academy of Medical Sciyencyes. 2015; 2(102): 115-121.
18. Nikolskiy VI, Gerasimov AV. Transduodenal interventions in the biliary tract: the mistakes, failures, complications and their prevention (literature reviyew). Procyeyedings of the Universitiyes. Volga region. Medical Sciyencye. 2012; 4(24): 165-177.
19. Petrov AM, Khabitsov VS. Magnetic resonancye imaging of cholelithiasis and its complications. Kuban Sciyentific Medical Bulletin. 2011; 6(129): 103-105.
20. Polushin YUS, Sukhovetskiy AV, Pashchenko OV, Shirokov DM. Acute postoperative pancreatitis. SPb.: Foliant, 2003. 160 p.
21. Sayfutdinov IM, Slavin LE, Khayrullin RN, Zimagulov RT, Davliyev MK. Analysis of complications of transpapillary interventions. Clinical and Experimental Surgery. 2015; (3): 51-57.

22. Sayfutdinov IM, Slavin LE. Ways of preventin complications of endoscopic transpapillary interventions. Kazan Medical Journal. 2016; 1(97): 26-31.
23. Tarasov AN, Shestopalov SS, Silayev MA, Abramov EI, Dorofeyeva TE, Olevskaya ER et al. Surgical treatment and different preoperative preparation of patiyents with malignant tumors of hepatopancreatoduodenal zone. Experimental and Clinical Gastroyenterology. 2014; 11(111): 51-56.
24. Tarasov AN, Vasil'ev AV, Dorofeyeva TE, Olevskaya ER, Deryabina EA, Mashkovskiy AM. The possibilitiyes of modern prophylaxis of acute pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Experimental and Clinical Gastroyenterology. 2014; 11(111): 57-60.
25. Tolstokorov AS, Sarkisyan ZO, Goch EM, Volchkov AS, Skopets SM, Dergunova SA et al. A method of prevention of acute pancreatitis after performing diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Saratov Sciyentific Medical Journal. 2012; (3): 845-849.
26. Yadrenseva SV. Multispiral computer tomography in diagnostics, staging, treatment and prognosis of acute pancreatitis and its complications: Abstracts of candidates of medical sciyencyes: 14.01.13. Russian Sciyentific Cyenter of Radiology and Nuclear Medicine. M., 2015; 23 p.

NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS: CLINICAL RESULTS

Abdukarimov Zh.Sh., Khakimov M.Sh., Masharifov Kh.Sh.

Аннотация. Острый панкреатит представляет собой серьезное воспалительное заболевание поджелудочной железы, требующее комплексного подхода к лечению. В ходе исследования проведено сравнение традиционной терапии и усовершенствованного подхода в лечении пациентов с острым панкреатитом, который заключался в выборе тактики в зависимости от определения связи между морфологическими формами острого панкреатита с фазами течения заболевания, применения чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХцС) при билиарной гипертензии, использования NO-терапия в локальном лечении панкреонекроза. Применение усовершенствованной тактики позволило снизить летальность с 9,0% до 5,0%, а частоту осложнений уменьшить с 24,1% до 15,1%.

Ключевые слова: *острый панкреатит, чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХцС), билиарная гипертензия, минимально инвазивные методы.*

Annotatsiya. O'tkir pankreatit — bu me'da osti bezining og'ir yallig'lanish kasalligi bo'lib, davolashda kompleks yondashuvni talab qiladi. Tadqiqot davomida o'tkir pankreatit bilan kasallangan bemorlarni davolashda an'anaviy terapiya va takomillashtirilgan yondashuv solishtirildi. Takomillashtirilgan yondashuv kasallikning morfologik shakllari va uning kechish bosqichlari o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlashga asoslangan holda davolash taktikasini tanlash, biliar gipertenziya mavjud bo'lganda teri orqali jigar orqali xoletsistostomiya qo'llash hamda pankreonekrozni mahalliy davolashda NO-terapiyani qo'llashni o'z ichiga oladi. Takomillashtirilgan yondashuvdan foydalanish o'lim holatlarini 9,0% dan 5,0% gacha, asoratlar chastotasini esa 24,1% dan 15,1% gacha kamaytirishga imkon berdi.

Kalit so'zlar: *O'tkir pankreatit, teri orqali jigar orqali xoletsistostomiya, biliar gipertenziya, minimal invaziv usullar.*

Abstract. Acute pancreatitis is a serious inflammatory disease of the pancreas that requires a comprehensive treatment approach. This study compares traditional therapy with an improved treatment strategy for patients with acute pancreatitis. The improved approach included selecting treatment tactics based on the correlation between the morphological forms of acute pancreatitis and the phases of the disease, the use of percutaneous transhepatic cholecystostomy in cases of biliary hypertension, and the application of NO-therapy in the local treatment of pancreatic

necrosis. Implementation of the enhanced strategy led to a reduction in mortality from 9.0% to 5.0% and a decrease in the complication rate from 24.1% to 15.1%.

Keywords: *acute pancreatitis, percutaneous transhepatic cholecystostomy (PTTC), biliary hypertension, minimally invasive methods.*

Introduction. Acute pancreatitis (AP) is a major problem in the field of emergency abdominal surgery that affects the pancreas. Statistics indicate that worldwide, 33 to 74 cases per 100,000 people are detected annually . To date, there is no consensus on the optimal timing of surgical intervention, or the preference for conservative or surgical tactics in specific clinical situations [1, 7, 9, 15]. In this regard, the problem of finding and implementing new tactical approaches and surgical manuals in the complex treatment of patients with this pathology remains very relevant.

The highest mortality is recorded in patients with pancreatic necrosis, especially with the development of severe complications [2 , 4 , 10 , 16] . Despite certain successes achieved in the last decade, the mortality rate in destructive pancreatitis remains high and ranges from 12 to 40%. In this case, various organs and systems are involved in the pathological process, leading to the development of organ or multiple organ failure. In this regard, the problem of finding and implementing new tactical approaches and surgical techniques in the complex treatment of patients with this pathology remains very relevant.

To date, there is no consensus on the optimal timing of surgical intervention, or the preference for conservative or surgical tactics in specific clinical situations [3 , 5 , 6 , 8] .

Most researchers recognize that the main factors in acute biliary pancreatitis are pancreatic hyperstimulation and bile-pancreatic obstruction [9, 1 2]. Increased pressure in the pancreatic duct of the pancreas leads to subsequent unregulated activation of trypsin in the acinar cells of the pancreas. Increased intrapancreatic pressure associated with dysfunction of the sphincter of Oddi and bile sludge is also controversial. In most patients with biliary Sludge is characterized by an asymptomatic course of the disease or with a transient pain syndrome, characteristic of OP.

In world practice, researchers are currently paying great attention to the development of new criteria. assessing the severity of the patient's condition, creating new modifications of the classification of OP [1, 2 , 4 , 1 6]. Also New algorithms for diagnostic and therapeutic measures are considered . The presented data indicate the advisability of conducting research devoted to a more in-depth study of the processes occurring in the pancreas (PG) and the development of treatment methods that can reduce the number of early and late complications of AP.

The aim of this study is to develop and implement an optimized approach to the treatment of acute pancreatitis aimed at increasing the effectiveness of therapy, reducing the incidence of complications and mortality, and reducing the length of hospital stay for patients.

Material and methods. The study was conducted in the emergency surgery department of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy (202 patients) and in the emergency surgery department of the Khorezm branch of the Russian Scientific Center for Emergency Medicine (103 patients) for the period from 2006 to 2023. All study patients were divided into two groups depending on the treatment methods used. The control group included 166 patients (2006–2013) who underwent traditional treatment, including conservative therapy, laparotomy interventions and standard methods of sanitation of pancreatic necrosis. The main group consisted of 139 patients (2014–2023) whose treatment tactics were determined by the relationship between the morphological forms of acute pancreatitis with the phases of the disease, the use of percutaneous transhepatic cholecystostomy (CCHS) for biliary hypertension, the use of NO therapy in the local treatment of pancreatic necrosis.

The distribution of patients by forms of the disease showed that the majority of patients suffered from the edematous form of pancreatitis (72.3% in the control group and 73.4% in the main group), while more severe forms – sterile and infected pancreatic necrosis – were observed in 27.7% and 26.6% of patients, respectively (Fig. 1).

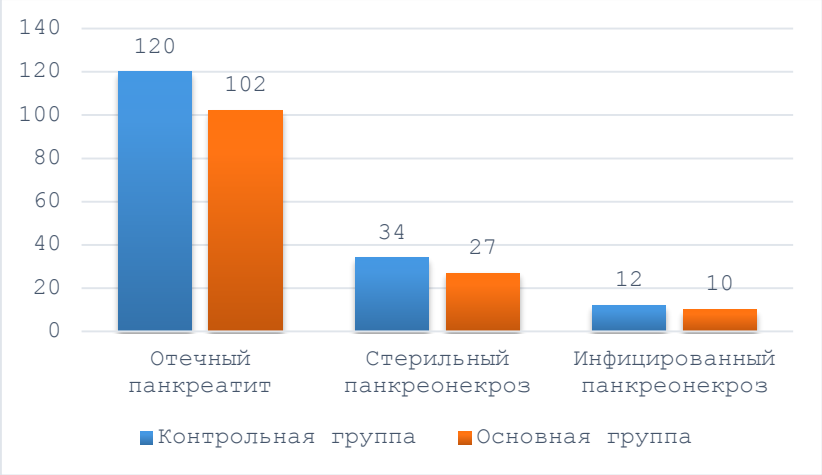


Fig. 1. Distribution of patients depending on the prevalence of the pathological process

In the sex ratio in the control and main groups, women predominated, which was obviously associated with the peculiarity of the causes of pancreatic necrosis development. In most of our clinical observations, OP was associated with cholelithiasis (Table 1).

Table 1 .

Distribution of patients in clinical groups by gender

Floor	Control group	Main group	t- Student
Men	77 (46.4±3.9%)	61 (43.9±4.2%)	0.437
Women	89 (53.6±3.9%)	78 (56.1±4.2%)	0.437

The age of the patients ranged from 19 to 75 years, and the mean age was 48.4±7.6 years in the control group and 50.8±6.2% in the main group (t=0.214). The patients were also classified by age groups according to WHO (1963). AP can occur in people of any age, but it is usually more common in adults, especially in people over 50 years old. The main causes of the disease in adults are alcohol abuse, cholelithiasis. In younger patients, the causes of the disease can be injuries, biliary tract anomalies, and infectious diseases (Table 2).

Table 2.

Distribution of patients in clinical groups by age

Age	Control group	Main group	t- Student
19-44	92 (50.4±3.2%)	79 (56.8±4.2%)	0.248
45-60	57 (34.3±3.7%)	48 (34.5±4.0%)	0.036
61-75	17 (10.2±2.4%)	12 (8.6±2.4%)	0,480

When examining patients, we used generally accepted methods, such as various clinical and biochemical blood tests, ultrasound, MSCT of the hepatobiliary system, endoscopic, morphological studies, etc.

Results and discussion. The average length of hospital stay of patients in the main group was 16.7±3.2 days, varying from 4 to 61 days depending on the severity of the disease, the extent of surgical intervention and the presence of postoperative complications. In the control group, the duration of inpatient treatment ranged from 2 to 73 days with an average of 20.2±4.8 days (t=0.607).

In the treatment of the edematous form of OP, the proportion of patients who underwent conservative therapy was identical in both clinical groups (96.7% in the control group and 95.1% in the main group).

In 10 (8.3%) observations in the control group and 7 (6.9%) in the main group, ADC developed, which required strengthening of conservative therapy, and in some cases, more active surgical tactics. In this case, in the main group, preference was given to the imposition of PTCCS . In the main group, this intervention was performed in 4.9% of patients, while in the control group only in 0.8% of patients (t = 2.073).

There were no cases of transformation of the edematous form of OP into pancreatic necrosis in the main group, whereas in the control group, in 5 (4.2%) cases, the transition of the edematous form into pancreatic necrosis was noted (t=2.687), which was the main reason for performing surgical interventions in the control group in 3 (2.5%) patients, whereas in the main group there was no need for open surgical interventions (t=2.063).

Despite the sufficiently high clinical effectiveness of the treatment measures carried out in the compared groups, the mortality rate in the control group was 1.7% (2 cases - in one case the cause was AMI, in the second case - PE), in the main group - 1.0% (1 case, cause AMI) (Table 3).

Analysis of the treatment results for patients with sterile pancreatic necrosis showed that conservative therapy was effective in most patients. In the main group, 81.5% of patients managed to stop the inflammatory process without using invasive methods, while PTC was performed in 18.5% of cases. Mortality in this group was 14.8% (4 observations), the cause of which was AMI (1 case), PE (1 patient), and MOF against the background of pancreatogenic toxemia (2 patients).

Table 3

The nature of treatment measures and clinical results in the compared groups

		Form of acute pancreatitis			
Medicinal events i		Edematous pancreatitis	Sterile pancreatic necrosis	Infected pancreatic necrosis	Total
Conservative treatment	Counter gr.	116 (96.7±1.4%)	25 (73.5±3.4%)	3 (25.0±3.4%)	144 (86.7±2.6%)
	Main group	97 (95.1 ±1.8%)	22 (81.5% ±3.3%)	4 (40.0 ±4.2%)	123 (88.5 ± 2.7%)
	Student's t-test	0.682	1,673	2,807	0.461
Acute cholecystitis developed	Counter gr.	10 (8.3±2.1%)	3 (8.8±2.2%)	3 (25.0±3.4%)	16 (9.6±2.3%)
	Main group	7 (6.9 ± 2.1%)	2 (7.4 ± 2.2%)	0 (0%)	9 (6.5±2.1%)
	Student's t-test	0.485	0.453	7,439	1,021
ChChHtsS	Counter gr.	1 (0.8±0.7%)	2 (5.9±1.8%)	0 (0%)	3 (1.8±1.0%)
	Main group	5 (4.9 ± 1.8%)	5 (18.5 ± 3.3%)	1(10.0 ± 2.5%)	11 (7.9% ± 2.3%)
	Student's t-test	2,073	3,354	3,930	2,431
Transformation	Counter gr.	5 (4.2±1.6%)	2 (5.9±1.8%)	6 (50.0±3.9%)	13 (7.8±2.1%)
	Main group	0 (0%)	0 (0%)	1 (10.0 ± 2.5%)	1 (0.7 ± 0.7%)
	t-Studlenta	2,687	3,221	8,620	3,225
Surgical treatment	Counter gr.	3 (2.5±1.2%)	7 (20.6±3.1%)	9 (75.0±3.4%)	19 (11.4±2.5%)
	Main group	0 (0%)	0 (0%)	5 (50.0 ± 4.2%)	5(3.6 ± 1.6%)
	Student's t-test	2,063	6,560	4,620	2,676
Mortality	Counter gr.	2 (1.7±1.0%)	8 (23.5±3.3%)	5 (41.7±3.8%)	1 5 (9.0±2.2%)

	Main group	1 (1.0 ± 0.8%)	4 (14.8 ± 3.0%)	2 (20.0 ± 3.4%)	7 (5.0 ± 1.9%)
	Student's t-test	0.529	1,953	4,237	1,381

In the control group, the clinical results were less satisfactory. Acute cholecystitis developed in 8.8% of patients, transformation of acute cholecystitis into intracranial hemorrhage was noted in 5.9% of cases (t=3.221), transcranial hemorrhage was performed only in 5.9% of patients (t=3.354), while surgical intervention was performed in 20.6% of patients (t=6.560). Fatal outcome was recorded in 23.5% (8 patients) of cases (t=1.953). The causes of death were arrosive bleeding (2 observations), multiple organ failure due to pancreatogenic toxemia (3 cases), pulmonary embolism (1 patient), and acute renal and hepatic failure (2 patients) (Table 3). These data emphasize the need for a differentiated approach to the treatment of acute cholecystitis, given the high frequency of complications and mortality in some cases.

A comparative analysis of the treatment results of patients with PV revealed significant differences in the effectiveness of therapy, the incidence of complications and the mortality rate between the two compared clinical groups.

In the main group, with the infiltrative form of IP, positive dynamics against the background of conservative treatment were observed in 40.0% of patients, while in the control group only in 25% (t=2.807).

There were no cases of development of acute cholecystitis in the main group with IP, in contrast to the control group, where acute cholecystitis developed in 3 (25.0%) observations (t=7.439), however, in the main group, percutaneous intervention was performed in 1 (10%) case, while such manipulations were not performed in the control group (t=3.930).

Transformation of the infiltrative form of IP into the sequestered form was noted in 10.0% of cases, which is 5 times lower than in the control group, where this indicator was 50.0% (t=8.620). Accordingly, the frequency of surgical interventions in the main group was less than in the control group (50%, 70%; t=4.620).

Mortality in IP in the main group was 20.0% (2 observations; in one case the cause was POF, in the second - PE), which is almost two times lower than in the control group, where this figure reached 41.7% (5 patients; in four observations the cause was POF, in one - AMI) (Table 5.7.).

The frequency and nature of complications depended on the nature of the therapy. Thus, if during conservative therapy, several complications of a general nature were noted, and their frequency fluctuated within 3-4%, then during surgical treatment, complications were specific and varied, and their frequency exceeded 6-7%.

Of the common complications in the compared groups, reactive pleurisy and pneumonia were observed. Despite the decrease in the frequency of these complications in the main group compared to the control group from 4.8% to 3.6% and from 7.2% to 5.8%, respectively, no statistically significant difference was noted. The most formidable complications were AMI and PE. AMI in the control group was observed in 2 patients (1.2%), in the main group - also in 2 patients (1.4%); PE developed in 2 patients (1.7%) in the control group and in 1 patient (0.7%) in the main group. In all cases, the development of AMI and PE were the cause of death.

seroma of postoperative wounds were most frequently noted , the frequency of which was 2.4% and 0.7%, respectively, in the control and main groups. Dynamic intestinal obstruction had a similar frequency. In all observations, complications were stopped by conservative measures.

Table 4.

Frequency and nature of complications in the compared groups

Complications	Frequency of complications		Student's t-test
	Control group	Main group	
Complications of conservative therapy			

Pleurisy	3 (2.1±1.1%)	1 (0.8 ± 0.8%)	0.944
Pneumonia	6 (4.2±1.6%)	3 (2.4 ± 1.3%)	0.851
OIM	1 (0.7±0.6%)	1 (0.8 ± 0.8 %)	-0.119
TELA	1 (0.7±0.6%)	0 (0%)	1,077
Complications of CHCHS			
Reactive pleurisy	1 (33.3±3.7%)	2 (18.2 ± 3.3%)	3,087
Pneumonia	1 (33.3±3.7%)	3 (27.3 ± 3.8%)	1,152
Catheter dislocation	1 (33.3±3.7%)	0 (0%)	9,110
Hemobilia	0 (0%)	1 (9.1 ±2.4 %)	3,728
Postoperative complications			
Reactive pleurisy	4 (21.1±3.2%)	2 (40.0 ± 4.2%)	3,628
Pneumonia	5 (26.3±3.4%)	2 (40.0 ± 4.2%)	2,543
Dynamic intestinal obstruction	4 (21.1±3.2%)	1 (20.0 ± 3.4%)	0.227
Wound complications	4 (21.1±3.2%)	1 (20.0 ± 3.4%)	0.227
Erosive bleeding	3 (15.8±2.8%)	1 (20.0 ± 3.4%)	0.953
Pancreatic fistula	1 (5.3±1.7%)	0 (0%)	3,037
Postoperative hernia	1 (5.3±1.7%)	0 (0%)	3,037
Adhesive intestinal obstruction	2 (10.5±2.4%)	1 (20.0 ± 3.4%)	2,285
OIM	1 (5.3±1.7%)	1 (20.0 ± 3.4%)	3,868
TELA	1 (5.3±1.7%)	1 (20.0 ± 3.4%)	3,868
Complications in the group as a whole			
Reactive pleurisy	8 (4.8±1.7%)	5 (3.6 ± 1.6%)	0.533
Pneumonia	12 (7.2±2.0%)	8 (5.8 ± 2.0%)	0.523
Dynamic intestinal obstruction	4 (2.4±1.2%)	1 (0.7 ± 0.7%)	1,216
Wound complications	4 (2.4±1.2%)	1 (0.7 ± 0.7%)	1,216
Erosive bleeding	3 (1.8±1.0%)	1 (0.7 ± 0.7%)	0.865
Pancreatic fistula	1 (0.6±0.6%)	0 (0%)	1,003
Postoperative hernia	1 (0.6±0.6%)	0 (0%)	1,003
Adhesive intestinal obstruction	2 (1.2±0.8%)	1 (0.7 ± 0.7%)	0.438
OIM	2 (1.2±0.8%)	2 (1.4 ± 1.0%)	0.178
TELA	2 (1.2±0.8%)	1 (0.7 ± 0.7%)	0.438
Catheter dislocation	1 (0.6±0.6%)	0 (0%)	1,003
Hemobilia	0 (0%)	1 (0.7±0.7%)	1,004
Total	40 (24.1±3.3%)	21 (15.1 ± 3.0%)	1,998

In 3 cases (1.8%) in the control group and in 1 case (0.7%) in the main group, erosive bleeding was noted in the postoperative period, which required repeated surgical intervention. After performing percutaneous endobiliary interventions in the control group, catheter dislocation was noted in 1 case (0.6%), and hemobilia developed in 1 case (0.7%) in the main group. In both cases, repeated PTCCS was performed.

In the late postoperative period in the control group, 1 (0.6%) patient developed a pancreatic fistula, which closed spontaneously against the background of conservative therapy after 2.5 months; in 2 (1.2%) observations, acute adhesive intestinal obstruction developed at 1.5 and 3 years, requiring emergency surgical intervention; in 1 (0.6%) patient, a postoperative hernia developed after 18 months and the patient underwent surgery on a planned basis (Table 4).

Conclusions. The conducted studies allowed to reduce the frequency of surgical interventions for various forms of AP from 11.4% in the control group to 3.6% in the main group, the proportion of transformations of disease forms - from 7.8% to 0.7% and mortality - from 9.0% to 5.0%, respectively.

Thus, the tactical and technical aspects in the complex treatment of AP that we have improved have increased the effectiveness of treatment, especially in pancreatic necrosis. The

studies conducted have determined the relationship between the morphological forms of AP with the phases of the disease; the clinical effectiveness of percutaneous endobiliary interventions has been assessed and its role in the correction of biliary and pancreatic hypertension has been determined; NO therapy has been used for the first time in the local treatment of pancreatic necrosis and its clinical effectiveness has been assessed; improved treatment tactics for AP have been proposed.

LIST OF REFERENCES

1. Adilov M.M., Zdzitovetsky D.E., Borisov R.N. Modern aspects of surgical treatment of pancreatic necrosis // Modern problems of science and education. - 2021. - No. 2. - P. 184-184.

2 . Babaev F.A. Acute pancreatitis: modern aspects of diagnosis and treatment // Upper Volga Medical Journal. - 2019. - V. 18. - No. 2. - P. 15-22.

3. Bagnenko S.F., Blagovestnov D.A., Galperin E.I., Dyuzheva T.G., Dibirov M.D., Prudkov M.I., Filimonov M.I. Acute pancreatitis (protocols, diagnostics and treatment): Moscow. - 2014. - 22 p.

4 . Borodin N.A., Maltseva O.V., Gibert B.K., Zaitsev E.Yu. Modern approaches to the treatment of destructive forms of pancreatitis, ways to reduce mortality // Journal of Medical Science and Education of the Urals. - 2015. - No. 2-1. - P. 70-73.

5. Karimov Sh.I., Kim V.L., Khakimov M.Sh. Minimally invasive interventions in surgery of acute pancreatitis // Journal of Theoretical and Clinical Medicine. - 2005. - No. 4. - P. 31-37.

6 . Khakimov M. Sh. et al. POSSIBILITIES OF PREVENTING ACUTE PANCREATITIS AFTER RETROGRADE ENDOBILIARY INTERVENTIONS. – 2024.

7 . Khakimov M. Sh. et al. On the classification of acute pancreatitis // Bulletin of Emergency Medicine. - 2021. - V. 14. - No. 6. - P. 89-92.

8 . Balthazar EJ Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation // Radiology. - 2002. - V. 223. - R. 603-613.

9 . Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis // Gastroenterology. – 2020. - No. 1. - P. 67-75.

1 0 . Di Magno MJ Nitric oxide pathways and evidence-based perturbations in acute pancreatitis // Pancreatology . – 2007. – T. 7. – No. 5-6. – R. 403-408.

1 1 . Greenberg JA et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis //Canadian journal of surgery. – 2016. – T. 59. – No. 2. – R. 128.

1 2 . Hines OJ, Pandol SJ Management of severe acute pancreatitis // Bmj . – 2019. – T. 367.

1 3 . Hu Y., Jiang X., Li C., Cui Y. Outcomes from different minimally invasive approaches for infected necrotizing pancreatitis // Medicine (Baltimore). - 2019, Jun. - 98 (24). - R. 1-8.

14 . Ignarro LJ Nitric oxide is not just blowing in the wind //British journal of pharmacology. – 2019. – T. 176. – No. 2. – R. 131.

15 . Lee PJ, Papachristou GI Management of severe acute pancreatitis //Current treatment options in gastroenterology. – 2020. – T. 18. – R. 670-681.

16 . Wu H. Comparative analysis of early clinical features and complications of different types of acute pancreatitis //Oxidative Medicine and Cellular Longevity. – 2022. – T. 2022.

17 . Yu Q. Hyperbaric oxygen preconditioning protects the lung against acute pancreatitis induced injury via attenuating inflammation and oxidative stress in a nitric oxide dependent manner //Biochemical and biophysical research communication. – 2016. – T. 478. – No. 1. – pp. 93-100.

MENINGIOMANING PATOLOGIK ANATOMIYA XUSUSIYATLARI VA TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI

Abdullayev O‘.R., Qurbonov A.A.
"Patomorfologiya" kafedrasi assistenti
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali
Davolash ishi yo'nalishi 3-bosqich talabasi:

Tayanch so‘zlar. Meningioma, anaplastik, konveksital, Tentorial, Parasagittal, benign meningioma**.**

1. Tadqiqot dolzarbligi. Meningioma — miya va orqa miya atrofidagi qavatlardan rivojlanadigan eng keng tarqalgan bosh miya o'smasi — 2025-yilda ham nevrologiya va onkologiya sohalarida dolzarb mavzu bo'lib qolmoqda. So'nggi yillarda uning tarqalishi, tashxislash usullari va davolash yondashuvlari bo'yicha sezilarli o'zgarishlar kuzatilmoqda. Meningioma — bu bosh miya yoki orqa miya pardalarining (asosan araxnoid materdan) kelib chiqqan o‘smasi bo‘lib, ko‘pincha miya ustiga yoki miya yuzasiga yopishgan holatda joylashadi. Bu o‘smalar asosan ekstradural, ya’ni miyadan tashqarida joylashadi va miya to‘qimasiga to‘g‘ridan-to‘g‘ri kirib bormaydi, balki unga bosim o‘tkazib turadi.

2. Tadqiqot Maqsadi. Meningiomaning patologik anatomiya xususiyatlarini o‘rganish bo‘yicha tadqiqotning asosiy maqsadi — kasallikni erta aniqlash, to‘g‘ri davolash usullarini tanlash va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashdir. Tadqiqot natijalari, meningiomaning xususiyatlarini yaxshiroq tushunishga va yangi davolash usullarini ishlab chiqishga yordam beradi. Tadqiqotda meningiomaning patologik anatomiya xususiyatlarini tahlil qilish orqali kasallikni erta aniqlash va diagnostika metodlarini takomillashtirish maqsad qilinadi. Bu, ayniqsa, mikroskopik xususiyatlarni va o‘smaning gistologik tahlilini chuqur o‘rganishni talab qiladi. Meningiomaning anatomik va mikroskopik tuzilishini yaxshiroq tushunish, jarrohlik amaliyotlarining samaradorligini oshirishga yordam beradi. Tadqiqot orqali o‘smaning o‘ziga xos tuzilishlari, o‘sish shakllari va invazivligi haqida bilimlarni oshirib, jarrohlik yoki radioterapiya kabi davolash usullarini yanada samarali qilish mumkin.

Materiallar va usullar. Tadqiqotda shu narsa ma'lum bo'ldiki meningioma makroperparatida uning shakli, uning hosil qilgan kapsulasi, uning tarkibi,rangi va o'smani egalagan maydoni shu kabi ma'lumotlar keltirb o'tildi. Makroperparatda Odatda dumaloq yoki tuxumsimon shaklda bo‘ladi. O‘sma sathida kapsula (yopiq qobiq) bo‘lishi mumkin. Bo‘lagi zich, tolali tuzilishga ega, ba’zida ohaklangan (kalsifikatsiyalangan) sohalar uchraydi. Rangi och sarg‘ishdan toq jigarranggacha o‘zgaradi. Ko‘pincha suyak bilan tutashgan joyda suyakda giperostoz (suyak qalinlashuvi) kuzatiladi. Mikroskopik tuzilishi Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) bo‘yicha meningiomalar 3 darajaga bo‘linadi. I-darajali (benign meningioma)Eng ko‘p uchraydigan shakl. Quyidagi gistologik turlarga bo‘linadi. Meningotelial meningioma – yassi, epiteliyga o‘xshagan hujayralar. Fibroz meningioma – kollagen tolalarga boy. Transitional (miksoid) meningioma – yuqoridagi ikki tur aralashmasi. Psammomatous meningioma – psammom tanachalari (ohak zarralari) ko‘pligi bilan ajralib turadi. Angiomatous meningioma – qon tomirlari ko‘p bo‘ladi. II-darajali (atipik meningioma). Ancha tez o‘sadi, qaytalanish xavfi yuqori. Mitotik faollik ortgan, hujayralar yadro pleomorfizmi bilan ajralib turadi. III-darajali (malign, anaplastik meningioma). Kam uchraydi, ammo juda agressiv o‘sadi. Ko‘p mitozlar, invaziv o‘sish, nekroz o‘choqlari va qon quyilishlar bilan ajralib turadi. Tadiqiqoda asosan meningomani makroskopik va mikroskopik tuzilishlarini chuqur o'rganishga yordam beradigan ma'lumotlar bilan o'rganishga yordam beradi.

Natija va muhokama. Tadqiqotning natijasi, meningiomaning patologik anatomiya xususiyatlari haqida olib borilgan ilmiy izlanishlarning yakunlarini ifodalaydi. Meningioma haqida o'tkazilgan tadqiqotlarda olingan natijalar kasallikni yaxshiroq tushunishga, uning diagnostikasi va davolashini takomillashtirishga yordam beradi. Tadqiqotning natijasi quyidagicha bo‘lishi mumkin. Tadqiqoda meningiomani bemorlarda o'sish xususiyatlari va tarqalish maydonlarini aniqlib bilan o'rganishga yordam beradi. O‘sish xususiyatlari**.** Ko‘pchilik

meningiomalar sekin o‘sadi va uzoq vaqt simptomsiz kechadi. Yaqin atrofdagi to‘qimalarga bosim o‘tkazadi, lekin odatda invaziv kirib bormaydi. Suyak to‘qimasi bilan tutashganda, suyakda o‘sishga olib kelishi mumkin (giperostoz). Ba’zi hollarda bir nechta meningioma (multifokal) ham uchrashi mumkin. Lokalizatsiyasi. Yaylov (konveksital) meningioma – miya konveksitetida. Parasagittal – falx yaqinida. Falksin – falx serebri bo‘ylab. Sfenoid suyak asosida – ko‘rish asabiga yaqin. Tentorial – tentorium serebelli atrofida. Tadqiqot natijalari, meningiomaning xususiyatlarini yaxshiroq tushunishga yordam beradi.

Xulosa. Bosh va orqa miyani xavfsiz o'smalarini patologik anatomiyasini chuqur o'rganish xavfsiz o'smani xafli turiga o'tib ketmasligini oldini olishda va aniq tashxis qo'yishda juda katta ahamiyatga ega bo'ladi. meningioma kasalligini yaxshiroq tushunishga va bemorlarning hayot sifatini oshirishga yordam beradigan yangi ilmiy yondashuvlar va amaliyotlar kiritdi. Bu natijalar neyroxirurgiya, onkologiya va patologiya sohalarida yangi ilmiy izlanishlar va davolash usullarining rivojlanishiga turtki bo‘ladi.

METHODS OF UTILIZING FOLIC ACID IN PRESCHOOL CHILDREN WITH EPILEPSY

Abdurashidov A.A., Nasirdinova N.A.
Master's student of II year of pediatrics faculty of ASMI,
Scientific supervisor - associate professor of the Department of Neurology
Andijan, Uzbekistan

Abstract. The clinical manifestations of 75 children with epilepsy were studied in old age. 38 (54.3%) children (group I) received folacin (folic acid) at a recommended dose of 5 mg per day. 32 (45.7%) children (II study group) did not take the drug. The level of folate in erythrocytes and the level of homocysteine in venous blood plasma were studied in children of all study groups. Based on the results of homocysteine in the groups, it was noted that its concentration was distributed as follows: II - 10.5 ± 0.3 μmol/l, while in the control group - 5.1 ± 0.1 μmol/l, which indicates significant hyperhomocysteinemia in the groups with epilepsy, while the expected effect on this indicator of folic acid (Folacin) intake at a dose of 5 mg per day was noted, which revealed a direct correlation between the use of folic acid in the process of neuropsychic development of children and the degree of the identified pathology.

Keywords: epilepsy, folic acid, preschool children

Аннотация. Маколада эпилепсия билан оғриган 75 нафар боланинг клиник кўринишларини ўрганилди. 38 нафар (54,3%) бола (I гуруҳ) кунига тавсия этилган 5 мг дозада фолатсин (фолат кислотаси) қабул қилган. 32 нафар (45,7%) бола (тадқиқотнинг II гуруҳи) препаратни қабул қилмаган. Тадқиқотнинг барча гуруҳидаги болаларда эритроцитлардаги фолатлар даражаси ва веноз қон плазмасидаги гомотсистеин даражаси ўрганилди. Гуруҳлардаги гомотсистеин натижаларига кўра, унинг концентрацияси қуйидагича тақсимланганлиги қайд этилди: II - 10,5 ± 0,3 мкмол/л, назорат гуруҳида эса - 5,1 ± 0,1 мкмол/л, бу эпилепсия гуруҳларида сезиларли гипергомотсистеинемияни кўрсатади, шу билан бирга кунига 5 мг дозада фолий кислотасини (Фолатсин) қабул қилишнинг ушбу кўрсаткичга кутилган таъсири қайд этилган, бу билан болаларнинг асаб-руҳий ривожланиши жараёнида фолий кислотасини қўллаш ва аниқланган патология даражаси ўртасида тўғридан-тўғри боғлиқлик аниқланди.

Калит сўзлар: эпилепсия, фолат кислота, мактабгача ёшдаги болалар.

Аннотация. В старье были изучены клинические проявления 75 детей с эпилепсией. 38 (54,3%) детей (I группа) получали фолацин (фолиевую кислоту) в рекомендуемой дозе 5 мг в сутки. 32 (45,7%) ребенка (II группа исследования) не принимали препарат. Уровень фолатов в эритроцитах и уровень гомоцистеина в плазме венозной крови изучали у детей всех групп исследования. По результатам гомоцистеина в группах было отмечено, что его

концентрация распределялась следующим образом: II - 10,5 ± 0,3 мкмоль/л, в то время как в контрольной группе - 5,1 ± 0,1 мкмоль/л, что указывает на значительную гипергомоцистеинемию в группах с эпилепсией, при этом было отмечено ожидаемое влияние на этот показатель приема фолиевой кислоты (Фолацин) в дозе 5 мг в сутки, что выявило прямую корреляцию между применением фолиевой кислоты в процессе нервно-психического развития детей и степенью выявленной патологии.

Ключевые слова: эпилепсия, фолиевая кислота, дети дошкольного возраста

Epilepsy is a chronic brain disorder characterized by recurrent seizures that result from excessive neuronal activity and are accompanied by various clinical and paraclinical manifestations.

Epilepsy in children is a long-term ongoing neurological disease of a chronic nature, in which the central nervous system is affected. The condition is manifested by sudden attacks of seizures, loss of consciousness, motor disorders and other unpleasant signs. Finding the causes of epilepsy in children, assessing the symptoms and selecting the best treatment is the responsibility of pediatric neurologist-epileptologists, with input from a number of other specialists as needed (6,8).

Statistics show that 1-5% of children of various ages, including adolescents, are diagnosed with some form of epilepsy, and almost one in two adults report experiencing the first signs of epilepsy as a child.

The incidence of epilepsy is 50-70 cases per 100,000 population per year, the prevalence of epilepsy is 5-10 cases per 1,000 people, at least 1 seizure during life is suffered by 5% of the population, in 20-30% of patients the disease is lifelong (4,5,7,8).

The cause of high perinatal morbidity in the majority of newborns from mothers with epilepsy is damage to the central nervous system (CNS). Thus, during clinical observation, neurologic symptoms are detected in 35.4% of newborns from epileptic mothers, and in 11.6% they persist after discharge from the hospital.

This is explained by the fact that fetuses with maternal epilepsy have a delay in the maturation of the nervous system due to the use of anticonvulsant therapy for the underlying disease (5).

The percentage of cases causing death of children in the first years of life from congenital and hereditary diseases is quite high, despite well-developed pediatric care in developed countries. In the absence of prevention, congenital and hereditary diseases cause the death of at least 14 out of 1,000 children in the first 3 years of life, with congenital and hereditary diseases accounting for congenital malformations (CMDs) account for half of the cases (7).

Neural tube defects (NTDs) account for 5.3% of all birth defects in the structure of the pathology of children with malformations, and the share of this pathology among the causes of death from NTDs is much higher. Almost every fourth child who died from complications associated with malformations suffered from DND (3).

When analyzing the database obtained from the regional registers of Andijan Oblast territories monitoring congenital malformations in children, spinal hernias and anencephaly (up to 70% of all central nervous system malformations), cleft lip and palate (57.23% in the group of digestive system malformations) were the most numerous in the structure of CHD within each group of malformations (1,2,6).

It is known that selective information that folic acid deficiency in children is a risk factor for the most severe, uncorrectable fetal malformations - fetal DNTs - appeared in the world medical press in the early 1990s.

Published in 2000, the summary results of clinical studies conducted in Hungary, Great Britain, France, USA and other countries showed that daily use of folic acid or multivitamins containing 0.4-1.0 mg of folic acid by women in the period before conception and in the first months of pregnancy reduces the risk of primary and recurrent birth of children with brain and spinal cord defects and other malformations (4).

This scientific discovery and the resulting preventive effect were of great importance for practical health care in many countries, since this group of malformations occupies a leading place in the structure of CHD leading to infant mortality and early disability (7).

Thus, in addition to DNTs, the group of so-called folate-dependent malformations includes limb reduction malformations, genitourinary defects and some maxillofacial anomalies, as well as a number of malformations of the cardiovascular system. The main risk factors for primary fetal or infant malformations, besides maternal folic acid deficiency and impaired vitamin B1 status, are diabetes mellitus, use of valproic acid and carbamazepine, and obesity (4).

The only accurate way to calculate folate content is to measure blood folate levels, with plasma folate levels reflecting current folic acid intake, whereas erythrocyte folate levels are related to folate intake in previous months when currently circulating red blood cells were still developing in the bone marrow.

Materials and Methods. We studied the condition of 70 children with epilepsy. 38 (54,3%) children (I study group) received Folacin (folic acid) in the recommended dose of 5 mg/day. 32 (45.7%) children (II study group) did not receive the drug for various socioeconomic reasons. The analysis was compared with the condition of 25 children under school age in the control group (III study group).

In addition, we studied the level of folate in erythrocytes and the level of homocysteine in venous blood plasma in children of all three study groups.

Analyzing the obtained results, it was noted that the concentration of homocysteine in the groups was distributed as follows: 6.3 ± 0.2 μmol/L in group I, 10.5 ± 0.3 μmol/L in group II, and 5.1 ± 0.1 μmol/L in the control group, which shows significant hyperhomocysteinemia in the groups with epilepsy, with a positive effect of folic acid intake at a dose of 5 mg per day (Folacin) on this index.

When assessing the results of the folate status of erythrocytes, a significant decrease in the majority of folates was noted, but it should be noted that only the level of methylenetetrahydrofolate decreased insignificantly and on average approached physiologic values. Initially, immediately after birth, the condition of newborns was assessed according to the Apgar scale in order to tentatively determine the severity of asphyxia and to carry out the necessary volume of resuscitation measures. Subsequently, all infants were subjected to a detailed clinical and laboratory examination, after which the degree of asphyxia was finally determined.

Results. The most frequent complication of epilepsy in group II children was a change in neurologic status - 21.4%, while in group I this index was lower and amounted to 18.3% of cases, and in the control group - 6.7%. Acute changes in neurologic status were observed in labor in group II in 5.7% of cases, in group I - in 4.3%, along with 3.3% - in the control group. It should be noted that one of the immediate complications in children born to mothers with epilepsy was fetal adynamia in group II 18.6%, along with 6.7% in the control group. Morpho-functional immaturity is a characteristic feature of newborns born to mothers with epilepsy, accounting for 25.7% in group II and 18.6% in group I. In Group I, 89.5% of newborns were premature and 10.5% were premature.

The mean body weight of the premature newborns was 3320 ± 290 g, while the body weight of the preterm infants was 2250 ± 180 g. The height of the children was 50.4 ± 1.1 cm and 43.8 ± 1.8 cm, respectively.

In group II of the study group, 87.5% of the newborns were premature and 12.5% were premature. The average body weight of the preterm infants was 3080 ± 310 g, and that of the preterm infants was 2110 ± 140 g. The height of the children was 49.8 ± 1.4 cm and 42.6 ± 1.2 cm, respectively.

No cases of severe asphyxia were registered in the observed groups. 7.9% and 12.5% of children were born in the state of moderate asphyxia (Apgar score of 6-7 points at the first minute of life), respectively. The state of medium degree asphyxia was characterized by weakened breathing, perioral and acrocyanosis, and decreased muscle tone. In general, the rate of asphyxia in the studied groups exceeded the frequency of asphyxia in the control group of newborns.

These newborns had disorders of the adaptation period, accompanied by changes in the CNS (impaired hemoliquorodynamics), a large initial weight loss and its late recovery, and the development of respiratory distress syndrome. Compared to birth, the weight deficit in this group amounted to 124.1 ± 46.6 g.

The development of distress and failure of adaptation in newborns often occurred on the 1st-3rd day of life. Children with manifestations of intrauterine hypotrophy were especially vulnerable in this respect.

As can be seen from the presented data, the use of the drug has a positive effect not only on congenital pathology, but also improves the course of the gestation process itself, reducing the risk of obstetric c The problems of newborns from mothers with epilepsy were caused by both intrauterine fetal suffering due to deterioration of metabolic processes in the mother's body, the use of various regimens of anticonvulsant therapy, and a number of obstetric complications, and depended on the degree of epilepsy compensation in the mother, timely diagnosis of pregnancy complications, and the term and method of delivery.

Conclusions. Thus, our data have once again shown that there is a definite correlation between the degree of CNS lesions in children under school age in the process of physical development and the severity of the course. In this case, the favorable factor was the use of Folacin. The study revealed a direct correlation between the use of folic acid preparation and the degree of detected pathology in the period of neuropsychiatric development of children.

All of the above points to the need for further study of this pathology in order to improve the indicators of neuropsychiatric development in this contingent of children. The application of preventive technologies by physicians will reduce the frequency of neuropsychiatric pathology in children with epilepsy omplications.

Literature.

1.Abdurashidov A. A., Nasirdinova N. A. The use of folic acid in preschool children with epilepsy// Scientific aspects and trends in the field of scientific research: collection of scientific works of the International Scientific Online Conference (October 30, 2024). - Poland, Warsaw: "CESS," 2024. Part 26. Pp.7-12.

2. Gusev E.I., Belousov Y.B., Gecht A.B., Boldyreva I.B., Sokolov A.V., Tishchenkova I.F. Treatment of epilepsy: rational dosing of anticonvulsants // S-Pb.: Rech, 2010. 204 c.

3. Demikova N.S., Lapina A.S. Frequency and structure of congenital malformations of development according to the monitoring data development according to the monitoring data. Proceedings of the V Congress of the Russian Society of Medical Geneticists // Medical Genetics. 2015. T. 4, №4: 149.

4.Ismailova M. O.CHaracteristic of symptomatic epilepsies of viral ethiology in the aral sea region. Current Issues of Modern Science: Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference 16.01.2020.

4. Demikova N. S. Teratogenicity of antiepileptic drugs // In the book “Epileptology of pediatric age” edited by Prof. A.S. Petrukhin. Moscow: Medicine, 2010. C. 596- 618.

5. Battino D., Binelli S., Caccamo M.L. et al. Malformations in springs of 305 epileptic women: a prospective study // Acta Neurol. Scand. 2012; Vol. 85: 204-207.

6. Dansky L.V., Rosenblatt D., Andermann E. Mechanisms of teratogenesis: folic acid and antiepileptic therapy // Neurology. 2012; Vol. 42. (Suppl. 5): 32-42.

7. Garza Morales S., Ibarra Puig J.M., Poblano Luna A., Gilda Mayen Molina D., Cordova Lopez S. Epilepsy and pregnancy. Prospective study of 100 cases // Ginecol. Obstet. Mex. 2016; Vol. 64: 449-454.

8. Sills G.J., Mohanraj R., Butler E. et al. A singl nucleotide polymorphism in the SCN 2A gene is associated with uncontrolled epilepsy. Epilepsia 2014; 45 suppl 7: 226.

GASTROENTEROLOGIK KASALLIKLAR FONIDA AFTOZ STOMATITNI SAMARALI DAVOLASH USULLARI

Allazarov K.A.
Ranch Texnologiya Universiteti ***assistent***

Annotatsiya

Zamonaviy tibbiyot amaliyotida og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavati kasalliklari muhim o‘rin tutadi. Bu kasalliklar, ayniqsa, surunkali gastroenterologik patologiyalar bilan bog‘liq bo‘lganda yanada murakkablashadi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, surunkali gastroduodenit (SG) bilan og‘rigan bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘ida turli yallig‘lanish va yuqumli kasalliklar rivojlanish ehtimoli yuqori. Ushbu maqolada surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitni (SQAS) davolashda zamonaviy usullar va yondashuvlar haqida so‘z boradi.

Kalit so‘zlar: Surunkali gastroduodenit, surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit, ozonoterapiya, lazer terapiyasi, immunomodulyatorlar.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Аллазаров К.А.
ассистент, Технологический Университет Ranch, Ургенч, Узбекистан

Аннотация. В современной медицинской практике заболевание, вызывающее раздражение полости рта, занимает важное место. Эти заболевания становятся еще более сложными, когда они проявляются хроническими гастроэнтерологическими патологиями. Исследования показывают, что у пациентов с хроническим гастродуоденитом (ХГД) существует вероятность развития различных воспалительных и инфекционных заболеваний полости рта. В данной статье представлены современные методы и подходы к лечению отдельных хронических рецидивирующих заболеваний.

Ключевые слова: хронический гастродуоденит, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, озонотерапия, лазеротерапия, иммуномодуляторы.

EFFECTIVE METHODS OF TREATING APHTHOUS STOMATITIS AGAINST THE BACKGROUND OF GASTROENTEROLOGICAL DISEASES.

Allazarov K.A.
assistent, RanchTechnological University, Urgench, Uzbekistan Annotation

Abstract. In modern medical practice, the disease causing irritation of the oral cavity occupies an important place. These diseases become even more complex when they manifest themselves as chronic gastroenterological pathologies. Studies show that patients with chronic gastroduodenitis (CGD) are likely to develop various inflammatory and infectious diseases of the oral cavity. This article presents modern methods and approaches to the treatment of individual chronic recurrent diseases.

Keywords: Chronic gastroduodenitis, chronic recurrent aphthous stomatitis, ozone therapy, laser therapy, immunomodulators.

Kirish. Surununki aftoz stomatit ogiz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari ichida o'ziga xos va muxim axamiyatga ega. Asosiy kasallikning ob'ektiv belgilaridan oldin paydo bo'lishi mumkin bo'lgan va stomatologik tekshiruv vaqtida aniqlanadigan etiologiyasi, patogenezi va klinik belgilarining o'xshashligi haqida aniq ma'lumotlarning yo'qligi og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklarini qayta tiklash va davolashni murakkablashtiradi. Surunkali gastroduodenit bilan og'rigan bemorlarda mikrofloraning tarkibi o'zgarishi va ichak fermentlarining faolligi o'zgarishi isbotlangan. Normomikrobiozning buzilishi natijasida organizmda ichak disbiozi yuzaga keladi, bunda og'iz mikroflorasining doimiy vakillarining sifat va miqdoriy tarkibi o'zgarishi bilan birga og'iz biotsenozining qayta tuzilishi sodir bo'ladi. Bu tananing o'ziga xos bo'lmagan qarshiligi va antioksidant himoyasining pasayishiga, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining yuqumli va yallig'lanish jarayonlariga olib keladi, undagi kasalliklarning rivojlanishini kuchaytiradi.Ko'pgina mualliflar

disbiotik kasalliklarni qayd etishadikoagulaza-salbiy stafilokokklar, gemolitik bo'lmagan streptokokklar, laktobakteriyalar, korinobakteriyalar, aerob gramm-manfiy tayoqchalar (patogen bo'lmagan funguslar) va neisserigiyalarning o'sishi va kolonizatsiyasini faollashtirish imkoniyatini yaratib, majburiy normal florani bostirish bilan birga sodir bo'ladi. Yuqorida qayd etilgan patogen mikrofloraning og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida uzoq muddatli davom etishi surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit (SQAS) paydo bo'lishiga olib keladi.

Surunkali gastroduodenit bilan og‘rigan bemorlarda ichak mikroflorasining buzilishi va disbioz rivojlanadi. Bu jarayon og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavatida patogen mikrofloraning ko‘payishiga olib keladi. Koagulaza-salbiy stafilokokklar, gemolitik bo‘lmagan streptokokklar va laktobakteriyalar kabi mikroorganizmlarning disbalansi immunitetning pasayishiga hamda yallig‘lanish jarayonlarining kuchayishiga sabab bo‘ladi.

Bunday sharoitda bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq qavati zaiflashadi va SQAS rivojlanishiga zamin yaratiladi. SQAS bemorning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi va davolash jarayonini murakkablashtiradi.

Ozon kuchli dezinfeksiya xususiyatiga ega bo‘lib, patogen mikroorganizmlarning 99,9 foizini yo‘q qiladi. Prozone apparati yordamida ozonlangan suvni mahalliy qo‘llash an’anaviy antiseptik vositalarni qo‘llash zaruriyatini kamaytiradi. Ozonoterapiya yallig‘lanish jarayonlarini kamaytirib, aftalar paydo bo‘lishining oldini oladi va shilliq qavatning tiklanishini tezlashtiradi.

Geliy-neon lazer nurlari yordamida shilliq qavatdagi yallig‘lanish jarayonlari bartaraf etiladi. Lazer terapiyasi og‘riqni kamaytiradi, epitelizatsiya jarayonini tezlashtiradi va shilliq qavatning immunitetini oshiradi. Bu usul dori vositalarining salbiy ta’sirini kamaytirib, davolash muddatini qisqartiradi.

Immunitetni mustahkamlash SQASni davolashning muhim qismidir. "Imunal" preparati bakterial lizatlar asosida tayyorlangan bo‘lib, mahalliy immunitetni kuchaytiradi. Bu preparatni og‘iz bo‘shlig‘ini chayish va og‘iz orqali qabul qilish uchun 50 ml suvda 1:5 nisbatda suyultirib qo‘llash tavsiya etiladi.

Materiallar va usullar. Vazifalarni bajarish uchun biz keng qamrovli tadqiqo tusullaridan foydalandik.Tadqiqot ob'ekti surunkali gastroduodeniti mavjud bemorlarda kasallik kechishining klinik xususiyatlari, stimullanmagan og'iz suyuqligining biokimyoviy ko'rsatkichlari, SQASdagi mikrobiologik o'zgarishlardir.

Qo’yilgan maqsadga erishish uchun 24 yoshdan 56 yoshgacha bo'lgan 118 nafar bemor tekshirildi: ularning 70 nafari erkaklar va 48 nafari ayollarv Klinik tadqiqotda 118 kishi ishtirok etdi. Ulardan 34 nafari somatik patologiyasi bo‘lmagan amalda sog‘lom, 84 nafari surunkali gastroduodenit bilan og‘rigan bemorlardir. XKT-10 ga muvofiq K 29 kodiga ega bo'lgan "gastrit va duodenit", K29.9 kodi aniqlanmagan gastroduodenit tashxisi gastroenterologiya bo'limi gastroenterolog vrachlari tomonidan qo'yilgan.

Tadqiqot natijalari

Ko’pgina mualliflar SQAS rivojlanishida metabolik jarayonlarning buzilishi, turli xil yondosh surunkali yallig’lanish jarayonlarining mavjudligini ta’kidlaydilar. Bularning barchasi organizm intoksikatsiyasini kuchayishiga olib keladi. SQAS bilan birga kechadigan umumiy intoksikatsiyani bartaraf qilish terapevtik ta’sirni kuchaytiradi, bu esa surunkali parodontit remissiyalarining uzayishiga olib keladi. Bu shuni ko’rsatadiki, organizm detoksikatsiyasi mahalliy immunomodulyator Imunalni buyurishda davolash samarasini sezilarli darajada oshirishi mumkin.

Oraltolerantlik tushunchasi mavjud bo‘lib, u avval enteral yo‘l bilan yuborilganda organizmning antigenga nisbatan faol immunologik areaktivlik holati sifatida tushuniladi. Oziq-ovqat allergenlariga oral tolerantlik buzilishining oqibatlari oziq-ovqat allergiyalari, seliakiya va boshqa enteropatiyalarning rivojlanishi bo’lishi mumkin.

Shuni ta’kidlash kerakki, oral tolerantlik fenomeni nafaqat tez rivojlanuvchi yuqori sezuvchanlik reaksiyalariga (Gell va Coombstasnifi bo’yicha1-tur reaksiyalar), balki boshqa immunopatologik reaksiyalarga ham tegishli. Ushbu fenomenni o’rganish natijalarini asoslash va

klinik qo'llashga urinishlar juda aniq bo'lishi kerak, chunki oral tolerantlik tushunchasi tarixan hayvonlar tajribalarida olingan ko'plab eksperiment alma'lumotlarga asoslangan.

Oral tolerantlik induksiyasi antigenning ichak bilan bog'liq limfoid to'qima (GALT) bilan birinchi aloqasidan keyin sodir bo'ladi. Antigenlar to'g'ridan-to'g'ri GALT bilan o'zaro ta'sirlashishi yoki so'rilganidan keyin immun tizimga ta'sir amalga oshirilishi mumkin. Oziq-ovqat antigenlari ingichka ichakka tushganda parchalanib ketgan bo'lsada, bir qator tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, parchalanish faqat qisman sodir bo'ladi va ba'zi antigenlar o'zgarmagan holda so'riladi. Bundan tashqari, o'zgarmagan antigenlarning so'rilishi antigenning katta dozalarini qabul qilishda ayniqsa muhimdir.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati (OBShQ) turli xil antigenlarning: mikroblar, viruslar, kanserogenlar, toksinlarning kirib borishiga to'sqinlik qiladi. Og'iz bo'shlig'I epiteliysi to'siq funksiyasining buzilishi ko'plab og'iz bo'shlig'i kasalliklarining paydo bo'lishiga olib keladi, chunki OBShQ juda katta maydonga ega.

Og'iz bo'shlig'idagi shilliq qavatning o'ziga xos xususiyati- yuqori mitotik bo'linish davri bo'lgan epiteliyning ko'p qatlamli strukturasidir. Shillliq qavatning o'ziga xos xususiyati esa-namlik. Namlikning mavjudligi mikroorganizmlarning ko'payishiga imkon beradigan sharoitlarni yaratadi va, shu bilan birga, nam muhitda immunokompetent hujayralar, o'sish vositachilari, biologik faol moddalar va boshqalar faol bo'ladi. Og'iz bo'shlig'ida ko'p miqdorda mikroorganizmlar mavjud bo'lib, ular birtomondan milk cho'ntaklaridagi anaerob sharoitlarga moslashgan, boshqa tomondan esa tish yuzasida saqlanib qolish qobiliyatiga ega. Og'iz bo'shlig'ida *Streptococcus, Neisseria, Veillonella, Staphylococcus, Fusobacterium, Corynebacterium, Haemophilus, Lactobacillus* va *Bacteroides* avlodlarining bakteriyalari aniqlanadi. Buyerda *Actinomyces (Candidaalbicans)*zam burug'lari va sodda jonivorlar (*Entamoebagingivalis*) ham uchraydi.

Zamonaviy stomatologiyaning dolzarb muammolari orasida shilliq qavat kasalliklari yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Kattalarda parodontit va gingivit bilan kasallanish 53,0%dan 97,5% gacha. Jarohat natijasida yuzaga keladigan kamdan-kam uchraydigan yallig'lanish jarayonlaridan tashqari, gingivit yuqumli kelib chiqishga ega bo'ladi va mahalliy mikroflorada anaeroblar va aktinomitsetlar ustunlik qiladi.

Patogen va shartli-patogen mikroorganizmlarning yaqqol o'sish fonida me'yoriy mikroflora vakillarining konsentratsiyasi keskin kamayadi. Shuning uchun OBSHQning yallig'lanish kasalliklarini davolashda og'iz bo'shlig'ining me'yoriy mikroflorasini va xususan to'qimalarini tiklashga yordam beradigan vositalarni ishlab chiqish va qo'llash SQASni davolash samaradorligini oshirish uchun zarur shart sifatida qaraladi. Istiqbolli yo'nalishlardan biri biopreparatlarni qo'llash bo'lib, ularning ta'sir qiladigan faol qismi og'iz bo'shlig'ining me'yoriy mikroflorasi vakillari hisoblanadi.

Noqulay ekologik vaziyat, stressli ta'sirotlarning ortib borishi, noratsional antibiotikoterapiya oshqozon-ichak trakti disbakteriozining keng tarqalishi, surunkali bakterial infeksiyalarning faollashishi, kattalar va bolalar organizmi allergizatsiyasi uchun sharoit yaratadi. Disbakterioz va immun tanqislik og'iz bo'shlig'i o'tkir va surunkali kasalliklarining davomiyligiga va og'irlik darajasiga sezilarli ta'sirqiladi, ularni tashxislash va davolashni murakkablashtiradi va qimmatlashtiradi.

Davolash va protezlash bilan bog'liq noqulaylik va iqtisodiy xarajatlardan tashqari, ko'pincha bu kasalliklarni yuzaga keltiradigan mikroorganizmlar bir qator endogen infeksiyalarning manbai bo'ladi. So'nggi yillarda eng keng tarqalgan kasalliklar etiopatogenezida (gingivit, parodontit, stomatit, karies) eng muhim rol ushbu hududda yashovchi chidamli vaqtinchalik mikrofloraga tegishli ekanligini ishonchli tarzda namoyish etish mumkin bo'ldi. Bu avtonom flora vakillari o'rtasidagi assotsiativ o'zaro munosabatlarning turli darajadagi o'zgaruvchanligida, xarakterli turlarning qisman yoki to'liq siqib chiqarilishida, sog'lom og'iz mikroflorasiga xos bo'lmagan bakteriyalarning ko'payishida namoyon bo'ladi. Shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi bosqichda an'anaviy yoki relikt qo'zg'atuvchilar og'iz bo'shlig'i kasalliklarining paydo bo'lishida etiologik rolini yo'qotmoqdalar.

Hozirgi kunga qadar SQASning patogenezini tushunishda noaniqlik mavjud. Birtomondan, zararlangan hududda mikrobli kelib chiqishga ega turli mahsulotlarni (proteazalar va kollagenazalar, endo- va ekzotoksinlar va boshqalar) aniqlash mikroorganizmlarning bevosita zararli ta'sirini ko'rsatadi. Boshqa tomondan, stomatit bilan bog'liq bo'lgan opportunistik patogenlar immunoglobulinlar, limfotsitlar, fibroblastlarni parchalab, fagotsitlar faoliyatini bostirib, immunologik mahalliy himoya mexanizmlari bilan o'zaro ta'sirlashishi mumkin. Stomatning kechki bosqichlarida OBSHQ to'qimalarida sintez qilinadigan prostaglandinlar muhim rol o'ynaydi.

O'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, SG fonida rivojlangan SQASni davolashda ozonoterapiya, lazer terapiyasi va immunomodulyatorlarni kompleks qo'llash samarali hisoblanadi. Tadqiqot guruhida davolanishning 4-kunida aftalar yo'qolgan, 20-kunida esa bemorlarning og'iz gigiyenasi yaxshilangan.

Xulosa

Surunkali gastroduodenit bilan og'rigan bemorlarda og'iz bo'shlig'ining surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitini davolashda ozonoterapiya, lazer terapiyasi va immunomodulyatorlardan foydalanish samarali hisoblanadi. Bu usullar yallig'lanish jarayonlarini kamaytiradi, shilliq qavatning tiklanishini tezlashtiradi va bemorlarning hayot sifatini yaxshilaydi. Kelajakda bunday kompleks yondashuvlar stomatologik amaliyotda keng qo'llanilishi kutilmoqda.

Amaliy tavsiyalar

1. SG fonida SQAS bilan og'rigan bemorlarga og'iz suyuqligi pH va ajralish tezligini aniqlash tavsiya etiladi.
2. Immunomodulyatorlarni kompleks davolashda qo'llash samaradorlikni oshiradi.
3. Davolash kursini 6 oydan so'ng takrorlash SQASning qaytalanishini oldini oladi.

Adabiyotlar

1. Rizaev Z. A., Abdunosirovich R. R., Sharipovna N. N. Ways to improve the organization of dental services for chemical industry workers //The American journal of medical sciences and pharmaceutical research. – 2020. – Т. 2. – №. 12. – С. 35-39.
2. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.
3. Ризаев Ж., Шомуродов К., Агзамова С. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 8-11.
4. Ризаев Э., Бекжанова О. Современные подходы к организации лечения заболеваний пародонта //Stomatologiya. – 2019. – Т. 1. – №. 3 (76). – С. 70-76.
5. Ismailova Mehriban Olimbaevna //Forensic medical criteria for assessing cerebrospinal fluid circulation disorders in fatal traumatic brain injuries//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
6. Ismailova Mexriban Olimbayevna., Nishanov Ergashali Joraxon o'g'li//Mechanisms of development of central and peripheral nervous system damage in herpesvirus infection//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
7. 7.M. O. Ismailova., Sh. I. Ruziev.//features of formation damage brain from influence of blint objects//Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali.ISSN: 2181-3469 Jild: 03 Nashr:01 2024 yil.
8. M.O.Ismailova., Sh.I.Ruziev.//Features of formation damage brain from influence of blint objects//Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi in-academy.uz/index.php/si. 2024 yil 1(10).
9. 9.Nuriddinovna I. G., Utkurovna U. Y. Improving methods to prevent caries of the permanent tooth fissure area in children //ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. – 2022. – Т. 12. – №. 5. – С. 436-439.

10. 10.Индиаминова г. Н., якубова с. Р. Применение местных индивидуальных методов профилактики кариеса постоянных зубов у детей с умственными отклонениями //журнал биомедицины и практики. – 2022. – т. 7. – №. 6.
11. 11.Индиаминова г. Н. Ақли заиф болалар махсус мактаб интернатлари тарбияланувчиларига стоматологик ёрдам кўрсатишда махсус it-дастурларни ишлаб чиқиш хамда унинг самарадорлигини бахолаш //журнал биомедицины и практики. – 2022. – т. 7. – №. 6.
12. 12.Индиаминова г., зоиров т. Maxsus yordamchi maktablarda tarbiyalanuvchi aqli zaif bolalarga stomatologik yordam ko'rsatishni optimallashtirish //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 12-14.
13. Ismailova Mehriban Olimbaevna //Forensic medical criteria for assessing cerebrospinal fluid circulation disorders in fatal traumatic brain injuries//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
14. Ismailova Mexriban Olimbayevna., Nishanov Ergashali Joraxon o'g'li//Mechanisms of development of central and peripheral nervous system damage in herpesvirus infection//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
15. 15.M. O. Ismailova., Sh. I. Ruziev.//features of formation damage brain from influence of blint objects//Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali.ISSN: 2181-3469 Jild: 03 Nashr:01 2024 yil.
16. M.O.Ismailova., Sh.I.Ruziev.//Features of formation damage brain from influence of blint objects//Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi in-academy.uz/index.php/si. 2024 yil 1(10).

"OLIY TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QITUVCHILARI SALOMATLIGINING IJTIMOIY-GIGIENIK JIHATLARINING O'RGANILGANLIGI

Atabaeva G.S., Yusupova O.B.
Gigiena mutaxassisligi 1-bosqich magistri
ilmiy rahbar, t.f.n dotsent
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Salomatlik inson kapitalining asosiy tarkibiy qismi bo'lib, insonning muvaffaqiyatli rivojlanishini ta'minlaydigan asosiy zaxira mutaxassislik va samarali kasbiy faoliyat asosidir. Ta'lim jarayoni asosiy ishtirokchilarining sog'lig'ini saqlash va mustahkamlash muhim ahamiyatga ega. Oliy ta'lim muassasalarining o'qitish faoliyati va o'quv jarayoniga xos bo'lgan salbiy omillari o'qituvchilarning sog'lig'iga salbiy ta'sir qiladi, bu bevosita ularning kasallanishiga ta'sir qiladi. Texnologiyalarning rivojlanishi, o'quv dasturining murakkablashishi, shuningdek hujjatlar, talabalar soni va o'qitish soatlarining ko'payishi tufayli oliy ta'lim o'qituvchilari ko'pincha tananing aqliy va jismoniy kasalliklariga duch kelishadi. O'tkazilgan ilmiy tadqiqot natijalari, oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilarning salomatligiga salbiy ta'sir qiluvchi asosiy omillarga: yuqori ish yuklamalari, zararli odatlar, kam jismoniy faollik , o'z salomatligi uchun shaxsiy javobgarlikning pastligi kabilar kirishi va ularni tashqi va ichki resurslarni safarbar qilish bilan boshqarish mumkinligini ko'rsatdi.

Adabiy manbalar tahlili shuni ko'rsatadiki, Rossiyada universitet o'qituvchilarining sog'lig'i jiddiy e'tiborga muhtoj, universitet o'qituvchilarining sog'lig'ini mustaqil professional guruh sifatida himoya qilish deyarli shakllanmagan. Universitetdagi faoliyatning tabiati va mehnat sharoitlari asosan pedagogik jarayonga jalb qilingan xodimlarning sog'lig'iga salbiy ta'sir ko'rsatadi. So'nggi yillarda oliy ta'lim tizimida o'quv jarayonlarida sezilarli o'zgarishlar yuz berdi, axborot yuklari oshishi, zamonaviy hayotning stressi ortishi, o'qituvchilarning kasbiy kompetentsiyasiga talablar va qarorlar uchun javobgarlik oshishi, bu esa ularning salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadigan stress reaktsiyalarini shakllantiradi. SHu bilan birga, bizning fikrimizcha, o'qituvchilar tarkibining kasallanishining yashirin tabiatini hisobga olish kerak, chunki o'qituvchilar ish yuklamasi va o'z sog'lig'i uchun yetarli bo'lmagan javobgarlik tufayli

kasallik yuzaga kelganda shifokor bilan maslahatlashmaydilar. Bundan tashqari, o'qituvchilar tarkibida tibbiy javobgarlik bilan bog'liq xatti-harakatlar yetarli darajada shakllanmagan va stressni boshqarish qobiliyatlari yo'qligi aniqlangan.

2016 yilda o'tkazilgan ilmiy tadqiqot natijalariga ko'ra, tibbiy ko'riklar bo'yicha aniqlangan kasallanish darajasi yetarli darajada yuqori bo'lsada , o'qituvchilarning 25,8 % tibbiy ko'rikdan o'tmasligini va 56,7 % shifokor tavsiyalariga amal qilmasligini, o'qituvchilarning 78,6% universitet o'qituvchilari va talabalariga tibbiy yordam ko'rsatishga mo'ljallangan maxsus tibbiy tashkilotning yo'qligini tibbiy ko'rikdan o'tishiga to'sqinlik qiluvchi sabablardan biri sifatida ko'rsatdi. O'qituvchilar sog'lig'ining noqulay ko'rsatkichlarini shakllantirishda yetakchi kasbiy eng muhim: qoniqarsiz ish haqi va ikkinchi ishga bo'lgan ehtiyoj, uzoq muddatli majburiy mehnat, yuqori neyropsixiatrik stress va ish vaqtining 36 soatdan ko'pligi kabi omillarning rolini aniqlashga imkon berdi. (Polunina N.V., 2016). Qirol Abdulaziz universitetida o'tkazilgan ilmiy tadqiqotda professor-o'qituvchilari orasida bel og'rig'ining jiddiy muammosi borligini va Saudiya Arabistonidagi boshqa oliy o'quv yurtlarida vaziyat o'zgarib borayotganini ko'rsatdi.

Lisnyak M.A. ning o'rganish natidalariga ko'ra mehnatga yaroqsizlik varaqalarini hisobga olish asosida universitet o'qituvchilarining kasallanishini baholash ishonchli mezon bo'la olmaydi, sotsiologik so'rov usullaridan foydalanish kasallanishning haqiqiy darajasi to'g'risida ishonchli ma'lumot olish, ularning o'sish sabablarini aniqlash imkonini beradi, shuningdek, universitet o'qituvchilarining sog'lig'ini saqlashga qaratilgan tibbiy-profilaktika choralarini ishlab chiqishda yordamchi vosita bo'lishi mumkin .

Xulosa. O'rganilgan adabiyotlardan shu holat ma'lum bo'ldiki, Oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilarining salomatligi muammosi keyingi yillarda dunyoning ko'plab mamlakatlarida, shu jumladan O'zbekistonda o'z dolzarbligini saqlanib qolmoqda va ayrim davlatlarda o'sish xususiyatiga ega bo'lib, har qanday jamiyatda sanitariya-gigienik, tibbiy-ijtimoiy va iqtisodiy muammolarning yuzaga kelishiga sabab bo'lmoqda. SHu sababdan oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilar salomatligini o'rganish va baholash, OTM professor-o'qituvchilar salomatligiga ta'sir etuvchi havf omillarni tahlil qilish, oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilar salomatligini mustahkamlashga qaratilgan ilmiy asoslangan takliflarni ishlab chiqish kelajak avlodga sifatli ta'lim berish garovidir.

THE RELATIONSHIP BETWEEN METABOLIC CHANGES AND ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH ABDOMINAL OBESITY AND ISCHEMIC HEART DISEASE

Axmedova Y.X., Karimova N.O., Qalandarova U.A.
Urgench Branch of Tashkent Medical Academy, Urgench Uzbekistan

Introduction. According to the information found in the reviewed literature, various risk factors play a significant role in the onset and progression of ischemic heart disease, as well as in the consequences that arise due to the disease. It is important to emphasize that, at present, special attention is being given to metabolic syndrome and its individual components. Moreover, literature sources indicate that due to abdominal obesity, the incidence of early disability and mortality from ischemic heart disease has been increasing year by year.

Aim of the research. To study the relationship between abdominal obesity, various metabolic changes, and arterial hypertension in patients with ischemic heart disease.

Materials and Methods. The study included a total of 90 patients aged 35–70 years diagnosed with ischemic heart disease. The degree of arterial hypertension and metabolic syndrome components were determined according to the recommendations of the All-Russian Scientific Society of Cardiologists (BHOK). The primary criterion for inclusion was abdominal obesity, along with at least one of the following additional criteria: arterial hypertension (blood pressure ≥140/90 mmHg), elevated triglyceride levels (≥1.7 mmol/L), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) >3.0 mmol/L, high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ≤1.2 mmol/L, fasting plasma glucose level ≥6.1 mmol/L, plasma glucose level ≥7.8 and ≤11.1 mmol/L two hours

after an oral glucose load, obesity was classified according to the World Health Organization (WHO) criteria based on body mass index (BMI). Inclusion criteria for the study included: systolic blood pressure (SBP) ≥140 mmHg, diastolic blood pressure (DBP) ≥90 mmHg, presence of abdominal obesity, dyslipidemia, impaired glucose tolerance. The collected data were statistically processed using the EXCEL software package and its statistical functions library.

Results. Among the 90 patients included in the study, the male-to-female ratio was 55/45. The patients were divided into four age groups, with the highest number (54%) belonging to the 35–50 age group. The number of patients decreased with age: 18% in the 51–60 age group, 18% in the 61–70 age group, and 10% in the 71–80 age group. Several anthropometric, metabolic, and arterial hypertension-related indicators were examined. Among the 20 patients in the control group with normal BMI, the prevalence of angina and myocardial infarction was 15% and 10%, respectively. In the overweight group (45 patients), 42% had angina, and 35% had myocardial infarction. Among the 35 obese patients, ischemic heart disease was observed in 42.8% and myocardial infarction in 28.5%. The average systolic blood pressure (SBP) in the main study group was 140±2.6 mmHg, while the average diastolic blood pressure (DBP) was 80±1.2 mmHg. In the control group, these values were 120±2.77 mmHg and 80±1.6 mmHg, respectively. Patients with ischemic heart disease (IHD) and metabolic syndrome (MS) exhibited general and abdominal obesity, hyperinsulinemia, hypertriglyceridemia, reduced anti-atherogenic HDL-C levels, and increased LDL-C oxidation. These metabolic alterations were more pronounced in IHD patients with MS compared to both the control group and IHD patients without MS.

Conclusion. The presence of metabolic syndrome (MS) components in patients with arterial hypertension (AH) exacerbates disease progression. In such cases, hypertension manifests with more severe consequences, and stage III hypertension becomes more prevalent. Insulin resistance plays a crucial role in linking abdominal obesity, dyslipidemia, hypertension, and impaired glucose tolerance as risk factors. The combination of hypertension and MS components significantly increases the risk of cardiovascular complications.

“FERTIL YOSHIDAGI AYOLLAR VA QIZLAR O’RTASIDA SUT BEZI SARATONINI PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARI

Babadjanova Sh.U.

TTA Termiz filiali Patologik anatomiya sud tibbiyoti tibbiyot huquqi kafedrasi mudiri

Dolzarbligi. Ko'krak bezi saratoni – bu normal ko’krak bezi hujayralarining saraton hujayralariga aylanishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Sut bezi saratoni o'pka saratonidan keyin ikkinchi eng keng tarqalgan saraton turi bo'lib, ayollar orasida birinchi o'rinda turadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, har yili 1,5 million ayolga ko'krak bezi saratoni tashxisi qo'yiladi. Ushbu kasallik 13 yoshdan 90 yoshgacha bo'lgan ayollarning taxminan 10 foizida uchraydi. Erkaklar ushbu kasallikka kamroq chalinadilar (1%). Kasallikdan o'lim holatlari taxminan 50% ni tashkil qiladi. Ko‘krak bezi saratonida yashovchanlik 55 % ni tashkil etadi. Adekvat davo choralari ko‘rilmasa, bu ko‘rsatkich 10 %ni tashkil qiladi. Yashovchanlik darajasiga ko‘plab faktorlar ta’sir qiladi. Agar o‘sma darajalariga qarab yashovchanlik aniqlansa, o‘smaning boshlang‘ich darajalarida 95 %ni tashkil qiladi. Ikkinchi bosqichda, o‘smaning 5 sm gacha paydo bo‘lishida, o‘sma hujayralarining bir ikki limfa tugunlariga metastazlarida yashovchanlik 55-80 %ni tashkil qiladi. Shuni ko‘rsatdiki bemorlar o’rtasida qanchalik erta tashxislash bemorni yashovchaligini shuncha ortiradi.

Maqsad. Ko'krak bezi saratonining gistologik tasnifiga asoslanib, to'g'ri patologik tashxis qo'yishning asosiy mezonlarini aniqlash.

Materiallar va usullar. Tadqiqot uchun materiallar sut bezlari to'qimalarining namunalari edi. Ko'krak bezi saratonining patologik diagnostikasi ultratovush yoki stereotaktik nazorat ostida olingan birlamchi ponksiyon biopsiyasiga asoslanadi. Patomorfologik xulosa quyidagilarni o'z ichiga olishi kerak: gistologik turni aniqlash; etuklikning gistologik darajasi; standart Allred yoki H-yadro usullaridan foydalangan holda estrogen retseptorlari (ER) holatini immunohistokimyoviy

(IHC) baholash; progesteron retseptorlari (PR) va HER2 sobiq IHC baholash orqali saraton agressivligini baholash.

Natijalar va muhokama. Eng aniq tarkibiy o'zgarishlar ayollarda balog'at yoshidan menopauzaga qadar sodir bo'ladi. Gistologik nuqtai nazardan: 2 turdagi epitelial hujayralar (luminal va mioepitelial), 2 turdagi stroma (bo'lakchalararo va bo'lakchalarichi), 2 turdagi strukturaviy birlik (yirik naylarda va terminal nay-bo'lakchalar birligi (TDLU)).

Atipik duktal giperplaziya (ADH) epitelial proliferativ shikastlanish bo'lib, sitologik va arxitektura xususiyatlari past darajadagi duktal karsinoma in situ (DCIS)nikiga o'xshash, ammo arxitekturasi kam rivojlangan, terminal lobulyar birlikning ishtirok etish darajasi va qo'shni darajada. Unda ICD-O kodi yo'q. MKB odatda terminal bo'lakchalarni naylari birliklarida paydo bo'ladi. Bundan tashqari, papillomalar va fibroadenomalar kabi jarohatlarda yoki kamdan-kam hollarda katta sut yo'llarida paydo bo'lishi mumkin. Chastotasi: skrining paytida biopsiya materialida 2-14%. Agar papillyar shikastlanishyoki fibroadenoma kabi neoplastik kasallik bilan bog'liq bo'lmasa, APH odatda tuzilma sifatida namoyon bo'lmaydi.

Prognozi: 5 yil ichida in situ saraton rivojlanish xavfi 4-5 baravar.

In situ papiller duktal karsinoma (DCIS) DCIS ning morfologik kichik turi bo'lib, neoplastik kanal epiteliysi bilan qoplangan, miyoepiteliysiz, markaziy yoki periferik kanallarda joylashgan, periferiyada saqlanib qolgan mioepiteliy bilan qoplangan filiform shoxlangan fibrovaskulyar ustunlardan iborat. CK5 periferik kanalni qoplagan mioepitelial hujayralarni bo'yadi, lekin fibrovaskulyar emas

lar qatlamlari, bu in situ papiller duktal karsinoma uchun xosdir. ICD-O kodi 8503/2. Ko'krak bezi saratoni uchun mammografik skrining joriy etilgan mamlakatlarda kasallanish ko'paydi.

AQShda mamografik skrining paytida aniqlangan yangi tashxis qo'yilgan ko'krak bezi saratoni holatlarining 20-25 foizini tashkil qiladi (u joriy etilishidan oldin u 2-3 foizni tashkil etgan). Papiller DCIS miyoepitelial to'qimalardan mahrum bo'lgan intraduktal neoplastik epiteliya proliferatsiyasini qoplaydigan tarvaqaylab ketgan fibrovaskulyar tayoqlardan iborat.

Kapsulali va qattiq papillyar karsinomalardan farqli o'laroq, papillyar DCIS aloqa kanallarining periferiyasida epiteliya-stromal interfeysda buzilmagan miyoepitelial qatlamni ko'rsatadi. Epiteliya proliferatsiyasi papillerlararo bo'shliqlarni qisman yoki to'liq to'ldirishi mumkin, bu esa papillyar arxitekturasini yashirishi mumkin bo'lgan qattiq, kribriform, mikropapillyar, ixcham ustunli naqshlarni hosil qiladi. Papillyar DCIS ko'pincha DCISda bir nechta naqshlardan birini ifodalaydi, lekin kamdan-kam hollarda yagona naqsh bo'lishi mumkin, ayniqsa retroareolyar joylashuvda. DCISning boshqa turlari bilan solishtirganda, papillyar DCIS komedonekroz bilan kamroq bog'liq. DCISning barcha turlari singari, papillyar DCIS ham neoplastik epiteliyning yadro atipiyasiga qarab tasniflanadi va yuqori darajadagi papillyar DCISning bir nechta holatlari tasvirlangan. Papillyar DCISning differentsial diagnostikasi papilloma, atipiyali papilloma, kapsulalangan papillyar karsinoma va qattiq papillyar karsinomani o'z ichiga oladi.

Ushbu shikastlanishni farqlash uchun miyoepitelial antijenler, yuqori molekulyar og'irlikdagi sitokeratinlar (CK5/6 va CK14), ER va neyroendokrin antigenlar uchun immunohistokimyoviy bo'yashdan foydalanish mumkin. Past va o'rta darajadagi displazi shikastlari odatda ER uchun diffuz yadroviy pozitivlikni va neoplastik epiteliya komponentida CK14 yoki CK5 / 6 ifodasining yo'qligini ko'rsatadi; Biroq, yuqori darajadagi shikastlar boshqa rasmga ega bo'lishi mumkin.

Asosiy mezon: yupqa tarvaqaylab ketgan fibrovaskulyar tayoqchalarni qoplaydigan epiteliya hujayralarining neoplastik proliferatsiyasi, miyoepiteliysiz, lekin kanalning atrofdagi stroma bilan chegarasida miyoepitelial qatlamni o'z ichiga oladi.

Tarixiy jihatdan DCIS ko'krak qafasining paypaslangan shikastlanishi, ko'krak bezi oqishi yoki Paget kasalligi sifatida namoyon bo'ladi. Ushbu ko'rinishlar hali ham ro'y bersa-da, DCIS holatlarining 85% ga yaqini mammografik usulda aniqlanadi, odatda kalsifikatsiya sifatida va palpatsiya qilinmaydi. Tashxis qo'yilgan bemorlarning o'rtacha yoshi 50-59 yoshni tashkil qiladi.

Kasallik ko'pincha bir tomonlama, ammo bir ko'krakda DCIS bilan kasallangan ayollarning taxminan 22 foizi qarama-qarshi ko'krakda in situ yoki invaziv karsinoma rivojlanadi. DCIS yuqori gardi klassik tarzda chiziqli, Paget hujayralari odatda asosiy karsinoma bilan bir xil immunoprofilga ega. CEA, EMA, S100, GCDFP-15, p53 va GATA3 ning o'zgaruvchan ifodasi haqida xabar berilgan. Ko'krakning Paget kasalligi odatda pastki to'qimalarda karsinoma bilan bog'liq bo'lib, bu ko'pincha yuqori darajadagi invaziv karsinoma NEC (53-64%) yoki DCIS (24-43%). Ko'krakning Paget kasalligi asosiy karsinomasiz kam uchraydi, 0-13% ni tashkil qiladi. Paget kasalligi invaziv karsinoma uchun mastektomiyadan keyin ham tasodifan aniqlanishi mumkin.

Xulosa. Ko‘krak bezi saratoni diagnostikasi va davolashning tegishli standartlarini joriy etish hamda ko‘krak bezi saratoni bilan og‘rigan bemorlarga xizmat ko‘rsatish sifat ko‘rsatkichlarini tahlil qilish saratonning qaytalanishi xavfini kamaytiradi. Ko'krak bezi saratoni uchun prognostik omillarni tahlil qilishda o'smaning morfologik tuzilishi, malignlik darajasi, o'simta hujayralarining differentsiatsiyasi darajasi va, albatta, o'sma ko'rsatkichlarini hisobga olish kerak.

uning retseptorlari holati, rivojlanishning immunohistokimyoviy belgilari bilan birga. Olingan ma'lumotlar onkologlarga ko'krak o'smalarining heterojen biologik subtiplarini aniqlash imkonini beradi, bu zamonaviy onkologiyada davolash strategiyasini tanlashda asosiy hisoblanadi.

QOG’ONOQ PARDASINING TUG’RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHINING SIYDIK YO’LI INFEKSIYASI BILAN BOG’LIQ BO’LGAN HOMILADORLIKNI OLIB BORISH.

Bekchanova A.Sh., Ortiqova D.O.
TTA Urganch filiali, Urganch, Uzbekiston

Mavzuning dolzarbligi: Ushbu maqolada qog’onoq pardaning tug’ruqdan oldin erta yorilishi bo’lgan 100 nafar ayolning tug’ruq ma’lumotlari o’rganib chiqilgan .

Kalit so’zlar: Qog’onoq pardaning tug’ruqdan oldin erta yorilishi (QPTOEY), xorioamnionit, septik asorat, SYI (siydik yo’li infeksiyasi).

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК, СВЯЗАННЫМ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ.

Бекчанова Азиза Шухратовна – ассистент,
кафедра Анатомия,
Артикова Дилафруз Отабаевна – ассистент,
кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии,
Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Актуальность темы: В данной статье изучены родовые данные 100 женщин с преждевременным разрывом околоплодных оболочек до родов.

***Ключевые слова*:** Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), хориоамнионит, септическое осложнение.

PREGNANCY ASSOCIATED WITH URINARY TRACT INFECTION, PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANE.

Bekchanova Aziza Shukhratovna – assistant,
DEPARTMENT OF ANATOMY,
Artikova Dilafruz Otabaevna – assistant,
Department Of Infectious Diseases, Epidemiology And Phthisiology,
Urgench Branch Of Tashkent Medical Academy,
Urgench, Republic Of Uzbekistan

Relevance of the topic: This article examines the obstetric data of 100 women with premature rupture of the membranes before labor.

***Keywords*:** Premature Rupture of Membranes (PROM), chorioamnionitis, septic complications,UTI (urinary tract infection).

Butun dunyoda qog'onoq pardaning ɜrta yorilishi bilan bog'liq bo'lgan tug'ruq jarayoni akusherlik va neonatalogiyada dolzarb muammo hisoblanadi. Muddatdan oldingi tug'ruqlarning 38-51% ni erta suv ketish bilan bog'liq tug'ruq tashkil qiladi [1]. Bachadon ichi infeksiyalari - bachadonda, qinda, ona va bolani bog'lab turuvchi sistemada, amnion parda, yo'ldoshda va amnion suyuqligida infeksion yallig'lanish jarayonini chaqiradi [Romero R., Gomez-Lopez N., Kusanovic J.P.].

Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi perinatal infeksiya bilan uzviy bog'liq bo'lib, neonatal sepsis havfini , yuqori perinatal va go'daklar o'limi hamda onada yiringli- septik asoratlar havfini 10 marta oshiradi [2]. Qog'onoq pardaning yorilishi muddatiga yetgan homiladorlarda 8,2 %-19,6% ni tashkil etsa, 37 haftadan oldin suv ketish 5% dan 35% gacha kuzatiladi. Birinchi tug'ruqda erta suv ketgan ayollarda keyingi tug'ruqda erta suv ketish xavfi 20-32% ni tashkil qiladi[3].

Amerikalik akusher-ginekologlar kollegiyasining takidlashicha 37 haftagacha bo'lgan homiladorlarda erta suv ketish xavfi bir homilalikda 2-4 %, ko'p homilalikda 7-20% ni tashkil qiladi [4] . Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarning 30-40% da ya'ni har 3 homilador ayolning bittasida jinsiy yo'llarida bakterial infeksiyalar kuztiladi.(Sidelnikova V.M., 2010; Skripnichenko Yu.P., 2014; Shafieva K.A., 2019). Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarda 36% holatlarda bachadon ichi infeksiyalari kuzatiladi, homilaning 22-27 haftalarida infeksiyaning yuqumlilik darajasi ortadi va tug'ma nuqsonga olib keladi, homiladorlikning 28-33-haftalarida 50% hollardagina bakterial infeksiyalarni aniqlash imkoniyati yuzaga keladi .

Maqsad: Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarda septik asoratlar rivojlanish xavf omillari erta aniqlash va xavfni kamaytirish samaradorligiga erishish.

Tadqiqot vazifalari: Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarni anamnestik ma'lumotlar asosida xavf guruhlariga ajratiladi.

Qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homilador ayollarda laboratoriya tekshiruvlari yordamida yuzaga keluvchi xavf erta aniqlanadi.

Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan homiladorlarda septik asoratlar rivojlanish prognozini aniqlanadi va amaliy tavsiyalar yordamida samaradorlikka erishiladi.

Birlamchi zvenalarda homiladorlikni olib borishda tavsiyalar ishlab chiqiladi.

Tadqiqot materiallari va usullari: Ilmiy izlanishimiz Xorazm viloyati perinatal markazida (Direktor t.f.d Matyaqubova S.A) olib borildi. 50 nafar retrospektiv, 50 nafar prospektiv va 25 nafar nazorat guruhiga xomilador ayollar olindi. 25 nafar kuzatuv guruhidagi ayollor Urganch shahar 3-son Oilaviy poliklinikasida (OP) nazoratda turuvchi homiladorlar olindi. Nazorat guruhidagi ayollarni OP dan olishdan maqsad homiladorlarni homila kichik muddatidayoq kuzatib borish va amaliy tavsiyalar ishlab chiqish. 2023-yilda 5841ta tug'ruq qabul qilingan. Shulardan 69(1.18%) nafarida xorioamnionit, 7 (0,1198%) nafarida metraendometrit va11(0,18%) nafarida sepsis kuzatilgan . Anamnezni yig'ishda hozirgi va oldingi homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning kechishi o'rganildi. Bu natijalar 2023-yilga tegishli ma'lumotlar hisoblanib men ularni 2024-yil natijalari bilan solishtirdm. 2024- yilda Xorazm viloyat Perinatal markazida 7214 ta tug'ruq qabul qilingan bo'lib, suv ketgan homiladorlar soni hisoblanmagan .Shulardan 73(1.03%) nafarida xorioamnionit ,8 (0,1%) nafarida metraendometrit va12(0,2%) nafarida sepsis kuzatilgan .

Natijalari: 50 nafar prospektiv kuzatuvga olingan ayollarda qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi bo'lgan va buning oqibatida septik asoratlar kuzatilgan ayollarni saralab oldik . 37 nafarida (74%) xorioamnionit ,8 nafarida (16%) metraendometrit va 5 nafarida (10%) da sepsis kuzatildi. 25 nafar kuzatuv guruhidagi ayollarni 22 haftaligidan kuzata boshladm va zaruriy tavsiyalar orqali ularga davo muolajalari belgilandi. Ulardan faqatgina 4 (16%) da qog'onoq pardasining tug'ruqdan oldin erta yorilishi kuzatildi. Shu 4 nafar homiladorning 1

tasida(4%) da septik asorat kuzatildi .Chunki bu ayolda surunkali yallig'lanish jarayoni bor edi. 2024-yilda 2023-yilga nisbatan tug'ruqlar 1.235 % ga oshganligini kuzatish mumkin. Xorioamnionit ko'rsatkichi esa 0.05% ga kamaygan, metraendometrit 0,0198% ga kamaygan ,septik asoratlar ko'rsatkichi esa 0,02 % ga kamaygan. Xulosa: Qog'onoq suvi homiladorlikning 37 haftasidan so'ng keta boshlasa, bu tug'ish jarayoni boshlanganidan dalolat beradi va odatda bundan so'ng 24 soat ichida bola tug'iladi. Homiladrolikning 37 haftasiga qadar suv ketsa, bola muddatidan oldin tug'iladi va qancha erta suv ketsa, bolada va onada muammolar bo'lishi ehtimoli shuncha yuqori bo'ladi. Hozirgi vaqtda qog'onoq pardasining muddatdan oldin yorilishi bo'lgan bemorlarni davolashda yagona yondashuv mavjud emas. Ko'pgina akusher-ginekologlar suvsizlik davr davomiyligining oshishi yuqumli va yallig'lanish asoratlarining rivojlanish xavfi tufayli tug'ruqni aktiv olib borishni afzal ko'radilar.

Foydalanilgan Adabiyotlar:

1. Исходы недоношенной беременности и родов при преждевременном разрыве плодных оболочек НВ Артымук, НН Елизарова, ВИ Черняева, СВ Рыбников Мать и дитя в Кузбассе, 98-102
2. Romero R., Gomez-Lopez N., Kusanovic J.P. [et al.]. Clinical Chorioamnionitis at Term: New Insights into the Etiology, Microbiology, and the Fetal, Maternal and Amniotic Cavity Inflammatory Responses. Nogyogyaszati Szuleszeti Tovabbkepzo Szemle. 2018. Vol. 20, № 3. P. 103-112.
3. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Митрохин С.Д., Тетруашвили Н.К., Ходжаева З.С., Шмаков Р.г., Дегтярев Д.Н., Тютюнник В.Л., Адамян Л.В. Преждевременный разрыв плодных оболочек (преждевременное излитие вод) // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 9. – С. 123-134.
4. Егорова А.Т., Руппель Н.И., Маисеенко Д.А., Базина М.И. Течение беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности //Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2015. Т. 30, № 10 (207). С. 75-80
5. Баев О.Р., Васильченко О.Н., Кан Н.Е., Клименченко Н.И., Митрохин С.Д., Тетруашвили Н.К., Ходжаева З.С., Шмаков Р.г., Дегтярев Д.Н., Тютюнник В.Л., Адамян Л.В. Преждевременный разрыв плодных оболочек преждевременное излитие вод) // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 9. – С. 123-134.
6. Безнощенко Г. Б. Синдром системного воспалительного ответа в акушерской клинике : решенные вопросы и нерешенные проблемы 2018. С. 6–10.
7. Болотских В. М. [и др.]. Преждевременное излитие околоплодных вод: проблемы диагностики и родовозбуждения // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. № 2 (64). С. 18–24.
8. Веропотвелян П. Н. [и др.]. Преждевременный разрыв плодных оболочек - инфекционный фактор // Здоровье женщины. 2013. № 81 (5). С. 57–64.

OROLBO'YI MINTAQASI AHOLISI ORASIDA BUYRAK PATOLOGIYALARINING PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARINI TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI

Djumaniyazova N.S., Yusufov A.B.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Tayanch so'zlar. nefropatiya, piyelonefrit, glomerulonefrit, buyrak yetishmovchiligi

Tadqiqot dolzarbligi. Orolbo'yi mintaqasida so'nggi o'n yilliklarda ekologik vaziyatning keskin yomonlashuvi (xususan, Orol dengizi qurishi, atmosferaga ko'tarilayotgan chang-tuz aralashmalari, ifloslangan ichimlik suvi) natijasida buyrak kasalliklari keng tarqalgan. Ushbu hududda ayniqsa surunkali piyelonefrit, toksik nefropatiya, glomerulonefrit va surunkali buyrak yetishmovchiligi holatlari ko'p uchramoqda. Morfologik jihatdan bu kasalliklar buyrak naychalari epiteliyining degeneratsiyasi, interstitsial to'qimalarning fibrozlanishi, glomerulalarning

sklerozlanishi, ba'zida esa nekrozga uchrashi bilan namoyon bo‘ladi. Orolbo‘yi hududlariga xos belgi — og‘ir metallar va pestitsidlar bilan zaharlanishga aloqador naycha nekrozi va interstitsial yallig‘lanishning diffuz shakllari, ayniqsa bolalar orasida kontinetal nefropatiyalar (tug‘ma buyrak rivojlanish nuqsonlari)ning ko‘payishi ekologik xavfning homiladorlikka bevosita ta’siri borligini ko‘rsatadi. Ko'rsatib o'tilgan buyrak kasaliklar haqida chuqur o'rganish kerakliligidan dalolat beradi.

Tadqiqot Maqsadi. Patomorfologik o‘zgarishlarni o‘rganish, buyrak kasalliklarini erta bosqichda aniqlash va mintaqaviy sog‘liqni saqlash strategiyalarini ishlab chiqishda muhim ilmiy asos bo‘lib xizmat qiladi. Orol bo'yi mintaqalarida yashovchi odamlardagi buyrak patalogiyalarda buyrakning struktura morfologik birligi nefronlarda bo'ladigan mikroskopik buzilishlar va buning oqibatida buyrakning patamorfologik jihatdan buzilishlarini makroskopik jihatdan chuqur o'rganish buning natijasida o'tkir va surunkali buyrak yetishmovchiligini oldini olishga qaratilgan davo choralarini ishlab chiqish bilan birga buni amaliyotga tadbiq etish. Ekologik omillar ta’sirida rivojlanayotgan nefropatiyalar turini aniqlash. Buyrak to‘qimalarining gistologik namunalarida uchraydigan tipik morfologik o‘zgarishlarni tavsiflash. Patomorfologik belgilar asosida kasallikning og‘irlik darajasini baholash. Mintaqaviy sog‘liqni saqlash choralari uchun ilmiy asos yaratish asosiy maqsad hisoblanadi.

Materiallar va usullar. Buyrak kasalliklarining makroskopik va mikroskopik o‘zgarishlari bo‘limi juda muhim. Quyida Orolbo‘yi mintaqasiga xos ekologik yuklama ostida rivojlanadigan piyelonefrit, toksik nefropatiya, glomerulonefrit kabi asosiy kasalliklar uchun makroskopik va mikroskopik o‘zgarishlarni o'rganish muhum jihati hisoblanadi. Buyrakda bo'ladigan makroskopik o'zgarishlarini ko'rib chiqamiz. Makroskopik belgilar, surunkali piyelonefritda - buyrak yuzasi notekis, g‘adir-budir (cho‘kma va chandiq izlari bilan) kichraygan va deformatsiyalashgan buyraklar, bo‘lakma-bo‘lak cho‘kkan joylar (sklerozlanish natijasi), toksik nefropatiyada -buyraklar shishgan, sathida qon quyilishlar, rangi o‘zgarib, kulrang yoki ko‘kimtir tusga kirgan yuzasi silliq, ammo yumshoq (parenxima suvsizlanmagan), glomerulonefritda - biroz kattalashgan yoki kichraygan, yuzasi silliq, kesik yuzasi och qizil yoki kulrang kapillyar qon bilan to‘lgan — “kongo tus” paydo bo‘ladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligida esa - buyrak kichik, qattiq, quruq, “qo‘zg‘algan yog‘och” ko‘rinishda, tuzilishi buzilgan, atrofiyalashgan to‘qima ko‘rinadi. Turli kasalliklarda mikroskopik belgilarni ko'rib chiqishimiz mumkin, jumladan surunkali piyelonefritda buyrak naychalari atrofi fibrozlangan, naycha epiteliy hujayralari atrofiyalashgan interstitsial to‘qimada limfoid infiltratsiya glomerulalar bir qismini skleroz tutgan bo'ladi, toksik nefropatiyada - naycha epiteliylarida vakuollashish, degeneratsiya, og‘ir holatlarda nekroz (naycha halokati), kapillyarlar atrofi yengil shish va ba’zan mezangial proliferatsiya, glomerulonefritda - glomerulalarda kapillyar halqalari qalinlashgan, endotelial va mezangial hujayralar ko‘paygan, ayrim joylarda fibrinoid nekroz, ba’zida yarim oy shaklidagi tuzilmalar, surunkali buyrak yetishmovchiligi terminal bosqichida esa - umumiy skleroz, naychalar yo‘qolgan yoki atrofiyalashgan, interstitsial to‘qima fibrozlangan, glomerulalar skleroz va gialinoz bilan to‘lgan holatlar yuzaga kelishini ko'rishimiz mumkin.

Natija va muhokama. Tadqiqotning natijasida buyrak patologik anatomiya xususiyatlari haqida olib borilgan ilmiy izlanishlarning yakunlanadi.Orolbo‘yi mintaqasida yashovchi aholida buyrak kasalliklari yuqori darajada tarqalgan bo‘lib, bu holat atrof-muhitdagi ekologik ifloslanish bilan bevosita bog‘liq. Tadqiqot davomida eng ko‘p uchraydigan buyrak kasalliklari quyidagilarni o'rgandik, Surunkali piyelonefrit, Toksik nefropatiya, Glomerulonefrit, Surunkali buyrak yetishmovchiligi, bolalar va o‘smirlar orasida tug‘ma (kontenital) nefropatiyalar va buyrak tuzilmasining rivojlanishdagi nuqsonlari ko‘proq uchrab, bu holat homiladorlik davrida ekologik omillar ta’siri bilan bog‘liq deb taxmin qilidik. Patomorfologik o‘zgarishlar, ayniqsa ekologik xavfli zonalarda, buyrak to‘qimalarining tizimli va qaytarilmas shikastlanishiga olib kelishi chuqur o'rganildi.

Xulosa. Orolbo‘yi mintaqasida yuzaga kelgan ekologik inqiroz (Orol dengizining qurishi, havodagi chang-zahar aralashmalari, suv va tuproqning ifloslanishi) aholining sog‘lig‘iga, xususan buyrak faoliyatiga salbiy ta’sir ko‘rsatmoqda. Ushbu hudud aholisi orasida eng ko‘p uchraydigan

buyrak kasalliklari — surunkali piyelonefrit, toksik nefropatiya, glomerulonefrit va surunkali buyrak yetishmovchiligi bo‘lib, ularning rivojlanishida asosiy omil sifatida ekologik toksinlar, og‘ir metallar, iflos ichimlik suvi va pestitsidlar ajralib buyraklarda va siydik chiqarish yo'larida to'planib qolishi natijasida buyrakning parinximasini o'zgarishlari va buning natijasida piyelonefrit va glomerulonefrit rivojlanishini chuquroq o'rganib zamonaviy yondoshuvlarga va buyrakning o'tkir va surunkali yetishmovchiliglarini kelib chiqmasdan turib aniqlash va to'gri davolash asosiy o'rinda turadi. Buning uchun orol bo'yi mintaqa aholisidagi buyrak patologiyalarni patomorfologiyasini chuqurroq o'rganish talab qilinadi.

QORAQALPOG’ISTON RESPUBLIKASIDA 4-14 YOSH ORASIDAGI BOLALAR ORASIDA RUHIY KASALLIKLARNING TARQALISHI.

Doshanova U.A.
Qoraqalpoǵiston tibbiyot instituti
“Ichki kasalliklar propedevtikasi, endokrinologi
ya va psixiatriya” kafedrasi assistenti va Respublika ixtisoslashtirilgan
ruhiy salomatlik ilmiy- amaliy tibbiyot markazining psixiatriya xizmati bo‘yicha
Qoraqalpog‘iston Respublikasi filial poliklinik dispenser bo‘limi shifakori

Mavzuning dolzarbligi: Zamonaviy jamiyatda ruhiy salomatlik muammosining dolzarbligi dunyoning turli mintaqalari aholisida ruhiy kasalliklar sonining ko‘payishi bilan izohlanadi. Ruhiy kasalliklarning tarqalishini o‘rganish hamma narsani ochib beradi shu jumladan jamiyatda kasal bolalar sonining ko‘payishini ham. Hozirda ko‘pgina ruhiy kasalliklar nafahat katta yoshdagi insonlarda bolalarda ham uchramoqda. Bolalardagi ruhiy kasalliklar osonlikcha tuzatilishi mumkin bo‘lgan kichik muammolarni, shuningdek, bolaning ruhiy buzilishiga olib keladigan jiddiy jarayonlarni o‘z ichiga olishi mumkin.

Ruhiy buzilishlar dunyo bo'ylab 10-19 yoshli har etti kishidan biriga ta‘sir qiladi; ular ushbu yosh guruhidagi kasalliklarning global yukining 13% ni tashkil qiladi.

Tadqiqotning maqsadi: Qoraqalpog‘iston respublikasida 4-14 yosh orasidagi bolalar orasida ruhiy kasalliklarning tarqalishi o‘rganish.

Tadqiqotning materiali: Qoraqalpog‘iston Respublikasi ruhiy va nevrologik dispanserning bolalar orasida ruhiy kasalliklar bilan kasallanish bo‘yicha 2024 yildagi rasmiy malumotlari va hisobot shakllari. Tadqiqotga Qoraqalpog‘iston Respublikasi ruhiy va nevrologik dispanseriga róyhatga olingan 4-14 yosh orasidagi 1570 bola tahlil qilindi.

Tadqiqotning natijalari: Qoraqalpog‘iston respublikasida bolalar orasida ruhiy kasalliklarning tarqalishi tahlil qilganimizda 785 bola (50%) aqliy zaiflik, 705 bola (45) % bosh miya organik kasalliklari, 38 bola (2,4%) epilepsiya, 15 bola (0,9 %) autizm, 11 bola (0,7 %) shizofreniya, 16 bola (1 %) bu bolalarda uchraydigan boshqa ruhiy kasalliklarni tashkil etdi. Tekshirilgan bolalarning 990 (63%) o‘g‘il bolani, 580 (37%) qiz bolani tashkil etadi. Olib borilgan tadqiqotlar natiyjasida Qoraqalpog‘iston respublikasida 4-14 yosh orasidagi bolalar orasida ruhiy kasalliklarning 1490 bola (95%) aqliy zaiflik va bosh miya organik kasalliklari bilan kasallangan bemor bolalar tashkil etdi, shundan 785 bola (50%) aqliy zaiflik, 705 bola (45 %) bosh miya organik kasalliklari bo‘lib yani shulardan aqliy zaiflik kasalligini ko‘rib chiqqanimizda aqliy zayiflik kasalligi Nukus shahrida 95 bola (12 %) va janubiy tumanlarida Beruniy tumanida 142 bola (18 %), To‘rtkul tumanida 85 (11%), Amudaryo tumanida 66 (8,4 %), Ellik qala tumanida 63 bola (8 %) va shuning bilan birga bosh miya organik kasalliklari Nukus shahrida 26,3 % kóproq tarqalǵanligi aniqlandi.

Xulosa: Olib borilgan tadqiqotlar natijasida Qoraqalpog‘iston respublikasida 4-14 yosh orasidagi bolalar orasida ruhiy kasalliklarning 50% aqliy zaiflik kasalligi bilan kasallangan bemor bolalar tashkil etgan bo‘lsa shundan bosim ko‘pchiligini janubiy tumanlar tashkil etdi. Xulosa shundan iborat aholi orasida bolalarda uchraydigan bu ruhiy kasalliklarga olib keluvchi omillarni, kasalliklarning oldini olish usullarini takomillashtirish, tushuntirish targ‘ibot ishlarini kuchaytirish va muntazam amalga oshirish va eng ko‘p tarqalgan hududlarda maktabgacha yoshdagi bolalarga

maxsus reablitaciya markazlarini, maktab yoshidagi bolalarga maxsus maktab internatlarini ko‘paytirish va jalib qilinishi kerak.

PLATSENTA OLDINDA KELISHI AKUSHERLIK QON KETISHLARNING ASOSIY OMILLARIDAN BIRI SIFATIDA

Duschanova Z.A., Jamoladdinova A.O.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali akusherlik va ginekologiya kafedrasi, Urganch, O’zbekiston

Akusherlik qon ketishlari onalar o‘limini keltirib chiqaruvchi sabablar ichida yetakchi o‘rinlardan birini egallaydi. Akusherlik qon ketishlariga olib keluvchi asosiy omillardan biri platsentaning oldinda kelishi bo‘lib, ayniqsa uning invaziv shakllari massiv qon ketishga, onalar va go‘daklar orasida kasalliklar hamda o‘lim ko‘rsatkichlarini oshishiga olib kelishi mumkin.

Tadqiqot maqsadi: tug‘ruq tarixi, homiladorlik va tug‘ruq natijalari xususiyatlarini o‘rganish orqali platsenta joylashuvining asosiy xavf omillarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullarllari: Tadqiqot retrospektiv usulda olib borildi. Unda 18 yoshdan 35 yoshgacha bo‘lgan 70 nafar homilador ayollarning tug‘ruq tarixi tahlil qilindi hamda ular asosiy va nazorat guruhlariga ajratildi: asosiy guruhni 50 nafar platsentaning oldinda kelishi tashxisi qo‘yilgan bemorlar, nazorat guruhini 20 nafar platsentasi normal joylashgan bemorlar tashkil qildi. Tahlil davomida anamnestik ma’lumotlar, homiladorlik va tug'ruqning kechishi, tug‘ruq natijalari va homilaga bo'lgan ta'siri o‘rganildi.

Tadqiqot natijalari va uning muhokamasi: platsentaning oldinda kelishi ko‘proq qayta tug‘ruqlarda qayd etildi (78%), yosh jihatidan asosiy guruhda (30 yosh) nazorat guruhiga (27 yosh) nisbatan sezilarli darajada yuqori ekanligi aniqlandi. Ekstragenital kasalliklar chastotasi platsentaning oldinda kelishi bo‘lgan ayollar orasida ancha yuqoriligi kuzatildi (84%ga nisbatan 35%). Eng ko‘p uchragan kasalliklar: semizlik (16%), kamqonlik (42%), varikoz kasalligi (22%), ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari (32%). Nazorat guruhida gipotireoz holatlari ko‘proq qayd etilgan (25%). Anamnestik ma’lumotlarga ko‘ra platsentaning oldinda kelishi bo‘lgan bemorlarda ko‘proq og‘irlashgan ginekologik anamnez aniqlanib, bu asosiy guruhda 84,4%, nazorat guruhida esa 50%ni tashkil etgan. Platsentaning oldinda kelishi mavjud bo‘lgan ayollarda homiladorlikning birinchi trimestrida xorionning oldinga joylashuvi (48,4%) va bachadon bo‘yni, qin infeksiyalari (15,6%) ko‘proq tashxislangan. Homiladorlikning 14-haftasigacha, jumladan 11–13,6 haftalarda o‘tkazilgan ultratovush tekshiruviga ko‘ra, xorion yoki yo‘ldoshning oldinga joylashuvi nazorat guruhidagi bemorlarning faqat yarmida aniqlangan bo‘lib, bu holat erta bosqichlarda yetarli tashxis qo‘yilmaganini ko‘rsatadi. Ayrim homiladorlar birinchi trimestrda dispanser ro‘yxatida bo‘lmagan: asosiy guruhda 15,6%, nazorat guruhida esa 13,3%. Homiladorlikning ikkinchi trimestrida asoratlar asosiy guruhda ko‘proq uchragan. Ushbu guruhdagi barcha ayollarda 18–22 haftalarda yo‘ldoshning noto‘g‘ri joylashuvi aniqlangan, ulardan 61%da to‘liq oldinga joylashgan yo‘ldosh aniqlangan. Biroq, yo‘ldoshning bachadon devoriga o‘sib kirishi haqida ma’lumot berilmagan. Platsentaning o‘sib kirishi faqat ikkita holatda 26 va 27 haftalarda, qon ketish sababli uchinchi darajadagi ixtisoslashtirilgan statsionarga yotqizilgan paytda tashxislangan. Platsentaning oldinga joylashuvi va qon ketish tufayli 28 haftagacha uchta (4,7%) holatda muddatdan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lgan. Ulardan birida qon ketish 23 haftada homilaning antenatal o‘limiga olib kelgan. Platsentaning joylashuvida anomaliyasi bo‘lgan homiladorlarda homiladorlikning to‘xtash xavfi, platsentar yetishmovchilik, kamqonlik va genital infeksiyalar ancha ko‘p uchragan. Asosiy guruhdagi fetoplatsentar buzilishlar asosan bachadon qon aylanishining buzilishi shaklida namoyon bo‘lgan. Bitta holatda uchinchi darajadagi kindik qon aylanishi buzilishi va homilaning o‘sishdan orqada qolish sindromi aniqlangan. Platsentar yetishmovchilik 26 haftalarda namoyon bo‘lgan. Ushbu guruhdagi ayollarning 6,3% da o‘rtacha darajadagi preeklampsiya kuzatilgan. Genital infeksiya faqat placentasi oldinda kelgan ayollarda aniqlangan: 15% ayolda bachadon bo‘yni-qin infeksiyasi, 3,1% holatda bachadon ichi infeksiyasi aniqlangan va tizimli antibiotikoterapiya o‘tkazilgan. Homiladorlikning uchinchi trimestrida ham

asoratlar asosiy guruhda yuqori bo‘lgan Platsentaning oldinda kelishi qon ketishiga, placentaning o‘sib kirishiga va muddatdan oldingi tug‘ruqqa sabab bo‘lgan. Homiladorlik asoratlari ancha yuqori bo‘lgan: homiladorlikning to‘xtatish xavfi (14,6%), platsentar yetishmovchilik (26%), kamqonlik (37%). Homiladorlikning uchinchi trimestrda asosiy guruhdagi ayollarning 11%da bachadon qon aylanishi, 3,5%da homila qon aylanishi, 4,8%da homilaning o‘sishdan orqada qolish sindromi kuzatilgan. Bitta holatda (1,4%) dekompensatsiyalangan platsentar yetishmovchilik (uchinchi darajadagi kindik qon aylanishining buzilishi), antenatal homila o‘limi esa 3,5% holatda qayd etilgan. Preeklampsiya 11,5% ayolda aniqlangan bo‘lib, 3,3% holatda og‘ir darajada kuzatilgan. 10%asosiy guruh ayollarida homilaning noto‘g‘ri joylashish uchragan.

Xulosa: Ayol anamnezida kesar kesish amaliyoti, platsentaning oldinda kelish, abortlar, genital infeksiyalar va ekstragenital kasalliklarning mavjud bo‘lishi platsentaning oldinda kelishiga xavf tug‘diradi. Abortlarni oldini olish, genital infeksiyalar va ekstragenital kasalliklarning o‘z vaqtida aniqlab, davolash platsentani oldinda kelishi va u tufayli kelib chiqishi mumkin bo‘lgan qon ketishlarni, onalar va go‘daklar o‘limini oldini olishga yordam beradi.

TUG‘RUQDAN KEYINGI QON KETISHLARNI OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY JIHATLARI

Duschanova Z.A.[1], Jabbarova G.K.[2]
[1]Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali
Akusherlik, ginekologiya va onkologiya kafedrasi dotsenti
[2]Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali
Akusherlik, ginekologiya va onkologiya kafedrasi dotsenti klinik ordinatori

Tug‘ruqdan keyingi qon ketish haligacha global miqyosda onalar o‘limining yetakchi sabablaridan biri bo‘lib qolmoqda. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti ma’lumotlariga ko‘ra, har yili taxminan 14 million ayolda tug‘ruqdan keyingi qon ketish kuzatiladi va bu holat 70000ga yaqin onaning hayotiga zomin bo‘ladi.

Tug‘ruqdan keyingi qon ketishlar bachadon atoniyasi, tug‘ruq jarohatlari, yo‘ldoshning birikish va ajralish patologiyalari hamda qon ivish tizimidagi buzilishlar sababli kelib chiqadi.

Tug‘ruqdan keyingi qon ketishlarga olib keluvchi sabablar ichida bachadon atoniyasi 70-90%ni tashkil etadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti tavsiyalariga ko‘ra qon ketishi bo‘yicha xavf omillari mavjud bo‘lgan ayollarga uterotonik (oksitotsin yoki mizoprostol) va gemostatiklar (trenaksam kislotasi)ni qo‘llash, shuningdek tug‘ruqni uchinchi davrini faol olib borish tug‘ruqdan keyingi qon ketishlarni 60%ga kamaytirishi tasdiqlanagan.

Tadqiqot maqsadi: Tug‘ruqdan keyin qon ketishiga ko‘proq sabab bo‘luvchi bachadon atoniyasiga olib keluvchi omillarni aniqlash va qon ketishini oldini olish.

Tadqiqot materiallari va usullarllari: bachadon atoniyasi tufayli qon ketgan 100 nafar ayollarning tug‘ruq tarixi retrospektiv tahlil qilindi va bachadon atoniyasi xavf omillari bo’lgan 110 nafar tug‘uvchi ayollarda prospektiv qon ketishini oldini olish muolajalari otkazildi.

Tadqiqot natijalari va uning muhokamasi: retrospektiv ravishda bachadon atoniyasi tufayli tug‘ruqdan keyingi qon ketishi yuz bergan18 yoshdan 35 yoshgacha bo‘lgan ayollarning tug‘ruq tarixi tahlil qilinganda ko‘phomilalik (3%), ko‘p sonli tug‘ruqlar (3-4-tug‘ruqlar) (18%), yirik homila (8%), kamqonlik (81%), qon ivishining buzilishlari (1%), preeklampsiya (6%), genital (bachadon ichi) infeksiyalari (2%), tug’ruq faoliyatining qoniqarsiz kechishi (dard sustligi) (4%) aniqlandi. Prospektiv ravishda bachadon atoniyasi va qon ketish xavf omillari mavjud bo‘lgan 110 nafar tug‘uvchi ayollarda tug‘ruqni uchinchi davri faol olib borilib, oksitotsin 10 XB m/o in’eksiya qilindi, 5XB oksitotsin 500 ml fiziologik eritmada t/i tomchilab, shuningdek trenaksam kislotasi 1g t/i yuborilganda 78% ayollarda qon ketishini oldi olindi, 25% ayollarda yengil qon ketishi kuzatilib, uni konservativ usullarda to‘xtatishga erishildi.

Xulosa: anamnezida tug‘ruqdan keyingi qon ketish, genital (bachadon ichi) infeksiyalari mavjud bo‘lgan, shuningdek ko‘phomilalik, ko‘p tug‘uvchi, homilaning taxminiy vazni 3800 va undan katta bo‘lgan, kamqonlik, trombocitopeniya, preeklampsiyalar kuzatilayotgan hamda

tug’ruq faoliyati qoniqarsiz kechayotgan ayollarda tug‘ruqni uchinchi davrini faol olib borish va qon ketishini oldini oluvchi chora-tadbirlarni o‘tkazish tug‘ruqdan keyingi kelib chiqadigan bachadon atoniyasi va qon ketishlarni bartaraf etishga yordam beradi.

AYOLLARDA ADENOMIOZ KASALLIGINI TASHXISI VA DAVOLASHDA YANGICHA TALQIN.

Ibragimova N. SH., Yusupova M.A.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Annotatsiya: Hozirgi vaqtda ko'plab kuzatuvlar mavjudligiga qaramay, adenomiyozning chastotasi yildan-yilga ortib bormoqda, kasallik esa asosan kech bosqichlarda tashxis qilinadi. Ushbu tadqiqot adenomiyozni dastlabki bosqichlarda erta prognoz qilish va kasallikning og’ir darajalarini oldini olishga yordam beradi. Shu bilan birga, ayolning reproduktiv funktsiyasi saqlanib qoladi.

Kalit so'zlar: adenomiyoz, jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar, vaginal ozon terapiyasi.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АДЕНОМИОЗА У ЖЕНЩИН.

Ибрагимова Н.Ш., Юсупова М.А.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: Несмотря на большое количество наблюдений, частота аденомиоза продолжает увеличиваться с каждым годом, при этом заболевание чаще всего диагностируется на поздних стадиях. Проведённое исследование способствует раннему прогнозированию аденомиоза и предотвращению его тяжёлого течения, что, в свою очередь, позволяет сохранить репродуктивную функцию женщины.

Ключевые слова: аденомиоз, инфекции передающейся половым путем, вагинальная озонотерапия.

A NEW APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADENOMYOSIS IN WOMEN.

Ibragimova N.Sh., Yusupova M.A.
Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Annotation: Despite the fact that there is currently a large number of observations, the frequency of adenomyosis is increasing from year to year, while the disease is diagnosed mainly in late stages. This study will help to predict adenomyosis in the early stages and prevent severe disease. At the same time, female reproductive function is preserved.

Keywords: adenomyosis, sexually transmitted infections, vaginal ozone therapy.

Kirish: Adenomiyozning patogenezini tushuntirishga harakat qiladigan ko'plab farazlar mavjud. Kasallik o'zini biron bir zonaning shikastlanishi yoki kombinatsiyalangan shikastlanish, shu jumladan ichki miyometrium (subendometriyal zona), bachadon serozasiga qo'shni o'rta va tashqi miyometriumning shikastlanishi sifatida namoyon qilishi mumkin. Bu o'zgarishlar fokal yoki diffuz xarakterga ega bo'lishi mumkin [1, 3, 4]. Kasallikning turli ko'rinishlari turli patogenetik mexanizmlarni aks ettirishi mumkin:

1 - endometriumning subendometriyal zonaga "invaziyasi" tufayli ichki miyometriumning shikastlanishi mumkin;

2 - tashqi miyometriumning shikastlanishi Myuller kanali qoldiqlari va adenomiyozning lokalizatsiyalangan joylariga aylanadigan pluripotent hujayralar mavjudligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Kasallikning shakllari: diffuz, fokal, nodulyar.

Yuqori fazoviy va kontrastli rezolyutsiyaga ega MRI imkoniyatlarini kengaytirish bachadonning zonal anatomiyasini o'rganish imkonini berdi. Miyometriumning ichki qatlamida T2 o'lchovli tasvirlarda aniq signal zichligiga ega bo'lgan hudud aniqlandi, u ko'plab ta'riflarni oldi: "oraliq zona", "arxmiometrium", "ichki miyometrium", "o'tish zonasi", "subendometriyal" miyometrium". Ushbu oraliq yoki o'tish zonasi miyometriumning bazal qatlami bo'lib, bo'ylama joylashgan silliq mushak tolalaridan iborat bo'lib, ularning qalinligi reproduktiv yoshdagi ayollarda 8 mm dan oshmaydi [7,9].

"O'tish zonasi" ning bir hil qalinlashishi adenomiyoz tashxisida standart ko'rsatkichdir. Gistologik jihatdan tasdiqlangan adenomiyozning prognostik belgilari: "o'tish zonasi" ning qalinligi MR signalining yuqori intensivligiga ega bo'lgan gemorragik inkluzyonlar bilan 12 mm; "o'tish zonasi" ning mahalliy qalinlashishi yoki T2 vaznli rasmda past signal intensivligi bilan miyometriyal tugunlarning paydo bo'lishi [1]. Ularning tadqiqotida C. Reinhold (1999) va boshqalar. [4,6] o'tish zonasining qalinligi 12 mm va undan ko'p bo'lsa, adenomiyozni yuqori darajadagi aniqlik bilan tashxislash mumkin degan xulosaga keldi. Qalinligi 8 mm yoki undan kam bo'lgan o'tish zonasi odatda bachadon endometriozini istisno qiladi. Kishi Y va boshqalar. MRI ma'lumotlariga qarab adenomiyozning 4 turi aniqlandi:

1. 1-kichik turdagi (ichki) adenomiyoz subendometriyal zona bilan bevosita bog'liq holda rivojlanadi va klassik tur bo'lib, endometriumning miyometriumga bevosita kirib borishi bilan izohlanishi mumkin. Oldingi jarrohlik aralashuvlar va tug'ilish kasallikning rivojlanishida predispozitsiya qiluvchi omillardir. Biroq, mualliflarning fikriga ko'ra, bir qator bemorlarda intrauterin aralashuvlar va tug'ish bo'lmagan.

2. II kichik tip (tashqi) adenomiyoz miyometriumning tashqi qatlamida lokalizatsiya qilingan va ko'pincha tashqi peritoneal endometrioz, rektovaginal endometrioz bilan og'rigan bemorlarda topilgan va, ehtimol, tos a'zolarining endometriozidan bevosita va bilvosita yallig'lanish ta'sirining natijasidir. Bunday lokalizatsiya mavjudligini endometriyal invaziya nuqtai nazaridan tushuntirish qiyin, shu bilan birga o'tish zonasi buzuqliksiz saqlanib qoldi va adenomiyoz va bog'lovchi zona o'rtasida sog'lom mushak tuzilmalari mavjud edi [1, 11].

3. III kichik tip (intramural) adenomiyoz guruhiga MR adenomiozi yakka holda, funktsional zona yoki seroz bilan bog'liq bo'lmagan holda sodir bo'lgan bemorlar tashkil etilgan.

4. Ilgari aniq tasniflash mezonlariga ega bo'lmagan bemorlar (MRG lezyonining lokalizatsiyasi noaniq va noaniq edi) IV kichik tip (noaniq) adenomiyoz [8,10] sifatida tasniflangan.

Tadqiqot maqsadi: ayollarda adenomiyozning klinik, instrumental va morfologik tadqiqotlari natijalarini o'rganish orqali kasallikni erta tashxislash va davolashning yangi mezonlarini ishlab chiqish orqali ayollarning hayot sifatini yaxshilash.

Material va tadqiqot usullari: Tadqiqot 2021-2023 yillarda Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali akusherlik va ginekologiya kafedrasi negizida Xorazm viloyati viloyat perinatal markazi ginekologiya bo‘limlarida olib borildi.

Tadqiqot ikki bosqichda o'tkazildi. I bosqichda 2018-2020 yillar davomida 60 nafar bemor adenomiyoz tashxisi bilan bachadonni olib tashlash bo‘yicha Xorazm viloyati viloyat perinatal markazining ginekologiya bo‘limlariga tibbiy ko‘rikdan o‘tkazilib, jarrohlik davolash uchun yuborildi. Jarrohlik davolash uchun ko'rsatma klinik ko'rinishning og'irligi edi: hayz paytida va undan tashqarida qorinning pastki qismida og'riqlar, og'ir hayzli qon ketish, gormonal terapiyaning samarasizligi, hayot sifatining pasayishi.

II bosqichda 146 nafar bemor tekshirildi.

Asosiy guruh adenomiyozli 106 ayoldan iborat edi. Nazorat guruhi 40 nafar amalda sog'lom ayollardan iborat edi. Asosiy guruh yana davolash turiga qarab 2 ta kichik guruhga bo'lingan: 1-guruhda - dienogest + vaginal ozon terapiyasi + intrauterin plazma ko'tarish kombinatsiyasi qo'llanilgan n = 62; 2-guruhda - davolash standart terapiya bo'yicha o'tkazildi n = 44.

Barcha bemorlar klinik, laboratoriya va funktsional tadqiqot usullaridan o'tkazildi: klinik (an'anaviy ginekologik tekshiruvlar); funktsional diagnostika usullari (ultratovush); klinik va

laboratoriya (umumiy va biokimyoviy qon testlari); ayollarning gormonal holatini tahlil qilish (TSH, LH, FSH, testosteron, AMH, prolaktin va progesteron), antropometriya (bo'yni, tana vaznini o'lchash va BMIni aniqlash), qondagi melatoninning kechki va kunduzi darajasining ko'rsatkichlari va tupurik. Uyquning buzilishi, psixoemotsional holat va og'riq haqida ma'lumotlar adenomiyozli ayollarda sog'liq bilan bog'liq hayot sifatini baholash uchun takomillashtirilgan so'rovnomadan foydalangan holda barcha ayollardan to'plangan.

Tadqiqot natijalari: Barcha guruhlardagi ayollarning yoshi 17 yoshdan 42 yoshgacha bo'lgan. I guruhdagi ayollarning o'rtacha yoshi 29,8±0,2 yoshni, nazorat guruhidagi ayollarniki esa 29,3±0,2 yoshni tashkil etdi. Shunday qilib, tadqiqotga qabul qilingan bemorlarning yoshiga ko'ra, klinik guruhlar taqqoslangan.

I guruh ayollarida hayz ko'rishning o'rtacha yoshi 13,8±0,12 yoshni, II guruhda esa 13,6±0,1 yoshni tashkil etdi. Shunday qilib, adenomiyozli bemorlar va nazorat guruhi o'rtasida menarxning o'rtacha yoshida farqlar yo'q edi.

Birlamchi bepushtlik adenomiyozli bemorlarning 40,3 foizida (47) sodir bo'lgan. Ikkilamchi bepushtlik adenomiyozli bemorlarning 7,5 foizida (8) aniqlangan.

Nazorat guruhidagi bir ayol sterilizatsiya qilingan (2%), 2 (4%) bemorda birlamchi bepushtlik aniqlangan.

Bemorlarga duchor bo'lgan kasalliklar, ularning tuzilishini baholash uchun ginekologik va ekstragenitallarga bo'linadi.

Adenomiyozli bemorlarda (I guruh) jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar 33,9% (36), surunkali yallig'lanish jarayonlari - 64,2% (68) bemorlarda, II guruhda esa jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar 10% (5), va tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari - ayollarning 14% (7) da, bu nazorat guruhiga nisbatan statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori ($p<0,05$). Shu bilan birga, kasallikning minimal ko'rinishlari bo'lgan bemorlarning 1,9 foizida (2) tuxumdon hipofunktsiyasi rivojlangan. Bachadon bo'yni fon kasalliklari adenomiyozli bemorlarning 11,3 foizida (12), I guruhdagi bemorlarning 22,6 foizida (24) bachadon bo'yni displaziyasi aniqlangan.

Nazorat guruhidagi bemorlarda bachadon bo'yni fon patologiyasi aniqlanmadi va 6% (3) ayollarda bachadon bo'yni displazi aniqlandi. Yuqoridagilarni hisobga olgan holda, adenomiyozli bemorlarda jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar va tos a'zolarining yallig'lanish kasalliklari tarixi kasallikning rivojlanishiga hissa qo'shadigan noqulay fon ekanligini aytishimiz mumkin.

Bemorlarda uchraydigan yuqumli kasalliklar tarkibida, aniqlangan jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalar fonida, ko'pincha I guruhda 15% (16) da xlamidiya tashxisi qo'yilgan, bu nazorat guruhiga nisbatan statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori ($p <0,01$) - 2% (1); I guruh bemorlarining 7,5% (8) o'tmishda trichomoniasis bilan kasallangan. Disbiyoz I guruhdagi bemorlarning 14,1% (15) da, nazorat guruhida esa faqat 2 (4%) bemorda; Anamnezda karbamid va mikoplazmoz kasallikning minimal shakllari bo'lgan bemorlarning 42,4 foizida (45) mavjud bo'lsa, II guruhda bu kasalliklar bemorlarning 4 foizida (2) aniqlangan.

Davolanishdan so'ng davolanish uchun salbiy nazorat olindi. O'tmishdagi kasalliklar va jinsiy yo'l bilan yuqadigan infektsiyalarning bunday yuqori darajasi adenomiyozning patogenezida yallig'lanish jarayonining rolini tasdiqlashi mumkin. Laparotomiya tarixi I klinik guruhdagi ayollarning 14,1 foizida (15) va II guruhdagi bemorlarning 4 foizida (2) bo'lgan. 7,5% (8) holatda laparoskopiya amalga oshirildi, shu jumladan sistektomiya qilingan ayollarning 2,8% (3), bemorlarning 1,9% (2) da tuxumdonni rezektsiya qilish, tubektomiya va bachadon plastik jarrohlik operatsiyalari teng nisbatda amalga oshirildi. naychalar, tuxumdonlarni koterizatsiya qilish va konservativ miyomektomiya. Bu nazorat guruhiga nisbatan statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori ($p<0,05$), bu erda bunday operatsiya amalga oshirilmagan.

Shunday qilib, yuqorida aytilganlarning barchasi nazorat guruhidagi ayollarga nisbatan adenomiyozli bemorlarning ginekologik tarixini og'irlashtiradigan omillarning yuqori darajasini ko'rsatadi.

Adenomiyozli bemorlarning klinik guruhlarida 15% (16) ayollarda siydik tizimi kasalliklari tarixi bo'lgan, bu nazorat guruhiga nisbatan statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori ($p<0,05$). Oshqozon-ichak trakti kasalliklari adenomiyozli ayollarning 22,6 foizida (24) uchraydi.

Surunkali tonzillit I guruhdagi bemorlarning 7,5 foizida (8) va nazorat guruhining 4 foizida (2) qayd etilgan. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari I guruhdagi bemorlarning 5,6 foizida (6) aniqlangan. Endokrinopatiyalar I guruhdagi bemorlarning 30,1 foizida (32) aniqlandi, bu I guruh bilan solishtirganda sezilarli darajada ($p<0,05$) yuqori.

Hujayra ichidagi metabolizmni tartibga solishda muhim rol biologik faol polipeptidlarga tegishli - angiogenezni rag'batlantiradigan yoki inhibe qiluvchi, shuningdek hujayraning mitogen ta'sirini tartibga soluvchi o'sish omillari. Bu TGF1 ga tegishli. Tizimli va mahalliy darajadagi tadqiqot natijalariga ko'ra, biz adenomiyozning og'ir belgilari bilan TGFb1 ishlab chiqarishda og'ishlarni topdik. Fiziologik sarum TGFb1 darajalari adenomiyoz atipik heterotopik o'zgarishlarsiz o'simtaga o'xshash jarayon degan tushunchani qo'llab-quvvatlaydi.

TGFb1 proliferatsiyani inhibe qiladi va hozirgi kungacha o'rganilgan ko'pgina hujayra turlarining differentsiatsiyasini keltirib chiqaradi. TGFb1 ning biologik ta'siri ikki turdagi retseptorlar - TGFb1RI (betalgin) va TGFb1RII (endoglin) orqali amalga oshiriladi. Granulosa hujayralari membranasidagi retseptorlarning muddatidan oldin ifodalanishi yoki haddan tashqari ko'payishi ularga salbiy ta'sir ko'rsatadi (Shyamal K. va boshq., 1998). Matritsa metalloproteinaza-9 o'sish omilining mavjudligini nazorat qiladi va dekorinni parchalash orqali TGFb ni chiqaradi. Uning harakati ushbu o'sish omili va epidermal o'sish omili uchun umumiy bo'lgan retseptorni talab qiladi.

Hujayra va hujayralararo bioregulyatorlar ikki baravar ko'payishi bilan ifodalanadi, xususan, adenomiyozda mahalliy darajada (peritoneal suyuqlik) TGFb1. Ushbu o'sish omili endoglin uchun maxsus retseptorlari faolligida o'zgarishlar aniqlanmadi, bu I-II va III-IV bosqichlarda qon zardobidagi arginaza faolligining sezilarli darajada oshishiga TGFb1 ning yuqori darajasi ta'sirini ko'rsatadi. va mahalliy darajada III-IV bosqichlarida adenomiyoz, biriktiruvchi to'qimalarning asosiy moddasi bo'lgan prolin sintezining kuchayishi tufayli shakllanishi yopishqoq jarayonni ta'minlaydi.

Adenomiyozning tarqalish darajasi oshgani sayin, adenomiyozning klinik belgilarining og'irligi, ultratovush va histeroskopiyaning tekshirish ma'lumotlari ortadi. Adenomiyoz □ darajasi minimal patognomonik bo'lmagan belgilar bilan tavsiflanadi; standart ultratovush va histeroskopiya etarli diagnostik sezuvchanlik va o'ziga xoslikka ega emas.

Qalinligi 5 mm dan ortiq bo'lgan "o'tish zonasi" ning ultratovush vizualizatsiyasi va bachadon arteriyasi havzasida qon oqimiga qarshilikning statistik jihatdan sezilarli darajada oshishi 1-darajali adenomiyozning ekografik belgilaridan biridir. Bachadon tomirlarida Doppler o'lchovlari paytida funktsional stress testidan foydalanish erta ultratovush tashxisining o'ziga xosligi va sezgirligini oshiradi.

Ozonizator ikki rejimda ishlaydi: ozon gazini ishlab chiqarish rejimi va havo oqimi rejimi. Ozon chiqishi o'tish tugmasi soni ortishi bilan ortadi. Havodan o'tish rejimida gaz to'xtatuvchidan o'tkaziladi.

Kompleks davolash va ozon terapiyasidan so'ng, 1-guruhdagi ayollarda vizual analog shkala (VAS) yordamida og'riqning tabiati va zo'ravonligini baholashda 2-holatga nisbatan og'riq intensivligining pasayishi, hayzdan oldin kramplar, hayz paytida og'riq, og'riq. jinsiy faoliyat davomida, tsiklning o'rtasida og'riq, siydik pufagiga bosim.

Xulosa: adenomiyoz bilan endometriumda 40,5% da o'rganilayotgan mikroorganizmlar (Chlamydia trachomatis, Ureaplasma spp., Mycoplasma genitalium, HSV 1-2, CMV, yuqori kanserogen xavfi HPV) aniqlanadi.

Eng tez-tez xabar qilingan Ureaplasma spp. va yuqori kanserogen xavfi bo'lgan HPV. Shunday qilib, adenomiyozni vaginal usul yordamida tibbiy ozon yordamida kompleks davolashdan so'ng, ayniqsa surunkali endometritli ayollarda og'riq va tashvish-depressiyaning kuchayishini kamaytirish orqali hayot sifatining sezilarli yaxshilanishi aniqlandi. Vaginal yo'l bilan ishlatiladigan tibbiy ozon gestagenlar bilan gormonal terapiya fonida kuniga bir marta 20 daqiqa (5-6 rejim) ta'sir qilish bilan 7 kun davomida buyuriladi.

Adabiyotlar:

1. Arutyunyan A.F., Gaydukov S.N., Kostyushov E.V. Sostoyanie organnogo krovotoka u patsientok pri adenomyoze // Pediatr. – 2013.– No. 2. – S.28-31;

2. Arutyunyan AF Harutyunyan, S.N. Gaydukov, V.N. Kustarov // Pediatrician. – 2016.– Volume 7, No. 3. – S. 92-97;

3. Ikramova H.S., Matrizaeva G.D. Polycystic ovary syndrome with endocrine infertility and ultrasound markers of ovarian endometrioma //"New day in medicine" scientific-referential, spiritual-educational journal 11 (61) 2023. Pages 257-263

4. Ikramova H.S., Matrizaeva G.D., Khaitov A.O. Using Melatonin in the Treatment of Hormonal infertility in Women, taking into account the assessment of quality of life indicators// American journal of Medicine and Medical sciences 2023, 13(7):920-923

5. Dysmenorrhea, endometriosis, adenomyosis: kliniko-pathogeneticheskie vzaimootnoshenia / A.L. Unanyan, I.S. Sidorova, A.D. Nikonets, Yu.V. Kostina, N.N. Kuzenkova, A.M. Elisavetskaya, D.V. Baburin // Gynecology. – 2018. – No. 1, Volume 20. – S. 9-15 doi: 10.26442/2079-5696_20.1.9-15;

6. 17b-Estradiol Induces Overproliferation in Adenomyotic Human Uterine Smooth Muscle Cells of the Junctional Zone Through Hyperactivation of the Estrogen Receptor-Enhanced RhoA/ROCK Signaling Pathway / F.Q. Sun, H. Duan, S. Wang, J.J. Lee // Reprod Sci. - 2015. - Vol. 22, No. 11. – P. 1436- 44. doi: 10.1177/193371911558447;

7. A meta-analysis of preventing bone mineral loss in patients with endometriosis treated by gonadotrophin-releasing hormone analogues with add-back therapy / Z.R. Niu, H.J. Yue, Q.Y. Kong et al. // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. - 2013. - Vol. 48 (5). – P.338-343;

8. Adenomyosis: three-dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlation with histology / C. Exacoustos, L. Brienza, A. Di Giovanni, B. Szabolcs, E. Zupi, D. Arduini // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 37(4). - P.471-479. doi: 10.1002/uog.8900;

9. Adverse pregnancy outcomes associated with adenomyosis with uterine enlargement / A. Mochimaru, S. Aoki, M.S. Oba, K. Kurasawa, T. Takahashi, F. Hirahara // J Obstet Gynaecol Res. – 2015. – Vol. 41(4). - P.529-33. doi: 10.1111/jog.12604;

10. Aleksandrovych, V. Current facts constituting an understanding of the nature of adenomyosis / V. Aleksandrovych, P. Basta, K. Gil // Adv Clin Exp Med. – 2018. [Epub ahead of print]. doi: 10.17219/acem/79176;

11. An update on the pharmacological management of adenomyosis / I. Streuli, J. Dubuisson, P. Santulli, D. de Ziegler, F. Batteux, C. Chapron // Expert Opin Pharmacother. – 2014. – Vol. 15(16). - P.2347-2360. doi:
10.1517/14656566.2014.953055;

BACHADON MIOMASI KUZATILGAN AYOLLARNI TASHXISLASH VA TEKSHIRISH USULLARI

Karimova I.E.
TTA Urganch filiali

Bachadon miomasi – bu bachadonning biriktiruvchi to'qima va mushak tolalarining o'simtasimon o'sishi. Joylashuvi va rivojlanish xususiyatiga ko'ra u uch turga bo'linadi:

- bachadon devori ichidagi o'sish - intramural mioma;
- bachadon bo'shlig'ida o'sish - submukoz mioma;
- bachadondan tashqarida o'sish - subseroz mioma.

Bundan tashqari, bachadon bo'yni miomasi mavjud. Agar u yetarli darajada davolanmasa, qinga qarab o'sishi mumkin. 35 yosh atrofidagi ayollarning o'rtacha 40 foizida bachadon miomasi bor.

Bachadon miomasi bachadonning ichki qoplamida, uning devorlarida yoki tashqi yuzasida paydo bo’lishi mumkin bo’lgan mushak o’smalaridir. Ularning o’lchamlari no’xat kabi kichikdan greypfrutdan kattaroq bo’lishi mumkin va ba’zi o’ta og’ir holatlarda ular tos bo’shlig’ini butunlay egallab, homiladorlik haqida noto’g’ri taassurot qoldirishi mumkin.

Miomasi bo’lgan ko’plab odamlar asemptomatik bo’lib qoladilar, ya’ni ular tos a’zolarini muntazam tekshirish yoki ultratovush tekshiruvi kabi ko’rish testi paytida aniqlanmasa, ularning mavjudligini bilishmaydi ham. Alomatlar paydo bo’lganda, ular miomaning joylashishi, hajmi va soniga qarab farq qilishi mumkin.

Alomatlarni boshdan kechirganlar uchun quyidagilar eng keng tarqalgan:

- Og’ir hayzli qon ketish: bu ortiqcha qon yo’qotish tufayli anemiyaga olib kelishi mumkin.
- Og’riqli yoki uzoq muddatli davrlar: odamlar hayz ko’rish siklining davomiyligi yoki intensivligidagi o’zgarishlarni sezishi mumkin.
- Pelvis og’rig’i yoki bosimi: qorinning pastki qismidagi noqulaylik yoki bosim tez-tez shikoyat qiladi.
- Tez-tez siyish: siydik pufagiga bosim ko’payishiga olib kelishi mumkin.
- Qabziyat: Miomalar ichaklarni bosib, ovqat hazm qilish muammolariga olib kelishi mumkin.
- Jinsiy aloqa paytida og’riq: Ba’zi odamlar jinsiy aloqa paytida og’riq haqida xabar berishadi.
- To’satdan kuchli og’riq: kamdan-kam hollarda, mioma qon ta’minotidan oshib ketishi mumkin, bu esa o’tkir og’riqlarga olib keladi.

Mioma — gormonga bog’liq bo’lgan kasallikdir. Organizmda ayol gormonlari darajasi past bo’lganda, ya’ni jinsiy balog’atga yetishdan oldin va klimaks davriga kirgach, bachadon miomasi rivojlanishi ehtimoli juda kamdir. Estrogen gormonlar konsentratsiyasining me’yoridan ortiqligi mioma rivojlanishiga olib keladi. Biroq, inson organizmida barcha gormonlar o’zaro bog’liqligini ham inobatga olish kerak va ko’pincha bachadon miomasi nafaqat estrogen konsentratsiyasining yuqoriligi, balki ayol jinsiy tizimining barcha gormonlari nozik muvozanatning buzilishi sabab paydo bo’lishi mumkin. Inson organizmida endogen estrogenga o’xshash moddalar aniqlangan va bachadon miomasi ularga huddi estrogenlarga kabi sezuvchanlikka egadir. Ushbu moddalar ksenoestrogenlar deyiladi va ularning mavjudligi, shuningdek, o’sma shakllanishiga turki bo’lishi mumkin.

Konservativ miyomektomiya - bachadon miomasini davolashning radikal usuli bo'lib, neoplazmani keyinchalik to'qimalarni tikish bilan eksfoliatsiya qiladi. Organlarni saqlash operatsiyalarini nazarda tutadi, ya'ni sog'lom to'qimalar va organlarga ta'sir qilmaydi. Bu faqat miyomatoz tugunni olib tashlashni nazarda tutadi. Bachadon, uning reproduktiv funktsiyasi, hayz ko'rishi saqlanib qoladi. Ushbu operatsiya dori terapiyasi yoki bachadon arteriyasi embolizatsiyasi bilan birgalikda amalga oshiriladi. Bunday chora-tadbirlar majmui bachadondagi yaxshi xulqli neoplazmalarni takrorlash ehtimoli past bo'lgan holda xavfsiz tarzda engish imkonini beradi.

Bachadon miomasini laparoskopik olib tashlash eng keng tarqalgan operatsiyalardan biri bo'lib, uning maqsadi bachadon tanasida ham, uning bachadon bo'yni yoki ligamentli apparati hududida joylashgan yaxshi kelib chiqadigan miyomatoz tugunlarni yo'q qilishdir. Bu bitta shakllanish va bir nechta tugunlar bo'lishi mumkin, qiyin holatlarda miomaning o'lchami o'nlab santimetrga yetishi mumkin.

CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSTICS OF NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA

Makhmatmuradova N.N.
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan
Associate Professor, PhD

Introduction. Currently, the number of respiratory diseases is increasing all over the world.

The aim of the study is to determine the clinical features of nonspecific interstitial pneumonia.

Material and methods of the study. The material was a retrospective analysis of the medical records of 140 patients with non-specific interstitial pneumonia admitted to the pulmonology department of the Samarkand City Medical Hospital. All patients underwent a

general clinical examination according to ICD-10. The diagnosis was confirmed based on a combination of clinical and laboratory-instrumental indicators.

Results of the study. Patients were conditionally divided into conditional groups according to the severity of the course of NIP - mild (NIPMC) 16 (11.4%), moderate (NIPMRC) 59 (42.1%) and severe (NIPSC) 65 (46.4%).

To clarify the clinical picture of NIP in patients, the results of an objective examination of the lungs, percussion and auscultation were taken into account. The characteristics of patients with NIP, their anamnesis, complaints and results of an objective examination were determined: humidity in living quarters, the presence of rheumatic diseases; unproductive cough and dyspnea; During the disease, weight loss is noted, changes in the phalanges of the fingers according to the type of "drumsticks", changes in the nails according to the type of "watch glasses" (signs of chronic inflammation); with percussion - tympanic and box sound in the lungs; increased bronchial breathing, hard and weak vesicular breathing. With auscultation in the lungs - crepitant, small and medium bubbling moist rales.

The clinical picture continued to be different: under the "mask" of acute respiratory infections - 8%, under the "mask" of acute bronchitis - 13%, under the "mask" of chronic bronchitis - 23%, under the "mask" of sluggish pneumonia - 27%, under the "mask" of acute pneumonia - 29%. The main clinical manifestations are cough without sputum - 86%, shortness of breath with minor physical exertion - 78%, subfebrile temperature - 41%. Auscultatory data are scarce. Increased bronchial breathing was noted - 75% and weakening of vesicular breathing - 64%. Crepitating wheezing - 67%, moist small and medium bubbling rales with - 41%.

Laboratory data: complete blood count - leukocytosis 9-10 (10x9/l), left shift in the leukocyte formula 15-16%, erythrocyte sedimentation rate - 14-17 mm/h. Immunological study of the qualitative composition of T- and B-lymphocytes revealed a decrease in the lymphocyte subpopulation - 17-18%. The radiographic picture was as follows: obstructive bronchitis - 47%, hilar pneumonia - 35%, bilateral pneumonia - 18%. Computed tomography revealed: deforming bronchitis changes with pneumofibrosis - 31%, ground glass changes - 37%, peribronchial infiltration with focal compaction of lung tissue - 32%. The formation of broncho-obstructive syndrome is possible with any of the studied forms of NIP.

Changes in the function of external respiration during spirography were recorded as follows: restrictive disorders - 42%, mixed disorders - 34%, mixed type with a predominance of restrictive disorders - 24%. During hospitalization, clinical and spirographic signs of bronchial obstruction were not detected, however, spirographically, pronounced restrictive disorders - volumetric indicators - were detected.

Conclusions. Thus, non-specific interstitial pneumonia is characterized by a diverse clinical course. The clinical course of the pathology largely depends on the state of reactivity and severity of the disease of the body. At the same time, the main clinical manifestation of the disease in 86% was cough with sputum, and 34% had persistent recurrent episodes. Many patients have decreased immunity. As the course of the pathology worsens, more pronounced clinical changes are observed.

DIAGNOSTIC VALUE OF SPUTUM IN NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA

Makhmatmuradova N.N.
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan
Associate Professor, PhD

Introduction. Timely diagnostics of respiratory diseases is a pressing problem in medicine. At the same time, their early detection directly affects the process of treatment and recovery of patients.

The aim of the study is to identify the cellular characteristics of sputum in nonspecific interstitial pneumonia depending on the severity of the course.

Material and methods of the study. The material was a retrospective analysis of the medical records of 140 patients with non-specific interstitial pneumonia admitted to the pulmonology department of the Samarkand City Medical Hospital. All patients were examined in accordance with the clinical recommendations of the Ministry of Health of the RUz. The diagnosis was confirmed based on a combination of clinical and laboratory-instrumental indicators.

Results of the study. Patients were conditionally divided into conditional groups according to the severity of the course of NIP - mild (NIPMC) 16 (11.4%), moderate (NIPMRC) 59 (42.1%) and severe (NIPSC) 65 (46.4%).

In the groups of patients with mild and moderate NIP, a higher level of sputum eosinophilia was found compared to the others. According to the cytological characteristics of sputum, the inflammatory process was moderate.

When comparing the percentage of epithelium in sputum in patients of all groups with NIP, no significant differences were found. Approximately the same is observed in relation to the proportion of macrophages in sputum. In all groups of patients with NIP, a unilateral distribution of epithelium and macrophages in sputum is noted.

When comparing the percentage of neutrophils in sputum, it was found that in patients with NIPMC and NIPMRC, the content of these cells was significantly higher than in patients with NIPSC. Other data were obtained on the number of eosinophils in sputum in patients with NIPMC, in whom the proportion of eosinophils is higher than in patients with NIPMRC and NIPSC. The heterogeneous distribution of neutrophils and eosinophils in sputum in all groups of patients with NIP is noteworthy.

The percentage of lymphocytes in patients with NIPMC is significantly higher than in patients with NIPSC. The composition of lymphocytes in the sputum of patients with NIPMRC and NIPSC is not statistically different. Similar data were obtained for monocytes. The percentage of monocytes in patients with NIPMC was significantly higher than in patients with NIPSC, and the difference was observed when comparing the groups with NIPMRC. The percentage of lymphocytes and monocytes in sputum was higher in patients with NIPMRC than in patients with NIPSC.

Thus, the percentage of epithelial cells, macrophages, neutrophils, lymphocytes and monocytes in the groups of patients with NIPMRC and NIPSC did not differ significantly. Patients with NIPMC and NIPMRC were characterized by the highest percentage of eosinophils in sputum compared to others. Patients with NIPSC had the lowest levels of epithelial cells, macrophages, eosinophils, neutrophils, lymphocytes and monocytes compared to the sputum cytogram of other examined groups.

A direct correlation was found between the percentage of eosinophils in sputum and their number in peripheral blood. Eosinophils are probably regulated at the systemic level. The results of comparing the percentage of neutrophils in sputum and peripheral blood in the examined groups of patients do not differ statistically. In the early stages of inflammation, the macrophage mechanism predominates, so there is no significant increase in erythrocyte sedimentation rate (ESR). The predominance of the neutrophilic mechanism of inflammation is accompanied by an increase in ESR.

Conclusions. Thus, the results of the study revealed the neutrophilic, eosinophilic nature and severity of inflammation in sputum in different groups of patients. The levels of inflammation in different groups were determined - mild, moderate and severe. Different results were noted at different periods of the disease: at the early stages of inflammation, there is no reliable increase in ESR, the macrophage defense mechanism prevails. Later, as the dynamics of inflammation develops, the neutrophilic defense mechanism begins to dominate, which is accompanied by an increase in ESR.

SPECIFIC FEATURES OF ASYMPTOMATIC BACTERIURIA IN PREGNANCY

Matrizaeva K.M., Yusupova M.A.
Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Asymptomatic bacteriuria is a pathology that does not have clinical manifestations and is detected only during microbiological examination. It is a pathology of the urinary system. An analysis of numerous studies has shown that women with asymptomatic bacteriuria in early pregnancy have a 20-30 times higher risk of developing pyelonephritis during pregnancy, a tendency to premature birth, and the birth of low-birth-weight babies.

The purpose of the study: Reducing obstetric and perinatal complications by improving management of pregnant women with asymptomatic bacteriuria.

To achieve the goal of the scientific work, 84 women who applied to the Perinatal Center of the Khorezm region were observed. Depending on the type of treatment, women were divided into 3 groups.

The main group is (n-30) pregnant and postpartum women who were diagnosed with asymptomatic bacteriuria during pregnancy and their husbands also underwent bacteriological examination of urine.

The comparison group (n-30) consisted of pregnant women whose history revealed asymptomatic bacteriuria and were treated, but whose husbands were not tested.

The control group (n-24) consisted of practically healthy pregnant women with normal urine bacteriological analysis.

Research result: According to the data we received from the regional Department of Sanitary and Epidemiological Safety and Public Health Service, in both 2020 and 2021, E. coli was found more frequently than other bacteria, accounting for 37 (45.2%), 48 (33.8%) and St. epidermidis for 20 (24.4%), 24 (17%) cases. These indicators also coincided with our results: E. coli was detected more often in both groups, 15 (50%), 16 (53.3%). St. epidermidis was observed in 6 (20%), 5 (16.7%) in groups 1 and 2, respectively. Despite the high number, it was found that this bacterium has a low risk of complications. Klebsiella pneumonia was observed in 6.7% of both groups, and these women had a higher incidence of early toxicosis and preeclampsia. St. aureus was detected in 16.7% and 3% of women in the groups, and despite the treatment of women, it caused more PUS than other pathogens.

Level 1 vaginal cleanliness was not observed in groups 1 and 2, level 2 cleanliness was detected in 20 (66.7%), 18 (60%) and 14 (58.3%) of the women, respectively. Level 3 cleanliness was observed in 9 (30%) of the women in group 1, 12 (40%) in group 2 and 7 (33.3%) in group 3 (cocci bacteria). Level 4 cleanliness was detected only in 1 (3.3%) woman in group 1, with a large number of E. coli bacteria and mycelium. The bacterial colony in the urine increased depending on the degree of vaginal contamination.

Conclusion: The complications that occurred in women whose husbands were not treated may not have developed entirely due to asymptomatic bacteriuria, but it is highly likely that it exacerbated the complications that did occur. The complications that did occur were also more severe in the second group of women.

HOMILADOR AYOLLARDA SURUNKALI PIELONEFRITNI UCHRACH SABABI VA OLDINI OLISH.

Nazirbayeva Z.Q. , Matyaqubova S.A.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Kirish. Siydik chiqarish yo‘llari infektsiyalari eng keng tarqalgan kasalliklar bo‘lib, o‘tkir respirator virusli infektsiyalardan keyin ikkinchi o‘rinda turadi. Homiladorlik davrida surunkali somatik patologiya tarkibida ular yurak-qon tomir tizimi kasalliklaridan keyin ikkinchi o‘rinda turadi. Siydik chiqarish yo‘llari infektsiyasi muammosi homiladorlik davrida siydik yo‘llari

infektsiyasining klinik xususiyatlari, diagnostikasi va davolash bilan bog‘liq. Surunkali pielonefritlar homiladorlikda 1 tremestrdan keyin ayollarni 70% da kuzatiladi.Bu kasallik asosida ayollarda o‘z-o‘zini davolashning past darajasi, ona, homila va yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun asoratlarning yuqori xavfi va simptomatik shaklda namoyon bo‘lish ehtimoli bilan tavsiflanadi.

Tadqiqot maqsadi: Homilador ayollarda surunkali pielonefritlarni uchrash chastotasini kamaytirish va oldini olish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola ilmiy amaliy markazi Xorazm filialining homilador ayollar patologiyasi bo‘limida statsionar davolangan homilador ayollarning 2023-yil yanvar oyidan 2024-yilning dekabr oyiga qadar 350 ta tug‘ilish tarixida tug‘ilish natijalari retrospektiv tarzda o‘rganildi; homilador ayollar orasida siydik yo’llari infektsiyasi (SYI) tashxisi 18% ni tashkil etdi. Ko’pchilik homilador ayollarda ilk homiladorlikda ham SYI bilan og’rigan va samarasiz davo olgan keyinchalik asoratlar yuzaga chiqa boshlagan. Ayollarda beldaki og’riqlar,tana xaroratini oshishi, ko’ngil aynishi, xolsizlik bezovta qiladi. Kuzatgan ayollarimizda abort, homila o’sishdan orqada qolishi, pielonefrit va gidronefroz. Siydik chiqarish tizimi infektsiyasi bilan kasallangan 162 homilador ayolning yoshi 18 yoshdan 35 yoshgacha. 00SYI bilan og'rigan ayollarda 56% hollarda qayta tug’uvchi ayollarda kuzatilgan, 44% hollarda birlamchi tug’uvchi ayollarda sodir bo'lgan, ulardan 23% erta tug’ruq kuzatilgan. Oldingi va hozirgi homiladorlik o'rtasidagi interval 1 yil - 24,4% da kuzatilgan.

Olingan natijalar: Biz kuzatgan ayollarimizni 70% da pielonefrit asosan 18 yoshdan 25 yoshgacha bo’lgan ayollarimizda kuzatilgan. Hozirgi kunda pielonefrit kuzatilgan ayollarda buyraklarni stentlash va nefrostoma qo’yish amaliyoti o’tkazilib kelmoqda. Ayollarda bu muolajalar o’tkazilsa ayolda homiladorlik to’xtaguncha yoki 2 xaftagacha stent buyraklar sohasida turishi mumkin. Bu birinchi homiladorlik ayollarning 48% da bo‘lib, 2 yoki undan ortiq homiladorlik ayollarning 52 % ni tashkil etdi. Buyrak ultratovush tekshiruvida ayollarning 32,5 % da bir tomonlama, 67,5 % da esa ikki tomonlama buyraklar shikastlanish aniqlangan. Asoratlar orasida qog‘onoq pardasini muddatdan oldin erta yorilishi (40,2%), tug‘ruq faoliyati anomaliyalari (19,5%), yo‘ldoshning ajralish (22,4%) ustunlik qiladi. Nazorat guruhidagi homilador ayollarda amniotik suyuqlikning o‘z vaqtida ketmaganligi 7,4%, mehnat faoliyati anomaliyalari - 4,9%, platsenta ajratish anomaliyalari - 6,2% ni tashkil etdi. Asosiy guruhdagi ayollarning 86,3%da leykotsitoz (9,5 g/l va undan yuqori), leykotsitlar formulasining chapga neytrofil siljishi, tayoqcha yadroli neytrofillar shakllarining ko‘payishi tufayli gipoxrom anemiya (Hb<95 g/l) kuzatiladi. Homilador ayollarning anamnezida 78% doimiy ravishda Kanefron,siston va urolesan qabul qilib kelgan.Siydik yo‘llari infektsiyasini davolash standart usullarga antibakterialterapiya , infuzion, uraseptiklarni qo‘llash, simptomatik terapiya, ona-platsenta-homila tizimi yaxshilash amalga oshiriladi .

Xulosa:

1. Ayollarda pielonefritni oldini olish uchun homiladorlikdan oldin ko’rikdan o’tib keyin homiladorlik rejalashtirib olish lozim.

2. Pielonefrit uchragan ayollarda yetarli miqdorda antibiotiklarni to’g’ri tanlash lozim.

3. Agar ayollarda homiladorlikning erta muddatlari siydik taxlilida leykotsitlar miqdoridagi o’zgarish kuzatsak darxol urolog bilan konsilium qilib davo muolajalarini boshlash lozim.

4. Homilador ayollarda pielonefrit kuzatilsa hayot sifatini yaxshilash maqsadida buyrak va siydik nayi sohasiga stentlash yoki nefrostoma qo’yish amaliyoti o’tkazish lozim.

SIYDIK YO‘LLARI INFEKTSIYASINI KELIB CHIQISHINI HOMILADOR AYOLLARDA ERTA ANIQLASH VA OLDINI OLISH.

Nazirbayeva Z.Q., Matyaqubova S.A.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Annotatsiya. Siydik chiqarish yo‘llari infektsiyalari eng keng tarqalgan kasalliklar bo‘lib, o‘tkir respirator virusli infektsiyalardan keyin ikkinchi o‘rinda turadi. Homiladorlik davrida

surunkali somatik patologiya tarkibida ular yurak-qon tomir tizimi kasalliklaridan keyin ikkinchi o‘rinda turadi. Siydik chiqarish yo‘llari infektsiyasi muammosi homiladorlik davrida siydik yo‘llari infektsiyasining klinik xususiyatlari, diagnostikasi va davolash bilan bog‘liq. Simptomsiz bakteriyauriya siydik yo‘llari infektsiyasining preklinik shakli bo‘lib, takroriy kechish, o‘z-o‘zini davolashning past darajasi, ona, homila va yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun asoratlarning yuqori xavfi va simptomatik shaklda namoyon bo‘lish ehtimoli bilan tavsiflanadi. Simptomsiz bakteriyauriya uchun standart mezon – 10^5 CFU / ml siydik miqdoridagi mikroorganizmlarni izolyatsiya qilish - homilador ayollar uchun haddan tashqari yuqori bo‘lganligi sababli munozaralar va tanqidlarga sabab bo‘ladi. Siydik chiqarish yo'llarining infektsiyalari (SYI) homiladorlikning keng tarqalgan asoratlari hisoblanadi. Homiladorlik davrida pastki SYI larni o'z vaqtida va yetarli darajada davolanmasa homiladorlik pielonefritining rivojlanishiga, homila tushish xavfi va perinatal kasallikka avj olishiga olib keladi .

Orol bo'yida yashovchi homilador ayollarda preeklampsiya rivojlanish xavfi ikki baravar ko'pdir, chunki bu hududdagi noqulay ekologik sharoit buyrak va siydik yo'llarining boshqa kasalliklari bilan birga surunkali pielonefritning kechishini qo'zg'atadi va kuchaytiradi.

Kalit so'zlar: siydik yo'llarining infektsiyasi(SYI), simptomsiz bakteriuriya(SB), ona-homila-platsenta qon aylanishi, homila o'sishini cheklash sindromi(HO’CHS).

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

Назирбаева З.К.,Матякубова С.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация.Инфекции мочевыводящих путей являются наиболее распространенными заболеваниями, уступая только острым респираторным вирусным инфекциям. В составе хронической соматической патологии во время беременности они занимают второе место после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Проблема инфекций мочевыводящих путей связана с клиническими особенностями, диагностикой и лечением инфекций мочевыводящих путей во время беременности. Бессимптомная бактериурия — доклиническая форма инфекции мочевыводящих путей, характеризующаяся рецидивами, низкой частотой самолечения, высоким риском осложнений для матери, плода и новорожденного, возможностью симптоматического проявления. Стандартный критерий ББУ-выделение микроорганизмов в количестве > 10^5 КОЕ/мл мочи – подвергается дискуссии и критике, как чрезмерно завышенный для беременных. Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются распространенным осложнением беременности. Если инфекции нижних мочевыводящих путей не лечить своевременно и адекватно во время беременности, они могут привести к развитию пиелонефрита, риску выкидыша и развитию перинатальной заболеваемости.

Беременные женщины, проживающие на побережье Аральского моря, имеют двойной риск развития преэклампсии, так как неблагоприятная экологическая обстановка в этом районе провоцирует и усугубляет течение хронического пиелонефрита, а также других заболеваний почек и мочевыводящих путей.

Ключевые слова: инфекция мочевыводящих путей (ИМП), бессимптомная бактериурия (СБ), материнско-фетально-плацентарное кровообращение, синдром задержки роста плода(СЗРП).

EARLY DETECTION AND PREVENTION OF URINARY TRACT INFECTIONS IN PREGNANT WOMEN.

Nazirbayeva Z.Q.,Matyaqubova S.A.

Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Annotation. Urinary tract infections are the most common diseases, second only to acute respiratory viral infections. In the composition of chronic somatic pathology during pregnancy, they take the second place after diseases of the cardiovascular system. The problem of urinary tract

infection is related to the clinical features, diagnosis and treatment of urinary tract infection during pregnancy. Asymptomatic bacteriuria is a preclinical form of urinary tract infection, characterized by recurrence, low rate of self-treatment, high risk of complications for the mother, fetus and newborn, and the possibility of symptomatic manifestation. The standard criterion for BBU—isolation of microorganisms in an amount of > 105 CFU/ml of urine—is subject to debate and criticism as being excessively high for pregnant women. Urinary tract infections (UTIs) are a common complication of pregnancy. If lower urinary tract infections are not treated promptly and adequately during pregnancy, they can lead to pyelonephritis, risk of miscarriage, and perinatal morbidity.Pregnant women living on the coast The Aral Sea region has a double risk of developing preeclampsia, since the unfavorable environmental conditions in this area provoke and aggravate the course of chronic pyelonephritis, as well as other diseases of the kidneys and urinary tract.

Key words: urinary tract infection (UTI), asymptomatic bacteriuria (AS), maternal-fetal-placental circulation, fetal growth restriction syndrome (FGR).

Kirish: Siydik yo'llari infektsiyalari hozirgi kunda dplzarb muommolardan biri bo'lib kelmoqda Tibbiyotdagi yutuqlarga qaramay, so‘nggi 10-15 yil ichida ushbu patologiyaning chastotasi sezilarli darajada oshdi. Homilador ayollarning umumiy populyatsiyasida siydik yo‘llari infeksiyasi bilan kasallanish 10-12% tashkil etadi. Bu ko‘rsatkichlar ekstragenital patologiyasi bo‘lgan bemorlarda, ayniqsa urogenital va yurak-qon tomir kasalliklarida bir necha baravar yuqori. Siydik chiqarish yo‘llarining infektsiyalari (SYI) homiladorlikning keng tarqalgan asoratlari hisoblanadi. Homiladorlik davrida pastki siydik yo'llari infeksiyalarini o‘z vaqtida va yetarli darajada davolanmasa homiladorlik pielonefritining rivojlanishiga, homila tushish xavfi va perinatal kasallikka avj olishiga olib keladi.

Orol bo'yida yashovchi homilador ayollarda siydik yo‘llari infeksiyasini rivojlanish xavfi ikki baravar ko‘pdir, chunki bu hududdagi noqulay ekologik sharoit buyrak va siydik yo‘llarining boshqa kasalliklari bilan birga surunkali pielonefritning kechishini qo‘zg‘atadi va kuchaytiradi.

Tadqiqot maqsadi: Homilador ayollarda siydik yo'llari infeksiyalari uchrash chastotasini kamaytirish va asoratlarini oldini olish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola ilmiy amaliy markazi Xorazm filialining homilador ayollar patologiyasi bo‘limida statsionar davolangan homilador ayollarning 2023-yil yanvar oyidan 2024-yilning dekabr oyiga qadar 350 ta tug‘ilish tarixida tug‘ilish natijalari retrospektiv tarzda o‘rganildi; homilador ayollar orasida siydik yo'llari infektsiyasi (SYI) tashxisi 18% ni tashkil etdi. Ko'pchilik homilador ayollarda ilk homiladorlikda ham SYI bilan og'rigan va samarasiz davo olgan keyinchalik asoratlar yuzaga chiqa boshlagan. Masalan tez-tez sistit, abort, homila o'sishdan orqada qolishi,pielonefrit va gidronefroz. ASB bilan og'rigan bemorlarda alomatlar yo'q; shuning uchun homiladorlikning boshida kasallikni tekshirish muhimdir. Bunday bemorlarda tez-tez SYI bilan og'rigan bo'lishi mumkin yoki oldingi homiladorlikda Simptomsiz bakteriyauriya bilan kasallangan bo'lishi mumkin. Homiladorlik davrida o'roqsimon hujayrali kasalliklarga chalingan bemorlarni tez-tez tekshirish maqsadga muvofiqdir, ammo bu bemorlarda homiladorlik paytida SYI uchun skrining chastotasi bo'yicha standart tavsiyalar mavjud emas. Orqa miya jarohati yoki qandli diabet bilan og'rigan bemorlar tez-tez tekshirilmasligi kerak, chunki bu ko'proq zarar etkazishi mumkin.Homilador ayollarda siydik yo'li infektsiyasi simptomsiz bakteriuriya (65%), o'tkir sistit (20%), pielonefrit (14%) homilador ayollarning 1% da nefrektomiya amaliyotidan keyingi homiladorlik bilan namoyon bo'ladi. Siydik chiqarish tizimi infektsiyasi bilan kasallangan 162 homilador ayolning yoshi 18 yoshdan 35 yoshgacha .SYI bilan og'rigan ayollarda 56% hollarda qayta tug'uvchi ayollarda kuzatilgan, 44% hollarda birlamchi tug'uvchi ayollarda sodir bo'lgan, ulardan 23% erta tug'ruq kuzatilgan. Oldingi va hozirgi homiladorlik o'rtasidagi interval 1 yil - 24,4% da kuzatilgan. Tug'ilganlar - 11,1% anamnezda 1 va 2 abort -4,4% o'z-o'zidan abort - 6,7%, keser-kesish va bachadonda chandiqning mavjudligi -8,9%.

Tadqiqot natijalari va ularni muhokama qilish: Biz kuzatgan ayollarimizni 30% da pielonefrit asosan 18 yoshdan 25 yoshgacha bo'lgan ayollarimizda kuzatilgan,40 % ayollarda simptompsiz bakteriyauriya,15 % ayollarda gidronefroz,15% ayollarda gestatsion proteinuriya

kuzatilgan .Hozirgi kunda pielonefrit va gidronefroz kuzatilgan ayollarda buyraklarni stentlash va nefrostoma qo'yish amaliyoti o'tkazilib kelmoqda. Ayollarda bu muolajalar o'tkazilsa ayolda homiladorlik to'xtaguncha yoki 2 xaftagacha stent buyraklar sohasida turishi mumkin. Bu birinchi homiladorlik ayollarning 48% da bo'lib, 2 yoki undan ortiq homiladorlik ayollarning 52 %ni tashkil etdi. Birinchi guruhdagi barcha ayollarda bakteriyauriya aniqlangan. Buyrak ultratovush tekshiruvida ayollarning 32,5 %da bir tomonlama, 67,5 %da esa ikki tomonlama buyraklar shikastlanish aniqlangan.Yuqorida ko'rsatilgan rasmda homiladorlik xaftasiga qarab 2 ta guruh ayollar solishtirib ko'rilganda Siydik yo'llari infeksiyalarini uchrash chastotasi keltirib o'tilgan. Bu nazorat guruhdaki va kasal bemorlar o'rtasida olib borilganda 28-32 xaftadaki homiladorlarda 68,5% yuqori chastotada uchradi. Ayollarda bu muolajalar o'tkazilsa ayolda homiladorlik to'xtaguncha yoki 2 xaftagacha stent buyraklar sohasida turishi mumkin. Bu birinchi homiladorlik ayollarning 48% da bo'lib, 2 yoki undan ortiq homiladorlik ayollarning 52 % ni tashkil etdi. Buyrak ultratovush tekshiruvida ayollarning 32,5 % da bir tomonlama, 67,5 % da esa ikki tomonlama buyraklar shikastlanish aniqlangan . To'rtta tadqiqotda probiotikni platsentaga, ikkitasi probiotikni davolashsiz, ikkitasi probiotiklarni SYI bilan og'rigan bemorlarda antibiotiklar bilan va bitta tadqiqotda probiotikni sog'lom ayollarda platsenta bilan solishtirgan. Barcha tadqiqotlar takroriy SYI dagi farqlarni o'lchashga qaratilgan edi.Homilador ayollarning anamnezida 80% doimiy ravishda Kanefron,siston va urolesan qabul qilib kelgan.Siydik yo'llari infektsiyasini davolash standart usullarga antibakterialterapiya , infuzion, uraseptiklarni qo'llash, simptomatik terapiya, ona-platsenta-homila tizimi yaxshilash amalga oshiriladi .Bu vaqtda ayol organizmida progesteron miqdorini qondaki darajasi oshishi bilan bog'liq.Kam uchragan holati 13% xolatda 28 xaftagacha uchraydi.Chunki bu davrda bachadon hajmi unchalik kattalashmaydi,buyraklar soxasini faoliyatini to'liq to'sib qo'ymaydi.Homilador ayollarning qin mikroflorasi ham bu kasallikning avj olishiga ta'sir etadi.Ayollarni har bir ko'rikka kelishi bilan albatta siydik taxlili bilan birga qindan mazok taxlilini ham kuzatib turishimiz kerak. Qiyosiy tahlil nazorat guruhiga nisbatan asosiy guruhdagi ona va homila uchun homiladorlik davridagi asoratlar va tug'ishning salbiy oqibatlarining sezilarli darajada tarqalishini ko'rsatadi.Bu ko'rinib turibdiki kandidoz 52,3% holatlarda erta tug'ruq xavfi oshadi.Birinchi guruhda ayollarning 76,5%da homiladorlik muddatidan oldin tug'ilish bilan yakunlangan, 22,8 % erta tug'ilish, 11,6% hollarda homila ichi gipoksiya va homilaning infeksiyasi, ayollarning 15,8%da xomila o'sishning chegaralanish sindromi (HO'CHS) kuzatilgan. Homilador ayollarning 2 %da bachadondagi chandiq uchun keser-kesish o'tkaziladi. Asoratlar orasida qog'onoq pardasini muddatdan oldin erta yorilishi (40,2%), tug'ruq faoliyati anomaliyalari (19,5%), yo'ldoshning ajralish (22,4%) ustunlik qiladi. Nazorat guruhidagi homilador ayollarda amniotik suyuqlikning o'z vaqtida ketmaganligi 7,4%, mehnat faoliyati anomaliyalari - 4,9%, platsenta ajratish anomaliyalari - 6,2% ni tashkil etdi. Asosiy guruhdagi ayollarning 86,3%da leykotsitoz (9,5 g/l va undan yuqori), leykotsitlar formulasining chapga neytrofil siljishi, tayoqcha yadroli neytrofillar shakllarining ko'payishi tufayli gipoxrom anemiya (Hb<95 g/l) kuzatiladi. Homilador ayollarning anamnezida 78% doimiy ravishda Kanefron,siston va urolesan qabul qilib kelgan .Kasallikning asoratlar xavfini oldini olib yurgan .

Siydik yo'llari infektsiyasini davolash standart usullarga antibakterialterapiya , infuzion, uraseptiklarni qo'llash, simptomatik terapiya, ona-platsenta-homila tizimi yaxshilash amalga oshiriladi . Shu bilan birga vaginal mikroflorani ham tiklab olishimiz ham zarur.

Homilador ayollarimiz hozirgi kunda markazimizda buyrak va siydik yo'llarida o'tkazilgan amaliyotlarini inobatga olgan holatda homiladorligini tabiiy tug'ruq orqali 76%,keser-kesish orqali-14% holatlarda tugatilgan.Amaliyot o'tkazilgan ayollarimizda ham anamnezida ilk homiladorlikdagi chandiqli bachadon sabab bo'ladi. Hammasi bo'lib 347 nafar bola tug'ildi, ulardan 236 nafari o'g'il, 108 nafari qiz va 3 nafar chaqaloqlar homiladorlikning I trimestrida o'z o'zidan homila tushishi bilan nobud bo'lgan . Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 5 foizida tug'ilish vazni 2500 g dan kam bo'lgan. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 16 foizida tana vazni 2500-2999 g, uzunligi 46-47 sm. Bu tug'ilgan chaqaloqlar ma'lum bir muddat intensiv palatada qarab so'ngra onasiga beriladi.Tana vazni 3000-3999 g, uzunligi 48-53 sm - 72% da.Bu turdagi chaqaloqlarga

alohida e’tibor shartmas.Tana vazni 4000 g va undan ko‘p, uzunligi 50-57 sm - yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning 8% da.Tug‘ilgandan keyin 1 va 5 daqiqalarda Apgar bo‘yicha ko‘rsatkichlari 75 ta yangi tug‘ilgan chaqaloqda 5/6 ball, 55 bolada 6/7 ball, qolgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda 8/9 ball bilan baxolangan.

Xulosa: 1. Siydik yo‘llari infektsiyasi rivojlanishining oldini olish uchun asason vaginal mikroflorani ham normal holatda tutishimiz lozim.

2.Siydik yo‘llari infektsiyasi rivojlanishining oldini olish uchun simptomsiz bakteriyauriyanining homiladorlikning erta bosqichlarida aniqlash kerak, agar muolajalar davomida terapiyadan hech qanday ta’sir bo‘lmasa, ayollarni statsionar davo o‘tkazish lozim .

3. Pielonefrit bo’lgan ayollarda stent muddati 2 oydan ortiq bo'lsa, bakteriuriya rivojlanish ehtimolini oshiradi.

4. Agar ayollarda homiladorlikning erta muddatlari siydik taxlilida leykotsitlar miqdoridagi o’zgarish kuzatsak darxol urolog bilan konsilium qilib davo muolajalarini boshlash lozim.

5. Homilador ayollarda pielonefrit va gidronefroz kuzatilsa hayot sifatini yaxshilash maqsadida buyrak va siydik nayi sohasiga stentlash yoki nefrostoma qo’yish amaliyoti o’tkazish lozim.

HEART BIRTH DEFECTS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC EXPERIENCE IN KHOREZM

Niyozova G.D.
Assistant of TMA Urgench branch

Congenital heart defects (CHDs) are among the most common birth anomalies worldwide, significantly impacting morbidity and mortality in neonates and children. In Uzbekistan, where healthcare reforms have been a priority, understanding the state of CHD diagnosis and treatment offers insights into the nation's broader pediatric healthcare landscape. This article aims to assess current practices, identify gaps, and offer recommendations for improving outcomes in the management of CHDs in Khorezm.

Congenital heart defects (CHDs) are among the most common types of birth anomalies globally, affecting the structure and function of the heart. In Uzbekistan, as in many countries, CHDs present significant challenges in pediatric healthcare. This overview focuses on the diagnostic and therapeutic approaches to CHDs in Uzbekistan, highlighting recent advancements, challenges, and outcomes.

Based on this information, the significance of congenital heart defects (CHDs) in Uzbekistan can be further highlighted as follows:

Statistical Indicators:

- CHDs are detected in 8-12 out of every 1,000 live births, which aligns with global averages. This makes it a pressing issue at the national level.

Socioeconomic Factors:

- Limited access to healthcare and late diagnosis are more prevalent in rural areas. This complicates timely identification and treatment of the condition.

Genetic and Environmental Determinants:

- Maternal health, genetic predisposition, and environmental factors (e.g., pollution or inadequate prenatal care) are believed to be associated with CHDs.

Governments have launched various initiatives aimed at improving maternal and child health services. These include systematic screening programs for congenital heart defects (CHDs) to ensure early detection and intervention. Additionally, increased investment in healthcare infrastructure, workforce training, and awareness campaigns has significantly contributed to better outcomes.

- International Aid:

Partnerships with global organizations have played a pivotal role in enhancing healthcare services. These collaborations provide critical funding, state-of-the-art equipment, and capacity-building training programs for healthcare professionals.

The results highlight the progress Uzbekistan has made in managing CHDs, particularly in urban centers where specialized care is concentrated. However, the low prenatal detection rates indicate a need for improved obstetric care and widespread training in fetal echocardiography. Geographic disparities point to systemic inequities, emphasizing the importance of decentralizing specialized services. Collaborative efforts with international organizations could address gaps in training and infrastructure.

HOMILADORLIKDA SIYDIK YO'LLARI INFEKSIYALARI UCHRASHI.

Odamboyev D.B., Nazirbayeva Z.Q.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Kirish. Homiladorlik davrida siydik yo'llarining anatomiyasi sezilarli o'zgarishlarga uchraydi, gormonal va mexanik omillar siydik yo'llarining kengayishiga, buyrak koptokchalarining kengayishiga va siydikning turg'unligiga yordam beradi, bularning barchasi homilador bemorlarni siydik yo'llari infektsiyalariga moyil qiladi. Progesteron silliq mushaklarni bo'shashtiradi va gravid bachadon siydik pufagini siqadi, bu esa siydik pufagining hajmini pasaytiradi. Vezikoureteral reflyuks, siydik pufagida qoldiq siydikning ko'payishi va siydikning turg'unligi kuzatilishi mumkin. Ushbu o'zgarishlarning har biri homiladorlikda siydik yo'llari infektsiyasi xavfini oshiradi.

Tadqiqot maqsadi: Homiladorlikni erta muddatlari siydik yo'llari infeksiyalarini aniqlab asoratlarni oldini olish.

Materiallar va tadqiqot usullari: Biz Caravan Medlain klinikasinda homilador ayollarning 2024-yilning dekabr oyiga qadar 100 ta homilador ayollar tarixida tug'ilish natijalari retrospektiv tarzda o'rganildi; homilador ayollar orasida siydik yo'llari infektsiyasi (SYI) tashxisi 18% ni tashkil etdi. ASB bilan og'rigan bemorlarda alomatlar yo'q; shuning uchun homiladorlikning boshida kasallikni tekshirish muhimdir. Bunday bemorlarda tez-tez SYI bilan og'rigan bo'lishi mumkin yoki oldingi homiladorlikda Simptomsiz bakteriyauriya bilan kasallangan bo'lishi mumkin. Homiladorlik davrida o'roqsimon hujayrali kasalliklarga chalingan bemorlarni tez-tez tekshirish maqsadga muvofiqdir, ammo bu bemorlarda homiladorlik paytida SYI uchun skrining chastotasi bo'yicha standart tavsiyalar mavjud emas. Orqa miya jarohati yoki qandli diabet bilan og'rigan bemorlar tez-tez tekshirilmasligi kerak, chunki bu ko'proq zarar etkazishi mumkin.

Olingan natijalar: O'rgangan ayollarimizni 70% da pielonefrit asosan 18 yoshdan 25 yoshgacha bo'lgan ayollarimizda kuzatilgan. Hozirgi kunda pielonefrit kuzatilgan ayollarda buyraklarni stentlash va nefrostoma qo'yish amaliyoti o'tkazilib kelmoqda. Ayollarda bu muolajalar o'tkazilsa ayolda homiladorlik to'xtaguncha yoki 2 xaftagacha stent buyraklar sohasida turishi mumkin. Bu birinchi homiladorlik ayollarning 48% da bo'lib, 2 yoki undan ortiq homiladorlik ayollarning 52 % ni tashkil etdi. Buyrak ultratovush tekshiruvida ayollarning 32,5 % da bir tomonlama, 67,5 % da esa ikki tomonlama buyraklar shikastlanish aniqlangan . To'rtta tadqiqotda probiotikni platsentaga, ikkitasi probiotikni davolashsiz, ikkitasi probiotiklarni SYI bilan og'rigan bemorlarda antibiotiklar bilan va bitta tadqiqotda probiotikni sog'lom ayollarda platsenta bilan solishtirgan. Barcha tadqiqotlar takroriy SYI dagi farqlarni o'lchashga qaratilgan edi.Homilador ayollarning anamnezida 80% doimiy ravishda Kanefron,siston va urolesan qabul qilib kelgan.Siydik yo'llari infektsiyasini davolash standart usullarga antibakterialterapiya , infuzion, uraseptiklarni qo'llash, simptomatik terapiya, ona-platsenta-homila tizimi yaxshilash amalga oshiriladi .

Xulosa:1. Pielonefrit bo'lgan ayollarda stent muddati 2 oydan ortiq bo'lsa, bakteriuriya rivojlanish ehtimolini oshiradi.

2. Stentning 2 oydan ortiq davomida organizmda turishi urosepsisning yagona prognozi bo’ladi.

3. Agar ayollarda homiladorlikning erta muddatlari siydik taxlilida leykotsitlar miqdoridagi o’zgarish kuzatsak darxol urolog bilan konsilium qilib davo muolajalarini boshlash lozim.

4. Homilador ayollarda pielonefrit kuzatilsa hayot sifatini yaxshilash maqsadida buyrak va siydik nayi sohasiga stentlash yoki nefrostoma qo’yish amaliyoti o’tkazish lozim.

SUD TIBBIYOTI AMALIYOTIDA AKUSHERLIK TIBBIY YORDAM NUQSONLARINI KOMISSION BAHOLASH MEZONLARINI TAKOMILLASHTIRISH

Qalandarov J.K.[1], Ro’ziyev Sh.I.[2]

1Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, O’zbekiston, Urganch shahri

2Respublika sud tibbiy ekspertiza ilmiy amaliy markazi, O’zbekiston, Toshkent shahri

Annotatsiya*:* Yatrogeniya, ayniqsa ginekologik amaliyotda, juda muhim va o'rganilishi lozim bo'lgan masala hisoblanadi. Ginekologiya sohasida yatrogen holatlar, odatda, noo'rin farmatsevtika mahsulotlarining buyurilishi, operatsiya vaqtida yuzaga keladigan texnik xatolar, shuningdek, postoperativ davolashda ro'y beradigan qoidabuzarliklar tufayli kelib chiqadi. Bu kabi holatlar, odatda, qo'shimcha tibbiy aralashuvlarni talab qiladi va ayrim hollarda ayollarning reproduktiv salomatligiga jiddiy zarar yetkazishi hamda umumiy hayot sifatining pasayishiga olib kelishi mumkin.

Kalit so’zlar: *yatrogeniyaя, tibbiy yordam nuqsonlari, komission sud tibbiy ekspertiza, akusher-ginekolog*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ДЕФЕКТОВ АКУШЕРСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ.

[1]Каландаров Ж.К., [2] Рузиев Ш.И.

[1]Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ўзбекистон, город Ургенч

[2] Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы, Узбекистан, город Тошкент

Аннотация Ятрогения, особенно в гинекологической практике, является важной и требующей тщательного изучения проблемой. В гинекологии ятрогенные состояния часто возникают вследствие ненадлежащего назначения фармацевтических препаратов, технических ошибок во время операций, а также нарушений в послеоперационном лечении. Такие случаи обычно требуют дополнительного медицинского вмешательства и в некоторых случаях могут привести к серьезному ущербу для репродуктивного здоровья женщин, а также снижению общего качества жизни.

Ключевые слова: *ятрогения, дефекты медицинской помощи, комиссионная судебно-медицинская экспертиза, акушер-гинеколог*

IMPROVING THE CRITERIA FOR THE COMMISSIONED ASSESSMENT OF OBSTETRIC MEDICAL CARE DEFICIENCIES IN FORENSIC MEDICINE PRACTICE.

[1]Kalandarov J.K., [2]Ruziev SH.I.

[1]Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Urgench

[2] Republican Scientific and Practical Center of Forensic Medical Examination, Uzbekistan, Tashkent

Abstract Iatrogenesis, particularly in gynecological practice, is an important and essential issue to study. In the field of gynecology, iatrogenic conditions typically arise from inappropriate

prescription of pharmaceutical products, technical errors during surgeries, and violations of protocols during postoperative care. Such incidents often require additional medical interventions and can sometimes cause serious harm to women's reproductive health and overall quality of life.

Keywords: *iatrogenia, defects of medical care, commission forensic medical examination, obstetrician-gynecologist*

Dolzarbligi: Yatrogeniya, ayniqsa ginekologik amaliyotda, juda muhim va o'rganilishi lozim bo'lgan masala hisoblanadi. Ginekologiya sohasida yatrogen holatlar, odatda, noo'rin farmatsevtika mahsulotlarining buyurilishi, operatsiya vaqtida yuzaga keladigan texnik xatolar, shuningdek, postoperativ davolashda ro'y beradigan qoidabuzarliklar tufayli kelib chiqadi. Bu kabi holatlar, odatda, qo'shimcha tibbiy aralashuvlarni talab qiladi va ayrim hollarda ayollarning reproduktiv salomatligiga jiddiy zarar yetkazishi hamda umumiy hayot sifatining pasayishiga olib kelishi mumkin.

Ginekologik yatrogen jarohatlarning eng keng tarqalgan sabablaridan biri bu noo'rin dori-darmonlarning qo'llanilishi bo'lib, bu ba'zida reproduktiv tizimning disfunktsiyasiga, yallig'lanish jarayonlarining kuchayishiga va hatto bepushtlikka olib kelishi mumkin. Masalan, gormon preparatlarining noo'rin buyurilishi endokrin tizimning buzilishiga va reproduktiv organlarning ish faoliyatiga salbiy ta'sir qilishi mumkin.

Operativ aralashuvlar vaqtida yuzaga keladigan yatrogen jarohatlar ham diqqatga sazovor. Noxush holatlar qatoriga noto'g'ri amaliyot texnikasi, aseptika va antiseptika qoidalarining buzilishi, shuningdek, operatsiya paytida a'zolarga zarar yetkazish kiradi. Bu kabi holatlar qo'shimcha jarrohlik aralashuvlarini, uzoq muddatli davolanishni va hatto ayrim hollarda doimiy shikastlanishlarni talab qilishi mumkin.

Shu bilan birga, postoperativ davolashda yuzaga keladigan yatrogen jarohatlar, masalan, infeksiyalar, ichki qon ketishlar va yallig'lanish jarayonlarini nazorat qila olmaslik ham jiddiy muammolar yaratadi. Bu holatlar tez va samarali tibbiy aralashuvlarni talab qiladi, chunki ular ayollarning sog'lig'iga jiddiy ta'sir qilishi va hatto hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin.

Ginekologik amaliyotda yatrogeniya muammosiga chuqur e'tibor berish, zarur bilim va ko'nikmalarni doimiy ravishda yangilab borish, shuningdek, har bir bemorning individual xususiyatlarini hisobga olish muhimdir. Bu yondashuv, tibbiy xatolarni minimallashtirishga va ayollarning umumiy sog'liq holatini yaxshilashga yordam beradi.

Tadqiqot maqsadi: Sud tibbiyoti amaliyotida akusherlik tibbiy yordam nuqsonlarini komission baholash mezonlarini takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari: O‘zbekiston Respublikasi SSV Respublika sud-tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazi Xorazm va Buxoro viloyati filiallarida 2021-2024 yillarda yatrogen holatlarni baholash maqsadida o‘tazilgan komission sud tibbiy ekspertiza xulolasalari xizmat qildi.

Baholash mezonlarini ishlab chiqish uchun yatrogen holatlarni baholash maqsadida o‘tazilgan komission sud tibbiy ekspertiza xulolasalarining klinik, anamnestik, mantiqiy, didaktik va statistik tekshiruv usullari inobatga olindi.

Tadqiqot natijalari: Respublika sud-tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazi Xorazm va Buxoro viloyati filiallarida 25 ta komission ekspertiza xulosalari sud-tibbiy baholandi.

№	Tug‘ilgan yili	Asosiy tashxis	Bevosita o‘lim sababi	Asoratlar	Diagnostika va davolash kamchiliklari
1	1970	Mezenterial qon tomir trombozi	Ichak teshilishi, najasli peritonit	Ichki a’zolar to‘laqonligi, toksik zararlanish	Tromboz profilaktikasi o‘tkazilmagan, yetarli tekshiruv o‘tkazilmagan

2	1982	Sepsis, bakterial shok	Poliorgan yetishmovchiligi, o‘tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi	O‘pka shishi, yiringli perikardit	Tashhis kechikkan, yetarli tekshiruvlar o‘tkazilmagan
3	1977	tromboembolik sindrom	O‘tkir yurak-o‘pka yetishmovchiligi	Shokli buyrak va shokli o‘pka, DVS sindromi	Davolash kechiktirilgan, antibiotikoterapiya o‘tkazilmagan
4	1991	Sepsis, DVS sindromi	Poliorgan yetishmovchiligi	O‘pka shishi, yurak yetishmovchiligi	Tashhis noto‘g‘ri qo‘yilgan, kechiktirilgan jarrohlik
5	1993	Postgemorragik shok, DVS sindromi	o‘tkir yurak-qon tomir yetishmovchiligi	Miyaga qon quyilishi, gipoksik koma	Jarrohlik kechiktirilgan, qon ketish noto‘g‘ri baholangan
6	1997	Antinatal o‘lim	Xomilaning intrauterin vafoti	Ichki a’zolar nekrozi	Homiladorlik davomida yetarli monitoring o‘tkazilmagan
7	1987	Septik shok, bilier sepsis	Jigar abssessi, davolash xatosi	O‘pka va jigar yiringli infeksiyasi	Diagnostik va taktik xatolar, noto‘g‘ri jarrohlik
8	1987	DVS sindromi, gemorragik shok	Bosh miya ishemik nekrozi, poliorgan yetishmovchiligi	Ichki a’zolar to‘laqonligi	Operatsiya noto‘g‘ri bajarilgan, tashhis kechikkan
9	1986	O‘tkir yurak yetishmovchiligi	Kardiogen shok	Yurak mushaklarining nekrozi	Erta tashhis qo‘yilmagan, reanimatsiya kechiktirilgan
10	1984	Gemorogik shok	To‘satdan yurak to‘xtashi	O‘pka venoz to‘laqonligi	Tibbiy muolaja va jarroxlik amaliyoti kechiktirilgan
11	1995	O‘tkir buyrak yetishmovchiligi	Giperkaliemiya, yurak to‘xtashi	Ichki a’zolar nekrozi	Gemodializ kechiktirilgan
12	1990	Pnevmoniya, sepsis	Nafas yetishmovchiligi	O‘pka shishi, poliorgan yetishmovchiligi	Antibiotikoterapiya noto‘g‘ri tanlangan
13	1983	Jigar sirrozi	Gepatotsellyulyar yetishmovchilik	O‘t yo‘llari obstruksiyasi	Erta tashhis qo‘yilmagan, Gepatoprotektorlar o‘z vaqtida buyurilmagan
14	1992	O‘tkir pankreatit	Ichki qon ketish, poliorgan yetishmovchiligi	Gipovolemik shok	Jarrohlik kechiktirilgan

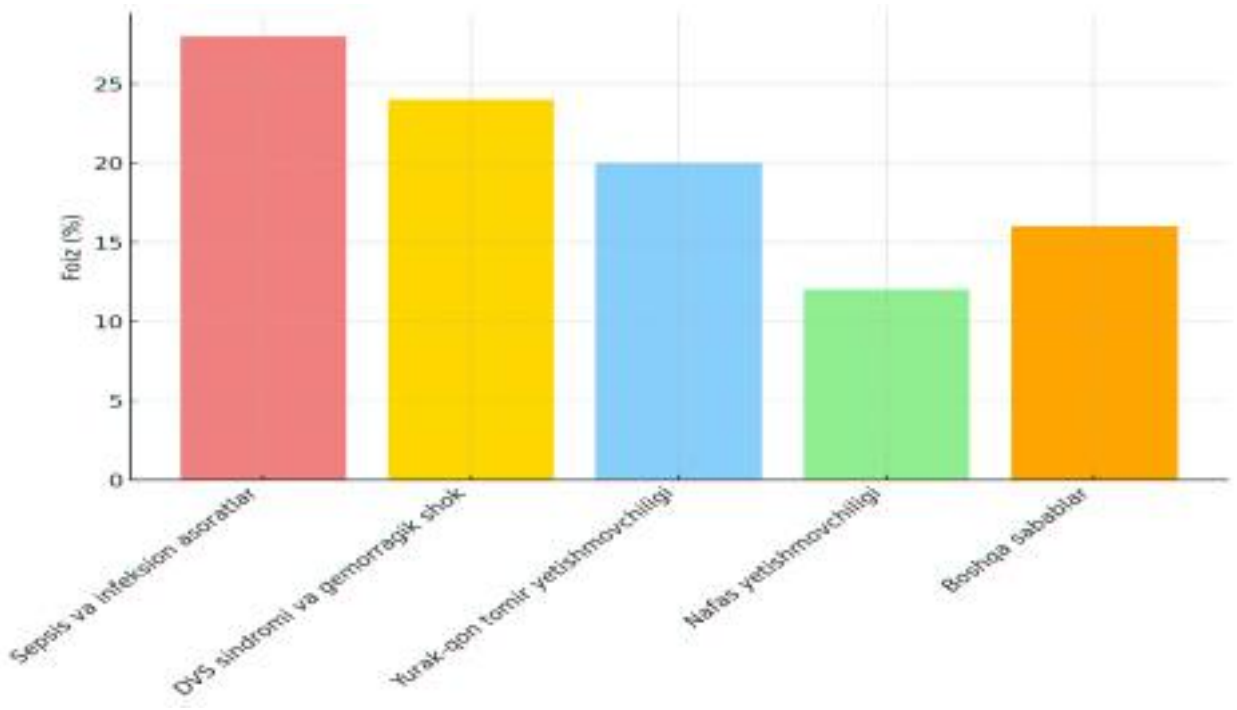
15	1979	Pnevmoniya, sepsis	Nafas yetishmovchiligi	O‘pka shishi, poliorgan yetishmovchiligi	Antibiotikoterapiya noto‘g‘ri tanlangan
16	1988	O‘tkir ichak infektsiyasi	Degidratatsiya, metabolik atsidoz	Buyrak yetishmovchiligi	Regidratatsiya kechiktirilgan
17	1994	Miya qon aylanishi buzilishi	Ishemik insult	Miya shishi	Antikoagulyant terapiya o‘z vaqtida boshlanmagan
18	1980	Gipertonik kriz	Miokard infarkti	Yurak yetishmovchiligi	Qon bosimi nazorati olib borilmagan
19	1989	O‘tkir appenditsit	Perforatsiya, peritonit	Ichki a’zolar sepsis	Jarrohlik kechiktirilgan
20	1996	Gemorragik insult	O‘tkir miyaning qon bilan to‘lishi	Miya shishi	Erta diagnostika yetarli darajada olib borilmagan
21	1976	Pnevmoniya, sepsis	Nafas yetishmovchiligi	O‘pka shishi, poliorgan yetishmovchiligi	Antibiotikoterapiya noto‘g‘ri tanlangan
22	1985	Shikastlanish, politravma	Ichki qon ketish	O‘tkir gipovolemik shok	Qon quyish kechiktirilgan
23	1998	O‘tkir infeksion kasallik	Bakterial shok	Sepsis, poliorgan yetishmovchiligi	Vaqtida antibiotikoterapiya qo‘llanilmagan
24	1978	Miokard infarkti	Yurak yetishmovchiligi	Kardiogen shok	Trombolitik terapiya kechiktirilgan
25	1993	O‘tkir gastroenterit	Suvsizlanish, shok	Ichak nekrozi	Suv-elektrolit balansi kechiktirilgan

Umumiy xulosa va tahlil

1. **Asosiy o‘lim sabablari:**
   - **Sepsis va infeksion asoratlar** – 28%
   - **DVS sindromi va gemorragik shok** – 24%
   - **Yurak-qon tomir yetishmovchiligi** – 20%
   - **Nafas yetishmovchiligi** – 12%
   - **Boshqa sabablar** – 16%
2. **Asoratlar:**
   - O‘pka shishi va poliorgan yetishmovchiligi eng ko‘p uchragan.
   - Yurak va miya qon aylanishining buzilishi o‘limga olib keluvchi asosiy omillardan biri.

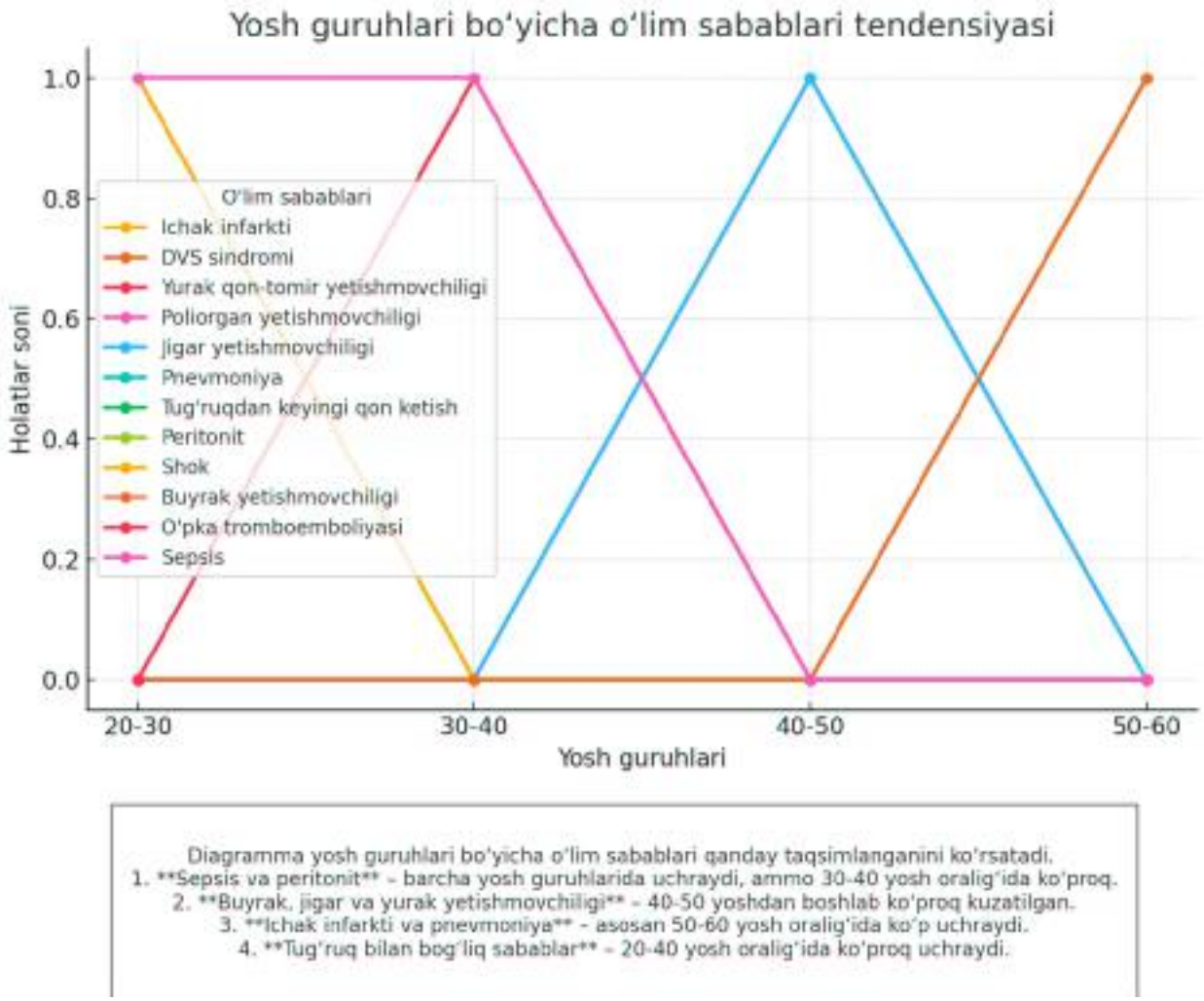
3. **Diagnostika va davolashdagi kamchiliklar:**
   - Jarrohlik kechiktirilgan – 40%
   - Tromboz profilaktikasi yetarli emas – 28%
   - Antibiotikoterapiya noto‘g‘ri tanlangan – 20%

- Reanimatsiya va nafas yetishmovchiligida sun’iy nafas olish kechiktirilgan – 12%



Yuqoridagi diagrammada bemorlarning asosiy o‘lim sabablari bo‘yicha taqsimoti aks ettirilgan.

Sepsis va infeksion asoratlar eng katta ulushga ega (28%), undan keyin DVS sindromi va gemorragik shok (24%), yurak-qon tomir yetishmovchiligi (20%) va boshqa sabablarga ega bo‘lgan o‘lim holatlari keladi. Bu tahlil tibbiyot muassasalari uchun muhim diagnostika va profilaktika choralari ishlab chiqishda yordam berishi mumkin.



Profilaktik tekshiruvlar, yatrogenizm nafaqat bemorlarga, balki istisnosiz barcha sog‘lom bolalarga ham tarqaladigan vaziyatni yaratadi. Bu holatda asoratlar o‘tkir reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin, bunda deyarli hech kim aybdor emas. Ular tibbiy ta’sirning salbiy tomoni muqarrar.

TYON larning vujudga kelish sabablari ularning mohiyati kesimida o‘rganilganda muayyan xususiyatlar aniqlandi. Jumladan, bemorlarning shifoxonaga kech yotqizilishida ob’ektiv hamda tashkil sabablarning, tibbiy muolajalarning tayinlash va o‘tkazishdagi kamchiliklarda esa sub’ektiv sabablarning ulushi umumiy ko‘rsatkichlardan kattaroq bo‘lgan. Bemorlar tibbiy yordamga kech murojat qilishi natijasida asosan tashhis qo‘yishdagi kamchiliklarga yo‘l qo‘yilgan va shifoxonaga kech yotqizilgan.

Xulosa: Ginekologik yatrogeniya — bu tibbiy yordam ko‘rsatishda yuzaga keladigan muammolar bo‘lib, uning oqibatlari ayolning hayoti va salomatligiga jiddiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Sud-tibbiy ekspertiza yatrogeniya holatlarining sabablarini aniqlash, tibbiy yordamning sifatini baholash va tibbiyot sohasidagi kamchiliklarni bartaraf etishda muhim vosita hisoblanadi. Bunday ekspertizalar tibbiy yordamning sifatini oshirish, tibbiyot mutaxassislarining malakasini yaxshilash va yatrogeniyaning oldini olishda yordam beradi.

Adabiyotlar ro‘yxati

1. Алшевский В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве (процессуальные аспекты, методические принципы и формально-логические алгоритмы) / В.В. Алшевский. - М.: Юрлитинформ, 2004. - 176 с.

2. Баринова И.В. Особенности морфологической и пространственной структуры плаценты при антенатальной гипоксии плода / И.В. Баринова, С.В. Савельев, Ю.Б. Котов //

Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. - № 1. – С. 29-33.

3. Волобуев Н.Н. Ятрогенные повреждения кровеносных сосудов в абдоминальной хирургии / Н.Н. Волобуев [и др.] // Украинский журнал хирургии. - 2011. - №4. - С.249-251.

4. Исаченкова И.П., Савченко С.В. Случай материнской смерти при истинном прирощении плаценты // Вестник судебной медицины. – 2016. – Т. 5, № 3. – С. 58–60.

5. Кедров В.С. О терминологии профессиональных правонарушений медицинских работников // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики: материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков (посвященные 30-летию Всероссийского общества судебных медиков). - М.; Тюмень, 2005. - С. 126-127.

6. Лузанова И.М. Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы): автореф. на соиск. канд. мед. наук. — Москва, 2007. – С.10.

7. Риков В.А. Медицинская и правовая оценка ятрогенных заболеваний // Медицинское право. - 2003. - № 4. - С. 41-47.

8. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Ятрогенная патология - актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская экспертиза. - 1998. - № 6. - С. 3-8.

9. Шадимов А.Б., Колесников А.О., Льютикова Н.И. Особенности проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по “врачебным делам” акушерско-гинекологического профиля // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 11–15

10. G‘iyosov Z.A. Vrach faoliyatining huquqiy asoslari. Darslik. - Toshkent, “Tafakkur-Bo‘stoni”. 2012 y. (lotin, rus va kirill tillarida).

11. Indiaminov S.I. Vrach faoliyatining huquqiy asoslari. O‘quv qo‘llanma. - Toshkent, “Optima print”. 2014. (elektron).

12. Baek G.H., Chung, M.S. Methicillin-resistant staphylococcus aureus osteomyelitis of the scaphoid from a catheter in the radial artery //J. Bone Joint Surg. – 2002. – Vol. 84-B, N 2. – P.273 – 274.

13. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. FIGO. 2003.

14. Quinlan D.J., Alikhan R., Gishen P. et al. Variations in lower limb venous anatomy: implications for US diagnosis of deep vein thrombosis //Radiology. - 2003. - №228 (2). - P. 443-448.

15. Wikstrom A.K. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease / A.K. Wikstrom, B. Haglund, M. Olovsson S.N. Lindeberg//BJOG. 2005. - Vol. 112, N11.-P. 1486-1491.

16. Zetterstrum K. Being born small for gestational age increases the risk of severe pre-eclampsia I K. Zetterstrum, S. Lindeberg B. Haglund et al/ // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. 2007. - Vol. 114, N 3. - P. 319-324.

17. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings / Elsasser D.A. et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.–2010.–Vol.148(2).–P.125–30.–doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.10.005.

18. Kalandarov Jakhongir Kalandarovich, Ruziev Sherzod Ibodullaevich **Iatrogenic Pathology in the Practice of a Gynecologist.** MEDICAL AND NATURAL CSIENCES Volume: 04 Issue: 04 | Jul-Aug 2023 ISSN: 2660-4159 C. 504-508

CHAQALOQLARDA TIBBIY YORDAM NUQSONLARINI SUD-TIBBIY BAHOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH (DISSERTASIYA MAVZUSIGA KO'RA)

Qo`ziyev U.S., Qalandarov J.K., Urazov N.R.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali "Patamorfologiya" kafedrasi assistenti
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali "Patamorfologiya" kafedrasi assistenti
Respublika sud tibbiy ekspertiza ilmiy amaliy markazi Xorazm filiali. Ambulatoriya bo`lim mudiri

Annotasiya**:** Respublikamizda so'ngi yillarda sog'liqni saqlash tizimida amalga oshirilayotgan o'zgarishlar fuqarolarning bevosita malakali tibbiy xizmatdan foydalanish huquqini ta'minlashdan iborat bo'lib, ayniqsa chaqaqloqlar Respublikamizning ustuvor vazifasi hisoblanadi. Tibbiy xizmatni takomillashtirish turli chora-tadbirlar kompleksini taqozo qiladi. Ayni paytda tibbiy yordam ko'rsatishdagi kamchiliklarni aniqlash hamda ularni bartaraf qilish ushbu faoliyat sifatini yaxshilashning eng oddiy, qulay, samarali usuli ekanligini ta'kidlash lozim.

Kalit so'zlar**:** yatrogeniya, tibbiy yordam nuqsonlari, komission sud tibbiy ekspertiza, chaqaloqlar

Dolzarbligi**:** Respublikamizda so'ngi yillarda sog'liqni saqlash tizimida amalga oshirilayotgan o'zgarishlar fuqarolarning bevosita malakali tibbiy xizmatdan foydalanish huquqini ta'minlashdan iborat bo'lib, ayniqsa chaqaloqlar Respublikamizning ustuvor vazifasi hisoblanadi [4]. Tibbiy xizmatni takomillashtirish turli chora-tadbirlar kompleksini taqozo qiladi. Ayni paytda tibbiy yordam ko'rsatishdagi kamchiliklarni aniqlash hamda ularni bartaraf qilish ushbu faoliyat sifatini yaxshilashning eng oddiy, qulay, samarali usuli ekanligini ta'kidlash lozim. Yatrogeniya muammosi nafaqat davolash-profilaktika muassasalarida kattalar amaliyotida, balki neonatologiya va pediatriyada ham dolzarb bo'lib qalmoqda. Bu borada chaqaloqlar o'limini kamaytirish respublikaning muhim vazifalaridan biri bo'lib, JSST tavsiyalariga binoan bu ko'rsatkich nafaqat aholining sog'lig'i va turmush darajasini, balki sog'liqni saqlash tizimining faoliyati sifatining etakchi indikatorlaridan biri hisoblanadi. Tibbiy yordam ko'rsatish kasbiy faoliyatning murakkab shaklidir. Bu chuqur maxsus bilim, amaliy ko'nikmalar, yuksak ma'naviy fazilatlarni talab qiladi. Biroq, tibbiyot mutaxassislari xato qilishi mumkin, chunki u tabiatning eng murakkab ob'ekti - inson tanasi, ayniqsa chaqaloqning tanasi bilan shug'ullanadi.

Tadqiqot maqsadi**:** chaqaloqlarda tibbiy yordam nuqsonlarini komissiyaviy sud-tibbiy baholashni yanada takomillashtirish.

Tadqiqot materiallari va usullari**:** Respublika sud-tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazining Xorazm viloyat filiallida 2022-2024 yillar davomida 35 ta yatrogen holatlarni baholash maqsadida o'tazilgan komission sud tibbiy ekspertiza xulolasalarining klinik, anamnestik, mantiqiy, didaktik va statistik tahlillari amalga oshirildi.

Tadqiqot natijalari**:** tadqiqotlar Respublika sud-tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazi Xorazm 2022-2024 yillarda chaqaloqlarga (0-40 kun) tibbiy yordam ko'rsatilishi yuzasidan o'tkazilgan komission sud-tibbiy ekspertiza xulosalari materiallari tadqiqot ob'ekti sifatida xizmat qildi. Ularning 18 nafarini (51,4%) o'g'il bolalar, 17 nafarini esa (48,6%) qiz bolalar tashkil etdi.

Jinsga bog'liq taqsimlanishi: Lozim darajada tibbiy yordam ko'rsatmaslik ko'p omilli holat bo'lib, uning turli jihatlari mavjud. Tahlil jarayonida KSTE materiallari bo'yicha nuqsonning har bir jihati atroflicha o'rganildi. Ayrim holatlarda ekspertlar komissiyasi tomonidan bildirilgan fikr retrospektiv verifikasiya qilindi. Avvalambor, chaqaloqlarga tibbiy yordam ko'rsatilishida qayd etilgan kamchilikning mohiyatiga aniqlik kiritildi. Bunda muayyan holatda ko'rsatilgan tibbiy yordamning ko'lami, sifati mazkur hollar bo'yicha rasman qabul qilingan davolash-diagnostika

standartlari bilan taqqoslandi. Jami nuqsonlar to'rt guruhga ajratildi: diagnostika, davolash, profilaktika va boshqa. Tahlil natijalariga ko'ra chaqaloqlarga tibbiy yordam ko'rsatilishida umuman olganda eng ko'p diagnostika nuqsonlariga yo'l qo'yilgan. Profilaktika va boshqa guruh nuqsonlari ancha kam kuzatilgan.

O'rganilgan davrda bunday holatlar bilan bog'liq 35 KSTE o'tkazilgan bo'lib, ularning 19 tasida (54,2%) tibbiy yordam lozim darajada ko'rsatilmagan. Ekspertlar komissiyasi tomonidan ushbu holatlarda 23 tasida tibbiy yordam nuqsonlari (Tyon) qayd etilgan. Chaqaloqlarga tibbiy yordam ko'rsatilishi bilan bog'liq holatlar jami kuzatuvlarning 81,4% ini tashkil etgan.

Tekshiruvlarimizdan o'lim bilan tugagan 45,2% holatlarning hech birida tibbiyot muassasalarida tibbiy tekshiruvlar o'tkazilmagan.

O'rganilgan holatlarning barchasida KSTE bo'yicha taqdim etilgan materiallar, shu jumladan ekspertlar komissiyasi xulosalari, aniqlangan Tyonlar chaqaloqlarga tibbiy yordam ko'rsatilishining xususiyatlari inobatga olingan holda maxsus ishlab chiqilgan tasnifga asosan tahlil qilindi. Bunda faoliyatida kamchilikka yo'l qo'ygan mutaxassis, tibbiy muassasa, nuqsonning mohiyati, uning vujudga kelish sababi hamda chaqaloqning salomatligi va hayotiga ta'sir darajasiga aniqlik kiritildi.

Neonatal yoshdagi chaqaloqlarga tibbiy yordam ko'rsatishdagi kamchiliklarni o'rganish bilan bir qatorda tadqiqot jarayonida ushbu holatlar yuzasidan o'tkazilgan KSTE materiallari bo'yicha bu turdagi sud-tibbiy ekspertizalarni tayinlash, tashkillashtirish va o'tkazishning holati hamda bu borada mavjud muammolar tahlil qilindi.

Olingan natijalarga "Microsoft Excel" dasturidan foydalangan holda statistik ishlov berildi, farqlarning ishonchliligi Styudentning t –mezoni bo'yicha baholandi.

Tadqiqot jarayonida har bir holatda ekspertizaga taqdim etilgan barcha materiallar sinchiklab o'rganildi. Xususan, sud ekspertizasi tayinlash bo'yicha asosda (qaror, ajrimda) keltirilgan hodisa tafsilotlari, tibbiy hujjatlarda qayd etilgan ma'lumotlar (kasallikning kechishi hamda tibbiy kuzatuvning dinamikasi, o'tkazilgan klinik-laborator, instrumental tekshiruvlar, turli soha mutaxassislari konsultasiyalarining natijalari) tahlil qilindi. Chaqaloqlarning o'limi kuzatilgan holatlarda murdaning patologo-anatomik tekshiruvi bayonnomasi yoki sud-tibbiy ekspertiza xulosasi bo'yicha makroskopik, mikroskopik hamda boshqa laboratoriya tekshiruvlar natijalari, mazkur voqea yuzasidan o'tkazilgan klinik-anatomik konferentsiyalar, turli xizmat tekshiruvlariga e'tibor qaratildi. Shuningdek, taqdim etilgan ish materiallari bo'yicha guvohlar va boshqa shaxslarning so'roq bayonnomalari, tushuntirish xatlariga ham diqqat qaratildi. Javobgarlikka tortilayotgan tibbiy xodimga berilgan tavsifnoma asosida uning ixtisos bo'yicha tayyorgarlik darajasi, ish staji, malaka toifasi o'rganildi.

Tahlil qilingan hamma KSTE lar amaldagi qonun, yo'riqnoma va tegishli qoidalarga asosan mos holda o'tkazilgan xususan, barcha ekspertizalarda ko'rib chiqilayotgan soha bo'yicha malakali klinisist-mutaxassislar ekspert komissiyasining a'zosi sifatida qitnashgan. Ayni paytda javobgarlikka tortilayotgan tibbiyot xodimlari haqida (tavsifnoma), ushbu hodisa yuzasidan o'tkazilgan xizmat tekshiruvlari bo'yicha ma'lumotlar keltirish lozimligiga oid qoidalarning talablari hamma holatlarda ham bajarilmagan. KSTE materiallari bo'yicha tibbiyot xodimi tavsifnomasi faqat 13 (3,7%) da, mazkur hodisa yuzasidan ekspertizacha o'tkazilgan xizmat tekshiruvlari oid ma'lumotlar esa (29,9%) holatda taqdim etilgan. Tadqiqot natijalariga ko'ra chaqaloqlarga tibbiy yordam ko'rsatishda nuqsonlarning 83,7% neonotologlar, 17,3% xirurglar tomonidan yo'l qo'yilgan.

Yatrogeniyalarning paydo bo'lishi muhim tibbiy, ijtimoiy, iqtisodiy va axloqiy sog'liq muammosidir. Neonatologiyada yangi diagnostika va davolash usullarining joriy etilishi yangi

tug'ilgan chaqaloqlarga tibbiy yordam samaradorligini oshirdi va shu bilan birga yatrogen patologiyaning oshishiga olib keldi.

Profilaktik tekshiruvlar, yatrogenizm nafaqat bemorlarga, balki istisnosiz barcha sog'lom bolalarga ham tarqaladigan vaziyatni yaratadi. Bu holatda asoratlar o'tkir reaktsiyalarni keltirib chiqarishi mumkin, bunda deyarli hech kim aybdor emas. Ular tibbiy ta'sirning salbiy tomoni muqarrar.

TYN larning vujudga kelish sabablari ularning mohiyati kesimida o'rganilganda muayyan xususiyatlar aniqlandi. Jumladan, bemorlarning shifoxonaga kech yotqizilishida ob'ektiv hamda tashkil sabablarning, tibbiy muolajalarning tayinlash va o'tkazishdagi kamchiliklarda esa sub'ektiv sabablarning ulushi umumiy ko'rsatkichlardan kattaroq bo'lgan. Bemor chaqaloqlarning tibbiy yordamga kech murojaat qilishi natijasida asosan tashhis qo'yishdagi kamchiliklarga yo'l qo'yilgan va chaqaloqlarning shifoxonaga kech yotqizilgan.

Xulosa**:** TYN larning vujudga kelish sabablari ularning mohiyati kesimida mazkur holatlarda komission sud-tibbiy ekspertizalarni tayinlash, tashkillashtirish, o'tkazishni takomillashtirishga doir tavsiyalar ishlab chiqildi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Alshevskiy, V.V. Sudebno-Medisinskaya ekspertiza vreda zdorovyu v sovremennom ugolovnom sudoproizvodstve (prosessualnie aspekti, Metodicheskie printsipi i formalno-logicheskie algoritmi) / V.V.Alshevskiy. - M.: Yurlitinform, 2004. - 176 s.

2. Barinova, I.V. Osobennosti morfologicheskoy i prostranstvennoy strukturi plasenti pri antenatalnoy gipoksii ploda / I.V. Barinova, S.V. Savelev, Yu.B. Kotov // Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik imeni Akademika I.P. Pavlova. – 2015. - № 1. – S. 29-33.

3. Volobuev, H.H. Yatrogennie povrejdeniya krovenosnix sosudov v abdominalnoy xirurgii / H.H. Volobuev [i dr.] // Ukrainskiy jurnal xirurgii. - 2011. - №4. - S.249-251.

4. Ibragimov A.Yu., Asadov D.A., Menlikulov P.R. – Osnovnie napravleniya reformirovaniya zdravooxraneniya v Respublike Uzbekistan. – Problemi sosialnoy gigieni, zdravooxraneniya i istorii medisini, 2012, № 4, s.56-57.

5. Isachenkova I.P., Savchenko S.V. Sluchay materinskoy Smer ti pri istinnom priratshenii plasenti // Vestnik sudeb Noy medisini. – 2016. – T. 5, № 3. – S. 58-60.

6. Kedrov V.S. O terminologii professionalnix pravonarusheniy medisinskix rabotnikov // perspektivi razvitiya i sovershenstvovaniya sudebno-medisinskoy nauki i praktiki: materiali VI Vserossiyskogo s'ezda sudebnix medikov (posvyatshennie 30-letiyu Vserossiyskogo obtshestva sudebnix medikov). - M.; Tyumen, 2005. - S. 126-127.

7. Luzanova I.M. Nenadlejatshee okazanie pomotshi v akusherskoy praktike (mediko-pravovie aspekti problemi): Avtoref. na soisk. kand. med.nauk. — Moskva, 2007. – S.10.

8. Rikov V.A. Medisinskaya i pravovaya Otsenka yatrogennix zabolevaniy // Medisinskoe pravo. - 2003. - № 4. - S. 4147.

9. Sergeev yud., Erofeev S.V. Yatrogennaya patologiya - aktualnaya sudebno-Medisinskaya problema // Sudebno-Medisinskaya ekspertiza. - 1998. - № 6. - S. 3-8.

10. Shadimov A.B., Kolesnikov A.O., Lyutikova N.I. Osobennosti provedeniya komissionnix sudebno-medisinskix ekspertiz po "vrachebnim delam" akushersko-ginekologicheskogo profilya // Vestnik sudebnoy medisini. – 2012. – T. 1, № 4. – S. 11-15. 10.

11. Baek, G.H., Chung, M.S. Methicillin-resistant staphylococcus aureus osteomyelitis of the scaphoid from a catheter in the radial artery //J. Bone Joint Surg. – 2002. – Vol. 84-B, N 2. – P.273 – 274.

12. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. FIGO. 2003.

13. Quinlan D.J., Alikhan R., Gishen P. et al. Variations in lower limb venous anatomy: implications for US diagnosis of deep vein thrombosis //Radiology. - 2003. - №228 (2). - P. 443-448.

14. Wikstrom, A.K. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease / A.K. Wikstrom, B. Haglund, M. Olovsson, S.N. Lindeberg//BJOG. 2005. -Vol. 112, N11.-P. 1486-1491.

15. Zetterstrum, K. Being born small for gestational age increases the risk of severe pre-eclampsia I K. Zetterstrum, S. Lindeberg, B. Haglund et al/ // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. 2007. - Vol. 114, N 3. - P. 319-324.

16. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings / Elsasser D.A. et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol. 148(2). – P. 125-30. – doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.10.005.

PEDIATRIYADA YATROGEN PATOLOGIYALARNI SUD-TIBBIY BAHOLASH (DISSERTASIYA MAVZUSIGA KO'RA)

Qo`ziyev U.S., Urazov N.R.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali "Patamorfologiya" kafedrasi assistenti
Respublika sud tibbiy ekspertiza ilmiy amaliy markazi Xorazm filiali.
Ambulatoriya bo`lim mudiri

Pediatriya xizmatida yatrogeniya muammosi nafaqat davolash-profilaktika muassasalarida kattalar amaliyotida, balki neonatologiya va pediatriyada ham dolzarb bo‘lib qoldi. Bolalarda farmatsevtikaning asossiz retsepti natijasida kelib chiqadigan kasalliklar va patologik holatlar paydo bo‘ldi. Ular dorilarning nojo‘ya ta’siri, ularning tarkibiy qismlari, aralashmalari, dorilarning kiruvchi kombinatsiyasi natijasidir. Mutloq aksariyat hollarda ular qo‘shimcha tibbiy tuzatishni talab qiladi va ba’zi hollarda jiddiy sog‘liq buzilishlariga va hayot sifatining pasayishiga olib kelishi mumkin. Tibbiy yordam ko‘rsatish kasbiy faoliyatning murakkab shaklidir.

Har yili dunyoda bolalar kasalliklari bilan shug‘ullanuvchi tibbiyot muassasalarida juda kam vaznli yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning 41%da yatrogen xolatlar aniqlanadi (jumladan, yurak tamponadasi va uzun chiziqlar bilan bog‘liq tromboz; tomirlar, oshqozon, qizilo‘ngachning teshilishi; pnevmotoraks; to‘liq parenteral ovqatlanish bilan bog‘liq xolestaz). Neonotal davrdagi marhum chaqaloqlarning 14%da yatrogen jarohatlar o‘limning asosiy sababi sifatida aniqlangan.

Yatrogeniya muammosi nafaqat davolash-profilaktika muassasalarida kattalar amaliyotida, balki neonatologiya va pediatriyada ham dolzarb bo‘lib qoldi. Bolalarda farmatsevtikaning asossiz retsepti natijasida kelib chiqadigan kasalliklar va patologik holatlar paydo bo‘ldi. Ular dorilarning nojo‘ya ta’siri, ularning tarkibiy qismlari, aralashmalari, dorilarning kiruvchi kombinatsiyasi natijasidir. Mutloq aksariyat hollarda ular qo‘shimcha tibbiy tuzatishni talab qiladi va ba’zi hollarda jiddiy sog‘liq buzilishlariga va hayot sifatining pasayishiga olib kelishi mumkin. Tibbiy yordam ko‘rsatish kasbiy faoliyatning murakkab shaklidir. Bu chuqur maxsus bilim, amaliy ko‘nikmalar, yuksak ma’naviy fazilatlarni talab qiladi. Biroq, tibbiyot mutaxassisi xato qilishi mumkin, chunki u tabiatning eng murakkab ob’ekti - inson tanasi, ayniqsa bolaning tanasi bilan shug‘ullanadi.

Tashxis qo'yish jarayoni ham xavfli bo'lishi mumkin. Ichak kasalligi gumon qilingan bemor kolonoskopiya (ichakning endoskopik tekshiruvi) uchun yuborildi. Kolonoskopiya paytida

asbobni qo'pol ishlatish natijasida ingichka ichak devori shikastlanib, yorilib ketdi. Fibrogastroduodenoskopiya (qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning endoskopik tekshiruvi) vaqtida ham xuddi shunday asoratlar kuzatiladi. Bunday holatlar ushbu protseduralarni bajarishda amaliy tajribasi kam bo'lgan shifokorlarda paydo bo'lishi mumkin.

Ko'plab misollar keltirilishi mumkin, ammo bu haqiqat emas, balki yatrogen kasalliklarning sonini qanday kamaytirish mumkin? Yatrogeniya sonini kamaytirish qiyin vazifa, ammo bajarilishi mumkin. Va uni amalga oshirish shifokor va bemor tomonidan sa'y-harakatlarni talab qiladi.

VITAMIN D NING ORGANIZMDAGI FIZIOLOGIK AHAMIYATI VA YETISHMOVCHILIGINING SOG'LIQQA TA'SIRI

Qurbanova Ch.Z.
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

Kalit so'zlar: Vitamin D, kalsiy almashinuvi, immun tizimi, raxit, osteaporoz, yetishmovchiligi

Kirish:

Vitamin D - yog'da eriydigan vitamin bo'lib, organizmda kalsiy va fosfor almashinuvini tartibga soladi, suyak va tish to'qimalarining rivojlanishi, mustahkamligi, hujayra o'sishi va yallig'lanishiga qarshi jarayonlarda ishtirok etib, immun tizimining faoliyatida ham muhim rol o'ynaydi.

Tadqiqotlar shuni ko'rsatmoqdaki, vitamin D yetishmovchiligi nafaqat raxit va osteoparozga, balki yurak qon tomir, autoimmun va onkologik kasalliklar xavfining ortishiga ham sabab bo'ladi.

Vitamin D ning manbalari:

· D_2 (ergokalsiferol) - o'simlik manbalarida uchraydi,

·D_3 (xolekalsiferol) - hayvonot mahsulotlarida va terida quyosh nurlari ta'sirida sintezlanadi.

Organizmda asosiy sintez manbasi quyosh nuri bo'lib,UB nurlar ta'sirida terida provitamin D_3 dan xolekalsiferol hosil bo'ladi.

Maqsad:

Bolalarda Vitamin D yetishmovchiligi bilan bog'liq holatlarni, uning asosiy sabablari va klinik belgilari asosida tahlil qilish, statistik ko'rsatkichlar orqali muammo darajasini baholash

Materiallar va usullar:

2022-2024 yillar davomida Xorazm viloyatidagi pediatriya bo'limlariga murojaat qilgan 210 nafar 6 oylikkacha bo'lgan bolalar tahlil qilindi.Tashxis klinik ko'rsatkichlar,laborator tekshiruvlar va rentgen natijalariga asoslanadi

Natijalar:

·74% holatlarda D vitamini yetishmovchiligi onalarning noto'g'ri ovqatlanishi yoki sun'iy oziqlantirish bilan bog'liq bo'lgan

·63% bemorlarda kasallik kuz-qish mavsumida aniqlangan

·Klinik belgilar sifatida bosh suyaklarining yumshashi (82%), "soatbilak" sindromi (57%) va mushak gipotoniyasi (61%) kuzatiladi

·15% holatlarda suyak deformatsiyalari aniqlandi

Xulosa:

Vitamin D yetishmovchiligi bolalarda keng tarqalgan sog'liq muammolariga sabab bo'lmoqda.Sog'lom ovqatlanish, quyosh nuridan yetarli darajada foydalanish va skrining dasturlarini yo'lga qo'yish muhim sanaladi

ZAMONAVIY DENTAL IMPLANTATSIYA

Quryazov.A.K., Ilxomova.M.M., Yusupova.D.M., Iskandarova.A.I.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Stomatologiya fakulteti.

Dolzarbligi:Hozirgi kunda dental implantatsiya tish yo‘qotishdagi muammolarda eng samarali yechimlaridan biri bo‘lib, u bemorning chaynash funksiyasini tiklash, estetik ko‘rinishni yaxshilash va hayot sifatini oshirishda muhim ahamiyatga ega (Misch, 2020). Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (WHO) ma’lumotlariga ko‘ra, dunyo bo‘ylab kattalarning taxminan 30% dan ortig‘i 65 yoshdan so‘ng tish yetishmovchiligidan aziyat chekadi va bu ko‘rsatkich yildan-yilga ortib bormoqda (World Health Organization, 2021).So‘nggi yillarda texnologik taraqqiyot implantatsiya jarayonini ancha takomillashtirdi. Xususan, kompyuter tomografiyasi (CBCT), 3D rentgen, regenerativ biomateriallar va nanotexnologiyalar implantlarni o‘rnatish jarayonini aniq va samarali qilishga yordam bermoqda (Buser et al., 2017).Shuningdek, tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, zamonaviy dental implantlar 95% dan yuqori muvaffaqiyat darajasiga ega bo‘lib, bu ko‘rsatkich an’anaviy protez va ko'prik usulida qoyilgan tishlar bilan solishtirganda ancha ustun ekanligini bildiradi (Gharpure & Bhatavadekar, 2018).

Materiallar: Dental implantatsiyada ishlatiladigan materiallar implantning biokompatibiligi, mustahkamligi va uzoq muddatli muvaffaqiyatini ta’minlashda muhim rol o‘ynaydi. Hozirgi kunda eng ko‘p qo‘llaniladigan materiallar quyidagilar: 1.Titan va uning qotishmalari Titan dental implantatsiyada standart hisoblanadi. U biologik moslikka ega, suyak bilan yaxshi integratsiyalanadi(osseointegratsiya) va yuqori mustahkamlikka ega (Branemark et al., 1985). Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, titan implantlarning muvaffaqiyat darajasi 95-98% ni tashkil qiladi. Bundan tashqari, titan qotishmalari (masalan, Ti-6Al-4V) sof titanga nisbatan mustahkamroq va korroziyaga chidamliroqdir (Kumar & Vinitha, 2011). Biroq, ba’zi bemorlarda titan implantlarga allergik reaksiya yoki estetik jihatdan qoniqarsizlik kuzatilishi mumkin. 2.Zirconia (ZrO_2) implantlar Oxirgi yillarda metallsiz implantlar, xususan, zirconia implantlari ommalashmoqda. Ularning afzalliklari:Estetik jihatdan afzal: oq rangli bo‘lgani uchun old tishlar zonasida ko‘proq qo‘llaniladi (Koo et al., 2020).Biologik moslik: ba’zi tadqiqotlar zirconia implantlari atrofida yumshoq to‘qimalarning yaxshiroq moslashishini ko‘rsatgan (Gharpure & Bhatavadekar, 2018).Biroq, zirconia implantlarining titanga nisbatan sinuvchanligi yuqoriroq bo‘lib, bu ularning bardoshliligiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. 3.Bioaktiv qoplamalar va nanotexnologiyalar. So‘nggi tadqiqotlarda implantlarning suyak bilan tezroq integratsiyasini ta’minlash uchun turli bioaktiv qoplamalar ishlab chiqilmoqda. Masalan:Gidroksiapatit qoplamalar suyak hujayralari bilan o‘zaro ta’sirni yaxshilaydi va osseointegratsiyani tezlashtiradi (Kumar & Vinitha, 2011). 4.Biokompozit materiallarKelajakda biokompozit materiallar, jumladan, polimer va keramika asosidagi implantlar rivojlanib bormoqda. Ushbu materiallar biologik regeneratsiyani qo‘llab-quvvatlash va implant atrofidagi to‘qimalarning tezroq tiklanishini ta’minlash uchun ishlab chiqilmoqda

Natijalar: Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, dental implantlarning 10 yillik muvaffaqiyat darajasi 95-98% ni tashkil etadi, bu ularni tish protezlariga nisbatan samaraliroq usul ekanligini tastiqlaydi(Buser et al., 2017).Material tanloviga ko'ra:Titan implantlar yuqori biokompatibilitet va mustahkamlikka ega bo‘lib, osseointegratsiyani tezlashtiradi (Branemark et al., 1985).Implantlarning uzoq muddatli prognozi:Titan implantlar odatda 10-25 yil davomida xizmat qiladi va muvaffaqiyat darajasi yuqori (Misch, 2020).Nanotexnologiyalar va bioaktiv qoplamalar implantning suyak bilan integratsiyasini tezlashtirib, yallig‘lanish xavfini kamaytiradi (Buser et al., 2017).

Xulosa: Dental implantatsiya hozirgi kunda yo‘qolgan tishlarni tiklashning eng samarali usuli bo‘lib, yuqori muvaffaqiyat darajasi va uzoq muddatli barqarorligi bilan ajralib turadi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, to‘g‘ri material tanlovi, zamonaviy texnologiyalar va bemorning sog‘lig‘iga e’tibor qaratish implantlarning muvaffaqiyat darajasini oshirishda muhim rol o‘ynaydi.So‘nggi innovatsiyalar, jumladan nanoqoplamalar, bioaktiv materiallar implantlarning suyak bilan yaxshiroq integratsiyalashuviga va davolash jarayonining tezlashishiga yordam

bermoqda. Kelajakda regenerativ texnologiyalar, genetik diagnostika va moslashuvchan biomateriallar yordamida implantatsiya jarayoni yanada takomillashib, bemorlar uchun yanada qulay va samarali bo‘lishi kutilmoqda. Shu bois, ilmiy izlanishlar va innovatsiyalar asosida rivojlanayotgan dental implantatsiya stomatologiyaning eng istiqbolli yo‘nalishlaridan biri hisoblanadi.

PERIODONTAL KASALLIKLAR VA ULARNI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Quryazov.A.K., Ilxomova.M.M., Yusupova.D.M
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarbligi: Periodontal kasalliklar (gingivit va parodontit) stomatologiyada keng tarqalgan muammolardan biri bo‘lib, ular nafaqat tishlarni yo‘qotishga olib keladi, balki umumiy sog‘liq uchun ham xavf tug‘diradi. Kasallikning keng tarqalganligi esa dunyo bo‘ylab periodontal kasalliklar aholining katta qismini qamrab oladi(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)Masalan, parodontit kattalarda tish yo‘qotishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Bu esa stomatologlar uchun ushbu kasalliklarni erta aniqlash va samarali davolash usullarini ishlab chiqishni talab qiladi.Umumiy sog‘liq bilan ham bog‘liq bo'lib, periodontal kasalliklar nafaqat og‘iz bo‘shlig‘iga, balki butun organizmga ta'sir ko‘rsatadi. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, parodontit yurak-qon tomir kasalliklari, diabet va hatto homiladorlik asoratlari bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Shu sababli, periodontal kasalliklarni davolash umumiy sog‘liqni yaxshilashga ham hissa qo‘shadi(American Academy of Periodontology https://www.perio.org)

Materiallar: Klinik ko‘rik (periodontal cho‘ntak chuqurligini o‘lchash),Radiologik usullar (CBCT, raqamli rentgen) orqali Bakterial tahlillar va genetik diagnostika qilinadi. Scaling va root planing (SRP): tish yuzasidan plak va toshni tozalash, Antibakterial vositalar (mahalliy va sistemali antibiotiklar), lazer terapiya va fotodinamik davolash o'tkaziladi. Suyak regeneratsiyasi uchun biomateriallardan foydalaniladi(Journal of Periodontology: Parodontal kasalliklar va innovatsion davolash usullari bo‘yicha yetakchi jurnal). International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry.

Natijalar: Lazer terapiyasi: Lazer texnologiyalari periodontal kasalliklarni davolashda qo‘llanilib, yallig‘lanishni kamaytirish va to‘qimalarni tiklashga yordam beradi(E-library SamMU) PRF (Plazma Rich Fibrin) texnologiyasi: Bu usul bemorning o‘z qonidan olingan plazma yordamida to‘qimalarni regeneratsiya qilishga qaratilgan bo‘lib, jarrohlik aralashuvlarida muvaffaqiyatli qo‘llaniladi.Antibiotik terapiyasi: Periodontal kasalliklarni davolashda antibiotiklardan foydalanish samarali bo‘lib, yallig‘lanish jarayonlarini kamaytirishga yordam beradi(nauchniyimpuls.ru).

"Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences" jurnalida chop etilgan maqolada periodontal kasalliklarning oldini olish va davolash bo‘yicha yangi yondashuvlar tahlil qilingan. Tadqiqotda 12 yoshli bolalarda periodontal to‘qimalarning shikastlanish belgilarining tarqalishi 25%, 15 yoshli o‘smirlarda esa 38% ni tashkil etishi aniqlangan. Ushbu ma'lumotlar kasallikning oldini olish va erta davolash choralari ko‘rilishi zarurligini ko‘rsatadi(in-academy.uz)

Xulosa: Periodontal kasalliklar (gingivit va parodontit) dunyo bo‘ylab keng tarqalgan muammolardan biri bo‘lib, ular nafaqat og‘iz bo‘shlig‘i sog‘lig‘iga, balki umumiy organizmga ham jiddiy salbiy ta’sir ko‘rsatadi. Kasallikning sababchilari orasida og‘iz gigiyenasi qoidalariga rioya qilmaslik, genetik moyillik, noto‘g‘ri ovqatlanish, chekish va diabet kabi omillar muhim rol o‘ynaydi.Zamonaviy texnologiyalar va innovatsion davolash usullari periodontal kasalliklarni samarali boshqarishga imkon yaratmoqda. Konservativ usullar (masalan, scaling va root planing, lazer terapiya) yallig‘lanish jarayonlarini samarali kamaytiradi.Jarrohlik va regenerativ usullar (PRF texnologiyasi, biomateriallardan foydalanish) nafaqat to‘qimalarni tiklashni, balki davolash sifatini oshirishni ta'minlaydi.Periodontal kasalliklarning erta diagnostikasi va profilaktikasi kasallikning rivojlanishini to‘xtatish va bemorlarning hayot sifatini yaxshilashda muhim ahamiyatga ega. Shuningdek, muntazam stomatologik tekshiruvlar va og‘iz gigiyenasi qoidalariga

rioya qilish periodontal muammolarni oldini olishning asosiy usuli hisoblanadi.Umuman olganda, periodontal kasalliklarning zamonaviy davolash usullari og‘iz bo‘shlig‘i sog‘lig‘ini saqlashda katta yutuqlarga erishishga imkon beradi. Shu sababli, stomatologiya sohasida ilmiy tadqiqotlarni rivojlantirish va amaliyotda innovatsion texnologiyalarni keng qo‘llash muhimdir.

STOMATOLOGIYADA LAZER TEXNOLOGIYASI: LAZER YORDAMIDA KARIESNI DAVOLASH

Quryazov.A.K., Ilxomova.M.M., Yusupova.D.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarbligi: Tish kariyesi bugungi kunda stomatologiyaning eng keng tarqalgan muammolaridan biri hisoblanadi. Kariyes aholining 95% da uchraydi, bu esa uning keng tarqalganligini ko‘rsatadi. Sog‘liqga salbiy ta’siri qilib odamda og‘riq va noqulaylikni keltirib chiqaradi, tish to'qimasini yemirilishiga, davolanmagan kariyes pulpit, periodontit kabi asoratlarga olib kelishi mumkin, bu esa tish yo‘qotilishiga sabab bo‘ladi.To‘g‘ri og‘iz bo‘shlig‘i gigiyenasi, muvozanatli ovqatlanish va muntazam stomatologik ko‘riklar orqali kariyesning oldini olish va zamonaviy lazer usul yordamida samarali davolash mumkin. **Materiallar:**Zamovaviy stomatologiyada tishdagi kariyes o‘chog‘ini aniqlash uchun vizual tekshiruv, rentgenografiya asosan lazer diagnostikasi qo‘llaniladi. Lazer yordamida davolash odatda og'riqsiz bo'lib, ko'pincha behushlikni talab qilmaydi. Bu bemorlar uchun qulaylik yaratadi.Aniqlik va sog'lom to'qimalarni saqlash imkoniyati ortadi, lazer faqat zararlangan to'qimalarni olib tashlaydi, sog'lom to'qimalarga zarar yetkazmaydi. Bu tishning strukturasini maksimal darajada saqlashga yordam beradi(book bsmi)Minimal invazivligi sababli lazer yordamida davolash mexanik harakatlarni talab qilmaydi, bu esa tishning yoriqlari va shikastlanish xavfini kamaytiradi, bakteriyalarni yo'q qilishda samarali bo'lib, bu infeksiya xavfini kamaytiradi, qon ketishining kamaytiradi qon tomirlarini koagulyatsiya qilishi tufayli qon ketishi minimal darajada bo'ladi(Journal of clinical laser medicine & surgery)Lazer bilan davolashdan so'ng to'qimalar tezroq tiklanadi, bu esa bemorning normal hayot faoliyatiga tezroq qaytishini ta'minlaydi(Clinical oral Investigations)

Natijalar: Lazer bilan davolangan tishlarda kariesning qaytalanishi kamaygan va ularning uzoq muddatli barqarorligi an'anaviy usullarga qaraganda yaxshiroq bo‘lgan. Lazerning bakteritsid xususiyatlari tufayli infeksiya xavfi kamroq bo‘lgan. (Journal of Clinical Laser Medicine & Surgery). Lazer va an'anaviy davolashni taqqoslasak: tadqiqotlar lazer yordamida kariyesni davolashni an'anaviy mexanik usullarga qaraganda samarali ekanligini isbotlagan ya'ni tadqiqotlarda lazerning an'anaviy davolashga qaraganda ancha samarali ekani, ayniqsa, og‘riqsizlik, jarrohlik davolash va to‘qimalarni qayta tiklashda farqli natijalar ko‘rsatgan. Bunda lazer yordamida tishlarni davolash ancha kam zararli va tez tiklanadigan bo‘lgan.Lazer yordamida davolangan tishlarda sezilarli darajada og‘riqsizlik kamaygan va davolash jarayoni ancha qisqargan. An'anaviy davolash usulida esa, bemorlar ko‘proq og‘riq va vaqtincha noqulaylikka duch kelgan. (Lasers in Medical Science). Tadqiqotda, lazer bilan davolashdan so‘ng, tish bo‘shlig‘ida bakteriyalar soni 95%-gacha kamaygani aniqlangan. Boshqa tomondan, an'anaviy davolashda bu ko‘rsatkich 60-70% darajasida qolgan(Clinical Oral Invistigation)

Xulosa: Stomatologiyada lazer texnologiyasining rivojlanishi davolash usullarida yangi yo’nalishlarni ochib berdi. An'anaviy mexanik usullardan farqli o‘laroq, lazer yordamida kariyesni davolash innovatsion va minimal invaziv yondashuvni ta’minlaydi. Ushbu texnologiyaning asosiy xususiyatlari bakteritsid ta’sir ko‘rsatishi, jarrohlik hududini dezinfektsiya qilish, tish tuzilmasini ehtiyotkorlik bilan saqlash va davolash jarayonini bemor uchun qulay holga keltirishdir.Lazerli davolash orqali bemorlarda qo'rquv va og'riq hissi kamayadi, sog'lom to'qima maksimal darajada saqlab qolinadi. Bajarilgan ish samaradorligi ortadi va davolangan tishda karies yana kelib chiqishini oldini oladi.

BOLALAR STOMATOLOGIYASIDA SEDATSIYANING QO'LLANILISHI

Quryazov.A.Q., Ilxomova.M.M.,Yusupova.D.M., Iskandarova.A.I.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali Stomatologiya fakulteti

Dolzarbligi: Bolalar stomatologiyasida sedatsiyaning qo‘llanilishi dolzarb mavzulardan biri hisoblanadi. Tish davolash jarayonida bolalarda qo‘rquv va xavotir yuqori bo‘lib, bu ularning psixologik holatiga, shuningdek, stomatologik muolajalarning sifati va samaradorligiga ta’sir qiladi. Zamonaviy stomatologiyada sedatsiya qo‘llash orqali bolalarda stress va og‘riqni kamaytirish hamda muolajalarni qulay va samarali o‘tkazish mumkin. Bolalarda stomatologik qo‘rquvning yuqoriligiTadqiqotlarga ko‘ra, bolalarning 30–50% ida stomatologik muolajalar bilan bog‘liq qo‘rquv mavjud bo‘lib, bu ularning tishlarini davolashdan qochishiga sabab bo‘ladi (Klingberg G., Broberg A. G., 2007). Sedatsiya yordamida bolalarda xavotirni kamaytirish mumkin.Davolash sifatini oshirishSedatsiya bolani xotirjam va harakatsiz holatda ushlab turishga yordam beradi, bu esa stomatologga muolajani aniq va samarali o‘tkazish imkoniyatini yaratadi (American Academy of Pediatric Dentistry, 2019).O‘ta yosh bolalar va nogironligi bor bemorlar uchun zaruriyatAyrim hollarda yosh bolalar yoki aqliy va jismoniy imkoniyati cheklangan bemorlar stomatologik muolajalarga tayyor bo‘lmaydi. Sedatsiya ularga og‘riqsiz va stresssiz davolanish imkoniyatini beradi (Wilson S., 2017). Turli sedativ usullarning rivojlanishi Zamonaviy stomatologiyada turli sedatsiya usullari, jumladan, ingalyatsion (azot oksidi), og‘iz orqali qabul qilinadigan preparatlar va vena ichiga yuboriladigan sedativ moddar zamonaviy bolalar stomatologiyasida keng qo'llanilmoqda.

Materiallar: Bolalar stomatologiyasida sedatsiya muolajalarni qulay va xavfsiz o‘tkazish uchun ishlatiladi. Sedatsiya usullari turlicha bo‘lib, ularning har biri maxsus dorilar va uskunalardan foydalanishni talab etadi. 1.Sedativ dori vositalari bolalar stomatologiyasida qo‘llaniladigan dorilar asosan uch guruhga bo‘linadi: ingalyatsion, enteral (og‘iz orqali), va parenteral (vena yoki mushak ichiga yuboriladigan) sedativ vositalar. Inhalyatsion sedatsiya usuli eng xavfsiz va keng qo‘llaniladigan usullardan biri hisoblanadi.Azot oksidi va kislorod (N_2 O/O_2) aralashmasi – bolalar uchun eng xavfsiz va samarali sedativ gazlardan biri(Malamed S. F. 2020. Sedation: A Guide to Patient Management. 6th ed. Elsevier). Enteral sedatsiya (og‘iz orqali qabul qilinadigan dorilar)bolalarga og‘iz orqali beriladigan dorilar:Midazolam – qisqa ta’sir qiluvchi benzodiazepin bo‘lib, bolalarda qo‘rquvni kamaytirish va sedatsiyani ta’minlash uchun ishlatiladi(Coté C. J., Wilson S. 2016. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures. Pediatrics). Parenteral sedatsiya (vena ichiga yoki mushak orasiga yuboriladigan dorilar)Propofol – tez ta’sir qiluvchi anestetik, lekin faqat maxsus jihozlangan muassasalarda qo‘llaniladi(American Society of Anesthesiologists (ASA) Guidelines 2021) Ketamin – analgezik va sedativ xususiyatga ega bo‘lib, bolalar uchun ishlatiladi.(Welbury R. R., Duggal M. S., Hosey M. T. (2018). Paediatric Dentistry. 5th ed. Oxford University Press.) Sedatsiya uchun ishlatiladigan uskunalar:Ingalyatsion sedatsiya uskunalari, Azot oksidi yetkazib berish tizimlari. Monitoring uskunalari Sedatsiya vaqtida bolaning hayotiy funksiyalarini nazorat qilish muhim hisoblanadi. Pulsoksimetr – qondagi kislorod miqdorini o‘lchaydi.EKG monitor – yurak faoliyatini kuzatadi.Kapnograf – nafas chiqarish jarayonidagi karbonat angidrid miqdorini nazorat qiladi.(Coté C. J., Wilson S. (2016). Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures).

Natijalar: Azot oksididan foydalanilgan bolalar bemorlarning 85% dan ortig‘i muolajalar vaqtida tinch holatda bo‘lishgani aniqlandi (Coté C. J., Wilson S., 2016).Azot oksidi qo‘llanilgan bemorlarning 90% ida og‘riq va qo‘rquv darajasi sezilarli kamaygan (AAPD Guidelines, 2021). Enteral (og‘iz orqali) sedatsiyaning samaradorligidaeng ko‘p ishlatiladigan dorilar: Midazolam qabul qilgan bolalar bemorlarning 75–80% ida qo‘rquv sezilarli kamaygan (Coté C. J., Wilson S., 2016).Parenteral (vena ichiga yuboriladigan) sedatsiyaning natijalari eng samarali dori Ketamin qo‘llanilgan bemorlarning 95% ida sedatsiya darajasi yetarli bo‘lgani aniqlangan (AAPD

Guidelines, 2021).Davolash jarayonida sedatsiyadan foydalanish ish koeffetsientini va davolash samaradorligini oshirgan.

Xulosa: Bolalar stomatologiyasida sedatsiya qo‘llanilishi qo‘rquv va stressni kamaytirish, shuningdek, muolajalarni sifatli va xavfsiz bajarish uchun muhim ahamiyatga ega. Inhalyatsion sedatsiya (azot oksidi) eng xavfsiz va samarali usul bo‘lib, yon ta’sirlari minimal. Enteral (midazolam) va parenteral (propofol, ketamin) sedatsiya og‘irroq hollarda qo‘llaniladi, lekin ularni faqat maxsus mutaxassislar nazorati ostida amalga oshirish tavsiya etiladi. Sedatsiya jarayonida bemorning holatini monitoring qilish xavfsizlikni ta’minlashda muhim rol o‘ynaydi.Stomatologiyada sedatsiyadan foydalanish orqali bolalarda stomatolog ko'rigiga bo'lgan qo'rquvni kamaytirish, vrach ish faoliyatini samaradorligini oshirish mumkin

TISH CHIQISHI VA ORTODONTIYA: BOLALAR VA KATTALAR UCHUN YANGI DAVOLASH YONDASHUVLARI

Quryazov.A.Q., Yusupova.D.M., Ilxomova.M.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Dolzarbligi: Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining (WHO, 2022) ma'lumotlariga ko‘ra, bolalar va kattalar orasida tish chiqishi va joylashishidagi anomaliyalar (masalan, maloklyuziya) 30–50% hollarda uchraydi.Ushbu muammolar nafaqat estetik, balki sog‘liq uchun ham jiddiy oqibatlarga olib keladi: noto‘g‘ri tishlash jarayoni, jag‘ og‘riqlari va ovqat hazm qilishning buzilish.Zamonaviy 3D diagnostika va sun’iy intellekt texnologiyalari ortodontik muammolarni aniqlash va davolash jarayonini sezilarli darajada takomillashtirdi.Bu texnologiyalar orqali davolashni samarali, qulay va individuallashtirilgan qilish mumkin. "Journal of Orthodontics" (2023)da raqamli yondashuvlar yordamida ortodontik davolashning aniqligi 25–30% ga oshgani ta'kidlangan.

Materiallar: Tish va jag‘ tuzilishini uch o‘lchamli ko‘rinishda o‘rganish uchun foydalaniladi.3D orqali jag‘ning anatomik holati va tishlarning rivojlanishi haqida aniq ma’lumot olinadi.lmiy asos: "American Journal of Orthodontics" (2022) ma’lumotlariga ko‘ra, 3D rentgen tahlillari davolashning aniqligini 30% ga oshiradi.Intraoral skanerlash qurilmalari:Bemorlardan gips shaklini olish o‘rniga raqamli skanerlash texnologiyasidan foydalaniladi, bu jarayonni tezlashtiradi va natijaning aniqligini oshiradi.Elaynerlar ya'ni ko‘rinmas plastinkalari:Yengil va estetik jihatdan qulay bo‘lgan, bemor tishlarini to‘g‘ri joylashtirish uchun maxsus ishlab chiqilgan apparatlar.Ilmiy asos: "Journal of Clinical Orthodontics" (2023)da Elayner apparatlarining muvaffaqiyatli ishlashi bolalar va kattalar uchun 85% hollarda samarali ekanligi aniqlangan.Traditsion breketlar:Metalldan yoki keramika materiallardan tayyorlanadi. Yangi yondashuvlarda o‘z-o‘zidan moslanadigan breketlar keng qo‘llaniladi.Lingual apparatlar:Tishning ichki tomoniga o‘rnatiladigan va tashqi ko‘rinishda sezilmaydigan apparatlar.

Natijalar:8 yoshli bolada noto‘g‘ri tish chiqishi (maloklyuziya) kuzatildi.3D rentgen yordamida tishlarning joylashuvi va jag‘ning rivojlanish holati uch o‘lchamda tahlil qilindiJag‘ning aniq tuzilishi va muammoli joylar aniqlanib, davolash rejalashtirildi.Erta davolash boshlanganligi sababli, tish chiqishi bilan bog‘liq murakkabliklar oldi olindi va davolash muddati 12 oyga qisqardi.Manba: "European Journal of Orthodontics" (2023).12 yoshli bemorda yuqori jag‘ning rivojlanishida muvozanatsizlik va noto‘g‘ri tish chiqishi (klass II maloklyuziya) aniqlangan. 9 yoshli bolada pastki qator tishlarning zich joylashuvi va ko‘rinmas anomaliyalar qayd etildi.Raqamli intraoral skanerlash yordamida tishlarning zich joylashuvi va jag‘ hajmi tahlil qilindi.Jag‘ hajmi va tishlar o‘rtasidagi joy yetishmovchiligi aniqlandi.Breket davolash rejasi erta boshlanganligi sababli, tishlarning zichligi 15 oy ichida to‘g‘rlandi.Manba: "Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics" (2022).14 yoshli bemorda jag‘ning noto‘g‘ri rivojlanishi va III darajali maloklyuziya (pastki jag‘ning yuqoriga nisbatan oldinga chiqishi) kuzatildi.3D rentgen yordamida jag‘ suyaklarining hajmi va o‘zaro nisbatlari tahlil qilindi.Pastki jag‘ning yuqoriga nisbatan 6 mm oldinga chiqib ketgani aniqlandi.Olingan ma’lumotlarga

asoslanib ortognatik jarrohlik va breket rejasi ishlab chiqildi.Manba: "Journal of Orthognathic Surgery" (2023).

Xulosa: Tish chiqishi va ortodontiya sohasida zamonaviy texnologiyalar va ilmiy yondashuvlar muhim yangiliklarni taqdim etdi. 3D rentgen, intraoral skanerlash, va genetik tahlillar tish chiqishi va jag‘ rivojlanishidagi muammolarni erta bosqichda aniqlashda aniqlikni oshirdiBolalar uchun o‘z vaqtida boshlanadigan davolash jag‘ rivojlanishini normallashtirishga yordam beradi, kattalar uchun esa yangi texnologiyalar qulay va samarali yechimlarni taklif qiladi. Genetik tahlillar yordamida muammolarni individual yondashuv bilan hal qilish imkoniyati oshib bormoqda.

TISH KARIESINING ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI VA PROFILAKTIKASI

Quryazov.A.Q., Yusupova.D.M., Ilxomova.M.M.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

Mavzuni dolzarbligi: Tish kariesi butun dunyoda keng tarqalgan va turli yosh guruhlari uchun asosiy stomatologik muammo hisoblanadi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining (JSST) ma’lumotlariga ko‘ra, yer yuzidagi bolalar va kattalarning 60–90% dan ortig‘i kariesga chalingan. Kasallik nafaqat og‘riq va noqulaylikka olib keladi, balki tish yo‘qotilishi, ovqatlanish muammolari va umumiy hayot sifatining pasayishiga sabab bo‘ladi.Zamonaviy texnologiyalar (lazer, 3D skanerlash, bioaktiv materiallar) yordamida kam invaziv va samarali davolash usullari rivojlanmoqda. Bu esa ko‘proq bemorlarni sifatli davolash imkonini beradi.Tish kariesining zamonaviy davolash va profilaktikasi aholining sog‘lig‘ini yaxshilash, moliyaviy xarajatlarni kamaytirish va stomatologik xizmat ko‘rsatish sifatini oshirish imkonini beradi. Bu nafaqat stomatologlar, balki umumiy sog‘liqni saqlash sohasi uchun ham ahamiyatlidirYangi shakarli mahsulotlarning keng tarqalishi kariesni yanada kuchaytiradi. Shu sababli, ovqatlanish odatlarini o‘zgartirishga qaratilgan tadqiqotlar muhimdir.

Maqsadi: Tish kariesini zamonaviy davolash usullari va samarali profilaktika choralarini o‘rganish orqali kasallikni erta bosqichda aniqlash, sifatli davolash va uning oldini olishga qaratilgan ilmiy va amaliy tavsiyalar ishlab chiqish.

Materiallar va uslublar: Jahon Sog‘liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko‘ra, dunyo bo‘ylab bolalar va kattalar orasida tish kariesi tarqalishi 60-90% atrofida. Bu, deyarli har uchinchi odamning kariesdan aziyat chekayotganini anglatadi.O‘zbekiston sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan 2021-yilda o‘tkazilgan tadqiqotlarga ko‘ra, bolalar orasida tish kariesi tarqalishi 80% dan yuqori, o‘rta yoshdagi odamlar orasida esa bu ko‘rsatkich 65%-70% ni tashkil etadi.O‘zbekistonning ayrim hududlarida tish kariesi bolalar orasida 90% gacha tarqalgan.2020-yilgi klinik tadqiqotda raqamli rentgen tasvirlari yordamida kariesni erta bosqichlarda aniqlashning samaradorligi ta'kidlangan. Tadqiqotda raqamli diagnostika an'anaviy rentgenlarga qaraganda yuqori aniqlikka ega ekanligi ko‘rsatilgan, bu esa tish kariesining erta bosqichlarda davolanishiga yordam beradi. (Journal of Digital Imaging, 2020).2019-yilgi bir tadqiqotga ko‘ra, remineralizatsiya yordamida tish emalini qayta tiklash jarayoni tishlarning strukturaviy yaxlitligini tiklashda samarali bo‘lgan. Tadqiqotda remineralizatsiya usulining kariesning dastlabki bosqichlarida samarali ishlashini ko‘rsatdi. (Journal of Clinical Dentistry, 2019).

Natijalar:2022-yilda o‘tkazilgan tadqiqotlar ozon terapiyasining samaradorligini 80% ga yaqin bo‘lgan bioaktiv materiallar bilan birgalikda qo‘llanilishida tasdiqladi. Ozon mikrobial faollikni kamaytirishda yordam beradi, tish emalini tiklashda esa yuqori samaradorlikni ko‘rsatadi. (Ozone Therapy in Dentistry, 2022).2023-yilda infiltratsiya texnikasining tish kariesini davolashda 85-90% samaradorligi tasdiqlangan. Bu usul minimal zararlanish bilan kariesni davolash va tish emalini saqlashga yordam beradi. (Caries Research Journal, 2023).2022-yilda lazerli tish davolash usulining samaradorligi 90% bemorlarda tasdiqlangan. Bu usul og‘riqsiz va tez tiklanish imkonini beradi. (Journal of Clinical Laser Medicine, 2022).

Xulosa: Zamonaviy tish kariesini davolash usullari va profilaktikasi, minimal invaziv yondashuvlar yordamida tishlarning yaxlitligini saqlashga imkon beradi. Fluoridlar, lazerli davolash, ozon terapiyasi va bioaktiv materiallar kariesni samarali davolashda yuqori natijalar ko‘rsatmoqda.Yangi texnologiyalar, masalan, raqamli diagnostika va mikrobiomni muvozanatlash orqali kariesning oldini olishda samarali natijalar beradi. Ushbu usullar tishlarni tez va og‘riqsiz davolashga imkon yaratadi, tishlarning biologik yaxlitligini saqlaydi va bemorlar uchun qulay davolash sharoitlarini ta'minlaydi.

A COMPREHENSIVE REVIEW OF PTERYGIUM

Rajabov H.R.
Urgench branch of Tashkent Medical Academy

Abstract Pterygium is a prevalent ocular condition characterized by the growth of fibrovascular tissue from the conjunctiva onto the cornea. While benign, it can cause significant visual impairment and cosmetic concerns. This article provides an in-depth review of pterygium, focusing on its etiology, pathophysiology, clinical presentation, diagnostic strategies, and management options. Particular attention is given to the environmental and genetic factors contributing to its development, alongside advancements in surgical techniques aimed at reducing recurrence rates.

Key words: Pterygium, Conjunctiva, Cornea, AS-OCT, Surgical excision, Recurrence, Etiology, Pathophysiology, Environmental factors, UV radiation, Application of mitomycin C, Fibrovascular tissue, Excision techniques, Conjunctival autograft

Introduction Pterygium, often referred to as “surfer’s eye,” is a chronic ocular disorder commonly encountered in individuals exposed to high levels of ultraviolet (UV) radiation. Its hallmark feature is a wing-shaped fibrovascular proliferation extending from the bulbar conjunctiva onto the cornea. Although typically asymptomatic in its early stages, progressive pterygia can lead to visual disturbances, chronic irritation, and cosmetic disfigurement. Despite its prevalence, particularly in tropical and subtropical regions, the precise pathogenesis of pterygium remains incompletely understood. This article explores the multifactorial nature of pterygium, including environmental, genetic, and inflammatory contributions, as well as current and emerging approaches to treatment.

Methodology

1. **Research Approach**: Literature review of pterygium's epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, and treatment.
2. **Study Setting**: Data were sourced from studies conducted globally, with a focus on UV-induced ocular conditions prevalent in tropical and subtropical regions.
3. **Techniques Reviewed**:
    - Diagnostic tools: Slit-lamp examination, AS-OCT, and corneal topography.
    - Surgical methods: Bare sclera technique, conjunctival autograft, amniotic membrane transplantation, and adjunctive therapies like mitomycin C.
4. **Evaluation Metrics**:
    - Recurrence rates post-surgery.
    - Clinical outcomes, including vision improvement and cosmetic satisfaction.

Epidemiology Pterygium is a global condition, with higher prevalence rates reported in equatorial regions. Studies estimate that its prevalence ranges from 2% to 33%, depending on geographical location and population demographics. Men are slightly more affected than women, likely due to occupational exposure to outdoor environments. The condition typically manifests in adulthood, with incidence increasing with age.

Etiology and Risk Factors

1. **Ultraviolet Radiation** Prolonged exposure to UV radiation is the most significant risk factor for pterygium development. UV radiation induces oxidative stress, leading to DNA

damage and increased production of matrix metalloproteinases (MMPs), which degrade the extracellular matrix of the conjunctiva and cornea.

2. **Environmental Irritants** Chronic exposure to wind, dust, and dry conditions exacerbates ocular surface irritation, further contributing to the development of pterygium. These factors are especially prevalent in arid and rural settings.
3. **Genetic Predisposition** Genetic susceptibility plays a role in pterygium pathogenesis, with several studies identifying polymorphisms in genes associated with inflammation, cell proliferation, and extracellular matrix remodeling.
4. **Age and Gender** Pterygium is more common in individuals over 40 years old. Men appear to be at higher risk, potentially due to outdoor occupational exposures.

Pathophysiology The pathogenesis of pterygium is multifactorial, involving UV-induced oxidative stress, chronic inflammation, and dysregulation of cell proliferation. UV radiation damages limbal epithelial cells, resulting in p53 gene mutations that impair apoptosis. This leads to uncontrolled cellular proliferation and fibrovascular growth. Concurrently, inflammatory cytokines and growth factors, such as vascular endothelial growth factor (VEGF) and transforming growth factor-beta (TGF-β), drive neovascularization and tissue remodeling. The overexpression of MMPs further contributes to corneal invasion by degrading the Bowman's membrane and stromal matrix.

Clinical Presentation

1. **Symptoms** Pterygium is often asymptomatic in its early stages. However, as it progresses, patients may experience:
    - Persistent redness and irritation.
    - Foreign body sensation.
    - Dry eye symptoms due to tear film instability.
    - Blurred vision or astigmatism, particularly if the lesion encroaches on the visual axis.
2. **Signs** Clinically, pterygium appears as a triangular, fleshy, and vascularized lesion extending onto the cornea. The lesion's head points towards the corneal center, while the body remains attached to the conjunctiva. Advanced cases may exhibit fibrosis, pigmentation, or lipid deposition.

Diagnosis Diagnosis is primarily clinical, based on characteristic findings during slit-lamp examination. Key features include:

- A fibrovascular lesion originating from the nasal conjunctiva.
- Invasion of the cornea, often with a leading edge known as the "Stocker's line" (iron deposition line).
- Absence of significant corneal scarring unless advanced.

Advanced imaging techniques, such as anterior segment optical coherence tomography (AS-OCT) and corneal topography, can be utilized to assess the lesion's depth and impact on corneal curvature. These tools are particularly useful for surgical planning.

Management

1. **Conservative Treatment**

- **Lubricants**: Artificial tears and lubricating eye drops alleviate irritation and dryness.
- **Topical Corticosteroids**: Short-term use of corticosteroids helps control inflammation but should be used cautiously to avoid complications such as glaucoma or cataract formation.
- **Sunglasses**: UV-blocking sunglasses reduce further UV-induced damage.

2. **Surgical Treatment** Surgery is indicated for progressive pterygia causing significant symptoms, visual impairment, or cosmetic disfigurement. Several surgical techniques are available:
    - **Simple Excision (Bare Sclera Technique)**: Involves removal of the pterygium, leaving the sclera bare. However, this method has high recurrence rates (up to 80%).
    - **Conjunctival Autografting**: This technique involves excision of the pterygium followed by transplantation of conjunctival tissue from the same eye to cover the bare sclera. It is the gold standard due to its low recurrence rate (5-15%).
    - **Amniotic Membrane Transplantation**: The use of amniotic membrane grafts is an alternative for large or recurrent pterygia. It promotes healing and reduces inflammation.
    - **Adjunctive Therapies**: Application of mitomycin C (MMC) or 5-fluorouracil (5-FU) during surgery reduces recurrence by inhibiting fibroblast proliferation. Postoperative beta irradiation has also been used but is less common due to potential complications.

Complications and Recurrence Despite advances in surgical techniques, pterygium recurrence remains a challenge. Risk factors for recurrence include young age, inadequate surgical technique, and poor postoperative care. Recurrent pterygia are often more aggressive and difficult to manage.

Postoperative complications include:

- Graft displacement or dehiscence.
- Infection or inflammation.
- Scleral thinning or necrosis (associated with mitomycin C use).

Prevention Preventive measures focus on reducing UV exposure and ocular surface irritation. Key strategies include:

- Wearing UV-protective sunglasses and wide-brimmed hats.
- Using artificial tears to maintain a stable tear film.
- Avoiding dusty or windy environments when possible.

Recent Advances Research into pterygium pathogenesis and treatment is ongoing. Notable developments include:

1. **Targeted Therapies**: Investigations into the role of anti-VEGF agents, such as bevacizumab, for reducing neovascularization.
2. **Gene Therapy**: Exploration of therapies targeting p53 mutations and MMP expression.
3. **Nanotechnology**: Development of drug delivery systems for sustained release of anti-inflammatory and anti-fibrotic agents.

Results

- **Prevalence**: Pterygium is more common in equatorial regions, with higher male susceptibility due to occupational exposure.
- **Pathogenesis**: UV radiation-induced oxidative stress, inflammation, and MMP overexpression contribute to fibrovascular growth.
- **Clinical Presentation**:
    - Symptoms: Redness, irritation, astigmatism, and dry eye.
    - Signs: Fleshy, triangular lesion extending onto the cornea.
- **Management Outcomes**:
    - Conjunctival autografting showed the lowest recurrence rates (5-15%).
    - Adjunctive therapies reduced fibroblast activity and recurrence.
    - Complications include graft displacement, infection, and scleral thinning.

Discussion

1. **Etiological Factors**:
    - UV exposure as a primary risk.
    - Environmental irritants and genetic predisposition.
2. **Management Challenges**:
    - High recurrence rates with basic surgical methods.
    - Complications of adjunctive therapies, including scleral thinning and delayed healing.
3. **Advancements**:
    - Anti-VEGF agents for neovascularization control.
    - Gene therapies targeting p53 and MMP pathways.
    - Nanotechnology for sustained drug delivery.
4. **Prevention**:
    - Emphasis on UV protection and ocular surface maintenance.
    - Role of early diagnosis in preventing progression.

Conclusion Pterygium is a multifactorial condition with significant clinical and public health implications. While the exact pathogenesis remains incompletely understood, advancements in surgical and medical therapies have improved outcomes. Preventive measures, including UV protection and early intervention, are essential for reducing disease burden. Future research aimed at elucidating molecular mechanisms and developing targeted therapies holds promise for further enhancing patient care.

List of used Sources:

1. Rashid ogli, Rajabov Hamid. "HISTOLOGY AND PATHOLOGY OF PTERYGIUM." *World Bulletin of Public Health* 32 (2024): 173-176.
2. Rajabov, Hamid. "HISTOLOGY OF PTERYGIUM." *Евразийский журнал медицинских и естественных наук* 4.3 (2024): 111-115.
3. Rashid o'g'li, H. R. (2023, April). OPERATSIYADAN KEYINGI PTERIGIUM. In *Proceedings of International Educators Conference* (Vol. 2, No. 4, pp. 72-74).
6. Hamid, R. (2023). Morphology of pterygium. *Texas Journal of Medical Science*, *19*, 48-49.
7. Hamid, R. (2022). Cataract and Glaucoma Patients Before and After Surgical Treatment. *Texas Journal of Medical Science*, *10*, 90-91.
8. Hamid, Rajabov. "Prevention and treatment of corneal lesions in endocrine ophthalmopathy." (2022).
9. Rashid o'g'li, H. R. (2023, April). PTERIGIUM EKTOMIYA. In *Proceedings of International Conference on Modern Science and Scientific Studies* (Vol. 2, No. 4, pp. 359-362).
10. Moran DJ, Hollows FC. Pterygium and ultraviolet radiation: a positive correlation. Br J Ophthalmol. 1984.
11. Ang LP, Chua JL, Tan DT. Current concepts and techniques in pterygium treatment. Curr Opin Ophthalmol. 2007.
12. Liu T, Liu Y, Xie L, et al. Progress in the pathogenesis of pterygium. Curr Eye Res. 2013.
13. Hirst LW. The treatment of pterygium. Surv Ophthalmol. 2003.
14. Dushku N, Reid TW. Immunohistochemical evidence that human pterygia originate from an invasion of vimentin-expressing altered limbal epithelial basal cells. Curr Eye Res. 1994;13(7):473-81.
15. Parikh SN, Crawford AH, Do TT, Roy DR (May 2004). "Popliteal pterygium syndrome: implications for orthopaedic management". Journal of Pediatric Orthopedics. Part B. 13 (3): 197–201. doi10.1097/01202412-200405000-00010. PMID 15083121.
16. Romano V, Cruciani M, Conti L, Fontana L (December 2016). Cochrane Eyes and Vision Group (ed.). "Fibrin glue versus sutures for conjunctival autografting in primary pterygium

surgery". The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 (12): CD011308. doi:10.1002/14651858.CD011308.pub2. PMC 6463968. PMID 27911983.
17. Yuan F (2–5 April 2014). PO286 The Efficacy and Safety of the Oculusgen (ologen) Collagen Matrix Implanted During Surgical Excision of Primary Pterygium. The 2014 WOC. Tokyo.

XORAZM VILOYATIDA KO‘P TUGUNLI BO‘QOQ KONTEKSTIDA QALQONSIMON BEZ SARATONI

Rajapov A.A.
Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

АННОТАЦИЯ

Hozirgi vaqtda qalqonsimon bez saratoni bilan kasallanish, ayniqsa, yoshlar va o‘rta yoshdagi odamlar orasida ortib bormoqda. Ko‘p sonli bemorlarda ko‘p tugunli bo‘qoq fonida xavfli shish aniqlanadi. Xatarli va yaxshi xulqli nodulyar shakllanishlarning differentsial diagnostikasi katta qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Ushbu vaziyatda jarrohlik aralashuvining ko‘lami to‘g‘risidagi qaror ham noaniq. Maqolada ko‘p tugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarda diagnostika va jarrohlik aralashuv hajmini tanlash xususiyatlari tasvirlangan. Hal qiluvchi diagnostika usuli morfologik tekshirish hisoblanadi. Operatsiya ko‘lamini tanlash har bir aniq bemor uchun individual bo‘lishi va onkologik radikalizm va funktsional ta’sir tamoyillariga asoslanishi kerak.

Kalit so‘zlar: qalqonsimon bez saratoni, diagnostika, jarrohlik aralashuvi.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОНТЕКСТЕ МНОГОУЗЛОВОГО ЗОБА В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
А.А.Раджапов, (Phd).

АННОТАЦИЯ

Заболеваемость раком щитовидной железы в настоящее время увеличивается, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. У большого числа больных злокачественная опухоль выявляется на фоне многоузлового зоба. Дифференциальная диагностика злокачественных и доброкачественных узловых образований представляет немалые трудности. Решение вопроса об объёме оперативного вмешательства в данной ситуации также неоднозначное. В статье изложены особенности диагностики и выбора объёма хирургического вмешательства у больных раком щитовидной железы на фоне многоузлового зоба. Решающим методом диагностики является морфологическое исследование. Выбор объёма операции должен быть индивидуальным для каждого конкретного больного и исходить из принципов онкологического радикализма и функционального эффекта.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, диагностика, хирургическое вмешательство.

THYROID CANCER IN THE CONTEXT OF MULTINODULAR GOITER IN THE KHOREZM REGION

Urgench branch of Tashkent Medical Academy
A.A. Rajapov, (Phd).

ABSTRACT

The incidence of thyroid cancer is currently increasing, especially among young and middle-aged people. In a large number of patients, a xavfliant tumor is detected against the background of multinodular goiter. Differential diagnostics of xavfliant and benign nodular formations presents considerable difficulties. The solution to the issue of the volume of surgical intervention in this situation is also ambiguous. The article presents the features of diagnostics and selection of the volume of surgical intervention in patients with thyroid cancer against the

background of multinodular goiter. The decisive diagnostic method is morphological examination. The choice of the volume of surgery should be individual for each specific patient and be based on the principles of oncological radicalism and functional effect.

Keywords: thyroid cancer, diagnostics, surgical intervention.

KIRISH.

Qalqonsimon bez saratoni, jahon statistik ma'lumotlariga ko‘ra, barcha xavfli neoplazmalarning 1,0-1,5% ni tashkil qiladi va endokrin tizim saratoni orasida eng keng tarqalgan o‘sma hisoblanadi. So‘nggi 20 yil ichida, JSST ma'lumotlariga ko‘ra, dunyoda qalqonsimon saraton kasalligi, asosan, yosh va o‘rta yoshdagi odamlarga ta'sir qiladigan kasallik tufayli ikki baravar ko‘paygan. Rossiyada so‘nggi 10 yil ichida qalqonsimon bez saratoni bilan kasallanishning o‘sishi 18,47% ni tashkil etdi [1-3]. 30 yoshli bemorlarda xavfli neoplazma bilan kasallanish strukturasida qalqonsimon bez saratoni gemoblastozlar (31,8%) va miya va asab tizimining boshqa qismlarining xavfli o‘smalaridan (10,7%) keyin 3-o‘rinda (7,0%) turadi.

Ma'lumki, qalqonsimon bez saratoni 55% hollarda multitugun bo‘qoq fonida, 30% hollarda o‘zgarmagan qalqonsimon bez fonida, 13% da diffuz eutiroid bo‘qoq fonida va 3% autoimmun kasalliklar fonida aniqlangan.

Klinik jihatdan qalqonsimon bezdagi xavfli va xavfsiz neoplazmalar uzoq vaqt davomida asemptomatik bo‘lib, makroskopik jihatdan bir-biridan farq qilmaydi. Bu tugunlarni aniqlashda, ayniqsa multitugun holatida diagnostika va differentsial diagnostikadagi qiyinchiliklarni aniqlaydi. Qalqonsimon bezda saratonning aniq belgilarining yo‘qligi ko‘plab mutaxassislarni noto‘g‘ri kuzatish taktikasiga va gormon terapiyasining asossiz o‘tkazishiga olib keladi. Asosiy muammo qalqonsimon bezda ayniqsa yosh va o‘rta yoshdagi odamlarda bir nechta xavfli tugunlar mavjud bo‘lganda jarrohlik aralashuv darajasini tanlashdir. [2-4].

Tadqiqotning maqsadi ko‘p tugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratoni uchun jarrohlik davolash hajmini diagnostika qilish va tanlash xususiyatlarini aniqlashtirishdir.

MATERIALLAR VA USULLAR.

2022-2024 yillarda Urganch shahridagi viloyat onkologiya dispanserida jarrohlik amaliyotini o‘tkazgan, ko‘p tugunli buqoq bilan bog‘liq qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan 124 nafar bemorning kasallik tarixi retrospektiv tahlil qilindi. Bemorlar orasida ayollar ustunlik qildi (91,9%). Bemorlarning yarmidan ko‘pi (58,1%) 49 yoshgacha bo‘lgan. Qalqonsimon bezdagi tugunlarning quyidagi lokalizatsiyasi sodir bo‘ldi: bir tomonda 2 tugun - bemorlarning 13,7% da, 2 dan ortiq tugunlar - 4,8% da; ikkala bo‘lakda 2 tugun - 18,5% da, 2 dan ortiq tugunlar - 62,9% bemorlarda kuzatildi. Bemorlarning aksariyatida (74,2%) tugun shakllanishlar hajmi 2 sm gacha, 21,0% da 2-4 sm gacha, 4,0% da 4 sm dan oshadi va bemorlarning 0,8% da qalqonsimon kapsuladan tashqariga cho‘zilgan.

Tekshiruv uchun umumiy qabul qilingan tadqiqot usullari qo‘llaniladi: ultratovush, punksiyon-aspiratsion biopsiya ultratovush nazorati ostida va undan keyingi sitologik tekshiruv, intraoperativ sitologik tekshiruv, olib tashlangan preparatlarning gistologik tekshiruvi.

NATIJALAR.

Bemorlarning 36,8 foizida bo‘yinning old yuzasida tugun shakllanish mavjudligi, yutish paytida yoki asabiy taranglik paytida tomoqdagi begona jismning paydo bo‘lishi haqida shikoyat qilishgan. Ularning ba'zilari (37,6%) endokrinologga yordam so‘rab, uning nazoratida bo‘lgan. Qalqonsimon bezdagi tugun shakllanishlarni tashxislash uchun bemorlarning 92 foizida fizik tekshiruv o`tkazilgan.

Qalqonsimon bezdagi palpatsiyada bitta tugun bemorlarning - 66,4 foizida, 2 tugun - 16,8 foizida, 8,8 foizida 3 va undan ortiq tugun aniqlangan. Qalqonsimon bezdagi tugun shakllanishlar, qoida tariqasida, harakatchan va yumshoq elastik mustahkamlikka ega edi.

Ultratovush tekshiruvi paytida bemorlarning ko‘pchiligida (93,6%) qalqonsimon bezda bir nechta tugunlar aniqlangan (35,5% da 2 ta tugun, 19,4% 3 ta, 38,7% da 4-5 ta tugunlar). Bemorlarning 6,4 foizida 1 ta tugun aniqlangan (1-jadvalga qarang).

1-jadval.

Qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarni ko‘p tugunli bo‘qoq (n = 124) fonida o‘rganish natijalari (n = 124)

Tadqiqot usuli	Aniqlangan tugunlar soni, %			
	1 tugun	2 tugun	3 tugun	4 tugun
Jismoniy	66,4	16,8	8,8	8,0
Ultratovush	6,4	35,5	58,1	–

Bemorlarning 96,0 foizida punksiyon-aspiratsion biopsiya (ko‘p hollarda ultratovush nazorati ostida), so‘ngra sitologik tekshiruv o‘tkazildi. Ushbu tadqiqot natijasida (Bethesda tizimidan foydalangan holda) [5], bemorlarning 29,6 foizida qalqonsimon bez tugunlaridan birida saraton aniqlangan, tashxis "saratonga shubha qilingan" (ya’ni xavfli o‘smaga shubha qilingan) 12,0% kasallarda aniqlangan. Qolgan bemorlarda (54,4%) saraton tashxisini qo‘llab-quvvatlovchi ma’lumotlar olinmadi: bemorlarning 0,9 foizida qoniqarsiz punktat paydo bo‘ldi. Bemorlarning ushbu guruhida igna biopsiyasi takrorlangan. Noaniq ahamiyatga ega bo‘lgan follikulyar o‘zgarishlar yoki follikulyar neoplaziyaga shubha bilan kasallangan bemorlarning 21,4% da, yaxshi o`sma esa 32,1% bemorlarda sodir bo‘lgan (2-jadval).

Bemorlarning 96,0 foizida qalqonsimon bez tugunlarining intraoperativ sitologik tekshiruvi o‘tkazildi. Bemorlarning 64,8 foizida xavfli o`sma tashxisi aniqlangan. Ulardan 61,6% bemorlarda quyidagi gistologik shakl aniqlandi: papillyar saraton 25,6%, follikulyar saraton 17,6%, follikulyar-papillyar saratoni 16,0%, Gurtl hujayrali saraton 1,6% va limfosarkoma 0,8%. Bemorlarning 3,2 foizida differensirlanmagan saraton hujayralari aniqlangan. Bemorlarning 14,4 foizida saraton kasalligiga shubha qilingan. Bemorlarning 16,8 foizida saraton kasalligini tasdiqlovchi ma’lumotlar olinmagan.

2-jadval

Ko‘p tugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarda sitologik tekshiruvning turli bosqich natijalari

Sitologik tekshirish bosqichi	Sitologik tekshiruv natijalari, %			
	Saraton kasalligi haqida ma’lumot olinmagan	Saratonга shubha	Saraton haqida ma’lumot olingan	Saratonning gistologik shakli aniqlandi
Operatsiyadan oldingi	54,4	12,0	29,6	-
Intraoperativ	16,8	14,4	64,8	61,6

Operatsiyadan keyingi bosqichda olib tashlangan preparatlarning rejalashtirilgan gistologik tekshiruvi o‘tkazildi. Aniqlanishicha, bemorlarning 52,2 foizida follikulyar saraton, 28,2 foizida papiller saratoni, 16,2 foizida follikulyar-papiller saratoni, 2,6 foizida medullar saratoni, 0,8 foizi anaplastik saraton kasalligi qayd etilgan. Qalqonsimon bez saratoni bilan og‘rigan bemorlarning 50,8 foizida ko‘p tugunli bo‘qoq fonida organlarni saqlaydigan jarrohlik aralashuvlar amalga oshirildi gemitiroidektomiya - 21,0%, subtotal rezektsiya - 29,8%.

Qalqonsimon bezning subtotal rezektsiyasi odatda reproduktiv yoshdagi ayollarda yuqori darajada differensiallashgan saraton kasalligining bitta tuguniga (2 sm gacha) qarama-qarshi tomondagi yaxshi tugunlar bilan birgalikda amalga oshirildi, bu bizga yaxshi prognozga umid qilish va operatsiyadan keyingi asoratlarni oldini olish imkonini berdi.

Adabiyot ma’lumotlarga ko‘ra [6], organlarni saqlovchi va radikal operatsiyalarni o‘tkazgan bemorlar guruhlari o‘rtasida statistik jihatdan sezilarli farq topilmadi va shuning uchun jarrohlik davolash hajmini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv uning etarli radikalligini ta’minlaydi. Organlarni saqlovchi operatsiyalarda bemorlarning ko‘pchiligida (77,8%) xavfli tugun bitta bo‘lib, 57,1% bemorlarda diametri 2 sm gacha bo‘lgan bemorlarning 42,9% da bitta yaxshi tugunning mavjudligi bilan birlashtirilgan.

Ko‘pincha (bemorlarning 57,1%) xavfli jarayon multitugunli (2 dan ortiq tugunlar) bo‘qoq fonida sodir bo‘lgan. Bemorlarning 22,2 foizida bir nechta xavfli tugunlar (2 yoki undan ko‘p) mavjud edi (3-jadval). Bemorlarning 49,2 foizida tiroidektomiya qilingan. Tiroidektomiya paytida bemorlarning 62,3 foizida bitta xavfli tugunlar aniqlangan, 39,3 foiz bemorlarda diametri 2 sm

gacha. Bitta yaxshi tugun bilan kombinatsiya bemorlarning 21,3 foizida sodir bo‘lgan. Ko‘p tugunli (2 dan ortiq tugun) bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratoni bemorlarning 78,7 foizida sodir bo‘lgan. Bemorlarning 37,7 foizida bir nechta xavfli tugunlar (2 yoki undan ko‘p) aniqlangan (3-jadvalga qarang).

3-jadval

Ko‘p tugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon bez saratonининг o‘sma jarayonining xususiyatlariga qarab jarrohlik aralashuv hajmi

arrohlik aralashuvining hajmi	O‘sma jarayonining tabiati, %				
	1 xavfli tugun	Tugunning o‘lchami 2 sm gacha	2 yoki undan ortiq zararli. tugunlar	1 tugun yaxshi sifat	2 dan ortiq yaxshi tugunlar
Organlarni saqlash	77,8	57,1	22,2	42,9	57,1
Tiroidektomiya	62,3	39,3	37,7	21,3	78,7

MUNOZARA.

Multitugunli bo‘qoq fonida qalqonsimon saratonni tashxislash qiyin. Jismoniy tekshiruv vaqtida bemorlarning 92% da tugunli shakllanishlarni aniqlash mumkin, ularning ko‘pchiligi (66,4%) bo‘yinning old yuzasida joylashgan faqat bitta tugunga ega. Qalqonsimon lezyonlarning multitugunli tabiati bemorlarning to‘rtdan birida (25,6%) aniqlangan.

Ultratovush tekshiruvi qalqonsimon bez saratonini aniqlashning asosiy usullaridan biridir. Bu juda sub’ektiv palpatsiya ma’lumotlarini aniqlashtirishga, bemorda tugunli shakllanishlar mavjudligini tasdiqlash yoki rad etishga va ba’zi hollarda patologik jarayonning tabiati haqida taxmin qilishga imkon beradi. Ushbu usul yordamida barcha bemorlarda qalqonsimon bez patologiyasi aniqlandi. Bemorlarning 93,6 foizida bir nechta tugunlar topilgan, ya’ni. Bemorlarning 6,4 foizi qalqonsimon bezdagi tugunlar sonini aniqlashda xatolikka yo‘l qo‘yilgan.

Qalqonsimon bezning klinik va ultratovush tekshiruvi saraton kasalligidan shubhalanishga yordam beradi, ammo patologik jarayonning tabiati va tarqalishi haqida to‘liq tasavvurni bermaydi.

Tadqiqotning morfologik usuli eng ishonchli va aksariyat hollarda jarrohlik aralashuvidan oldin tashxis qo‘yish imkonini beruvchi yagona hisoblanadi. Qalqonsimon bez saratonining morfologik diagnostikasi uch bosqichga asoslanadi:

operatsiyadan oldingi;

intraoperativ;

operatsiyadan keyingi.

Operatsiyadan oldingi bosqichda tugunli shakllanishlarning tuzilishi qalqonsimon bezning nozik igna punksiyon biopsiyasi, so‘ngra sitologik tekshiruv yordamida baholanadi. Aspiratsion biopsiya uchun substratni tanlash tashxisning to‘g‘riligini aniqlaydi.

Jarrohlik davolash jarayonida barcha mavjud tugunlarning sitologik tekshiruvi o‘tkaziladi. Bu barcha tugunlarda patologik jarayonning xarakterini aniqlashga yordam beradi, aksariyat hollarda o‘simtaning gistotipini va differentsiatsiya darajasini aniqlashga yordam beradi. Shuning uchun jarrohlik aralashuvi paytida sitologik diagnostika alohida ahamiyatga ega. Bundan tashqari, bemorlarning 16,8 foizida noto‘g‘ri salbiy natijalar olingan, bu, ehtimol, saratonning yuqori differentsial shakllarining sitologik rasmini talqin qilishda qiyinchiliklar va qalqonsimon bezdagi proliferativ-distrofik o‘zgarishlar bilan bog‘liq.

Rejalashtirilgan gistologik tekshiruv qalqonsimon bez saratoni diagnostikasining yakuniy bosqichi bo‘lib, o‘simta gistotipini tasdiqlash yoki aniqlash imkonini beradi, barcha bemorlarda o‘smalarning xavflilik darajasi va differentsiatsiyasi tanlangan taktikaning to‘g‘riligini va kasallikning keyingi prognozini belgilaydi.

Qalqonsimon bez saratonini davolash taktikasini ishlab chiqishda bir asrdan ko‘proq tarixga qaramay, bugungi kungacha yagona davolash algoritmi mavjud emas. Qalqonsimon bezdagi jarrohlik ko‘lamini aniqlashda ikkita asosiy fikr mavjud: birinchisi, o‘simtaning kattaligi,

morfologik tuzilishi, bemorning yoshi va boshqa prognostik omillardan qat'i nazar, qalqonsimon bezni ekstirpatsiya qilish saratonning barcha holatlarida zarurdir [7].

Qalqonsimon bez saratonining differentsial shakllarini jarrohlik yo'li bilan davolashning organni saqlaydigan usuli tarafdorlari, agar o'simta lobdan tashqariga chiqmasa, qalqonsimon bezning istmus yoki subtotal rezektsiyasi bilan gemitiroidektomiya bilan cheklanish mumkin degan nuqtai nazardan kelib chiqadilar. Bu hajm onkologik nuqtai nazardan radikal va funktsional jihatdan tejamkor, chunki bezning qolgan qismi qalqonsimon to'qimalarni olib tashlashni to'liq qoplaydi va qalqonsimon bez etishmovchiligini oldini oladi.

Organlarni saqlaydigan jarrohlik davolashda ko'p hollarda diametri 2 sm gacha bo'lgan yagona xavfli tugunli shakllanishlar mavjud bo'lib, deyarli yarmida bir xil. Tiroidektomiya hajmi kattaroq bo'lsa, xavfli o'simta diametri 2 sm dan ortiq bo'lsa yoki bir nechta tugunlar bilan ifodalangan bo'lsa, ayniqsa, yomon differensial saraton kasalligida amalga oshiriladi.

XULOSA.

1. Qalqonsimon bez saratoni ko'p tugunli bo'qoq fonida sitologik tekshiruv bemorlarning 41,6 foizida operatsiyadan oldin xavfli jarayonga shubha qilish imkonini beradi, bu esa punksiyon-aspiratsion biopsiya uchun substratni etarli darajada tanlamaganligi bilan bog'liq.

2. Operatsiya ichidagi sitologik tekshiruvda xavfli o`sma 64,8% bemorlarda aniqlanadi, 61,6% bemorlarda saratonning gistologik shaklini aniqlash mumkin.

3. Olib tashlangan namunani rejalashtirilgan gistologik tekshirish diagnostikaning yakuniy bosqichi bo'lib, o'simtaning gistotipini va uning tarqalish darajasini aniqlashtirishga imkon beradi.

4. Multitugunli bo'qoq fonida qalqonsimon bez saratoni uchun jarrohlik aralashuv darajasini tanlash har bir bemor uchun alohida hal qilinishi kerak.

Adabiyotlar:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2016.

2. Сдвижков А., Кожанов Л. Особенности хирургического лечения рака щитовидной железы. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2019; 2: 18.

3. Ванушко В.Э., Фадеев В.В. Узловой зоб (клиническая лекция). Эндокринная хирургия. 2017; (4): 11–6.

4. Иванов Ю.В., Шабловский О.Р., Истомин Н.П., Соловьев Н.А., Попов Д.В., Злобин И.А. Особенности лечебно-диагностической тактики при заболеваниях щитовидной железы. Хирург. 2018; 3: 14–21.

5. Cibas E.S1., Ali S.Z. The Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology. Am. J. Clin. Pathol. 2019; 132(5): 658–65.

6. Хмелевская В.А. Прогноз при дифференцированном раке щитовидной железы. В кн.: Сборник трудов научно-практической конференции, посвященной 70-летию академика РАМН профессора Н.А. Яицкого «Достижения и перспективы хирургии в СПбГМУ им. акад И.П. Павлова». Санкт-Петербург. 2018: 139–41.

7. Романчишен А.Ф., Липская Е.В., Романчишен Ф.А. Дифференцированный рак щитовидной железы (РЩЖ): выбор объема хирургического и комбинированного лечения. Онкохирургия. IV Международный конгресс «Опухоли головы и шеи». 2–4 сентября, 2018; 70.

O'PKANING SIRT FAOL (SURFAKTANT) MODDALAR TIZIMI.

Sapayeva Sh.A., Bakberganova F.M., Ibadullayeva Sh.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch, O'zbekiston Respublikasi

СУРФАКТАНТНАЯ СИСТЕМА ЛЁГКИХ.

Сапаева Ш.А., Бакберганова Ф.М., Ибадуллаева Ш.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Республика Узбекистан

THE SURFACTANT SYSTEM OF THE LUNGS.

Sapayeva Sh.A., Bakberganova F.M., Ibadullayeva Sh.A.
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Urgench, Republic of Uzbekistan

Rezyume. Maqolada 2-toifa pnevmositlarning tuzilishi, faoliyati va regenerasiyasi haqida ma'lumot mavjud. Sirt faol moddasining tarkibi, sirt faol moddasining tarkibiy qismlarining sintezi, hosil bo'lishi, sekretsiyasi, taqsimlanishi va qayta taqsimlanishi jarayonlari, shuningdek o'pka faoliyatida sirt faol moddasining roli. Embriogenez davrida o'pka sirt faol moddasi tizimining rivojlanishi haqidagi ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Ilmiy ishning maqsadi - O'pkaning sirt faol moddalar tizimining funktsiyalari, sirt faol moddaning tuzilishi.

Ilmiy ishning vazifalari - 2-toifa pnevmositlarning tuzilishi va faoliyat jarayonlarini, sirt faol moddalarning sintezi va sekretsiyasi jarayonlarini, o'pka faoliyatidagi biologik rolini tavsiflash .

Mavzuning dolzarbligi nafas olish tizimining patologiyalari, shu jumladan sirt faol moddalarning etarli darajada bo'lmasligi bilan bog'liq erta bolalik davridagi kasallik bilan bog'liq.

Kalit so'zlar: o'pkaning sirt faol moddalar tizimining embriogenezi, sirt faol moddaning gomeostazi , 2-toifa pnevmositlar, sirt faol moddasi, sirt faol moddaning sekretsiyasi.

Резюме. Статья содержит информацию о строении, функционировании, регенерации пневмоцитов 2-го типа. Состав сурфанктанта, процессы синтеза, формирования, секреции, распределения и перераспределения компонентов сурфактанта, а также роль сурфанктанта в функционировании легких. Включает информацию о развитии сурфактантной системы легких в эмбриогенезе.

Ключевые слова: эмбриогенез сурфанктантной системы легких, гомеостаз сурфанктанта, пневмоциты 2-го типа, сурфанктант, секреция сурфанктанта.

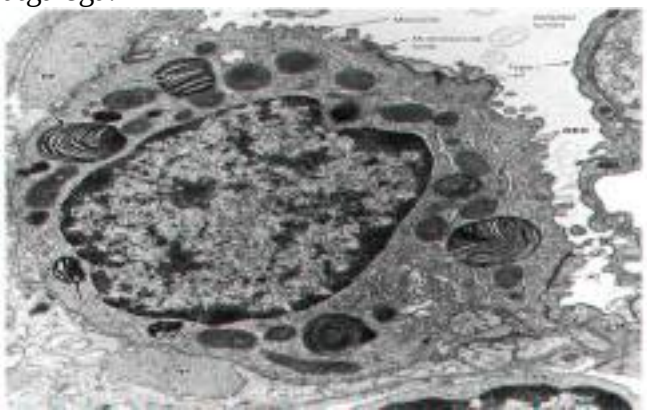
Abstract.

The article contains information on the structure, functioning, and regeneration of type 2 pneumocytes. The composition of surfanctant, the processes of synthesis, formation, secretion, distribution, and redistribution of surfanctant components, as well as the role of surfactant in lung function. Includes information on the development of the surfanctant system of the lungs during embryogenesis.

Key words: embryogenesis of the pulmonary surfanctant system, surfanctant homeostasis, type 2 pneumocytes, surfanctant, surfanctant secretion.

O'pkaning sirt faol moddasi tizimi nafas olish kasalliklarining, shu jumladan erta bolalik davrida yuqori chastotasi bilan bog'liq. Sirt faol moddalar tizimi nafas olish bo'limining faoliyatida rol o'ynaydi va nafas olish bo'lmagan funktsiyalarni bajarishda ishtirok etadi : filtratsiya, himoya, tozalash, neyroendokrin, metabolik.[1]. 2-toifa pnevmositlar alveolyar qoplamning yangilanishida rol o'ynaydi va sirt faol moddasini sintez qiladi. Bundan tashqari lipidlar almashinuvida, alveolalardan suyuqlikni so'rishda, suyuqlikning transepitelial tashishida, sirt faol moddalarni qayta ishlatishda va yangilanishida, ionlar va suvni tashishda ishtirok etadi.[1]. O'pkaning sirt faol moddalar tizimi gomeostazni va tananing hayotiy funktsiyalarini saqlashda faol ishtirok etadi. 2-toifa pnevmositlar (sekretor pnevmositlar) sirt faol moddalarni sintez qiluvchi hujayralardir. Surfaktant lipidlar, oqsillar va uglevodlardan tashkil topgan sirt faol kompleks bo'lib, alveolalarning barqarorligini ta'minlaydi, uning hajmini oshirishga yordam beradi [1]. 2-toifa pnevmositlar kubsimon yoki prizmatik shaklga ega, hujayra balandligi 11 mkm, hajmi 890 mkm3, bu 1-toifa pnevmositlar hajmining yarmini tashkil qiladi (1-rasm). 2-toifa pnevmositlar maydoni alveolalar yuzasining 5-10.5% ni, 1-toifa pnevmositlarning ulushi esa 92-95% ni tashkil qiladi. 2-toifa pnevmositlar alveolalardagi chuqurchalarda yoki bir nechta alveolalarning tutashgan joyida joylashgan bo'lib , ular bir vaqtning o'zida ikki yoki uchta alveolalar bo'shlig'iga chiqib, 1-toifa pnevmositlar va makrofaglar bilan aloqa qilishlari mumkin. Alveolalarga kiraverishda bir nechta sekretor pnevmositlar kichik guruhlarda joylashishi va qattiq birikmalar yordamida bir-biri bilan aloqa qilishi mumkin (2-rasm) [3]. Hujayralarning apikal yuzasi notekis, ko'pburchak yoki

oval bo'lib, glikosfingolipidlar va mikrovorsinkalarga boy. Sekretsiya paytida apikal yuzada ko'plab o'simtalar va chuqurliklar aniqlanadi, bu sekretsiya jarayonining tugashini va alveolyar sirtga sekretor qo'shimchalarning chiqishini ko'rsatadi. Hujayraning keng yuzasi bazal membranada yotadi. Hujayraning asosiy lateral mintaqasida Na + - K + - ATPazning yuqori konsentratsiyasi mavjud [4]. 2-toifa pnevmositlar mononuklear yoki ikki yadroli hujayralardir. Ikki yadroli hujayralar soni o'pkaning sirt faol moddasi tizimining faollashishi bilan ortadi, masalan, rezeksiyadan keyin, surunkali antrakozda, chunki poliploid hujayralar yuqori funktsional xususiyatga ega.



1-rasm – II tipdagi **pnevmositlar alveolalar lümeni (AL)** (elektron mikrofoto x 30000) RER – qo‘pol endoplazmatik to‘r G – Golji apparati RF – retikulyar tolalar Mv – mikrovilli MB – ko‘p vesikulyar tanachalar JC – I tip pnevmotsit bilan bog‘lovchi komplekslar. Oklar fosfolipidlarni o'z ichiga olgan qatlamli jismlarni ko'rsatadi. (manba: https://studfile.net/preview/6693322/

Hujayralarning yadrosi markazda joylashgan bo'lib, u oval, sharsimon yoki tartibsiz shaklga ega, diametri 3-4.5 mikrongacha bo'lib, hujayraning taxminan 32-42% ni egallaydi.

Yadrodagi xromatin bir tekis taqsimlanadi yoki yadro membranasi yaqinida kichik to’plamlar hosil qiladi [2].

2-toifa alveolotsitlar sitoplazmasida 325 kDa glikoprotein , ishqoriy fosfataza, glikozillangan molekulalar, o'simta antijeni - sitokeratin-19 va boshqalar topilgan [5].

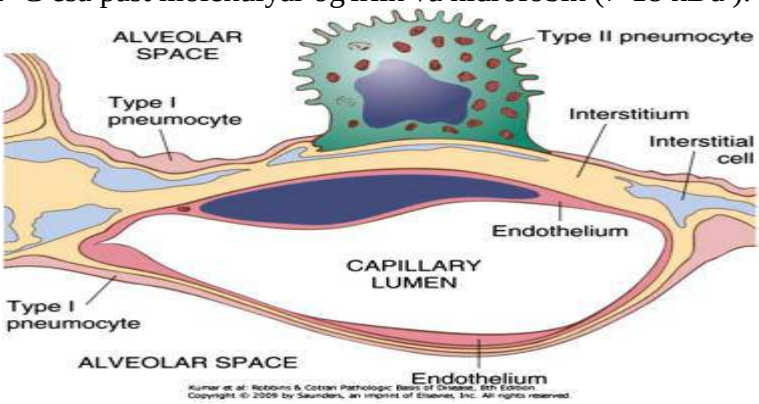
Donador va agranulyar endoplazmatik retikulum (ER) yaxshi rivojlangan [6]. Ko'p sonli ribosomalar va poliribosomalar mavjud .

Elektron zich matritsali mitoxondriyalar va peroksidazani o'z ichiga olgan mikroorganizmlar hujayralar sitoplazmasi bo'ylab tarqalib ketgan, bu hujayralarning yuqori metabolik faolligini ko'rsatadi. Lizosomalar yo'q, chunki gidrolitik fermentlar sekretor qo'shimchalarda to'planadi [4]. 2-toifa pnevmositlar faol ravishda ko'payadigan hujayralardir. Pnevmositlar mitozga kirganda va mitoz paytida ular yumaloqlashadi, mikrovorsinkalar soni kamayadi, ammo bazal membrana va qo'shni hujayralar bilan aloqa saqlanib qoladi. Hujayralar bo'linishga tayyorlanayotganda va mitoz paytida hujayradagi organellalar va kiritmalar interfazadagi kabi miqdorda saqlanadi. Shuning uchun hujayralarni bo'linishda to'qimalarga xos sintez va hujayrani mitotik bo'linishga tayyorlashga qaratilgan sintezlar bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi [2].

Proliferatsiyadan keyin 2-toifa pnevmositlar 1-toifa pnevmositlarga aylanishi mumkin [6]. Shu bilan birga, ular tekis shaklga ega bo'lib, apikal yuzada mikrovorsinkalarni yo'qotadilar, sitoplazmaning elektron zichligi pasayadi; sekretor kiritmalar va peroksisomalar soni kamayadi, apikal va bazal zonalarda pinotsitoz pufakchalar paydo bo'ladi [7].

Sirt faol moddalar sintezi va etukligi jarayoni sekretor qo'shimchalar tuzilishida aks etadi: ko'p vesikulyar tanalar (KVT), murakkab tanalar, osmiofil qatlamli tanalar (OQT) yoki sitofosfolipozomalar.OQT lar sitoplazma bo'ylab bir tekis taqsimlanadi, lekin hujayraning apikal supranuklear qismida bir oz to'planishi mumkin[8]. Sirt faol moddalar (oqsillar, uglevodlar, lipidlar) tarkibiy qismlarining sintezi bir-biridan mustaqil ravishda amalga oshiriladi va ularning sekretsiyasi bir vaqtning o'zida va sinxron ravishda sodir bo'ladi [2].Sirt faol moddaning oqsil qismi (11-20%) granüler EPSda , shu jumladan SP-A, SP-B, SP-C, SP-D apoproteinlarida

sintezlanadi [9]. SP-A va SP-D yuqori molekulyar og'irlikdagi gidrofil oqsillar (32-44 kDa), SP-B va SP-C esa past molekulyar og'irlik va hidrofobik (7-18 kDa).



2-rasm - Pnevmositlarning tuzilishi va lokalizatsiyasi : 1-toifa pnevmositlar ; 2-toifa pnevmositlar .

Ular barcha sirt faol moddalar oqsillarining 0,9-1,95% ni tashkil qiladi . Ularning har biri o'z geni bilan kodlangan [10]. SP-A - molekulyar og'irligi 28-36 kDa bo'lgan o'ziga xos oqsil , embriogenezda sirt faol moddalarning etukligi belgisi , uning miqdori sirt faol moddalar oqsillarining umumiy sonining 52-70% ni tashkil qiladi . U hujayralar ichida va tashqarisida OPT bilan bog'lanadi va zahira sirt faol moddasining shakllanishini tezlashtiradi [11]. SP-D oqsili fosfatidilinositol, shuningdek, glikosilseramid bilan bog'lanadi va kichik sirt faol moddalar agregatlari bilan bog'lanadi. SP-D sirt faol moddasi membranalarining 2-toifa pnevmositlar tomonidan qayta ishlanishi jarayonida ularning o'zgarishiga ta'sir qiladi [9]. Bundan tashqari, SP-A va SP-D o'pkaning quyidagi funktsiyalarini ta'minlaydi:1)bakteriyalar,viruslar, zamburug'larning fagotsitlar bilan aloqa qilishda so'rilishini ta'minlaydi, shuningdek makrofaglarning sirt faol moddasi fosfolipidlarini o'zlashtirish qobiliyatini oshiradi; 2) immun hujayralar faoliyatini tartibga solishda ishtirok etish; 3) SP-A alveoladagi sirt faol moddalar miqdorini tartibga soladi, shuningdek, alveolalarda fosfolipidlarning ortiqcha to'planishini oldini oladi [12].

Membranalar va plyonkalardagi fosfolipidlarning tuzilishi SP-B oqsili tomonidan buzilishi mumkin. Bu suyuqlik komponentining lipid pufakchalaridan ajralib chiqishini ta'minlaydi, bu esa membranani qayta tashkil etishga, shuningdek ularning birlashishiga olib keladi [10].

Shunday qilib, SP-B quyidagi funktsiyalarni bajaradi:

– oraliq membrana tuzilmalarini shakllantirish va barqarorlashtirishda ishtirok etadi; - fosfolipid tarkibini saqlaydi;

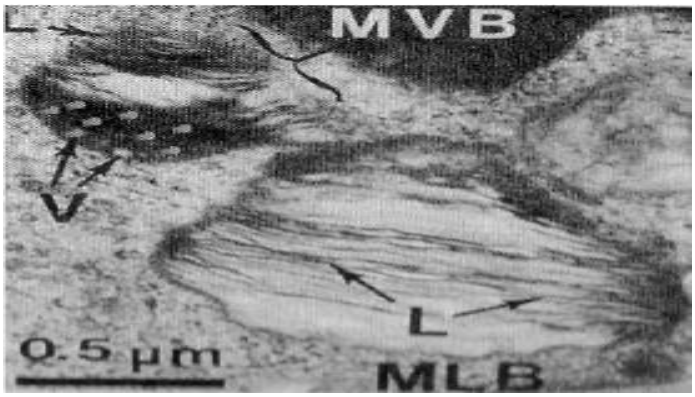
-faol moddaning sirt faol xususiyatlarini saqlaydi ;

- SP-C ning to'liq etilishishida ishtirok etadi [12], u yo'q bo'lganda SP-C oqsilining pishmagan shakllari MVTda to'planadi [13].

SP-C oqsili normal nafas olishni uzoq muddatli saqlash uchun zarurdir SP-B va SP-C oqsillari past sirt tarangligini, sirt faol moddasi sirt plyonkasining yuqori barqarorligini ta'minlaydi , shuningdek, sirt faol moddalarning adsorbsiyasini tezlashtiradi [15, 16]. Bundan tashqari, lipidlar bilan o'zaro ta'sir qilish uchun domenlarni o'z ichiga olgan membrana tashuvchisi bo'lgan SP-G - ABCA3 sirt faol oqsili mavjud . Protein ATP gidrolizining energiyasidan foydalanib, membrana ichidagi fosfolipidlarni bir qatlamdan ikkinchisiga o'tkazadi [17]. ABCA3 SP-B va SPC bilan birga qatlamli jismlarning shakllanishini boshlashda ishtirok etadi[18]. Shuni ta'kidlash kerakki, ABCA3 ishtirokida, lekin SP-B yo'qligida qatlamli jismlar hosil bo'lmaydi [16].

ABCA3 oqsilini kodlovchi gen buzilganda, sirt faol moddada fosfatidilxolin sintezi va to'planishining buzilishi kuzatiladi, qatlamli jismlarda strukturaviy o'zgarishlar ro'y beradi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda distress sindromining rivojlanishi qayd etiladi [18].

Apoproteinlar va lipidlardan tashqari, sirt faol moddasiga quyidagilar kiradi: zardob albumini, G va A immunoglobulinlari, komplement C. Agranulyar EPSda sirt faol moddalarning uglevodlari (glyukoza, galaktoza, sial kislotasi, fruktoza va galaktozamin) hosil bo'ladi va ularning miqdori sirt faol moddaning umumiy miqdorining 4% ni tashkil qiladi [19]. Uglevod molekulalari sirt faol moddaning hujayra ichida tashilishini ta'minlaydi , sirt faol moddaning sekretsiyaga tayyorligini aniqlaydi va uning alveolalar yuzasiga chiqarilishida ishtirok etadi [2]. Agranulyar EPS tarkibida lipid molekulalarining (lipidlarning 72-81%) (fosfatidilxolin, fosfatidilgliserin, fosfatidiletanolamin, sfingomiyelin, xolesterin va boshqalar) sintezi ham mavjud bo'lib, ular Golji kompleksida kichik pufakchalar shaklida tashkil etilgan. Bunday pufakchalar guruhi Golji kompleksidan ajralib, umumiy membrana bilan o'ralgan bo'lib, natijada ko'p



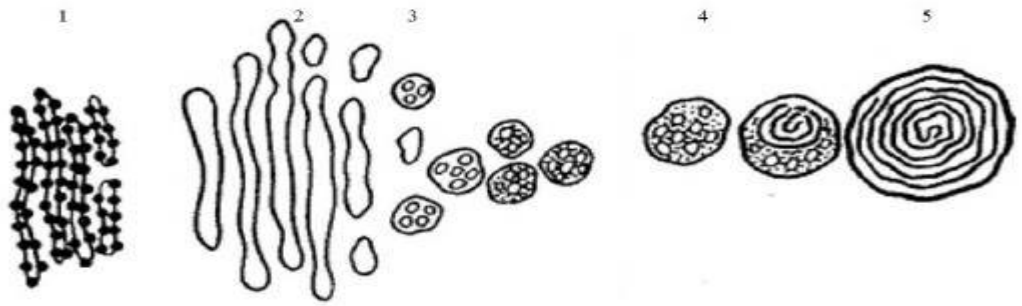
3-rasm - Multivezikulyar tana [2].

vezikulyar tanachalar (MVB) [19] hosil bo'ladi, ular lizosomal fermentlar bilan to'ldirilgan ko'plab bir qavatli pufakchalarni o'z ichiga olgan cheklovchi membranalarga ega bo'lgan sekretor qo'shimchalardir. (3-rasm). Ba'zida katta osmiofil MVT tarkibida pufakchalar guruhini ajratib olish natijasida hosil bo'lgan boshqa tana bo'lishi mumkin [20].Fosfolipidlarni qatlamli kompleksdan yirik “etuk” OPT ga o‘tkazish “kichik qatlamli jismlar” - “etilmagan” OPTlar tarkibida sodir bo‘ladi.Yetuk osmiofil qatlamli jismlar yumaloq yoki oval shakldagi tuzilmalar bo'lib, ular zich o'ralgan osmiofillardan tashkil topgan yagona membrana bilan chegaralangan. lipid Osmiofil jismlarning konsentrik va parallel plastinkalarining ichki va tashqi yuzasida kichik oqsil zarrachalari joylashgan, hajmi Bu taxminan 17,5 nm [21]. razmerdagi plastinkalar davriylik 22-24 nm Sintezlangan material sitofosfolipozomalarga kiradi va etuk OPTlar mikronaychalar va mikrofilamentlar tizimi ishtirokida apikal sirtga o'tadi, so'ngra u bilan birlashadi va alveolalar yo’liga chiqadi - vesikulalarning "transtsitozi" sodir bo'ladi 4-rasm).

Shunday qilib, sitofosfolipozomalar sirt faol moddasi fosfolipidni va ularda sintezlangan va to'plangan sirt faol moddasining oqsil tarkibiy qismlarini hujayraning apikal qismiga o'tkazadi va sekretsiya jarayoni hujayraning apikal qismida sodir bo'ladi [7].

Shuni ta'kidlash kerakki, OPT shakllanishi neyrogumoral mexanizmlar bilan tartibga solinadi va pilokarpin tomonidan stimulyasia qilinadi va ikki tomonlama vagotomiya bilan bloklanadi [22]. OPTning hujayradan chiqishi merokrin turiga ko'ra ekzotsitoz bilan sodir bo'ladi. 2-toifa pnevmositlar faoliyatining ortishi bilan , masalan, o'pka patologiyasida hujayralar sirt faol moddalar sekretsiyasining holokrin turiga o'tadi [2]. OPT tarkibidagi gidrolitik fermentlar hujayradan ekzotsitoz yo'li bilan ajralib chiqadi va hujayra membranasini OPT bilan aloqa qilish joyida parchalaydi [2]. Keyinchalik, ajratilgan OPT membranalari suyuq kristall panjaralarga, so'ngra quvurli miyelinga (TM) - zahira sirt faol moddasiga aylanadi . Naychali miyelin membranalarining bir qismi hujayradan chiqarilgan OPT bilan bog'liq va fazalarni ajratishda ular sirt faol moddasining sirt plyonkasiga o'tib, havo bilan suyuqliq fazasida sirt faol moddasi fosfolipidlarining adsorbsiyasini ta'minlaydi [22].

Alveolalar yuzasida sirt faol moddalar ikki fazadan iborat. Birinchi faza (apofaza), qalinligi 7-12 nm, fosfolipidlarning monomolekulyar qatlami, molekulalarning alveolalarga qaragan. hidrofobik qismi bilan ifodalanadi. Bu faza to'g'ridan-to'g'ri havo-suyuqlik davrida joylashgan. [23].



4-rasm Osmiofil qatlamli jismlarning sintezi va hosil bo‘lish jarayoni : 1) Donador endoplazmatik to‘r → 2) Golji kompleksi → 3) Golji kompleksi pufakchalaridan hosil bo‘lgan MVT → 4) Ko‘p vezikulyar- qatlamli osmiofil tana (murakkab tana →5)) OPT [2] .

Ikkinchi faza (gipofaza) qalinligi 0,3-5,2 mkm bo'lgan murakkab bo'lib, quvurli miyelin, lipoproteinlar, lipoproteinlar, lipidlar, OPT va ularning bo'laklari, polisaxarid molekulalari, alveolyar makrofaglar va boshqalardan iborat. Alveolalarning ichki yuzasi TM membranalari 2,3 nm bo'shliq bilan ajratilgan qalinligi 2,8 nm bo'lgan ikkita zich osmiofilik qatlamdan iborat . Membranalar bir-birini kesib o'tadi va hujayralar orasidagi bo'shliqlarni saqlab, elektron shaffof tarkib bilan to'ldirilgan panjara tuzilishini hosil qiladi [24]. Albumin va immunoglobulinlar ham tubular miyelin bilan bog'langan [10, 11].

Alveolalarning normal ishlashini ta'minlash va gomeostazni saqlash uchun monoqatlam va gipofaza o'rtasida sirt faol moddalar tarkibiy qismlarining doimiy almashinuvi , shuningdek uning yangilanishi talab qilinadi. Zarur bo'lganda, zahira sirt faol moddasi tubuladan ajralib chiqadi , monomolekulyar qatlamga aylanadi va havo bilan suyuqlik davriga o'tadi [25]. Havo-suyuqlik chegarasida fosfolipidlar molekulaning gidrofil qismi (boshi) gipofazaga (suyuqlikka) va gidrofob qismi (dumi) alveolalarning havo muhitiga qaragan holda monoqatlam hosil qiladi. Ikki sirt faol faza o'rtasida doimiy ravishda dinamik muvozanat saqlanadi. Nafas olayotganda alveolyar sirt cho'ziladi va natijada gipofazadan yangi sirt faol moddalar molekulalarining kiritilishi natijasida monoqatlamning maydoni ortadi. Shuning uchun, bu jarayonning oxiriga qaraganda, ekshalatsiyadan oldin va bir qatlamli siqilish boshlanishidan oldin unda ko'proq fosfolipid molekulalari mavjud . Keyin, nafas chiqarish paytida, ba'zi sirt faol moddalar molekulalari monoqatlamdan gipofazaga qaytadi [26]. Shunday qilib, monomolekulyar sirt faol moddalar plyonkasi nafas olish va nafas chiqarish paytida turli xil miqdordagi fosfolipidlarni o'z ichiga oladi [27]. Sirt faol moddalar gomeostazi uning tarkibiy qismlarini gipofazaga sintez qilish va sekretsiyasi, interfaza monoqatlamining shakllanishi va alveolyar makrofaglar tomonidan sirt faol moddalarni qayta ishlash va ulardan foydalanish jarayonlari bilan saqlanadi va tartibga solinadi [28].Ishlatilgan yoki oksidlangan sirt faol moddasi monoqatlamni gipofazada qoldiradi va quyidagi sabablarga ko'ra chiqariladi: 1) uni gipofazaning bir qismi sifatida bronxiolalarga o'tkazish; 2) oldin interstitsialga, so'ngra limfa va qon kapillyarlariga transepitelial o'tish; 3) alveolyar makrofaglar tomonidan fagotsitoz; 4) 2-toifa pnevmositlar tomonidan qayta foydalanish [29]. Pnevmositlarning 1 va 2 turlari ham parchalangan sirt faol moddasini yo'q qilishda ishtirok etadi [30]. Sarflangan va ortiqcha hujayradan tashqari sirt faol moddalar alveolyar makrofaglar tomonidan so'riladi, ular alveolyar bo'shliqqa chiqib, erkin holatda bo'lib, alveolyar sirtdagi sirt faol moddalar miqdorini tartibga soladi [27]. Makrofaglar nafas yo'llari bo'ylab harakatlanib, bronxiolalar va bronxlarga etib boradi va ularning keyingi harakati epiteliy kiprikchalari faoliyati bilan osonlashadi. Ular tashqi muhitga balg'am bilan chiqariladi yoki yutiladi.

Prenatal ontogenezda sirt faol moddasining shakllanishi tug'ilishdan ancha oldin boshlanadi. 18-27-haftalarda o'pkaning nafas olish qismining rudimenti hosil bo'ladi, epiteliya hujayralarining 1 va 2 turdagi pnevmositlarga differensiatsiyasi sodir bo'ladi, epiteliy hujayralari va qon kapillyarlarining aloqalari hosil bo'ladi [31]. O'pka asta-sekin xomilalik o'pka suyuqligi bilan to'ldiriladi sirt faol moddalar, bu birinchi nafas olish paytida o'pkaning nafas olish qismini havo bilan to'ldirishni osonlashtiradi [8]. 2-toifa pnevmositlar tomonidan chiqariladigan fosfolipidlar xomilalik o'pka suyuqligiga, so'ngra amniotik bo'shliqqa kiradi. Bunday holda,

suyuqlikning bir qismi gipofaza manbai bo'lib xizmat qiladi , bu gaz almashinuvi boshlanganda tug'ilgandan keyin tuzilmalarning barqarorligini ta'minlaydi [32]. Xomilalik o'pka suyuqligining amniotik bo'shliqqa kirishi o'pkaning funktsional etukligidan dalolat beradi [33]. Birinchi nafas olish harakatlarida xomilalik o'pka suyuqligining taxminan 62% perivaskulyar limfa bo'shliqlariga, so'ngra torakal limfa yo'liga chiqariladi [34]. 33-haftadan boshlab homila o'pkasining sirt faol moddalar tizimi yaxshilanadi. Hujayralarda OPTlar soni 9-10 gacha ko'payadi va granüler endoplazmatik retikulumning gipertrofiyasi kuzatiladi. Va tug'ilishdan oldin va tug'ilgandan so'ng darhol OPT ning massiv sekretsiyasi sodir bo'ladi [35]. Sirt faol moddalar tizimining morfofunksional etukligi qizlarda o'g'il bolalarga (38-41 hafta) qaraganda ertaroq (26-37 hafta) sodir bo'ladi. Homiladorlikning 25-27 xaftaligida tug'ilgan erta tug'ilgan chaqaloqlarning hayoti xavfsizligi kanalikulyar davr oxirida o'pkaning sirt faol moddasi tizimining funktsional qobiliyati bilan ta'minlanadi.

O'pkaning to'liq etilish darajasi homilador ayollarda amniotik suyuqlikdagi sirt faol moddasi miqdorini va undagi fosfatidilkolin / sfingomiyelin nisbatini aniqlaydigan maxsus testlar bilan tekshirilishi mumkin. Glyukokortikoidlar, epidermal o'sish omili, qalqonsimon gormonlar, testosteron, cAMP, b-adrenergik preparatlar xomilalik o'pka va sirt faol moddalar tizimining etilishini ta'minlaydi, 2-toifa pnevmositlar differentsiatsiyasini, sirt faol moddaning biosintezini va sekretsiyasini tartibga soladi.Shunday qilib, sirt faol moddaning fiziologik roli o'pkaning elastikligini oshirish va nafas olish paytida bajariladigan ishlarni kamaytirish, shuningdek, alveolalarning barqarorligini ta'minlashda ifodalanadi.

Xulosa

O'pkaning sirt faol moddalar tizimi turli funktsiyalarni bajaradigan va yuqori yangilanish tezligiga ega bo'lgan tizimdir:

1. Har xil o'lchamdagi alveolalarning ishlashini ta'minlaydi.
2. O'pka faoliyatini osonlashtiradi, nafas olish paytida alveolalardagi sirt tarangligini pasaytiradi va nafas chiqarish paytida alveolalarning yopishishini oldini oladi.
3. Yangi tug'ilgan chaqaloq birinchi nafas olayotganda, u o'pkaga havoning kirib borishini va havo bilan to'ldirishni osonlashtiradi va o'pkadan xomilalik suyuqlikni chiqarib tashlashga yordam beradi.
4. Nafas olishda alveolalar hajmining nisbiy doimiyligini va tengligini saqlashga yordam beradi.
5. Shishishga qarshi ta'sir ko'rsatadi.
6. Alveolalarni bakteriyalar, viruslar va boshqa yuqumli vositalardan himoya qiladi.
7. Sirt faol moddalar komponentlari alveolyar epiteliysini kislorod molekulalaridan himoya qiladi va alveolyar makrofaglarning funktsional faolligini tartibga soladi.

Adabiyotlar

1. Anaev , E. X. Pulmonologiyada olinadigan havo kondensatini o'rganish : lit. / E. X. Anaev , A. G. Chuchalin // Pulmonologiya. – 2002. – No 2. – B. 57–66.
2. O'pka tuberkulyozidagi sirt faol moddalar tizimi / V. V. Eroxin [va boshq.]. - Moskva: FGBU "TsNIIT" RAMS, 2013. - 265 p.
3. Goerke , J. Pulmoner sirt faol moddasi: funktsiyalari va molekulyar tarkibi / J. Goerke // Biochim . Biofiya . Acta. - 1998 yil noyabr. – jild. 1408, N 2. – R. 79–89.
4. Perez-Gil, J. O'pka sirt faol moddasi patofiziologiyasi: joriy modellar va ochiq savollar / J. Perez-Gil, TE Weaver // Fiziologiya (Bethesda). - 2010 yil iyun. – jild. 25, N 3. – R. 132–141.
5. Hujayra ichidagi qatlamli tanaga o'xshash tuzilmalarning hidratsiyasi va vaqt evolyutsiyasini o'rganish uchun jonli A549 o'pka hujayralarida LAURDAN floresansining spektral fazor tahlili / L. Malacrida [va boshq.] // Biochim . Biofiya . Acta. - 2016 yil noyabr. – jild. 1858 yil, N 11. – R. 2625–2635.
6. Pnevmositlar o'pka sirt faol moddasini yuqori darajada to'plangan / suvsizlangan holda optimal sirt faolligi bilan birlashishi/ A. Cerrada [va boshq.] // Biofiz . J. – 2015 yil dekabr. – jild. 109, N 11. – R. 2295–2306.

7. Lopez-Rodriges, E. O'pka sirt faol moddasi membranalarida struktura-funktsiya munosabatlari : biofizikadan terapiyagacha / E. Lopez-Rodriges, J. Peres-Gil // Biochim . Biofiya . . - 2014 yil iyun . – jild . 1838, N 6. – R. 1568–1585.

8. Sluka , B. A. Bleomitsin bilan qo'zg'atilgan pnevmofibroz rivojlanishida o'pkada sirt faol moddasining giperproduksiyasi fenomenini asoslash / B. A. Sluka , A. D. Taganovich // O'pkaning sirt faol va antisurfaktant tizimi : referat. hisobot 3 ilmiy - amaliy konf ., Yalta , 12-15 noyabr . 1991 yil – Yalta , 1991. – S. 103–104.

9. Mahalliy qatlamli tanaga o'xshash pulmonari sirt faol zarralari tomonidan sirt plyonkasi shakllanishiga ta'sir qiluvchi fiziologik o'zgaruvchilar / N. Hobi [va boshq.] // Biochim . Biofiya . Acta. - 2014 yil iyul. – jild. 1838 yil, N 7. – R. 1842–1850 yillar.

10. Ekzogen o'pka sirt faol moddasi: Og'ir o'tkir respirator sindromli koronavirus 2 uchun qo'shimcha terapiyaga qaratilgan sharh, shu jumladan SP-A va SP-D qo'shilgan klinik marker / A. Ghati [va boshq.] // Curr . Opin . Kolloid interfeysi fanlari. - 2021 yil fevral – jild. 51. – 101413.

11. Palmitoilatsiya SP-C-lipid o'zaro ta'sirini modulyatsiya qilishning asosiy omili sifatida o'pkaning sirt faol moddasi membranasining ko'p qatlamlari / N. Roldan [va boshq.] // Biochim . Biofiya . Acta. Biomembranalar . - 2015 yil yanvar. – jild. 1848, N 1, pt. A. – R. 184–191.

12. Pivo, MF Surfaktant protein C biosintezi va konformatsion o'pka kasalligida uning paydo bo'lgan roli / MF Beers, S. Mulugeta // Annu . Rev. Fiziol. – 2005. – jild. 67. – R. 663–696.

13. Suvli monolayerlarda o'pka sirt faol moddasi SP-C va L-alfa-dipalmitoilfosfatidilkolinning tuzilishi va yo'nalishi / A. Gericke, CR Flach , R. Mendelsohn // Biophys . J. – 1997 yil iyul. – jild. 73, N 1. – R. 492–499.

15. Sirt faol moddaning reaktiv kislorod turlarini inaktivatsiyasi sirt faol moddasi oqsillari SP-B va SP-C / K. Rodriguez-Kapote [va boshq.] // Biofiz uchun tarkibiy va funktsional o'zgarishlarni o'z ichiga oladi . J. – 2006 yil aprel. – jild. 90, N 8. – R. 2808–2821.

16. Hidrofobik sirt faol moddalar oqsillari va ularning analoglari / FJ Walther [va boshq.] // Neonatologiya. - 2007 yil iyun. – jild. 91, N 4. – B. 303–310.

17.Sirt faol moddalar etishmovchiligi bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ABCA3 gen mutatsiyalari / S. Shulenin [va boshq.] // N. Engl. J. Med. - 2004 yil mart

18. Nafas olish qiyinlishuvi sindromi bo'lgan erta tug'ilgan chaqaloqlarda yangi SP-B va SP-C bilan boyitilgan sintetik sirt faol moddasining (CHF5633) insonda birinchi klinik tadqiqoti / DG Sweet [va boshq.] // Arch. Dis. Bola. Homila. Neonatal. Ed. - 2017 yil noyabr. – jild. 102, N 6. – R. F497–F503.

19. Caffrey, M. Lipidik mezofazalar yordamida kristallanish membranasi oqsillari / M. Caffrey, V. Cherezov // Nat. Protok . – 2009. – jild. 4, N 5. – R . 706–731.

20. Olmeda , B. Alveolyar havo bo'shlig'ida o'pka sirt faol moddalar almashinuvi: biogenez, hujayradan tashqari konversiyalar, qayta ishlash / B. Olmeda , M. Martinez-Calle, J. Perez-Gil // Ann. Anat. - 2017 yil yanvar. – jild. 209. – R. 78–92.

21. Pneumocytes Assemble Lung Surfactant as Highly Packed/ DehydratedStates with Optimal Surface Activity / A. Cerrada [et al.] // Biophys. J. – 2015 Dec. – Vol. 109, N 11. – P. 2295– 2306.

22. Morgan, A. J. Lizosomal kaltsiyni o'lchash uchun tasvirlash yondashuvlari / A. J. Morgan, L. C. Davis, A. Galione // Metodlar hujayra. Biol. – 2015. – jild. 126. – R. 159–

23. Andreeva , AV II alveolyar hujayralardagi sirt faol moddalar sekretsiyasini tartibga solish / AV Andreeva , MA Kutuzov, TA VoynoYasenetskaya // Am. J. Fiziol. O'pka. Hujayra. Mol. Fiziol. - 2007 yil avgust. – jild. 293, N 2. – R. L259–L271.

24. PEG bilan qoplangan oltin nanosferalarning funktsional o'pka sirt faol moddasini ajratuvchi II turdagi alveolyar hujayralarga toksik bo'lmagan ta'siri / V. Bouzas [va boshq.] // Nanotoksikologiya. - 2014 yil dekabr. – jild. 8, N 8. – R . 813–823.

25. Das, SC O'pka sirt faol moddasi suyuq kristalli nanostrukturalarining nafas olish dori vositalarini etkazib berishga ta'siri / SC Das, PJ Styuart // Int. J. Pharm. - 2016 yil dekabr. – jild. 514, N 2. – R. 465–474.

26. Leslie, KO Idiopatik o'pka fibrozisi qarigan o'pkaning periferiyasining takroriy, tortishish shikastlanishi kasalligi bo'lishi mumkin: etiologiya va patogenezga oid birlashtiruvchi gipoteza / KO Lesli // Arch. Patol . Laboratoriya. Med. - 2012 yil iyun. – jild. 136, N 6. – R. 591–600.

27. Lopez-Rodriges, E. O'pka sirt faol moddasi membranalarida tuzilma-funktsiya munosabatlari: biofizikadan terapiyagacha / E. Lopez-Rodriguez, J. Peres-Gil // Biochim . Biofiya . Acta. - 2014 yil iyun. – jild. 1838 yil, N 6. – R. 1568–1585 yillar.

28. Polarized light microscopy reveals physiological and druginduced changes in surfactant membrane assembly in alveolar type II pneumocytes / T. Haller [et al.] // Biochim. Biophys. Acta. Biomembranes. – 2018 May. – Vol. 1860, N 5. – P. 1152–1161.

29. Surfaktant oqsillarini ambroksol bilan davolash orqali hujayraga xos modulyatsiyasi / C. Seifart [va boshq.] // Toksikol . Ilova. Farmakol . - 2005 yil fevral – jild. 203, N 1. – R. 27–35.

30. Katta yoshli sigir o'pkasidan alveolyar tip II pnevmositlarni ajratish va tavsiflash / DF Li [va boshq.] // Sci. Rep. – 2018. – jild. 8. – 11927 yil.

31. Chroneos, Z. C. Pulmonary surfaнctant: an immunological perspective / Z. C. Chroneos, Z. S. Chroneos, V. L. Shepherd // Cell. Physiol. Biochem. – 2010. – Vol. 25, N 1. – P. 13–26.

32. Guzman, E. Lung surfactant-particles at fluid in terfaces for toxicity assessments / E. Guzman, E. Santini // Curr. Opin. Colloid Interface Sci. – 2019 Feb. – Vol. 39. – P. 24–39.

33. Sosnowski , TR Biofizik tadqiqotlar uchun o'pka sirt faol moddasining yangi eksperimental modeli / TR Sosnowski , P. Kubski , K. Wojciechowski // Coll. Surf A. Fizik-kimyo . Eng. Asp. - 2017 yil aprel – jild. 519. – R. 27–33.

34. Serrano, A.G. O'pka sirt faol moddasi tizimidagi oqsil-lipid o'zaro ta'siri va sirt faolligi / A.G. Serrano, J. PerezGil // Chem. fizika . Lipidlar . - 2006 yil iyun . – jild . 141, N 1/2. – R. 105–118.

35. Nizamutdinova , R. R. Noqulay ekologik omillarning o'pkaning sirt faol tizimiga ta'siri va uning o'z-o'zidan tiklanish imkoniyati / R. R. Nizamutdinova // Vestn . yangi tibbiyot texnologiyalar. – 2008. – T. 15, No 1. – B. 133–136.

COVID-19 KASALLIKLARIDA BUYRAK FUNKSIYASI BUZILISHIDA INTERLEYKINLARNING AHAMIYATI

Xaytboev J.A.
TTA Urganch filiali

Muammoning dolzarbligi: Dunyoning turli mamlakatlarida o‘tqazilgan ko‘plab tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, Covid-19 dan keyingi davrda SARS-CoV-2 bilan kasallangan odamlarda buyrak disfunktsiyasi holatlari kuzatilgan va bu kasalliklarning xarakterli belgilari glomerulyar filtratsiya tezligining pasayishi bo‘lgan. Biroq, hozirgi kunga qadar Covid-19 dan keyin buyrak funktsiyasi buzilishining sababi virus, dori toksikligi yoki molekulyar genetik jihatlar ekanligi isbotlanmagan. Nafas olish virusi buyraklar faoliyatini to'g'ridan-to'g'ri qanday buzishini aniqlash, shuningdek, immunologik jihatlarning ta'sirini va ularning Covid-19 dan keyin buyrak disfunktsiyasi mexanizmidagi roli va ahamiyatini baholash muhimdir. Covid-19 yoki post-covid sindromining infeksiyadan keyingi oqibatlari ko'plab organ tizimlariga, shu jumladan buyraklarga ta'sir qiladi. Bu tibbiyot hamjamiyatiga buyrak asoratlarini davolash va diagnostika taktikasi bilan bog'liq muammolarni hal qilishda qiyinchilik tug'diradi.

Tadqiqot maqsadi: Ushbu patologiyaning eng muhim bashorat qiluvchi omillari Covid-19 bilan og'riganidan keyin buyrak funktsiyasi buzilgan bemorlarda immunologik holat ko'rsatkichlarini diagnostik tadqiqotlar asosida erta aniqlash va tashxis qo'yishdir.

Tadqiqot materiali va usullari: Kuzatuv diagnostik tadqiqotida Covid-19 dan tuzalgan va buyrak etishmovchiligi belgilari bo'lgan 240 bemor ishtirok etdi. Ular 6 oy davomida bir qator kasallik belgilari asosida 2 guruhga bo‘lingan va klinik va laboratoriya ma’lumotlari tahlili o‘rganilgan: asosiy guruhga Covid-19 dan keyingi 6 oy ichida glomerulyar filtratsiya tezligi (GFT)

<90,0 ml/min/1,73m^2 pasayish belgilari bo‘lgan 120 nafar bemor kiritilgan; Nazorat guruhi 6 oy davomida Covid-19 davrida yoki undan keyin normal GFT qiymatlari bo'lgan 120 bemordan iborat edi. Immunologik profilning laboratoriya belgilaridan IL-2 va IL-5 barcha bemorlarda tadqiqotning dastlabki bosqichlarida ushbu sitokinlarga antigenlar va antitanalarni bog'laydigan xromogen substratning ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlili (IFA) yordamida aniqlandi, shuningdek, tizimli shikastlanish va yallig'lanishni baholash uchun IL-6 va IL-8 ham aniqlandi

Tadqiqot natijalari: IL-6 darajasida eng aniq o'zgarishlar kuzatildi, ularning o'rtacha qiymati asosiy guruhdagi bemorlarda 25,8 pg / ml ni tashkil etdi, bu nazorat guruhidagi ko'rsatkichlardan 79,4% ga yuqori (5,3 pg/ml, p<0,001). Ushbu ma'lumotlar IL-6 ning Covid-19 dan keyingi davrda tizimli yallig'lanish va buyrak to'qimalarining shikastlanishidagi asosiy rolini tasdiqlaydi. IL-2, IL-5 va IL-8 darajalarida ham sezilarli farqlar aniqlandi. Buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda IL-2 ning o'rtacha darajasi 50,0 pg/ml ni tashkil etdi, bu nazorat guruhiga nisbatan 31,6% ga yuqori (34,2 pg/ml, p<0,001), IL-5 darajasi esa 24,1% ga oshdi (6,2 pg/ml ga nisbatan 4,7 pg/ml, p=0,019). IL-8 darajasining o'sishi 55,5% ga etdi (15,3 pg/ml ga nisbatan 6,8 pg/ml, p<0,001), bu uning yallig'lanish jarayonini saqlab turishdagi rolini ta'kidlaydi.

Xulosa: Asosiy guruhda IL-6 darajasi 79,4% ga (o'rtacha 25,8 pg/ml ga nisbatan 5,3 pg/ml, p<0,001), IL-8 55,5% ga (15,3 pg/ml ga nisbatan 6,8 pg/ml, p<0,001), IL-2 31,6% ga (50,0 pg/ml ga nisbatan 34,2 pg/ml, p<0,001) yuqori edi. IL-5 24,1% ga (6,2 pg/ml ga nisbatan 4,7 pg/ml, p=0,019). Bu Covid-19 dan keyin buyrak disfunktsiyasi mexanizmida xarakterli sitokinlarning ishtiroki haqidagi gipotezani tasdiqlaydi (p<0,05); IL-6 va IL-8 sitokinlari Covid-19 dan keyin buyrak disfunksiyasi xavfining eng informatsion prognozchilari bo'lib, ularning patogenezida tizimli yallig'lanishning muhimligini ko'rsatadi (p<0,001). Ushbu ma'lumotlardan aniqroq bashorat qilish usullari va asoratlarni oldini olish va davolash uchun individual yondashuvlarni ishlab chiqish uchun foydalanish mumkin.

GEPATIT C VIRUSINING TURLI GENOTIPLARI BILAN KASALLANGAN SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C TASHXISI QO’YILGAN BEMORLARDA JIGARDA KUZATILADIGAN PATOMORFOLOGIK O‘ZGARISHLAR

Yuldashev B.S., Abdullayev U.R.
TTA Urganch filiali

Kirish. Jigarning birlamchi yomon sifatli o‘smalari orasida gepatosellyulyar karsinoma (GSK) yetakchi o‘rinda turadi; u jigar yomon sifatli o‘smalarining 90% ini tashkil etadi. Bu nisbatan kam uchraydigan o‘sma turi bo‘lib, uning tarqalishi mamlakatdagi yashash darajasi bilan belgilanadi. Jigarning birlamchi rakini o‘rganish dolzarbligi shundaki, yomon sifatli o‘smalar ichida aynan shu tur eng kech tashxis qilinadi. Bu holat bemorlarning kech murojaat qilishi, onkologik ogohlikning yetarli emasligi, kasallikning uzoq muddat davomida belgilarsiz kechishi, jigar raki boshqa kasalliklar (sirroz, surunkali takrorlanuvchi gepatit) fonida rivojlanishi hamda tekshiruv jarayonining cho‘zilishi bilan izohlanadi.

Tadqiqotning maqsadi: klinik, laborator va morfologik ma’lumotlar asosida surunkali virusli gepatit fonida gepatosellyulyar karsinomaga chalingan bemorlarda kasallik kechishining o‘ziga xos xususiyatlarini aniqlash hamda gepatit viruslari markerlari mavjudligini hisobga olgan holda mazkur patologiyani tashxislashni takomillashtirishdan iborat.

Materiallar va usullar. Jigar o‘smalariga gumon qilingan jami 60 nafar bemorga biopsiya o‘tkazildi va gistologik tekshiruv natijalari retrospektiv tahlil qilindi. Tadqiqot quyidagi bosqichlarni o‘z ichiga oldi: HCV genotiplash, qorin bo‘shlig‘i exoskopik tekshiruvi, jigar gepatobiopsiyasi, jigar ultratovushli elastometriyasi, HCV viruslarini sifat va miqdor jihatdan baholash, jigar biopsiyasining patomorfologik va immunogistokimyoviy tahlili. Kuzatuvga olingan jami 60 nafar bemordan 38 nafari erkaklar, 22 nafari ayollar bo‘lib, ularning yoshi 18 dan 90 yoshgacha bo‘lgan (o‘rtacha yosh 37,21±0,45 yil). Kasallik davomiyligi 6 oydan 12 yilgacha

bo‘lib, o‘rtacha 3,78±0,28 yilni tashkil etdi. Yo‘llanma asosida jigar kasalliklari bilan murojaat qilgan bemorlar o‘rganilganda, eng yuqori uchrash tezligi 32 yoshda aniqlangan. Xususan, bizning tadqiqot natijalarimizga ko‘ra, 22 nafar ayol bemordan 4 tasi (6,66±0,2%) 18–44 yoshda, 9 tasi (15,0±1,7%) 45–59 yoshda, yana 9 tasi (13,3±1,4%) esa 74 yoshgacha bo‘lgan. Tadqiqotimiz natijalarida erkaklar orasida kasallik uchrash darajasi yosh ortishi bilan oshishi qayd etildi. Jumladan, 38 nafar erkakdan 5 nafari (8,3±0,2%) 18–44 yoshda, 13 nafari (21,6±2,0%) 45–57 yoshda, 19 nafari (31,6±3,4%) 60–74 yoshda va 1 nafari 90 yoshgacha bo‘lgan.

Natijalar. Olingan ma’lumotlarga ko‘ra, jigar raki, virusli gepatit bo‘yicha ayollar va erkaklar guruhlari orasida sezilarli farq aniqlanmadi. Biroq jigar sirrozi bo‘yicha ayollar va erkaklar guruhlari orasida sezilarli statistik farq mavjud. Jigar raki va jigar virusli gepatitining tarqalish darajasi ikki guruhda ham o‘xshash bo‘lib, bu t-test natijalari bilan tasdiqlangan ($p>0,05$). Ya’ni, ushbu kasalliklar bo‘yicha ayollar va erkaklar o‘rtasidagi farq statistik ahamiyatga ega emas. Jigar sirrozida esa erkaklar orasida uchrash darajasi ayollarga nisbatan yuqoriroq bo‘lib, bu t-test natijalariga ko‘ra statistik jihatdan ishonchli ($p<0,05$). Eng ko‘p uchraydigan surunkali virusli gepatit RNK-HCV variantidir. HCV genotiplari klinik tashxisga asoslanib o‘rganilib, ularning og‘irlik darajasi va jigar sirrozi bilan yakunlanish xususiyatlari aniqlangan. HCV genotiplari aniqlangach, quyidagi natijalar qayd etildi: 1a turi – 5 nafar bemorda (9%), 1b turi – 38 nafar bemorda (67%), 3 turi – 6 nafar bemorda (7%), 3a turi – 9 nafar bemorda (13%) aniqlandi, 2 nafar bemorda (4%) esa HCV RNK genotipi aniqlanmadi. Olingan natijalarni taqqoslash shuni ko‘rsatdiki, portal traktlarda limfoid follikulalar, gidropik distrofiyalar, sinusoid hujayralarining faollashuvi kabi belgilar deyarli bir xil tezlikda kuzatildi. Shu bilan birga, sinuzoidal yog‘li degeneratsiya va limfotsitlar “zanjiri” 3a genotipli bemorlarda 1,6 va 1,4 barobar ko‘proq uchrashi kuzatildi. Boshqa tomondan, o‘t yo‘llaridagi reaktiv o‘zgarishlar esa 1,7 barobar kamroq qayd etildi (3a guruhda 23,2%, 1b guruhda 40,4%, $p = 0,06$).

Xulosa. Shunday qilib, olingan natijalar shuni ko‘rsatadiki, surunkali gepatit C bilan qisqa muddat kasallangan bemorlarda porto-periportal nekroz va septalarda limfogistiotsitik infiltratsiya bilan tavsiflanadigan patologik jarayon faolligining og‘irlik darajasida HCV genotipining ta’siri mavjud.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Абдирашитова Г.С, Жайбергенова Ж.Б., Дощанова У.А.
Медицинский Институт Каракалпакстана

Аннотация.

Социально значимые заболевания, особенно среди подростков и молодежи, представляют серьезную угрозу здоровью населения. Эти заболевания часто трудно поддаются лечению, заразны и могут быть смертельными. Вирусные гепатиты В и С являются ярким примером таких заболеваний, представляя значительную медицинскую и социальную проблему. Для эффективной борьбы с их распространением необходимы постоянные разработки и внедрение мер первичной профилактики, что подтверждается успешным снижением заболеваемости вирусными гепатитами в результате подобных усилий.

Ключевые слова: социально значимые заболевания, печень, профилактика, гепатит.

TURLI JIGAR KASALLIKLARI KURSI VA DAVOLASHNING TIBBIY VA IJTIMOIY AHAMIYATI.

Abdirashitova G.S., Jaybergenova J.B., Doshchanova U.A.
Qoraqalpog‘iston tibbiyot instituti

Izoh.

Ayniqsa, o‘smirlar va yoshlar o‘rtasida ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklar aholi salomatligiga jiddiy xavf tug‘dirmoqda. Ko'pincha bu kasalliklarni davolash qiyin, yuqumli va o'limga olib kelishi mumkin. Virusli gepatit B va C bu kabi kasalliklarga misol bo'lib, muhim tibbiy va ijtimoiy muammodir. Ularning tarqalishiga qarshi samarali kurashish uchun birlamchi profilaktika chora-tadbirlarini uzluksiz ishlab chiqish va amalga oshirish zarur, buni bunday sa’y-harakatlar natijasida virusli gepatit bilan kasallanishning muvaffaqiyatli kamayishi dalolat beradi.

Kalit so'zlar: ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklar, jigar, profilaktika, gepatit.

MEDICAL AND SOCIAL SIGNIFICANCE OF THE COURSE AND TREATMENT OF VARIOUS LIVER DISEASES

Abdirashitova G.S., Zhaibergenova Zh.B., Doshchanova U.A.
Medical Institute of Karakalpakstan

Resume.

Socially significant diseases have become one of the main threats to the health of the entire population as a whole, and especially adolescents and young people. They are difficult to treat, pose a risk of infecting other people and can lead to death. At the same time, viral hepatitis – hepatitis B and C – is a serious medical and social problem. To prevent the spread of socially significant diseases, it is necessary to constantly search for means and forms of primary prevention as the most effective methods of combating the spread of these pathologies, which confirms the decrease in the spread of viral hepatitis.

Key words: socially significant diseases, liver, prevention, hepatitis.

Актуальность. Термин «социально значимые заболевания» подразумевает, что их важность определяется не только негативным воздействием на здоровье человека, но и на социально-экономическое развитие общества в целом. Профилактика заболеваний печени, являющихся социально значимыми, особенно актуальна [1,5,14].

Заболеваемость органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы постоянно растет во всем мире. Эффективное снижение этой распространенности требует индивидуального подхода к лечению, основанного на тесном и слаженном сотрудничестве врачей, фармацевтов и самих пациентов [8,19].

Согласно данным Института Показателей и Оценки Здоровья (IHME, Сиэтл, США), распространенность гастроэнтерологических заболеваний неуклонно растет. За десятилетие (2007-2017 гг.) общее число пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями в мире увеличилось на 21%, с 1,7 млрд до 2,0 млрд человек.

По данным международного Института Показателей и Оценки Здоровья, панкреатит, цирроз печени, кишечная непроходимость, пептические язвы и заболевания желчного пузыря входят в пятерку лидирующих гастроэнтерологических заболеваний по показателям смертности и потерянных лет жизни. Характерной чертой многих заболеваний ЖКТ является их хроническое течение, приводящее к увеличению числа пациентов и росту экономической нагрузки на систему здравоохранения. В Узбекистане в 2017 году насчитывалось около 11,99 тысяч человек с заболеваниями ЖКТ (4,98 тысяч человек были зарегистрированы в течение года), а гастроэнтерологические заболевания стали причиной смерти 93 тысяч человек (8,3% мужчин и 11,8% женщин) [12].

Научная литература указывает на заболевания печени как на ведущую причину снижения продолжительности жизни и смерти. Большинство исследователей считают эту патологию серьезной медико-социальной и экономической проблемой, создающей значительную нагрузку на системы здравоохранения во всем мире [8].

В развитых странах цирроз печени входит в число семи главных причин смерти среди людей 35-65 лет, с показателями от 12 до 35 случаев на 100 000 населения [11,18]. Заболеваемость в 2 раза выше у мужчин старше 40 лет, общая распространенность составляет 2-3% (по данным аутопсий) [3,16]. В России в 2017 году было зарегистрировано 81,5 случая на 100 000 человек, рост с 2011 года составил 26% [3,13]. В США наиболее частой причиной цирроза является хронический гепатит С (26% случаев), ежегодно

заражаются около 3-4 миллионов человек [12,16]. Хронический гепатит С преобладает в структуре впервые выявленных случаев хронического вирусного гепатита, его доля выросла с 54,8% в 1999 году до 77,97% в 2017 году. В мире в 2017 году хроническим гепатитом С болели 170-200 миллионов человек (3% населения), в России – около 2% (3 миллиона человек) [7]. По прогнозам ученых, за следующие 20 лет при отсутствии своевременной диагностики и лечения, число случаев цирроза, связанного с вирусным гепатитом С, удвоится [11].

Данная патология диагностируется у всех возрастных групп населения, при этом более 60% данной категории больных находятся в трудоспособном возрасте, что делает данную патологию социально значимой для здравоохранения в целом.

За последние годы наблюдается рост заболеваемости раком печени на фоне цирроза. В анамнезе пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой вирусный гепатит выявляется в 28,6% случаев, алкоголизм – в 14,4%, лекарственный гепатит – в 2,8%, заболевания желчного пузыря и желчных протоков – в 5,6%. В 48% случаев этиологические факторы остаются неизвестными.

Хронические заболевания печени выявляются у 23% пациентов гастроэнтерологических стационаров. Стандартное стационарное лечение не всегда приводит к стойкой ремиссии, и многие пациенты выписываются с остаточными симптомами, включая клинико-лабораторные и функциональные изменения, а также нарушения психоэмоционального состояния. Существующие методы восстановительного лечения недостаточно эффективны, что требует разработки комплексных индивидуальных программ оздоровления и реабилитации, учитывающих профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия.

В последние десятилетия в республике наблюдается не только рост числа заболеваний печени и желчевыводящих путей, но и ухудшение их течения, увеличение доли тяжелых, осложненных и неизлечимых форм. Это обусловлено несколькими факторами: неблагоприятной экологической обстановкой, высоким уровнем алкоголизма и наркомании, а также эпидемией вирусного гепатита. Кроме того, прогрессирование заболеваний связано с недостаточной эффективностью лечебно-профилактических мероприятий на всех этапах медицинской помощи.

Существенное значение в предупреждении рецидива заболеваний имеют общий режим, правильная организация работы (по окончании курса лечения), соблюдение необходимой продолжительности сна, полноценность отдыха и другие важные социально-бытовые, профессиональные и прочие мероприятия.

В настоящее время существует множество препаратов для коррекции состояния печени и снижения показателей цитолиза, различающихся по происхождению и механизмам действия. Гепатопротективные средства можно разделить на три основные группы: растительные препараты, препараты животного происхождения и витамины/аминокислоты. Наиболее распространены растительные препараты, включая эссенциальные фосфолипиды (из соевых бобов), силибинин (из расторопши), цинаризин (из артишока) и глицирризиды (из солодки). Актуальны исследования гепатопротекторных свойств лекарственных растений, проводимые в соответствии с принципами доказательной медицины.

Для борьбы с распространенностью заболеваний печени важно повышать осведомленность специалистов о современных методах лечения и оптимальных схемах фармакотерапии. Лечение цирроза печени включает терапию основного заболевания (например, противовирусные препараты при вирусном гепатите, иммуносупрессоры при аутоиммунных заболеваниях, специфическое лечение при болезни Вильсона-Коновалова или гемохроматозе) и лечение осложнений. Трансплантация печени рассматривается как вариант при неэффективности других методов и прогрессировании заболевания.

Но, конечно, в первую очередь для эффективной борьбы с распространением заболеваний печени важную роль играет первичная профилактика заболеваний.

Таким образом, проведенный анализ литературы подтверждает актуальность проблемы заболеваний печени в современной медицине из-за высокой частоты осложнений и смертности. Первоочередной задачей является не только профилактика хронических диффузных заболеваний печени, но и ранняя диагностика заболеваний печени с прогнозированием и выбором оптимальной тактики лечения. Важным направлением является улучшение прогноза за счет своевременного консервативного или хирургического вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агеева, Л. И. Здравоохранение в России. 2017 [Текст] : Стат. сб. Росстат. / Л.И. Агеева [и др.]. - Федеральная служба государственной статистики. - М., 2018. – 170 с.

2. Арькова, Е. С. Выявление приоритетных путей оптимизации научноинформационного обеспечения медицинских и фармацевтических работников [Текст] / Е. С. Арькова, Л. А. Лобутева, А. Д. Ермолаева // Тезисы докладов XXI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» (Москва, 11-14 апреля 2016 г.). – Москва, 2016. – С.215-216.

3. Бавыкина, Т. С. Составные элементы маркетинговых коммуникации [Текст] / Т. С. Бавыкина, Г. И. Тамошина // Вестник ВГУИТ. - 2012. - № 1. - С.188-191.

4..Богданов, В. В. Моделирование доступности лекарственной помощи населению муниципальных образований [Текст] / В. В. Богданов, М. В. Малаховская // Вестник томского государственного университета. – 2012. - № 4(20). – С.167-174.

5. Василенко, О. В. Рисковое потребительское поведение при покупке лекарственных средств (на примере Волгограда) [Текст] / О. В. Василенко // Вестник экономики, права и социологии. - 2011. - № 2. – С. 185-187.

6. Геллер, Л. Н. Маркетинговая стратегия организации фармацевтической помощи пациентам с хроническим панкреатитом на госпитальном этапе (сообщение 2) [Текст] / Л. Н. Геллер [и др.] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2015. – Т. 137. – № 6. – С. 100-104.

7. Джупарова, И. А. Методика оптимизации фармацевтической помощи отдельным категориям граждан [Текст] / И. А. Джупарова, С. Г. Сбоева // Фармация. – 2011. - № 1. – С.18–21.

8. Ермолаева, А. Д. Гендерные особенности потребительского поведения при импульсивных покупках на фармацевтическом рынке [Текст] / А. Д. Ермолаева, А. В. Лобутева // Материалы XII научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой «Году молодёжи» (Душанбе, 28 апреля 2018 г.). – Душанбе, 2017. – С.299.

9. Зобиходжаев Р.Н. Узбекистон Республикасида ахолини ижтимоий химоялаш. № 4 -5 2011

10. Ивахненко, О. И. Клинико-экономическая оценка использования альтернативных вариантов повторного курса противовирусной терапии у пациентов с хроническим гепатитом С, инфицированных вирусом генотипа 1 [Текст] / Ивахненко О. И. [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. -2013. - № 2. – С. 15-23.

11.Карманова, А. Ю. Распространение фармацевтической информации в профессиональном сообществе [Текст] / А. Ю. Карманова // Бюллетень медицинских интернет конференций. – 2015. - № 5(5). – 2015. - С. 782.

12.Лазарева, М. Н. Лингвокультурологические особенности рекламного слогана в фармацевтическом дискурсе [Текст] / М.Н. Лазарева // Индустрия перевода. – 2014. - №1(1). – С.34-38.

13.Петров, А. Г. Методические подходы к исследованию потребительского поведения шахтеров на рынке медицинских и фармацевтических товаров и услуг [Текст] / А. Г. Петров, Н. Д. Богомолова, О. И. Кныш // Современные проблемы науки и образования. – 2014. - № 5. – С.528-536.

14.Предейн Н.А. Научно-методические подходы к организации фармацевтической помощи лицам с нарушениями процесса пищеварения [Текст] : автореф. дис. ... канд. фарм. наук: 14.04.03 / Предейн Наталья Александровна. – М., 2012. – 22 с.

15.Сайгина, Е. П. Психологические факторы, оказывающие влияние на потребительское поведение [Текст] / Е. П. Сайгина // Научно-практический электронный журнал Аллея Науки. – 2017. - № 9. – С. 405-407.

16.Фазлеева, М. А. Цирроз печени как исход вирусного гепатита с (обзор литературы) [Текст] / М. А. Фазлеева, Т. Р. Хайбрахманов, Г. А. Фазлеева // Актуальные вопросы научных исследований: сборник научных трудов по материалам XIX Международной научно-практической конференции Актуальные вопросы научных исследований, 15 марта 2018 г. – Иваново. – № 2(18). – С. 61-63.

17.Чемазова, Н. Н. Хронический вирусный гепатит С в Дальневосточном федеральном округе [Текст] / Н. Н. Чемезова [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2018. - № 3(73). – С. 58-61.

18. Bailey, T. A. Perceptions of Direct-to-Consumer Advertising and the Older Adult Population [Text] / T. A. Bailey, M. Fenney // American Society of Consultant Pharmacists. – 2016. – Vol. 31. – № 4. – P. 215 - 220.

19. Burra, P. Therapeutic application of stem cells in gastroenterology: An update [Text] / P. Burra [et al.] // World Journal of Gastroenterology. – 2011. – Vol. 17. – № 34. – P. 387-390.

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatocellular carcinoma – United States, 2001–2006 // MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010. Vol. 59. P. 517.

21. Gheorghe, L. Position paper on treatment of hepatitis C in Romania, 2017. Part one [Text] / L. Gheorghe [et al.] // Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases. – 2017. – Vol. 26. – № 2. – P. 171-181.

22. Williams, P. A. Communicating efficacy information based on composite scores in direct-to-consumer prescription drug advertising [Text] / P. A. Williams [et al.] // Patient Education and Counseling. – 2016. - Vol. 99. – № 4. – P. 583- 590.

23. Wieniewska, E. Television advertising of selected medicinal products in Poland and in the United States - a comparative analysis of selected television commercials [Text] / E. Wieniewska [et al.] // Acta Poloniae Pharmaceutica - Drug Research. – 2016. - Vol. 73. - № 4. – P. 1083-1097.

УДК:618.3/4.616.9

ВЛИЯНИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА.

Абдиримова А.Д., Юсупова М.А.
Ургенчский филиал ТМА

Аннотация. В статье приведены данные об особенностях течения и влияния на состояние здоровья беременной, плода и новорожденного болезни, вызванной вирусом SARS-COV-2. Проанализированы некоторые из существующих на сегодня в мире протоколов по профилактике инфицирования и лечения COVID-19 и предложена адаптированная для беременных модификация. Предложена методика профилактики одного из наиболее частых и опасных осложнений COVID-19 у беременных - невынашивания беременности и коррекции нутритивных дефицитов.

Ключевые слова: COVID-19, беременность, осложнения, невынашивание беременности, коррекция, профилактика.

INFLUENCE OF CORONAVIRUS INFECTION ON FETAL DEVELOPMENT.

Abdirimova A.D., Yusupova M.A.
Urgench branch of Tashkent medical academy

The article presents data on the characteristics of the course and impact of the disease caused by the SARS-COV-2 virus on the health of a pregnant woman, fetus and newborn. Some

of the protocols currently in place in the world for the prevention of infection and treatment of COVID-19 are analyzed and a modification adapted for pregnant women is proposed. A method for preventing one of the most common and dangerous complications of COVID-19 in pregnant women - miscarriage and correction of nutritional deficiencies is proposed.

Key words: COVID-19, pregnancy, complications, miscarriage, correction, prevention.

KORONAVİRUS INFEKTSIANINING HOMILA RIVOJLANISHIGA TA'SIRI.

Abdirimova A.D., Yusupova M.A.
TTA Urganch filiali

Maqolada SARS-COV-2 virusi keltirib chiqaradigan kasallikning homilador ayol, homila va yangi tug'ilgan chaqaloqning sog'lig'iga ta'siri va ta'siri haqida ma'lumotlar keltirilgan. Bugungi kunda dunyoda mavjud bo'lgan covid-19 infektsiyasining oldini olish va davolash protokollarining ba'zilari tahlil qilindi va homilador ayollar uchun moslashtirilgan modifikatsiya taklif qilindi. Homilador ayollarda COVID-19 ning eng tez - tez uchraydigan va xavfli asoratlaridan biri-homiladorlikning yo'qolishi va ovqatlanish etishmovchiligini tuzatish uchun profilaktika usuli taklif etiladi.

Kalit so'zlar: COVID-19, homiladorlik, asoratlar, abort, tuzatish, oldini olish.

Во всем мире активно изучают аспекты патогенеза, возможные методы профилактики, диагностики и лечения COVID-19 [1]. В начале пандемии внимание акушеров-гинекологов было сосредоточено на изучении влияния SARS-CoV-2 на акушерские и перинатальные исходы, а воздействие инфекции на фетоплацентарный комплекс, определяющий не только состояние ребенка при рождении, но и отдаленные исходы, изучено в меньшей степени [2]. Несмотря на то, что беременные женщины и новорожденные дети относятся к группе высокого риска развития неблагоприятных исходов, частота таковых, по некоторым данным, достаточно низкая [3, 4]. Отчасти данное обстоятельство может быть обусловлено тем, что беременные нередко переносят инфицирование SARS-CoV-2 практически без клинических симптомов, не подозревая о наличии коронавиусной инфекции и ее возможных последствиях для здоровья и будущего их детей [4]. Инфицирование SARS-CoV-2 во время беременности может оказывать неблагоприятное воздействие, как на организм матери, так и на плод, но на сегодняшний день недостаточно исследований, оценивающих последствия COVID-19 для новорожденных, и они основаны на небольшом количестве наблюдений. Ученые пришли к выводу, что вероятность вертикальной передачи от матери к ребенку ничтожна [1,3]. В практике имеются случаи заражения детей сразу после родов, но специалисты пришли к мнению, что это могло произойти через воздух в операционной, вследствие контакта новорожденного с больным или с бессимптомным вирусоносителем [4]. В качестве профилактической меры, для недопущения заражения ребенка, многие считают, что его и зараженную мать следует разделить [5].

Иммунологические сдвиги и физиологические изменения предрасполагают беременных к более тяжелому и длительному течению заболеваний, связанных с респираторными инфекциями, в том числе и при коронавирусных инфекциях [1,2]. Беременные подвержены риску заражения коронавирусной инфекцией из-за изменений в организме (прежде всего, в органах дыхательной и иммунной системы), в связи, с чем должны быть отнесены к группе риска и, соответственно, наблюдения, поскольку любая вирусная инфекция во время беременности связана с риском невынашивания и преждевременных родов [7].

Физиологические изменения в иммунной, сердечно-сосудистой и дыхательной системах при беременности позволяют сделать предположение о том, что беременные женщины особенно уязвимы к воздействию патогенных инфекционных агентов и развитию тяжелой инфекции, что, в свою очередь, может привести к более высокой заболеваемости и смертности матери и плода/новорожденного [3,6].

У беременных с пневмонией выше частота проведения кесарева сечения, чаще происходят преждевременные роды, рождаются недоношенные дети с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела с вытекающими последствиями недоношенности для новорожденных. Кроме того, во время беременности повышается предрасположенность к развитию гипертензии и гестационного сахарного диабета, которые в настоящее время являются признанными факторами риска развития тяжелого острого респираторного синдрома, вызываемого коронавирусами, в том числе и SARS-CoV-2 [3]. Тем не менее, до сих пор данные для оценки воздействия инфекции SARS-CoV-2 на здоровье беременных и новорожденных носят разрозненный характер и нуждаются в систематизации. Во время беременности происходит повышение уровня циркулирующего прогестерона — стероидного гормона, обладающего иммуномодулирующими свойствами. Прогестерон также усиливает восстановление легких после повреждений, вызванных вирусом гриппа, что делает его высокий уровень во время беременности потенциально полезным для восстановления после вирусных легочных заболеваний. Во время беременности врожденные и адаптивные иммунные реакции перемещаются из воспалительного фенотипа на противовоспалительный, чтобы предотвратить отторжение плода и способствовать пассивной передаче материнских антител к нему [7,8]. При беременности помимо изменений в иммунной системе происходят системные физиологические изменения в сосудистом русле, в частности увеличение объема циркулирующей материнской крови, увеличение частоты сердечных сокращений, ударного объема и, как следствие, увеличение сердечного выброса на 30—50%, снижение сосудистого сопротивления; в дыхательной системе — снижение функциональной остаточной емкости и экскурсии грудной клетки. Беременность — это состояние гиперкоагуляции с повышенным образованием тромбина и усилением внутрисосудистого свертывания. Все указанные факторы позволяют предположить бóльшую уязвимость беременных по отношению к инфекции COVID-19, чем в общей популяции [1,2]. Известен тот факт, что высокая концентрация эстрогена нарушает моторику сосудов, вызывая вазомоторный ринит при беременности, который обычно поражает пятую часть женщин на поздних сроках беременности и приводит к выраженной заложенности носа и ринорее, что может маскировать и усугублять симптомы COVID-19 [3]. Физиологическая одышка, являющаяся следствием повышенной потребности матери в кислороде из-за усиленного метаболизма, гестационной физиологической гемодилюции и нередко анемии, а также потребления кислорода плодом часто встречается во время беременности [4]. При этом следует заметить, что работа легочного дыхательного аппарата со второй половины гестации затруднена высоким стоянием диафрагмы, возникающим в результате роста беременной матки, и необходимостью усиления функции легких, в связи с нарастанием потребности организма в кислороде [5]. Это важно, так как пневмония при COVID-19 зачастую прогрессирует от очаговой до диффузной двусторонней консолидации паренхимы легкого, что может быстро приводить к гипоксемической дыхательной недостаточности во время беременности [6]. Итак, физиологическими факторами, способствующими неблагоприятному течению инфекции у беременных являются: высокое стояние диафрагмы во 2-ой половине беременности; повышенная нагрузка на кардиореспираторный комплекс; состояние относительной иммуносупрессии с целью предотвращения отторжения плода (подавление выработки провоспалительных и повышение выработки противовоспалительных цитокинов) и пассивной передачи материнских антител плоду; склонность к развитию артериальной гипертензии, сахарного диабета, патологической прибавки массы тела; состояние гиперкоагуляции; гиперволемия, относительное снижение гемоглобина в единице объема.

Влияние вируса на плод до сих пор остается объектом многочисленных дискуссий и исследований, есть данные о том, что у женщин с COVID-19 выше риск преждевременных родов со всеми вытекающими для новорожденного последствиями [5,6]. В ряде когортных исследований новорожденные от матерей с положительным COVID-19 были обследованы

на антитела в первый месяц жизни, ни один из тестов не дал положительного результата. Полученные результаты согласуются с выводами другого исследования, в котором не было зарегистрировано случаев пневмонии или заболеваний нижних дыхательных путей у новорожденных в возрасте до 6-8 недель, рожденных от COVID-позитивных матерей. Было сообщено о нескольких случаях легких симптомов у новорожденных с диагнозом COVID-19 при рождении или вскоре после него. Наиболее распространенными проявлениями COVID-19 у новорожденных являются лихорадка, пневмония, цианоз, респираторный дистресс. У большинства этих детей проявлялись симптомы средней степени тяжести, а исход был благоприятным. Установлено, что большинство осложнений были связаны с недоношенностью и сепсисом, а не с SARS-CoV-2. Перинатальная смертность среди новорожденных от матерей с COVID-19 составляет 5,6%, что достоверно не отличается от общепопуляционной, как и мертворождаемость. Доказательства передачи SARS-CoV-2 через грудное молоко ограничены, и нынешние руководящие принципы рекомендуют продолжать грудное вскармливание матерям, положительным на COVID-19.

Однако у беременных есть одна важная особенность. КОВИД при беременности может внезапно ухудшиться, даже если до этого заболевание протекало относительно стабильно и легко.

По данным Боровой С.Ю., Якимова А.В. (2024) в результате исследования влияния инфицирования COVID-19 на фетоплацентарный комплекс определено, что частота неблагоприятных перинатальных исходов и интенсивность структурных изменений плаценты обратно пропорциональны сроку гестации во время инфицирования беременной. Прослежена взаимосвязь между сроком гестации и тяжестью течения COVID-19, объяснимая с позиции динамики изменения гуморальной регуляции организма беременной женщины [2,8]. При развитии заболевания на ранних сроках беременности происходят структурные изменения хориона или плаценты, способствующие возникновению не только плацентарной недостаточности и связанных с ней осложнений, но и гипертензивных расстройств как следствия поверхностной инвазии трофобласта, приводящей к неадекватному ремоделированию спиральных артерий.

Безусловно, проблема инфицирования COVID-19 во время беременности таит в себе еще много нерешенных вопросов с необходимостью продолжения исследований. Следует изучить возможности прогнозирования и профилактики неблагоприятных перинатальных исходов, в том числе, с учетом гестационного срока при COVID-19 и тяжести ее течения.

Литература

1. Боровой С.Ю., Якимова А.В., Т.А. Агеева , В.А. Мудров. Оценка влияния COVID-19, перенесенной в различные сроки гестации, на перинатальные исходы и структурные изменения плаценты// Журнал акушерства и женских болезней. Том 73, № 1, 2024. С.17-20.

2. Косолапова Ю.А., Морозов Л.А., Инвияева Е.В., Макиева М.И., Зубков В.В., Дегтярев Д.Н. Влияние COVID-19 на исходы беременности и состояние новорожденных (обзор литературы) // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2021. Т. 9, № 4. С. 63–70.DOI:https://doi.org/10.33029/2303-9698-2021-9-4-63-70

3. Бантьева М.Н., Маношкина Е.М. Влияние новой коронавирусной инфекции на течение беременности и родов, а также их исходы для матери и новорожденного (систематический обзор). 2023; 69(6):2.

3. Mathad J.S., Gupta A. Pulmonary infections in pregnancy. Semin Respir *Crit Care Med* 2017; 38(2): 174-184. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0037-1602375.

4. Perlman S. Another decade, another coronavirus. *N Engl J Med* 2020; 382 (8): 760-762.

5. Wenling Y, Junchao Q, Xiao Z, Ouyang S. Pregnancy and COVID-19: management and challenges. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo* 2020;62:e62. DOI: https://doi.org/10.1590/S1678-9946202062062.

6. Diriba K, Awulachew E, Getu E. The effect of coronavirus infection (SARS-CoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res* 2020; 25(1): 39.

7. Санаева М. Д., Дударева Ю. А. Течение заболевания, акушерские и перинатальные исходы у беременных с COVID-19 (обзор литературы). *Лечащий Врач* 2022; 5-6 (25): 20-24.

8.Адамян Л.В., Вечорко В.И., Конышева О.В., Харченко Э.И. Беременность и COVID-19: актуальные вопросы (обзор литературы). *Проблемы репродукции* 2021; 27(3):70-77.

ЎЗБЕКИСТОНДА ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ОСОЙИШТАЛИК СОҲАСИГА МАЛАКАЛИ КАДРЛАРНИ ТАЙЁРЛАШДА ГИГИЕНА КАФЕДРАЛАРИНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Абдуллаев И.К., Сапаев А.Н., Қадирберганов Х.Б.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Аннотация. Мақолада мамлакатимизда санитария эпидемиология осойишталиги ва жамоат саломатлиги хизматининг ривожланиш тарихи, унинг шаклланишига хисса қўшган олимлар ва уларнинг қўшган улушлари, хизматнинг аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни мустаҳкамлашдаги босиб ўтган йўли, амалга оширилган ишлар, мазкур йўналишдаги қонун жужжатлари, мустақилликдан кейинги йиллардаги айниқса, тизимда амалга оширилган ислоҳотлар тўғрисида фикр юритилади. Ўзбекистонда бугун аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни янада мустаҳкамлаш, касалликларни келтириб чиқарувчи салбий омилларни камайтириш, уларни бартараф қилиш, аҳоли орасида касалланишни, айниқса юқумли ва юқумсиз, муҳим ижтимоий аҳамиятга эга бўлган касалликларни камайтириш нафақат тиббий-ижтимоий балки, давлат аҳамияти даражасига кўтарилган ўта муҳим ижтимоий-иқтисодий ва сиёсий масалалардан бири саналади. Негаки, аҳоли саломатлиги даражаси жамиятнинг ҳар томонлама, айниқса иқтисодий ривожланишига, тараққий этиши ва юксалишига тўғридан-тўғри таъсир қилади.

Калит сўзлар: Санитария, эпидемиология, гигиена, саломатлик, қонун, касалликлар, профилактика, хизмат, жамоат, осойишталик.

РОЛЬ КАФЕДР ГИГИЕНЫ В ПОДГОТОВКЕ КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ КАДРОВ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ, САНИТАРИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Абдуллаев И.К., Сапаев А.Н., Кадырберганов Х.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация

В статье рассмотрена история развития санитарно-эпидемиологической службы и здравоохранения в нашей стране, деятельность ученых, способствовавших ее становлению и их вклад, путь службы в сохранении и укреплении здоровья населения, проделанная работа, обсуждаются правовые документы в этом направлении, особенно реформы, реализованные в системе в годы после обретения независимости. В Узбекистане сегодня сохранение и укрепление здоровья населения, снижение негативных факторов, вызывающих заболевания, их ликвидация, снижение заболеваемости населения, особенно инфекционными и неинфекционными болезнями, имеющими важное социальное значение, является не только медицинской и социальной, но и считается одной из важнейших социально-экономических и политических проблем, поднявшихся на уровень государственной важности. Ведь уровень здоровья населения оказывает непосредственное влияние на общее, особенно, экономическое развитие, прогресс и рост общества.

Ключевые слова: Санитария, эпидемиология, гигиена, здравоохранение, право, болезни, профилактика, обслуживание, общество, благополучия.

The Role of Departments of Hygiene in Training Qualified Personnel in Hygiene, Sanitation, and Epidemiological Safety in Uzbekistan

Abdullaev I.K., Sapaev A.N., Kadyrberganov Kh.B.
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

Annotation

The article reviews the history of the sanitary-epidemiological service and health care development in Uzbekistan, highlighting the contributions of scientists who played a key role in its formation. It outlines the progress made by this service in preserving and promoting public health. Additionally, the paper discusses the reforms implemented within the healthcare system following Uzbekistan's independence. Today, the preservation and promotion of public health, the reduction of negative health factors, and the incidence of infectious and non-infectious diseases are considered crucial socio-economic and political challenges of national importance. The level of public health has a direct impact on the overall economic development and societal progress.

Key words: Sanitation, epidemiology, hygiene, health care, law, disease, prevention, service, society, peace.

Мавзунинг долзарблиги

Мамлакатимизда аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни янада мустаҳкамлаш, касалликларни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилиш, бирламчи профилактика чора-тадбирларини такомиллаштириш, одамлар орасида соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асосларини тўлақонли шакллантириш, аҳоли орасида гигиена, санитария ва эпидемиология масалалари бўйича уларнинг билим, малака ва кўникмаларини оширишда тиббиётнинг ажралмас бир йўналиши, санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизматининг ўрни ва аҳамияти муҳим саналади. Бугун мазкур хизматни ривожлантириш, унинг замон талаби даражасига кўтариш мамлакатимизда давлат сиёсати даражасига кўтарилган масалалардан бири саналади ва бу соҳага эътибор кун сайин оширилмоқда.

Ўзбекистонда санитария, гигиена ва эпидемиология хизмати ва ушбу йўналишда малакали кадрлар тайёрлаш узоқ тарихга бориб тақалади.

1920-йилда Тошкент шаҳрида Туркистон давлат университети ташкил этилиб, унинг таркибига тиббиёт факултети ҳам кирди. 1931-йилда тиббиёт факультети университет таркибидан мустақил Ўрта Осиё тиббиёт институтига ажратилиб, 1935-йилда Тошкент тиббиёт институти деб ўзгартирилди. Тиббиёт институти таркибида тўртта факултет ташкил этилган: даволаш-профилактика, она ва чақалоқ саломатлиги, санитария-профилактика ва стоматология. 1933 йилда санитария-профилактика факултети санитария-гигиена факултети, 1992 йилда эса даволаш-профилактика факултети деб номланди. Факултет деканлари сифатида: Крйженков А.Н., Георгиевский А.В., Кампанцев Н.Н., Штибен В.Д., Дихтяр С.Р., Аковбян А.А., Введенский Д.А., Захидов А.З., Бабажанов С.Н., Мажидов В.М., Мажидов Ф.М., Мақзулов Ф.Г. Б.Х., Демиденко Н.М., Тошхўжаев П.И., Каценович Л.А., Парпиев О.П., Ҳакимов А.Х., Шакиров Э.А., Бахритдинов Ш.С., Миршарапов У.М., Миртазаев О.М., Зуфаров П.С. ва ҳозирда Тошкент тиббиёт академияси тиббий-профилактика факултетига тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ф.И Саломова раҳбарлик қилмоқда

Тошкент тиббиёт академияси тиббий-профилактика факултети нафақат Ўзбекистон, балки Ўрта Осиёнинг бошқа республикалари ва ундан ташқарида тиббиёт фанини ривожлантириш ва кадрлар тайёрлашга катта ҳисса қўшди. Ўтган йиллар давомида факултетни муваффақиятли тугатиб фаолият кўрсатган академик Турақулов Й.Х., профессорлар Заиров К.С., Сметанин Н.Н., Ковалева Э.П., Гусев М.И., Измеров Н.Ф., Убайдуллаев А.Х., Шиченин П.И., академик Т.И. Искандаров ва бошқа соханинг етук олимларни шунингдек тиббиёт фани ва амалиётининг турли соҳаларида муваффақиятли ишлаган кўплаб бошқаларни алоҳида таъкидлаш мумкин. Ўзбекистонда профилактик соғлиқни сақлашни ривожлантириш ва кадрлар тайёрлаш тарихида институтда ҳар хил гигиена йўналишидаги кафедраларда узоқ йиллар меҳнат қилган Мусабоев И.К., Юнусова Х.А., Самсонов П.Ф., Бабажанов С.Н., Каценович А.Л., Махкамов Г.М., Широкова-Диваева В.П., А.П.Заҳидовлар катта ҳисса қўшган. Демиденко Н.М., Шарипов М.К., Магзумов Б.Х.,

Романченко Н.М., Пономарева Л.А., Тошхо‘жаев П.И., Сошникова М.Н., Усмонов М.К., Махмудов О.С., Искандаров Т.И., Таджибаева Н.С., Ахмедова М.Д., Миртазаев О.М., Бобожонов А.С., Маматқулов Б.М. , Худайберганов А.С., Матназарова, Г.С., Абдуллаев И.К., Рустамова Х.Э., Искандарова Ш.Т., Саламова Ф.И., Искандарова Г.Т. лар соҳанинг тараққиётига катта ҳисса қўшдилар.

2019- 2020 йилларда бутун дунёда, жумладан мамлакатимизда ҳам кенг тарқалган COVID-19 касаллиги, республикада санитария, гигиена ва эпидемиология соҳасида малакали кадрларни тайёрлашнинг ўта муҳимлигини яна бир бор исботлади. Соғлиқни сақлаш, санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги соҳасида юқори малакага эга олий маълумотли кадрларни тайёрлаш, ходимларни касбий ривожлантириш тизимини янада такомиллаштириш ҳамда тиббиёт ташкилотлари, шу жумладан бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасаларини профессионал мутахассислар билан таъминлаш мақсадида мамлакатимиз Президенти 2020 йил 3 декабрда мамлакатимизда алоҳида санитария, гигиена ва эпидемиология йўналишида малакали мутахасисларни тайёрлаш мақсадида “Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институтини ташкил этиш” тўғрисидаги Ўзбекистон Республикаси Президентининг ПҚ-4911-сонли қарори қабул қилинди ва қарорда қуйидагилар институт фаолиятининг асосий йўналишлари қилиб белгилаб берилди:

-соғлиқни сақлаш ҳамда санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги муассасалари учун тор соҳадаги мутахассисликлар бўйича шифокорларни тайёрлашни ташкил этиш;

-етакчи хорижий тиббиёт олий таълим муассасалари билан ҳамкорликда малакали мутахассисларга эҳтиёж юқори бўлган соҳалар учун қўшма таълим ва академик мобиллик дастурлари асосида кадрлар тайёрлаш;

-замонавий билим ва кўникмаларга эга мутахассислар тайёрлаш жараёнига илғор ва масофавий таълим технологияларини кенг жорий этиш, юқори малакали профессор-ўқитувчиларни жалб этиш, электрон таълим ресурсларини ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ қилиш;

-илмий-педагогик салоҳиятнинг ривожланишини қўллаб-қувватлаш, педагогик технологиялар ва ўқитиш усулларини фаол такомиллаштириш;

-соғлиқни сақлаш, санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлигини, касалликлар профилактикаси, паразитология, микробиология, вирусология, соғлом турмуш тарзини ривожлантириш масалалари бўйича истиқболли инновацион, амалий ва фундаментал илмий-тадқиқот ишларини амалга ошириш, шунингдек, уларнинг натижаларини тиббиёт амалиётидаги мавжуд муаммолар ечимига қаратиш;

-моддий-техника базасини модернизация қилиш ва мустаҳкамлаш, симуляцион марказ, ўқув ва илмий-тадқиқот лабораторияларини замонавий асбоб-ускуналар билан жиҳозлаш каби йўналишлар белгилаб берилди.

Бугун мамлакатимизда 11та тиббиёт институтлар ва уларнинг бир неча филиаллари, қолаверса янги хусусий тиббий олий ўқув юртлари фаолият кўрсатиб келмоқда. Уларнинг ҳам аксариятида тиббий профилактика факултетлари ва гигиена йўналишидаги кафедралар ташкил этилган ва мамлакатимиз учун зарур, санитария, гигиена ва эпидемиология соҳасида малакали ва тор ихтисослаштирилган мутахасислар тайёрлаб берилмоқда. Ҳозирда мамлакатимизда мазкур хизмат “Аҳоли санитария эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги” деб юритилади. Агар масалага жиддийроқ ёндошадиган бўлсак тўғри, 2017-2018 йилларда мамлакатимизда санитария-эпидемиология хизматининг ўзи қанчалик зарурлиги, аҳоли саломатлигини сақлашдаги аҳамияти тўғрисидаги масала ҳам мухокамага қўйилган ва махсус комиссиялар тузилиб соҳа фаолияти ва унинг зарурияти ўрганилиб бошланган эди. Аммо, 2019 йилда бутун дунёда, жумладан мамлакатимизда болшанган COVID-19 пандемияси бу каби ўринсиз мухокамаларга чек қўйилишига сабаб бўлди.

Ҳар қандай мамлакатда аҳоли саломатлигини сақлаш ва уни янада яхшилашга қаратилган чора-тадбирлар, касалликларни келтириб чиқарувчи омилларни бартараф қилиш, касалликларнинг олдини олишда бирламчи профилактика тадбирларини амалга оширишнинг усул ва услубларининг илмий асосларини ишлаб чиқиш, аҳолининг барча фаолиятларида гигиеник меъёрларни ишлаб чиқиш, аҳолини ҳар хил ташқаридан кириб келадиган инфекциялардан ҳимоя килиш, халқ-хўжалигининг барча соҳаларида жорий ва огоҳлантирувчи санитария назоратларини режали амалга ошириш каби тадбирлар жамиятда айнан санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати ходимлари томонидан амалга оширилади ва ҳолат ҳақидаги хулосалар берилади. Бугун мамлакатимизда 2 та республика, 170 дан ортиқ туман, 30 дан ортиқ шаҳар ва ўнлаб соҳаларга оид санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизмати қўмиталари фаолият кўрсатиб, халқимизнинг саломатлигини сақлаш ва уни янада яхшилаш, мустаҳкамлаш йўлида хизмат қилиб келмоқда. Айниқса уларнинг хизматларининг натижаларини мамлакатимизда юқумли касалликларнинг тарқалишини камайтиришда, муҳим ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлган ноэпидемик касалликларнинг аҳоли орасида кенг тарқалишининг олдини олишда, халқ-хўжалигида фаолият кўрсатаётган барча муассаса ва ташкилотларда белгиланган гигиеник меъёрларга қатъий риоя қилишларини тўлиқ таъминлашда яққол кўриш мумкин. Аслида тиббиётда иккита, профилактика ва даволаш йўналишлари мавжуд. Ҳар қандай жамиятда профилактик йўналишнинг устуворлиги алоҳида фуқаролар саломатлигини сақлаш тўғрисидаги қонунда аниқ кўрсатилиб қўйилади, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам. Аммо, мамлакатда айрим синфларга оид касалликларнинг аҳоли орасида тарқалиш нисбатан юқорилиги сабабли, профилактик йўналиш тадбирлари, даволаш ишларининг соясида қолгандек туюлади. Аслида ҳар қандай оқибатни қайсидир бир сабаб ёки сабаблар юзага келтиради. Шундай экан, касалликларни келтириб чиқарувчи сабаблар яъни, салбий омиллар билан курашиш, аниқроғи касалликларнинг бирламчи профилактикасининг устуворлигини таъминлашда санитария-эпидемиолгик осойишталик ва жамоат саломатлиги хизматининг жамиятдаги рўлини ва аҳамиятини ҳақиқатдан ҳам биринчи даражага кўтариш бугун давр талаби.

Келтирилган маълумотлардан хулоса ўрнида таъкидлаш мумкинки, собиқ Иттифоқ даврида ҳам, мустақилликдан кейинги йилларда ҳам мамлакатимизда санитария-эпидемиологик осойиштилик ва жамоат саломатлиги хизмати аҳоли орасида қатор юқумли касалликларни узил-кесил тугатишда, уларни камайтиришда, жамиятда одамлар саломатлигини сақлаш ва уни янада яхшилаш, мустаҳкамлашда асосий чора-тадбирларни ишлаб чиқишда, уни амалиётга тадбиқ қилишда, мамлакатда санитария осойишталикни таъминлашда соғлиқни сақлаш тизимида ўз ўрнига эга етакчи соҳалардан бири саналади. Санитария гигиена ва эпидемиология соҳасида етук малакали мутахасисларни тайёрлашда олдинги йилларда битта ягона Тошкент тиббиёт институтидаги санитария-гигиена факультетининг махсус гигиена мутахасисликлари бўйича кафедралар нафақат Ўзбекистон Республикаси аҳолиси учун балки, деярли Ўрта Осиё республикалари учун олий маълумотли врачлар тайёрланган бўлса, бугунга келиб мамлакатимизда деярли барча тиббиёт олий ўқув юртларида тиббий профилактика факултетлари ва кафедралари фаолият кўрсатиб кадрлар тайёрлаш бўйича илмий-педогогик ишлар амалга оширилаяпти. Айниқса 2020 йилда мамлакатимизга COVID-19 касаллигининг кириб келиши, унинг бутун дунёда пандемия тусини олиши, санитария-эпидемиологик осойишдалик ва жамоат саломатлиги хизматининг республикамизда соғлиқни сақлаш тизимининг ажралмас бир қисми сифатида аҳоли орасида касалликни узул-кесил йўқотишда, қолаверса аҳоли саломатлигини сақлаш, уни мухофаза қилиш ва янада мустаҳкамлашда, касалликларнинг бирламчи профилактикасини кучайтириш борасида жамоатчиликнинг ролини оширишда, аҳоли орасида соғлом турмуш тарзи ва унинг маънавий асосларини шакллантиришда соғлиқни сақлаш тизимида энг асосий етакчи соҳа эканлигини яна бир бор исботлади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Ўзбекистон Республикаси Президентнинг 2020 йил 3 декабрдаги 4911-сон қарори.
2. Первый ташкентский государственный медицинский институт в годы независимости: /Альманах// Тошкент, 2002.-144с.
3. Хромченко О.М., Куценко Г.И. Санитарно-эпидемиологическая служба, Москва, “Медицина”, 1990.-272с.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Абдуллаев Р.Б., Мансурбеков Д.М., Бахтиярова А.М.
Д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней, реабилитологии и народной медицины Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии
Ассистент кафедры внутренних болезней, реабилитологии и народной медицины Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии
Студентка Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной медицины является язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, который остается актуальной проблемой внутренней медицины. Среди пожилого населения планеты количество больных язвенной болезнью составляет 6-15%. По приведенным данным, эпителизация язвы двенадцатиперстной кишки наблюдается в 80-89% случаев наряду с элиминацией возбудителей.

Цель исследования. На основе анализа клинических, морфологических, бактериологических признаков, показателей иммунного статуса и функциональной активности клеточного звена иммунной системы совершенствование диагностических критериев развития заболевания у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и оценка эффективности лечения.

Материалы и методы исследования. Сбор исследовательских материалов проводился в 2019-2022 годах на базе клиники Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии. За это время было обследовано 70 больных неосложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, разделенных на 2 группы по 35 человек в каждой. В первую группу вошли пациенты, получавшие эрадикаиционную терапию по традиционной схеме, включающую омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллин по 1000 г 2 раза в сутки и кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки. Вторая группа, кроме больных первой группы, получавших дибикор по 500 мг в качестве эрадикационной терапии 2 раза в сутки, изучалась по аналогичной схеме. В него вошли пациенты, получавшие антихеликобактеральнуюэрадикационную терапию по всем схемам после окончания недельного курса.Первой группе больных, получавших эрадикационную терапию при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, рекомендуется омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, а второй группе, кроме омепразола, рекомендуется дибикор в аналоговой дозе 500 мг в сутки до момента рубцевания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. язвенные дефекты. В обследованные группы с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки вошли пациенты без сопутствующей патологии или пациенты в состоянии стойкой ремиссии. Первую группу сравнения составили 35 практически здоровых людей при эндоскопическом и морфологическом исследовании, у которых патологии слизистой оболочки желудка не выявлено. Второй - 30 пациентов с язвенной болезнью, связанной с H. pylori.Обследовано 33 (47,1%) мужчин и 37 (52,9%) женщин. Достоверной разницы между пациентами с САГ, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в 1-й группе и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки во 2-й группе не выявлено. Пациенты практически здоровой и язвенной группы были

достоверно моложе.Всем обследованным по программе скрининга 1-го уровня проводили общий анализ крови и мочи, определяли биохимические показатели: проверяли непрямой билирубин, активность аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, активность альфа-амилазы. При микроскопическом исследовании кала при копрологическом исследовании выявлены амилорея, креаторея, стеаторея, повышенное количество эритроцитов и лейкоцитов; Анализ кала проводился для выявления скрытого кровотечения.

Результаты исследования.ЭГДС-мониторинг больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки проводили через 2, 4 и 6 недель после начала лечения согласно рекомендациям Российской ассоциации гастроэнтерологов. Для уточнения топографии воспаления, кишечной метаплазии и дисплазии по морфологическим изменениям использовали 0,25% раствор метиленового синего. Материал для гистологического исследования брали из нижнего отдела желудка. Биопсийный материал фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 24 часов, затем промывали в проточной воде в течение суток. После фиксации материал обезвоживают и помещают в специальный раствор. Серийные депарафинированные срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином для гистологического исследования. Цитологические препараты окрашивали по методу Романовского-Гимзы, исследуя данные, полученные со слизистой оболочки фундального отдела желудка и антрального отдела. Для этого количество микробных телец H. pylori подсчитывали в 10 случайных полях зрения. Установлено 3 уровня контаминации: 1 (легкая) - до 20 микробных тел в поле зрения, II (средняя) - от 20 до 50 микробных тел, III (тяжелая) - более 50 микробных тел.Морфологическое исследование подтвердило диагноз САГ, связанного с инфекцией Helicobacterpylori.Так, у больных язвенной болезнью выявлена инфильтрация слизистой оболочки антрального отдела желудка мононуклеарами и нейтрофилами. При этом низкая активность гастрита отмечена у 56,7% больных, средняя активность - у 36,7%, высокая активность - у 6,7%. При оценке выраженности инфильтративных изменений антрального отдела желудка у 46,7% больных их уровень оказался низким, у 43,3% - средним и у 10% - высоким. Установлено, что низкий уровень обсемененности H. pylori составил 36,7%, средний уровень - 43,3%, высокий уровень - 20%. Слизистая оболочка кишечника соответствует нормальному гистологическому строению. На основании полученных данных отмечается увеличение в несколько раз пролиферативного потенциала эпителиальных клеток кишечника у больных язвенной болезнью.Наши данные показывают, что на начальной стадии каскада Коррея - язвенной болезни - процессы пролиферации преобладают над апоптотической активностью эпителиальных клеток кишечника, что служит фоном для образования в них язв. У 39% больных метапластические изменения были классифицированы как легкие, у 2% – как умеренные. Следует отметить, что только у 1% наблюдается неполная кишечная метаплазия, а у остальных 40% — полная метаплазия.

Выводы.Таким образом, обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обычно сопровождается высокой активностью антрального гастрита, высокой степенью поражения слизистой оболочки H. pylori, кишечной метаплазией и в редких случаях дисплазией по сравнению с язвенной болезнью.

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА

Абдурахманов И.Т., Ганиев А.Г
Андижанский филиал Какандского университета
Андижан, Узбекистан

Аннотация. Исследовать планиметрические показатели Р, комплекса QRS и ST– T в стандартных отведениях и прекардиальных отведениях. Обследовано 1733 детей в возрасте 7 – 14 лет. Установлено что, основную структуру ПВЖ составляют синдром

(29,3%), феномен CLC (24,4%) и феномен WPW (20,7%), чем феномен Махайма (14,6%) и синдром WPW (11,0%). При этом важной дигностической информативностью обладают значение вектора и угла желудочкового (вентрикулярного) градиента (ÂG,ĤG), ЭКГ синдромы реполяризации желудочков [(Tv1 – Tv6)] и де – и реполяризации правого желудочка [(Rv1) – (Tv1)].

Ключевые слова: ЭКГ, дети, преждевременным возбуждением желудочков, синдрома CLC, феномена CLC и Махайма.

Abstract. Study the planometric parameters of P, the QRS complex, and ST-T in standard and standard preparations. 1733 children aged 7-14 were examined. It was established that the main structure of PVS consists of the syndrome (29.3%), CLC phenomenon (24.4%), and WPW phenomenon (20.7%), compared to the Maheim phenomenon (14.6%) and WPW syndrome (11.0%). At the same time, the value of the ventricular (ventricular) gradient vector and angle (âG, ΔG), ECG of ventricular repolarization syndromes [(TV1 - TV6)] and right ventricular repolarization [(RV1) - (TV1)]] have important diagnostic information.

Keywords: ECG, children, premature ventricular excitation, CLC syndrome, CLC, and Maheim's phenomenon.

Аннотация. Биз тандарт тармоқларда ва прекардиал тармоқларда Р, ҚРС ва СТ-Т комплексининг планиметрик кўрсаткичларини 7-14 ёшдаги 1733 нафар болаларда ўргандик. Махайм феномени (14,6%) ва WPW синдромига (11,0%) нисбатан ПВСнинг асосий структурасини синдром (29,3%), CLC феномени (24,4%) ва WPW феномени (20,7%) ташкил этиши аниқланди. Бунда қоринча (вентрикуляр) градиенти вектори ва бурчаги (ÂГ,ВГ), ЭКГда қоринчалар реполяризатсияси синдромлари [(Тв1 - Тв6)] ва ўнг қоринча де- ва реполяризатсияси [(Рв1) - (Тв1)] муҳим диагностик информативликка эга эканлиги исботланди. **Калит сўзлар:** ЭКГ, болалар, қоринчаларнинг эрта қўзғалиши, CLC синдроми, CLC ва Махайм феномени.

Введение. Предсердие в месте с узлами автоматизма является регулирующим центром, благодаря которой работает сердца [4,8,10]. Целый ряд заболеваний (врожденные, приобретенные пороки сердца, обструктивные заболевания легких и др.) сопровождаются поражением предсердий и проводящей системы, располагающихся в них [2,5]. В терапевтической литературе сообщается, о частом поражении предсердий при синдроме WPW (до 25-30%), клиническими признаками которых является мерцательная аритмия, предсердная экстрасистолия, диффузные поражения миокарда предсердий, межпредсердные и внутрипредсердные блокады [1,3,6,9]. Их совокупность некоторые исследователи, объединяют в группу «предсердной болезни», частыми осложнениями который являются приступы наджелудочковой тахикардии - НПТ (до 60-80%).

Клиническое значение ПВЖ определяется тем, что почти у 80,0% больных рано или поздно развиваются тахиаритмические приступы, как пароксизмальные (т.е. переходящие), так и хронические (постоянно – возвратная форма) тахиаритмии, мерцательная аритмия, трепетание предсердий, которые при определенных условиях трансформируются в фибрилляции предсердий и желудочков, представляющие угрозу для жизни больного [4,7,10].

Именно поэтому важны ранняя диагностика и наблюдение данных больных. На сегодняшний день врачи все больше обращают внимание на генетические аспекты различных сердечно - сосудистых заболеваний, в т. ч. синдрома ПВЖ, что успешно используется при прогнозировании и диагностике скрытых форм заболевания. В статье представлена общая клиническая характеристика больных детей с преждевременным возбуждением желудочков.

Цель исследования: Изучить процесс электрической активности предсердий, сбалансированности последнего с процессами деполяризации желудочков, а также

развитие патологических изменений в предсердиях (гиперфункции и гипертрофии) при различных типах и вариантах ПВЖ у детей.

Материал и методы исследования: Обследовано 1733 детей в возрасте 7 – 14 лет (девочек – 827, мальчиков – 906). Они отбирались из общей популяции школьников (17330 детей) путем простой рандомизации (А – девочки, Б – мальчики), что составило основу 10% – ной выборки (Двойрин В.В., Клименков А.А 1985). Программа обследования осуществлялись в два этапа. I этап проводился по следующей программе: стандартный опрос, объективное обследование детей и стандартный опрос родителей (анкета Роуза) на предмет выявления приступов тахиаритмий или его эквивалентов; изучение АД (трехкратно), подсчет пульса; антропометрические исследования и оценка полового созревания обследованных детей; Электрокардиография (в 12 стандартных отведениях).

Результаты и их обсуждение. Некоторые амплитудные показатели зубца Р и его интервальные величины у здоровых и больных детей с ПВЖ представлены в таблице 1 и 2. Как видно из данных табл. 1 и 2 амплитуда зубца Р во II стандартном отведении у детей в возрасте 7-10 лет равна 0,65±0,029 мм, с возрастом (к 11-14 лет) это значение уменьшается **(0,54±0,02 мм. P<0,001), а** продолжительность зубца Р со временем увеличивается от 0,065±0,001 сек до 0,081±0,002 сек, P<0,001).

Необходимо отметить, что амплитудные значения Р в наших исследованиях несколько отличались от данных литературы (0,75±0,18 сек). [6]. У наших детей во II стандартном отведении выявлялись более высокие значения R, соответственно в возрасте 7-10 лет и 11-14 лет (12.3±0.25 и 10,1±0,25 мм., p<0,01, p<0,05), что также отличается различие от данных вышеуказанных авторов (7,30±2,0 мм). Высокие значения R во II стандартном отведении по сравнению с данными литературы очевидно связаны с узкой грудной клеткой и относительно низкой величиной подкожного жира у наших детей. В связи с этим отношение зубца R и Р в этом отведении у наших здоровых детей имеет высокое значение (18,9±0,09 и 18,0±0,16, p<0,001), чем у данных выше цитированных литературных источников [4, 6, 8].

Значения зубца R во II стандартном отведении у больных детей с синдромом (9,5 и 8,25мм) и феноменом WPW (8,83 и 7,4 мм), а также при феномене Махайма (9,0 и 6,57 мм) в возрастные периоды 7-10 и 11-14 лет уменьшены по сравнению с данными здоровых

Таблица 1.

Показатели электрической активности предсердий у больных детей с ПВЖ в возрасте 7-10 лет (M±m)

№	Показатели	Здоровые n=50	Синдром WPW n=4	Феномен WPW n=7	Синдром CLC n=9	Феномен CLC n=11	Феномен Махайма n=4
1	**Амплитуда Р, мм**	0,65±0,029	0,55±0,08	0,62±0,11	0,54±0,08	0,48±0,05*	0,52±0,05*
2	**Длительность Р, сек.**	0,065±0,001	0,062±0,011	0,063±0,01	0,064±0,01	0,058±0,06	0,064±0,01
3	**ÂР**	35,7±2,92	40,1±7,38	39,2±3,31	42,3±4,48	38,4±2,36	32,7±9,04
4	**Коэффициент треугольника (усл.ед.)**	0,200±0,006	0,153±0,039	0,201±0,026	0,159±0,019*	0,166±0,013*	0,225±0,043
5	**Индекс Макруза**	0,905±0,029	2,385±0,15*	1,575±0,13*	1,939±0,09*	1,184±0,08*	0,778±0,04*
6	**Показатель ССПЛП, V 1 (мм/сек)**	0,0101±0,002	0,0231±0,002*	0,0187±0,0012*	0,0237±0,002*	0,0195±0,001*	0,0226±0,002*
7	**ВВОПП, V1.2 сек**	0,011±0,002	0,012±0,002	0,014±0,002	0,013±0,001	0,012±0,001	0,012±0,003
8	**ВВОЛП, V5.6 сек**	0,032±0,001	0,035±0,09	0,034±0,003	0,039±0,002*	0,041±0,003*	0,036±0,003
9	**Скорость подъёма Р мм/0,01сек**	0,197±0,006	0,177±0,012	0,194±0,016	0,169±0,014	0,166±0,010*	0,163±0,015*
10	**Угол α**	40,4±1,04	37,0±5,61	42,3±5,29	39,4±2,39	41,2±3,03	47,3±2,77*
11	**Угол β**	46,2±1,29	36,5±8,47	45,4±4,54	44,6±3,10	42,1±2,92	46,0±2,48
12	**Угол γ**	93,4±2,17	106,5±7,29	92,3±9,83	96,0±4,04	96,7±3,96	86,8±2,48*

Примечание:
1. ССПЛП-сила соотношения площади левого и правого предсердия.
2. ВВОПП и ВВОЛП - соответственно право и лево предсердное внутреннее отклонение.
3. Данные кром отмеченных - *(p<0,05-0,001) во всех случаях не достоверны (p>0,05).

Таблица 2.

Показатели электрической активности предсердий у больных детей с ПВЖ в возрасте 11-14 лет (M±m)

№	Показатели	Здоровые n=50	Синдром WPW n=5	Феномен WPW n=10	Синдром CLC n=15	Феномен CLC n=9	Феномен Махайма n=8
1	Амплитуда Р, мм	0,54±0,02	0,62±0,11	0,64±0,08	0,58±0,05	0,61±0,08	0,52±0,07
2	Длительность Р, сек.	0,081±0,002	0,064±0,02	0,062±0,01	0,065±0,01	0,062±0,01	0,078±0,011
3	ÂР	45,4±2,12	49,2±4,68	50,5±6,09	52,3±6,28	48,3±6,67	46,5±6,88
4	Коэффициент треугольника (усл.ед.)	0,140±0,007	0,168±0,017	0,178±0,02	0,155±0,03	0,175±0,04	0,133±0,02
5	Индекс Макруза	1,081±0,04	2,133±0,16*	1,476±0,15*	2,167±0,25*	1,419±0,19*	1,023±0,15
6	Показатель ССПЛП, V 1 (мм/сек)	0,0205±0,001	0,0189±0,002	0,0259±0,003	0,0222±0,001	0,0228±0,002	0,0173±0,001*
7	ВВОПП, V1.2 сек	0,019±0,001	0,022±0,002	0,016±0,002	0,015±0,001*	0,017±0,003	0,015±0,003
8	ВВОЛП, V5.6 сек	0,038±0,001	0,036±0,004	0,037±0,003	0,035±0,002	0,036±0,004	0,032±0,002
9	Скорость подъёма Р мм/0,01сек	0,134±0,005	0,194±0,07	0,206±0,04	0,176±0,02	0,188±0,03*	0,133±0,02
10	Угол α	38,2±1,33	44,8±5,79	41,9±3,25	36,7±3,47	47,6±5,69	44,1±2,91
11	Угол β	42,8±1,42	39,6±5,36	38,8±3,68	36,3±2,93	43,5±4,76	50,4±2,76
12	Угол γ	99,0±3,52	95,6±2,48	99,3±5,3	106,9±3,85	88,9±8,08	85,5±4,53

Примечание:
1. ССПЛП-сила соотношения площади левого и правого предсердия.
2. ВВОПП и ВВОЛП - соответственно право и лево предсердное внутреннее отклонение.
3. Данные кроме отмеченных - *(p<0,05-0,001) во всех случаях не достоверны (p>0,05).

детей (12,3 и 10,1 мм), и вследствие этого у них выявлялись низкое соотношение R и P в этом отведении (от 14,2 до 17,3 против 18,9 и 18,0 у здоровых детей). У больных детей с синдромом (13,8 и 11,1 мм) и феноменом CLC (15 и 13,7 мм), амплитуда зубца RII по сравнению со здоровыми увеличено и потому у них выявляется высокое соотношение R и P (25,6 и 19,1) и (31,3 и 22,5) в возрастные периоды 7-10 и 11-14 лет. По продолжительности и амплитуде зубца P во II стандартном отведении больные дети с различными проявлениями ПВЖ не отличались от данных здоровых детей ($p>0,05$), лишь у больных детей с феноменами CLC и Махайма в возрасте 7-10 лет обнаружен более низкий вольтаж зубца P ($p<0,01$, $p<0,05$).

Индекс Макруза (см таб.1 и 2.) характеризующий соотношение продолжительности зубца Р к сегменту Р-Q у здоровых школьников в возрасте 7-10 лет в среднем составил 0,905±0,029 усл.ед, и увеличивался с возрастом (1,081±0,04 усл.ед. $p<0,001$). Данные таблицы 1 и 2 показывают, что индекс Макруза в диагностике гипертрофии миокарда предсердий у больных детей с проявлениями ПВЖ кроме феномена Махайма не имеет каких-либо клинических значений т.к. при этих типах ПВЖ существенно укорочен сегмент Р-Q (см. ниже). Поскольку в оценке индекса Макруза имеет значение удлинение продолжительности зубца Р, а последняя известно, обусловлена усилением электрической активности левого предсердия, то выявленные случаи гипертрофии миокарда левого предсердия при данных видах ПВЖ по индексу Макруза следует считать ложно положительным.

При синдроме WPW показатель ВВОПП отрицательно коррелировался с индексами Эрисмана ($r=-0,482$ $p<0,05$), Бругша ($r=-0,536$ $p<0,01$), и ИМР ($r=-0,690$ $p<0,01$), ВВОЛП с окружностью грудной клетки ($r=-0,402$ $p<0,05$), индексом Эрисмана ($r=-0,419$ $p<0,05$), Бругша ($r=-0,369$ $p<0,05$), ИМР ($r=-0,484$ $p<0,05$). При феномене WPW показатель ВВОПП положительно коррелировался с длиной тела ($r=0,469$ $p<0,01$), массой тела ($r=0,385$ $p< 0,05$), индексом Варги ($r=0,326$ $p<0,05$), АПТ ($r=0,306$ $p<0,05$), коэффициент треугольника с показателем индекса Эрисмана ($r=0,437$ $p<0,01$), Пинье ($r=0,329$).

У больных детей с синдромом CLC корреляционные связи показателей активности предсердий и физического развития были менее значительными, но существенными. Так, ВВОПП отрицательно коррелировался с индексом ИМР ($r=-0,314$ $p<0,05$), а ВВОЛП с длиной тела ($r=-0,460$ $p<0,01$), ИМР ($r=-0,432$ $p<0,01$), индексом Пинье ($r=-0,461$). Эти данные могут свидетельствовать о том, что ретрадированные дети по антропометрическим показателям и индексам, более подвержены изменениям предсердий, особенно по показателям ВВОПП, ВВОЛП, что необходимо учитывать при интерпретации ЭКГ данных.

ЭКГ диагностика патологических процессов в миокарде предсердий основывается [9, 10], преимущественно на раздельном изучении основных параметров и архитектуры Р (продолжительность, амплитуда, формы). В связи этим представляет важное практическое значение изучение последних с помощью планиметрического исследования зубца Р, где сопряжено изучаются оба эти параметра – мв.мс. [5, 8]. Результаты такого анализа нашего материала представлены на рис.1 и 2.

Так, у здоровых школьников в возрасте 7-10 лет средний вектор Р в этой системе располагался в 35.7±2.92° (с размахом от –5,6° до +76,9°), что очевидно связано с низким ростом детей на этом возрастном этапе, чем у детей в возрасте 11-14 лет. У последних средний вектор Р во фронтальной плоскости несколько сдвинут вправо, вперед и в среднем составил 45,4±2,12° (от +15,4 до +75,4°). Данные рис.1 и 2 показывают, что у здоровых детей в возрасте 7-10 лет максимум площади зубца Р (мв·мс) обнаруживается во II стандартном отведении, площадь зубца P_I больше, чем зубца P_{III}. Отношение площади P_{III}/P_I в среднем составило 0,278±0,003.

Результаты рис.2 также показывают, что у здоровых детей с возрастом (к 11-14 лет) площади зубца Р увеличиваются в стандартных и усиленных отведениях от конечностей, увеличивалась площадь зубца Р в грудных отведениях V_2-V_4, по сравнению с детьми 7-10 лет.

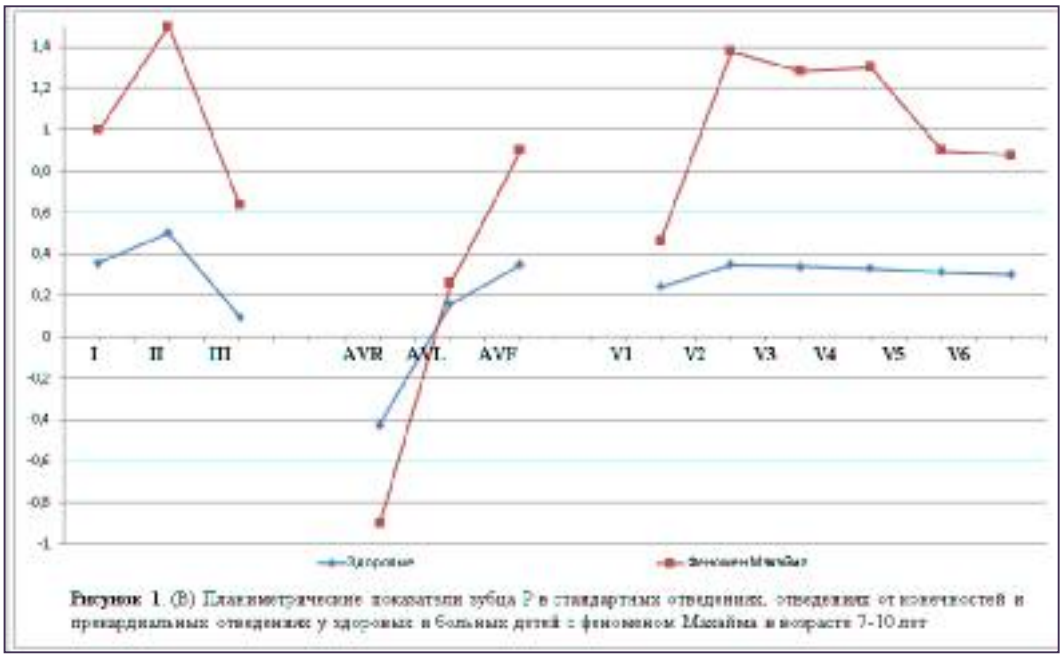


Рисунок 1. (В) Планиметрические показатели зубца Р в стандартных отведениях, отведениях от конечностей и прекардиальных отведениях у здоровых и больных детей с феноменом Махайма в возрасте 7-10 лет



Рисунок 2. (В) Планиметрические показатели зубца Р в стандартных отведениях, отведениях от конечностей и прекардиальных отведениях у здоровых и больных детей с феноменом Махайма в возрасте 11-14 лет

Общей тенденцией изменений динамики зубца Р у больных детей в возрасте 11-14 лет (рис.2.) явилось уменьшение площади зубца Р в I и увеличение площади во II стандартном отведении. Особенностями площади зубца Р в прекардиальных отведениях у этих детей явилось более очерченное преобладание площади зубца Р в левых прекардиальных отведениях. Последние более выражены при синдроме CLC и феномене WPW, Махайма.

Таким образом нами показано, что здоровые дети нашего региона, отличаются по амплитудно-интервальными величинами зубца Р, что необходимо учитывать в повседневной работе врачей электрокардиологов – педиатров. Впервые в практике врача-педиатра изучены показатели ЭКГ, характеризующие электромеханическую активность предсердий у здоровых и больных детей с ПВЖ, включающие планиметрическое исследование ЭКГ зубца Р. Выявлены некоторые ЭКГ особенности больных детей с ПВЖ, свидетельствующие о некоторой задержке биологической инверсии миокарда правого предсердия, гиперфункции левого предсердия, нарушения процессов деполяризации

предсердий, обусловленные нарушениями ритма и проводимости сердца из-за гемодинамических перегрузок. Показано о несостоятельности индекса Макруза в диагностике гипертрофии предсердий у больных детей с ПВЖ и высоких корреляционных связей с гиперфункцией правого и левого предсердия с показателями активности предсердий-коэффициента треугольника, показателя ССПЛП, ВВОЛП, скорости подъема Р (мм/0,01 сек), углов α, β, γ в архитектонике зубца Р. При этом нами показано, что изучение интервальных величин зубца Р (мв•мс), вектора и угла зубца Р во фронтальной и горизонтальной плоскости, позволяет определить нарушения процессов деполяризации предсердий и желудочков из-за аномального проведения импульса при ПВЖ.

Литература.

1. Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Голухова Е.З. и др. Клинические рекомендации: «Фибрилляция предсердий». ФГБУ ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ— Москва, 2017.
2. Ганиев А.Г., Абдурахманов И.Т, Кутликова Г.М., Атахонова Н.С. Планиметрические показатели экг у больных детей с преждевременным возбуждением желудочков по типу синдрома clc, феномена clc и махайма// Международный современный научно-практический журнал//Научный импульс. № 29 (100). Января 2025 г.Стр.270-276.
3. Голухова Е.З., Громова О.И., Булаева Н.И. и др. Эпикардиальный жир и фибрилляция предсердий: роль профиброгенных медиаторов. Кардиология. 2018;58:58–64.
4. Ривин А.Е., Гордива М.В., Сокуренко Н.С., Медведев М.М. К вопросу о свойствах дополнительных путей проведения. Вестник аритмологии. // 2015. №79. С. 70 - 72.
5. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. М.Л. Столина, М.Г. Шегеда, Э.Ю. Катенкова // ТМЖ. 2019. №4.
6. Руководство по кардиологии в четырех томах Под редакцией академика Е. И. Чазова. Москва, «Практика», 2014.
7. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, McMurray JJ. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study. Heart. 2001;86:516–521.
8. Peinado R, Arribas F, Ormaetxe JM, Badia X. Variation in quality of life with type of atrial fibrillation. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1402–1409.
9. Svennberg E, Engdahl J, Al-Khalili F et al. Mass Screening for Untreated Atrial Fibrillation: The STROKESTOP Study. Circulation. 2015;131:2176–2184.
10. Задионченко В.С., Шехян Г.Г., Снеткова А.А., Щекота А.М., Ялымов А.А. Роль дополнительных проводящих путей сердца в предвозбуждении желудочков. Справочник поликлинического врача. 2012 - №6-С. 46-49.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ

Абдурахманов И.Т., Ганиев А.Г.

Андижанский филиал Какандского университета

Андижан, Узбекистан

Нами анализированы ЭКГ – данные детей получивших лечение в дет. кардиоревматологическом отделении АндГосМи по поводу кардиальной и экстракардиальной патологии, где из 30 случаев всего выявленных случаев ПВЖ, лишь в 5 случаях, они расценены врачами как первичная патология, а в 25 случаях как осложнение основного заболевания. Случаи ПВЖ в условиях проведения профилактических осмотров чаще выявлялись, чем в условиях клиники. При профилактических осмотрах наиболее часто выявлялись феномен Махайма, синдром CLC, реже синдром WPW и феномен CLC. Среди 30 детей с синдромами и феноменами ПВЖ выявленные в условиях клиники преобладали случаи с феноменом WPW, реже феноменом CLC и синдромом WPW, и одной четверти случаев с синдромом CLC.

Планиметрический метод количественного анализа ЭКГ проводили согласно рекомендации Стомбольцян Р.Г. и Р.В., Михаелянц (метод. рекомендации Ереван, 1981) При этом отдельно исследовались планиметрические показатели Р, комплекса QRS и ST-T в стандартных отведениях и прекардиальных отведениях

Распределение больных детей с проявлениями ПВЖ в зависимости от пола и возраста показали, что ПВЖ часто встречается среди мальчиков, чем девочек, чаще в возрасте 11-14 лет.

Нами установлено, что в анамнезе больных детей чаще всего имелась патология вирусного и бактериального генеза верхних дыхательных путей соответственно у девочек и мальчиков, желудочно – кишечного тракта – вирусные гепатиты, кишечные инфекции в 20,0 и 24,6% случаях. Среди больных детей с проявлениями ПВЖ высок удельный вес часто болеющих детей, соответственно у 29,8% и 24,0% мальчиков и девочек, что значительно превышает данные здоровых детей. У обследованных больных детей довольно часто выявляется хронические очаги инфекции соответственно у 29,8 и 32,0% мальчиков и девочек.

Нами показано, что у больных девочек с проявлениями ПВЖ в семьях обнаруживается большая пораженность родственников I степени родства по болезням органов дыхания, мочевыделительной системы, периферической крови эндокринной системы, болезни кожи и ее придатков, нервно – психические заболевания. У больных мальчиков среди родственников I степени родства наблюдалась концентрация ревматических болезней, болезни периферической крови и нервно-психической сферы. У больных детей соответственно у девочек и мальчиков, семейные накопления таких заболеваний, как болезни желудка и 12 перстной кишки, а также нервно-психической сферы, болезни печени наблюдались и среди родственников II степени родства, что с некоторой условностью свидетельствуют о доминантном типе наследования с неполной пенентрантностью (Бочков Н.П, 1984). Особая настороженность вызывает обнаружение высокой частоты внезапной смерти у родственников II степени родства больных девочек с проявлениями ПВЖ.

Обследованные дети с проявлениями ПВЖ предъявляли самые разнообразные жалобы, связанные с возрастом, полом обследованных и имели разные вегетативные окраски. Так, соответственно мальчики и девочки, предъявляли жалобы на чувство онемения, «мурашки» (парестезия) на коже туловища, на конечностях, общую или регионарную (преимущественно на ладоне и подошве) потливость, чувство «прилива» при эмоциональних и физических нагрузках, не переносили душных помещений, езду в автомобиле, у некоторых отмечалась непереносимость холодной погоды, отмечались головная боль временами пульсирующего характера, сопровождавшаяся «звоном в ушах», потемнением в глазах, ощущением сердцебиения, что напоминает картину симптомокомплекса – предсинкопальных явлений. У 5,26 и 12,0% детей (мальчики и девочки) отмечалась чувство нехватки воздуха и «вздохи», боли в конечностях. Обращает на себя внимание то, что у 35,0% девочек и 24,6% мальчиков выявлялись жалобы на кратковременные боли в области сердца с нечеткой локализацией которые, носили чаще «ноющий», «давящий» характер, реже «колющий», они сопровождались чувством «сердцебиения» и «перебоев».

Обобщая результаты исследования и клинического наблюдения детей с ПВЖ можно утверждать, что проявления последного не является редкой патологией для детей нашего региона. ПВЖ имеют целый ряд клинико-электрокардиографических особенностей, связанных со здоровьем и пре- и постнатальным развитием детей, у них нарушены электрофизиологические особенности миокарда, выявляются асинхронизм фаз деполяризации предсердий и желудочков, несоразмерность в ЭКГ интервалах де- и реполяризации желудочков, что приводит к угнетению сократительной способности миокарда с развитием гипертрофии отделов сердца, увеличению риска развития наджелудочковых тахиаритмий.

СУРУНКАЛИ ГАСТРОДУОДЕНИТ ВА АФТОЗ СТОМАТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА БИОХИМИК ТЕКШИРУВЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ

Аллазаров К.А.
Урганч Ранч технология университети Тиббиёт кафедраси, ассистенти

Замонавий стоматологик амалиётнинг муҳим муаммоларидан бири сифатида тишлар, пародонт тўқималари ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини аниқлаш, олдини олиш ва даволашни такомиллаштириш масалалари долзарб бўлиб қолмоқда ва бу соҳада дунё бўйлаб олиб борилаётган кўплаб тадқиқотларга қарамай, мазкур муаммолар ўз аҳамиятини йўқотган эмас.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари стоматология амалиётида энг кенг тарқалган, бироқ етарлича ўрганилмаган муаммолардан бири ҳисобланади. Ташқи ва ички омилларнинг доимий таъсири туфайли оғиз бўшлиғи турли патологик жараёнлар ифодаланадиган жойга айланади. Инсон организмида мавжуд бўлган ҳар қандай тизимли касаллик оғиз бўшлиғи ҳолатига таъсир қилмай қолмайди. Сурункали гастродуоденит ва афтоз стоматит бўлган беморларнинг клиник ва биохимик текширувлар таҳлили шуни кўрсатдики, сурункали гастродуоденит (СГД) фонида ривожланган сурункали рецидив қилувчи афтоз стоматит (СРАС) оғиз бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнлари ва оксидловчи стресс ҳолатининг кучайиши билан намоён бўлади.

Клиник текширув жараёнида Хоразм вилояти стоматология поликлиникасида 2021–2024 йиллар давомида 18-60 ёшдаги жами 118 нафар шахс таҳлил қилинди. Улардан 84 нафар беморда СГД фонида СРАС аниқланган бўлиб, 34 нафар соматик патологиясиз шахслар назорат гуруҳи сифатида жалб этилди.

Беморларнинг оғиз бўшлиғида қуйидаги клиник аломатлар қайд этилди:

- оғизда оғриқ ва ачишиш — 78 нафарда (92.8%);
- шиллиқ қаватдаги гиперемия ва шиш — 73 нафарда (86.9%);
- афта ва эрозиялар — 65 нафарда (77.4%);
- сўлак ажралишида пасайиш — 59 нафарда (70.2%);
- оғиз суюқлигининг pH даражаси 5.5±0.2 (норма — 6.8–7.2).

Биохимик таҳлиллар натижалари:

- Малондиальдегид (МДА) даражаси СРАС бўлган беморларда 4.82±0.25 нмоль/мл (назорат гуруҳида 2.46±0.18 нмоль/мл);
- Каталаза фаоллиги — 14.2±1.5 мкмоль/мл/мин (назоратда — 26.8±2.1 мкмоль/мл/мин);
- Эластаза — 9.1±0.4 нг/мл (назоратда — 3.8±0.2 нг/мл);
- Уреаза фаоллиги юқори бўлиб, микробиологик дисбалансга ишора қилган;
- Антиоксидант-прооксидант индекси (АПИ) СРАС гуруҳида 0.38±0.04 бўлса, назоратда — 1.12±0.05;
- Дисбактериоз даражаси (ДД) — 2–3 даражали ҳолат 68 беморда (81.0%) қайд этилди.

Хулоса қилиб айтганда, СГД ва СРАС билан касалланган беморларда клиник аломатлар ва биокимёвий ўзгаришлар бир-бири билан боғлиқ ҳолда кечади. Бу ҳолат, патогенетик даволаш усулларини ишлаб чиқиш ва антиоксидант ҳимояни тиклаш орқали терапевтик самарадорликни ошириш имконини беради.

ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕСЕН

Бабаджанов Р.А., Юлдошев Б.С., Бабаджанов А.Р.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность проблемы: Одним из звеньев патогенеза заболеваний пародонта является нарушение регионарного кровообращения, включая микроциркуляцию. Данные нарушения требуют применения достаточно чувствительных методов их диагностики, одним из которых является метод лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ). Изучение скоростных параметров кровотока имеет важное диагностическое значение при заболеваниях пародонта.

Цель исследования: Изучение функциональных изменений в тканях пародонта у пациентов с хроническим катаральным гингивитом, с методом Лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ)

Материалы и методы исследования. Нами было обследованы 107 больных с диагнозом хронический генерализованный катаральный гингивит (ХГКГ). Больных разделили на две группы: основная группа 57 (53%) пациентов и группа контроля 50 (47%) пациентов. Контрольную группу составляли 50 практически здоровых лиц, средний возраст составил 19,15±1,47 года. Возраст больных от 19 до 30 лет: мужчин - 77 (72%), женщин - 30 (28%), имели средний возраст 19,5±1,31 года.

Для исследования состояния микроциркуляции в слизистой дёсен использовали метод лазерной допплеровской флоуметрия (ЛДФ), с аппаратом ЛАКК-01.

Результаты и их обсуждение: При обследовании больных использовали индексы гигиены OHI-S по Greene-Vermillion, индекс кровоточивости десен, воспаление десневого края оценивали индексом PMA по Parma.

По данным ЛДФ, в группе здоровых лиц уровень капиллярного кровотока по параметру микроциркуляции (ПМ) составил (16,23±1,01) перф. ед. Среднее квадратичное отклонение колебаний кровотока (СКО) равнялось (1,98 ± 0,1) перф. ед. Коэффициент вариации (Kv) составил (11,68±1,9) %. При исследовании капиллярного кровотока в области катарально измененных поражений отмечались выраженные микроциркуляторные расстройства. Показатель микроциркуляции составил 26,43 ± 2,2. Среднее колебание перфузии относительно среднего потока крови (СКО) - 1,52 ± 0,12; коэффициент вариации равнялся (5,43 ± 1,23) %. ЛДФ-сигнал повышается в группе наиболее выраженных воспалительных изменений в слизистой полости рта (очаг воспаления) по сравнению с группой контроля.

Вывод: Таким образом, в перечисленных составляющих в допплерограмме которое объективно отражает состояние гемодинамики в микроциркуляторном русле и может использоваться для оценки степени расстройств капиллярного кровотока.

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ГИНГИВИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР МИЛКИДА КЛИНИКО МАРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИ ЎРГАНИШ

Бабаджонов Р.А., Бабаджанов. А.Р.
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги: Цивилизация ривожланиб бориши асносида пародонт касалликлари ортиб бориши кузатилмоқда. Урганч шаҳридаги мактаб ўқувчилари ва талабалари ўртасида ўтказилган текшириш натижалари шуни кўрсатдики сурункали катарал гингивит 15-18 ёшдаги ўсмирлар ўртасида жуда кўп учраб 89-96% ни ташкил қилган, энг кўп қайд қилинган клиник белги эса 81,7% ҳолатда учраган тиш тошларидир. Бутун дунёда катарал гингивитларни ўрганиш бўйича кўп ишлар қилинганига қарамасдан муаммо долзарблигича қолмоқда, шундан келиб талабалр орасида бу текширувни ўтказиш қизиқиш уйғотади.

Илмий ишнинг мақсади. Сурункали катарал гингивит билан оғриган беморларни милкида даволашдан олдин ва даволашдан кейинги морфологик ўзгаришларни ўрганиш.

Материаллар усуллар. Материал бўлиб Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиалининг стоматология факультети талабалари орасидан танламасдан текширувдан ўтказилган 350 нафар талабанинг текширув материаллари олинди.

Оғиз бўшлиғи гигиенаси холатини Greene-Vermillion (1964) бўйича гигиена индекси (OHI-S) орқали бахоланди.

Милклар яллиғланиш даражасини Muhlemann - SBI (1971) индекси орқали яъни милклар эгатчаларини зонд билан таъсирлантириш орқали тасдиқладик.

Олинган натижалар. Текширув жараёнида яллиғланиш ва тарқалиш чуқурлиги индекси (PMA) ўртача 18,59 ± 1,74, гигиен индекси эса OHI-S - 1,49 + 0,59, SBI индекси бўйича қон кетиш 1,19 ± 0,04, ни ташкил қилиб милкларда яллиғланиш ривожланганлиги холатини тасдиқлади.

Цитоморфометрик тахлиллар шуни кўрсатдики, одатдаги холатларда Деструкция индекси (ДИ) ва яллиғланиш-деструктив индекси (ЯДИ) ўсмирларда катталардагидай бўлиб, ДИ 0 дан 800 гача, ЯДИ 0 дан 20 гача кузатилади, аммо катарал гингивит кузатилган беморларда ЯДИ тарафга силжиш кузатлди. Текширувдаги 20% талабаларда ДИ индекснинг ортиши аниқланди. Шуни таъкидлаш лозимки текширилувчиларнинг асосий қисмида ЯДИ индексининг ортиши кузатилди. Мухтасар қилиб айтганда пародонтнинг яллиғланиши бир текширилувчининг турли зоналарида цитологик суратда яллиғланишнинг турли даражада кечиши билан борди, яъни енгил дастлабки давр ўзгаришлари ва оғир чуқур ўзгаришлар билан. Огиз бошлигини чаювчи дори воситалари билан 2 ой даволаш курси ўтказилгандан кейин, клиник текширув ўтказилиб қуйидагилар аниқланди. Шил-лиқ қавати оч-пушти рангда, шишиш белгилари йўқ, қонашга бўлган шикоятлар аниқланмади. Гигиена индекси ўзгаришсиз бўлиб унинг кўрсаткич-лари OHI-S - 1,46 + 0,57, (даволашгача 1,49 + 0,59 бўлган), худди шунингдек PMA индекси хам пасайди 16,36 +0,03 даволашгача (PMA ўртача 18,59 +_1,74,) бўлган.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки катарал гингивит кузатилган талабаларда даволаш мақсадида Огиз бошлигини чаювчи дори воситаларини қўллаш милк шиллиқ қаватига ижобий таъсир кўрсатиб, узоқ мкуддат таъсирини сақлаб қолиш имкониятига эга.

РОЛЬ СОВРЕМЕННОГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ МОЛОДЁЖИ

Бабаев Х.Н., Холиева Н.Х.
Ташкентский государственный медицинский университет, кафедра патологической анатомии

В статье говорится о влиянии личности преподавателя на социально-нравственные, профессиональные качества будущих медиков и педагогов. Раскрыта и обоснована роль личности врача-преподавателя не только как учителя, но и наставника, воспитателя будущего профессионала, примера для подражания.

Ключевые слова: личность, педагог, знания, профессионализм, специалист, образование, самостоятельность, стимул, успех.

ЁШЛАРНИНГ КАСБИЙ ШАКЛЛАНИШИДА ЗАМОНАВИЙ ЎҚИТУВЧИНИНГ ЎРНИ

Бабаев Хамза Нурматович, кафедра доценти,
Холиева Нигора Худайбердиевна, кафедра ассистенти
Тошкент давлат тиббиёт университети, патологик анатомия кафедраси

Мақолада ўқитувчи шахсиятининг келажакдаги шифокор ва педагоглар ижтимоий-ахлоқий ҳамда касбий сифатларига таъсири ҳақида сўз боради. Шифокор-ўқитувчи шахсиятининг нафақат ўқитувчи, балки келажакдаги мутахассисни тарбияловчи устоз, тарбиячи ва ибрат бўла оладиган шахс сифатидаги ўрни очиб берилган ва асослаб берилган.

Калит сўзлар: шахсият, педагог, билим, профессионализм, мутахассис, таълим, мустақил фикрловчи, стимул, муваффақият.

THE ROLE OF A MODERN TEACHER IN THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF YOUTH

Babaev Hamza Nurmatovich, Associate Professor of the Department,
Kholieva Nigora Khudaiberdievna, Assistant of the Department
Tashkent State Medical University, Department of Pathological Anatomy

The article discusses the influence of the teacher's personality on the social, moral and professional qualities of future doctors and teachers. The role of the personality of a doctor-teacher not only as a teacher, but also as a mentor, educator of a future professional, and role model is revealed and substantiated.

Key words: personality, teacher, knowledge, professionalism, specialist, education, independence, incentive, success.

В настоящее время, когда медицина страны развивается большими темпами, растёт уровень благосостояния населения, требуются высококвалифицированные, образованные, добросовестные специалисты. И при этом квалификация, профессионализм и знания должны сочетаться с чувством ответственности за свою работу. Формирование именно таких качеств является главной задачей высшего образования в Узбекистане.

Порой врач-педагог в процессе своей деятельности сталкивается с проблемой, когда студенты безразличны к учёбе, иными словами не хотят учиться, просто проводят время в ожидании диплома, не задумываясь о том, что на их обучение потрачены огромные средства. Они не задумываются о том, что тратят своё драгоценное время, что необходимо получать знания. И, конечно же, педагогов часто обвиняют в этом, говоря, что мы не можем вызвать интерес к предмету, не применяем новых педагогических технологий и методик. Но факт в том, что пока сам студент не осознает необходимости получения знаний, ни один даже самый строгий контроль не исправит ситуации. Задача преподавателя заключается в том, чтобы создать ситуацию, в которой студент сам бы осознанно принял ответственность.

Сегодняшний преподаватель играет огромную, более сложную роль в планировании учебного процесса и преподавании. Деятельность врача-педагога ставит перед ним особые задачи и требования, как к его личности, так и деятельности. Большое внимание уделяется интеллектуальному потенциалу, моральному и нравственному облику преподавателя. Современный педагог должен не просто передавать знания студентам, а должен развивать желание и умение приобретать эти знания и заниматься самообразованием. В процессе своей деятельности педагог должен раскрыть потенциал обучаемого, сформировать у него мотивацию успеха и самостоятельность. Преподавателю кроме передачи профессиональных знаний и навыков отводится ещё одна важная роль - это роль наставника, воспитателя будущего профессионала-врача. Для того, чтобы на уроке было интересно и задействованы все студенты следует активизировать внимание, давать оригинальные ситуативные задания с использованием различных форм общения обучающихся, уметь снимать позитив, прийти на помощь студенту в необходимый момент, любить и понимать шутки, не жалеть доброго слова, задавать ситуацию успеха.

Основой педагогической деятельности преподавателей является подготовка специалистов в сфере развития социального прогресса страны и воспитание её творческого потенциала. Отсюда столь высокие требования к ним.

Одним из благоприятных факторов эффективности учебного процесса является педагогически грамотно организованная и целенаправленная работа преподавательского коллектива, который имеет одну главную цель – подготовить высококвалифицированного, способного к конкуренции молодого специалиста, обладающего рядом отличительных качеств:

- должны быть активизированы сенсорные системы: внимание, память, мышление;
- должны отличаться аналитическим складом ума, гибко адаптироваться в быстро меняющихся жизненных ситуациях;
- видеть самообразование как путь к самосовершенствованию;
- уметь критически мыслить, быстро реагировать на возникающие проблемы и, используя знания и современные технологии, искать пути их решения;
- подходить к работе творчески, предлагать новые идеи;
- быть эрудированным, пунктуальным, ответственным, коммуникабельным, активным, иметь способности работать в аудитории;
- объективно оценивать собственные и чужие поступки.

Для формирования перечисленных выше качеств необходимо воспитывать их в процессе обучения, т.е. создавать на занятиях проблемные ситуации, а пути их решения предоставлять искать самим учащимся. Педагог в данной ситуации будет только направлять, и контролировать их.

Задавая проблемные задачи, преподаватель создаёт атмосферу, где учащиеся осознанно соотносят понятия «хочу» и «могу» и активно участвуют в учебном процессе. Одним из основных составляющих которого является речь преподавателя к учащимся, способствующая созданию такого образовательного пространства, в котором каким бы ни был учащийся, попавший в это пространство, он будет активно участвовать в образовательном процессе. Например, задавая студентам составить резюме, преподаватель должен остановиться на важности документа как «самопрезентации» для работодателя, он должен объяснить студентам, что кроме вуза и специальности необходимо указать и другие дополнительные качества, характеризующие его как перспективного и ответственного сотрудника. Это могут быть, например такие как: знания языков, навыки работы на ПК, трудолюбие, организаторские качества, коммуникабельность, умение работать в команде, легкообучаемость и др. Тогда студенты будут задумываться над тем, какие качества у них имеются и какие им необходимо воспитать в себе.

Преподавателю необходимы и управленческие, и лидерские, и ораторские качества. Именно они помогут убедить действовать так как того хочет педагог.

Особенность педагогической деятельности состоит в том, что педагогу в процессе передачи знаний приходится сталкиваться с индивидуумами, у которых могут быть различные мотивы и цели. Педагог в свою очередь должен продиктовать норму, общую для всех, являющуюся неотъемлемой частью образовательного процесса. При этом педагог проводит и воспитательные беседы, а иногда исходя из характерских качеств индивидуальный подход к каждому студенту. Обязательным при объяснении материала считается приводить примеры, которые убедят студентов в необходимости получаемых знаний, будут формировать у них мотивацию успеха и самостоятельность. Преподаватель должен дать понять студентам, что его знания значительно уступают другим источникам информации, например книгам и компьютеру. Что ключевым требованием, предъявляемым к выпускнику, будет наличие профессионализма и что этому необходимо учиться уже сейчас. Тогда студент будет видеть в педагоге наставника, покровителя, ведущего, и их отношения будут искренние и дружеские. Студент будет дорожить мнением преподавателя и ответственно выполнять задания. Это говорит о влиянии личности педагога на характер и профессиональное становление студентов.

Говоря о важности грамотной, культурной, логически правильно построенной речи и её влиянии на исход диалога можно привести жизненные примеры. Если преподаватель кроме перечисленных выше качеств обладает и такими как личный пример

ответственности, дисциплины и обязательности, то он сможет легко управлять аудиторией и добьется желаемого результата.

Исходя из вышесказанного, следует отметить, что отношения между педагогом и студентом складываются на основании личностных особенностей, знаний и профессиональных качеств. В первую очередь студенты обращают внимание на профессиональный уровень преподавания, а затем на личностные качества педагога. Преподавателя того или иного направления характеризуют не только знания и умения определённой сферы деятельности, но и общий уровень культуры, эрудированность, мировоззрение, жизненные ценности. Таким образом, задачей педагога является не только передача профессиональных знаний и умений, а организаторские способности и приобщение студентов к определённой культуре учитывая специфику их профессиональной подготовки. Личность педагога играет немаловажную роль в развитии и становлении духовно-нравственных ценностей студентов. Личность педагога должна являться моделью профессионала для становления личности студента. Студенты в свою очередь уважают и высоко ценят в педагогах такие качества, как широкий кругозор, глубокое знание и увлеченность преподаваемой дисциплиной, доброжелательность и уважение, понимание и чувство такта, справедливость. Педагог с такими качествами становится уважаемой и значимой личностью для студентов.

Отсюда вывод, что формирование личности человека происходит на протяжении всей жизни. Вуз же в свою очередь наряду с профессиональными качествами формирует и личностные.

Литература:

1. Борытко Н.М., Колесникова И.А., Поляков С.Д. Воспитательная деятельность педагога: учеб. пособ. для студентов высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2007. – 336с.

2. Горелов А. А. Социология. М., 2002.

3. Иванов М. С., Яницкий М. С. К проблеме оценки потенциала самореализации личности в процессе обучения // Философия образования. 2004. № 3(11). С. 233 - 241.

Исаева Т.Е. Изменение роли преподавателя высшей школы в современном обществе // Интеграция образования. – Саранск, 2003. – №1. – С.19-22.

5. Сокольская М. В. Субъективное благополучие студентов - парадоксы особенностей профессионального образования // Гуманитарность современного образования: психолого-педагогические парадоксы: сб. науч. тр.. Хабаровск: Изд-во ДВГГУ, 2009. С. 139 - 150.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫПРИ SARS-COV-2

Бабаев Х.Н., Холиева Н.Х., Дадамухамедова Х.Э.

Ташкентский государственный медицинский университет, кафедра патологической анатомии

Аннотация. Пандемия COVID-19 негативно сказалась на общественном здоровье и представляет собой всё более распространённую и опасную инфекцию для беременных женщин и рожениц, а также влияет на результаты их состояния и здоровье новорожденных.

Цель работы. заключается в исследовании воздействия коронавирусной инфекции на процесс беременности и родов, а также на их результаты для матери и новорожденного.

Материалы и методы: В данном исследовании были проанализированы публикации по выбранной теме, найденные в базах данных РПАМ, PubMed, Medline и eLibrary.

Результаты и обсуждение: К середине марта 2021 года на глобальном уровне зарегистрировано 119 миллионов случаев заражения COVID-19, из которых 49 тысяч составили беременные женщины. Уровень смертности среди этой группы достиг 25%. Ретроспективные исследования течения коронавирусной инфекции у беременных,

проведенные в нашей республике, показали, что тяжелая и крайне тяжелая формы COVID-19 чаще наблюдаются у женщин с хроническими заболеваниями, такими как аллергический дерматит, сахарный диабет и поражения центральной нервной системы. При тяжелом течении инфекции наблюдается поражение не только дыхательной системы, но и сердечно-сосудистой системы, органов желудочно-кишечного тракта, ЦНС и других систем. В 70,8% случаев патологические изменения сопровождались нарушениями свертываемости крови. Большинство беременных женщин полностью выздоравливают после перенесенной инфекции, однако у некоторых сохраняется широкий спектр симптомов в течение длительного времени. Одной из особенностей COVID-19 является его способность поражать несколько жизненно важных органов (например, легкие, сердце, ЦНС и ЖКТ), что может привести к отдаленным последствиям в виде хронической патологии как у беременных женщин, так и у плода. Это состояние, известное как постковидный синдром, требует внимательного подхода со стороны семейных врачей и специалистов, а также проведения реабилитационных мероприятий.

Выводы: Беременные женщины относятся к группе высокого риска развития осложнений при коронавирусной инфекции. Особого внимания требуют пациентки с сопутствующими заболеваниями (гестационный сахарный диабет, артериальная гипертензия, нарушения жирового обмена и др.). У беременных с COVID-19 отмечается повышенная частота преждевременных родов и рождения недоношенных детей, которые чаще нуждаются в интенсивной терапии в условиях реанимации. Также у данной группы женщин наблюдается увеличение частоты кесаревых сечений из-за нарастания дыхательной недостаточности у матерей и развития дистресса у плода. Перинатальная смертность среди пациенток с COVID-19 выше (в основном за счет антенатальной смертности), чем у женщин без COVID-19, что может быть связано с состоянием матери и плода в условиях сниженной оксигенации крови матери.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция, постковидный синдром, перинатальная смертность.

SARS-COV-2 DA YO‘LDOSHDAGI PATOLOGO ANATOMIC O‘ZGARISHLAR

Babayev Xamza Nurmatovich, kafedra dotsenti,
Xolieva Nigora Xudayberdievna, kafedra assistenti,
Dadamuxamedova Xolida Erkinovna, kafedra assistenti
Toshkent davlat tibbiyot universiteti, patologik anatomiya kafedrasi

Annotatsiya. COVID-19 pandemiyasi aholi salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatibgina qolmay, balki homilador va tug'ruqdan keyingi ayollar, shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun tobora keng tarqalgan va xavfli infektsiyaga aylanib bormoqda.

Ishning maqsadi: Koronavirus infektsiyasining homiladorlik va tug'ish jarayoniga ta'sirini, shuningdek, ularning ona va yangi tug'ilgan chaqaloqqa oqibatlarini o'rganish.

Material va usullar: tanlangan mavzu bo'yicha nashrlar RPAM, Pubmed, Medline, ebrary ma'lumotlar bazalarida o'rganildi.

Natijalar va muhokamalar: 2021-yil mart oyi o‘rtalariga kelib, butun dunyo bo‘ylab 119 million kishi infektsiyani yuqtirgan, ulardan 49 ming nafari homilador edi. Homilador ayollar orasida o'lim darajasi 25% ni tashkil etdi. Respublikamizda homilador ayollarda koronavirus infeksiyasining kechishini retrospektiv o‘rganish shuni ko‘rsatdiki, allergik dermatit, qandli diabet, markaziy asab tizimining shikastlanishi kabi yondosh kasalliklar bilan tez-tez kasal bo‘lgan ayollarda COVID-19 ning og‘ir va o‘ta og‘ir kechishi kuzatilgan. Og'ir holatlarda nafaqat nafas olish tizimi, balki yurak-qon tomir tizimi, oshqozon-ichak trakti, markaziy asab tizimi va boshqa tizimlarning shikastlanishi kuzatildi. 70,8% da patologik o’zgarishlar qon ivish tizimining buzilishi bilan birga kelgan. Homilador ayollarning ko'pchiligi ushbu infektsiyadan to'liq tiklanishi aniqlandi, ammo ba'zilari uzoq vaqt davomida keng ko'lamli alomatlar mavjud bo’lgan. COVID-

19 ning o'ziga xos xususiyati shundaki, u bir nechta muhim organlarga (masalan, o'pka va yurak, markaziy asab tizimi va oshqozon-ichak trakti) ta'sir qiladi, bu homilador ayollarda va homilada surunkali patologiyaning shakllanishi shaklida uzoq muddatli oqibatlarga olib kelishi mumkin. Post-Covid sindromi deb ataladigan ushbu holat oilaviy shifokor va ixtisoslashgan mutaxassislarning to'liq e'tiborini, shuningdek, reabilitatsiya choralarini talab qiladi.

Xulosa: Homilador ayollar koronavirus infektsiyasining mumkin bo'lgan asoratlari rivojlanishi uchun yuqori xavf guruhidir. Yondosh patologiyalari bo'lgan bemorlar (homiladorlik diabeti, arterial gipertenziya, lipid almashinuvining buzilishi va boshqalar) alohida e'tiborga muhtoj.

COVID-19 bilan kasallangan homilador ayollarda erta tug'ish va erta tug'ilgan chaqaloqlar tug'ilishi ko'payadi, ular neonatal intensiv terapiya va jonlantirish bo'limida intensiv terapiya muolajalari olishni talab qiladi.

Koronavirus infektsiyasiga chalingan homilador ayollarda ona tomonidan nafas olish etishmovchiligining kuchayishi va homila tomonidan distressning rivojlanishi tufayli kesarcha kesish ko'proq uchraydi.

COVID-19 bilan og'rigan bemorlarda perinatal o'lim COVID-19 bo'lmagan bemorlarga qaraganda yuqori (antenatal o'lim tufayli), bu ona qonining kislorod bilan ta'minlanishining pasayishi sharoitida ona va homilaning holati bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Kalit so'zlar: yangi koronavirus infektsiyasi, post-Covid sindromi, perinatal o'lim

PATHOLOGICAL CHANGES IN THE PLACENTA IN SARS-COV-2

Babaev Khamza Nurmatovich, dotsent of the department,
Kholieva Nigora Khudaiberdievna, assistant of the department,
Dadamuxamedova Xolida Erkinovna, assistant of the department
Tashkent State Medical University, department of Pathological anatomy

Annotation. The COVID-19 pandemic has had a negative impact on public health and is becoming an increasingly common and dangerous infection for pregnant and postpartum women, as well as their maternal and newborn outcomes.

Purpose of the work: To study the impact of coronavirus infection on the course of pregnancy and childbirth, as well as their outcomes for the mother and newborn

Material and methods: publications on the selected topic were studied in the RPAM, Pubmed, Medline, elibrary databases.

Results and discussion: By mid-March 2021, 119 million people worldwide had become infected with the infection, of which 49 thousand were pregnant. The mortality rate among pregnant women was 25%. Retrospective studies of the course of coronavirus infection in pregnant women, conducted in our republic, showed that severe and extremely severe forms of COVID-19 are more often observed in women with chronic diseases, such as allergic dermatitis, diabetes mellitus and damage to the central nervous system. In severe cases, damage was observed not only to the respiratory system, but also to the cardiovascular system, gastrointestinal tract, central nervous system and other systems. In 70.8%, pathological lesions were accompanied by a violation of the blood coagulation system. It has been found that most pregnant women recover completely from this infection, but some continue to have a wide range of symptoms for a long time. One of the features of COVID-19 is its ability to affect several vital organs (for example, lungs, heart, central nervous system and gastrointestinal tract), which can lead to long-term consequences in the form of chronic pathology in both pregnant women and the fetus. This condition, referred to as post-Covid syndrome, requires the full attention of a family doctor and specialized specialists, as well as rehabilitation measures.

Conclusions: Pregnant women are a high-risk group for the development of possible complications of coronavirus infection. Patients with concomitant pathologies (gestational diabetes mellitus, arterial hypertension, lipid metabolism disorders, etc.) need special attention.

Pregnant women with COVID-19 have an increased incidence of preterm birth and the birth of premature babies, who are more likely to require intensive care in the neonatal intensive care unit.

Pregnant women with coronavirus infection have a higher incidence of cesarean section due to increased respiratory failure on the part of the mother and the development of distress on the part of the fetus.

Perinatal mortality in patients with COVID-19 is higher (due to antenatal mortality) than in patients without COVID-19, which may be due to the condition of the mother and fetus in conditions of decreased maternal blood oxygenation.

Key words: new coronavirus infection, post-Covid syndrome, perinatal mortality

Пандемия COVID-19 оказала негативное влияние на состояние общественного здоровья и становится все более распространённой и опасной инфекцией для беременных и рожениц, а также их исходы для матери и новорожденного [12]. К середине марта 2021 года на глобальном уровне зарегистрировано 119 миллионов случаев заражения COVID-19, из которых 49 тысяч составили беременные женщины. Уровень смертности среди этой группы достиг 25%. [1,2].

У беременных снижается количество циркулирующих естественных клеток-киллеров и это снижает способность организма к сопротивлению вирусам [5,6,7]. А также уменьшается количество дендритных клеток в плазме. Эти клетки являются важными для продукции интерферона I типа, направленного против вирусов [3,4,11]. Системные физиологические изменения в сосудистом русле, в частности увеличение объема материнской крови, увеличение ЧСС, ударного объема и сердечного выброса, снижение сосудистого сопротивления приводят у беременных женщин к сердечной недостаточности [8,9,13]. Часто происходит гиперкоагуляция с повышенным образованием тромбина и внутрисосудистого воспаления. В дыхательной системе снижается функциональная остаточная ёмкость и снижается экскурсия грудной клетки.

Коронавирусная инфекция может вызывать различные изменения в плаценте. Это включает воспалительные процессы, повреждение клеток, атрофию тканей и другие патологии. Эти изменения могут иметь серьезные последствия для здоровья женщин и их плода. На сегодняшний день отсутствуют основания полагать, что беременность является фактором риска тяжелого течения COVID-19, однако, согласно результатам систематического обзора и мета-анализа заболевание COVID-19 ассоциировано со статистически значимым возрастанием риска преждевременных родов и преэклампсии, с увеличением доли оперативного родоразрешения и ростом перинатальной смертности [10].

Для выявления и изучения патоморфологических изменений в плаценте при коронавирусной инфекции используется ряд методов. Это включает гистологические и цитологические исследования, микроскопию, молекулярные исследования и другие техники. Комбинирование этих методов позволяет получить полное представление о структурных изменениях, происходящих в матке и плаценте.

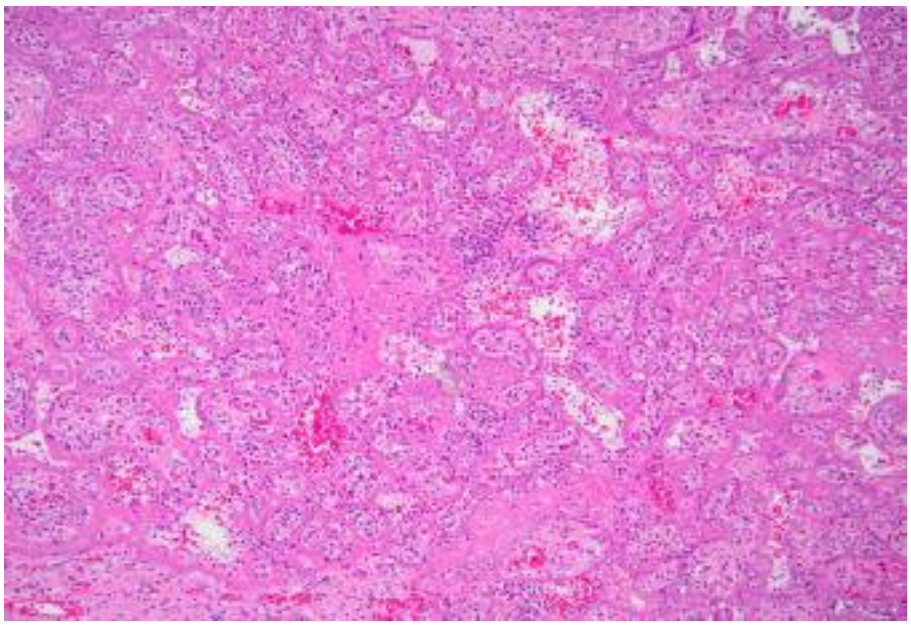


Рис 1. Воспаление межворсиночных пространств в плаценте мертворожденного плода-интервиллузит. В плаценте имеется масштабное периворсинчатое отложение фибрина и некроз синцитиотрофобласта. (Окраска гематоксилин- эозин)

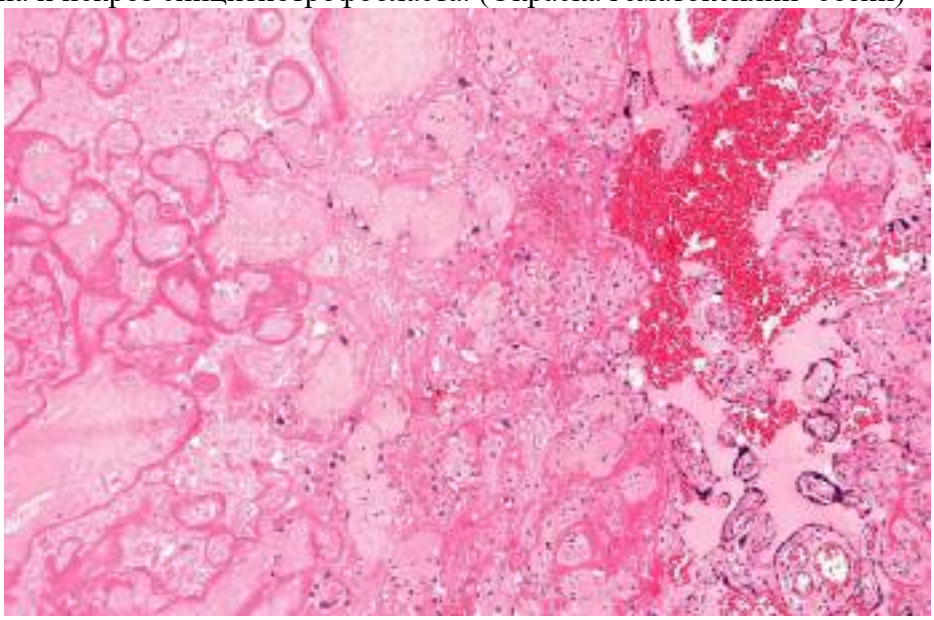


Рис 2. Межворсинчатые тромбы состоят из сохранившихся эритроцитов и нитей фибрина, неизмененные ворсины оттеснены к периферии. Тромб окружен некоторым количеством некротизированных ворсин, замурованных в фибрин, который содержит скопления элементов цитотрофобласта. (Окраска гематоксилин- эозин)

Массивное выпадение фибрина — очень заметный и яркий признак. Выпадение фибрина способствует тромбообразованию и гибели симпласта прилегающих участков ворсин. Иногда ворсины настолько замурованы выпавшим фибрином, что их трудно найти и рассмотреть, циркуляция материнской крови нарушена. Газообмен в плаценте значительно снижается или вовсе прекращается, что ведет к гипоксии и гибели плода.

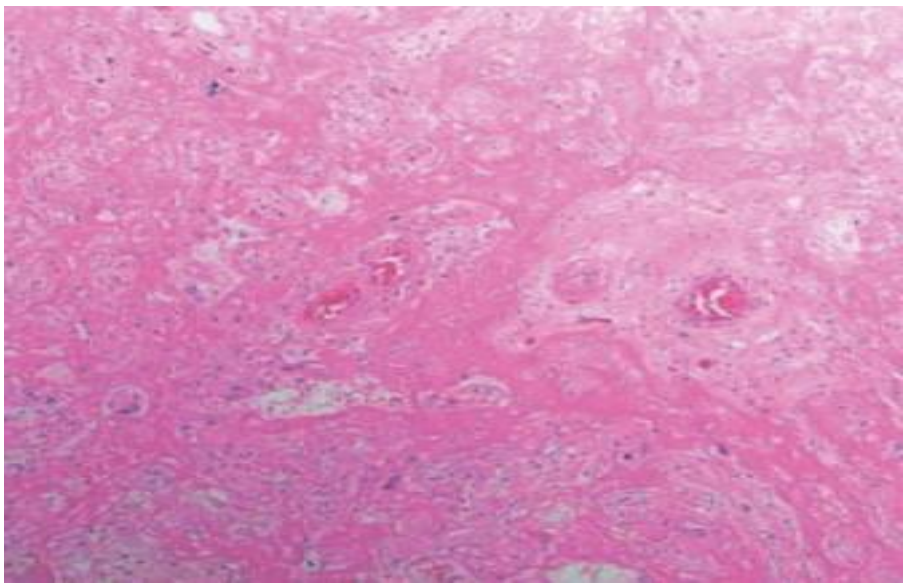


Рис 3. Массивное выпадение фибрина. (Окраска гематоксилин- эозин)

Коронавирусная инфекция может иметь серьезные последствия для ребенка, чья мать страдала от этого заболевания. Особенно это касается детей, которые были заражены во время беременности или во время родов. Вирус COVID-19 проникает в плаценту через кровоток, прикрепляясь к восприимчивым клеткам и вызывая отложения белка и необычную форму воспаления, которая блокировала кровоток и поступление кислорода. Новорожденные от матерей заболевшим COVID-19 могут иметь проблемы с дыханием, задержкой развития, низким весом при рождении и другими негативными последствиями, что в свою очередь может привести к гибели ткани плаценты и удушью.

Какие осложнения вызывает COVID-19 у беременных:

- преждевременные роды (у 14,3–25,0% переболевших);
- преэклампсия (у 5,9%);
- выкидыши (у 14,5%);
- преждевременный разрыв плодных оболочек (у 9,2%);
- задержка роста плода (у 2,8—25,0%)

В послеродовом периоде встречаются некоторые осложнения:

- послеродовые кровотечения (54,5%);
- необходимость оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения (48–100%)

К перинатальным осложнениям относятся:

- дистресс-синдром плода (26,5–30,0%);
- низкую массу тела при рождении (25,0%);
- асфиксию новорожденных (1,4%)

Вывод: Беременные женщины относятся к группе высокого риска развития осложнений при коронавирусной инфекции. Особого внимания требуют пациентки с сопутствующими заболеваниями (гестационный сахарный диабет, артериальная гипертензия, нарушения жирового обмена и др.).

У беременных с COVID-19 отмечается повышенная частота преждевременных родов и рождения недоношенных детей, которые чаще нуждаются в интенсивной терапии в условиях реанимации. Также у данной группы женщин наблюдается увеличение частоты кесаревых сечений из-за нарастания дыхательной недостаточности у матерей и развития дистресса у плода.

Перинатальная смертность среди пациенток с COVID-19 выше (в основном за счет антенатальной смертности), чем у женщин без COVID-19, что может быть связано с состоянием матери и плода в условиях сниженной оксигенации крови матери.

Литература:

1. Александрович Ю.С. с соавт. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (covid-19) у детей /Методические рекомендации 2020, С.28
2. Национальное руководство по COVID-19 МЗ РУЗ, ВОЗ, Ташкент 2020, 26 марта -173с.
3. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации МЗ РФ Версия 7 Авдеева с соавт. – 2020 – С.166
4. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020[J]. China CDC Weekly. 2020; 2 (8): 113-122
5. Yu P., Zhu J., Zhang Z., Han Y.A. Familial Cluster of Infection Associated With the 2019 Novel Coronavirus Indicating Possible Person-to-Person Transmission. J Infect Dis 2020; 221(11): 1757–1761. DOI: 10.1093/infdis/jiaa07
6. «American Journal of Clinical Pathology» Algarroba G., et al. // Am. J. Obstet. Gynecology Hosier H., et al. // medRxiv Chen S., et al. // Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi. – 2020. – Vol.49, N5. – P.418–423.
7. Журнал Белорусского государственного медицинского университета, статьи Жуковская С.В., Можейко Л.Ф.
8. Абдусамаматова Б. Э. Временное клиническое руководство по ведению беременных с covid - 19: руководство / сост. - Т, 2020. - 37 с.
9. Адамян Л. В., Азнаурова Я. Б., Филиппов О. С. COVID-19 и женское здоровье (обзор литературы) //Проблемы репродукции. – 2020. – Т. 26, №. 2. – С. 6-17.
10. Дадамухамедова Х.Э., Азизова Р.А., Холиева Н.Х., Абдураимова Ф.К. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ КОВИД ИНФЕКЦИИ THE MULTIDISCIPLINARI JOURNAL OF SCIENCE AND TEXNOLOGY ISSN: 2582-4686 SJIF 2021-3.261, SJIF 2022-2.889, 2024-6.875 ResearchBib IF: 8.848 / 2024 Б 38-42
11. Временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции 2019-nCoV. Минздрав России. - Версия 6 от 24.04.2020. – 142 с. rosminzdrav.ru/ministry/med_covid19
12. Омонов, Холиева Н Ш, Турсунов Х, Бабаев Х. Statistical analyzis pathological anatomy of thtomboembolic complications in corona virus infection. Central Asian journal of Medicine 2023/1 -85-92с
13. SM A. et al. MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE AORTA OF RAT PUPS BORN TO HYPOTHYROID RAT MOTHERS //TADQIQOTLAR. UZ. – 2024. – Т. 35. – №. 4. – С. 21-23.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ: НАЛИЧИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ К СУПЕРАНТИГЕНАМ STAPHYLOCOCCUS AUREUS И ЕГО АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Ганиев А.Г.
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан. Узбекистан

Атопический дерматит (АтД) — хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся интенсивным зудом, расчесами, экссудативными и/или лихеноидными высыпаниями, которые являются результатом активации иммуноглобулинов (Ig) E и T лимфоцитов, дегрануляции тучных клеток, вовлечения в процесс воспаления кератиноцитов и эозинофилов. Для больных с АтД характерно присоединение вторичной бактериальной инфекции. Специфические IgE выявляются у 30-100% детей с АтД]. Наличие IgE к суперантигенам S. aureus может быть обусловлено использованием антибактериальных препаратов в комплексном лечении АтД, поскольку антибиотик способен уменьшить выработку суперантигенов, даже если его концентрация не подавляет рост S. aureus.

Цель исследования — оценить частоту выявления и уровень специфических IgE к энтеротоксинам S. aureus кожи детей с инфицированным АтД и сопоставить наличие IgE с антибиотикорезистентностью S. aureus.

Методы исследования. Обследованы 90 детей с атопическим дерматитом, осложненным выраженным вторичным инфицированием кожи. Возраст детей составил 5,9 ± 4,8 лет (среднее значение и стандартное отклонение по выборке). Клинические проявления АтД соответствовали тяжелой или средней степени тяжести заболевания.

Определение уровней специфических IgE к энтеротоксинам A и B золотистого стафилококка в сыворотке крови проведено у 89 и 87 детей, соответственно, иммунохемилюминесцентным методом. Уровень специфических IgE ^ 0,35 rUA/I считался положительным. Посевы с пораженной АтД и инфекционным процессом кожи выполнены в иммунобактериологической лаборатории. В процессе роста посеянной микробиологической культуры материал для последующего определения устойчивости к различным антибактериальным препаратам получен у 40 детей. Штаммы подразделяли на устойчивые и чувствительные. Штаммы со средней чувствительностью расценивали как имеющие определенную степень устойчивости и включали их в группу устойчивых.

Результаты и обсуждение. Специфические IgE к энтеротоксинам S. aureus у детей с АтД. Специфические IgE к энтеротоксину A золотистого стафилококка были выявлены у 26 из 89 детей (частота 0,29; шансы 2:5); к энтеротоксину B — у 32 из 87 детей (частота 0,36; шансы 3:5); одновременно к обоим энтеротоксинам — у 20 из 88 детей (частота 0,25; шансы 2:5). Отрицательный результат определения специфических IgE к энтеротоксинам A и B получен у 54 из 88 детей (частота 0,61).

Наличие специфических антител хотя бы к одному энтеротоксину определялось у 39 из 90 детей (частота 0,43). Шансы выявить антитела к какому-либо из указанных токсинов по сравнению с шансами, когда уровни обоих токсинов не были определены, составили 4:5.

Полученные результаты, наравне с результатами исследования В. Р. Ворониной, свидетельствуют, что в Российской Федерации антитела к энтеротоксинам S. aureus обнаруживают у значительно меньшего количества детей с АтД и вторичной инфекцией, чем за рубежом, где IgE к энтеротоксинам S. aureus обнаружены у подавляющего большинства детей. По нашему мнению, различия могут быть обусловлены терапевтической тактикой. За рубежом определяющими при выборе терапии являются результаты двойных слепых плацебоконтролируемых исследований, показавших одинаковую клиническую эффективность противовоспалительной терапии при АтД и сочетания противовоспалительных средств с антибактериальным препаратом, из-за чего назначение последних при АтД

не считают обоснованным. Вместе с тем воздействие антибиотика in vitro уменьшает выработку суперантигенов, даже если его концентрация не подавляет рост S. aureus. Таким образом, можно предполагать, что сложившаяся в Узбекистане практика назначения комплексной терапии инфицированного АтД с использованием антибактериальных препаратов в составе наружных средств могла оказать влияние на снижение частоты выработки IgE к энтеротоксинам S. aureus у детей с бактериальным инфицированием АтД. Наличие специфических IgE к энтеротоксинам S. aureus и его способность быть устойчивым к антибактериальным препаратам сопоставлены у 40 детей, для которых получены антибиотикограммы. С позиций клинической практики наиболее трудными для терапии являются дети с АтД при наличии на их коже устойчивых штаммов S. aureus и одновременной сенсибилизации к его энтеротоксинам. Количество таких детей не превышало 1:3 по отношению к отвечающим на стандартную терапию детям, у которых S. aureus кожи был чувствительным к антибиотикам и сенсибилизация к энтеротоксинам отсутствовала. Наличие специфических IgE к энтеротоксинам S. aureus ассоциировано с сохранением чувствительности к оксациллину, цефтриаксону, ципрофлоксацину, триметоприму, амоксициллину/клавуланату. По результатам ранее проведенных исследований чувствительность к первым трем антибиотикам сохраняется с 2022-2024 гг. Таким образом, даже при наличии специфических IgE к энтеротоксинам S. aureus оксациллин остается эффективным препаратом для воздействия на этот микроорганизм при АтД у детей.

Заключение. У детей с инфицированным АтД специфические IgE к энтеротоксину А золотистого стафилококка обнаруживаются в 29% случаев, к энтеротоксину В — в 36%, к обоим энтеротоксинам одновременно — в 25%, хотя бы к одному энтеротоксину — в 43% случаев. Отрицательный результат определения специфических IgE к энтеротоксинам А и В получен у 61% детей. Число детей, резистентных к стандартной терапии АтД, составляет 1:3 по сравнению с детьми, отвечающими на стандартную терапию, из-за наличия на их коже устойчивых штаммов S. aureus и одновременной сенсибилизации к его энтеротоксинам. Специфические IgE к энтеротоксинам S. aureus у больных АтД могут вырабатываться как при наличии на их коже устойчивых к антибиотикам форм S. aureus, так и при наличии чувствительных к антибиотикам форм этого микроорганизма. Выявление специфических IgE к энтеротоксинам не зависит от антибиотикорезистент- ности S. aureus. Токсикогенные штаммы сохраняют чувствительность к антибиотикам, в том числе к оксациллину.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВТОРИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Абдурахманов И.Т., Арифходжаев А.Т.
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост частоты атопического дерматита у детей, выраженная тенденция к рецидивированию, хронизации процесса и резистентности к проводимой терапии. В настоящее время в условиях экологического неблагополучия, нерационального применения глюкокортикостероидов у больных с атопическим дерматитом нередко имеются вторичные бактериальные осложнения. В развитии осложненных форм данной патологии важная роль принадлежит иммунологическим нарушениям. Поэтому характерные нарушения в иммунной системе при атопическом дерматите являются своего рода диагностическим критерием и отражают глубину поражения.

Цель исследования: изучение иммунных нарушений при атопическом дерматите, осложненном вторичной стафилококковой инфекцией у детей.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное иммунологическое обследование 60 детей с атопическим дерматитом, осложненным стафилококковой инфекцией. В группу сравнения вошло 25 детей, имеющих неосложненное течение атопического дерматита. Статистически значимых различий в сравниваемых группах по полу, возрасту и тяжести течения не отмечалось. Комплексное иммунологическое обследование включало в себя оценку показателей клеточного звена иммунитета: абсолютного и относительного количества Т-(CD3+) и В-лимфоцитов (CD19+), Т-хелперов (CD4+), Т-цитотоксических клеток (CD8+), естественных киллерных клеток (CD56+), соотношения CD4+/CD8+, гуморального звена (IgA, IgG, IgM, ЦИК), фагоцитарной активности нейтрофилов (фагоцитарный индекс, фагоцитарное число, спонтанный и стимулированный НСТ-тест).

Результаты исследования и их обсуждение. Определены средние значения иммунологических показателей в обследуемой группе, группе сравнения и контрольной группе. Анализ данных комплексного иммунологического обследования показал, что у детей, больных атопическим дерматитом, осложненным стафилококковой инфекцией, в сопоставлении с группой сравнения выявлены более глубокие изменения показателей со стороны показателей В-клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также фагоцитарной активности нейтрофилов. Анализ данных комплексного иммунологического обследования показал, что у детей, больных атопическим дерматитом, осложненным стафилококковой инфекцией, в сопоставлении с группой сравнения выявлены более глубокие изменения показателей со стороны показателей В-клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также фагоцитарной активности нейтрофилов. Изучение показателей клеточного звена иммунитета не выявило достоверных различий между основной группой и группой сравнения, $p > 0,05$. Тогда как, относительное ($p < 0,001$) и абсолютное ($p < 0,05$) количество CD19+-В-лимфоцитов у детей с атопическим дерматитом, осложненным стафилококковой инфекцией, достоверно ниже, чем при неосложненных формах заболевания. В целом у пациентов основной группы снижение общего количества В-лимфоцитов отмечалось в 67,8% случаев.

При изучении показателей гуморального звена иммунитета у больных с осложненными формами атопического дерматита имело место достоверное снижение уровня Ig A ($p < 0,01$) и Ig G ($p < 0,001$) по сравнению с неосложненными формами заболевания. Выраженные изменения установлены при анализе показателей фагоцитарной активности нейтрофилов. Так, у пациентов основной группы, в сопоставлении с группой сравнения отмечалось достоверное снижение ФЧ ($p < 0,01$) и ФИ ($p < 0,001$). Выявлено также повышение спонтанного НСТ-теста и уменьшение стимулированного НСТ - теста ($p < 0,05$). Активация спонтанного НСТ-теста вероятно обусловлена стимуляцией полиморфноядерных лимфоцитов бактериальной флорой. Снижение показателей индуцированного НСТ-теста может быть обусловлено стойким угнетением активности нейтрофильного гранулоцита. Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что у больных с атопическим дерматитом, осложненным вторичной стафилококковой инфекцией, отмечается выраженное угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов с нарушением метаболического потенциала и функционального резерва клетки с развитием депрессии нейтрофильных фагоцитов. В целом, у пациентов основной группы фагоцитарные дисфункции имели место в 75% случаев.

Таким образом, можно предположить, что в основе развития вторичной стафилококковой инфекции при атопическом дерматите у детей лежат нарушения В-клеточного, гуморального звеньев иммунитета и фагоцитарной активности нейтрофилов. Это выражается в снижении общего количества CD19+- В-лимфоцитов, IgA и IgG и фагоцитарными дисфункциями, проявляющимися в угнетении фагоцитарного числа, фагоцитарного индекса и стимулированного НСТ-теста.

Вывод. Выявленные нарушения иммунологических показателей у детей, страдающих атопическим дерматитом, осложненным стафилококковой инфекцией,

являются основанием для назначения иммуномодуляторов в составе комплексной терапии, направленной на стимуляцию В-клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также фагоцитарной активности нейтрофилов.

УДК:616.21-036.11-053.2

ПРАКТИЧЕСКИЕ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «АЭРОЛЕТ» В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Ганиев А.Г., Абдурахманов И.Т., Кутликова Г. М.
Андижанский филиал Какандского университета, Андижан, Узбекистан

Аннотация. Изучение клинической эффективности препарата «Аэролет» у детей с острым заболеванием ВДП на основании динамики продуктивности и длительности кашля. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что лечение препаратом Аэролета было эффективным у 93,3 % больных, из них отчетливый хороший эффект был достигнут у всех детей. Учитывая хорошую переносимость и безопасность, Аэролета может быть рекомендован для применения в комплексной терапии как противокашлевое и отхаркивающее лекарственное средство при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний дыхательной системы.

Ключевые слова: «Аэролет», кашель, дети.

Abstracts: Study of the clinical effectiveness of the drug "Aerolet" in children with acute kidney disease based on the dynamics of productivity and duration of cough. The results of the conducted study indicate that treatment with the Aerolet preparation was effective in 93.3% of patients, of whom a distinct positive effect was achieved in all children. Considering its good transportability and safety, Aerolet can be recommended for use in complex therapy as an anti-cough and expectorant medication in the treatment of acute and chronic inflammatory diseases of the respiratory system.

Key words: "Airplane," cough, children.

Аннотация. Юқори нафас йўлларида ўткир касаллиги бўлган болаларда "Аэролет" препаратининг клиник самарадорлигини йўталнинг маҳсулдорлиги ва давомийлиги динамикаси асосида ўрганилди. Ўтказилган текшириш натижалари шундан далолат беради, беморларнинг 93,3 фоизида аэролет билан даволаш самарали бўлган, шулардан ҳамма болаларда аниқ яхши самарага эришилган. Яхши ўтказувчанлиги ва хавфсизлигини ҳисобга олиб, аэролет комплекс терапияда йўталга қарши ва балғам кўчирувчи дори воситаси сифатида нафас олиш тизимининг ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларини даволашда қўллаш учун тавсия этилиши мумкин.

Таянч иборалар: "Аэролет," йўтал, болалар.

Актуальность. Распространенность кашля, по статистике, у детей составляет 28–30% [1, 2]. Кашель – это сложный нервно-рефлекторный акт, в результате которого образуется мощный, взрывообразный поток воздуха, способствующий очищению дыхательных путей от патологического секрета и раздражающих факторов [3, 6]. На сегодняшний день кашлевой рефлекс является частью соматосенсорной системы, включает висцеральные ощущения, рефлекторную двигательную и связанную с ней поведенческую реакции. Кашель представляет собой защитный механизм, направленный на очищение дыхательных путей. Причинами возникновения кашля могут служить инфекционные и неинфекционные агенты[7, 9]. Среди инфекционных причин у детей выделяют в первую очередь вирусы, а среди неинфекционных – аллергический компонент. Выделяют три фазы кашля [4, 5, 8]:

- инспираторная фаза, которой предшествует кашлевое раздражение. Во время рефлекторного открытия голосовой щели происходит глубокий форсированный вдох с участием всех инспираторных мышц. Объем вдыхаемого воздуха может варьировать от

50% дыхательного объема до 50% жизненной емкости легких. Длительность этой фазы – около 2 с;

- компрессионная фаза: рефлекторно закрываются верхние дыхательные пути (ВДП) – голосовые связки и голосовая щель. Затем происходит резкое сокращение экспираторных мышц – внутренних межреберных и брюшных, что характеризуется быстрым повышением внутригрудного и внутрибрюшного положительного давления, которое остается повышенным приблизительно 0,5 с;

- экспираторная фаза – фаза собственно откашливания. Кашель различают и классифицируют по интенсивности – сильный, легкий и покашливание; по продолжительности – периодический и постоянный; по характеру – сухой или с выделением мокроты [6].

В лечении кашля у ребенка важное значение приобретают аспекты безопасности лекарственной терапии. В связи с этим обосновано использование растительных препаратов, применение в педиатрической практике высокотехнологичных, стандартизированных лекарственных средств на основе высококачественного экологически чистого сырья, каждая единица которых содержит точную дозу активных компонентов [3,6].

Нами было проведено исследование клинической эффективности, переносимости и безопасности препарата растительного происхождения «Аэролет» в лечении кашля у детей.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности препарата «Аэролет» у детей с острым заболеванием ВДП на основании динамики продуктивности и длительности кашля, изучение безопасности применения, в том числе у детей с аллергическими реакциями в анамнезе, оценка органолептических свойства сиропа.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением было 45 детей, находившихся на стационарном лечении в пульмонологических отделение и отделения раннего возраста ОДКМЦ г. Андижан. Дети наблюдались ежедневно. Возраст детей составил от 1 года до 17 лет, из них 22 — от 1 до 3 лет, 15 — от 3 до 12 лет, 8 — от 12 до 17 лет. Девочек было 25, мальчиков — 20. У всех детей отмечались клинические признаки острой респираторной вирусной инфекции, которая проявлялась наличием гипертермии, кашля, насморка, гиперемии слизистой оболочки небных дужек, задней стенки глотки, небных миндалин. У 15 детей отмечался острый бронхит, у 17 — острый обструктивный бронхит, у 13 — очаговая пневмония. Дети поступали в ранние сроки заболевания — на 1-е — 3-и сутки.

Хронические очаги инфекции отмечались у 25 (55,5 %) детей (хронический тонзиллит, аденоидные вегетации I-II степени, кариес).

Аэролет - отхаркивающий препарат растительного происхождения, обладает отхаркивающим, муколитическим и спазмолитическим действием, обусловленным наличием сапонинов. Снижает вязкость мокроты и способствует ее отхождению. Основой спазмолитического действия является парасимпатолитический эффект гликозидов(сапонинов), активизирующих β-2 рецепторы в мышцах бронхов и эпителия легких. Это приводит к снижению внутриклеточного Са 2+ в мышцах бронхов и их расслаблению. При продуктивном (влажном) кашле облегчает отхаркивание и выведение мокроты. Благодаря освобождению дыхательных путей от мокроты способствует улучшению дыхания, уменьшению и исчезновению кашля. «Аэролет» выпускается в виде сиропа — светло-коричневого цвета с запахом черешни. Состав лекарственного средства: 100 мл сиропа содержат: активное вещество: экстракт листьев плюща 0,7 г; вспомогательные вещества: калия сорбат, лимонная кислота безводная, сорбитол, ксантановая камедь, ароматизатор «Черешня», сансет желтый, вода очищенная. Препарат разрешен к применению детям в возрасте от 1 года. Препарат Аэролет назначался в следующих дозах: дети до 1 года - 2,5 мл сиропа 1 раз в день; дети от 1 года до 4 лет - по 2,5 мл сиропа 3 раза в день; дети от 4 до 10 лет - по 2,5 мл сиропа 4 раза в день.

Были определены критерии включения и исключения пациентов из исследования, статистическая оценка. В исследование включались дети, имеющие симптом кашля при острой респираторной вирусной инфекции, остром бронхите, обструктивном бронхите, пневмонии. Диагноз основывался на данных анамнеза, клинической картине заболевания, лабораторных исследованиях, рентгенологическом исследовании органов грудной клетки. Критерии исключения были следующие: наследственная и врожденная патология органов дыхания, врожденные пороки развития внутренних органов, дыхательная недостаточность II—III степени и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Комплексная терапия обследуемых детей включала назначение антибактериальных, противовирусных, антигистаминных препаратов, антипиретиков, биопрепаратов, обильного питья. Для оценки эффективности лечения препаратом «Аэролета» с первого по десятый день пребывания в стационаре оценивались длительность регистрации основного клинического симптома заболевания — кашля, его характер (продукция, интенсивность, частота, ночные эпизоды, болезненность), наличие и качество мокроты, а также переносимость препарата, степень выраженности и длительность интоксикационного синдрома, характер температурной кривой, выраженность одышки, данные перкуссии и аускультации легких, результаты лабораторного исследования (гемограмма), уровень IgE в сыворотке крови. Безопасность и переносимость препарата оценивали по наличию или отсутствию побочных реакций. В течение 14 дней проводились повторные клинические обследования больных. На 10-й день повторно исследовался уровень IgE в сыворотке крови.

Результаты исследования. Так как в исследовании мы назначали препарат растительного происхождения, тщательно выявлялись данные аллергологического анамнеза у детей, фиксировались все нежелательные явления и оценивалась их возможная связь с лекарственным препаратом в течение всего периода наблюдения. У 11 (24,4 %) детей отмечался атопический дерматит в стадии ремиссии.

В первые два дня заболевания регистрировались симптомы интоксикации — гипертермия, сонливость, вялость, отсутствие аппетита. Гипертермия выше 38,0 °С отмечалась у 34 детей (75,5 %). Сонливость, вялость, отсутствие аппетита наблюдались у всех детей. Одышка экспираторного характера отмечалась у 19 (42,2 %) детей с обструктивным бронхитом, смешанная — у 10 (22,2 %) детей с очаговой пневмонией. Частый сухой малопродуктивный кашель наблюдался у всех пациентов. Перкуторная картина над легкими была различна и зависела от имеющейся у детей патологии. Так, в случае острой респираторной вирусной инфекции отмечался легочный звук, обструктивного бронхита — коробочный оттенок легочного звука, пневмонии — притупление над участком поражения. Также отмечалась различная аускультативная картина: жесткое дыхание при наличии острой респираторной вирусной инфекции, влажные разнокалиберные и сухие свистящие хрипы на фоне жесткого дыхания при обструктивном бронхите, влажные мелкопузырчатые хрипы, крепитация или ослабленное дыхание над очагом поражения при пневмонии. В начале заболевания в гемограмме у 23 (51,1 %) детей отмечался умеренный лимфоцитоз, у 21 (46,6 %) — нейтрофилез, у 22 (48,8 %) — эозинофилия. При иммунологическом исследовании сыворотки крови уровень IgE — 135,5 ± 12,2 Ед/мл (при норме до 100 Ед/мл).

Учитывая действие препарата «Аэролета», его муколитическое, мукокинетическое, умеренное спазмолитическое действие и бронхолитический эффект, была проанализирована динамика таких клинических симптомов, как кашель (выраженность, характер, длительность) и выделение мокроты (количество, характер).

Сироп «Аэролет» улучшает реологические свойства образующейся в дыхательных путях мокроты, оказывая тем самым положительное влияние на одну из главных характеристик кашля — его продуктивность. На фоне комплексной терапии при приеме препарата на 2—3-й день отмечалось усиление влажного кашля и отхождения слизистой мокроты. На 4—5-й день количество мокроты уменьшалось, ее характер не изменялся,

снижался кашлевой синдром. При этом, чем ярче были клинические проявления болезни, тем более высокая эффективность препарата отмечалась. К 10-му дню терапии у 34 (75,5 %) пациентов кашель полностью купировался, у 10 (22,2 %) пациентов отмечался кашель минимальной интенсивности с небольшим количеством легко отделяемой слизистой мокроты.

Улучшение состояния было отмечено на 4-5-й день лечения (табл. 1); оно характеризовалось улучшением общего состояния и самочувствия, нормализацией температуры тела, уменьшением катаральных изменений в носоглотке, уменьшением одышки.

Таблица 1.

Динамика клинических симптомов у детей на фоне лечения препаратом Аэролета, n (%)

Симптомы заболевания	До начала лечения	5-й день лечения	10-й день лечения
Сонливость, вялость	100	24,2	-
Отсутствие аппетита	100	34,6	3,5
Экспираторная одышка	44,4	4,4	-
Смешанная одышка	24,4	9,9	-
Кашель:			
— сухой	100	6,6	-
— влажный	-	94,4	24,4
— отсутствие кашля	-	-	77,7
Характер мокроты:			
-отсутствие мокроты	97,7		76,7
— слизистая	-	87,7	24,4
— гнойная	4,4	-	-
Дыхание:			
— жесткое	75,5	95,5	44,4
— ослабленное	23,3	-	-

Переносимость препарата «Аэролета» была хорошей. Отказов от его приема не наблюдалось, так как препарат имеет сладкий вкус с анисовым запахом. Побочных действий — аллергических реакций, дисфункции желудочно-кишечного тракта не наблюдалось. Необходимо сказать, что в 3 (6,6 %) случаях на фоне проводимого лечения на 3-4-й день терапии отмечалось ухудшение состояния детей, выразившееся в усилении одышки, кашля. В связи с этим препарат «Аэролет» был отменен. Из анамнеза этих детей было известно, что они имели аллергологически скомпрометированный фон в виде атопического дерматита в стадии ремиссии. Обострения атопического дерматита на фоне приема препарата не отмечалось.

У 40 (88,8%) детей к 10-му дню болезни наблюдалась нормализация параклинических показателей — количества лимфоцитов, нейтрофилов, эозинофилов. Только в 1 случае развития побочного действия препарата отмечалось увеличение эозинофилии с 7 до 11. Динамика уровней эозинофилов, IgE представлена на рисунок 1.

В 4 (8,8 %) случаях к 10-му дню отмечено увеличение уровня IgE у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом.

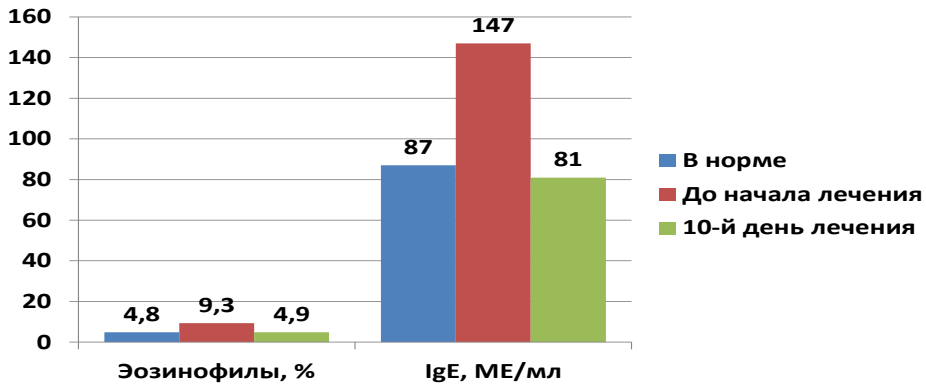


Рис. 1. Динамика уровней эозинофилов, IgE у детей на фоне лечения препаратом Гелисалом

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что лечение препаратом Аэролета было эффективным у 93,3 % больных, из них отчетливый хороший эффект был достигнут у всех детей. Препарат значительно снижает выраженность кашлевого синдрома, улучшает дренажную функцию трахеобронхиального дерева и способствует отхождению мокроты. Важно отметить его хорошую переносимость. Препарат приятен на вкус и потому не вызывает стресса и отказа при приеме у детей. Форма сиропа удобна для использования в детском возрасте. Учитывая хорошую переносимость и безопасность, Аэролета может быть рекомендован для применения в комплексной терапии как противокашлевое и отхаркивающее лекарственное средство при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний дыхательной системы

Список литературы:

1. Бунятян Н.Д., Утешева Д.Б., Свириденко А.В. Диагностика и лечение кашля в практике врача общей практики. РМЖ. 2009; 18(18): 1145-1147

2. Ганиев А.Г., Ефименко О.В., Хайдарова Л.Р. Практические оценка эффективности использования «гелисала» в лечении кашля у детей // Международную научно-практическую конференцию «Молодой исследователь: вызовы и перспективы развития современной педиатрии и детской хирургии» г. Алматы 2019 год. 1-марта. Стр.53-58.

3. Геппе Н. А., Селиверстова Н. А., Утюшева М. Г. И др. Новые возможности эффективной терапии кашля при острых респираторных инфекциях у детей // Лечащий Врач. 2017, № 10, с. 25–33.

4. Зайцева О.В., Локшина Э.Э. Рекуррентные респираторные инфекции у детей: учеб. пособие. М., 2015. 72 с.

5.Зайцева О. В., Барденикова С. И., Зайцева С. В. и др. Современные аспекты патогенетической терапии кашля у детей // Лечащий Врач. 2010,№ 2, с. 46–49.

6.Савенкова М. С., Персиянинова Е. С. и со автр. Кашель у детей: пути решения проблем // Consilium Medicum. 2017; 3: 45–53.

7. Справочник Видаль 2015. Лекарственные препараты в России. Видаль Рус, 2014. 1480 с.

8. Трусова О.Ю., Данилова Е.И., Суменко В.В. Клиническая эффективность//Лечения кашля в педиатрической практике// медицинский совет • №2, 2019. Стр.194-199

9. Чучалин А.Г., Абросимов В.Н. Кашель. Изд-е 2-е. М.: Эхо, 2012. 128 с.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО РИТМА

Ганиев А.Г., Абдурахманов И.Т., Кутликова Г.М.
Андижанский филиал Какандского университета
Андижан, Узбекистан

Актуальность. Высокое кровяное давление (АД) является ведущей причиной смерти, связанной с фактором риска во всем мире, составляя 12,8% всех смертей, в том числе 51% смертей от инсульта и 45% смертей от ишемической болезни сердца. Распространенность гипертонии среди молодежи также растет. Фактически, общее распределение детского АД в мире сместилось вверх на 1,4 мм рт. Ст. Для систолического АД (САД) и 3,3 мм рт. Ст. Для диастолического АД (ДАД). Проведенное в Канаде перекрестное педиатрическое исследование показало, что у подростков, страдающих ожирением, САД на 7,6 мм рт. Ст. Выше, чем у подростков с нормальным весом, причем ИМТ оказывает наиболее сильный эффект на АД.

Цель работы. Оценить суточное колебание артериального давления у детей школьного возраста с помощью суточного мониторирования артериального давления.

Методика исследования. СМАД проведено 150 детей школьного возрастам в кардиологических отделениях ОДММЦ г. Андижане. В исследование были включены пациенты только с диагнозом "артериальная гипертензия" (АГ). Оценивались средние значения для систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневное время. Все параметры были представлены в формате M±Q и в процентах.

Результаты и обсуждение. Избыток массы тела выявлен у 67 подростков (26,8 %) без половых различий, но среди девочек достоверно преобладала группа от 7 до 12 лет: 34,11 против 16,2 % в группе от 12 до 17 лет ($p<0,05$). Ожирение – у 4 подростков (14 %), в данном случае достоверно преобладала группа мальчиков: 13,91 против 8,79 % в группе девочек ($p<0,05$). Среди девочек также преобладала группа от 7 до 12 лет: 10,12 против 6,1 % в группе от 12 до 17 лет.

При обследовании детей в амбулаторных условиях значения САД и ДАД, превышающие 95‰, были выявлены у 93 человек (37,25 %) без принципиальных различий по полу. Значения САД >95 ‰ выявлены у 62 человек (24,8 %), в данном случае в процентном выражении незначительно преобладала группа девочек – 27,07 % (причем от 7 до 12 лет – 23,16 %, а от 12 до 17 лет –27,90 %) против 23,40 % в группе мальчиков. Значения ДАД >95‰ отмечены у 11 детей (2,75 %), все из группы мальчиков. При проведении СМАД значения САД и ДАД, превышающие 95‰, были выявлены у 25 детей (10 %), причем в процентном выражении преобладала группа девочек – 14,16 против 7,25 % в группе мальчиков. Значения САД >95 ‰ отмечены у значительно большего количества подростков – 115 (46 %), в данном случае также преобладала группа девочек – 49,07 % (заметно значительное преобладание группы девочек от 7 до 12 лет – 58,77% против 28,48 % в группе от 12 до 17 лет) против 35,44 % в группе мальчиков. Значения ДАД >95 ‰ выявлены у 3 детей (0,75 %), оба из группы мальчиков. При сравнительном анализе динамики показателей АД в амбулаторных условиях и при СМАД выявили, что значения амбулаторного САД превышали значения САД при СМАД на 6,18 %, половых различий мы не обнаружили, но выявили, что среди девочек достоверно преобладала группа от 12 до 17 лет – 8,45 против 3,88 % в группе от 7 до 12 лет. Значения амбулаторное измеренного ДАД превышали значения ДАД при СМАД на 14,43 %; в данном случае преобладала группа мальчиков – 15,78 против 11,43 % в группе девочек, где также достоверно преобладала группа от 12 до 17 лет –1,45 против 7,66 % в группе от 7 до 12 лет.

В настоящее время достаточно представлены нормативы и подходы к СМАД у детей и подростков. Европейское сообщество по АГ опубликовало рекомендации по измерению АД различными тонометрами, включая и аппараты для проведения СМАД. В соответствии с этими рекомендациями анализ всех полученных нами результатов проводился с учетом

95 ‰ для соответствующего пола, возраста и роста. В результате мы выявили, что только у 157 подростков (62,81 %) с направительным диагнозом АГ он был подкреплен соответствующими цифрами АД, зафиксированными в амбулаторной карте пациента. Также можно отметить, что при амбулаторном обследовании наиболее часто независимо от пола встречается систоло-диастолическая АГ. Изолированная систолическая АГ встречается значительно реже. После проведения СМАД диагноз АГ подтвержден только 137 подросткам (54,81 %), причем в отличие от амбулаторного обследования здесь значительно преобладала изолированная систолическая АГ (следовательно, можно думать о завышении значений ДАД в амбулаторных условиях) и выявлена зависимость от пола. Систолическая АГ наиболее часто встречается у девочек – в 48,14 % случаев, в то время как у мальчиков – только в 36,23 % .

Также нами замечено, что среди девочек изолированная систолическая АГ наиболее часто встречается в возрасте от 7 до 12 лет, т. е. в период наиболее интенсивного полового созревания. Изолированная диастолическая АГ крайне редко встречается как по данным СМАД, так и при амбулаторном обследовании. В результате обработки полученных результатов мы выявили, что гипертензия "белого халата" в наших исследованиях встречается в 23±2,01% случаев, что подтверждает ранее опубликованные данные.

В результате проведенного нами анализа динамики показателей АД выявили, что в амбулаторных условиях значения САД и ДАД превышали аналогичные значения при СМАД на 8,06 и 14,10 % соответственно.

Выводы. В заключение можно сказать, что в целом вопросам раннего выявления повышенного АД и его своевременной профилактики уделяется явно недостаточное внимание. Более пристальное изучение факторов, влияющих на уровень АД в детском и подростковом возрасте и его возрастную динамику.Для правильной постановки диагноза АГ в амбулаторных условиях необходимо четко определять соответствие фактического АД значениям 95 ‰ для соответствующего пола, возраста и роста. СМАД является наиболее информативным методом диагностики АГ в педиатрии сводящее, до минимума влияние на уровень АД окружающей медицинской среды и других факторов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Ермекбаева А.У., Жайбергенова Ж.Б., Сейтназарова А.У.
Медицинский институт Каракалпакстана, г. Нукус, Республика Каракалпакстан

Актуальность. При преподавании клинических дисциплин в медицинских вузах большое внимание уделяется развитию у студентов клинического мышления, улучшению умений обследования пациента и действия в экстренных ситуациях. Интегрированное использование интерактивных средств и симуляционных технологий в процессе обучения позволяет более подробно изучить и практиковать методы диагностики и лечения пациентов. В том числе применение кейс-заданий в виде клинических сценариев дает возможность не только приобретать знания, но и развивать практические навыки и умения. Проведение теоретической части занятий в сочетании с практической работой на тренажере в симуляционном центре способствует более крепкому усвоению приобретаемых навыков, что может дополнительно стимулировать у студентов желание учиться и отрабатывать необходимые в практической деятельности навыки.

Цель исследования. Повышение качества преподавания по дисциплине "Внутренние болезни» путем применения интегративного метода обучения: объединения кейс-заданий с использованием аускультативного тренажера "К" для сердечно-сосудистой системы и "LSAT" для дыхательной системы.

Материалы и методы. Преподавание с применением имитационных технологий проводилось на базе симуляционного центра Медицинского института Каракалпакстана. Для обучения студентов 6 курса лечебного факультета по предмету "Внутренние болезни"

применялась учебная система "К" для сердечно-сосудистой системы и "LSAT" для дыхательной системы, которая позволяла тренировать навыки прослушивания звуков сердца и легких. С учетом имеющихся на симуляторе звуков на основании реальных клинических ситуаций были разработаны кейс-задания по темам занятий. Оценка уровня мастерства и результативности действий студентов в процессе практической деятельности проводилась путем обсуждения выполненных заданий.

Полученные результаты и их обсуждение. В ходе выполнения кейсов студенты используют полученные знания, совершенствуют практические навыки аускультации легких и сердца в результате тренировки на тренажере, повышают квалификацию, формируют клиническое мышление, что является важным для развития необходимых качеств обучающихся и их профессионального самосовершенствования.

Использование кейс-задания заключается в определении и решении важных реальных (приближенных к реальности) проблем и достигается путем включения студентов в дискуссию, изучения обстоятельств, применения имеющихся знаний к конкретной ситуации с дальнейшим анализом и принятием обоснованных решений. Применение клинических сценариев позволяет не только приобрести знания, но и развить практические навыки и умения. Темы кейсов соответствуют теме занятий, например, «внебольничные пневмонии» или же «приобретенные пороки сердца». Студенты изучают различные варианты аускультативных данных, получая вводную информацию о пациенте в виде текстового материала с жалобами и анамнезом заболевания, результатами лабораторных и инструментальных исследований. Они самостоятельно проводят и оценивают аускультацию дыхательной системы на пособии для прослушивания звуков дыхания "LSAT" и сердечно-сосудистой системы пациента на тренажере "К", учатся распознавать и описывать различные вариации дыхательных и сердечных шумов. Студенты, учитывая информацию, проводят обоснование предварительного диагноза и дифференциальную диагностику заболеваний органов дыхания и кровообращения, назначают лечение.

При анализе отзывов студенты отметили, что учебный материал представлен в удобной форме, ориентирован на практическое применение и содержит много полезной информации. Использование аускультативного тренажера "К" и "LSAT" при решении ситуационных кейсов позволило студентам совершенствовать свои навыки аускультации (88%), лучше представлять симптоматику заболеваний (85%), освоить дифференциальную диагностику (78%).

Выводы. Использование аускультативного тренажера "К" для сердечно-сосудистой системы и "LSAT" для дыхательной системы с включением кейс-заданий в процесс обучения студентов лечебного факультета по дисциплине "Внутренние болезни" на занятиях, посвященных заболеваниям дыхательной и сердечно-сосудистой системы, способствует улучшению как теоретических знаний, так и практических навыков студентов в этой области. Проведение занятий по терапевтическим дисциплинам с использованием современных тренажеров является важным дополнением к теоретической части урока. Широкое использование симуляционных технологий при обучении терапевтическим дисциплинам приближает студентов к реальным условиям работы в терапевтических стационарах и поликлиниках, что стимулирует их интерес к учебе и способствует качественной практической подготовке.

ЭРТА НЕОНАТАЛ ДАВРДА ЧАҚАЛОҚЛАР ТИМУСИ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Жураев К.Д., Исламов Ш.Э.
Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Кириш. Ҳозирги вақтда хомиладорларда преэклампсия ва эклампсияни ривожланиши хар 100 мингтага хомиладорга ўртача 35-65тани ташкил этади. Россия федерацияси ва МДХ давлатларида бу кўрсаткич 100мингтага 65-75 тани ташкил этса, Ўрта

Осиё давлатларида бу кўрсаткич 100 мингтага 170-320 тани ташкил этиб (2022 йил), мамлакатимизда, бу кўрсаткич 100 мингтага ўртача 270 тани ташкил этиб, хомиладорликда оналар ўлимини қарийб 31,2% ни ташкил этса, перинтал патологияларда чақалоқлар ўлимининг 28,2%ни ташкил этади. Бу эса, муаммони долзарблиги ва заруратини айни пайтда тақозо этади. Ўзбекистон республикасида 2022 йилда преэклампсия ва эклампсия фонида ўртача нобуд бўлган чақалоқлар 1000 туғруққа 31 тани ташкил этган. Бу эса, айнан, мамлакатимизда она бола мухофазасини давлатнинг сиёсий ва иқтисодий даражада заруратини билан биргаликда, хар қандай жихатларини инобатга олишни тақозо этади.

Тадқиқот мақсади: чақалоқлар антенатал ўлимида тимус тўқимасидаги иммуногистокимёвий хос жихатларини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар. Преэклампсия ва эклампсия фонида туғилган ва эрта неонатал даврда нобуд бўлган 20 та чақалоқлар тимусини иммуногистокимёвий кўрсаткичлари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари ва мухокамаси. Тадқиқот ишимизда эрта неонатал даврда нобуд бўлганлар орасида 81,0% холатида (та бемор), Ki 67 маркерининг юқори позитив экспрессияси ўртача 26,1% ва ундан юқорилиги аниқланди. Ўрганилаётганларнинг 15,1% да эса, ўрта позитив экспрессияланиш аниқланиб, 18,8% (та бемор)ни ташкил этган бўлса, 3,9% да (та бемор) 10% дан паст экспрессияланиш даражасини ташкил этганлиги аниқланди. Материалимизни 5/4 қисмида юқори экпрессияланиш хулоса қилаётганимда фикримизни хулоса қисмида юқори даражада ижобий кўрсаткич бўлиб, Ki 67 маркерини юқори рекация берган деб қабул қилинади.

Тадқиқотимизда, CD3+ маркери билан қилинган текшришларда, асосан Т-лимфоцитни сифатлаб берувчи маркер сифатида қўлланилди. Бу эса, айнан тимуснинг пўстлоқ қаватидаги Т-лимфоцитларни кескин камайганлиги, аксарияти индуцирланган апоптозга учраганлигини сабабли, CD3+ маркерининг паст позитив экспрессияланишида асосан макрофаглар хам бўялган бўлиб, янги туғилган чақалоқларда Т-лимфоцитар ҳужайравий иммунитет тўлиқ такомил топмаганлигини, тасдиқлади.

Эрта неонатал даврда нобуд бўлганлар аутопсиясида тимусда юзага келган асосий ўзгаришлардан бири, тимусни акцидентал трансформация-ланиши ва иммунокомпетент хужайраларни камайиши билан намоён бўлгани оддий морфологик текширишларда аниқланган. CD4+ маркери орқали лимфоцитларни Т-хелпер бўлган сусбпопуляциясини аниқлаш мақсадида олиб борилган иммуногистокимёвий жихатлари бўйича, позитив экспрессияланиш даражаси жуда паст кўринишда бўлиб, айнан, Т-киллерларни қитиқлоайдиган иммуностимуляцияловчи омилларни ишлаб чиқарувчи Т -хелперларни тимус пўстлоқ ва мағиз қаватларида жуда кам сонли бўлиши, аутологик тўқима толерантлигига бўлган дифференциал-ланишни ривожланмаганлигини тасдиқлайди. Натижада, клиник морфологик жихатдан бу кўриниш, иммунодефицитни бир тури хисобланади.

Хулоса. Демак, CD3+ ва CD4+ маркерларига текширилган тимус тўқимасида паст позитив экспрессияланиши CD3+ лимфоцитлар дифференцияланишини бузилиши ва CD4+ маркерли Т хелперларнинг кам сонли шаклланганлигини англатиб, жараёнда иммунодефицит ва инфекцияга қарши турғунликни кескин камайганлигини англатади. Бу эса, айнан, тадқиқотимизда, эрта неонатал даврда нобуд бўлган чақалоқлар клиник анамнестик маълумотларида онасида преэклампсия ва эклампсия фонида шаклланган бўлиб, туғилганидан кейинги даврда инфекция тушиши оқибатида, сепсис ва септицемиядан нобуд бўлганларни хаммасида тасдиқланди.

РЕКОМЕНДАЦИИ МААСТРИХТ VI/ФЛОРЕНТИЙСКОГО КОНСЕНСУСА ПО ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Захидова М.З. [1], Сейтназарова А. У. [1], Жайбергенова Ж. Б. [1] , Захидова М.У. [2]
Медицинский институт Каракалпакстана[1]
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз[2]

Аннотация. В новом Маастрихт VI/Флорентийском консенсусе уточнен ряд положений, которые раньше находились на стадии обсуждения. Позиционировано, что инфекция *Helicobacter pylori* всегда вызывает гастрит независимо от симптомов или осложнений. Перед постановкой убедительного диагноза функциональной диспепсии необходимо исключить хеликобактерный гастрит. Некоторые положения консенсуса, например тактика «тестируй и лечи», требуют элементов критического отношения с учетом региональных условий.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, ингибиторы протонной помпы, эрадикация, тройная терапия, висмутовая квадротерапия, резистентность к антибиотикам, противомикробные лекарственные средства

Maastricht VI/Florence Consensus Guidelines for the Treatment of Helicobacter pylori Infection for Primary Care Physicians

Zakhidova M.Z.[1], Seytnazarova A. U.[1], Jaybergenova J. B.[1], Zakhidova M.U.[2].
Karakalpakstan Medical Institute[1],
Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan[2],

Abstract The new Maastricht VI/Florence Consensus clarifies a number of provisions that were previously under discussion. It has been postulated that *Helicobacter pylori* infection always causes gastritis, regardless of symptoms or complications. Before making a convincing diagnosis of functional dyspepsia, it is necessary to exclude Helicobacter's gastritis. Some provisions of the consensus, such as the "test and treat" tactic, require elements of a critical attitude, taking into account regional conditions.

Key words: *Helicobacter pylori*, proton pump inhibitors, eradication, triple therapy, bismuth quadruple therapy, resistance to antibiotics, antimicrobial drugs

Maastrixt VI / Florensiya konsensusining birlamchi tibbiy yordam shifokorlari uchun Helicobacter pylori infektsiyasini davolash bo'yicha tavsiyalari

Zakhidova M.Z.[1], Seytnazarova A. U.[1], Jaybergenova J. B.[1] , Zakhidova M.U.[2].
Qoraqalpog'iston Tibbiyot instituti[1]
Tibbiyot xodimlarni kasbiy malakasini rivojlantirish markazi[2],

Xulosa: Yangi Maastrixt VI/Florentiya konsensusi ilgari muhokama qilingan bir qator qoidalarga aniqlik kiritadi. Helicobacter pylori infektsiyasi simptomlar yoki asoratlardan qat'i nazar, har doim gastritni keltirib chiqaradi. Funktsional dispepsiyaning ishonchli tashxisini qo'yishdan oldin, Helicobacter gastritini istisno qilish kerak. Konsensusning ba'zi qoidalari, masalan, "sinov va davolash" taktikasi, mintaqaviy sharoitlarini hisobga olgan holda tanqidiy munosabat elementlarini talab qiladi.

Kalit so'zlar: Helicobacter pylori, proton nasosi ingibitorlari, eradikatsiya, uchlik terapiya, vismut to'rt komponentlik terapiya, antibiotiklarga chidamlilik, mikroblarga qarshi dorilar

Введение

Одной из основных гастроэнтерологических проблем на протяжении многих десятилетий являлось лечение язвенной болезни и хронического гастрита, а также профилактика рака желудка. Установлено, что эти заболевания в большинстве случаев обусловлены инфекцией *Helicobacter pylori*. Основные принципы диагностики и лечения

хеликобактерной инфекции с позиций доказательной медицины сформулированы в серии Маастрихтских консенсусов, которые являются основой соответствующих национальных рекомендаций. Обновление положений Маастрихтского консенсуса и национальных рекомендаций является естественным процессом по мере проведения рандомизированных исследований и накопления новой информации. Маастрихт VI/Флорентийский консенсус проходил 27–28 сентября 2021 г. во Флоренции с участием 41 эксперта из 29 стран. Проведено обсуждение наиболее важных вопросов, касающихся менеджмента инфекции *H. pylori*.

Методология. В шестой версии Маастрихт/Флорентийского консенсуса каждое обсуждаемое положение получало такие характеристики, как «Согласие», т.е. указывалось относительное количество голосов экспертов, выразивших согласие с этим утверждением, в процентах, а также уровень достоверности доказательств и убедительности рекомендаций

Общий обзор консенсуса: что появилось нового

Благодаря, проведенным в последние годы исследованиям и публикациям, а также результатам рандомизированных клинических исследований и метаанализов, более точно сформулирован ряд положений, которые раньше находились на стадии обсуждения и являлись в какой-то степени размытыми.

Инфекция H. pylori всегда вызывает гастрит, независимо от симптомов или осложнений. Согласие: 100%; уровень доказательности и рекомендаций (далее – уровень): A1.

Как известно, H. pylori-ассоциированный гастрит может протекать бессимптомно или проявляться диспепсией. Необходимость выделения хеликобактерного гастрита подтверждается тем, что в Международной классификации болезней 11-го пересмотра он включен как отдельная позиция.

Эндоскопия не требуется при начальном исследовании диспепсии в районах с низкой распространенностью H. pylori. Согласие: 92%. Уровень: A1.

У молодых пациентов с диспепсией (возраст до 50 лет) без специфического риска и тревожных симптомов рекомендуется неинвазивное тестирование на инфекцию H. pylori. Согласие: 97%. Уровень: A1.

У пациентов с диспепсией старше 50 лет требуется ЭГДС. Функциональная серология может рассматриваться как дополнительный диагностический инструмент. Согласие: 94%. Уровень: B1.

Следует учесть, что Узбекистан, Россия и Беларусь относятся к регионам со значительной распространенностью инфекции H. pylori и высоким уровнем заболеваемости раком желудка, что исключает возможность принятия приведенных положений. Примечательно, что в консенсусе 2020 г. Объединенной европейской гастроэнтерологии и Европейского общества нейрогастроэнтерологии и моторики по функциональной диспепсии уже сформулированы положения по этой проблеме: «Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта обязательна для установления диагноза функциональной диспепсии. В первичном звене неисследованную диспепсию можно лечить без эндоскопии, если нет тревожных симптомов или факторов риска».

В клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии, а также гастрита и дуоденита вполне обоснованно указывается на необходимость проведения ЭГДС [4,7].

Без исключения хеликобактерного гастрита у больного диспепсией в настоящее время нельзя установить диагноз функциональной диспепсии. Это констатирует следующее новое важное положение консенсуса. Перед постановкой убедительного диагноза функциональной диспепсии необходимо исключить гастрит, вызванный H. pylori. Согласие: 100%. Уровень: A1

Проблема ведения инфицированных H. pylori пациентов, которым необходимо принимать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), ацетилсалициловую кислоту и/или антикоагулянты. На эту тему в консенсусе сформулирован ряд положений.

Применение ацетилсалициловой кислоты или НПВП увеличивает риск язвенной болезни и ее осложнений у субъектов, инфицированных H. pylori. Согласие: 100%. Уровень: A1.

Тестирование и лечение H. pylori рекомендуется пациентам из группы высокого риска, которые уже длительное время принимают ацетилсалициловую кислоту. Пациентам из группы высокого риска может потребоваться дополнительная терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП). Согласие: 100%. Уровень: A1, а также Эрадикация H. pylori рекомендуется пациентам с необъяснимой железодефицитной анемией, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой и дефицитом витамина B12. Согласие: 97%. Уровень: A1.

Как указывается в материалах консенсуса, около 90% случаев рака желудка связано с H. pylori. В регионах с высокой инфицированностью H. pylori, например в Японии, это значение достигает 95%. Инфекция H. pylori является основным этиологическим фактором аденокарциномы желудка, включая проксимальный рак желудка. Согласие: 100%. Уровень: A1

Тяжелая атрофия (OLGA III/IV) на фоне гастрита, вызванного H. pylori, несет гораздо более высокий риск развития рака желудка по сравнению с атрофией на фоне аутоиммунного гастрита. Согласие: 100%. Уровень: A1.

Эрадикация H. pylori устраняет (1) активную воспалительную реакцию при хроническом активном неатрофическом гастрите и (2) предотвращает дальнейшее прогрессирование атрофии и кишечной метаплазии при хроническом неатрофическом гастрите. Согласие: 100%. Уровень: A1. Эрадикация H. pylori может обратить вспять атрофию желудка и в некоторой степени кишечную метаплазию, а также остановить прогрессирование хронического атрофического гастрита в неопластические поражения у части пациентов. Согласие: 97%. Уровень: A1.

Эрадикация H. pylori дает возможность предотвратить рак желудка в любом периоде жизни взрослого человека. Величина пользы уменьшается с возрастом. Согласие: 97%. Уровень: A1.

Чрезвычайно важным в последнем Маастрихтском консенсусе является раздел, посвященный взаимосвязи H. pylori и микробиоты желудочно-кишечного тракта. Неслучайно разработчики консенсуса объединены в Европейскую исследовательскую группу Helicobacter и микробиоты. В последние годы установлено, что применение антибиотиков в раннем детском возрасте оказывает многолетнее влияние на микробиом, который в свою очередь предопределяет разнообразные системные эффекты. Имеется метаанализ, который показал, что использование антибиотиков является значимым фактором риска развития болезни Крона у детей [3]. Применение антибиотиков в раннем детском возрасте оказывает долгосрочное воздействие на кишечную микробиоту. Согласие: 100%. Уровень: B2

Весьма примечательно следующее заявление экспертов консенсуса: «Широкое использование антибиотиков в производстве пищевых продуктов привело к появлению комменсиальных устойчивых к антибиотикам бактерий в кишечнике человека, и эти штаммы могут действовать как резервуар генов устойчивости к антибиотикам, а также как источник распространения устойчивости к антибиотикам». Возможно, этим объясняется более высокая резистентность к антибиотикам среди всеядных людей в сравнении с вегетарианцами, ово-лакто-вегетарианцами и веганами [8].

Пробиотики, содержащие Lactobacilli и Saccharomyces boulardii (одноклеточные микроскопические дрожжевые грибки из рода сахаромицетов), уменьшают частоту побочных эффектов при эрадикационной терапии и, что самое важное, в конечном итоге повышают ее эффективность. Ряд метаанализов рандомизированных клинических исследований доказал положительные эффекты пробиотиков при эрадикации H. pylori [9].

Лечение

Резистентность H. pylori к антимикробным препаратам является определяющим фактором эффективности существующих протоколов эрадикации микроорганизма.

Возможной резистентностью H. pylori к амоксициллину, тетрациклину и рифабутину можно пренебречь, так как ее частота обычно не превышает 2%. К препаратам висмута формирование устойчивости H. pylori отсутствует. Что касается кларитромицина, фторхинолонов и метронидазола, то резистентность к этим препаратам встречается повсеместно и является ключевой проблемой в лечении хеликобактерной инфекции.

В предыдущем Маастрихт V/Флорентийском консенсусе настоятельно рекомендовано начинать эрадикационную терапию с определения региональной резистентности H. pylori к кларитромицину, фторхинолонам и метронидазолу [2]. Если отсутствие чувствительности к какому-либо антибиотику в субпопуляции встречается у 15% населения и чаще, резистентность считается высокой, и использование этого лекарственного средства (ЛС) при эрадикации нецелесообразно.

Из-за растущей устойчивости Helicobacter pylori к антибиотикам, врачи вынуждены менять тактику лечения. Висмутсодержащая квадротерапия (ВКТ) все чаще рассматривается как предпочтительный метод лечения, особенно в регионах с высокой резистентностью к кларитромицину, как было отмечено на Российской гастроэнтерологической неделе в 2022 году и в новом консенсусе экспертов.

При отсутствии данных о резистентности к кларитромицину, эксперты советуют исходить из предположения о высокой резистентности и сразу начинать лечение с ВКТ. Невисмутовая сопутствующая квадротерапия демонстрирует значительно большую эффективность по сравнению с последовательной терапией при инфекциях, вызванных кларитромицин-резистентными штаммами H. pylori (92% эрадикации против 62% соответственно) [5]. Европейский регистр подтверждает высокую эффективность (более 90%) как ВКТ, так и сопутствующей квадротерапии во всех регионах Европы.

Метаанализы показывают преимущество тройной терапии первой линии при чувствительности микроорганизма к ее компонентам по сравнению с эмпирической терапией [6]. Однако ситуация меняется при использовании ВКТ. Метаанализ 2020 года не выявил различий в частоте эрадикации H. pylori после назначения ВКТ с предварительным определением резистентности и при эмпирическом применении. Кроме того, генетический полиморфизм CYP2C19 не влиял на результаты ВКТ [4].

Профессор А.А. Шептулин подчеркнул важность увеличения продолжительности курса лечения, правильного выбора ИПП и его дозы, включения в схемы висмута трикалия дицитрата, применения антибиотиков в более высоких дозах, добавления пробиотиков и ребамипида, а также повышения приверженности пациентов лечению для повышения эффективности эрадикации. Рекомендуемая продолжительность квадротерапии с препаратами висмута – 14 дней, но допустимо использование 10-дневных протоколов при доказанной одинаковой эффективности.

Эксперты консенсуса считают квадротерапию с висмутом более рациональной, чем с тремя антибиотиками. Это позволяет снизить риск развития антибиотикорезистентности и побочных эффектов, включая нарушения кишечного микробиома.

В регионах с низкой резистентностью к кларитромицину ВКТ или тройная терапия с кларитромицином могут быть рекомендованы в качестве эмпирического лечения первой линии при условии доказанной эффективности (согласие экспертов – 94%).

Особую тревогу вызывает быстрый рост резистентности H. pylori к метронидазолу и левофлоксацину. Исследования в Европе и США показали, что 22,2% изолятов не чувствительны к кларитромицину, 1,2% – к амоксициллину и 69,2% – к метронидазолу [7]. При этом тройная терапия с кларитромицином сохраняет эффективность более чем в 80% случаев.

Предварительные данные итальянского пилотного исследования демонстрируют потенциал комбинации висмута с рифабутином. Добавление субцитрата висмута к стандартной тройной терапии с рифабутином повысило частоту эрадикации с 66,7% до 96,6%.

Заключение. Согласно Маастрихт VI/Флорентийскому консенсусу, инфекция H. pylori всегда вызывает гастрит, даже при отсутствии симптомов или осложнений. Это важно учитывать при диагностике функциональной диспепсии, так как исключение хеликобактерной инфекции становится обязательным этапом. Некоторые рекомендации, например, стратегия "тестируй и лечи", требуют осторожного применения и адаптации к условиям российской медицины.

Helicobacter pylori является причиной примерно 90% случаев рака желудка. Избавление от этой инфекции (эрадикация) может предотвратить развитие рака, однако эффективность этой меры снижается с возрастом. В современных рекомендациях по лечению хеликобактерной инфекции предпочтение отдается квадротерапии с висмутом. Тройная терапия с кларитромицином теряет свою актуальность в связи с растущей резистентностью бактерии к этому антибиотику. Также наблюдается повышение резистентности к фторхинолонам. В случае неэффективности других схем лечения, в качестве "финишного протокола", рекомендуется тройная терапия с рифабутином. Эта информация особенно важна для врачей первичного звена.

Литература:

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л, и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2018;28(1):55-70 [Ivashkin VT, Mayev IV, Lapina TL, et al. Diagnostics and treatment of Helicobacter pylori infection in adults: Clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology. 2018;28(1):55-70 (in Russian)]. DOI:10.22416/1382-4376-2018-28-1-55-70

2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2021;31(4):70-9 [Ivashkin VT, Maev IV, Lapina TL, et al. Clinical Recommendations of Russian Gastroenterological Association and RENDO Endoscopic Society on Diagnosis and Treatment of Gastritis and Duodenitis. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology. 2021;31(4):70-99 (in Russian)]. DOI:10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99

3. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., и др. Воспаление, нарушение моторной функции и висцеральная гиперчувствительность: основные механизмы функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (обзор литературы и резолюция Совета Экспертов). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. 2022;32(1):7-14 [Ivashkin VT, Maev IV, Trukhmanov AS, et al. Inflammation, impaired motor function and visceral hypersensitivity: the main mechanisms of functional disorders of the gastrointestinal tract (materials of the Expert Council and literature review). Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology. 2022;32(1):7-14 (in Russian)]. DOI:10.22416/1382-4376-2022-32-1-7-14

4. Espada M, Nyssen OP, Gisbert JP. Empirical versus susceptibility-guided treatment of Helicobacter pylori infection: a meta-analysis. United European Gastroenterol J. 2020;8:251

5. Gisbert JP, McNichol AG. Eradication of Helicobacter pylori infection with non-bismuth quadruple concomitant therapy. In: AU Rahman, MI Choudhary, eds. Frontiers in anti-infective drug discovery Bentham science publishers, 2020; p. 1-34.

6. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/ Florence consensus report. Gut. 2022;71(9):1724-62. DOI:10.1136/gutjnl-2022-327745

7. Mégraud F, Graham DY, Howden CW, et al. Rates of Antimicrobial Resistance in Helicobacter pylori Isolates from Clinical Trial Patients Across the US and Europe. Am J Gastroenterol. 2022. DOI:10.14309/ajg.0000000000002045.

8. Milanović V, Osimani A, Cardinali F, et al. Erythromycin-resistant lactic acid bacteria in the healthy gut of vegans, ovo-lacto vegetarians and omnivores. PLoS One. 2019;14(8):e0220549. DOI:10.1371/journal.pone.0220549

9. Zhang M, Zhang C, Zhao J, et al. Meta-analysis of the efficacy of probiotic-supplemented therapy on the eradication of H. pylori and incidence of therapy-associated side effects. Microb Pathog. 2020;147:104403. DOI:10.1016/j.micpath.2020.104403

СУРУНКАЛИ ГАСТРОДУОДЕНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ АФТОЗ СТОМАТИТ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ОЗОНДАН ФОЙДАЛАНИШ ВА САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Зойиров Т.Э., Аллазаров К.А.
Тиббиёт фанлари доктори (т.ф.д.),
Самарканд Давлат тиббиёт Университети,
Терапевтик стоматология кафедраси мустақил изланувчиси
Самарканд, Ўзбекистан

АННОТАЦИЯ

Мақсад: сурункали гастродуоденити мавжуд беморларда сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни оғиз бўшлиғи дисбиотик холатларини яхшилаш ва патогенетик терапия ёрдамида антиоксидант ҳимояни кучайтириш орқали даволаш самарадорлигини ошириш.

Методлар: тадқиқотда умумий клиник, лаборатория, биокимёвий, функционал, инструментал ва статистик усуллар қўлланилган.

Натижалар: сурункали гастродуоденит фонида оғиз мукозасининг сурункали қайталанувчи афтоз стоматити бўлган беморларда ўтказилган клиник тадқиқотлар қуйидаги кўрсаткичларнинг 1,24 баробар камайганини, гигиенанинг 1,92 баробар ёмонлашганини, Шиллер-Писарев тестининг 2,06 баробар ошганини ва 1,84 баробар ошганини кўрсатди. рағбатлантирилган туприк. рағбатлантирилган тупурик пҳ ни кислотали томонга 2,09 marta силжитади.

Хулоса: Тезкор ва узоқ муддатли кузатув давридаги клиник ва лаборатория тадқиқотлари натижалари шуни кўрсатдики, сурункали гастродуоденитда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг СҚАСини даволаш учун биз ишлаб чиққан даволаш-профилактика комплекси патоген микробларга қарши узоқ муддатли бактерицид таъсирга эга. Оғиз бўшлиғи маҳаллий иммун ҳолати нормага яқинлашуви кузатилди.

Калит сўзлар: сурункали қайталанувчи афтоз стоматит, тиш кариеси, пародонт тўқимаси касалликлари, эпидемиологик тадқиқотлар, сурункали афтоз стоматит, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати.

ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Зойиров Т.Э., Аллазаров К.А.
Доктор медицинских наук (д.м.н),
Самаркандский Государственный Медицинский Университет,
Самостоятельный соискатель
кафедры терапевтической стоматологии

АННОТАЦИЯ

Цель: повышение эффективности лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита слизистой оболочки рта на фоне хронического гастродуоденита путем

коррекции дисбиотических нарушений и усиления антиоксидантной защиты с помощью патогенетической терапии.

Методы: в ходе исследования использовались общеклинические, лабораторные, биохимические, функциональные, инструментальные и статистические методы.

Полученные результаты: клинические исследования у пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом слизистой оболочки полости рта на фоне хронического гастродуоденита показали: снижение следующих показателей в 1,24 раза, ухудшение гигиены в 1,92 раза, увеличение пробы Шиллера-Писарева в 2,06 раза, увеличение стимулированной слюны в 1,84 раза. нестимулированной слюны в 2,09 раза происходит сдвиг pH в кислую сторону.

Выводы: Результаты клинико-лабораторных исследований в период оперативного и длительного наблюдения показали, что разработанный нами лечебно-профилактический комплекс для лечения СКА слизистой оболочки полости рта при хроническом гастродуодените обладает длительным бактерицидным действием против болезнетворных микробов. Наблюдалось приближение местного иммунного статуса полости рта к норме.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, кариес зубов, заболевания пародонта, эпидемиологические исследования, хронический афтозный стоматит, слизистая оболочка полости рта.

« USE AND EFFECTIVENESS OF OZONE IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS»

ZOYIROV Tulkin Elnazarovich ALLAZAROV Kuvondik Azadovich
Doctor of medical sciences (DSc), professor
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan
independent applicant for the Department of Therapeutic Dentistry
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

ABSTRACT

Objective: to increase the effectiveness of treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis of the oral mucosa against the background of chronic gastroduodenitis by correcting dysbiotic disorders and enhancing antioxidant protection through pathogenetic therapy.

Methods: general clinical, laboratory, biochemical, functional, instrumental and statistical methods were used in the course of the study.

Results obtained: Clinical studies in patients with chronic recurrent aphthous stomatitis of the oral mucosa against the background of chronic gastroduodenitis have shown: a decrease in the following indicators by 1.24 times, a deterioration in hygiene by 1.92 times, an increase in the Schiller-Pisarev test by 2.06 times, an increase in stimulated salivation by 1.84 times and the absence of stimulated salivation by 2.09 times, a shift in The pH is in the acidic side.

Conclusions: The results of clinical and laboratory studies during operative and long-term follow-up showed that the therapeutic and prophylactic complex developed by us for the treatment of oral mucosal diseases in chronic gastroduodenitis has a long-term bactericidal effect against pathological microbes. The local immune status of the oral cavity was observed to approach the norm.

Keywords: chronic recurrent aphthous stomatitis, dental caries, periodontal diseases, epidemiological study, chronic aphthous stomatitis, oral mucosa.

КИРИШ: Сурункали гастродуоденит билан оғриган беморларда микрофлоранинг таркиби ўзгариши ва ичак ферментларининг фаоллиги ўзгариши исботланган. Нормомикробиознинг бузилиши натижасида организмда ичак дисбиози юзага келади, бунда оғиз микрофлорасининг доимий вакилларининг сифат ва миқдорий таркиби ўзгариши билан бирга оғиз биотсенозининг қайта тузилиши содир бўлади. Бу тананинг ўзига хос бўлмаган қаршилиги ва антиоксидант ҳимоясининг пасайишига, оғиз бўшлиғи

шиллиқ қаватининг юқумли ва яллиғланиш жараёнларига олиб келади, ундаги касалликларнинг ривожланишини кучайтиради. Кўпгина муаллифлар дисбиотик касалликларни қайд этишади коагулаза-салбий стафилококклар, гемолитик бўлмаган стрептококклар, лактобактериялар, коринобактериялар, аэроб грамм-манфий таёқчалар (патоген бўлмаган фунгуслар) ва неиссеригияларнинг ўсиши ва колонизациясини фаоллаштириш имкониятини яратиб, мажбурий нормал флорани бостириш билан бирга содир бўлади. Юқорида қайд этилган патоген микрофлоранинг оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида узоқ муддатли давом этиши сурункали қайталанувчи афтоз стоматит (СҚАС) пайдо бўлишига олиб келади.

Сўнгги ўн йилликларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати билан касалланишнинг ўсиши 30% дан ортиқни ташкил этди ва сурункали стоматит билан касалланиш 60% гача кўтарилди. Микрофлоранинг юқори тўлқинлилиги ва доимий мослашуви, антибактериал терапияни иррационал танлаш ва антифунгал дориларнинг таркибий қисмларига адаптасиянинг юқорилиги туфайли анъанавий даволаш усулларига жавоб бериш қийин бўлган лезёнларнинг релапслари сонининг кўпайиши кузатилмоқда, бу беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада ёмонлаштиради.

Юқорида айтилганлар диагностик усулларини такомиллаштириш, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг сурункали қайталанувчи афтоз стоматитини даволаш ва олдини олишнинг янги воситаларини излаш, бундай шикастланишлар ривожланишининг патогенетик механизмларини ҳисобга олган ҳолда замонавий даво усулларини қўллаш зарурлигини ишончли тарзда кўрсатиб беради.

ОБШҚда учрайдиган турли хил касалликлар ривожланишининг турли хил экзо - ва эндоген сабабчи омиллари биологик фаол субстратлар, хусусан, нафас олиш ферментлари ва улар билан функционал боғлиқ бўлган ультраструктураларни ингибирлашнинг номахсус реакцияси билан амалга ошириладиган ҳужайра мослашувининг бузилишига («дистресс») олиб келадиган сурункали, узоқ муддатли стресс агентлари сифатида пайдо бўлади.

Охирги илмий тадқиқотлар шуни кўрсатдики, тишлар ва оғиз бўшлиғИ шиллиқ қавати тўқималарининг шикастланиши овқат ҳазм қилиш тракти фаолиятида юз берадиган яллиғланиш характерли касалликлари билан бирга кечади. Бу тиш-жағ тизимининг патологияси нафақат маҳаллий характерга эга, балки бутун организмнинг сезиларли реакцияси билан боғлиқ деб тахмин қилишга асос беради.

Ҳозирги вақтда стоматологияда тадқиқотларнинг асосий йўналишларидан бири оғиз бўшлиғи патологияси ва тизимли касалликлар ўртасида, оғиз бўшлиғининг регионар гомеостази ва организм умумий гомеостази ўртасида мумкин бўлган ўзаро алоқаларни ўрнатиш бўлиши бежиз эмас ва шунинг учун пародонт касалликларини дорилар билан даволашга комплекс ёндашув тобора кўпроқ тан олинмоқда.

Замонавий стоматологияда эришилган ютуқларга қарамай, ОБШҚ касалликлари, шу жумладан сурункали қайталанувчи афтоз стоматит даволашнинг самарали ва кенг тарқалган усулини ишлаб чиқиш муаммоси тўлиқ очиб берилмаган ва ўз долзарблиги ва ижтимоий аҳамиятини сақлаб қолишда давом этмоқда.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати шикастланишининг этиологияси ҳақидаги замонавий ғояларни ҳисобга олган ҳолда терапиянинг асосий йўналишлари қуйидагиларни: яллиғланишга қарши маҳаллий терапияни; сурункали гастродуоденит мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда умумий ва маҳаллий терапияни ва патогенетик йўналишни ўз ичига олиши керак

Тадқиқотнинг мақсади: сурункали гастродуоденити мавжуд беморларда сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни оғиз бўшлиғи дисбиотик холатларини яхшилаш ва патогенетик терапия ёрдамида антиоксидант ҳимояни кучайтириш орқали даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Вазифаларни бажариш учун биз кенг қамровли тадқиқот усулларидан фойдаландик. Тадқиқот объекти сурункали гастродуоденити мавжуд беморларда касаллик кечишининг клиник хусусиятлари,

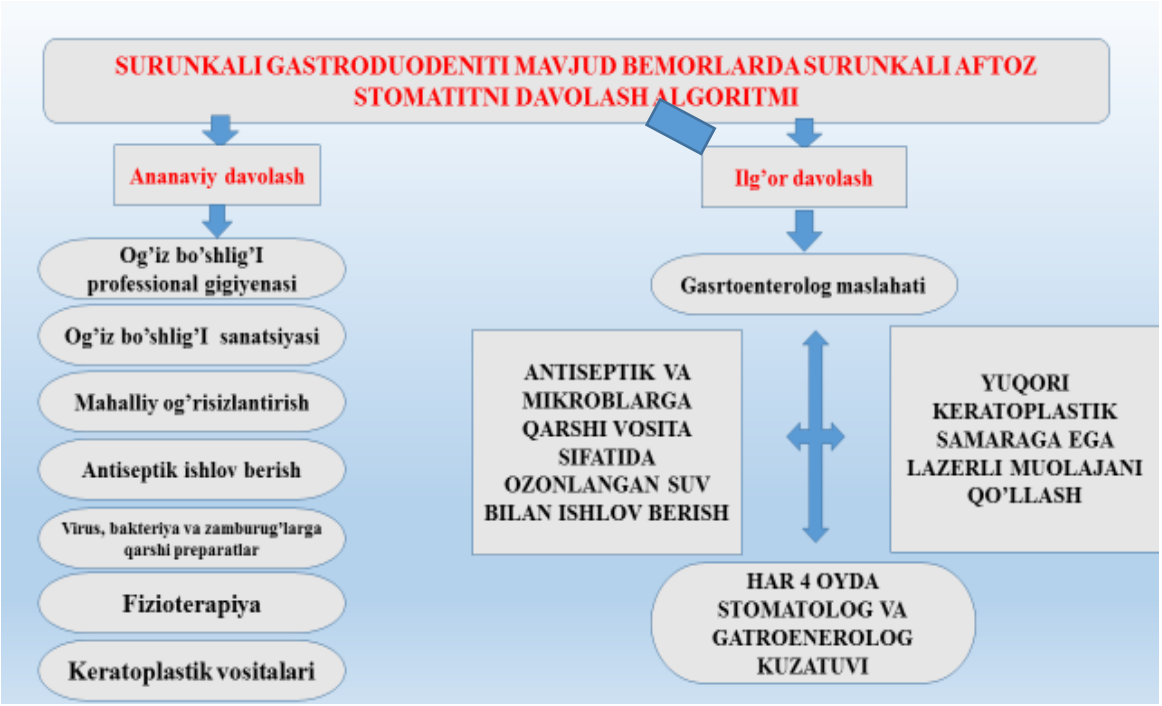
стимулланмаган оғиз суюқлигининг биокимёвий кўрсаткичлари, СҚАСдаги микробиологик ўзгаришлардир. Қўйилган мақсадга эришиш учун 24 ёшдан 56 ёшгача бўлган 118 нафар бемор текширилди: уларнинг 70 нафари эркаклар ва 48 нафари аёллар. Клиник тадқиқотда 118 киши иштирок этди (1-жадвал). Улардан 34 нафари соматик патологияси бўлмаган амалда соғлом, 84 нафари сурункали гастродуоденит билан оғриган беморлардир. ХКТ-10 га мувофиқ К29 кодига эга бўлган «гастрит ва дуоденит», К29.9 коди аниқланмаган гастродуоденит ташхиси гастроэнтерология бўлими гастроэнтеролог врачлари томонидан қўйилган.

1- жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича тақсимланиши

Ёш гуруҳлари	**Жинси**			
	Эркак		**Аёл**	
	Abs.	**%**	**Abs.**	**%**
24-29 ёш	4	5.71	3	6.25
30-35 ёш	9	12.86	6	12.50
36-40 ёш	6	8.57	4	8.33
41-45 ёш	16	22.86	12	25.00
46-50 ёш	13	18.57	8	16.67
51-56 ёш	22	31.43	15	31.25
Jami	70	100	48	100

Биринчи (асосий гуруҳ) оғиз бўшлиғининг сурункали қайталанувчи афтоз стоматити ва сурункали гастродуоденити билан оғриган 46 кишидан (25 эркак ва 21 аёл) иборат эди. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни даволашда анъанавий даволаш усули, яъни маҳаллий оғрисизлантириш, антисептик ишлов бериш, вирус, бактерия ва замбуруғларга қарши препаратлар, кератопластик воситалари қўлланилади. Сурункали гастродуоденити мавжуд беморларда учрайдиган сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни даволашда анъанавий даволашдан ташқари махсус даволаш алгоритми ишлаб чиқилди (Расм 2). Замонавий ва илмий жиҳатдан исботланган назариялардан бири - ушбу патология патогенезининг иммунологик концепциясидир. Шу сабабли СҚАСни даволашнинг устувор йўналиши иммуномодуляцион терапия ҳисобланади. Иммуномодуляция усулларидан бири бактериал келиб чиқишга эга липополисахаридлар билан иммун тизимни кучайтиришдир. Бактериал лизатларни сақлаган дориларга Имунал киради.



Расм 2. Сурункали гастродуоденити мавжуд беморларда учрайдиган сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни даволашда махсус даволаш алгоритми тузилиши.

Иккинчи (таққослаш гуруҳи) - оғиз бўшлиғининг сурункали қайталанувчи афтоз стоматити ва сурункали гастродуоденити билан оғриган билан оғриган 38 бемор (24 эркак ва 14 аёл) лар умумий қабул қилинган (анъанавий терапия) меъёрларга мувофиқ даволанган. Асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳидаги беморлар 6 ойдан кейин даволаш курсини такрорлашлари керак эди. Учинчи (назорат гуруҳи) - 34 киши (21 эркак ва 13 аёл) соматик патологияси бўлмаган шахсларни ўз ичига олади. Текширув маълумотлари ва даволаниш курси ишлаб чиқилган беморнинг шахсий дафтарига киритилди. Даволашнинг самарадорлиги 14 кун ва 30 кундан кейин клиник натижалар, биокимёвий ва микробиологик кўрсаткичлар билан баҳоланди. Узоқ муддатли натижалар - 12 ойлик кузатувдан кейин.

Озон дезинфектант сифатида бошқа моддаларга нисбатан бир қатор афзалликларга эга:

- Озон ўта кучли дезинфектант бўлиб, патоген микроорганизмларнинг 99,9% га қаршилик кўрсата олади
- Бошқа антисептик моддаларга нисбатан тез реакция киришади
- Озон молекулаларининг ўлчами бошқа суюқ антисептиклар таркибидаги молекулаларга нисбатан 150%га кичик бўлганлиги сабабли нано- структураларгача таъсир қилиш хусусиятига эга

Юқори клиник эффективликка эга бўлган Прозоне аппаратида генерирланувчи озонокислород эритмасини маҳаллий қўллаш ножўя таъсирлари бўлган бир қатор дори воситаларини қўллашга бўлган талабни сезиларли даражада пасайтирди, кейинги рецидивларни бутунлай тугатиш имконини берди (Расм 2).

Сўнгги йилларда тўпланган клиник тажриба шуни кўрсатадики, оғиз бўшлиғи органлари ва тўқималари патологиясини даволаш чора-тадбирлари ёрдамида фақат тўхтатиш мумкин, лекин тўлиқ даволаб бўлмайди. Шу муносабат билан асосий стоматологик касалликларни олдини олиш бўйича чора-тадбирларни ишлаб чиқиш ва амалиётга кенг жорий этиш, соғлом организмнинг ишлаш қонуниятларини англаш зарур.

Кўпинча сурункали ва даврий ремиссиялар ва қўзишлар билан давом этадиган оғиз шиллиқ қаватининг касалликлари организмнинг орттирилган иккиламчи иммунтанқислик ҳолати фонида юзага келади. Замонавий ва илмий жиҳатдан исботланган назариялардан бири - ушбу патология патогенезининг иммунологик концепциясидир.

Шу сабабли СҚАСни даволашнинг устувор йўналиши иммуномодуляцион терапия ҳисобланади. Иммуномодуляция усулларидан бири бактериал келиб чиқишга эга липополисахаридлар билан иммун тизимни кучайтиришдир. Бактериал лизатларни сақлаган дориларга имунал киради.

Натижалар: Клиник текширув натижалари биокимёвий тадқиқотлар билан тасдиқланган. Асосий гуруҳда даволаш-профилактика мажмуасини қўллаганидан кейин 14 кун ўтгач кўрсаткичларнинг ўзгаришини таҳлил қилиш эластаза фаоллигининг 1,81 марта (п <0,05) ва МДА контсентрациясининг 1,56 марта камайганлигини кўрсатади. Яллиғланишга қарши таъсирга эга бўлган Озонланган сув ва «Имунал» оғиз бўшлиғида липид пероксидланиш маҳсулотларининг тўпланишини олдини олади.

Липид пероксидланиш жараёнларининг кўрсаткичи сифатида МДА контсентрациясининг сезиларли ўсиши даволаш чоралари комплексидан 30 кун ўтгач, асосий гуруҳда бутунлай йўқолди. Яллиғланиш белгилари даражасида сезиларли пасайиш кузатилди: эластаза протеолитик ферментининг таркиби мос равишда 2,53 марта (п<0,02) ва МДА 2,15 марта камайди (п<0,05), деярли меъёрга етди.

Асосий гуруҳда 1 йиллик кузатувдан сўнг узоқ муддатли натижалар шуни кўрсатадики, эластаза фаоллиги 2,0 марта (п <0,02), МДА даражаси 1,87 марта камайди (п <0,05), бу нормал қийматларга тўғри келади.

14 кундан сўнг, таққослаш гуруҳида эластаза фаоллиги ва МДА контсентрациясининг пасайиши 1,17 марта қайд этилди, бу жуда юқори даражада қолди. Яллиғланиш белгилари даражасининг сезиларли даражада пасайиши 30 кундан кейин кузатилди - эластаза 1,94 марта ва МДА 2,0 марта (п <0,05).

Таққослаш гуруҳида 1 йилдан сўнг ўтказилган тадқиқотлар натижалари стандарт усул ёрдамида даволашнинг қисқа муддатли таъсирини кўрсатди. ПОЛ индикатори меъёрга етиб бормади: МДА даражаси деярли ўзгармади - 1,12 баравар пасайиш ва асосий гуруҳ кўрсаткичларидан сезиларли даражада юқори бўлиб қолди, эластаз фаоллиги бироз камайди - 1,21 марта.

2-жадвал

Даволанишдан сўнг стимулланмаган оғиз суюқлиги эластазасидаги яллиғланишнинг биокимёвий белгиси даражасининг кўрсаткичлари, м-кат/л (М±м)

№	Кузатув гуруҳи	n	Даволашгача	14 кундан сўнг	30 кундан сўнг	1 йилдан сўнг
1.	Асосий	46	0,38±0,06	0,21±0,004 *	0,15±0,005 **	0,19±0,006 **
2.	Таққослов	38	0,35±0,08	0,30±0,007	0,18±0,006 *	0,29±0,003

Организмнинг пероксидланиш жараёнлари ва антиоксидант тизимларининг ҳолати даволашдан олдин ва бир ойдан кейин АПИ динамикаси билан аниқроқ кузатилган. Кузатишларнинг асосий гуруҳида даволашдан 30 кун ўтгач, антиоксидант каталаза ферментининг фаоллиги сезиларли даражада 3,0 мартага ошди (п <0,01) ва нормал қийматларга имкон қадар яқинлашди. Таққослаш гуруҳидаги беморларни даволаш ушбу ферментга сезиларли таъсир кўрсатмади, бу 1,67 мартага ошди (п <0,02). МДА ва каталазани аниқлаш асосида ҳисобланган АПИ индекси асосий гуруҳ беморларида сезиларли ўсиш тенденциясини кўрсатди - 6,96 марта (п <0,001), таққослаш гуруҳидаги беморларда АПИ индекси бироз ошди - томонидан. 2,18 марта (п <0,001).

Даволашдан 1 йил ўтгач, асосий гуруҳдаги беморларда стимулланмаган оғиз суюқлигини биокимёвий ўрганишда ижобий тенденциялар қайд этилди. «Озонланган сув» дан фойдаланиш (чайма ва оғиз орқали юбориш) каталаза фаоллигини 2,75 марта (п<0,01) ва АПИ индексини 6,21 марта (п<0,001) га оширишни таъминлади, бу соғлом одамларнинг қийматларига мос келади.

Озиқ-овқат концентратининг аниқ антиоксидант хусусиятлари антиоксидант-прооксидловчи тизимни нормаллаштиришга ёрдам беради ва унинг узоқ муддатли таъсирини кўрсатади.

Олинган узоқ муддатли натижалар «Озонланган сув» нинг оғиз бўшлиғида узоқ вақт давомида ортиқча липид пероксид даражасидан келиб чиққан патологик жараёнларнинг олдини олиш қобилиятини исботлайди. 1 йиллик кузатувдан сўнг, асосий гуруҳдаги беморларда дисбиоз даражаси 3,06 мартага камайди (п <0,01), бу терапевтик ва профилактик воситаларнинг оғиз микробиотсенозига фойдали таъсирини кўрсатади. Таққослаш гуруҳидаги беморларда ДД дастлабки ҳолатга нисбатан 1,28 мартага камайди, бу оғиз бўшлиғининг ҳимоя вазифаси пасайиши, оғиз бўшлиғининг маҳаллий иммунитети ҳолати ва ҳимоя кучлари даражасининг ёмонлашувидан далолат беради. микробларга қарши фермент тизимларининг, оғиз бўшлиғида УПМ ўсишининг кучайиши ва микробларнинг кўпайиши юзага келишига ҳисса қўшади ва сурункали стоматит клиник ҳолатини мураккаблаштиради. Чайиш учун тавсия этилган «Озонланган сув» ва Имунал микроблар колонизацияси жараёнини тўхтатади. Оғиз бўшлиғини кандидоз билан колонизация қилишнинг олдини олиш, шунингдек, оғиз бўшлиғида бактериал-замбуруғли ассоциациялар пайдо бўлишининг олдини олиш учун оғиз бўшлиғини даволаш учун қўлланилиши мумкин.

Тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатдики, оғиз бўшлиғининг кандидозли лезёнларини даволаш ва олдини олиш учун тавсия этилган комплексимиздан фойдаланиш замбуруғларнинг ўсишини бостиради. Сандида, кандидознинг сурункали шаклларининг қайталанишини ва ушбу касалликнинг кучайишини олдини олади.

Хотима: Сурункали гастродуоденит касаллиги билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғининг микробли контаминациясини ўрганишда оғиз бўшлиғининг гетероген микробли таркиби аниқланди. Сурункали гастродуоденит билан оғриган беморларда Стапҳйлососсус эпидермидис штаммлари 38,9% ҳолларда, Энтерососсус штаммлари 16,7% ҳолларда ва Стапҳйлососсус ауреус штаммлари 5,5%> беморларда аниқланди. Сурункали гастродуоденит билан оғриган беморларнинг оғиз бўшлиғида Стапҳйлососсус эпидермидис штаммлари (33,3%) устунлик қилди, бир вақтнинг ўзида Стр. ҳаэмолитисус штаммлари (5,5%>) ҳам аниқланди. Б ва С сурункали гепатитлари бўлган барча беморларда оғиз бўшлиғи микрофлорасида Стапҳйлососсус эпидермидис штаммлари устунлик қилиши аниқланди.

Иммуномодуляторлар билан комплекс терапия ўтказилганда, асосий гуруҳдаги беморларда ижобий клиник самара қайд этилди, бу даволашнинг 2-кунида афталар пайдо бўлиши тўхташи билан намоён бўлди; 4-куни афталар йўқолди. Назорат гуруҳидаги беморларда шунга ўхшаш ўзгаришлар анча кейинроқ (8-10-кунларда) содир бўлди. СҚАСни даволашдан 20 кун ва 6 ой ўтгач, Федоров – Володкина бўйича яхши гигиеник даража кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларда клиник самаранинг беқарорлиги ва патологик жараённинг ривожланишини кўрсатадиган асосий мезонларнинг ошиши кузатилди.

Сурункали гастродуоденити мавжуд беморларда кузатилувчи сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни махсус даволаш алгоритми- Озонланган сув, лазер муолажалари ҳамда Имунал билан ўтказилган даволаш натижасида беморларнинг иккала гуруҳида дастлаб паст бўлган Т-лимфоцитларнинг ва Т-хелперлар субпопуляциясининг нисбий кўрсаткичлари ортди ва соғлом одамларнинг кўрсаткичларига деярли яқинлашди. Сурункали гастродуоденити мавжуд беморларда махсус даволаш алгоритми билан ўтказилган даволаш беморларнинг иммунологик кўрсаткичларини яхшилади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ва пародонт тўқималарида турли даражадаги яллиғланиш ва дистрофик ўзгаришлар кузатилади, уларнинг оғирлик даражаси вирус турига, вирусли юкламага ва ошқозон ичак тизими патологик жараённинг фаоллигига боғлиқ.

Шундай қилиб, СҚАСда шиллиқ қавати иммун ҳолатининг бузилиши, пероксидланиш маҳсулотлари ва яллиғланиш элементларининг тўпланиши, шиллиқ қават тўқималарининг гипокцияси, дистрофияси ва деструкцияси ётади

Хулосалар:

Сурункали гастродуоденит фонида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг сурункали қайталанувчи афтоз стоматити билан оғриган беморларда клиник тадқиқотлар шуни кўрсатдики: қуйидаги кўрсаткичлар пасайиши 1.24 марта бўлиб, гигиеник ҳолатнинг ёмонлашуви 1,92 марта, Шиллер-Писарев синамаси 2,06 марта ошиши, стимулланган сўлак ажралишининг 1,84 бараварга ва стимулланмаган сўлак ажралишининг - 2,09 мартага, пҲ нинг кислотали томонга силжиши кузатилди.

Сурункали гастродуоденит билан оғриган беморларда стимулланган оғиз суюқлигини биокимёвий текшируви давомида яллиғланиш белгиларининг фаоллиги сезиларли даражада ошиши кузатилди: эластаза 3,45 марта ва МДА 1,87 марта; антиоксидант каталаза ферментини 3,5 баробарга камайтириш; АПИ индексининг пасайиши антиоксидант-прооксидант балансидаги сезиларли ўзгаришларни 6,25 мартага акс эттиради.

Биз таклиф қилаётган терапевтик чора-тадбирлар тўпламидан фойдаланиш МДА, эластаза ва каталаза фаоллигини нормаллантиради, антиоксидант ҳимояни тиклайди, уреаза миқдорини сезиларли даражада пасайишига ва лизотсим секрециясининг сезиларли даражада ошишига ёрдам беради, оғиз микробиотсенозини нормаллаштиради.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Rizaev Z. A., Abdunosirovich R. R., Sharipovna N. N. Ways to improve the organization of dental services for chemical industry workers //The American journal of medical sciences and pharmaceutical research. – 2020. – Т. 2. – №. 12. – С. 35-39.
2. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82. (in Russ)
3. Ризаев Ж., Шомуродов К., Агзамова С. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 8-11. (in Russ)
4. Ризаев Э., Бекжанова О. Современные подходы к организации лечения заболеваний пародонта //Stomatologiya. – 2019. – Т. 1. – №. 3 (76). – С. 70-76. (in Russ)
5. Ризаев Ж. А., Туксонбоев Н. Х. У. Деформация носа с расщелиной и ринопластика //Scientific progress. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 92-104. (in Russ)
6. Индиаминова Г., Зоиров Т. MAXSUS YORDAMCHI MAKTABLARDA TARBIYALANUVCHI AQLI ZAIF BOLALARGA STOMATOLOGIK YORDAM KO'RSATISHNI OPTIMALLASHTIRISH //Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 12-14. (in Uzb)
7. Ismailova Mehriban Olimbaevna //Forensic medical criteria for assessing cerebrospinal fluid circulation disorders in fatal traumatic brain injuries//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
8. Ismailova Mexriban Olimbayevna., Nishanov Ergashali Joraxon o'g'li//Mechanisms of development of central and peripheral nervous system damage in herpesvirus infection//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
9.M. O. Ismailova., Sh. I. Ruziev.//features of formation damage brain from influence of blint objects//Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali.ISSN: 2181-3469 Jild: 03 Nashr:01 2024 yil.
10. M.O.Ismailova., Sh.I.Ruziev.//Features of formation damage brain from influence of blint objects//Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi in-academy.uz/index.php/si. 2024 yil 1(10).

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ.

Ибрагимова Н.Ш.., Юсупова М.А.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Ведение: Существует множество гипотез, пытающихся объяснить патогенез аденомиоза. Болезнь может проявиться повреждением какой-либо одной зон, либо комбинированным повреждением, включающим как поражение внутреннего миометрия (субэндометриальной зоны), среднего и наружного миометрия, смежного с серозной оболочкой матки. Эти изменения могут носить очаговый и диффузный характер.

Цель исследования: улучшение качества жизни женщин за счет разработки новых критериев ранней диагностики и лечения заболевания с помощью изучения результатов клинико - инструментального и морфологического исследования аденомиоза у женщин.

Материал и методы исследования: Исследование проводилась в 2023-2024 гг на базе кафедры акушерства и гинекологии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии в гинекологических отделениях Областного перинатального центра Хорезмской области.

Результаты исследования: Возраст женщин всех групп находился в пределах от 17 до 42 лет. Средний возраст женщин I группы составил 29,8±0,2 года, а женщин контрольной группы – 29,3±0,2 года. Таким образом, по возрасту пациенток, взятых в исследование клинические группы были сопоставимы.

Средний возраст начала менструации у женщин I группы составил 12,8±0,12 лет, в II группе – 13,6±0,1лет. Таким образом, различий в среднем возрасте менархе у пациенток с аденомиозом и контрольной группы выявлено не было.

Первичное бесплодие имело место у 39,3% (47) больных с аденомиозом. Вторичное бесплодие было обнаружено у 7,5% (8) пациенток с аденомиозом.

У 1 женщины контрольной группы проводилась стерилизация (2%), первичное бесплодие выявлено у 2 (4%) пациенток.

Заболевания, перенесенные пациентками, разделены на гинекологические и экстрагенитальные для оценки их структуры.

У пациенток с аденомиозом (I группа) инфекции передаваемые половым путем имели место у 33,9% (36), хронические воспалительные процессы - у 64,2% (68) больных, тогда как во II группе инфекции передаваемые половым путем были обнаружены у 10% (5), а воспалительные заболевания органов малого таза – у 14% (7) женщин, что статистически значимо выше по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$). При этом гипофункция яичников развилась у 1,9% (2) пациенток с минимальными проявлениями заболевания. Фоновые заболевания шейки матки были выявлены у 11,3% (12) больных с аденомиозом, тогда как дисплазия шейки матки обнаружена у 22,6% (24) пациентки I группы.

Вывод: при аденомиоза исследуемые микроорганизмы (Chlamydia trachomatis, Ureaplasma spp., Mycoplasma genitalium, HSV 1-2, CMV, HPV высокого канцерогенного риска) выявляются в эндометрии в 40,5%.

Наиболее часто регистрируются Ureaplasma spp. и HPV высокого канцерогенного риска. Таким образом, после проведения комплексной терапии аденомиоза с применением медицинского озона вагинальном методом выявлено значительное улучшение качества жизни за счет снижения выраженности болевого синдрома и тревоги-депрессии, особенно у женщин с хроническим эндометритом. Медицинский озон применяемый вагинально назначается 1 раз в день в течение 7 дней с экспозицией 20 минут (режим 5-6) на фоне гормональной терапии гестагенами.

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ЛИКВОРООБРАЩЕНИЯ ПРИ СМЕРТЕЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ.

Исмаилова М.О.
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

АННОТАЦИЯ

Практически во всех случаях ЧМТ происходит смещение и деформация головного мозга и последующее возвращение его в исходное положение. Это неизбежно сопровождается динамическим перераспределением ликвора в субарахноидальном пространстве и системе желудочков головного мозга. Это свидетельствует об актуальность изучения танатогенеза повреждений головного мозга при ЧМТ и, в первую очередь, системы ликворообращения.

В процессе исследования был проведён ретроспективный анализ черепно-мозговых травм. Впервые были изучены морфологические и морфометрические показатели ликворообращения и определены основные этапы танатогенеза смертельных ЧМТ, а также проведён системный анализ нарушений процессов ликворообращения при черепно-мозговой травме и разработаны экспертные критерии оценки её тяжести и давности.

Ключевые слова: ЧМТ, головной мозг, ликворообращение, танатогенез, морфология, морфометрия, экспертные критерии.

ЎЛИМГА ОЛИБ КЕЛАДИГАН БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИДА ЛИКВОР АЙЛАНИШ ЖАРАЁНИ БУЗИЛИШЛАРИ

Исмоилова Мехрибан Олимбаевна
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

АННОТАЦИЯ

Деярли барча ҳолларда черепно-мия жароҳати (ЧМЖ) вақтида бош миянинг кўчиши ва деформацияси ҳамда кейин унинг бошланғич ҳолатига қайтиши рўй беради. Бу ҳолат субарахноидал бўшлиқ ва бош мия қаринчалари тизимидаги ликворнинг динамик қайта тақсимланиши билан кечади. Бу эса ЧМЖ пайтидаги бош мия шикастланишларининг танатогенезини, айниқса, ликвор айланиш тизимини ўрганиш долзарблигини кўрсатади. Тадқиқот жараёнида черепно-мия жароҳатлари бўйича ретроспектив таҳлил амалга оширилди. Илк бор ликвор айланишининг морфологик ва морфометрик кўрсаткичлари ўрганилди ҳамда ўлимга олиб келган ЧМЖ танатогенезининг асосий босқичлари аниқланди. Шунингдек, ЧМЖ пайтида ликвор айланиши жараёнининг бузилишига оид тизимли таҳлил ўтказилиб, унинг оғирлиги ва даврийлигини баҳолаш учун эксперт мезонлари ишлаб чиқилди.

Калит сўзлар: ЧМЖ, бош мия, ликвор айланиши, танатогенез, морфология, морфометрия, эксперт мезонлари.

DISORDERS OF CEREBROSPINAL FLUID CIRCULATION IN FATAL TRAUMATIC BRAIN INJURIES

Ismailova Mekhribon Olimbaevna
Urganch Branch of Tashkent Medical Academy

ANNOTATION

In almost all cases of traumatic brain injury (TBI), displacement and deformation of the brain occur, followed by its return to the original position. This process is inevitably accompanied by dynamic redistribution of cerebrospinal fluid (CSF) within the subarachnoid space and the ventricular system of the brain. This highlights the relevance of studying the thanatogenesis of brain injuries in TBI, particularly focusing on the cerebrospinal fluid circulation system. During the research, a retrospective analysis of traumatic brain injuries was conducted. For the first time, the morphological and morphometric parameters of CSF circulation were examined,

and the main stages of thanatogenesis in fatal TBIs were determined. Additionally, a systematic analysis of CSF circulation disorders in TBI was performed, and expert criteria for assessing the severity and the time of occurrence were developed.

Keywords: TBI, brain, cerebrospinal fluid circulation, thanatogenesis, morphology, morphometry, expert criteria.

Субарахноидальное кровоизлияние (САК) – это одно из наиболее тяжелых последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и разрыва аневризмы сосудов головного мозга. Оно характеризуется проникновением крови в субарахноидальное пространство, что влечет за собой каскад патологических реакций, включая нарушение ликворообращения, воспалительный ответ и ишемические процессы. Понимание механизмов патогенеза этих нарушений имеет важное значение для диагностики, лечения и прогнозирования исходов. В данной статье детально рассмотрены основные механизмы и последствия нарушений ликвородинамики при САК.

Цель исследования. Проведение системного анализа нарушений процессов ликворообращения при черепно-мозговой травме и разработка экспертных критериев оценки её тяжести и давности.

Материал и методы. Материалом для данного исследования послужили 84 заключения судебно-медицинских экспертиз, проведённых по поводу смертельных черепно-мозговых травм. Среди потерпевших 72 (85,7%) составили мужчины и 12 (14,3%) – женщины.

Средний возраст пострадавших от смертельных ЧМТ составил 36,6±8,4 года. Обстоятельства получения травм были следующими: 78,6% случаев – дорожно-транспортные происшествия, 12,4% – падения с высоты и 9% – травма от нанесения удара тупым предметом по голове при бытовых обстоятельствах.

При всех обстоятельствах получения ЧМТ в 67,8% случаев травма была получена в состоянии алкогольной интоксикации различной степени (от 0,78 до 6,2‰) опьянения.

49 наблюдения относились к изолированной ЧМТ, а 35 наблюдений сочетали ЧМТ с другими повреждениями.

Смерть пострадавших с ЧМТ наступала в первые сутки (53 наблюдений) и в более поздние сроки (31 наблюдения).

Секционное исследование трупов пострадавших проводили согласно порядка и в последовательности, определённой «Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа» (2010).

При изучении патоморфологии мы основывались изучении: характера первичных и вторичных повреждений, дислокации и ущемления мозга, послеоперационных осложнений. Вторичные повреждения мозга были обусловлены нарушениями мозгового кровообращения, ликвородинамики, отеком-набуханием мозга, внутричерепными воспалительными осложнениями. Уточнялись непосредственная причина смерти, наличие экстракраниальных осложнений и сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования и их обсуждение

Рассмотрение сосудистых сплетений желудочков, мозговых оболочек и межоболочечных пространств как единой трехзвенной системы ликворообращения позволяет глубже понять механизмы развития различных патологий, возникающих после черепно-мозговой травмы (ЧМТ). К таким заболеваниям относятся лептоменингит, хориоидэпендимит, пахименингит, гидроцефалия, арахноидальные кисты, а также субарахноидальные и внутрижелудочковые кровоизлияния. Несмотря на различия в морфологической картине, их объединяет общая локализация и вовлечение всех трех звеньев ликворообращения в патологический процесс, пусть и в разной степени.

Важно отметить, что поражение структур ликворообращения всегда предшествует вторичным изменениям в церебральных структурах (за исключением непосредственного повреждения при ЧМТ). В каждом конкретном случае причинно-следственные связи

определяются особенностями заболевания, его локализацией, степенью выраженности и другими факторами.

Нарушение в одном из звеньев системы ликворообращения неизбежно приводит к сбоям в работе других звеньев, однако у каждого заболевания проявляются свои специфические особенности. Так, при лептоменингите, арахноидальных кистах и субарахноидальных кровоизлияниях наибольшее значение имеет нарушение ликвороциркуляции в субарахноидальном пространстве. Внутрижелудочковые кровоизлияния, возникающие как осложнение САК, в большей степени затрагивают циркуляцию ликвора в желудочках мозга. В случае гидроцефалии главным патогенетическим звеном становится нарушение оттока ликвора, что приводит к его избыточному накоплению и повышению внутричерепного давления.

Заболевания системы ликворообращения взаимосвязаны. Острый лептоменингит может перейти в хронический, вызывая фиброз и приводя к окклюзионной или арезорбтивной гидроцефалии. САК нередко вызывает асептический лептоменингит, а гнойный менингит – пахименингит, что ведет к вторичному поражению мозга.

Комплексное изучение структуры ликворообращения при патологии позволяет глубже понять механизмы этих процессов и их клинико-морфологические проявления при ЧМТ. САК – самостоятельная форма острого нарушения мозгового кровообращения. Исследование морфологических изменений парацеребральных барьеров после разрыва аневризмы и введения аутогенной крови в ликвор выявило три стадии: 1) распространение крови по ликворной системе, 2) образование сгустков, 3) их лизис.

Артериальный спазм при САК протекает в две фазы: кратковременный и длительный. В благоприятных случаях сосуды восстанавливают свой просвет, что можно считать третьей стадией спазма. Все патологические изменения при САК взаимосвязаны и развиваются последовательно.

Первая стадия САК: кровоизлияние и распространение крови по ликворной системе. Попавшая в субарахноидальное пространство кровь с током ликвора распространяется по ликвороносным каналам, достигая их выделительных отверстий на вершинах извилин и проникая в субарахноидальные ячеи. Значительное скопление крови увеличивает объём ликвора, что вызывает острую ликворную гипертензию.

На ранних этапах, до формирования сгустков, повышенное ликворное давление способствует усиленному выведению ликвора через лёгочно-гематологический барьер, что частично очищает ликвор от эритроцитов и других компонентов крови. Эритроциты проникают в паутинную оболочку, межклеточные пространства, субдуральное пространство и даже в толщу твёрдой мозговой оболочки, где скапливаются вокруг капилляров её внутренней сети.

Распространение крови в ликвороносных каналах, где проходят артерии, приводит к механическому раздражению нервных элементов сосудов и паравазальных нервных сплетений, вызывая кратковременный артериальный спазм. Свёртывание крови в ликворе с образованием сгустков крови

Вторая стадия САК: образование сгустков крови и нарушение ликвороциркуляции. Образование сгустков крови в субарахноидальном пространстве частично или полностью блокирует ликвороносные каналы, что приводит к нарушению микроциркуляции ликвора в них. В зависимости от локализации блокады, это может затрагивать отдельные каналы, одно или оба полушария. Последствием становится нарастающая ликворная гипертензия.

Кроме того, нарушение микроциркуляции ликвора в выделительных каналах препятствует его оттоку через лёгочно-гематологический барьер, что замедляет процесс удаления элементов излившейся крови. Этот фактор, наряду с другими механизмами, способствует развитию длительного артериального спазма.

Сгустки крови чаще всего формируются в области паравазальных структур и нервных сплетений магистральных артерий. Их плотность зависит от соотношения крови и ликвора. В процессе свертывания часть тромбоцитов распадается, высвобождая серотонин

– вещество, вызывающее выраженный сосудосуживающий эффект. Даже минимальное его количество в ликворе (0,05 мл) провоцирует мгновенный спазм артериальных разветвлений.

Фиксация кровяных сгустков вблизи паравазальных нервных стволов усиливает раздражение нервных элементов, что поддерживает длительный артериальный спазм. В субарахноидальных ячеях, где ликвор циркулирует медленнее, также задерживаются форменные элементы крови. На 2-3 сутки активизируется фагоцитоз: арахноидэндотелиальные клетки и макрофаги поглощают компоненты сгустков, способствуя очищению ликвора и его нормализации.

Лизис сгустков крови (третья стадия САК). На завершающем этапе субарахноидального кровоизлияния (САК) происходит постепенный лизис образовавшихся ранее сгустков крови. Этот процесс обусловлен активностью арахноидэндотелиальных клеток, выстилающих субарахноидальное пространство (САП), и сопровождается выделением в ликвор продуктов распада фибрина и форменных элементов крови (эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов).

Продукты фибринолиза могут оказывать выраженное сосудосуживающее действие, способствуя развитию и поддержанию длительного артериального спазма. Исследования показали, что на субмикроскопическом уровне происходит нарушение целостности барьеров между ликвором и прилегающими тканями, что позволяет компонентам распада проникать в стенки артерий, паравазальные нервные стволы и структуры мозга. В результате поражаются аксоны, гладкомышечные клетки сосудов, что ведёт к развитию отёка мозга.

Высокая реактивность арахноидэндотелиальных клеток играет ключевую роль в этих изменениях. При контакте с кровью они не только поглощают её компоненты, но и могут приобретать свойства макрофагов. В паравазальных нервных стволах головного мозга наблюдается деструкция базальных мембран, разрыхление коллагеновых фибрилл и нарушение структуры нервных волокон, что также связано с длительным сосудистым спазмом.

Аналогичные патологические процессы происходят и в магистральных артериях мозга. В результате изменений эндотелиальных клеток их форма становится округлой, расширяются межклеточные пространства, а внутренняя эластическая мембрана подвергается складчатости. Эти явления сопровождаются очаговым разрежением миофиламентов гладкомышечных клеток, что ведёт к выраженному и стойкому спазму сосудов.

Кроме того, нарушение барьерных функций приводит к проникновению продуктов распада сгустков крови в структуры мозга, что усугубляет отёк. Возможно, дополнительную роль в поддержании спазма играет высвобождение серотонина, депонированного в тканях мозга, что подтверждается исследованиями ряда авторов.

Постепенный лизис сгустков крови способствует восстановлению циркуляции ликвора, что приводит к нормализации ликворного давления и выведению продуктов распада за пределы САП. В результате уменьшается фагоцитарная активность арахноидэндотелиальных клеток, что свидетельствует о восстановлении структуры барьерных систем мозга и ликвороциркуляции.

Одним из тяжёлых осложнений САК является проникновение крови в желудочки мозга (внутрижелудочковое кровоизлияние, ВЖК), которое значительно ухудшает прогноз заболевания. Клинические данные свидетельствуют о частоте встречаемости ВЖК от 13% до 28%, а по данным аутопсий — от 37% до 54%.

При этом нарушается структура сосудистых сплетений, эпендимы желудочков и паутинной оболочки, что приводит к расстройству ликворообращения. Анализ постмортального материала больных, умерших после разрыва аневризмы, показал наличие изменений в клетках хориоидального эпителия и строме сосудистых сплетений, что

указывает на нарушение гемато-ликворного барьера. В отдельных случаях отмечается отёк, разрушение эпителиального слоя и проникновение эритроцитов в желудочки мозга.

Поражение эпендимы, выстилающей желудочки, может быть минимальным, но в ряде случаев обнаруживается её деструкция, образование разрывов и скопление продуктов распада крови. Эти изменения нарушают функционирование ликворного барьера, что вносит вклад в развитие отёка мозга.

Выводы

Субарахноидальное кровоизлияние (САК) является одним из наиболее тяжёлых последствий черепно-мозговой травмы и разрыва аневризм сосудов головного мозга. Проникновение крови в субарахноидальное пространство запускает каскад патологических реакций, включая нарушение ликворообращения, воспалительные и ишемические процессы.

Понимание механизмов этих изменений играет ключевую роль в диагностике, лечении и прогнозировании исходов. В данной статье рассмотрены основные аспекты нарушений ликвородинамики при САК, включая механизмы образования и лизиса сгустков крови, артериального спазма и отёка мозга, а также последствия внутричерепного кровоизлияния.

Литература

1. Акопов В.И. Экспертиза вреда здоровью (правовые вопросы судебно медицинской практики) - М.: Экспертное бюро - М, 1998.- 256 с.

2. Акимов Г. А., Мамрей Р.К., Головкин В.И. Аутоиммунные процессы в патогенезе травматической болезни головного мозга // Журнал неврол. и психиатр. 1978. - Т. 78, N 3. - С. 370-375.

3. Акимов Г. А. Некоторые аспекты проблемы закрытой черепно-мозговой травмы // Воен.-мед. журн. 1988. - N 11. -С. 32-34.

4. Алексанов Н.С., Щиголев Ю.С., Гизатуллин Ш. Х. Коротколатентные слуховые стволовые вызванные потенциалы у больных с сотрясением головного мозга // Вопр. нейрохир. -1995. N2. -С. 17-20.

5. Исмоилов Ровшанбек Алимбаевич., Индиаминов Сайит Индиаминович., Мардонов Толиб Маннонович.//Особенности формирования переломов костей черепа от воздействия тупых твёрдых предметов, имеющих различную соударяющую поверхность// Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. Материалы международной научно-практической конференции. Междисциплинарный подход по заболеваниям органов головы и шеи.Самарканд, 21 мая 2021 г.

6.Исмаилов О.,Исмаилов Р.А.//Вагон эшигининг тўсатдан ёпилилиши натижасида бошнинг шикастланиши камдан-кам ҳолатлари//Journal of new century innovations, Volume–25-Issue-3-March 2023, http://www.newjournal.org.

7.Исмаилов О.,Исмаилов Р.А., Боймонов Ф.Х.//Юк машиналари ҳайдовчиларининг техник хавфсизлигига риоя қилмаслиги оқибатида ўлимга олиб келадиган нохуш ҳолатлар// Вестник Ташкентской медицинской академии. Спецвыпуск посвящён 90 летию профессора, д. м. н. Д.д. Джалалова//. 2023 .www.tma-journals.uz ISSN 2181-7812.

8.Исмаилов О.,Исмаилов Р.А. //Бошнинг камдан-кам учрайдиган шикастланиш ҳолати// Вестник Ташкентской медицинской академии.

Спецвыпуск посвящён 90 летию профессора, д. м. н. Д.Д. Джалалова//. 2023 .www.tma-journals.uz ISSN 2181-7812.

9.С.И. Индиаминов., Р.А.Исмаилов., С.Н.Пардаев.//Характер поражения структуры позвоночника и спинного мозга при сочетанной тупой травме//Russian journal of forensic medicine .ISSN: 2411–8729 .Vol. 7.Issue 2.2021.

10. Ismailova Mexriban Olimbayevna., Nishanov Ergashali Joraxon o'g'li//Mechanisms of development of central and peripheral nervous system damage in herpesvirus infection//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.

11.M. O. Ismailova., Sh. I. Ruziev.//features of formation damage brain from influence of blint objects//Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali.ISSN: 2181-3469 Jild: 03 Nashr:01 2024 yil.

12. M.O.Ismailova., Sh.I.Ruziev.//Features of formation damage brain from influence of blint objects//Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi in-academy.uz/index.php/si. 2024 yil 1(10).

РАННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПРЕЖДВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛАЦЕНТЫ

Каримова И.Э , Нурметова Г.М
ТМА Ургенчский филиал

Ключевые слова: Хориоамнионит, амниотическая оболочка, амниотическая жидкость, септические инфекции.

Аннотация: В настоящее время одной из основных проблем в области акушерства и гинекологии является осложнение хориоамнионита у беременных после разрыва плодных оболочек. Хориоамнионит — острая бактериальная инфекция, поражающая хорион (наружную оболочку плода), амнион (оболочку, окружающую плод) и амниотическую жидкость. Если не начать своевременное лечение, воспаление может привести к серьезным инфекциям у матери и ребенка во время беременности или родов. Хориоамнионит встречается у 1–2% беременностей и в большинстве случаев требует скорейшего извлечения плода. Поэтому воспаление часто приводит к преждевременным родам. Хориоамнионит является важной причиной преждевременных родов, что оказывает серьезное влияние не только на нормальное развитие плода и состояние новорожденных, но и на репродуктивное здоровье женщины, вызывает трудности в реализации репродуктивных функций.

EARLY STUDY IN PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE PLACENTAL RUPTURE

Karimova I.E, Nurmetova G.M
TTA Urgench branch

Keywords: Chorioamnionitis, amniotic membrane, amniotic fluid, septic infections.

Abstract: Currently, one of the main problems in obstetrics and gynecology is the complication of chorioamnionitis in pregnant women after rupture of the amniotic fluid. Chorioamnionitis is an acute bacterial infection that is accompanied by damage to the chorion (the outer shell of the fetus), amnion (the membrane surrounding the fetus) and amniotic fluid. If not treated in a timely manner, the inflammation can cause severe infections in the mother and baby during pregnancy or childbirth. Chorioamnionitis occurs in 1-2% of pregnancies and in most cases requires the fetus to be delivered as soon as possible. Therefore, the inflammation often leads to premature birth. Chorioamnionitis is an important cause of premature birth, which has a serious

impact not only on the normal development of the fetus and the condition of newborns, but also on the reproductive health of women and causes difficulties in the implementation of reproductive functions.

QOG`ONOQ PARDASI TUG`RUQDAN OLDIN YORILGAN HOMILADORLARDA ASORATLARNI ERTA ANIQLASH

Karimova I.E, Nurmetova G.M
TTA Urganch filiali

Kalit so`zlar: Xorioamnionit,amnion parda,qog`onoq suvi,septik infeksiyalar.

Annotatsiya: Hozirgi paytda akusherlik va ginekologiya sohasining asosiy muammolaridan biri – xomiladorlarda qog`onoq suvi ketgandan so`ng xorioamnionit bilan asoratlanishidir. Xorioamnionit – bu o`tkir bakterial infeksiya hisoblanib, xorion- (tashqi homila qobig`i), amnion- (homilani o`rab turuvchi parda) va amnion suyuqligini zararlanishi bilan boradi. Agar o`z vaqtida davolanmasa yallig`lanish homiladorlik yoki tug`ish paytida ona va chaqaloqda og`ir infeksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin.Xorioamnionit tug`ilish davrining 1 – 2 % hollarda uchraydi va ko`p hollarda homila imkon qadar tezroq tug`ilishini talab qiladi. Shuning uchun yallig`lanish ko`pincha erta tug`ilishga olib keladi.

Xomilaning muddatidan oldin tugilishi sabablari orasida xorioamnionit muhim o`rin tutadi , bu nafaqat homilani normal rivojlanishi va yangi tug`ilgan chaqaloqlarning holati , balki ayollarning reproduktiv salomatligi uchun ham jiddiy ta`sir ko`rsatadi va reproduktiv funksiyalarni amalga oshirishda qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

QPTOYO bilan bog`liq asosiy asorat- bu muddatdan oldin tug`ish bo`lib, bu o`z navbatida , yangi tug`ilgan chaqaloqlarda quyidagi asoratlarni keltirib chiqaradi: respirator distress-sindrom,ichki me`da qon ketishlar, infeksiyalar, nekrotik enterokolit va sepsis. QPTOYO kuzatilgan homiladorlarning taxminan 5% da muddatdan oldin tug`ish boshlanadi. Ikkinchi eng ko`p uchraydigan asorat – infeksiya yuqishi (xorioamnionit). Homila qobig`i qanchalik homiladorlikning erta muddatida yorilsa, shuningdek , servikal kanalda genokokk va streptokokk mikroflorasi (B guruh) urug` sochsa , uning chastotasi shunchalik yuqori bo`ladi. Boshqa asoratlar – kindikning tushishi va yo`ldosh ko`chishi. [1,B.6-9]

Dunyo bo`yicha so`ngi yillarda septik va infeksion asoratlarning ko`payib borishi akusherlik sohasida chuqur ilmiy izlanishlar olib borilishi talab etilayotgan dolzarb muammolardan biriga aylanmoqda. Jahon sog`liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma`lumotlariga ko`ra qog`onoq suvining tug`ruqdan oldin ketish asorati uchrash darajasi 2,7-19 % ni tashkil etmoqda. [2,B.60-64;].

Bunday hollarda tug`ruq davrida va tug`ruqdan keyingi davrda onada yiringli -septik asoratlarning rivojlanishi , tug`ruq dardlari anomaliyalari va homilaning bachadon ichi infitsirlanishi kabi asoratlar rivojlanishi mumkin.Bundan tashqari ba`zi hollarda tug`ruq induksiyasining samarasiz bo`lishi jarrohlik aralashuvlar chastotasining ortishiga olib keladi.Ko`pincha amnion pardaning tug`ruqdan oldin yorilishi homiladorlik hamda tug`ruqning normal kechishiga salbiy ta`sir ko`rsatadi va tug`ruqning birinchi dardi latent va faol fazasining cho`zilishi, homila gipoksiyasining rivojlanishi, ona va homilada infeksiya rivojlanishi kabi asoratlarga olib kelishi mumkin [3,B.68; 4,B.60-64;3,B.471].

Akusherlik va boshqa sabablar : Mikroorganizm sabablaridan tashqari, tug'ilish bilan bog'liq hodisalar ham muhim o`rin tutadi. Shuningdek turmush tarzi va etnik kelib chiqishi xorioamnionit rivojlanish xavfining ortishi bilan bog'liq. Tug'ilgunga qadar pardasining yorilishi va ko'p marta invaziv vaginal tekshiruvlar, uzoq davom etgan mehnat yoki mekonyum amniotik suyuqlikda paydo bo'lishi, ushbu hodisalardan faqat bittasini boshdan kechirayotgan ayollarga qaraganda yuqori xavfga ega [5,B.178; 6,B.59-112; 7,B.70-79].

Boshqa tadkikotlarda chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish va giyohvand moddalarni iste'mol qilish afroamerikalik millat vakillari uchun xavfning oshishiga qo'shimcha ravishda xavf omillari sifatida qayd etilgan. [8,B.142; 9,B.32; 10,B.31-35].

Xorioamnionitni oldinroq aniqlashimiz mumkin. Bunda gistologik tekshiruv homilalik pardasilarni tekshirish orqali oldindan aniqlashimiz mumkin. Shunisi e'tiborga loyiqki, gistologik

tekshiruv xorioamnionitni tasdiqlaganidan so`ng hech qanday klinik simptomlarsiz kechadi buni subklinik xorioamnionit deb nomlaymiz va simptomatik klinik xorioamnionitga qaraganda tez-tez uchraydi. [11,B.79; 12,B.69-74; 13,B.71-75].

Xorion plastinkasining infiltratsiyasi va neytrofillar yengil xorioamnionit diagnostikasida muhim ahamiyat kasb etadi. Keyinchalik esa og'ir xorioamnionit subamniotik to'qimalarni o'z ichiga oladi va homila pardasisida nekroz yoki xo'ppoz shakllanishi mumkin.

Og`ir xorioamnionit kindik qon tomirlari (homilaning yallig'lanish hujayralari tufayli) va juda og'ir bo'lsa, funisit (kindik tizimchasidagi biriktiruvchi to'qimalarining yallig'lanishi) ga ham olib kelishi mumkin [14, S.124; 15,B.60-64].

Xorioamnionit odatda bakteriyalarning qindan bachadonga ko'tarilishi oqibatida kelib chiqadigan infektsiyadan kelib chiqadi, ammo bu muddatidan oldin yoki uzoq muddat davom etishi bilan ham bog'liq. Bu prostaglandin va metalloproteazning ko'payishini keltirib chiqaradigan turli xil yallig'lanish signalizatsiya molekulalarini chiqarish uchun yallig'lanish reaktsiyasini keltirib chiqaradi. Ushbu moddalar bachadonning qisqarishiga va bachadon bo'yni yupqalanishiga yordam beradi, bu esa erta tug'ilishni keltirib chiqaradi [16,B.48; 17,B.134-137; 3,B.39-45].

Xorioamnionit rivojlanish xavfi homiladorlikning so'nggi oyida va tug'ruq paytida qin orqali tekshiruvda , shuningdek tamaki va spirtli ichimliklarni iste'mol qilgan homilador ayollarda uning uchrash darajasi ortadi. [18,B.13-17; 19,B.29].

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Bianco A., Bhandarkar A., Kuczynski E., Rebarber A. et al. Cervical length andrisk of preterm delivery among multiple gestations.// Am. J. Obstet. Gynecol. —2020 V.182.-P. 6-9.
2. Кулаков В.И. Новые медицинские технологии в сохранении и восстановлении репродуктивной функции женщины.// Новые технологии в акуш. и гин. - 2019.- С. 60-64.
3. Gurtovoy, B.L. Primeneniye antibiotikov v akusherstve i ginekologii /B.L. Gurtovoy, V.I. Kulakov, S.D. Voropayeva. - 2004. - B. 68.
4. Савельева Г.М., Блошанский Ю.М. Кесарево сечение в снижении перинатальной смертности и заболеваемости.// Акуш. и гин. - 2004.- № 3.- С. 60-64-33.
5. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – Монография. 1986.- С. 178.
6. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных.- Монография. - 2015.- С. 3-19.
7. Chamberiain G. Epidemiology and etiology of the preterm baby.// Clin. Obstet. Gynecol.- 2010.-V. 11.-P. 297-314.
8. Bianco A., Bhandarkar A., Kuczynski E., Rebarber A. et al. Cervical length andrisk of preterm delivery among multiple gestations.// Am. J. Obstet. Gynecol. —2020 V.182.-P. 121-128.
9.Мамедалиева Н.М. Плацентарная.недостаточность в клинике привычного невынашивания беременности.// Избранные клинические лекции по акуш. и гин. - Алматы.- 2018.- Т.2.- С. 80-107.
10. Чернуха Е.А. Родовой блок. -Монография. - 2015. - С. 270-307.
11. N. V. Artimuk, H. N. Yelizarova, N.B. Kolesnikova i dr. Osobennosti beremennosti, rodov i sostoyaniya novorojdennix pri prejdevremennom razrive plodnix obolochek i nedonoshennoy beremennosti /
// Ginekologiya. - 2016.-No 1. — B. 64-67.
12. Berkowitz G., Papiernik E. Epidemiology of preterm birth.// Epidemiol. Rev.-2015.- V. 15.-P. 414-443.
13. Boehm<F.H.,Glass C. A., Reed G.W. Prevention of Preterm Birth Role of Daily Telephone Contact.// J. Reprod. Med.- 2014.- V. 41.- P. 595-601.
14. Artimuk N.V. Osobennosti morfologii platsenti i sostoyaniya novorojdennix u jenshin s prejdevremennim razrivom plodnix obolochek pri nedonoshennoy beremennosti. //O xrana materinstva i d ye t s t v a -2016.-No 1.-B. 48-52.
15. Goldenberg R., lams J., Mercer B. et al. The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births.//Am.J. Public. Health.-2018.- V. 88.- P. 233-238.

16. D.N. Lucas, P.N. Robinson, M.R. Nel. Sepsis in obstetrics and the role of the anaesthetist. //International Journal of Obstetric Anesthesia. – 2012. – B. 56–67
17. Николаев Н.Н., Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. и соавт. Анализ стероидов амниотической жидкости с целью поиска новых путей снижения частоты аномалий родовой деятельности и перинатальной патологии.//Новые тех. в акуш. и гин. - Монография.- 2011.- С. 191-192.
18. Coopper R. Wein R., Casal D. A multicenter study of preterm births and gestational age-specific neonatal mortality.// Am. J. Obstet.Gynecol.- 2018.-V. 168.- P.78-84.
19. Venkatesh K.K., Jackson W., Hughes B.L., Laughon M.M., Thorp J.M., Stamilio D.M. Association of chorioamnionitis and its duration with neonatal morbidity and mortality. J Perinatol. 2019. - P. 73–82.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА ОСТРОГО НЕФРИТА В ХРОНИЧЕСКИЙ НЕФРИТ

Курамбаева С.Р, Мадаминова У.Ш
ТТА Ургенчский филиал

АННОТАЦИЯ

Актуальность темы: В современной клинической практике очень актуальна проблема ранней диагностики и своевременного адекватного лечения острого нефритического синдрома у детей. Это связано с большой распространенностью заболевания и его тяжестью, сложностью терапии и неопределенностью прогноза. В последние годы наблюдается значительное увеличение частоты развития хронических форм среди нефритов, проявляющихся в детском возрасте (gikeева З.М. и башк. 2010; Игнатова М.С. 2011).

Остро начавшийся нефрит в некоторых случаях приводит к развитию серьезных осложнений в начальный период, часто не заканчивающихся полным выздоровлением, переходит в рецидивирующую или прерывистую рецидивирующую форму и сопровождается интенсивным снижением функции почек. Такие варианты нефрита вызывают ряд трудностей в ранней диагностике и лечении, из-за чего терапия затягивается и часто безуспешна (эйсон т.М. и др., 2011).

В науке и практике до конца не решен вопрос о том, переходит ли острый нефрит в хроническую форму или иммунопатологический процесс в первичную хроническую форму. Однако значение индивидуальных иммунных нарушений в формировании нефрита, особенно у детей, остается недостаточно изученным, нет единого мнения о дифференциальных механизмах иммунопатогенеза острого и хронического нефрита. О прогностической роли отдельных факторов, влияющих на течение острого нефрита, в литературе имеются скудные, а иногда и противоречивые данные (kkeева З.М и др., 2010).

До сих пор не решены вопросы оценки развития и исхода острого нефрита у детей на основе анализа изменений клинико-лабораторных параметров на ранней стадии заболевания. Учитывая важность иммунных нарушений в патогенезе острого нефритического синдрома, именно иммунодиагностика может сыграть ведущую роль в определении дальнейшего прогноза заболевания. Все вышесказанное легло в основу данного исследования.

Ключевые слова: антисрептолизин-О, иммуноглобулин, нефритик синдром, гломерулонефрит.

Цель исследования: изучить переход острого нефрита в хронический у детей на основе анализа изменения клинических, иммунологических и лабораторных параметров.

Задачи исследования:

1. Изучение особенностей клинических проявлений острого нефритического синдрома у детей.

2. Исследование динамики отдельных параметров иммунной системы у детей с острым нефритическим синдромом в первый год лечения заболевания.

3. Выявление принципов хронического течения острого нефритического синдрома у детей.

BOLALARDA O`TKIR NEFRITNING SURUNKALI NEFRITGA O`TISHINING KLINIK, IMMUNOLOGIK MEZONLARI

Qurambayeva S.R, Madaminova U.Sh
TTA Urganch filiali

QISQACHA SHARH

Mavzuning dolzarbligi: Zamonaviy klinik amaliyotda bolalarda o'tkir nefritik sindromni erta tashhislash va o'z vaqtida yetarli darajada davolash muammosi juda dolzarbdir. Bu kasallikning ko'p tarqalishi va uning og'irligi, terapiyaning murakkabligi va prognozning noaniqligi bilan bog'liq. So'ngi yillarda bolalik davrida namoyon bo'lgan nefritlar orasida surunkali shakllarning rivojlanish chastotasi sezilarli o'sishi kuzatilmoqda (Enikeeva Z.M. va boshk. 2010; Ignatova M.S. 2011).

O'tkir boshlangan nefrit ba'zi xolatlarda dastlabki davrda jiddiy asoratlarni rivojlanishiga olib keladi, ko'pincha to'lik tiklanish bilan tugamaydi, retsidiv yoki uzluksiz retsidiv shaklga o'tadi va buyrak funktsiyasining jadal pasayishi bilan kechadi. Nefritning bunday variantlari erta tashhis qo'yish va davolashda qator qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, shu sababli terapiya kechiktiriladi va ko'pincha muvaffaqiyatsiz bo'ladi (Eison T.M. va boshkalar 2011).

Ilm-fan va amaliyotda o'tkir nefrit surunkali shaklga o'tadimi yoki immunopatologik jarayon birlamchi surunkali ko'rinishga o'tadimi degan savol ohirigacha hal qilinmadi. Shu bilan birga nefritni shakllanishida ayniksa bolalarda individual immunitet buzilishlarining ahamiyati juda yahshi tushunilmagan bo'lib qolmoqda, o'tkir va surunkali nefritning immunopatogenezining differentsial mehanizmlari to'g'risida kelishuv mavjud emas. Adabiyotlarda o'tkir nefrit kechishiga ta'sir ko'rsatadigan ayrim omillarning prognostik roli haqida kam ba'zan esa qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud (Enikeeva Z.M va boshkalar 2010).

Xozirga qadar kasallikning dastlabki bosqichida klinik va laboratoriya parametrlarining o'zgarishini tahlil qilish asosida bolalarda o'tkir nefritning rivojlanishi va natijasini baholash masalalari xaligacha hal qilinmagan. O'tkir nefritik sindrom patogenezida immunitet buzilishlarining ahamiyatini inobatga olgan holda kasallikning keyingi prognozini aniqlashda aynan immunodiagnostika yetakchi rol o'ynashi mumkin. Yukorida aytilganlarning barchasi ushbu tadqiqot uchun asos bo'ldi.

Kalit so`zlar: antistreptolizin-O, glomerulonefrit, nefritik sindrom, immunoglobulin

Tadqiqot maqsadi: Klinik, immunologik va laboratoriya parametrlarining o'zgarishini tahlil qilish asosida bolalarda o'tkir nefritni surunkali nefritga o'tishini o'rganish.

Tadqiqot vazifalari:

1. Bolalarda o'tkir nefritik sindrom klinik ko'rinishlarini xususiyatlarini o'rganish.

2. Kasallikni davolashni birinchi yilida o'tkir nefritik sindromli bolalarda immunitet tizimining individual parametrlari dinamikasini o'rganish.

3.Bolalarda o'tkir nefritik sindromning surunkali kechishi tamoyillarini aniqlash

CLINICAL IMMUNOLOGICAL CRITERIA OF THE TRANSITION OF ACUTE NEPHRITIS TO CHRONIC NEPHRITIS

Qurambayeva S.R, Madaminova U.Sh
TTA Urgench branch

ABSTRACT

Relevance of the topic:

In modern clinical practice, the problem of early diagnosis and timely adequate treatment of acute nephritic syndrome in children is very relevant. This is due to the high prevalence of the disease and its severity, the complexity of therapy and the uncertainty of the prognosis. Among

nephritis manifested in childhood in recent years, there is a significant increase in the frequency of development of chronic forms (Enikeeva Z.M. and arch. 2010; Ignatova M.S. 2011).

Acute-onset nephritis in some cases leads to the development of serious complications in the early period, often does not end in full recovery, goes into a relapsed or continuous relapsed form and is accompanied by a rapid decrease in kidney function. Such variants of nephritis present a number of difficulties in early diagnosis and treatment, so that therapy is delayed and often unsuccessful (Eison t.M. and heads 2011).

In science and practice, the question of whether acute nephritis goes into a chronic form or whether the immunopathological process goes into a primary chronic form has not been resolved until now. At the same time, the importance of individual immune disorders in children, especially in the formation of nephritis, remains very poorly understood, there is no consensus on differential mechanisms of immunopathogenesis of acute and chronic nephritis. There is little sometimes conflicting information about the prognostic role of certain factors affecting acute nephritis course in the literature (Enikeeva Z.M and heads 2010).

Until now, the issues of assessing the development and outcome of acute nephritis in children based on the analysis of changes in clinical and laboratory parameters at the initial stage of the disease were not resolved until Khali. It is immunodiagnostics that can play a leading role in determining the further prognosis of the disease, taking into account the importance of immune disorders in the pathogenesis of acute nephritic syndrome. All that was said in yukori became the basis for this study.

Key words: antistreptolisin-O, immunoglobulin, nephritic syndrome, glomerulonephritis.

Research objective: to study the transition of acute nephritis in children to chronic nephritis based on the analysis of changes in clinical, immunological and laboratory parameters.

Research tasks:

1. Study of the peculiarities of clinical manifestations of acute nephritic syndrome in children.

2. Study of the dynamics of individual parameters of the immune system in children with acute nephritic syndrome in the first year of treatment of the disease.

3. Determination of the principles of chronic course of acute nephritic syndrome in children.

ВЫВОДЫ

1. Развитие осложнений при остром гломерулонефрите (почечная недостаточность острого периода, острая сердечная недостаточность и ангиоспастическая энцефалопатия) ассоциировано с сочетанием комплекса факторов риска (частые интеркуррентные заболевания в анамнезе, хронические очаги инфекции, стрептодермия, отягощенная наследственность по патологии почек и органов желудочно-кишечного тракта, гипоксия в перинатальном периоде, степень выраженности отечного синдрома, артериальной гипертензии, макрогематурии в дебюте болезни).

2. У 30% больных гематурическая форма хронического гломерулонефрита ассоциирована с перенесенным острым гломерулонефритом с типичным нефритическим синдромом, проявляющимся в дебюте максимальной или умеренной степенью активности. У 60% больных хронический гломерулонефрит начинается с минимального мочевого синдрома с постепенным нарастанием симптомов заболевания и трансформируется в IgA - нефропатию. Морфологическим вариантом хронического гломерулонефрита у большинства больных является мезангиопролиферативный ГН, реже - мембранознопролиферативный гломерулонефрит с тубуловаскулярным компонентом. К факторам риска развития хронического гломерулонефрита наряду с отягощающими факторами относится нарушение гуморального и клеточного звеньев иммунитета.

3. Разработанные диагностические алгоритмы позволяют прогнозировать риск развития острого гломерулонефрита, его хронизацию и характеризуются высокой чувствительностью, специфичностью, прогностической ценностью и высоким индексом точности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Geetha D, Seo P, Ellis C, et al. Persistent or new onset microscopic hematuria in patients with small vessel vasculitis in remission: findings on renal biopsy. J Rheumatol. 2012; 39: 1413–1417.
2. Sevillano AM, Gutierrez E, Yuste C, et al. Remission of hematuria improves renal survival in IgA nephropathy. J Am Soc Nephrol. 2017; 28: 3089–3099.
3. Wells CD. Observations on the dropsy which succeeds scarlet fever. Trans Soc Imp Med Chir Knowledge. 1812; 3: 167–186.
4. Donadio JV, Grande JP. IgA nephropathy. N Engl J Med. 2002; 347: 738–48.
5. Jin DC, Yun SR, Lee SW, Han SW, KimW, Park J, et al. Lessons from 30 years' data of Korean end-stage renal disease registry, 1985–2015. Kidney Res Clin Pract. 2015; 34:132–9. D'Amico G. Natural history of idiopathic IgA nephropathy: role of clinical and histological prognostic factors. Am J Kidney Dis. 2000; 36: 227–37.
6. Peterson JC, Adler S, Burkart JM, Greene T, Hebert LA, Hunsicker LG, et al. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study. Ann Intern Med. 1995; 123: 754–62.
7. Appel GB, Waldman M. The IgA nephropathy treatment dilemma. Kidney Int. 2006; 69: 1939–44.
8. René G. VanDeVoorde III. Acute Poststreptococcal Glomerulonephritis: The Most Common Acute Glomerulonephritis. Pediatrics in Review 2015;36;3 DOI: 10.1542/pir.36-1-3.
9. Sethi S. et al. Atypical postinfectious glomerulonephritisis associated with abnormalities in the alternative pathway of complement. Kidney Int 83:293– 299, 2013
10. Prasto J et al. Streptococcal infection as possible trigger for dense deposit disease (C3 glomerulopathy). Eur J Pediatr. 2014 Jun;173(6):767-72.
11. Kakajiwala A et al. Post-streptococcal glomerulonephritis associated with atypical hemolytic uremic syndrome: to treat or not to treat with eculizumab? Clin Kidney J. 2016 Feb;9(1):90-6. doi: 10.1093/ckj/sfv119. Epub 2015 Nov 26.

ВЛИЯНИЕ СМЕСИ ЭКСТРАКТОВ HIPERICUM SCABRUM L., ZIZIPHORA PEDICELLATA PAZIJ VVED., MEDIAZIA MACROPHYLLA И GLYCIRHIZA GLABRA L. НА СОДЕРЖАНИЕ ПИРОВИНОГРАДНОЙ И МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ ЖИВОТНЫХ С НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЕЙ.

Курбанниезова Ю.А., Оллаберганова А.О.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность: Фармакотерапия патологических состояний различной этиологии, сопровождающихся развитием местной или генерализованной гипоксии, требует рационального использования средств, уменьшающих метаболические сдвиги в организме, либо предупреждающих эти нарушения в пост гипоксическом периоде, так называемых - антигипоксанты. В последнее десятилетие большое внимание уделяется созданию новых лекарственных препаратов на основе веществ природного происхождения. **Цель исследования:** Изучить влияние смеси экстрактов hipericum scabrum l., ziziphora pedicellata pazij vved., mediazia macrophylla и glycirhiza glabra l. на содержание пировиноградной и молочной кислоты в крови животных с нормобарической гипоксией.

Материалы и методы: Все экспериментальные исследования проведены на белых мышах самцах стадного разведения с массой тела 18-24 г. За один день и за час до моделировании нормобарической гипоксии с гиперкапнией животным опытных групп внутрижелудочно вводили экстракт сбора лекарственных растений hipericum scabrum l., ziziphora pedicellata pazij vved., mediazia macrophylla и glycirhiza glabra l.(условно названной

глизимед) в дозе 25 мг/кг. При появлении первых симптомов наступающей смерти животных извлекали из герметической камеры и через 1, 6 и 24 часа постгипоксического периода животных декапитировали под легким эфирным наркозом и собирали кровь для определения содержания молочной(МК) и пиривиноградной кислоты(ПВК). Все эксперименты проводили с соблюдением требований Европейской конвенции «О защите позвоночных животных используемых для экспериментальных или иных научных целей » (Страсбург 1986 г.) и в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О защите животных от жесткого обращение» (01.01.1997).

Результаты: Результаты проведенных экспериментальных исследований показало, что нормобарическая гипоксия сопровождается существенным изменениями показателей углеводного обмена, в частности у опытных животных спустя 1 час постгипоксического периода по сравнению с здоровыми особями отмечается увеличение уровня МК на 237,0% и ПВК почти в 5,4 раза. Указанные изменения с небольшими колебаниями сохраняются и через 6 часов от начало воздействия экстремального фактора. Однако, даже через 1 сутки нарушения углеводного обмена сохраняется на статистически значимым уровне, где отмечается повышение концентрации МК и ПВК соответственно в 2,16 и 2,35 раза.

Следовательно, нормобарическая гипоксия сопровождается значительными нарушениями углеводного обмена, которые сохраняются на существенном высоком уровне даже через 24 часа после прекращения воздействия патогенного фактора.

Корригирующий эффект нами выявлено у нового соединения - глизимеда. Концентрация МК и ПВК под влиянием глизимеда была низким на 40,3 и 48,9% через 1 час, на 41,8 и 55,7% через 6 часов, а также на 37,1 и 46,3% через 24 часа соответственно.

Выводы: Анализ представленных материалов позволяет считать, что исследованный сбор экстрактов лекарственных растений hipericum scabrum l., ziziphora pedicellata pazij vved., mediazia macrophylla и glycirhiza glabra l. оказывают корригирующие влияние на показатели углеводного обмена постгипоксическом периоде. Полученные результаты позволяют, утверждать некоторые звенья механизма антигипоксантного действия глизимеда.

МОРФОЛОГИЯ ВРОЖДЁННОГО И ПРИОБРЕТЁННОГО ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА.

Курбанова Н.П. Ражапов А.А
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Птоз верхнего века является одним из наиболее распространённых заболеваний верхнего века глаза и занимает ведущее место в структуре патологии век. При его развитии наблюдаются как врождённые формы заболевания у детей, так и приобретённые, являющиеся следствием перенесённых заболеваний.

Блефароптоз представляет собой нарушение положения верхнего века в виде его опущения, что связано с недостаточным или неадекватным функционированием структур — поднимателей века. Клинически нелеченый приобретённый птоз сопровождается функциональными нарушениями — ограничением верхнего поля зрения и связанной с этим постоянной усталостью. Кроме того, существует риск развития некорригируемого транзиторного астигматизма и нарушения оттока слёзной жидкости, что в ряде случаев может привести к сниженной устойчивости роговицы к микротравмам и воздействию микроорганизмов.

Однако, помимо функциональных нарушений, приобретённый птоз приводит к косметическому дефекту и выраженной психологической нагрузке, что сказывается на социальной жизни пациентов, преимущественно молодого и трудоспособного возраста.

Имеющийся на сегодняшний день массив публикаций охватывает, главным образом, один узкий аспект — методику хирургического лечения и применение новых

инструментов, улучшающих качество оперативного пособия. В настоящее время существует более сотни вариантов хирургического устранения птоза верхнего века.

Основные направления включают: изучение морфологии тканей верхнего века и морфометрических свойств его структур.

Материалы и методы

В исследовании были изучены морфологические изменения тканей верхнего века у 40 пациентов с врождённым и приобретённым птозом. Анализ проведён с акцентом на состояние леваторной мышцы, коллагеновых структур и иннервацию тканей. Все применённые методики в ряде случаев позволяют добиться положительных результатов.

Результаты

При врождённом птозе выявлены гипоплазия или аномальное развитие мышцы, поднимающей верхнее веко, дефицит коллагеновых волокон в тканях и недостаточная иннервация, что приводит к функциональной слабости леваторной мышцы.

Приобретённый птоз характеризуется фиброзными изменениями тканей после травм или хирургических вмешательств, ослаблением либо дегенерацией апоневроза леваторной мышцы, а также деструктивными процессами в нервно-мышечной системе, такими как нейропатия.

Выводы

1. Морфологические различия между врождённым и приобретённым птозом определяются состоянием леваторной мышцы и апоневроза.
2. При врождённом птозе основную роль играют аномалии развития тканей, тогда как при приобретённом — травматические или возрастные изменения. Эти различия необходимо учитывать при выборе методов диагностики и лечения.
3. Без учёта важных клинических особенностей той или иной формы птоза и точного определения этиологического фактора, вызвавшего опущение верхнего века, невозможно достичь полноценного терапевтического эффекта.
4. Таким образом, ни один из существующих на сегодняшний день методов не может полностью решить проблему птоза верхнего века и избежать возможных осложнений в виде гипо- или гиперкоррекции, асимметрии верхней пальпебральной складки, опущения ресничного края века, лагофтальма и рецидивов в позднем послеоперационном периоде. Это связано с недостаточной информацией о возможных этиологических факторах, приводящих к развитию птоза.
5. В связи с этим сохраняется определённая неясность в выборе хирургической тактики, которая напрямую зависит от характера птоза и природы его возникновения.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. ВРОЖДЁННОЕ И ПРИОБРЕТЁННОЕ ОПУЩЕНИЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА

Курбанова Н.П., Ражапов А.А.
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Аннотация. Веки представляют собой сложноорганизованные специализированные подвижные образования, которые обеспечивают механическую защиту глазного яблока: они ограничивают количество света, поступающего в глаз, содержат слезные секретирующие железы, при помощи мигательных движений равномерно распределяют слезную жидкость по поверхности роговицы и конъюнктивы, тем самым предохраняя переднюю поверхность глаза от высыхания. Верхние и нижние веки образуют так называемую пальпебральную (глазную) щель, которая представляет собой миндалевидную апертуру. Горизонтальный размер глазной щели изменяется с возрастом: у новорожденного он составляет 10 - 19 мм; у младенцев 13 - 24 мм; у взрослых 15 - 30 мм; а в пожилом возрасте 12 - 28 мм. Вертикальный размер глазной щели варьирует от 8 до 15 мм. В каждом веке различают две пластинки: внутреннюю тарзоконъюнктивальную и наружную кожно мышечную, которые рыхло связаны между собой. Тарзоконъюнктивальная пластинка

(ТКП) представлена следующими структурами: 1) тарзоорбитальной фасцией (орбитальной перегородкой), 2)собственно тарзальными пластинками, 3) медиальной и латеральной связками, 4)конъюнктивой. Кожно мышечная пластинка(КМП) состоит из: 1) кожного слоя (эпидермиса, дермы, подкожной рыхлой соединительной ткани); 2) мышечногослоя (концентрически расположенная вокруг пальпебральной щели круговаямышца глаза; поперечнополосатая мышца, поднимающая верхнее веко; мышцы Риолана (узкая мышечная полоска по краю века у корня ресниц) и мышца Горнера (мышечные волокна круговой мышцы, охватывающие слезный мешок). Приобретённый птоз (ПП) – одностороннее или двустороннее опущение верхнего века относительно глазного яблока разной степени выраженности. На сегодняшний день в нашей стране, наиболее распространенной является определение степени выраженности птоза по уровню прикрытия зрачка веком, согласно которому птоз верхнего века подразделяется на 3 степени: 1 степень – птоз легкой степени – край верхнего века находится на уровне верхнего края зрачка, вторая степень – птоз средней степени, в том случае веко прикрывает 1/2 зрачка; третья степень -верхнее веко прикрывает весь зрачок, птоз тяжелой степени. Одним из важных моментов в выборе метода хирургического лечения является определение причинного фактора, вызвавшего птоз верхнего века. Врожденный птоз (ВП) – генетически детерминированное заболевание аутосомно-доминантного типа наследования, которое возникает по причине изолированной аномалии развития фасциально-сухожильного комплекса илеватора верхнего века или аплазии ядра глазодвигательного нерва

Ключевые слова: Врождённый птоз (ВП), приобретённый птоз (ПП) Тарзоконъюнктивальная пластинка (ТКП), Кожномышечная пластинка (КМП)

“Tug’ma va ortirilgan yuqori ko'z qovog'i ptozlarning morfologik xususiyatlari”.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali
Kurbanova N.P., Rajapov A.A.

Annotatsiya. Ko'z qovoqlari murakkab maxsus tuzilmalardi ko'z olmasining mexanik himoyasini ta'minlaydigan mobil tuzilmalar: Ular ko'zga kiradigan yorug'lik miqdorini cheklaydi, lakrimal bezlarni o'z ichiga oladi va miltillovchi harakatlar yordamida lakrimal suyuqlikni shox parda va kon'yunktiva yuzasiga teng ravishda taqsimlaydi va shu bilan ko'zning old yuzasini quritishdan himoya qiladi. Yuqori va pastki qovoqlar palpebral (ko'z) yoriqlarini hosil qiladi, bu bodomsimon teshikdir. Ko'z yorig'ining gorizontal kattaligi yoshga qarab o'zgaradi: yangi tug'ilgan chaqaloqda u 10 - 19 mm; chaqaloqlar 13 - 24 mm; kattalarda 15 - 30 mm; keksalikda esa 12 - 28 mm. Palpebral yoriqning vertikal o'lchami 8 dan 15 mm gacha. Har bir ko'z qovog'ida ikkita plastinka ajralib turadi: ichki tarsokonjunktival va tashqi teri mushaklari, ular bir-biri bilan erkin bog'langan. Tarsokonjunktival plastinka (TJP)quyidagi tuzilmalar bilan ifodalanadi: 1) tarsoorbital fastsiya (orbital septum), 2) tarsal plitalarning o'zi, 3) medial va lateral ligamentlar, 4) kon'yunktiva. Mushak-teri plitasi(MTP) quyidagilardan iborat: 1) teri qatlami (epidermis, dermis, teri osti bo'sh biriktiruvchi to'qima); 2) mushak qavati (orbicularis oculi mushak, palpebral yoriq atrofida konsentrik joylashgan; yuqori ko'z qovog'ini ko'taruvchi chiziqli mushak; mushaklar

Riolan (kirpiklar ildizida ko'z qovog'ining chetida joylashgan tor mushak chizig'i) va mushak

Horner (ko'z yoshi qopini o'rab turgan orbikulyar mushakning mushak tolalari). Orttirilgan ptoz(OP) - yuqori ko'z qovog'ining turli darajadagi zo'ravonlikdagi ko'z olmasiga nisbatan bir tomonlama yoki ikki tomonlama cho'kishi. Bugungi kunda mamlakatimizda ptozis darajasini ko'z qovog'i bilan qoplash darajasi bo'yicha aniqlash eng keng tarqalgan usul bo'lib, unga ko'ra yuqori ko'z qovog'ining ptozisi 3 darajaga bo'linadi: 1 daraja - engil ptozis - yuqori ko'z qovog'ining qirrasi ko'z qorachig'ining yuqori qirrasi darajasida, ikkinchi daraja - ko'z qopqog'i bilan qoplangan, 2 daraja. o'quvchi; uchinchi daraja - yuqori ko'z qovog'i butun o'quvchini qoplaydi, qattiq ptozis. Jarrohlik davolash usulini tanlashda muhim nuqtalardan biri yuqori ko'z qovog'ining ptoziga sabab bo'lgan sabab omilini aniqlashdir. Tug'ma ptozis(TP) - avtosomal dominant irsiy turdagi genetik jihatdan aniqlangan kasallik bo'lib, u yuqori ko'z qovog'i ilatorining fassial-tendon

kompleksi rivojlanishining izolyatsiya qilingan anomaliyasi yoki okulomotor nerv yadrosining aplaziyasi tufayli yuzaga keladi.

Kalit so'zlar: Tug'ma ptozis (CP), orttirilgan ptozis (AP) Tarsokonjunktival plastinka (TCP), teri mushak plastinkasi (KMP)

Morphological properties Congenital and acquired drooping of the upper eyelid.

Urgench branch of Tashkent Medical Academy
Kurbanova N.P. Rajapov A.A

Annotation. The eyelids are complex, specialized, mobile structures that provide mechanical protection for the eyeball: They limit the amount of light entering the eye, contain the lacrimal glands, and, with the help of blinking movements, evenly distribute the lacrimal fluid over the surface of the cornea and conjunctiva, thereby protecting the anterior surface of the eye from drying out. The upper and lower eyelids form the so-called palpebral (eye) slit, which is an almond-shaped aperture. The horizontal size of the eye slit changes with age: in a newborn it is 10-19 mm; in infants 13-24 mm; in adults 15-30 mm; and in old age 12-28 mm. The vertical size of the palpebral fissure varies from 8 to 15 mm. In each eyelid, two plates are distinguished: the internal tarsoconjunctival and the external cutaneous muscle, which are loosely connected to each other. The tarsoconjunctival plate (TCP) is represented by the following structures: 1) tarsoorbital fascia (orbital septum), 2) the tarsal plates themselves, 3) medial and lateral ligaments, 4) conjunctiva.The musculocutaneous layer (MP) consists of: 1) the skin layer (epidermis, dermis, subcutaneous loose connective tissue); 2) the muscular layer (the orbicularis oculi muscle, concentrically located around the palpebral fissure; the striated muscle that lifts the upper eyelid; muscles of Riolan (a narrow muscle strip along the edge of the eyelid at the root of the eyelashes) and the muscle of Horner (muscle fibers of the orbicularis muscle that cover the lacrimal sac). Acquired ptosis (AP) is a unilateral or bilateral drooping of the upper eyelid relative to the eyeball of varying degrees of severity. Today, in our country, the most common method is to determine the degree of ptosis by the level of covering of the pupil by the eyelid, according to which ptosis of the upper eyelid is divided into 3 degrees: 1st degree – mild ptosis – the edge of the upper eyelid is at the level of the upper edge of the pupil, the second degree – moderate ptosis, in which case the eyelid covers 1/2 of the pupil; the third degree – the upper eyelid covers the entire pupil, severe ptosis. One of the important points in choosing a surgical treatment method is determining the causal factor that caused ptosis of the upper eyelid.

Key words: Congenital ptosis (CP), acquired ptosis (AP) Tarsoconjunctival plate (TCP), Cutaneous muscle plate (CMP)

Цель исследования. Результаты исследования внедрены в клиническую практику работы и гистологические препараты для исследоваеия из отдела пластической хирургии и глазного протезирования (ОПХиГП) медицинский исследовательский центр глазных болезней имени города Ургенча Минздрава Хорезмской области. Материалы исследования включены в повышения квалификации специалистов и сертифицированных циклов на кафедре непрерывного последипломного образования, а также на кафедре глазных болезней Ташкентской Медидинской Академии Ургенчского филиала. Изучение морфологических и морфометрических характеристик тканей верхнего века при различных типах птоза. В результате трех примененных методов окрашивания во фрагментах ВТМ 2 группы, резецированных в ходе операции по устранению апоневротического птоза без вовлечения в патологический процесс ВТМ, обнаружены компактно расположенные слои гладкомышечных волокон, покрытых тонким слоем соединительной ткани. Среди мышечных пучков полностью отсутствуют жировые клетки. Прослеживается четкая дифференцировка тканей. На границе конъюнктивы, ВТМ и апоневроза леватора также отсутствуют жировые клетки. Ядра клеток функционально активны, не изменены. Исследования биоптатов 2 группы, полученных в ходе операции по устранению птоза, обусловленного жировой дистрофией, при окрашивании гематоксилином и эозином продемонстрировали, что нормальная структура мышцы нарушается вследствие

инфильтрации плотно расположенных миоцитов жировыми клетками Для изучения морфологического строения ВТМ, не вовлеченной впатологический процесс по данным дооперационного клинико-функциональног обследования, необходимо было при помощи гистологического метода исследовать биоптаты неизмененной ВТМ, резецированные в ходе устранения апоневротического птоза верхнего века с применением окрашивания по трем методикам.

Результаты исследования и их дискуссия. У зрелых мужчин с БП (19-59 лет, n=27, 33 глаза) результаты определения ЭВВ не имели статистически значимых различий с таковыми у остальных пациенток и пациентов, составляли в среднем 5,21±0,34 мм, были статистически незначимо выше, чем у мальчиков и юношей, чаще (75,7%) варьировали в пределах 5-7 мм, реже (24,3%) – были равны 4 мм и меньше.

Для участников, находившихся в пожилом и старческом возрасте и с опущением ВВ (n=18, 24 глаза), величина ЭВВ статистически значимо не отличалась от ЭВВ у других участников и участниц, но статистически незначимо была меньше, чем у 19-59-летних мужчин и у всех женщин на 14,5-25,8% и больше, чем у мальчиков/юношей с БП на 13,1%.

Разница между величинами ЭВВ у офтальмологически здоровых людей и у лиц, страдающих блефароптозом, отображена графически на рисунке 15, где отчетливо просматривается весьма выраженное и статистически значимое снижение подвижности верхнего века в условиях БП – на 66,1-79,0% у пациентов разного пола и возраста.

Результаты определения расстояния между краем верхнего века и световым рефлексом роговицы (MRD-1) у участниц и участников исследования с блефароптозом содержит таблица 12. Как видно из этой таблицы, значение MRD-1 у участниц разного возраста равнялось 0,0 мм или принимало отрицательные значения у 24,6-36,8% пациенток и варьировало от 0,5 мм до 1,5 мм у 63,2-75,4% пациенток. Среднее значение MRD-1 составляло 0,32±0,14 мм у девочек/девушек, 0,56±0,12 мм у 19-59-летних женщин и 0,35±0,14 мм у участниц в возрасте 60 лет и старше без статистически значимых различий между собой. В рассматриваемой возрастной категории (19-59-летние мужчины) MRD-1 варьировал от 0,5 мм до 1,5 мм в 30,3% случаев, т.е. в 1,4 раза реже, чем у мальчиков/юношей и в 2,1-2,5 раз реже, чем у женщин разного возраста, страдающих БП.

У 5-18-летних мальчиков/юношей в подавляющем большинстве случаев, как у девочек этой же возрастной категории, в 81,8% ПС не определялась, на четырех глазах из двадцати двух (18,2%) – была сглажена.

Среди девочек/девушек для большинства глаз (79,6%) ПС отсутствовала, существенно реже (13,0%) была завышена или сглажена (7,4%). Аналогичную картину ПС наблюдали у 19-59-летних пациенток: складки отсутствовали в 72,1% случаев, отмечалась их завышенность или сглаженность для 18,0% глаз и для 9,9% глаз, соответственно. У пожилых пациенток для более, чем половины (63,3%) птозных век было выявлено завышение ПС, пальпебральная складка отсутствовала в 24,5% случаев. У зрелых мужчин, а также у мужчин пожилого и старческого возраста примерно с равной частотой встречаемости наблюдали завышенность или отсутствие ПС - 33,3% и 48,5% глаз, соответственно, для 19-59-летних пациентов и 58,3% и 41,7% для пациентов 60 лет и старше, соответственно. В настоящее время, как было отмечено выше, практически повсеместно выбор метода оперативного лечения блефароптоза основывается на результатах линейных измерений степени БП, расстояния MRD1, экскурсии МПВВ, высоты складки верхнего века (MCD), величины MRD1 до и через 5 минут после инстилляций фенилэфрина и др. На основании полученных данных оценивается степень выраженности БП и степени дефицита функций МПВВ и/или ВТМ – основных критериев, определяющих выбор той или иной технологии хирургического лечения. Однако, очевидно, что использующийся сейчас диагностический алгоритм не обеспечивает офтальмолога необходимыми сведениями о снижении силы сокращений мышечного аппарата ВВ у больных с БП, как главного звена патогенеза БП, и причинах снижения сократительной активности МПВВ и/ или ВТМ. Возможно, именно с этими обстоятельствами связано

отсутствие удовлетворительных функциональных и косметических результатов оперативного лечения БП у 8-26% пациентов с опущением верхнего века. Целесообразность динамометрического и морфологического исследований при выборе метода хирургического вмешательства подтверждают в своих публикациях

Заключение.Анализ данных, полученных при проведении первого этапа исследований, позволил нам сделать ряд следующих обобщений:

1) у добровольцев без блефароптоза результаты линейных измерений ширины глазной щели, подвижности верхнего века, расстояния между краем верхнего века и световым рефлексом роговицы, а также итоги оценки состояния пальпебральной складки были полностью сопоставимы с референсными значениями перечисленных показателей, физиологическая оптимальность которых является полностью доказанной в настоящее время;

2) согласно многочисленным динамометрическим исследованиям добровольцев без блефароптоза разработаны критерии оценки степени СС и УТ МПВВ: сократительная способность - высокая 1,3 гр. и более, средняя 1,0-1,2 гр., низкая 0,8-0,9 гр. Утомляемость - высокая >5,2 гр., средняя 1,5-5,1 гр., низкая < 1,5 гр.

3) у добровольцев без блефароптоза сила сокращений мышцы, поднимающей верхнее веко, у 95,0-100,0% взрослых женщин и мужчин (19 лет и старше), а также у 88,9-100,0% девушек и юношей в возрасте 11-18 лет равнялась 1,3 г и выше (высокая), достигая в ряде случаев 3,20 г.

4) Результаты определения данного показателя у 5-10-летних детей без блефароптоза обоего пола были на 17,6-40,9% ниже;

АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИК ЁРДАМДА ТИББИЙ НУҚСОНЛАР ВА УЛАРНИ СУД ТИББИЙ БАХОЛАШ

Қаландаров Ж.Қ., Қўзиев У.С.
Тошкент тиббиёт академияси Урган филиали, Ўзбекистон, Урганч шаҳри

Аннотация Тиббий ёрдам кўрсатишнинг субъектив томони, яъни тўғридан-тўғри тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббий ходимлар ятрогенияларнинг пайдо бўлишида энг муҳим омил ҳисобланади. У қуйидаги параметрлар билан тавсифланиши мумкин: тиббий мутахассислик, иш стажи, малака тоифаси ва илмий даражанинг мавжудлиги, мутахассислик бўйича ўқитиш частотаси. Турли тиббиёт мутахассисликлари шифокорларида ятрогенизмнинг пайдо бўлишини таҳлил қилиш натижаси ажаблантирмади. Шундай қилиб, ятрогенияларнинг 50% операцион шифокорлар: акушер-гинекологлар, жарроҳлар ва анестезиолог-реаниматологлар томонидан ҳисобга олинади.

Калит сўзлар: ятрогения, тиббий ёрдам нуқсонлари, комиссион суд тиббий экспертиза, акушер-гинеколог

МЕДИЦИНИСКИЕ ДЕФЕКТЫ И ИХ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

[1]Каландаров Ж.К., [2] Рузиев Ш.И.
[1]Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ўзбекистон, город Ургенч
[2] Республиканский научно-практический центр судебно-медицинской экспертизы, Узбекистан, город Тошкент

Аннотация субъективный аспект медицинской помощи, то есть медицинский персонал, оказывающий непосредственную медицинскую помощь, является наиболее важным фактором возникновения ятрогений. Его можно охарактеризовать по следующим параметрам: медицинская специальность, трудовой стаж, квалификационная категория и наличие научной степени, периодичность обучения по специальности. Результат анализа

встречаемости ятрогении у врачей различных медицинских специальностей не был неожиданным. Таким образом, 50% ятрогений учитываются оперирующими врачами: акушерами-гинекологами, хирургами и анестезиологами-реаниматологами.

Ключевые слова: ятрогения, дефекты медицинской помощи, комиссионная судебно-медицинская экспертиза, акушер-гинеколог

MEDICAL DEFECTS AND THEIR FORENSIC EVALUATION IN OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL CARE

[1]Kalandarov J.K., [2]Ruziev SH.I.

[1]Urgench branch of Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Urgench

[2] Republican Scientific and Practical Center of Forensic Medical Examination, Uzbekistan, Tashkent

Abstract the subjective aspect of medical care, that is, medical personnel providing direct medical care, is the most important factor in the occurrence of iatrogenies. It can be characterized by the following parameters: medical specialty, work experience, qualification category and availability of a scientific degree, frequency of training in the specialty. The result of the analysis of the occurrence of iatrogenism in doctors of various medical specialties was not unexpected. Thus, 50% of iatrogenies are taken into account by operating doctors: obstetricians-gynecologists, surgeons and anesthesiologists-resuscitators.

Keywords: iatrogenia, defects of medical care, commission forensic medical examination, obstetrician-gynecologist

Долзарблиги: Ятроген патология муаммоси сўнгги йилларда тобора долзарб бўлиб бормоқда. Бу асосан, беморларнинг тобора ортиб бораётган талаблари ва инсон ҳуқуқлари бўйича адвокатларнинг тиббий ёрдам сифатига ва даволанишнинг салбий таъсирига бўлган еътиборининг ортиши билан боғлиқ. Афсуски, жамиятдаги "ятрогения" атамаси агар жиноий бўлмаса, салбий нарса сифатида қабул қилинади.

Беморда маълум бир ятроген патологиянинг мавжудлигини аниқлаш ва енг муҳими, ҳужжатли акс еттириш муайян ҳолатларни таҳлил қилишда келажакда унинг олдини олишнинг мумкин бўлган усулларини излаш ва топишга имкон беради. Ятрогенизмни ихтиёрий ёки ихтиёрий равишда маскалаш, уни субъектив ёки объектив сабабларга кўра ёзиб қўйиш-бу боши берк кўчадир. Уларга риоя қилган ҳолда, биз маълум бир беморда маълум бир патологиянинг пайдо бўлишини оқлай оламиз, аммо вазиятни умуман ўзгартира олмаймиз. Ятрогенизм фактини тан олиш унинг сабабларини аниқлашга ва натижада уларнинг олдини олиш йўлларини топишга имкон беради. Шундай қилиб, жамиятда, асосан, беморлар ва адвокатлар орасида ятроген касалликларга нисбатан бағрикенгроқ, хотиржам муносабат шаклланади ва бу атаманинг ўзи оддий одамни унчалик ҳайратда қолдирмайди.

Замонавий тиббий адабиётларда тиббий ёрдам сифатини баҳолашда "тиббий хато" атамаси кенг тарқалди. Ушбу атамани ишлатишнинг мақсадга мувофиқлигини кўриб чиқиш учун аввал унинг таърифига мурожаат қилайлик. Тиббий хатоларга беморнинг аҳволи ёмонлашишига ёки ўлимига сабаб бўлган тиббий ходимларнинг нотўғри ҳаракатлари ёки ҳаракацизлиги деб мурожаат қилиш одатий ҳолдир. Шу билан бирга, тиббий хато ҳуқуқий категория сифатида тиббий ходимнинг виждонан хатоси сифатида жиноий бепарволик, жиноий бепарволик, жиноий такаббурлик ёки жиноий жоҳиллик белгиларисиз тушунилади [6]. Шу билан бирга, шифокорлар ва тиббиёт ходимларига қарши жиноий ишларнинг пайдо бўлишининг сабабларидан бири бу касбий тайёргарликнинг паст даражаси ёки зарур даражада тиббий ёрдам кўрсатиш учун техник қобилиятнинг етишмаслиги билан боғлиқ турли хил камчиликлар ва хатолардир.

Тадқиқот мақсади: акушер-гинекологик тиббий ёрдам нуқсонларини суд-тиббий баҳолаш мезонларини янада такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Республика суд-тиббий экспертиза илмий-амалий марказининг Хоразм, Бухоро ва Тошкент вилоят (шахар) филиалларида 2021-2025 йиллар давомида 31 нафар ҳолатларни баҳолаш мақсадида ўтазилган комиссион суд тиббий экспертиза хулоласаларининг клиник, анамнестик, мантиқий, дидактик ва статистик таҳлиллари амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари: Тиббий ёрдам кўрсатишнинг субъектив томони, яъни тўғридан-тўғри тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббий ходимлар ятрогенияларнинг пайдо бўлишида энг муҳим омил ҳисобланади. У қуйидаги параметрлар билан тавсифланиши мумкин: тиббий мутахассислик, иш стажи, малака тоифаси ва илмий даражанинг мавжудлиги, мутахассислик бўйича ўқитиш частотаси. Турли тиббиёт мутахассисликлари шифокорларида ятрогенизмнинг пайдо бўлишини таҳлил қилиш натижаси ажаблантирмади. Шундай қилиб, ятрогенияларнинг 50% операцион шифокорлар: акушер-гинекологлар, жарроҳлар ва анестезиолог-реаниматологлар томонидан ҳисобга олинади.

Ўрганилган даврда бундай ҳолатлар билан боғлиқ 31 КСТЭ ўтказилган бўлиб, уларнинг 27 тасида (87,1%) тиббий ёрдам лозим даражада кўрсатилмаган, ёхуд кечиктириб кўрсатилган.

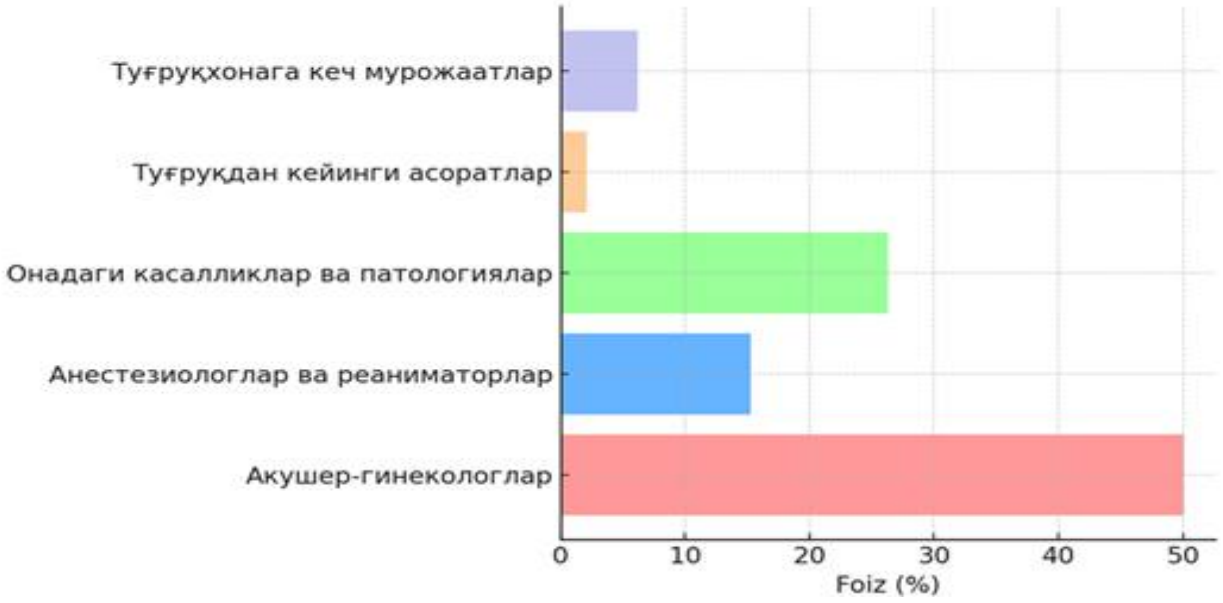
Текширувларимиздан ўлим билан тугаган 37,1% ҳолатларнинг ҳеч бирида тиббиёт муассасаларида тиббий текширувлар ўтказилмаган.

Ўрганилган ҳолатларнинг барчасида КСТЭ бўйича тақдим этилган материаллар, шу жумладан экспертлар комиссияси хулосалари , аниқланган ТЁНлар гўдакларга тиббий ёрдам кўрсатилишининг хусусиятлари инобатга олинган ҳолда махсус ишлаб чиқилган таснифга асосан таҳлил қилинди. Бунда фаолиятида камчиликка йўл қўйган мутахассис, тиббий муассаса, нуқсоннинг моҳияти, унинг вужудга келиш сабаби ҳамда боланинг саломатлиги ва ҳаётига таъсир даражасига аниқлик киритилди.

Акушер-гинекологлар фаолиятида тиббий ёрдам кўрсатишдаги камчиликларни ўрганиш билан бир қаторда тадқиқот жараёнида ушбу ҳолатлар юзасидан ўтказилган КСТЭ материаллари бўйича бу турдаги суд-тиббий экспертизаларни тайинлаш, ташкиллаштириш ва ўтказишнинг ҳолати ҳамда бу борада мавжуд муаммолар таҳлил қилинди.

Олинган натижаларга “Microsoft Excel” дастуридан фойдаланган ҳолда статистик ишлов берилди, фарқларнинг ишончлилиги Стьюдентнинг t –мезони бўйича баҳоланди.

Тадқиқот натижаларига кўра мутахассисликлар бўйича акушер - гинекологлар 50,1% ҳолларда, анестезиологлар ва реаниматорлар 15,3% ни ташкил қилган. 26,3% ҳолатларда эса онадаги мавжуд касалликлар ва турли патологиялар, 2,1% ҳолатларда эса туғруқдан кейинги асоратлар, 6,2% ҳолатларда эса туғруқхонага кеч мурожаатлар сабаб бўлгани аниқланди (қуйидаги расмда диаграмма кўринишида келтирилган).



Ятрогенияларнинг пайдо бўлиши муҳим тиббий, ижтимоий, иқтисодий ва ахлоқий соғлиқ муаммосидир. Акушер гинекологлар фаолиятларида тиббий ёрдам нуқсонлари янги диагностика ва даволаш усулларининг жорий этилиши янги туғилган чақалоқларга тиббий ёрдам самарадорлигини оширди ва шу билан бирга ятроген патологиянинг ошишига олиб келди.

Акушер - гинекологлар (50,1%) томонидан йўл қўйилган тиббий ёрдам нуқсонлари асосан туғруқ жараёнини нотўғри бошқариш, туғруқ қоидаларига риоя этмаслик, беморларга бепарво муносабат, беморни тўлиқ текширмаслик каби ҳолатлар сабаб бўлгани ретроспектив таҳлилларимиз натижасида аниқланди.

Ўрганилган ҳолатларнинг барчасида КСТЭ бўйича тақдим этилган материаллар, шу жумладан экспертлар комиссияси хулосалари , аниқланган ТЁНлар акушер гинекологик тиббий ёрдам кўрсатилишининг хусусиятлари инобатга олинган ҳолда махсус ишлаб чиқилган таснифга асосан таҳлил қилинди. Бунда фаолиятида камчиликка йўл қўйган мутахассис, тиббий муассаса, нуқсоннинг моҳияти, унинг вужудга келиш сабаби ҳамда боланинг саломатлиги ва ҳаётига таъсир даражасига аниқлик киритилди.

ТЁНларнинг вужудга келиш сабаблари уларнинг моҳияти кесимида ўрганилганда муайян хусусиятлар аниқланди. Жумладан, беморларнинг шифохонага кеч ётқизилишида объектив ҳамда ташкил сабабларнинг, тиббий муолажаларнинг тайинлаш ва ўтказишдаги камчиликларда эса субъектив сабабларнинг улуши умумий кўрсаткичлардан каттароқ бўлган. Беморларнинг тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилиши натижасида асосан ташҳис қўйишдаги камчиликларга йўл қўйилган ва шифохонага кеч ётқизилган.

Хулоса: Комиссион суд-тиббий экспертиза ва уларнинг хулосаларини таҳлил қилиш асосида акушер-гинеколог шифокорлари фаолиятида аниқланган тиббий ёрдам нуқсонлари асосан туғруқ жараёнини нотўғри бошқариш, туғруқ қоидаларига риоя этмаслик, беморларга бепарво муносабатда бўлиш ва уларни тўлиқ текширмаслик каби ҳолатлар натижасида юзага келиши ўз исботини топди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Альшевский, В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве (процессуальные аспекты, методические принципы и формально-логические алгоритмы) / В.В.Альшевский. - М.: Юрлитинформ, 2004. - 176 с.
2. Баринова, И.В. Особенности морфологической и пространственной структуры плаценты при антенатальной гипоксии плода / И.В. Баринова, С.В. Савельев, Ю.Б. Котов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. - № 1. – С. 29-33.
3. Волобуев, Н.Н. Ятрогенные повреждения кровеносных сосудов в абдоминальной хирургии / Н.Н. Волобуев [и др.] // Украинский журнал хирургии. - 2011. - №4. - С.249-251.
4. Исаченкова И.П., Савченко С.В. Случай материнской смер ти при истинном приращении плаценты // Вестник судеб ной медицины. – 2016. – Т. 5, № 3. – С. 58–60.
5. Кедров В.С. О терминологии профессиональных правонарушений медицинских работников // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики: материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков (посвященные 30-летию Всероссийского общества судебных медиков). - М.; Тюмень, 2005. - С. 126-127.
6. Лузанова И.М. Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы): автореф. на соиск. канд. мед.наук. — Москва, 2007. – С.10.
7. Рыков В.А. Медицинская и правовая оценка ятрогенных заболеваний // Медицинское право. - 2003. - № 4. - С. 4147.
8. Сергеев ЮД., Ерофеев С.В. Ятрогенная патология - актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская экспертиза. - 1998. - № 6. - С. 3-8.

9. Шадымов А.Б., Колесников А.О., Лютикова Н.И. Особенности проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по “врачебным делам” акушерско-гинекологического профиля // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 11–15. 10.
10. Baek, G.H., Chung, M.S. Methicillin-resistant staphylococcus aureus osteomyelitis of the scaphoid from a catheter in the radial artery //J. Bone Joint Surg. – 2002. – Vol. 84-B, N 2. – P.273 – 274.
11. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. FIGO. 2003.
12. Quinlan D.J., Alikhan R., Gishen P. et al. Variations in lower limb venous anatomy: implications for US diagnosis of deep vein thrombosis //Radiology. - 2003. - №228 (2). - P. 443-448.
13. Wikstrom, A.K. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease / A.K. Wikstrom, B. Haglund, M. Olovsson, S.N. Lindeberg//BJOG. 2005. -Vol. 112, N11.-P. 1486-1491.
14. Zetterstrum, K. Being born small for gestational age increases the risk of severe pre-eclampsia I K. Zetterstrum, S. Lindeberg, B. Haglund et al/ // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. 2007. - Vol. 114, N 3. - P. 319-324.
15. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings / Elsasser D.A. et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol. 148(2). – P. 125–30. – doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.10.005.
16. Баринов Е.Х., Жаров В.В., Черкалина Е.Н. Случай несвоевременной диагностики заболевания в хирургической практике// Судебно-медицинская экспертиза. Москва, 2014. № 4. С. 51-52.
17. Гиясов З.А., Исламов Ш.Э. Установление мест допущения дефектов медицинской помощи// Судебная медицина, 2019. № 1. С. 29-32.
18. Имомов С.Т., Исламов Ш.Э., Махматмурадова Н.Н., Кобилов Б.Ж., Тожиев У.Д. Ненадлежащее оказание медицинской помощи из-за ошибок в диагностике// Достижения науки и образования, 2020. № 2 (56). С. 68-70.
19. Лузанова И.М. Дефекты оказания медицинской помощи в акушерской практике /И.М.Лузанова, В.Б.Сапрыкин// Научные труды II Всероссийского съезда по медицинскому праву. - М.,2005.-с.-443-448.
20. Сапрыкин В.Б. Медико-правовые проблемы в акушерской практике /В.Б.Сапрыкин, О.Д.Константинова, И.М.Лузанова// Вестник перинаталогии, акушерства и гинекологии /под ред. проф. В.Б.Цхай. - Красноярск: Изд-во КрасГМА,2005.-с.-172-179.

ИНТЕГРАЦИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ

Мадримова А.Г., Машарифов Х.Ш.
Ургенчский филиал ТМА

Актуальность. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) у детей остаётся одной из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии и медицинской генетики. Ранняя диагностика нарушений слуха играет ключевую роль в предупреждении задержки речевого, когнитивного и психоэмоционального развития. В последние годы молекулярно-генетические методы, в частности полимеразная цепная реакция (ПЦР), получают широкое распространение в клинической практике как высокоинформативный инструмент выявления наследственных форм тугоухости. **Цель исследования.** Настоящее исследование направлено на разработку алгоритма раннего выявления СНТ у детей с включением ПЦР-диагностики. **Материалы и методы.** Обследованы 235 детей с

установленной нейросенсорной тугоухостью различной степени тяжести. У 132 пациентов проведено молекулярно-генетическое тестирование на наиболее частые мутации в генах *GJB2, SLC26A4* и *MT-RNR1* с применением метода ПЦР. **Результаты.** Мутации в GJB2 выявлены у 29,5% обследованных, в SLC26A4 — у 12,9%, в MT-RNR1 — у 4,5%. У 12,9% детей были обнаружены варианты неопределённой клинической значимости (VUS), а у 40,2% мутации не выявлены. Данные подтверждают доминирующее значение мутаций GJB2 в структуре несиндромальной врождённой СНТ, а также демонстрируют высокую клиническую значимость SLC26A4 и MT-RNR1 при прогрессирующих и ототоксически обусловленных формах тугоухости. Полученные данные подтвердили ведущую роль гена GJB2 в структуре несиндромальной врождённой СНТ. Также выявлена высокая частота мутаций, ассоциированных с прогрессирующей и ототоксической формами тугоухости. Это позволило сформировать клинический алгоритм обследования с использованием ПЦР, включающий этапы скрининга, оценки факторов риска, назначения тестирования и пятиступенчатый алгоритм ранней диагностики, включающий: первичный аудиологический скрининг (ОАЭ, аАВР); оценку факторов риска (семейный анамнез, перинатальные осложнения, ототоксичные препараты); назначение ПЦР при наличии отклонений или факторов риска; интерпретацию результатов с маршрутизацией к генетику и сурдологу; формирование индивидуального плана наблюдения и реабилитации. Особое внимание уделено мутации *MT-RNR1*, выявление которой позволило своевременно отменить ототоксичную терапию у пациентов, тем самым предотвратив развитие вторичной тугоухости. **Выводы:** Интеграция ПЦР-диагностики в алгоритм раннего выявления СНТ у детей позволяет значительно повысить эффективность диагностики наследственных форм тугоухости, персонализировать медицинское ведение пациентов, сократить сроки постановки диагноза и предотвратить развитие тяжёлых форм инвалидизации.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У НОВОРОЖДЁННЫХ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Мадримова А.Г., Султанова И.Б.
Ургенчский филиал ТМА

Актуальность. Сенсоневральная тугоухость у новорождённых является одной из ведущих причин нарушения слухоречевого развития и ранней инвалидизации. Наиболее уязвимыми считаются дети, перенёсшие перинатальные осложнения, такие как гипоксия, асфиксия и гипербилирубинемия. Эти состояния могут повреждать как периферические, так и центральные звенья слухового анализатора. В связи с этим крайне важно проводить комплексное аудиологическое обследование уже в первые дни жизни для своевременного выявления нарушений и начала реабилитации. **Цель исследования.** Изучить клинико-функциональные особенности слухового анализатора у новорождённых с перинатальной патологией и определить диагностическую ценность современных аудиологических методов — задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ), продуктов искажения отоакустической эмиссии (ПИОАЭ) и коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). **Материалы и методы.** В исследование включено 115 новорождённых: 35 перенесли асфиксию, 60 — гипербилирубинемию, 20 — составили контрольную группу. Обследование проводилось с использованием тимпанометрии, ЗВОАЭ, ПИОАЭ и КСВП. Показатели сравнивались между основными и контрольной группами с применением t-критерия Стьюдента и критерия Манна–Уитни, $p \leq 0,05$ считалось статистически значимым. **Результаты.** В рамках исследования было обследовано 115 новорождённых, распределённых на три группы:– Группа I — 35 новорождённых с перинатальной асфиксией;– Группа II — 60 новорождённых с клинически значимой гипербилирубинемией;– Контрольная группа — 20 доношенных

новорождённых без признаков соматической и перинатальной патологии. Все новорождённые прошли комплексное аудиологическое обследование, включающее: тимпанометрию, регистрацию ЗВОАЭ, ПИОАЭ и КСВП. Тимпанометрия. У всех новорождённых контрольной группы и большинства пациентов I и II групп была зафиксирована тимпанограмма типа А, что свидетельствовало о нормальной подвижности барабанной перепонки и отсутствии патологии со стороны звукопроводящего аппарата. Эти данные позволили исключить проводниковую тугоухость и сосредоточить внимание на нейросенсорном компоненте. ЗВОАЭ (Задержанная вызванная отоакустическая эмиссия). У 86,3% новорождённых первой группы (с умеренной асфиксией) зарегистрированы положительные отклики. У 61,5% недоношенных из второй группы (с гипербилирубинемией) зарегистрированы отклики при ЗВОАЭ. У 100% контрольной группы — положительная регистрация ЗВОАЭ на всех частотах. Отсутствие ответа наблюдалось у 13,6% доношенных с асфиксией и 38,5% недоношенных с гипербилирубинемией (при билирубине >256 мкмоль/л), что может свидетельствовать о начальных признаках кохлеарной дисфункции. Статистически значимые различия параметров SNR (отношение сигнал/шум) зафиксированы на частотах 4000 и 5000 Гц между контрольной группой и группой с тяжёлой асфиксией ($p < 0,05$). У новорождённых с гипербилирубинемией также отмечалось достоверное снижение амплитуды откликов на частотах 2000–4000 Гц ($p < 0,01$). **Выводы.** Результаты подтверждают, что перинатальные осложнения (асфиксия, гипербилирубинемия) значительно повышают риск формирования сенсоневральной тугоухости у новорождённых. Использование комплекса методов (ЗВОАЭ, ПИОАЭ, КСВП) уже на первом месяце жизни позволяет объективно оценить состояние слухового анализатора и своевременно выделить детей группы риска. Разработанный диагностический алгоритм может быть рекомендован для неонатальных отделений как основа для скрининга и динамического наблюдения новорождённых с факторами риска.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫ

Мадримова А.Г., Хайдарова Г.С., Бекберганов П.М.
Ургенчский филиал ТМА

Аннотация: В статье представлены клинические аспекты и диагностические проблемы выявления сенсоневральной тугоухости у новорождённых с перинатальной патологией. Обследовано 115 новорождённых, из которых 35 перенесли асфиксию, а у 60 была диагностирована гипербилирубинемия. Контрольную группу составили 20 здоровых детей. Применялись методы тимпанометрии, ЗВОАЭ, ПИОАЭ и КСВП. У новорождённых с тяжёлой асфиксией и высоким уровнем билирубина выявлены достоверные изменения параметров слуховых вызванных потенциалов и снижение амплитуды отоакустической эмиссии, особенно в диапазоне высоких частот ($p < 0,05$). Разработан клинический алгоритм раннего выявления нарушений слуха у детей группы риска.

Ключевые слова: *сенсоневральная тугоухость, новорождённые, асфиксия, гипербилирубинемия, ЗВОАЭ, КСВП, аудиологический скрининг.*

Annotatsiya: Mazkur maqolada perinatal patologiyaga ega bo‘lgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda sensor neyral eshitish qobiliyati buzilishining klinik jihatlari va diagnostika muammolari yoritilgan. Tadqiqotda jami 115 nafar chaqaloq ishtirok etdi: 35 nafarida asfiksiya, 60 nafarida gipyerbilirubinemiyaga uchragan holatlar qayd etildi. 20 nafar sog‘lom chaqaloq nazorat guruhiga kiritildi. Tadqiqotda timpanometriya, ZVOAE, PIOAE va QSVP usullari qo‘llanildi. Asfiksiyaning og‘ir shakli va yuqori bilirubin darajasiga ega bo‘lgan chaqaloqlarda eshitish parametrlarida ishonchli farqlar kuzatildi ($p < 0,05$). Yuqori xavf guruhidagi bolalarda eshitish buzilishlarini erta aniqlash uchun algoritm ishlab chiqildi.

Kalit so‘zlar: *sensor neyral karsoqlik, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar, asfiksiya, gipyerbilirubinemiya, ZVOAE, QSVP, audiologik skrining.*

Abstract. The article presents the clinical aspects and diagnostic challenges in identifying sensorineural hearing loss in newborns with perinatal pathology. A total of 115 newborns were examined: 35 with perinatal asphyxia and 60 with hyperbilirubinemia. The control group included 20 healthy neonates. Tympanometry, DPOAE, TEOAE, and ABR tests were used. Significant differences ($p < 0.05$) in auditory evoked potential parameters and decreased otoacoustic emission amplitudes were observed, especially in newborns with severe asphyxia or elevated bilirubin levels. A clinical algorithm for early detection of hearing impairment in at-risk infants was developed.

Keywords: *sensorineural hearing loss, newborns, asphyxia, hyperbilirubinemia, TEOAE, ABR, audiological screening.*

Тугоухость у детей является одной из наиболее значимых медико-социальных проблем современности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2023), около 34 миллионов детей в мире страдают различными формами нарушения слуха. Проблема осложняется тем, что снижение слуха в раннем возрасте часто остается незамеченным родителями и педагогами, особенно если оно носит двусторонний и частичный характер. Это приводит к задержке речевого развития, нарушению когнитивных функций, социально-психологической дезадаптации и, в перспективе, к снижению качества жизни и профессиональных возможностей.

Целью данного исследования является оценка клинических аспектов и диагностических возможностей выявления сенсоневральной тугоухости у новорождённых с перинатальной патологией (асфиксией и гипербилирубинемией) с использованием современных аудиологических методов.

Материал и методы. В основу настоящего исследования легли данные аудиологического обследования 115 новорождённых, проведённого на базе Хорезмского областного перинатального центра и отделения патологии новорождённых Детского многопрофильного медицинского центра Хорезмской области в период с 2021 по 2025 годы.

Среди обследованных 35 новорождённых перенесли перинатальную асфиксию, а у 60 детей с первых суток жизни были выявлены клинические признаки гипербилирубинемии. В качестве контрольной группы было отобрано 20 новорождённых, не имевших признаков соматической патологии (см. рис. 1).



Рисунок 1. Распределение изучаемых новорожденных по группам.

Результаты и обсуждение. Среди обследованных новорождённых преобладали дети, рождённые в срок: доношенные составили 69% от общего числа участников исследования, тогда как недоношенные — 31%. Учитывая, что недоношенность является

одним из значимых факторов риска развития нейросенсорной тугоухости, данное распределение было учтено при интерпретации аудиологических данных и сравнительном анализе клинических групп.

При проведении тимпанометрии у всех новорождённых контрольной группы была зарегистрирована тимпанограмма типа А, что свидетельствует о нормальной подвижности барабанной перепонки и адекватном функционировании структур среднего уха. После проведения тимпанометрии всем новорождённым с перинатальной асфиксией была выполнена регистрация отоакустической эмиссии (ОАЭ) для оценки функционального состояния наружных волосковых клеток улитки.

При регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) положительные ответы были зафиксированы у 86,36% доношенных новорождённых первой группы (с умеренной степенью асфиксии) и у 61,54% недоношенных новорождённых второй группы (гестационный возраст 35–37 недель), что свидетельствует о сохранности функции наружных волосковых клеток улитки у большинства обследованных.

В то же время отсутствие регистрации ЗВОАЭ отмечено у 13,64% доношенных и у 38,46% недоношенных детей, перенесших более тяжёлые формы асфиксии. Эти результаты могут указывать на наличие начальных признаков кохлеарной дисфункции, особенно у недоношенных новорождённых, что требует последующего динамического наблюдения и углублённого аудиологического обследования (см. рис. 2).

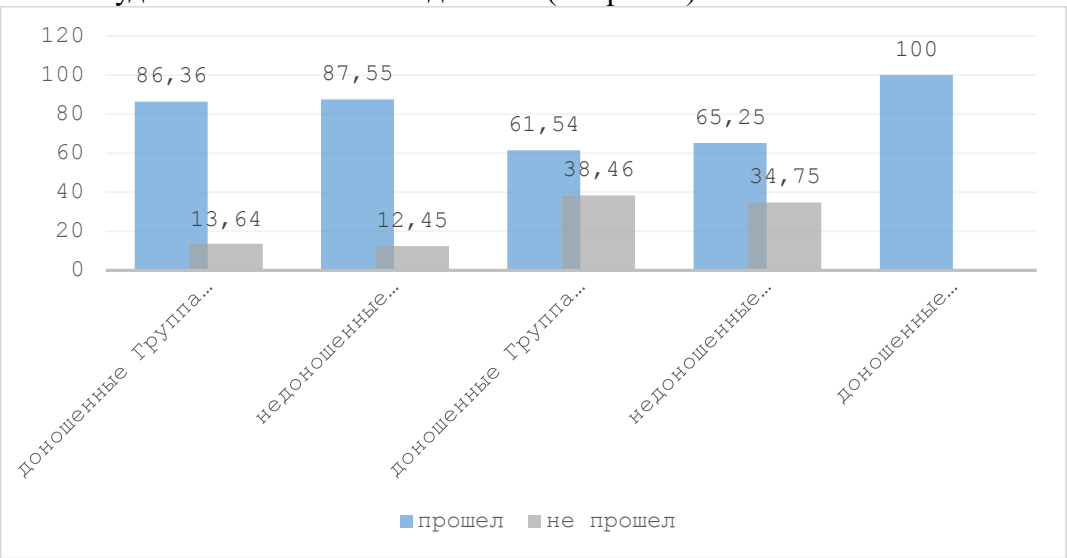


Рисунок 2. Результаты исследования ЗВОАЭ у новорожденных с перинатальной асфиксией I группы.

При сравнительном анализе аудиологических показателей у новорождённых первой группы с перинатальной асфиксией установлено, что средние значения отношения сигнал/шум (Signal-to-Noise Ratio, SNR) на большинстве исследуемых частот — 1, 2, 3, 4 и 5 кГц — не демонстрировали статистически значимых различий по сравнению с показателями контрольной группы.

В то же время при анализе результатов у новорождённых второй группы, перенёсших тяжёлую степень перинатальной асфиксии, были выявлены статистически значимые различия в средних значениях отношения сигнал/шум (SNR) при регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) на всех исследуемых частотах (1, 2, 3, 4 и 5 кГц) по сравнению с контрольной группой ($p \leq 0,05$).

Снижение показателей SNR в данной группе указывает на выраженное угнетение функции наружных волосковых клеток улитки, что может отражать кохлеарную гипоксию как результат тяжёлого перинатального поражения. Эти данные подчёркивают важность углублённого аудиологического обследования и раннего начала реабилитационных мероприятий у новорождённых с выраженной гипоксически-ишемической энцефалопатией.

Сравнительный анализ показателей отношения сигнал/шум (SNR) между новорождёнными первой и второй групп выявил сходные средние значения на частотах 1, 2 и 3 кГц, при этом статистически значимой разницы между группами не наблюдалось ($p > 0,05$). Однако на высоких частотах — 4 и 5 кГц — были зафиксированы достоверные различия: у новорождённых первой группы значения SNR оказались значительно выше, чем у детей второй группы ($p < 0,05$), что указывает на более выраженные нарушения слуховой функции у новорождённых с тяжёлой формой асфиксии.

Таким образом, анализ параметров вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) продемонстрировал снижение амплитуды акустических откликов у детей с тяжёлой перинатальной асфиксией по сравнению с контрольной группой, особенно в диапазоне высоких частот (2, 3 и 4 кГц) в обоих ушах. Эти данные отражают снижение функциональной активности наружных волосковых клеток улитки, что может быть следствием гипоксического поражения периферического звена слухового анализатора (см. таблицу 1).

Таблица 1

SNR ЗВОАЭ у новорождённых с асфиксией I и II группы по частотам и ушам

Показатели	Группы	N	M	m	*p*
1000 Гц	Группа I	22	5,87	1,41	0,2824
	Группа II	13	1,26	1,32	
	Контрольная группа	20	9,71	0,76	
2000 Гц	Группа I	22	7,56	1,08	
	Группа II	13	2,93	1,85	0,914
	Контрольная группа	20	8,59	0,67	
3000 Гц	Группа I	22	6,63	1,01	0,857
	Группа II	13	2,93	1,53	
	Контрольная группа	20	6,47	0,73	
4000 Гц	Группа I	22	7,92	1,36	0,0139 *
	Группа II	13	-1,7	2,11	
	Контрольная группа	20	9,37	0,72	
5000 Гц	Группа I	22	6,89	1,17	0,0008 *
	Группа II	13	1,45	2,15	
	Контрольная группа	20	7,61	0,78	

Примечание: *- статистически достоверные изменения по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$);

Показатели продуктов искажения отоакустической эмиссии (ПИОАЭ) выражены в децибелах и основаны на величине соотношения сигнал/шум (SNR), измеренной на частоте искажения, которая рассчитывалась по формуле $2f_1 - f_2$, где f_1 и f_2 — первичные стимулы, подаваемые с заданным частотным соотношением.

Анализ амплитудных характеристик продуктов искажения отоакустической эмиссии (ПИОАЭ) показал, что у новорождённых с умеренной степенью перинатальной асфиксии регистрировались максимальные значения акустических ответов, что свидетельствует о более сохранной функциональной активности кохлеарного рецептора. В то же время у детей с тяжёлой асфиксией отмечалась уменьшенная выраженность ПИОАЭ, характеризующаяся снижением амплитуды отклика и отсутствием чёткой частотной устойчивости, что может отражать ранние признаки повреждения наружных волосковых клеток улитки.

Результаты исследования коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) выявили выраженное снижение амплитуды компонента V волны, а также снижение амплитудного соотношения волн I и V у новорождённых с клиническими признаками тяжёлой перинатальной асфиксии. Кроме того, у данной категории пациентов отмечалась

тенденция к укорочению абсолютной латентности I волны, что, в совокупности с понижением амплитуды V, обусловливало относительное повышение соотношения амплитуд I/V (см. таблицу 2).

Сравнительный анализ параметров КСВП между исследуемыми группами показал, что у детей с перинатальной патологией наблюдаются нарушения темпов проведения нервного импульса по стволовым отделам слухового пути, что отражается в удлинении межпиковых интервалов (особенно I–V) по сравнению с контрольной группой, вне зависимости от степени выраженности асфиксии.

Таблица 2

Параметры КСВП у новорождённых с различной степенью асфиксии

Показатель	Группа I (n=22)	Группа II (n=13)	Контрольная группа (n=20)	*P*
	Среднее значение (мс)	Среднее значение (мс)	Среднее значение (мс)	
Волна I	1,70±0,08	1,62±0,14	1,84±0,07	0,0193*
Волна III	3,95±0,05	3,99±0,10	3,65±0,12	0,0139
Волна V	6,20±0,07	5,93±0.09	6,27±0,05	0,0030*
Межпиковый интервал I-III	2,35±0,11	2,24±0,12	2,41±0,11	0,3198
Межпиковый интервал III-V	2,14±0,12	2.03±0,13	2,19±0,06	0 ,1667*
Межпиковый интервал I-V	4,53±0,18	4,79±0,22	4,9±0,12	0,1834*

Примечание: *- статистически достоверные изменения по сравнению с контрольной группой (p <0,05);

Причинные механизмы развития гипербилирубинемии различались: у 32 детей она была связана с гемолитической болезнью новорождённых, тогда как у 28 новорождённых отмечалась конъюгационная (физиологическая) форма неонатальной желтухи, обусловленная незрелостью печёночных ферментативных систем.

Уровень билирубина, использованный как критерий стратификации, соответствовал границам, при которых повышается риск билирубиновой энцефалопатии и токсического поражения ядер головного мозга, включая структуры слухового пути. Особенно уязвимым в этом отношении считается улитковый нерв и подкорковые слуховые центры, чувствительные к токсическому воздействию неконъюгированного билирубина.

По результатам тимпанометрии у всех новорождённых контрольной группы была зарегистрирована тимпанограмма типа А, отражающая нормальную подвижность барабанной перепонки и отсутствие патологии звукопроводящего аппарата. Идентичные результаты были получены у новорождённых с перинатальной патологией, в том числе с гипербилирубинемией, что свидетельствует о сохранности функции среднего уха во всех наблюдаемых случаях.

Анализ параметров ЗВОАЭ у новорождённых с гипербилирубинемией выявил различия между группами в зависимости от уровня билирубина. У детей первой группы (билирубин < 256 мкмоль/л) диапазон частот, на которых регистрировались отклики, был значительно шире, чем у новорождённых второй группы (билирубин > 256 мкмоль/л). В частности, у детей первой группы ЗВОАЭ регистрировалась в среднем на более чем четырёх полуоктавных частотах, тогда как во второй группе — менее чем на четырёх, как в правом, так и в левом ухе.

Статистический анализ подтвердил достоверность этих различий как для правого, так и для левого уха ($p < 0,001$), что указывает на угнетение функции наружных волосковых клеток улитки при более высоком уровне билирубина в крови.

Сравнительный анализ амплитуд ЗВОАЭ показал, что у детей с более высоким уровнем билирубина в крови наблюдалось снижение амплитуды акустического отклика на всех анализируемых частотах. Особенно выраженные отклонения фиксировались у недоношенных новорождённых с тяжёлой гипербилирубинемией: у них чаще регистрировались единичные пики ЗВОАЭ, отмечалось сужение амплитудно-частотного спектра, снижение вероятности регистрации отклика на нескольких частотах, а также общее уменьшение амплитудной характеристики ответа (см. таблицу 3).

Таблица 3

Сравнение результатов ОАЭ у новорожденных с гипербилирубинемией I и II группы (в отношении амплитуды ответа)

	I группа			**II группа**			***p***
	среднее значение	Минималь-ное значение	Максимал-ьное значение	среднее значение	Минималь-ное значение	Максималь-ное значение	
2000 Гц Правое Ухо	14	5	29	11	6	24	0.007 *
3000 Гц Правое Ухо	16	6	30	14	6	26	0.009 *
4000 Гц Правое Ухо	15	6	29	12	6	27	0.010 *
2000 Гц Левое Ухо	14	6	29	10.5	6	25	0.017 *
3000 Гц Левое Ухо	14	6	29	10.5	6	27	0.018 *
4000 Гц Левое Ухо	17	7	28	13	7	25	0,011 *

Примечание: *- статистически достоверные изменения по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$);

У недоношенных новорождённых с повышенной концентрацией билирубина в сыворотке крови характер регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ) отличался от контрольных значений. В частности, наблюдалось смещение частотного диапазона акустического отклика в сторону низкочастотных зон спектра, что может свидетельствовать о функциональной нестабильности наружных волосковых клеток в базальных отделах улитки.

Анализ частотных характеристик продуктов искажения отоакустической эмиссии (ПИОАЭ) выявил статистически значимые различия между исследуемыми группами на высокочастотных участках спектра. В частности, на частоте 5000 Гц средняя амплитуда у новорождённых первой группы (с умеренной гипербилирубинемией) составила 10,26 дБ, тогда как у детей второй группы (с тяжёлой формой гипербилирубинемии) данный показатель был сниженным — 7,87 дБ (для левого уха). Схожее снижение амплитуды наблюдалось и на частоте 6000 Гц, что может свидетельствовать о билирубин-индуцированном функциональном угнетении наружных волосковых клеток базальных отделов улитки.

При анализе данных коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) были выявлены достоверные различия в абсолютных латентностях волн I, III и V при стимуляции интенсивностью 80 дБ. У новорождённых с более высоким уровнем билирубина наблюдалось значительное увеличение задержек этих волн по сравнению с детьми с умеренной гипербилирубинемией.

Дополнительно, при стимуляции на уровне 40 дБ у новорождённых второй группы зафиксирована задержка волны V, также достигшая статистической значимости, что подтверждает чувствительность стволовых слуховых структур к билирубиновой нагрузке даже при сниженной интенсивности стимуляции. Кроме того, у детей с тяжёлой гипербилирубинемией были обнаружены достоверные удлинения межпиковых интервалов I–III, III–V и I–V, что указывает на замедление нейронной проводимости по стволовым отделам слухового пути и, вероятно, отражает токсическое воздействие неконъюгированного билирубина на центральные звенья слухового анализатора (см. табл. 4).

Таблица 4

Динамика КСВП у детей с гипоксией и билирубиновой энцефалопатией

Показатель	Группы новорожденных		
	Новорожденные с асфиксией	Новорожденные с гипербилирубинемией	Контрольная группа
N1	126,63±9,8	140,6±18,1*	120,2±13,15
P2	193,3±8,9	201,03±14,6*	184,3±7,7
N2	254,2±9,8	201,3±4,93	243,2±11,6
P3	321,6±9,9	350,6±19,1	314,2±17,4
N1-P2	15,8±12,6*	2,8±0,6*	10,8±2,5
N2-P3	12,6±8,2*	1,6±0,2*	9,6±3,2

Примечание: *- статистически достоверные изменения по сравнению с контрольной группой (p <0,05);

Анализ параметров коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) у новорождённых с гипербилирубинемией показал увеличение латентности волн III и V, а также значительное удлинение интервалов межпикового проведения (III–V и I–V), что позволяет предположить дисфункцию проводящих путей на уровне ствола головного мозга, преимущественно в области варолиева моста. Эти изменения интерпретируются как проявление билирубин-индуцированного поражения центральных структур слухового анализатора.

Для уточнения уровня и характера поражения дополнительно применялась регистрация длиннолатентных слуховых вызванных потенциалов (ДСВП), с анализом временных и амплитудных характеристик их компонентов. У новорождённых с гипербилирубинемией было выявлено статистически значимое увеличение латентных периодов ДСВП по сравнению не только с контрольной группой, но и с новорождёнными, перенёсшими перинатальную асфиксию, что подтверждает преимущественное вовлечение кортикальных и субкортикальных отделов слуховой системы. В группе новорождённых с асфиксией наблюдалась тенденция к снижению амплитуд компонентов ДСВП, однако полученные значения не отличались достоверно от контрольных, что, вероятно, свидетельствует о функциональных, а не структурных изменениях на уровне центральных отделов слухового анализатора.

Выводы. Установлена чёткая корреляционная связь между степенью поражения центральной нервной системы и выраженностью нарушений слуховой функции. При этом тяжесть нарушений слухового анализатора прогрессировала параллельно степени выраженности асфиксии и уровня гипербилирубинемии ($p \leq 0,05$). У новорождённых с умеренной степенью асфиксии выявленные изменения слуховой функции нормализовались к шестимесячному возрасту, что отражает особенности восстановления слуховой функции в данной группе детей ($p \leq 0,05$). Для новорождённых с гипербилирубинемией характерны сужение спектра отоакустической эмиссии, снижение амплитуды ответов, увеличение латентных периодов III, IV и V пиков, а также удлинение времени центрального

звукопроведения по интервалам III–V и I–V, что свидетельствует о патологии слуха центрального генеза с нарушением проведения нервных импульсов на уровне нижней и средней трети моста мозга ($p \leq 0,05$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амонов А. Ш. Комплексный подход к хирургическому лечению сенсоневральной тугоухости у детей. Автореферат диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам, Ташкент, 2018. - С.39
2. Асмолова Г. А. и др. Ранняя диагностика нарушений развития речи. Особенности речевого развития у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы //М.: Союз педиатров России, Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. – 2014. - С.61-77.
3. Гарбарук Е.С. Аудиологический скрининг глубоконедоношенных детей методом задержанной вызванной отоакустической эмиссии / Е.С. Гарба- рук // Российская оториноларингология. - 2005. - N1. - С. 47-50.
4. Глухота и потеря слуха. Основные факты ВОЗ. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss
5. Дульнев В. В., Слюсарь Т. А. Характеристика коротколатентных слуховых вызванных потенциалов у детей с церебральным параличом //Нервно-мышечные болезни. – 2019. – Т. 9. – №. 1.
6. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г. Эпидемиология нарушений слуха у детей. В кн.: Детская оториноларингология. Руководство для врачей. Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005; С.656–657.
7. Клиточенко Г. В., Малюжинская Н. В. Этиология, патогенез и диагностика перинатального поражения нервной системы у детей //Лекарственный вестник. – 2019. – Т. 13. – №. 1. – С. 38-41.
8. Хайдарова Г.С. Разработка дифференциально-диагностических критериев и способов реабилитации детей с сенсоневральной тугоухостью Автореф. дис…д.м.н. Ташкент., 2017; С. 34.
9. Хушвакова Н.Ж. Клинические и молекулярно-генетические особенности несиндромальной нейросенсорной тугоухости у детей ДИСС
10. Birkenhäger R. et al. Non-syndromic hereditary hearing impairment //Laryngo-rhino- Joint otologie. – 2007. – Т. 86. – №. 4. – P. 299-309; quiz 310-3.
11. Committee on Infant Hearing, American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, Directors of Speech, Hearing Programs in State Health. Year 2000 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Joint Committee on Infant Hearing, American Academy of Audiology, American Academy of Pediatrics, American Speech-Language-Hearing Association, and Directors of Speech and Hearing Programs in State Health and Welfare Agencies. Pediatrics. 2000;106(4)-P.798–817

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ: ЗНАЧЕНИЕ ПЦР-СКРИНИНГА

Мадримова А.Г., Хайдарова Г.С., Машарифов Х.Ш.

Ургенчский филиал ТМА

Аннотация. Настоящее исследование посвящено разработке алгоритма раннего выявления сенсоневральной тугоухости у детей с использованием методов полимеразной цепной реакции (ПЦР). Обследовано 235 детей с нарушениями слуха, из которых у 132 проведено молекулярно-генетическое тестирование на мутации в генах GJB2, SLC26A4 и MT-RNR1. Мутации в гене *GJB2* были выявлены у 29,5% детей, в *SLC26A4* — у 12,9%, и в

MT-RNR1 — у 4,5%. У 12,9% детей обнаружены варианты неопределённой клинической значимости (VUS). Результаты исследования подтверждают высокую информативность ПЦР-диагностики в выявлении наследственных форм тугоухости и обосновывают необходимость её внедрения в программы раннего скрининга.

Ключевые слова: *сенсоневральная тугоухость, дети, ПЦР-диагностика, GJB2, SLC26A4, MT-RNR1, скрининг слуха, генетика.*

Annotatsiya. Ushbu tadqiqot bolalarda sensor neyron eshitish buzilishlarini erta aniqlash bo‘yicha algoritm ishlab chiqishga va unda polimeraza zanjir reaksiyasi (PZR) usullaridan foydalanishga bag‘ishlangan. Umumiy 235 nafar eshitishida nuqsoni bor bola tekshirildi, ulardan 132 nafarida GJB2, SLC26A4 va MT-RNR1 genlaridagi mutatsiyalarni aniqlash uchun molekulyar-genetik PZR-tahlil o‘tkazildi. *GJB2* genidagi mutatsiyalar 29,5%, *SLC26A4* — 12,9% va *MT-RNR1* — 4,5% bolalarda aniqlandi. 12,9% holatda noma’lum klinik ahamiyatli variantlar (VUS) kuzatildi. Tadqiqot natijalari PZR-diagnostikaning yuqori samaradorligini tasdiqlaydi va uni erta eshitish skrining dasturlariga kiritish zarurligini asoslaydi.

Kalit so‘zlar: *sensor neyron karsoqlik, bolalar, PZR-diagnostika, GJB2, SLC26A4, MT-RNR1, eshitish skriningi, genetika.*

Abstract. This study focuses on the development and implementation of an early detection algorithm for sensorineural hearing loss in children using polymerase chain reaction (PCR) methods. A total of 235 children with hearing impairment were examined, including 132 who underwent PCR-based genetic testing for GJB2, SLC26A4, and MT-RNR1 mutations. Mutations in *GJB2* were identified in 29.5% of cases, *SLC26A4* in 12.9%, and *MT-RNR1* in 4.5%. Variants of uncertain clinical significance (VUS) were found in 12.9% of children. The findings confirm the high diagnostic value of PCR testing in detecting hereditary hearing loss and support its inclusion in early screening protocols.

Keywords: sensorineural hearing loss, children, PCR diagnostics, GJB2, SLC26A4, MT-RNR1, hearing screening, genetics.

Актуальность. Раннее выявление нарушений слуха у детей имеет решающее значение для их полноценного физического, психоэмоционального и речевого развития. Согласно данным Международной ассоциации по слуху и коммуникации (International Federation of ORL Societies, 2023), задержка в диагностике нарушений слуха даже на 6 месяцев может привести к существенным трудностям в формировании речи, когнитивных навыков и социального взаимодействия. Этиологический спектр врожденной и ранней детской тугоухости крайне широк. Среди наиболее значимых факторов выделяют генетические мутации, перинатальные осложнения, внутриутробные инфекции, а также воздействие ототоксических препаратов. Генетические причины составляют до 50% всех случаев врожденной нейросенсорной тугоухости. Особую актуальность приобретает применение современных молекулярно-генетических методов диагностики. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) и ПЦР в реальном времени (real-time PCR) позволяют с высокой точностью выявлять мутации в генах, ассоциированных с нарушениями слуха, в частности мутации в генах GJB2 (коннексин 26), SLC26A4 и MT-RNR1.

Целью исследования является разработка и внедрение алгоритма раннего выявления нарушений слуха у детей с использованием методов полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Материал и методы. В рамках проведенного исследования было обследовано 235 детей в возрасте от 12 месяцев до 17 лет. Среди них 125 детей обучались в специализированной государственной школе-интернате для слабослышащих детей № 32 города Ургенча; 110 детей находились на лечении в ЛОР-отделении Ташкентской медицинской академии в период с 2019 по 2024 годы. Критерии включения в исследование включали наличие установленной тугоухости различной степени тяжести, отсутствие синдромальных форм заболевания и согласие родителей на участие в исследовании. В дополнение к клиническому обследованию было организовано анкетирование родителей детей с установленной несиндромальной нейросенсорной тугоухостью (ННСТ), что

позволило получить информацию о семейном анамнезе, факторах риска, акушерском анамнезе и особенностях слухоречевого развития. Методы обследования включали:первичный аудиологический скрининг (ОАЭ, аАВР), расширенную аудиометрию, молекулярно-генетическое тестирование методом ПЦР на наиболее частые мутации в генах GJB2, SLC26A4, MT-RNR1.

Результаты исследования. Анализ распределения степени тяжести нейросенсорной тугоухости у обследованных детей показал, что наибольшая доля пациентов имела тяжёлую степень нарушения слуха (27,7%), глубокую степень (25,0%) и полную глухоту (9,0%). Указанные формы тугоухости характеризуются выраженным снижением слуховой функции и, как правило, ассоциированы с наличием генетических мутаций, что обуславливает необходимость более углубленного молекулярно-генетического исследования данной группы.

Умеренная степень тугоухости была выявлена у 23,4% детей, лёгкая — у 14,9%. Несмотря на меньшую распространённость, случаи лёгкой и умеренной тугоухости также могут иметь наследственную природу, особенно в контексте мутаций, влияющих на структуру и функционирование слухового анализатора. Это подчёркивает необходимость включения детей с любым уровнем снижения слуха в программы генетического скрининга.

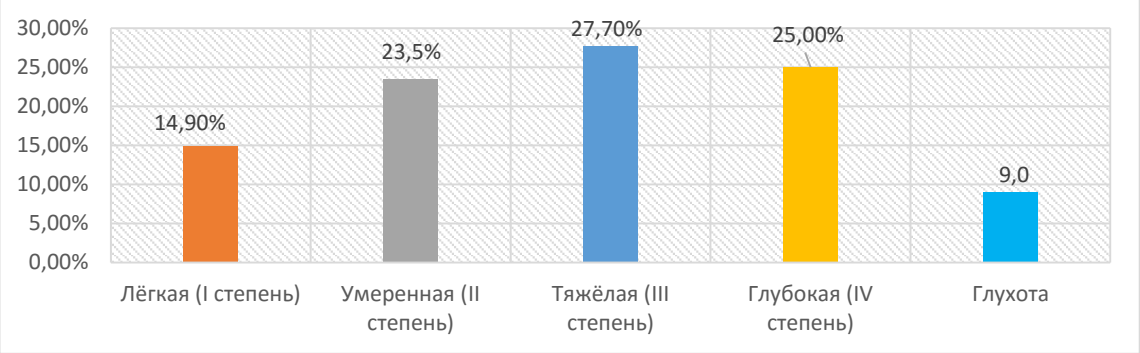


Рис.1. Структура нейросенсорной тугоухости у детей по степени тяжести

Полученные данные о распределении степеней тяжести нейросенсорной тугоухости у детей подчёркивают важность углублённого изучения генетических механизмов, лежащих в основе данного состояния. Высокая доля тяжёлых и глубоких форм тугоухости, как правило, коррелирует с наличием мутаций в ключевых генах, ответственных за формирование и функционирование слухового анализатора. Исследование молекулярно-генетических основ патологии не только способствует более полному пониманию патогенеза заболевания, но и открывает перспективы для разработки эффективных методов ранней диагностики, прогнозирования течения болезни и индивидуализированного подхода к терапии и реабилитации пациентов.

Согласно результатам возрастной стратификации обследованных детей с нейросенсорной тугоухостью, наибольшая доля пациентов приходится на возрастную категорию 5–7 лет, где было зарегистрировано 22 девочки и 29 мальчиков, что составляет 20,8% и 22,5% соответственно. Общая численность детей в данной группе достигла 51 человека, что указывает на пик выявляемости нарушений слуха именно в этом возрасте.

В группе 3–5 лет наблюдалось 43 ребенка (19 девочек и 24 мальчика), доля которых составила 17,9% и 18,6% соответственно. Возрастные группы 1–3 года и 0–1 год характеризовались значительно меньшим количеством обследованных: 21 и 1 ребенок соответственно (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение обследованных детей по возрасту и полу

Возрастная группа	Девочки (m)	Мальчики (M)	Общее количество	Доля девочек (%)	Доля мальчиков (%)
0-1 год	0	1	1	0.0	0.8
1-3 года	9	12	21	8,5	9,3
3-5 лет	19	24	43	17,9	18,6
5-7 лет	22	29	51	20,8	22,5
7-10 лет	18	23	41	17.0	17,8
11-13 лет	14	18	32	13,2	14.0
14-16 лет	13	16	29	12,3	12,4
16-18 лет	11	16	27	10,4	12,4
Итого	**106**	**129**	**235**	**100.0**	**100.0**

Таблица демонстрирует преобладание случаев нейросенсорной тугоухости в возрастной группе 5–7 лет среди как девочек (20,8%), так и мальчиков (22,5%), что отражает тенденцию к позднему выявлению патологии слуха. В возрастных группах до 3 лет диагностируемость значительно ниже, что подчёркивает необходимость внедрения раннего скрининга с применением как аудиологических, так и молекулярно-генетических методов.

Ранняя диагностика нарушений слуха у детей играет ключевую роль в предупреждении задержки речевого и психоэмоционального развития. Традиционные аудиологические методы (отоакустическая эмиссия, слуховые вызванные потенциалы) обладают высокой чувствительностью, однако не всегда позволяют выявить скрытые или прогрессирующие формы нейросенсорной тугоухости. В этой связи интеграция молекулярно-генетических методов диагностики, в частности полимеразной цепной реакции (ПЦР), в скрининговые и диагностические программы является важнейшим элементом современной практики.

Рисунок 2. Сводная схема алгоритма обследования

Этап обследования	Мероприятия	Примечания
1. Первичный скрининг	ОАЭ и/или аАВР у всех новорождённых	До 3 месяцев жизни
2. Оценка факторов риска	Анализ анамнеза, клиники	У всех детей
3. ПЦР-диагностика	GJB2, SLC26A4, MT-RNR1	При подозрении на ННСТ или наличии риска
4. Интерпретация результатов	Определение типа мутаций	Персонализация наблюдения и лечения
5. Реабилитация	Планирование слухоречевой коррекции	Включение родителей в процесс

Молекулярно-генетическое обследование методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) было проведено у 132 детей с подтверждённой или предполагаемой нейросенсорной тугоухостью, в том числе у детей с положительным семейным анамнезом, клиническими признаками прогрессирующего снижения слуха и/или отягощёнными перинатальными факторами.

Ген-мишень	Тип мутации	Количество детей	Доля от обследованных (%)
GJB2	c.35delG, c.167delT и др.	39	29,5%
SLC26A4	p.H723R, IVS7-2A>G и др.	17	12,9%
MT-RNR1	A1555G	6	4,5%

VUS*	Варианты неопределённого значения	17	12,9%
Без выявленных мутаций	—	53	40,2%

Рисунок 3. Распределение выявленных мутаций.

** VUS — variants of uncertain significance (варианты неопределённой клинической значимости)*

В таблице представлены результаты молекулярно-генетического обследования 132 детей с подозрением на нейросенсорную тугоухость, проведённого с использованием метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Представленные данные отражают частоту выявления патогенных мутаций в трёх наиболее клинически значимых генах — GJB2, SLC26A4 и MT-RNR1, ассоциированных с врождёнными и прогрессирующими формами нейросенсорной тугоухости у детей. Кроме того, в таблице отражены случаи выявления генетических вариантов неопределённой клинической значимости (VUS), а также доля пациентов, у которых мутации в указанных локусах не были обнаружены.

Такое распределение позволяет не только охарактеризовать генетическую структуру тугоухости в исследуемой выборке, но и служит основой для оценки эффективности предложенного алгоритма раннего выявления с применением ПЦР-диагностики, а также целесообразности расширения диагностической панели в клинической практике.

Ген GJB2, кодирующий белок Connexin 26, оказался наиболее часто поражённым среди обследованных пациентов: у 29,5% детей были выявлены патогенные мутации, включая такие распространённые варианты, как c.35delG и c.167delT. Эти мутации нарушают структуру и функцию межклеточных щелевых соединений (gap-junctions) во внутреннем ухе, нарушая ионный гомеостаз эндолимфы, что в свою очередь приводит к нарушению передачи звуковых сигналов.

Результаты подтверждают доминирующее значение *GJB2* в развитии несиндромальной врождённой нейросенсорной тугоухости. У большинства детей с данной мутацией диагностированы двусторонние симметричные формы III и IV степени, выявленные в возрасте до 3 лет, что подчёркивает тяжёлое течение и раннюю манифестацию заболевания. Эти данные обосновывают необходимость приоритизации тестирования *GJB2* при первичном генетическом скрининге детей с подозрением на наследственную тугоухость.

Мутации в гене SLC26A4, кодирующем белок-переносчик анионов (pendrin), были выявлены у 12,9% детей, что подтверждает его роль в патогенезе как синдромальной, так и несиндромальной тугоухости. Наиболее распространёнными вариантами оказались IVS7-2A>G и p.H723R, ассоциированные с развитием синдрома Пенреда и структурными аномалиями внутреннего уха, включая расширение водопровода преддверия (EVA). У 5 детей с мутациями *SLC26A4* по результатам нейровизуализации (МРТ/КТ) было подтверждено наличие EVA, а в клинической картине регистрировались нестабильный слуховой порог и вестибулярные нарушения.

Эти данные подчёркивают необходимость включения молекулярного анализа *SLC26A4* у детей с прогрессирующей формой тугоухости, флюктуирующим течением и клиническими признаками вестибулярной дисфункции.

Мутация A1555G в митохондриальном гене MT-RNR1, кодирующем 12S рРНК, была выявлена у 6 детей (4,5%). Эта мутация приводит к повышенной чувствительности к аминогликозидным антибиотикам и способна индуцировать быстрое и необратимое снижение слуха даже после однократного введения ототоксичного препарата. У всех обследованных с данной мутацией в анамнезе зафиксировано применение

аминогликозидов (гентамицина, амикацина), после чего развивалась двусторонняя глухота I–II степени тяжести в течение первых месяцев жизни.

Выявление *MT-RNR1* до назначения ототоксичных антибиотиков позволяет предотвратить медикаментозно индуцированную тугоухость, что подчёркивает прямую клиническую значимость ПЦР-диагностики в неонатологии, педиатрии и оториноларингологии.

У 17 детей (12,9%) были выявлены варианты неопределённой клинической значимости (VUS), преимущественно в генах *GJB2* и *SLC26A4*. Эти варианты не имеют однозначной интерпретации по критериям ACMG (American College of Medical Genetics and Genomics), однако могут обладать потенциальной патогенностью в зависимости от модифицирующих факторов.

Пациенты с VUS находятся под динамическим наблюдением, с регулярным аудиологическим мониторингом. В случае изменения клинического статуса или накопления данных о патогенности соответствующих мутаций возможен пересмотр диагноза. Результаты подчёркивают важность формирования национальных баз данных генетических вариантов, особенно в регионах с этнической спецификой.

У 53 детей (40,2%) ПЦР-анализ не выявил мутаций в исследуемых локусах. Учитывая тяжесть клинической картины у части этих пациентов, предполагается участие других, не охваченных ПЦР-панелью генов, либо наличие негенетических факторов (перинатальная гипоксия, инфекции, травмы). Для таких пациентов целесообразным следующим этапом является проведение расширенного генетического тестирования, включая NGS (секвенирование нового поколения) и MLPA-анализ.

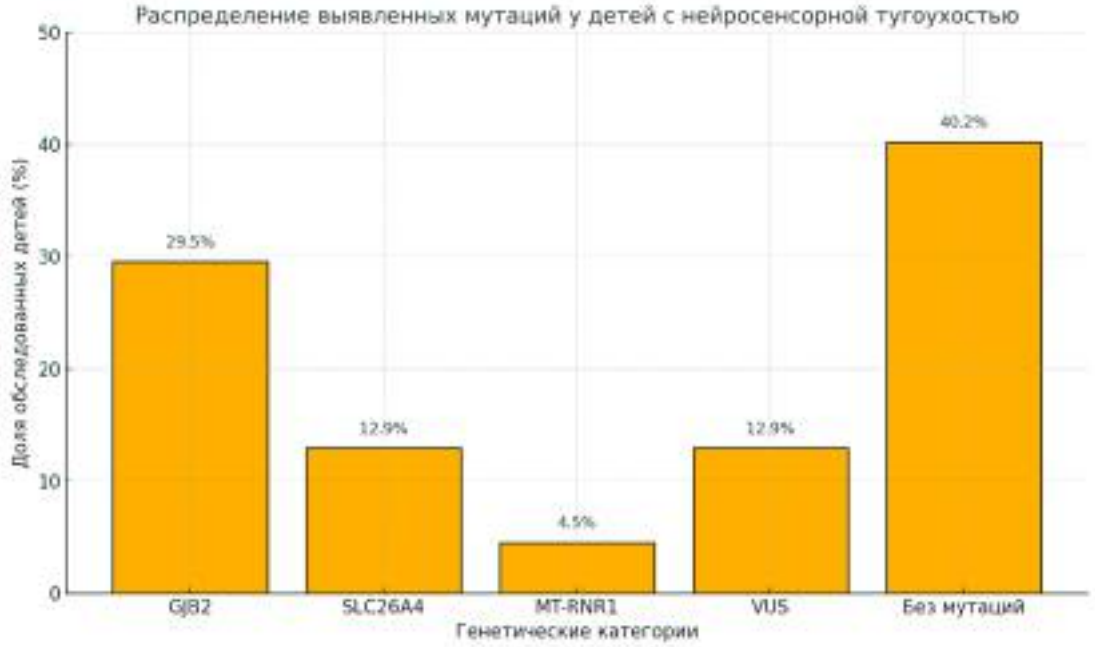


Рисунок 4. Распределение выявленных мутаций у обследованных детей.

Таким образом, проведённый молекулярно-генетический анализ с использованием ПЦР-технологий подтвердил высокую распространённость наследственных форм нейросенсорной тугоухости у детей. Наибольшую диагностическую значимость продемонстрировал анализ гена GJB2, мутации в котором являются ведущей причиной несиндромальной врождённой тугоухости. Выявление изменений в генах SLC26A4 и MT-RNR1 позволило установить прогрессирующее течение заболевания и предотвратить ототоксическое поражение слуха соответственно.

Полученные данные обосновывают необходимость включения ПЦР-диагностики в структуру алгоритма раннего выявления нарушений слуха, особенно в группах риска и при наличии клинических признаков тяжёлой или прогрессирующей формы. Помимо

индивидуализации лечебно-реабилитационных мероприятий, данная стратегия обеспечивает профилактику осложнений, оптимизирует маршрутизацию пациента и повышает эффективность медицинской помощи.

Выводы. Ранняя диагностика нейросенсорной тугоухости у детей имеет решающее значение для своевременного начала коррекционных мероприятий, формирования речи и социализации ребёнка. Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) продемонстрировал высокую эффективность в выявлении наследственных форм тугоухости, особенно в случаях, ассоциированных с мутациями в генах *GJB2, SLC26A4* и *MT-RNR1*. На основании результатов ПЦР-исследования было установлено, что 47,7% детей с нарушением слуха имеют генетически подтверждённую форму заболевания, что обосновывает целесообразность внедрения ПЦР-диагностики на раннем этапе обследования. Выявление мутации A1555G в гене MT-RNR1 позволило своевременно отменить ототоксическую терапию, что предотвратило развитие вторичной глухоты у ряда пациентов. У пациентов без выявленных мутаций и при сохраняющемся клиническом подозрении на наследственную патологию целесообразно использовать расширенные методы молекулярной диагностики (NGS-панели, MLPA), а также продолжать наблюдение.

Комплексный междисциплинарный подход, включающий ПЦР-диагностику, аудиометрию, клиническое обследование и генетическое консультирование, обеспечивает максимальную точность диагностики и индивидуализацию терапии.

Список литературы

1. Глухота и потеря слуха. Основные факты ВОЗ. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss
2. Дульнев В. В., Слюсарь Т. А. Характеристика коротколатентных слуховых вызванных потенциалов у детей с церебральным параличом //Нервно-мышечные болезни. – 2019. – Т. 9. – №. 1.
3. Таварткиладзе, Г.А. Руководство по клинической аудиологии / Г.А. Таварткиладзе. – М.: Медицина, 2013. –С.176-180.
4. Хайдарова Г.С. Разработка дифференциально-диагностических критериев и способов реабилитации детей с сенсоневральной тугоухостью Автореф. дис…д.м.н. Ташкент., 2017; С. 34.
5. Birkenhäger R. et al. Non-syndromic hereditary hearing impairment //Laryngo-rhino- Joint otologie. – 2007. – Т. 86. – №. 4. – P. 299-309; quiz 310-3.
6. Li M. M. et al. Clinical evaluation and etiologic diagnosis of hearing loss: A clinical practice resource of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) //Genetics in Medicine. – 2022. – Т. 24. – №. 7. – С. 1392-1406.
7. Olusanya B. O., Somefun A. O., Swanepoel D. W. The need for standardization of methods for worldwide infant hearing screening: a systematic review //The Laryngoscope. – 2008. – Т. 118. – №. 10. – P. 1830-1836.
8. Parker M. J. et al. Population-Based Genetic Study of Childhood Hearing Impairment in the Trent Region of the United Kingdom: Estudio Genetico Sobre Sordera Infantil en una Poblacion de la Region de Trent en el Reino Unido //Audiology. – 2000. – Т. 39. – №. 4. – P. 226-231.
9. Petersen M. B., Willems P. J. Non- syndromic, autosomal- recessive deafness //Clinical genetics. – 2006. – Т. 69. – №. 5. – P. 371-392.
10. Pourarian S, Khademi B, Pishva N, Jamali A. Prevalence of hearing loss in newborns admitted to neonatal intensive care unit. Iran J. Otorhinolaryngol. 2012;24(68):129–34.
11. Romand R, ed. Development of Auditory and Vestibular Systems 2. Amsterdam, New York: Elsevier; 1992
12. Seligman K. L. et al. Genetic causes of hearing loss in a large cohort of cochlear implant recipients //Otolaryngology–Head and Neck Surgery. – 2022. – Т. 166. – №. 4. – С. 734-737.

13. Shapiro S. M., Conlee J. W. Brainstem auditory evoked potentials correlate with morphological changes in Gunn rat pups //Hearing research. – 1991. – Т. 57. – №. 1. – P. 16-22.
14. Shearer A. E. et al. Genetic hearing loss overview /GeneReviews

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЗИВНОГО АСПИРГИЛЛЁЗА ЛЕГКЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Мамасаидов Ж.Т.[1], Тилавбердиев Ш.А.[2], Мадаминов Ф.А.[3]
[1]Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана;
2Зааминское районное медицинское объединение им. М. Мирзиёева, Джизакская область;
[3]Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана.

Резюме

В данной статье авторы обсуждает результаты анализа доступных литературных источников, посвящённых к изучению проблемы инвазивного аспергиллёза легких. Цитируется результаты научных исследований некоторых авторов, сравнительно оценивая всех полученных данных по морфологию данной области сделаны соответствующие выводы. Материалами исследования явились интернет ресурсы, диссертационные работы и научные публикации зарубежных исследователей и врачей данной отрасли. Обобщая результаты полученных анализируя литературных источников, авторы предпочитают практическую значимость и научных исследований, посвященных к морфологическим исследованиям в этой области.

Ключевые слова: Аспергиллёз, морфология, инфекция, пневмония, диагностика, личения, профилактика.

ЎПКА ИНВАЗИВ АСПЕРГИЛЛЁЗИНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ" (Адабиётлар шарҳи)

Мамасаидов Ж.Т.[1], Тилавбердиев Ш.А.[2], Мадаминов Ф.А.[3]
[1]Фарғона Жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Фарғона
[2]Мирзиёев номидаги Зомин туман тиббиёт бирлашмаси, Жиззах вилояти
[3]Фарғона Жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Фарғона

Rezyume

Ushbu maqolada mualliflar invaziv o‘pka aspergillyozi muammosini o‘rganishga bag‘ishlangan mavjud adabiyyotlar manbalarini tahlil qilish natijalarini muhokama qiladilar. Ayrim mualliflarning ilmiy izlanishlari natijalari keltirilib, ushbu sohaning morfologiyasiga oid barcha olingan ma’lumotlarni qiyosiy baholab, tegishli xulosalar chiqariladi. Tadqiqot materiallari internet manbalari, ushbu sohadagi xorijiy tadqiqotchilar va shifokorlarning dissertatsiyalari va ilmiy nashrlari bo‘lib tahlil qilingan. Adabiy manbalarni tahlil qilish natijasida olingan natijalarni umumlashtirgan holda, mualliflar ushbu sohadagi morfologik tadqiqotlarga bag‘ishlangan amaliy ahamiyat va ilmiy tadqiqotlarni afzal ko‘radilar.

Kalit so‘zlar: Aspergillyoz, morfologiya, yuqumli kasalliklar, zotiljam, tashxislash, davolash, profilaktika.

CURRENT ISSUES OF INVASIVE PULMONARY ASPERGILLOSIS" (Literature Review)

Mamasaidov J.T.[1], Tilavberdiev Sh.A.[2], Madaminov F.A.[3]
[1]Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana
[2]Zomin District Medical Association named after M. Mirziyoyev, Jizzakh Region
[3]Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana

Résumé

In this article, the authors discuss the results of the analysis of available literary sources devoted to the study of the problem of invasive pulmonary aspergillosis. The results of scientific research of some authors are cited, comparatively evaluating all the data obtained on the

morphology of this area, the corresponding conclusions are made. The materials of the study were Internet resources, dissertations and scientific publications of foreign researchers and doctors in this field. Summarizing the results obtained by analyzing literary sources, the authors prefer the practical significance and scientific research devoted to morphological studies in this area.

Key words: Aspergillosis, morphology, infection, pneumonia, diagnostics, treatment, prevention.

Актуальность проблемы. Аспергиллез лёгких остаётся серьезной медицинской проблемой из-за высокой заболеваемости среди иммунокомпрометированных пациентов и сложностей в диагностике.

Это связано, во первых, р**ост заболеваемости и смертности. Так как, и**нвазивный аспергиллез развивается у пациентов с иммунодефицитами (онкология, трансплантация, ВИЧ) и имеет высокий уровень летальности (до 50–90%). Во вторых, аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) всё чаще выявляется у пациентов с бронхиальной астмой и муковисцидозом. Хронический кавернозный аспергиллез встречается у пациентов с ХОБЛ и туберкулёзом, осложняя течение основного заболевания. **В третьих, сложности диагностики.** Ранняя диагностика инвазивного аспергиллеза затруднена, так как клинические и рентгенологические признаки неспецифичны. Микробиологическая диагностика (культуральные методы) не всегда позволяет дифференцировать колонизацию от инвазивной инфекции.

При этом, морфологическое исследование (гистология и цитология) остаётся "золотым стандартом" диагностики, так как позволяет визуализировать грибные гифы, определить их инвазию в ткани и сосуды.

Помимо этого, морфологические исследования играют ключевую роль в выявлении и дифференциации различных форм болезни, что делает изучение морфологии аспергиллеза особенно актуальным.

Роль морфологических исследований. Гистологическое исследование помогает выявить инвазивный рост гиф, некроз тканей и поражение сосудов.

Окраска PAS и метенамин-серебром (GMS) позволяют четко визуализировать гифы *Aspergillus* в тканях.

Идентификация морфологических особенностей (*A. fumigatus, A. flavus, A. niger* и др.) может иметь значение для подбора терапии.

Следует особо подчеркнуть, что развитие лекарственной устойчивости

Aspergillus fumigatus к азольным противогрибковым препаратам делает морфологическую диагностику еще более актуальной, так как позволяет своевременно выявить инвазивные формы инфекции и скорректировать лечение.

В связи с этим, аспергиллез лёгких остаётся актуальной проблемой современной медицины из-за сложности диагностики, высокой смертности и растущей лекарственной устойчивости грибов. Морфологические исследования являются важнейшим инструментом для раннего выявления заболевания, его дифференциации и выбора тактики лечения.

Цель исследования: Анализировать доступных результатов научных исследований посвященных к морфологическим аспектам аспергиллеза легких.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты научных работ, публикаций, авторефератов и диссертационных работ и материалов доступных в интернете.

Полученные результаты и их обсуждение.

История развития микологии. Древние времена и Средневековье

Грибы были известны человеку с древности, но их природа долгое время оставалась загадкой. В античности их считали особой формой растений. Древние греки и римляне употребляли грибы в пищу, а некоторые виды использовали в медицине. Однако систематического изучения грибов не велось.

В Средние века грибы часто ассоциировали с мистикой и колдовством. Некоторые виды, такие как спорынья (Claviceps purpurea), вызывали массовые отравления (эрготизм), что приводило к суеверным представлениям о них.

Наряду с этим, XVII–XVIII века первые научные описания с изобретением микроскопа началось более детальное изучение грибов. 1665 г. — Роберт Гук в своей книге *Micrographia* описал микроскопическое строение гриба.

1699 г. — Пьер Антонио Мишели открыл грибные споры и доказал, что грибы размножаются ими. А в последующим, XIX век стало становлением микологии как науки. Этот период стал ключевым для развития микологии. Так, Элиас Магнус Фрис (1821) предложил первую классификацию грибов в труде *Systema Mycologicum*. Антон де Барри (1853) доказал, что грибы могут быть возбудителями болезней растений, изучая фитофтороз картофеля. Луи Пастер в 1857 году изучил процессы брожения, вызванные дрожжами, что стало основой для микробиологии.

Современной медицине, то есть с XX век, развитие прикладной микологии было открыто множество новых видов грибов. Из них, 1928 г. — Александр Флеминг открыл пенициллин (антибиотик, полученный из грибов Penicillium), что привело к революции в медицине. Микология стала важной частью биотехнологии, фармацевтики и сельского хозяйства.

С XXI века стало успешно развиваться молекулярная микология. Современные технологии позволяют расшифровывать геномы грибов, изучать их биохимию и создавать новые лекарства. Грибы используются в биотехнологии, медицине и экологии (например, в микоремедиации — очистке окружающей среды с помощью грибов).

Поэтому, Микология прошла путь от мифов и суеверий до высокотехнологичной науки. Сегодня она играет важную роль в медицине, сельском хозяйстве и промышленности, а исследования продолжаются, открывая новые возможности использования грибов в различных сферах.

Однако, остается современные проблемы микологии. Если учесть тот факт, что Микология — это динамично развивающаяся наука, то очевидным становится, что она сталкивается с рядом проблем и вызовов. Современные проблемы микологии связаны как с фундаментальными вопросами изучения грибов, так и с их влиянием на человека, сельское хозяйство и экологию.

1. Недостаточное изучение грибов

Описано менее 10% всех существующих видов грибов. По оценкам, в мире может существовать от 2 до 5 миллионов видов грибов, но изучены только около 150 000.

Многие группы грибов (например, эндофиты и грибы морских экосистем) остаются малоизученными.

2. Грибные болезни растений и человека

Фитопатогенные грибы наносят огромный ущерб сельскому хозяйству. Например, фитофтороз картофеля (Phytophthora infestans) и ржавчинные грибы вызывают потери урожая.

Патогенные грибы для человека — увеличивается распространение грибковых инфекций, устойчивых к лечению, таких как кандидоз (Candida auris), аспергиллез и криптококкоз. Недостаток эффективных противогрибковых препаратов. Многие современные антимикотики токсичны или вызывают резистентность.

3. Антимикробная резистентность. Бесконтрольное использование фунгицидов в сельском хозяйстве приводит к появлению устойчивых штаммов грибов, которые сложно уничтожить. Опасность возникновения устойчивых патогенных грибов, которые могут стать серьезной угрозой для человека.

4. Экологические проблемы. Изменение климата влияет на распространение грибов, появление новых патогенных видов и их взаимодействие с растениями. Загрязнение окружающей среды снижает биоразнообразие грибов, что влияет на почвенные

экосистемы. Вырубка лесов и разрушение экосистем уничтожает грибные симбиотические сообщества, которые играют важную роль в экологии.

5. Недостаток финансирования и специалистов. Микология остается менее финансируемой наукой по сравнению с бактериологией и вирусологией.

Недостаточное количество микологов-специалистов, что замедляет изучение грибов и их применения.

6. Проблемы с идентификацией и классификацией. Грибы сложно классифицировать из-за высокой изменчивости морфологии и недостатка генетических данных.

Таким образом, развитие молекулярных методов помогает в идентификации, но требует сложных и дорогостоящих технологий. Решение выше перечисленных проблем требует комплексного подхода, развития новых методов исследований, финансирования науки и внедрения инновационных биотехнологий.

По этой причине, морфологические изменения при аспергиллезе легких является весьма актуальной задачей микологии. Так, как аспергиллез лёгких — это инфекционное заболевание, вызываемое грибами рода *Aspergillus*, чаще всего *A. fumigatus*. Вместе с тем, морфологические проявления аспергиллеза зависят от его клинической формы: аллергической, инвазивной или хронической.

Следует отметить, об аллергическом бронхолегочном аспергиллезе (АБЛА). Которая характерен для пациентов с астмой или муковисцидозом. Морфология при которой, проявляется эозинофильной инфильтрацией стенок бронхов. Гипертрофия бокаловидных клеток и гиперплазия слизистых желез. Формирование слизистых пробок с грибными элементами (*Aspergillus* можно выявить при окраске PAS или метенамин-серебром). Фиброз и утолщение стенок бронхов при прогрессировании.

Более того, встречается и инвазивный аспергиллез лёгких. Которая чаще встречается у иммунокомпрометированных пациентов (онкология, трансплантация, ВИЧ). Морфологическая картина при этом, проявляется некрозом и коагуляционными изменениями в тканях легкого. Инфильтрация альвеол нейтрофилами и макрофагами. Которая в свою очередь вызывает васкулит (поражение сосудов с их тромбозом и некрозом). Гифы грибов, проникающие в сосуды (гистологический выявляются при окраске метенамин-серебром или ГМС). В последующим способствует к образование кавитаций (полостей) с некротическим детритом. Иногда доводит до развитии хронического кавернозного аспергиллеза лёгких. Встречается у пациентов с хроническими заболеваниями лёгких (туберкулез, ХОБЛ). При изучение морфологии выявляются формирование грибного шара (*aspergilloma*) в уже существующих полостях. Грибные массы состоят из переплетенных гиф, детрита, клеток воспаления. Окружающая стенка каверны утолщена, может содержать грануляционную ткань и фиброз. Возможны кровоизлияния из-за разрушения сосудов (гемоптизис).

Исходя вышеизложенных, морфологическая картина аспергиллеза лёгких зависит от формы заболевания. Инвазивный аспергиллез приводит к васкулиту и некрозу тканей, вызывает аллергический бронхиальные изменения, а хронический сопровождается формированием грибных масс в кавернах. Морфологическая диагностика основана на гистологических методах окраски грибов, таких как PAS и метенамин-серебро.

В связи с этим, перспективы морфологических исследований аспергиллеза лёгких остаётся серьезной проблемой в медицине из-за сложности диагностики, роста резистентности к противогрибковым препаратам и высокой летальности у иммунокомпрометированных пациентов.

Современные морфологические методы продолжают совершенствоваться, что открывает новые перспективы в изучении и диагностике этого заболевания. Например, развитие молекулярно-морфологических методов диагностики, Иммуногистохимия (ИГХ), Разработка новых антител к *Aspergillus spp.* для точного выявления грибов в тканях. Возможность дифференцировать *Aspergillus* от других грибов (например, *Mucorales*).

Флуоресцентная и конфокальная микроскопия. Использование флуоресцентных красителей для лучшей визуализации гиф в биопсийном материале. Позволяет идентифицировать видовую принадлежность гриба прямо в ткани. Последняя может помочь в выявлении мутаций, связанных с лекарственной устойчивостью.

Таким образом, морфологическая визуализация лекарственной устойчивости грибов и выявление морфологических изменений, связанных с устойчивостью *Aspergillus fumigatus* к азолам, а также исследование изменений клеточной стенки грибов под воздействием противогрибковых препаратов, является актуальной проблемой не только микологов и пульмонологов, но и современной медицины. Перспективы морфологических исследований аспергиллеза лёгких связаны с развитием молекулярных и визуализационных методов, автоматизацией диагностики и углублённым изучением патогенеза заболевания. Изучение морфологических аспектов аспергиллеза лёгких в различных формах клинического течения и оценить возрастные особенности имеет научная и практическая ценность. Это позволит не только улучшить диагностику, но и оптимизировать лечение, снизив смертность от аспергиллеза.

Литература:

1. Игамбердиев Б.Н., Тилавбердиев Ш.А., Мадаминов Ф.А. Значение пневмоцистной пневмонии у больных с вич-инфекцией // O‘zbekiston Respublikasi sanitariya-epidemiologik osoyishtalikka va jamoat salomatligi xizmatining ILMIY-AMALIY JURNALI. 2024-yil maxsus son. B.68-72.
2. Israilov Rajabbay, Mamasaidov Jamolidin Turg'inbayevich, Yo'ldoshev Yorqinjon Ismoiljon o'g'li, Madaminov Faxriddin Ahmadovich. Pathomorphology of damaged areas of the brain in spastic diplegia // Medical Physics. 2024; Vol 13: Issue3.
3. Madaminov Faxriddin Axmadovich. Morphological features of the clinical course of invasive Pulmonary aspergillosis // International journal of European research output. Vol.4 no.2 february (2025). P. 164-169.
4. Тилавбердиев Ш.А., Мадаминов Ф.А., Турсуметов А.А., Маматқулов И.Б., Шадривова О.В. Клинический случай успешного лечения инвазивного аспергиллёза, ассоциированного с COVID-19, в республике Узбекистан // Проблемы медицинской миколгии. - Российская Федерация, 2022. - Т.24. -№2. -С.12-16.
5. Тилавбердиев Ш.А., Мадаминов Ф.А., Миразимов Д.Б., Хашимов У.У., Мухтарова С.М. Частота и клиническое значение ассоциаций COVID-19 и инвазивного аспергилёза в ОРИТ // Инфекция, иммунитет и фармакалогия. -Ташкент, 2022. -№5. -С. 290-296.
6. Тилавбердиев Ш.А., Мадаминов Ф.А. Associated Fungal Infections, Related to the Global Covid-19 Pandemic (Literature Review) // International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding Volume 8, Issue 5 May, 2021 Pages: 619-627.
7. Тилавбердиев Ш.А., Климко Н.Н., Деннинг Д.В. Использование модели Life program для оценки распространенности тяжелых и хронических микотических заболеваний в Республике Узбекистан. Проблемы медицинской микологии – 2016. №3. - С.3-6.
8. Тилавбердиев Ш.А., Мавлянова Ш.З. Микозы и ВИЧ-инфекция. Мед.журнал Узбекистана. – 2015. №5. – С.67-71.
9. Eddens T, Elsegeiny W, Nelson MP et al. Eosinophils Contribute to Early Clearance of Pneumocystis murina Infection. J. Immunol. – 2015. 195(1). - P.185-193.
10. Fauci A.S., Folkers G.K., Marston H.D. Ending the global HIV/AIDS pandemic: the critical role of an HIV vaccine. Clin Infect Dis. – 2014. Sep.15;59 Suppl.2 - S.80-84.
11. Hoyt T.R., Dobrinen E., Kochetkova I., Meissner N. B cells modulate systemic responses to Pneumocystis murina lung infection and protect on-demand hematopoiesis via T cell-independent innate mechanisms when type I interferon signaling is absent. Infect Immun. – 2015. Feb;83(2). - P.743-758.
12. Pyle R.C., Butterfield J.H., Volcheck G.W. et al. Successful outpatient graded administration of trimethoprim-sulfamethoxazole in patients without HIV and with a history of sulfonamide adverse drug reaction. J Allergy Clin Immunol Pract. – 2014. Jan-Feb;2(1). - P.52-58.

13. Ruan S., Samuelson D.R., Assouline B. et al. Treatment with Interleukin-7 Restores Host Defense against Pneumocystis in CD4+T-Lymphocyte-Depleted Mice. Infect Immun. – 2015. Oct 19;84(1). – P.108-119.

УДК: 616.61.002-008.6.

СИНДРОМ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.

Мухамеджанова А.А.[1], Нурпеисова Р.Г.[2], Таджиева З.Б.[3],
Иконникова А.А.[4], Альжанова К.К.[4], Кетебайева Д. Н.
[1]доцент кафедры семейной медицины № 2 НАО «МУА»,
[2]доцент кафедры семейной медицины № 2 НАО «МУА»,
[3]заведующая кафедрой «Педиатрии и ВСД» Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии. PhD., доцент,
[4]студентка 6 курса НАО «МУА»,

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически обусловленная аномалия соединительной ткани матрикса организма, приводящая к дисфункции различных органов и систем. Для ДСТ характерны распространенность в популяции, прогредиентность течения, полиорганность поражения, клинический полиморфизм.

Принято выделять дифференцированные и недифференцированные формы синдрома соединительнотканной дисплазии (ССТД).

К дифференцированным ДСТ относятся болезни монофакторного характера с установленным генным дефектом и, как правило, выраженной и четко очерченной клинической симптоматикой. Классическими примерами являются синдром Элерса-Данло, синдром Марфана, несовершенный остеогенез и эластическая псевдоксантома [1].

В то время как в основе дифференцированных дефектов лежит четкий генный дефект с определенным типом наследования, причиной недифференцированного ССТД принято считать мультифакториальные воздействия на плод в период его внутриутробного воздействия, способные вызвать дефекты генетического аппарата (полигенно-мультифакториальные воздействия) у детей [2]. Нередко у лиц с недифференцированной дисплазией соединительной ткани наблюдаются изменения мочеполовой системы – нефроптоз, дисплазия почек, мочеточников и половых органов[3]. В литературе имеются единичные сообщения об ассоциации недифференцированного СДСТ с пиелонефритом. Проблема пиелонефрита продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в детской нефрологии, так как пиелонефрит является наиболее частой нефропатией, значительно опережая гломерулонефрит, дисметаболические поражения почек и другие вместе взятые[4].

Цель работы выявить проявления недифференцированного ССТД при хроническом вторичном пиелонефрите и изучить его роль в развитии данной патологии.

Материалы и методы. Обследовано 35 детей с хроническим обструктивным и дизметаболическим пиелонефритом методом бесповторной выборки, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ОДКБ № 1. Среди пациентов данной группы 33 девочки (94,2%) и 2 мальчика (5,7%) в возрасте от 2 до 15 лет. Средний возраст обследуемых- 8,65 ±0,67лет. Длительность заболевания от 2 до 5 лет. Для диагностики был использован широкий спектр методов, принятых в современной нефроурологии. В этот комплекс обязательно входил анализ клинико-генеалогического анамнеза. Использовались традиционные лабораторно-инструментальные методы исследования (общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, определение ритма спонтанных мочеиспусканий, суточной экскреции белка, бактериурии и чувствительности к антибактериальной терапии). Для характеристики функции почек проводились исследования: биохимических показателей (мочевины, креатинина, скорости клубочковой фильтрации, проба Зимницкого,

электролитов крови и мочи), инструментальные – динамическая реносцинтиграфия (ДРСГ) с тубулотропным радиофармпрепаратом (РФП) 99m-Tc-MAG3 на гамма- камере МБ-9100 фирмы «Гамма» ВНР (по лицензии фирмы Picker). В качестве скрининг теста проводилось ультразвуковое исследование паренхиматозных органов, в том числе почек, мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи после микции. Осуществлялось поляризационно-оптическое исследование мочи по методу «Литос» для обнаружения степени нестабильности клеточных мембран почек.

Результаты исследования и их обсуждение

Ведущими симптомами пиелонефрита у наблюдаемых детей в активный период были интоксикационный, абдоминальный, беспокоили боли в пояснице, дизурические явления. Диагностически значимая бактериурия у большинства детей не определялась, так как они поступили в период клинико-лабораторной ремиссии для уточнения диагноза и функции почек. Обращала внимание в 6 случаях поздняя диагностика. Заболевание выявлялось случайно при обследовании либо при наслоении интеркуррентных заболеваний. У трети больных пиелонефрит сочетался с буллезным циститом. При внешнем осмотре больных было выявлено более 5 внешних малых аномалий развития (ВМАР), с наибольшей частотой встречались следующие ВМАР: гипермобильность суставов у 24 (68,5%), повышенная эластичность кожи в 18 случаях (51,4%), сандалевидная щель у 12 (34,2%), голубые склеры у 16 детей (45,7%), диспластичный рост зубов и аномалии строения наружного уха с равной частотой по 10 случаев (28,5%). Костные аномалии были в виде сколиоза у 9 детей (25%), незаращений остистых отростков дужек позвонков L4-S1 у 4 детей (11%), у двоих детей отсутствия XII ребра. Внешние фенотипические признаки неспецифичны для патологии ОМС как и для других заболеваний. Однако они являются проявлением эмбрионального дисморфогенеза, что не исключает наличие морфофункциональных нарушений со стороны внутренних органов. ВМАР в сочетании с отягощенной наследственностью и другими факторами риска развития хронической патологии являются показанием для проведения углубленных лабораторно-инструментальных методов исследования данной системы органов.

У наблюдаемых детей отмечены соматические аномалии: повышенная подвижность почек – 12 случаев (34,2%), дистопия почек - у 7 детей (20%), примерно с одинаковой частотой встречались удвоение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), гидронефроз, симптом «верхнего рога», подково-, L-образная почки (5,7%). Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря (НДМП) диагностированы у 14 детей (40%), пузырно-мочеточниковый рефлюкс был диагностирован у 10 (28,5%) детей. Виды обструкции хронического вторичного пиелонефрита у детей представлены в таблице 1.

Таблица №1. Виды обструкции хронического вторичного пиелонефрита у детей

Виды обструкции	Всего, n=35			
	Девочки		Мальчики	
	Абсол. кол-во	%	Абсол. кол-во	%
I.Органическая Повышенная подвижность почек	12	34,2	0	0
Дистопия	7	20	0	0
Удвоение ЧЛС	2	5,7	0	0
Гидронефроз	1	2,85	1	2,85
Подковообразная почка				
L-образная почка	2	5,7	0	0
II Функциональные: НДМП	2	5,7	0	0
2. ПМР I-II степени	13	37,1	1	2,85

	10	28,5	0	0

Кроме внешних, соматических признаков дисплазии соединительной ткани у трети детей обнаружены в разной степени выраженности признаки нестабильности цитомембран клеток проксимальных канальцев почек в виде кристаллурии солей, липидурии, двулучепреломляющих «кристаллов патологии» при проведении поляризационно- оптического исследования мочи. У 2 детей развилась хроническая почечная недостаточность (ХПН) I стадии. Снижение концентрационной функции почек зарегистрировано у 20% больных, никтурия- у 31,4%. Динамическая реносцинтиграфия с тубулотропным РФП у наблюдаемых детей выявляла нарушения: кривые были ассиметричны, у ½ больных была замедлена секреция РФП, у – 37% экскреция, у больных с ХПН I стадии кривые приближались к изостенурическому типу. Ассиметрия накопления РФП раздельно в почках выявлена у 3 детей, что свидетельствует о нарушениях почечного кровотока. Наряду с этим у наблюдаемых детей отмечалась сопутствующая патология со стороны других органов и систем. Патология сердечно-сосудистой системы встречалась у ½ детей в виде дополнительных хорд, в ряде случаев имеющих косое расположение, пролапса митральных клапанов, неполной блокады правой ножки пучка Гисса, синдрома укороченного P-Q, аритмии. У 5 больных были выявлены аномалии желчного пузыря в виде перегибов.

Таким образом, знание о многообразии симптоматики недифференцированной ДСТ, умение взглянуть на многие патологические состояния врожденной слабости соединительной ткани представляется важным, поскольку такой системный подход нацеливает на целенаправленный поиск иных клинических проявлений данной патологии и вооружает новыми возможностями ее патогенетического лечения.

Выводы:

1. Недифференцированный СДСТ у наблюдаемых детей с вторичным пиелонефритом характеризуется наличием ВМАР>5, соматическими аномалиями со стороны органов мочевыделительной системы (ОМС) и нестабильностью клеточных мембран проксимальных канальцев почек.
2. Хронический вторичный пиелонефрит на фоне ДСТ характеризуется латентным течением, торпидностью к проводимой терапии и часто обнаруживается случайно при обследовании либо при наслоении интеркуррентных заболеваний.
3. Выявлена высокая частота встречаемости соматических аномалий со стороны почек и других органов у детей с патологией ОМС, что свидетельствует о необходимости определения не только фенотипических, но и соматических проявлений СДСТ других органов.
4. Патология ОМС, ассоциированная с СДСТ требует длительного мониторинга у врача нефролога, уролога и педиатра.

Литература

1. Клеменов А.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани: клинические проявления, возможности диагностики и патогенетического лечения. Москва, Военно-Медицинский Институт федеральной службы безопасности России, 2005. 120 стр.
2. Э.В. Земцовский. Соединительнотканные дисплазии сердца. Санкт-Петербург, « Политекс», 1998. 94 стр.
3. Инзель Т.Н., Гаглоева Л.М., Ковальский С.В. Диагностическое значение специфических фенотипических маркеров аномалий развития почек, ассоциированных с синдромом дисплазии соединительной ткани //Урология.-2000.-№3.-С.8-9
4. Хрущева Н.А.., Вялкова А.А. Современные технологии ранней диагностики и реабилитации больных с патологией почек. Учебно-методическое пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов. Москва-2005.-100 стр.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Мухтарова Д.Р., Юсупова М.А.
Ургенчский филиал ТМА

Миома матки представляет собой доброкачественную, хорошо отграниченную капсулированную опухоль, источником которой являются гладкомышечные клетки шейки или тела матки. Известно, что данное заболевание наблюдается у каждой 4-5-й женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет. Существуют данные, что миому матки могут иметь до 70% женщин репродуктивного возраста. Миому матки относят к заболеваниям с мультифакторной природой. Важная роль в возникновении и развитии миоматозных узлов отводится половым гормонам. Нарушение экскреции и метаболического превращения эстрогенов, а также соотношения их фракций приводят к морфологическим изменениям в миометрии. Самый важный аспект этиологии миомы матки — инициатор роста опухоли — остается неизвестным, хотя теории инициирования ее туморогенеза существуют. Одна из них подтверждает, что увеличение уровня эстрогенов и прогестерона приводит к росту митотической активности, которая может способствовать формированию узлов миомы, увеличивая вероятность соматических мутаций. Другая гипотеза предполагает наличие врожденной генетически детерминированной патологии миометрия у женщин, больных миомой матки, выраженной в увеличении количества РЭ в миометрий. Наличие генетической предрасположенности к миоме матки косвенно свидетельствует обэтническом и семейном характере заболевания.

Наряду с эстрогенами рост опухоли стимулирует прогестерон, повышая в лютеиновую фазу митотическую активность клеток миомы, а также индуцируя выработку факторов роста. Вместе с тем развитие и рост миомы матки во многом обусловлены состоянием рецепторного аппарата матки: в ткани миомы рецепторов эстрадиола и прогестерона больше, чем в неизмененном миометрии, и они подвержены циклическим изменениям. В развитии миомы матки важная роль принадлежит мутациям, которые регистрируют почти в 90% случаев. Первыми были обнаружены хромосомные аберрации, которые встречаются примерно в 20—25% случаев миомы матки. Недавно было установлено, что решающая роль в патогенезе миомы принадлежит генным мутациям. В данном подразделе дан краткий обзор нарушений генетического аппарата на хромосомном и генном уровне.

Вопрос лечения миомы матки до настоящего времени остается наиболее трудным и дискутабельным. Медленное, без выраженных клинических проявлений развитие заболевания длительное время служило основанием для пассивного наблюдения за больными до тех пор, пока не появлялись симптомы, требующие оперативного вмешательства. Выбор метода лечения определяется множеством факторов, в частности, особенностями патогенеза заболевания, формой и темпом роста опухоли, возрастом больной, отсутствием или наличием детей у женщины и т. д.

Хирургическое лечение является наиболее эффективным методом лечения миомы матки, которое заключается либо в энуклеации узлов, либо в удалении тела или всей матки. При большом количестве узлов и внушительных размерах опухоли их удаляют через традиционный лапаротомический разрез. При небольшом количестве миоматозных узлов с успехом используется лапароскопический доступ. При субмукозной миоме матки методом выбора считается гистеро-резектоскопическое удаление узла. В последнее время для лечения миомы матки стала широко использоваться селективная эмболизация маточных артерий и ФУЗ аблация. Отношение врачей к возможности применения данных методов в лечении миомы матки неоднозначно.

Частота рецидивирования миомы или продолжения роста мелких узлов довольно частое явление и составляет от 9 до 55%. В то же время многие женщины, даже

предклимактерического периода, не желая расставаться с маткой, категорически отказываются от радикальной операции. Следует отметить, что при использовании Бусерелина-депо в перименопаузе проводимая терапия может совпасть с периодом естественной менопаузы. Тогда медикаментозная менопауза плавно перейдет в физиологическую, обеспечив тем самым безрецидивность проводимого лечения.

Известно, что у некоторых пациенток репродуктивного возраста через 4–12 месяцев по окончании терапии аГнРГ происходит рецидив, поэтому в этой возрастной группе по окончании применения аГнРг с целью супрессии гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы целесообразно проведение стабилизирующего этапа с использованием современных гормональных контрацептивов до планируемой беременности или вплоть до менопаузы.

Заключение Можно констатировать, что повторные трехмесячные курсы перорального применения улипристала ацетата в дозе 10 мг один раз в день позволяют эффективно контролировать кровотечения и боль, уменьшают объем миомы и восстанавливают качество жизни на долгий срок. Иначе говоря, применение улипристала ацетата можно считать эффективным и хорошо переносимым длительным медикаментозным лечением миомы матки.

При сочетанных доброкачественных поражениях матки (миома матки, гиперплазия эндометрия, аденомиоз) преимуществом гормональной аблации с помощью Бусерелина-депо, является способность препарата не только регрессировать миому матки, но и вызывать атрофические процессы в эндометрии, что позволяет использовать его при сочетании миомы матки с аденомиозом, типичной гиперплазией эндометрия, и тем самым сократить количество радикальных хирургических вмешательств.

ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА ЯШОВЧИ ЎСМИР ЁШЛАР ОРАСИДА КАРИЕСЛАРНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ.

Нурметова Д.
ТТА Урганч филиали ассистенти .

Кириш.Бутунжахон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖЖССТ) болалардаги кариесни 60% дан 90 % гача учрайдиган дунё миқёсидаги муаммо кўринишида таърифлайди [Kazeminia M, Abdi A, 2020]. Европа давлатлари томонидан тақдим қилинган статистик маълумотларга кўра 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар орасида энг камида 1 та тишнинг кариес билан шикастланиши кузатилади, бу катта ижтимоий -иқтисодий муаммо хисобланади.Шуларни инобатга олганда болаларда ва ўсмирлар орасида кариесни ўрганиш катта қизиқиш уйғотади.

Илмий ишнинг мақсади. Хоразм вилояти ўсмир ёшлари орасида кариеснинг ривожланиши ва тарқалишини ўрганиш, морфометрик текширувларни ўтказиш.

Материал ва методлар. Материал бўлиб Урганч шахридаги мактабларнинг 11 ёшдан 17 ёшгагача бўлган 513 нафар ўсмир ёшлари олиниб, кўрикдан ўтказилди, аниқланган кариеснинг чуқурлиги, жойлашиши морфометрик ўлчамлари орқали тахлил қилинди.

Олинган натижалар. Текширув жараёнида ўсмир болаларнинг юқориги ва пастки моляр тишларининг эмалининг чайнов юзаларида ўртача қалинлиги 2,3 ± 0,03 мм, ён юзаларида ўртача 1,8 ±0,03ммни, милк билан туташган - бўйин соҳасида эса ўртача 0,4 ±0,01 ммга тенг бўлди. Дентиннинг қалинлиги ҳам моляр тишларида турли ўлчамга тенг бўлиши кузатилди: чайнов юзаларида қалинроқ бўлиб, ўртача 2,6±0,05 мм га тенг, ён юзаларида ўртача 1,8 ±0,06 мм ва бўйин соҳасида дентиннинг қалинлиги камроқ ўлчамда бўлиб, ўртача 1,3±0,04 мм эканлиги қайд қилинди. Ўсмир болаларда моляр тишларининг предентин қалинлиги ўртача 17,1±0,5ммга, цемент қалинлиги 0,2±0,02 мм ва дентин каналчалари кенглиги - 2,2±0,1 га тенг бўлиши аниқланди (жадвал 1). Назорат гуруҳидаги одонобластларнинг майдони ўртача 132,7±2,1 мкмни ташкил қилди, ядроларнинг майдони

эса 38,6±0,38 га тенг бўлди. Одонтобластларнинг ўсимталарининг сони 100 мкмда 22±0,40 га тенг бўлди. Назорат гуруҳидаги болаларнинг тишларида ўзак цитоплазматик муносабати 0,35 дан 0,69 гача тенг бўлиб, ўртача 0,47±0,02ни ташкил қилди.

Грин Вермильон индекси бўйича тишда кечаётган кариес жараёнининг фаоллик жараёни аниқланганда соғлом болаларда ўртача 0,3га тенг эканлиги аниқланди. ПМА индекси эса назорат гуруҳидаги болаларда ўртача 2,0% га тенг бўлди.

Ўсмир ёшдаги болаларда кариеснинг бошланғич даврида эмалнинг

қалинлиги ўртача 2,1 ± 0,05 мм ни ташкил этди. Кариеснинг бу даврида соғлом болаларнинг тишининг эмалини қалинлигига нисбатан сезиларли ўзгармаганлигини кўрсатди (8,1%). Кариеснинг ўрта даврига келиб эса, эмалнинг қалинлиги сезиларли 19,0%га камайиши кузатилди ва ўртача 1,9±0,03 ммни ташқил қилди. Чуқур кариес ҳолатида эса эмал деярли тўлиқ йўқолиши кузатилди, баъзан эмалнинг умуман бўлмаслиги ёки 1,5 ммгача бўлиши кузатилди ва ўртача 0,9±0,3 ммни ташкил қилди. Бу эса назорат гуруҳидагига нисбатан ишончли камайганлигини кўрсатди.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ХУДУДИДА ЯШОВЧИ АХОЛИДА УЧРАЙДИГАН ЎПКА САРАТОНИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ортиқов А.П., Юлдашев Б.С.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Патоморфология кафедраси ассистенти. т.ф.д, доцент, Маъмун университети Халқаро алоқалар бўйича проректор.

АННОТАЦИЯ

Мазкур мақолада Хоразм вилоятида яшовчи, ўпка раки ташхиси билан Республика онкология ва радиология ихтисослаштирилган илмий-амалий маркази Хоразм филиалида 2020-2023 йиллар давомида даволаниб, диспансер назоратида бўлган беморларнинг биопсия баёнлари натижаларини ретроспектив ўрганишларимиздан олинган маълумотлар асосида гистологик хусусиятлари бахоланди. Жаррохлик ва биопсия йули билан олинган тўқималардан кесмалар олинди. Ўпка ракининг гистологик шаклларидаги гистологик ва морфометрик ўзгаришларини микроскопик жихатидан ўрганишда олинган таҳлил натижалари баён қилинди.

Калит сўзлар: Ўпка раки, микроскопик ўзгаришлар, ўпка ракининг гистологик шакллари, морфометрик текширишлар.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЛЕГКИХ НА ТЕРРИТОРИИ ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ.

АННОТАЦИЯ

В данной статье были оценены гистологические особенности тканей на основе ретроспективного изучения истории болезни и результатов биопсии пациентов с диагнозом рак легкого, проживающих в Хорезмской области и проходивших лечение и диспансерное наблюдение в Хорезмском филиале Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии в период с 2020 по 2023 годы. Срезы были взяты из тканей, полученных хирургическим путем и биопсией. При различных гистологических формах раке легкого, полученные при микроскопическом исследовании.

***Ключевые слова**: Рак легких, микроскопические изменения, патоморфологическая характеристика рака легкого, гистологические формы рака легкого, значение морфометрический исследований в диагностике рака легкого.*

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LUNG CANCER IN THE TERRITORY OF KHORAZM REGION.

ANNATATION

This article evaluates the histological characteristics of patients living in the Khorezm region, diagnosed with lung cancer, who were treated at the Khorezm branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Center for Oncology and Radiology and were under the supervision of the dispensary during 2020-2023, based on the data obtained from our retrospective study of the results of biopsy reports. Resections were taken from tissues obtained by surgery and biopsy. The results of the analysis obtained during the microscopic study of histological and morfometrical changes in the histological forms of lung cancer are described.

Key words: Lung cancer, microscopic changes, histological forms of lung cancer, morphometric tests

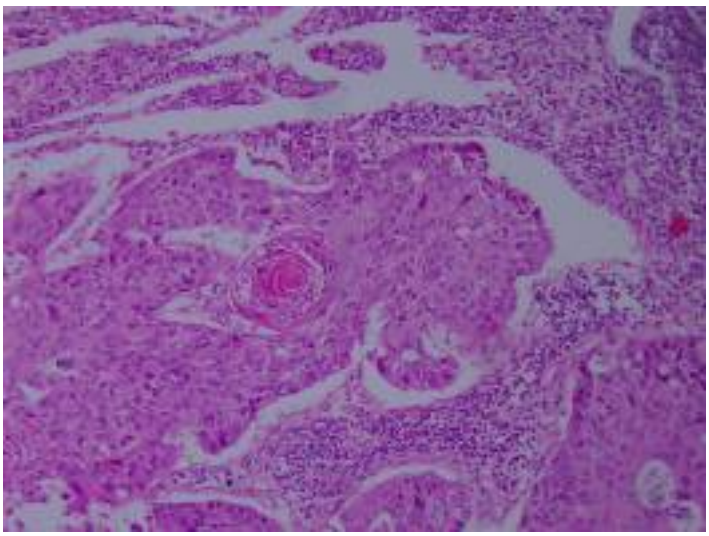
Мавзунинг долзарблиги. Ўпка саратони, асосан, бронхларнинг саратонидир ва фақат алоҳида ҳолатларда, саратон алвеолалар эпителиясидан (алвеоляр саратон) пайдо бўлади, кўпинча ўнг ўпканинг юқори бўлагининг бронхларида саратон пайдо бўлади. 2021 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ўпка ўсмалари таснифини янгилади. У 10 дан ортиқ гистологик шаклларни ўз ичига олади. Аммо амалда ўпка саратонини иккита катта гуруҳга бўлиш одатий ҳолдир: майда ҳужайрали (МҲЎС) ва номайда ҳужайрали. Чунки бу бўлиниш, ўсмаларнинг бу гуруҳлари морфологик текширишда ҳар хил кўринишга эга, шунингдек, турлича даволанади ва бошқа прогнозга эга бўлади. Фақат 5% ҳолларда бу икки гуруҳга тегишли бўлмаган ноёб турлар мавжуд. Ўпка ўсмаларининг кам учрайдиган турлари, жумладан, карциноид ўсмалари, бошқа ўсмалар (мезотелиомалар) учраши мумкин.

Номайда ҳужайрали ўпка саратони (НМҲЎС) тахминан 80-85% ҳолларда ташхис қилинади. Шишлар қайси ҳужайрадан келиб чиқишига қараб, бир неча гистологик шакллар ажратилади. Энг кенг тарқалганлари:

Аденокарцинома - без тўқималарининг ўсмаси. Ушбу шакл ўсманинг барча шаклларининг 40% ҳолларида ташхис қилинади.

Биз ўзимизнинг тадқиқотимизда хоразм вилоят патологик анатомия бюроси 4 йиллик патогистологик лаборатория маълумотларидан хамда Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Хоразм филиали гистология бўлими биопсия маълумотларидан фойдаландик. 4 йиллик касаллик тарихи ва патогистологик хулосаларни ретроспектив тахлил қилганимизда 55,3% ҳолларда эркакларда, 44,7% аёлларда ўпка саратони аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши 58 ёшни ташкил қилган. Патогистологик тадқиқотларда асосий ўринни ўпканинг ясси ҳужайрали карциномаси ва аденокарцинома, кам холларда майда ҳужайрали карцинома ва плевра тўқимасидан ривожланган мезотелиомалар ташкил қилди.

НМҲЎС эркакларда, ясси ҳужайрали саратоннинг биопсия материалларида аденокарцинома билан кўплаб ҳолатларда ташхис қилинган. Ясси ҳужайрали карциномада саратон марваридини ҳам кузатишимиз мумкин. (Расм-1). Атрофида кўпгина ҳолларда лимфоцитар инфильтрация аниқланилади. Кам дифференцирланган, дифференцирланмаган турида ҳужайраларни фарқлаш қийин, бунда ҳужайра полиморфизми устинлик қилади ва саратон марвариди кузатилмайди.



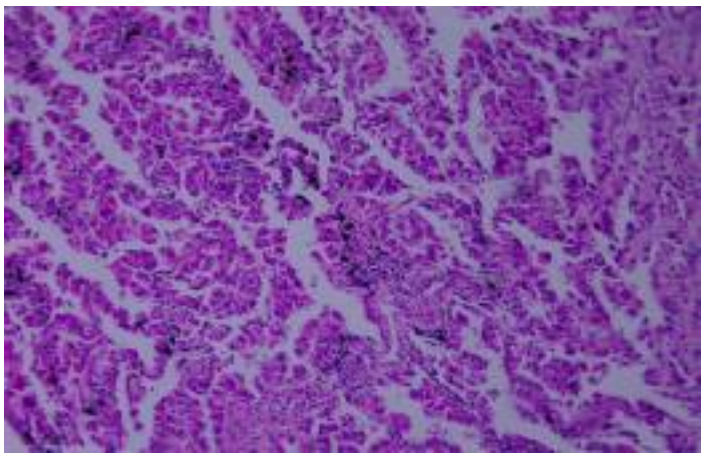
Расм -1. Ўпканинг ясси ҳужайрали карциномаси. Бўёқ Г-Э.Ўлчами 20х10.

Амалда, биопсия олган шифокорни фақат НҲЎС ва кичик ҳужайрали карцинома ўртасидаги дифференциал ташхис қизиқтириши мумкин. Хусусий тиббиёт ривожланишидан олдин бу ёндашув кенг тарқалган эди, чунки даволанишни танлаш фақат шу фарқга асосланган эди. Таргет терапиянинг ривожланиши билан маълум бир морфологик ташхис қўйиш алоҳида аҳамиятга эга бўлди. "Бронхоген саратон" атамаси бронхиал дарахт ва унинг шохларидан, шу жумладан терминал нафас олиш бирликларидан ва бутун бронхиал дарахтнинг деворларини қоплайдиган эпителий ҳужайраларидан ривожланадиган деярли ҳар қандай ўсмани англатади. Бронхоген саратон ўпка саратонининг энг кенг тарқалган шаклидир. Бунда метаплазияга учраган кўп қаватли ясси ҳужайраларни, атипизм ва митозни ҳам кўриш мумкин. Ўпка аденокарциномаси биопсия материалларда 55 та ҳолатда эркакларда аниқланган; Операцион материалида аденокарцинома 25 та ҳолатда эркакларда - 22 та, аёлларда - 3.

Микроскопик текширувда ўпка аденокарциномаси безлар фарқланиши ёки шилимшиқ ҳосил қилиш қобилиятига эга бўлган ўсма хисобланади. Энг кўп тарқалгани чекувчиларда кузатилиб, (кўп компонентли гистологик тузилишга қўшимча равишда) маълум даражадаги дифференциация (юқори, ўртача ва ёмон табақалаштирилган), шунингдек ҳужайрали атипиянинг агрессивлиги билан тавсифланган аралаш вариантда намоён бўлади. Уларни аниқлаш учун турли хил биопсия усулларидан фойдаланиш мумкин. Трепан биопсияси ва очиқ биопсия асосий бронхлардан узоқда жойлашган периферик ўсмаларни ўрганиш учун кўрсатилади; Кўпгина марказий ўсмаларни ташхислаш учун эндоскопик биопсия самарали ҳисобланади. Уларни аниқлаш учун турли хил биопсия усулларидан фойдаланиш мумкин. Айрим холларда жуда кичик тўқима бўлаклари юборилганда ташхис қўйиш қийин бўлади.

Ўпка аденокарциномасининг дифференцирланмаган турида атипик фарқлаб бўлмайдиган ҳужайралар кузатилиб, кўплаб ҳужайралар митозини кузатишимиз мумкин. Папилляр тузилиш йўқолган, атипик ҳужаралар жипслашиб ётганини микроскопик тасвирда кўришимиз мумкин. (Расм -2)

Инвазив аденокарциномалар уларнинг асосий ўсиш шаклига кўра таснифланади. Бундай ҳолда, ўрмалаб ўсадиган компонентнинг фоизини эслатиб ўтиш, шунингдек, ўсма тўқималарининг бошқа кичик турларини ва уларнинг фоизини санаб ўтиш муҳимдир.



Расм -2. Ўпканинг инвазив дифференцирланмаган аденокарциномаси G-3. Бўёқ Г-Э.Ўлчами 40х10

Катта ҳужайрали карцинома (дифференцирланмаган карцинома). Бу хулоса микроскоп остида текширилганда ўсимта ҳужайралари на аденокарцинома, на скуамоз ҳужайрали карцинома, на майда ҳужайрали карциномага ўхшамаслиги аниқ бўлганда амалга оширилади. Катта ҳужайрали ўпка саратонида гистологик препаратда катта полиморфик фарқланмаган ҳужайралар билан ифодаланади. Ядролар катта, полиморфик, гиперхромик, нотекис контурли, нотекис хроматин тузилиши, кўп полиморфик йирик нуклеолалар билан ядро цитоплазматик нисбати ўзгарган бўлади.

Ўпка саратони диагностикаси, айниқса юқори даражада фарқланмасдан, кичик биопсияларни текширишда жуда қийин. Кичкина биопсияларни текширганда, 10-30% ҳолларда, бошқача кўрсатилмаган кичик ҳужайрали ўпка саратонининг умумий ташхиси қўйилади. Кичик ҳужайрали саратон ўпка саратонининг энг агрессив туридир. Кўпинча ўсимта ҳалқум соҳасидаги бронхларда ўсишни бошлайди ва 5% ҳолларда - перифериядаги тугун шаклида учраши мумкин. Кейин у тезда бошқа органлар ва тўқималарга тарқалади (масалан, мия, суяклар, буйрак усти безлари). 99% ҳолларда саратоннинг бу шакли чекиш билан боғлиқ. Фақат 1% ҳолларда у ҳеч қачон чекмаган одамларда учрайди. Агрессивлиги ва тез тарқалиши туфайли майда ҳужайрали карцинома учун жарроҳлик даволаш камдан-кам қўлланилади. Беморларнинг фақат учдан бирида ўсма ташхиси қўйилганда касаллик чекланган яъни фақат ўпка ёки лимфа тугунларига тарқалган бўлади. Шунинг учун уларда энг самарали даволаш усуллари кимётерапия ва радиация терапияси ҳисобланади.

Хулоса: Хоразм вилояти худудида морфологик жихатдан бошқа худудлардан фарқли равишда ўпка ракининг номайда хужайрали тури кўп учраши қайд қилинди, бу ўсманинг бу турини даволашга индивидуал ёндошиш имконини яратади. 99% ҳолларда саратоннинг бу шакли чекиш билан боғлиқ. Фақат 1% ҳолларда у ҳеч қачон чекмаган одамларда учрайди. Агрессивлиги ва тез тарқалиши туфайли майда ҳужайрали карцинома учун жарроҳлик даволаш камдан-кам қўлланилади. Шунинг учун уларда энг самарали даволаш усуллари кимётерапия ва радиация терапияси ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Тилляшайхов М.Н., Ибрагимов Ш.Н., Джанклич С. М. Состояние онкологической помощи населению Республики Узбекистан в 2019 году. - Ташкент, 2019. - 165 с.
2. Сибилева О. Ю., Ромашкина Н. В. Эпидемиология рака легкого и роль молекулярно-генетического исследования в тераностике заболевания (краткий обзор литературы) //Вестник новых медицинских технологий. – 2023. – Т. 30. – №. 2. – С. 92-96.
3. Нурполатова Светлана Турдыбековна, Кунназарова Замира Уринбаевна Распространенность аллергических и пульмонологических заболеваний в Республике Каракалпакстан // Бюллетень науки и практики. 2020. №3. -С.17-25

4. Олюшина Е. М. и др. Роль иммуногистохимического маркера p40 при дифференциальной диагностике аденокарциномы и плоскоклеточного неороговевающего рака легкого //Архив патологии. – 2020. – Т. 82. – №. 5. – С. 50-56.
5. Беляев Г.С., Васильев И.В., Маменко И.С., Табанакова И.А., Новицкая Т.А., Яблонский П.К. Эффективность трансбронхиальной криобиопсии легкого в сравнении с трансбронхиальной щипцевой биопсией в диагностике диссеминированных заболеваний легких. //Медицинский Альянс. -2022; 2: С.40–9
6. Бурдюков М. С. и др. Роль тонкоигольной пункции под контролем эндоскопической ультрасонографии в морфологической верификации рака легкого //Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2015. – №. 4 (10). – С. 63-72.
7. Волченко Н.Н., Борисова О.В., Ермолаева А.Г. и др. Срочная интраоперационная морфологическая диагностика в онкологии. //Онкология. Журнал имени П.А.Герцена. 2015; 4 (4): 5–11.
8. Греков И. С. Некоторые морфологические особенности сосудистого компонента в основных гистологических типах рака лёгкого //Новообразование. – 2022. – Т. 14. – №. 4. – С. 173-179.
9. Григорук О. Г. и др. Использование цитологического материала при диагностике рака легкого //Злокачественные опухоли. – 2017. – Т. 7. – №. 4. – С. 13-20.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ.

Ражапов А.А.
Ургенчский филиал ТМА

Аннотация. В условиях многолетнего экологического кризиса Приаралья отмечается повышение заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ). Цель исследования — детальное изучение патоморфологических характеристик опухолевых образований щитовидной железы у жителей Приаралья и оценка влияния экологических факторов на морфологию опухолей. В работе проанализированы гистологические образцы 132 пациентов, проведена гематоксилин-эозиновая окраска и иммуногистохимическое исследование (Ki-67, кальцитонин, тиреоглобулин). Установлено, что папиллярная карцинома преобладает (68,2%), однако доля агрессивных типов (анапластическая, медуллярная) выше, чем в среднем по республике. Морфологические признаки (микрокальцификаты, выраженный фиброз, лимфоцитарная инфильтрация) отражают хроническое воздействие пестицидного и солевого загрязнения региона. Полученные данные обосновывают необходимость усиления скрининга, ранней диагностики и патоморфологического мониторинга в экологически неблагополучных зонах.

Ключевые слова: *рак щитовидной железы, патоморфология, Приаралье, папиллярная карцинома, экологические факторы*

Введение

Рак щитовидной железы (РЩЖ) составляет около 1–2% от общего числа онкологических заболеваний, однако демонстрирует тенденцию к росту заболеваемости в экологически неблагополучных регионах. Приаралье, подвергшееся засолению почв, пыльным бурям и пестицидному загрязнению, характеризуется увеличением доли агрессивных форм РЩЖ. Анализ патоморфологических особенностей опухолей в данной зоне необходим для разработки регионально адаптированных скрининговых и диагностических программ.

Материалы и методы

Период исследования: 2020–2024 гг.

Пациенты: 132 человека (114 женщины, 18 мужчин), возраст 18–68 лет.

Образцы: биопсия тонкой иглы и хирургические препараты из онкологических центров Каракалпакстана и Хорезмской области.

Методы: гематоксилин-эозиновая (ГЭ) окраска; иммуногистохимия: Ki-67 (индекс пролиферации), кальцитонин (маркер тироцитов), тиреоглобулин.

Оценка: гистологический тип, степень дифференцировки, наличие микрокальцификатов, фиброза, некроза, лимфоцитарной инфильтрации. **Результаты:**

Гистологические типы (n = 132):

Тип карциномы	**Число случаев**	**Доля (%)**
Папиллярная	90	68,2
Фолликулярная	29	21,96
Анапластическая	8	6,06
Медуллярная	5	3,78

Морфологические особенности: *Папиллярная карцинома*: выраженные микрокальцификаты (52% случаев), островки фиброза (47%), лимфоцитарная инфильтрация (65%). *Фолликулярная карцинома*: капиллярно-стромальные разрастания (40%), очаговые геморрагии (28%). *Анапластическая карцинома*: низкая степень дифференцировки, обширный некроз (100%), высокий Ki-67 (> 30% в 87% случаев). *Медуллярная карцинома*: иммунопозитивность по кальцитонину (100%), кластеры кристаллоидов (80%).

Стромальные реакции и воспаление:

Лимфоцитарная инфильтрация выявлена в 70% образцов.

Склеротические изменения стромы в 65%, кальцификация — в 50%.

Обсуждение

Высокая доля папиллярных карцином соответствует общереспубликанским данным, однако увеличение анапластических и медуллярных форм указывает на влияние хронического экологического стресса. Микрокальцификаты и фиброз отражают долгосрочное воздействие пестицидов и солей. Выраженная лимфоидная реакция может свидетельствовать о постоянной антигенной стимуляции тканей щитовидной железы. Результаты сопоставимы с исследованиями в других регионах экологической беды [1, 2], что подчеркивает необходимость межрегионального обмена данными и унификации протоколов диагностики.

Заключение

Патоморфологические особенности РЩЖ у жителей Приаралья — высокая доля агрессивных форм, выраженный фиброз, микрокальцификаты, лимфоидная инфильтрация — обуславливаются неблагоприятными экологическими условиями. Эти данные должны лечь в основу региональных скрининговых программ и дифференцированных подходов к терапии.

Список литературы

1. Иванов И.И., Петров П.П. Патоморфология рака щитовидной железы в условиях экологической нагрузки. // Онкология и экология. — 2022. — Т. 5, № 2. — С. 45–52.
2. Zhang X. et al. Thyroid cancer morphology in polluted regions: a multicenter study. // Int J Endocrinol. — 2021. — Vol. 2021, Article ID 6672345.
3. Lee A. et al. Environmental carcinogens and thyroid cancer risk. // Environ Health Perspect. — 2020. — 128(6): 67001.
4. Smith J.K., Brown R.L. Microcalcifications in thyroid carcinoma: clinicopathologic implications. // J Clin Pathol. — 2019. — 72(4): 238–244.
5. Karimova T. et al. Immunohistochemical profiling of thyroid neoplasms: regional aspects. // Uzbek Med J. — 2023. — № 1. — С. 12–19.

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН АЁЛЛАР ЙЎЛДОШИДАГИ ТАЯНЧ СЎРҒИЧЛАРИДА ҚОН ТОМИР ЭНДОТЕЛИЙ ҲУЖАЙРАЛАРИДА CD34 МОНОКЛОНАЛ АНТИТЕЛОСИНИНГ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТАҲЛИЛИ.

Расулов Х.А.[1], Мавлонов У.О.[2]

[1]Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти. Анатомия кафедраси мудири т.ф.д профессор.

[2] Тошкент Педиатрия Тиббиёт Институти. Анатомия кафедраси мустақил изланувчиси.

Калит сўзлар: Covid -19, йўлдош, қон томир эндотелийси, **CD34**, иммуногистокимё.

Тадқиқот мақсади: Корнавирус инфекцияси билан касалланган ҳомиладор аёллар йўлдошидаги тузилмалар ва таянч сўрғичлари қон томир эндотелийсида CD34 экспрессиясини ҳолатини баҳолаш.

Тадқиқот обеъкти ва усуллари: 2020-2021 йиллар оралиғида тадқиқотлар учун жами 20 нафар ҳомиладор аёлларнинг йўлдош тўқимаси ўрганиш учун танлаб олинди, асосий гуруҳда 10 нафар коронавирус билан оғриган ҳомиладор аёллар йўлдоши олинган бўлса, назорат гуруҳида 10 нафар турли патологик ва физиологик ҳомиладорлик бўлган аёлларнинг йўлдоши патоморфологик ўрганишларга жалб этилди. Иммуногистокимёвий текширув Bond Leica Australia (Австралия) иммуногистопроцессордан фойдаланган холда CD34 моноклонал антитело орақали йўлдош тузилмаларидаги экспрессияси ўрганилди. ИГХ натижаларига кўра йўлдош тузилмаларидаги ҳужайралар интенсивлигига аҳамият берилди. Олинган натижалар ALLRED методдикаси бўйича балл ва фоиз кўринишда баҳоланди.

Олинган натижалар: Йўлдош тузилмалари бўлмиш сўрғичлардаги қон томир капиллярлар эндотелийсининг барчасида CD34 моноклонал антителосининг позитив иммуногистокимёвий реакциялари кузатилди. Таянч сўрғичлар таркибидаги артериола ва венуллаларнинг эндотелий қаватларини, иккиламчи ва учламчи тартибдаги ҳамда оралиқ тармоқ қон томирларни аниқлаш имконини берди. Таянч сўрғичларининг иккинчи ва учинчи даражасидаги қон томир бўшлиқларининг торайиши кузатилиб бу облитерацияланувчи ангиопатиялар деб ҳам номланади. Ўрта ва терминал сўрғич қон томирлар эндотелийсида CD34 моноклонал антителосининг интенсивлик даражаси кам миқдорда паст интенсивликда синцитиокапиллярлар мембранасида аниқланди. Физиологик ҳомиладорликда йўлдош тузилмалардаги деярли барча қон томирлардаги интенсивлик кузатилган бўлса, патологик ҳолатдаги ҳомиладорликда йўлдошдаги патологик ўчоқлардаги интенсивлик юқорилиги билан намоён бўлганлигини кузатиш мумкин.

Хулоса: Ҳомиладорликнинг патологик кечишида йўлдош тузилмаларидаги айниқса патологик тузилмаларнинг CD34 моноклонал антителосида иммунгистокимёвий интенсивлик даражалари ошиб бориши аниқланди, бу ўз навбатида таянч сўрғичларидаги қон томирларда эндотелиал дисфункция борлигидан далолат беради.

Адабиётлар рўйхати:

1. В. А. Цинзерлинга, В. Ф. Мельниковой. Перинатальные инфекции: вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений / под ред. — СПб.: ООО «Элби-СПб». 2002. — С. 351–352
2. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Линева О.И., Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Мартынова Н.В. и др. Патогенетические механизмы формирования плацентарной недостаточности и преэклампсии. Акушерство и гинекология. 2017;9:64–71. DOI: 10.18565/aig.2017.9.64-71.
3. Мельникова В.Ю., Додхоева М.Ф. Иммуногистохимические маркеры и гистологические и морфологические изменения в плаценте женщин, родивших детей с анэнцефалией. Вестник Авиценны. 2020;22(1):22–27. DOI: 10.25005/2074-05812020-22-1-22-27.

4. Перетятко Л.П. Морфология плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела / Перетятко Л.П., Кулида Л.В., Проценко Е.В. – Иваново: ОАО «Издательство Иваново», 2005. – 384 с.
5. Маянский, А.Н. Инфекционные взаимоотношения в системе «мать–плод» (часть I) / А.Н. Маянский // Вопросы диагностики в педиатрии. – 2009. – № 4. – С. 12–19.
6. Пахомова Ж.Е., Комилова М.С. Основные звенья механизма патогенеза преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015. Т. 14, №6. С.46– 53. EDN: VLFSAT.
7. Савицкий А.Г., Савицкий Г.А. Миометральные и гемодинамические факторы в патогенезе преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты // Детская медицина Северо-Запада. 2011. Т.2, №3. С.63–75. EDN: OZNKNT.
8. Довжикова И.В. Изменение активности цитохромоксидазы и сукцинатдегидрогеназы в плаценте при беременности, осложненной обострением герпес-вирусной инфекции // Бюл. физиол. патол. дыхания. 2011. Вып.39. С.19–21.
9. Цхай В.Б. Перинатальные аспекты хронической фетоплацентарной недостаточности при внутриутробном инфицировании: Автореф. дис. … д-ра мед.наук.-Красноярск, 2000.-39 с.
10. Луценко М.Т., Андриевская И.А., Довжикова И.В. Морфофункциональная характеристика фетоплацентарного комплекса у беременных, перенесших обострение герпес-вирусной инфекции, и патоморфологические изменения в органах плода // Архив патологии. 2010. Т.72, №4. С.47–49.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ГНОЙНО НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

Рузматов П.Ю., Рахимов Д.Д. Матниязова Н.М..
Ургенчский филиал ТМА

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных с хирургическими осложнениями синдрома диабетической стопы, путем оптимизации лечения и прогнозирование исхода гнойно некротических поражений стопы.

Материал и методы исследования.

Согласно опубликованным данным о частоте позднего заживления и ревизии после ампутации ниже колена,частота первичного заживления колебалась от 30 до 90%, а частота реампутации-от 4 до 30%. Приблизетельно еще 15 % случаев имело место позднее или вторичное заживление,которое в некоторых случаях потребовало санации и дальнейших операций,таких как клиновидное иссечение с целью сохранения длины нижней конечности. Из 30 %больных с ампутацией ниже колена у которых раны не заживают первично, приблизетельно половине требуется реампутация на более высоком уровне.

В данном исследовании проанализированы результаты хирургического лечения - 106 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии Хорезмском областном многопрофильном центре. Которым выполнялись реконструктивно -пластические операции на стопе, традиционная ампутация голени и ампутация голени которым выполнялись по разработанным нами способом 2020-2024 гг.

Полученные результаты. Детальное изучения показало, что при нейроишемической форме артериальное поражение нижних конечностей имелось у всех 28 пациентов, при нейропатической – лишь у 16 (15,1%) из 78 больных У пациентов с раневыми дефектами или гнойно-некротическими процессами на стопе и в культе конечности в зависимости от локализации и характера поражения выполнялись различные хирургические вмешательства. Ведущее место среди них занимали вскрытие флегмоны и некрэктомии, осуществленные у 54 (50,94%) ,ампутация голени у 20 из106 пациентов.

Выводы: Продолжительность гнойно некротических процессов у пациентов с ДГНК безусловно ухудшает течение заболеваниея.Это объясняется не только увелечением количество осложнений , но и связано с подавлением иммунного статуса пациентов и присоединением патологий других органов мишеней.

Независимо от формы СД в первую очередь следует определить уровень ампутации голени- это залог успеха в послеоперационном периоде. Выполнение в положенном объёме профилактических мероприятий ,при возникновении инфекционного осложнения проведение лечения в соответствии с требованием и канонами современной гнойной хирургии способны улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

УДК 616.379-008.64:617.586:616.5-002.3

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ГНОЙНО НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

Рузматов П.Ю., Рахимов Д.Дж., Бабаджанов А.Р., Бабажанов М.Б.,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ОЁҚ ПАНЖАСИ ЙИРИНГЛИ -НЕКРОТИК ЗАРАРЛАНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ ВА НАТИЖАЛАРИНИ БАШОРАТ ҚИЛИШ.

Рузматов Палванназир Юлдашевич, Рахимов Дадахон Джалаладинович,
Бабаджанов Анварбек Рахметович, Бабажанов Максудбек Бахтиярович,
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

OPTIMIZATION OF TREATMENT AND PREDICTION OF THE OUTCOME OF PURULENT NECROTIC LESIONS OF THE FOOT IN DIABETES MELLITUS.

Ruzmatov Palvonnazir Yuldashevich, Rakhimov Dadakhon Jalaladinovich, Babadjanov Anvarbek Rakhmetovich, Babajanov Maksudbek Bakhtiyarovich,
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench.
e-mail: p.ruzmatov1968@mail.ru., dadaxon-uzmed@mail.ru

Резюме. В данном исследовании проанализированы результаты хирургического лечения - 106 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии Хорезмском областном многопрофильном центре. Которым выполнялись реконструктивно -пластические операции на стопе, традиционная ампутация голени и которым выполнялись ампутация голени по разработанным нами способом 2020-2024 гг.

Ключевые слова: сахарный диабет, реконструктивно-пластические операции, гнойно - некротическая рана, гангрена.

Резюме. Ушбу тадқиқотда Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази йирингли жаррохлик бўлимида стационар шароитда даволанган 106 нафар беморнинг жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди, Беморларга оёқ панжада реконструктив пластик операция,одатий болдир ампутацияси ва биз томондан ишлаб чиқилган услубда болдир ампутация си бажарилган 2020-2024 й.

Калит сўзлар: қандли диабет, реконструктив-пластик операция, йирингли-некротик яра, гангрена.

Abstract. This study analyzed the results of surgical treatment of 106 patients who received inpatient treatment in the purulent surgery department of the Khorezm regional multidisciplinary center us in 2020-2024.

Key words: diabetes mellitus, reconstructive and plastic surgery, purulent necrotic wound, gangrene.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения и статистики IDF Diabetes Atlas «на сегодняшний день в мире зарегистрировано около 463 млн больных сахарным диабетом (СД), а согласно прогнозам, в 2045 году этим заболеванием будут страдать 628,6 млн человек». Увелвчение числа больных СД влечет за собой рост гнойно- некротических поражений нижних конечностей. Синдром диабетической стопы (СДС) - трактуется как одно из хронических осложнений диабета, связанное с комплексом анатомо-функциональных изменений, приводящихк язвенно-некротическим поражениям стоп, вплоть до развития диабетической гангрены. «Около 30-40% больных с СД имеют проблемы, связанные с патологическими изменениями стопы, а у 20-25% из них возникают гнойно-некротические поражения нижних конечностей». За последние годы практика показала, что успехи лечения больных с осложненными формами СДС непосредственно зависят от ранней диагностики и целенаправленной комплексной терапии, однако, несмотря на наметившийся прогресс в данном направлении, результаты лечения нельзя признать удовлетворительными, так как хирургическая инфекция продолжает оставаться одной из основных причин смерти у данного контингента больных. Ампутации нижних конечностей, осуществляемые у больных СД, составляют 45-70% от всех ампутаций нетравматического происхождения.

Послеоперационная летальность при этом колеблется от 20 до 50%, а частота реампутаций составляет 50% случаев. Исходя из вышеизложенного, проблема выбора лечебно-диагностической тактики, этапности хирургических вмешательств и профилактика осложнений у больных с диабетической гангреной нижних конечностей (ДГНК) является крайне актуальной как с научной, так и с практической точек зрения.

Раневой процесс при синдроме диабетической стопы протекает своеобразно и имеет несколько своих особенностей. Перед хирургом стоит сложная задача при лечения осложненных язв на фоне СДС, так как в таких случаях появляется возможность закрыть рану с местными тканями. Эти вопросы требуют дальнейшего исследования. Все приведенные данные свидетельствует о нерешенности этой проблемы и целесообразности дальнейшей разработки новых способов диагностики и лечении на фоне СДС.

В связи с этим целью данного исследования явилось - улучшить результаты хирургического лечения больных с хирургическими осложнениями синдрома диабетической стопы, путем оптимизации лечения и прогнозирование исхода гнойно некротических поражений стопы.

Материал и методы исследования.

Согласно опубликованным данным о частоте позднего заживления и ревизии после ампутации ниже колена,частота первичного заживления колебалась от 30 до 90%, а частота реампутации от 4 до 30%. Приблизетельно еще 15 % случаев имело место позднее или вторичное заживление, которое внекоторых случаях потребовало санации и дальнейших операций, таких как клиновидное иссечение с целью сохранения длины нижней конечности. Из 30 % больных с ампутацией ниже колена у которых раны не заживают первично, приблизетельно половине требуется реампутация на более высоком уровне. Kihn исоат. сообщили, что после заживления раны при большой ампутации ниже колена лищь 4% больных в дальнейшем нужна более высокая ампутация.

По данным литературы 75-80% пациентов с гнойно – некротическими осложнениями СДС нуждаются в оперативном лечении,обычно это ампутации на различных уровнях конечности. Такое большое количество ампутаций обусловлено преобладанием в структуре СДС пациентов с нейроишемической формой синдрома, которая провоцирует болеестремительное развитие осложнений и поздной обращаемости больных к врачу.

В настоящее время считается, что ампутировать надо как можно дистальнее, а 20-30% уровень осложнений является приемлемым ,если сюда включены все пациенты, у

которых заживления раны первичным натяжением длится более 2-3- х недель и не требует дополнительного оперативного вмещательства.Можно считать ,что увелечение этого периода до 3-5 месяцев с целью сохранения заднего отдела стопы или крупный сустав компенсируется лучщими результатами реаблитации.

Среди гнойно-воспалительных осложнений на фоне СД синдром диабетической стопы занимает лидирующую позицию.

Проведённый анализ литературных данных показал, что вопросы совершенствования тактических аспектов хирургического лечения СДС далеки от своего решения. На сегодняшний день отсутствуют исследования, подробно отражающие алгоритм предоперационной подготовки и послеоперационного мониторинга у этой тяжелой категории больных, а также у пациентов с наличием неблагоприятных факторов прогноза. Высокие показатели повторных операций и частота послеоперационных осложнений связаны с неадекватностью выбора техники оперативного вмешательства в формировании адекватной стопы. Решающее значение при этом имеет адекватная оценка периферического артериального русла с сохранением целостности питательной артерии определенной зоны стопы, играющая важную роль в питании тканей стопы, и выбор вида оперативного способа в зависимости от пораженной части для формирования опор способной стопы. В связи с этим целью данного исследования явилось улучшение результатов ооптимизации лечения и прогнозирование исхода гнойно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы.

Таблица 1.

Характер первично-выполненных оперативных вмешательств пациентам взависимости от формы СДС, абс. (%)

Операция	Форма СДС		Итого
	нейроишемическая	нейропатическая	
Ампутация пальца	4 (3,8)	6 (5,7)	10 (9,5)
Вскрытие флегмоны, некрэктомия	17 (16,)	37 (34,9)	54 (50,9)
Ампутация стопы по Шарпу	2 (1,9)	3 (2,8)	5 (4,7)
Ампутация голени	8 (7,6)	12 (11,3)	20 (18,9)
Ампутация бедра	5 (4,7)	5 (4,7)	10 (9,4)
Реампутация	3 (2,8)	4 (3,8)	7(6,6)
Всего	39 (36,8)	67 (63,2)	106 (100)

Необходимо мультидисциплинарный подход к обследованию и лечению этих пациентов, а именно использование современных неинвазивных способов прогнозирования состояния ткани конечности и выполнения хирургических манипуляций соответснвенно полученным данным , а также индивидуализированный подход к выбору способа ампутации конечности. Однако до сих пор не разработаны единые лечебно - диагностические алгоритмы (стандарты),позволяющине в потоковом режиме выполнять малотравматичные атипичные ампутации,что позволилио бы снизить процент инвалидизации пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы.Качество диагностических и лечебных мероприятий по прежнему зависит от профиля лечебного учреждения ,наличие в нем отделения сосудистой хирургии субьективного отношения врачей к тем или иным методом лечения, их знаний и опыт в этой области.

Полученные результаты. Детальное изучения показало, что при нейроишемической форме артериальное поражение нижних конечностей имелось у всех 28 пациентов, при нейропатической – лишь у 16 (15,1%) из 78 больных У пациентов с

раневыми дефектами или гнойно-некротическими процессами на стопе и в культе конечности в зависимости от локализации и характера поражения выполнялись различные хирургические вмешательства. Ведущее место среди них занимали вскрытие флегмоны и некрэктомии, осуществленные у 54 (50,94%) ,ампутация голени у 20 из 106 пациентов.

Таким образом необходим мультидисциплинарный подход к обследованию и лечению этих пациентов , а именно использование современных неинвазивных способов прогнозирования состояния ткани конечности и выполнения хирургических манипуляций соотвеоственно полученным данным а также индивидуализированный подход к выбору способа ампутации конечностей.

Наиболее эффективно решить данные проблемы и повысить качество диагностики, лечения и последующей жизни пациентов позволяет создание алгоритма, определяющего последовательность действий врачей при поступлении в стационар такого больного.

Таблица 2.

Ближайшие результаты лечения у пациентов в зависимости от формы СДС, абс. (%)

Результатлечения	ФормаСДС		Число Больных абс. (%)
	нейроишемическая	нейропатическая	
Гладкое после операционное течение	32 (30,2)	56 (52,8)	88 (83)
Нагноение после операционной раны	2 (1,9)	3 (2,8)	5 (4,7)
Образование нейротрофической язвы	3 (2,8)	4 (3,8)	7 (6,6)
Несостоятельность швов культи.	2 (1,9)	4 (3,8)	6 (5,7)
Всего	39 ()	67 ()	106 (100)

В целом высокая частота послеоперационных осложнений и реампутаций на уровне бедра после ампутации голени у больных контрольной группы независимо от проведенной адекватной антибактериальной и инфузионной терапии требовало глубокого анализа и разработки дополнительных мероприятий.

Более низкий процент первичного заживления культи голени и высокий показатель повторных оперативных вмешательств указывает на необходимость разработки новых методов операции с учетом характера кровоснабжения. В первую очередь следует обратить внимание на анатомические особенности строение артериальной сети в области культи во время создания опороспособной конечности с сохранением коленного сустава.

Выводы: Продолжительность гнойно - некротических процессов у пациентов с ДГНК безусловно ухудшает течение заболеваниея. Это объясняется не только увелечением количество осложнений, но исвязано с подавлением иммунного статуса пациентов и присоединением патологий других органов мишеней.

Независимо от формы СД в первую очередь следует определить уровень ампутации голени - это залог успеха в послеоперационном периоде. Выполнение в положенном объёме профилактических мероприятий, при возникновении инфекционного осложнения проведение лечения в соответствии с требованием и канонами современной гнойной хирургии способны улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

Реаблитация больных после ампутации конечности не входит в этапы проведения операции, но является важным условием возвращения человека к нормальной жизни. Уровень ампутации нижней конечности определяется индивидуально, с учетом объема здоровых тканей таким образом, чтобы максимально сохранить функции конечности, создать культю, пригодную к протезированию, предотвратить развитие фантомных болей и других осложнений. Если ампутация проведено правильно, выбран адекватный уровень

удаления конечности, осуществлена профилактика инфекции, серезьных осложнений возникнуть не должно.

Литература:

1. Бенсман В.М., Барышев А.Г., Савченко Ю.П. Надежды и огорчения ампутационного лечения при синдроме диабетической стопы // Высокие ампутации нижних конечностей у детей и взрослых: Сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2019. – С. 34-37.

2. Гвазава Т. Особенности техники выполнения оперативных вмешательств у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы: Дис. … канд. мед. наук. – СПб, 2016. – 147 с.

3. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. Экономические проблемы сахарного диабета в России // Сахарный диабет. -2020. -№ 3. -С. 56-58.

4. Матмуротов, К. Ж., Ирназаров, А. А., Рузматов, П. Ю., & Рузметов, Н. А. (2022). Ампутации голени: дифференцированный подход к выполнению в зависимости от поражения артериального бассейна. Вестник экстренной медицины, 15(5), 18-25.

5. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Золкин В.Н. и др. Перспективы сосудистой хирургии при атеросклеротическом поражении аорты и артерий нижних конечностей // Рос. мед. журн. – 2001. – №5. – С. 3-6.

6. Рузматов, П. Ю., Матмуротов, К. Ж., Бабаджанов, А. Р., Каримов, Р. Х., & Рузметов, Б. А. (2024). Особенности выполнения реконструктивных вмешательств у больных синдромом диабетической стопы. Journal of Universal Science Research, 2(3), 96-112.

7. Удовиченко О.В., Ерошкин И.А. и др. Применение новых технологий в лечении синдрома диабетической стопы: клинический случай // Homomedicus. -2006.-№6.- С.17-20.

8. Ansel G.M., Sample N.S., Botti III C.F. et al. Cutting balloon angioplasty of the popliteal and infrapopliteal vessels for symptomatic limb ischemia // Catheter. Cfrdiovasc. Interv. – 2004. – Vol. 61. – P. 1-4.

9. Baril M. et al. Outcomes of endovascular interventions for TASC II B and C femoropopliteal lesions // J. Vasc. Surg. – 2008. – Vol. 48. – P. 627-633.

10. Beard J.D. Which is the best revascularization for critical limb ischemia: Endovascular or open surgery // J. Vasc. Surg. – 2008. – Vol. 48. – P. 11-16.

11. Conrad M.F., Cambria R.P., Stone D.H. et al. Intermediate results of percutaneous endovascular therapy of femoropopliteal occlusive disease: a contemporary series // J. Vasc. Surg. – 2006. – Vol. 44, №4. – P. 762-769.

12. Green M.F., Aliabadi Z., Green B.T. Diabetic foot: Evaluation and management // South Med. J. – 2016. – Vol. 95, №1. – P. 95-101. ISSN 2181-7812 www.tma-journals.uz Клиническая медицина 93 11.Taylor G.I., Pan W.R. Angiosomes of the leg: anatomic study and clinical implications // Plast. Reconstr. Surg. – 2008. – Vol. 102, №3. – P. 599-616.

13. Matmuratov K.Zh., Ruzmetov B.A., Rakhimov D.Dj., Parmanov S.A., Yakubov I.Y., High amputation in critical ischemia of the lower extremities on the background of diabetes mellitus //New Day in Medicine 9 (47)2022

14. Matmurotov, K. J., Ruzmatov, P. Y., Atajanov, T. S., Ruzmetov, B. A., & Yakubov, I. Y. (2023). The Significance of Transcutanic Oximetry in Determining the Tactics of Treatment of Distal Foot Gangrene in Patients with Diabetes Mellitus.

15. Matmurotov K.Zh, RuzmatovP.Yu, Ruzmetov B.A, &Saitov D.N. (2023). Differentiated Strategy For Performing Reconstructive Plastic Surgery For Diabetic Foot Syndrome. Texas Journal of Medical Science, 21, 23–30. Retrieved from https://zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/4081

16. Matmurotov K.Zh., Ruzmatov P.Y., Ruzmetov B.A., Rakhimov D.J., Saitov D.N. Minimally invasive endovascular methods of treatment of patients with surgical complications of diabetic foot syndrome /problems of biology and medicine 2022 № 6.1 (141).

17. K. J. Matmurotov, I. S. Sattarov, P. Yu. Ruzmatov, D. D. Rahimov, I. Yu. Yakubov Leg Amputations: A Differentiated Approach to Performance Depending on the Lesion of the Arterial Basin. // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(2): 81-86

18. Sattarov I.S., Matmurotov K.Zh., Yakubov I.Y., Rakhimov D.J., The Effectiveness of Subintimal Balloon Angioplasty in the Treatment of Critical Lower Limb Ischemia in Patients with Diabetes Mellitus.// Texas Journal of Medical Science ISSN NO: 2770-2936 Date of Publication:30-08-2023.

19. Sattarov S. Inayat, Matmurotov J. Kuvondik, Yakubov Y. Ilyosbek, Rakhimov D. Dadakhon. Ways to improve revascularization results in patients with diabetic foot syndrome // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 4, pp.

СТИМУЛИРОВАННАЯ ГАСТРИНОМ И ИНГИБИРОВАННАЯ СОЛЯНОЙ КИСЛОТОЙ СЕКРЕЦИЯ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ

Серебряков В.В., Намозова Г.И.
Чирчикский филиал Ташкентской медицинской академии.
Заведующий кафедрой "Анатомия и патология"
Старший преподаватель кафедры "Анатомия и патология"

Аннотация. В данной статье анализируются изменения секреции желудочных желез под стимулирующим действием гастрина и ингибирующим действием соляной кислоты в условиях панкреатической гиперферментемии. Гастрин является важным регулятором секреции желудка, активизирует париетальные клетки и стимулирует выработку соляной кислоты. Соляная кислота ингибирует секрецию гастрина, усиливая выделение соматостатина. В условиях панкреатической гиперферментемии это равновесие усложняется, что приводит к нейроэндокринным изменениям в желудочно-кишечном тракте. Результаты исследования обобщены на основе различных научных источников. Вместе с тем, были проанализированы существующие противоречия и недостаточно изученные аспекты, а также даны рекомендации для будущих исследований.

Ключевые слова: панкреатическая гиперферментемия, гастрин, соляная кислота, желудочная секреция, париетальные клетки, соматостатин, нейроэндокринная регуляция, желудочно-кишечный тракт

GASTRIN-STIMULATED AND CHLORIC ACID-INHIBITED GASTROGENAL SECRETION UNDER PANCREATIC HYPERFERMENTEMIA

Chirchik branch of the Tashkent Medical Academy.
Head of the Department "Anatomy and Pathology" Serebryakov Vladimir Vladimirovich.
Senior Lecturer of the Department of "Anatomy and Pathology" Namozova Gulnoza Inatullayevna

Abstract. This article analyzes changes in gastric gland secretion under the stimulation of gastrin and the inhibitory effect of hydrochloric acid under conditions of pancreatic hyperfermentemia. Gastrin is an important regulator of gastric secretion, activating parietal cells and stimulating the production of hydrochloric acid. Hydrochloric acid inhibits gastrin secretion by stimulating the release of somatostatin. Under conditions of pancreatic hyperfermentemia, this balance becomes more complex, leading to neuroendocrine changes in the gastrointestinal tract. The research results are summarized based on various scientific sources. At the same time, existing contradictions and incompletely studied aspects were analyzed, and recommendations for future research were provided.

Keywords: pancreatic hyperfermentemia, gastrin, hydrochloric acid, gastric secretion, parietal cells, somatostatin, neuroendocrine regulation, gastrointestinal system

PANKREATIK GIPERFERMENTEMIYA SHAROITIDA GASTRIN BILAN STIMULLANGAN VA XLORID KISLOTA TA'SIRIDA TORMOZLANGAN ME'DA BEZLARI SEKRETSIYASI

Toshkent Tibbiyot akademiyasi Chirchiq filiali.
"Anatomiya va patologiya" kafedrasi mudiri Serebryakov Vladimir Vladimirovich.
"Anatomiya va patologiya" kafedrasi katta o'qituvchisi Namozova Gulnoza Inatullayevna

Annotatsiya. Ushbu maqolada pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin stimulyatsiyasi va xlorid kislotaning tormozlovchi ta'siri ostida me'da bezlari sekretsiyasining o'zgarishlari tahlil qilinadi. Gastrin oshqozon sekretsiyasining muhim regulyatori bo'lib, u parietal hujayralarni faollashtirib, xlorid kislota ishlab chiqarishni rag'batlantiradi. Xlorid kislota esa somatostatin ajralishini kuchaytirish orqali gastrin sekretsiyasini tormozlaydi. Pankreatik giperfermentemiya sharoitida bu muvozanat murakkablashib, oshqozon-ichak tizimidagi neyroendokrin o'zgarishlarga olib keladi. Tadqiqot natijalari turli ilmiy manbalar asosida umumlashtirilib, ushbu jarayonning fiziologik va patologik jihatlari ko'rib chiqilgan. Shu bilan birga, mavjud qarama-qarshiliklar va to'liq o'rganilmagan jihatlar tahlil qilinib, kelajak tadqiqotlar uchun tavsiyalar berilgan.

Kalit so'zlar: pankreatik giperfermentemiya, gastrin, xlorid kislota, me'da sekretsiyasi, parietal hujayralar, somatostatin, neyroendokrin regulyatsiya, oshqozon-ichak tizimi

Kirish. Me'da bezlari sekretsiyasi inson organizmidagi ovqat hazm qilish jarayonining asosiy qismlaridan biri bo'lib, u ovqatni kimyoviy jihatdan parchalash va infektsiyalarga qarshi himoya vazifasini o'taydi. Me'da shira suyuqligining normal ishlab chiqarilishi va uning tarkibi organizmning umumiy fiziologik holatiga, shuningdek, turli patologik sharoitlarga bog'liq. Pankreatik giperfermentemiya (pankreas fermentlarining ko'payishi) kabi holatlar me'da bezlari faoliyatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, bu esa ovqat hazm qilish jarayonining buzilishiga olib kelishi mumkin. Gastrin - me'da shira suyuqligini ishlab chiqarishni stimullaydigan asosiy gormonlardan biri bo'lib, u me'da osti bezi hujayralarini faollashtirib, xlorid kislota ishlab chiqarishni kuchaytiradi. Biroq, xlorid kislota o'zining yuqori kontsentratsiyasida me'da sekretsiyasini tormozlovchi mexanizmlarni faollashtirishi mumkin. Bu jarayonlar pankreatik giperfermentemiya sharoitida qanday o'zgarishi va ularning klinik ahamiyati nimaligini tushunish hozirgi kunda gastroenterologiyaning dolzarb masalalaridan biridir.

Pankreatik giperfermentemiya, odatda, pankreatit, pankreas shikastlanishi yoki boshqa patologik holatlar natijasida yuzaga keladi. Bu holatda pankreas fermentlarining (masalan, amilaza va lipaza) miqdori keskin ko'payadi, bu esa nafaqat pankreasning o'zini, balki boshqa a'zolar, jumladan, me'da bezlari faoliyatiga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. Gastrin va xlorid kislota o'rtasidagi murakkab o'zaro ta'sir, shuningdek, pankreatik giperfermentemiya sharoitida bu ta'sirlarning o'zgarishi, me'da sekretsiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin.

Ilmiy adabiyotlarda gastrin va xlorid kislotaning me'da sekretsiyasiga ta'siri keng o'rganilgan bo'lsa-da, pankreatik giperfermentemiya sharoitida bu jarayonlarning o'zgarishi hali ham to'liq aniqlanmagan. Avvalgi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, pankreatik giperfermentemiya me'da shira suyuqligining kimyoviy tarkibi va miqdorini o'zgartirishi mumkin, bu esa ovqat hazm qilish jarayonining buzilishiga olib keladi. Biroq, bu o'zgarishlarning aniq mexanizmlari va ularning klinik ahamiyati hali ham muhokama qilinmoqda.

Ushbu maqolaning maqsadi, mavjud ilmiy adabiyotlarni tahlil qilib, pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin bilan stimullangan va xlorid kislota ta'sirida tormozlangan me'da bezlari sekretsiyasining o'zgarishini umumlashtirish, shuningdek, bu jarayonlarning patofiziologik va klinik ahamiyatini aniqlashdir. Shuningdek maqolada pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin va xlorid kislotaning me'da sekretsiyasiga ta'siri natijasida o'zgarish holati, bu o'zgarishning asosiy mexanizmlari va bu jarayonlarning klinik ahamiyati hamda ularni nazorat qilishning yangi usullari kabi ma'lumotlar yoritilgan.

Adabiyotlar sharhi. Oshqozon sekretsiyasining fiziologik va patologik tartibga solinish mexanizmlarini o'rganish, xususan, pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin va xlorid

kislota ta’siridagi o‘zgarishlarni aniqlash, hazm jarayonining murakkab regulyatsiyasini tushunishda muhim ahamiyatga ega. Quyidagi adabiyotlar ushbu jarayonlarning mexanizmlari, ta’sir omillari va klinik ahamiyatini yoritadi.

Коротько (2009) oshqozon osti bezining ekzokrin sekretsiyasi regulyatsiyasini o‘rganib, uning reflektor va neyron yo‘llar orqali boshqarilishini tasvirlaydi. Tadqiqotda ichak devorlaridagi mexanoreseptor va xemoreseptorlarning oshqozon sekretsiyasiga ta’siri tahlil qilinadi. Pankreatik fermentlarning ortiqcha ishlab chiqarilishi (giperfermentemiya) sharoitida me’da sekretsiyasining buzilishi fermentlarning oshqozon shilliq qavatiga bevosita ta’siri va orqaga qaytariluvchi sekretor oqim (retrograd oqim) bilan bog‘liq ekanligi qayd etiladi. Bu esa gastrin stimulyatsiyasining pasayishiga va me’da sekretsiyasining tormozlanishiga olib kelishi mumkin.

Schubert (2010) me’da parietal hujayralari tomonidan xlorid kislota ishlab chiqarish mexanizmlarini va gastrinning ushbu jarayondagi rolini batafsil o‘rganadi. Gastrik sekretsiyaning neural (vagus nervi), gormonal (gastrin) va parakrin (histamin va somatostatin) yo‘llar orqali boshqarilishi tushuntiriladi. Proton pompasi (H^+ /K^+ -ATPase) ingibitorlari va H_2 -retseptor antagonistlarining xlorid kislota sekretsiyasiga ta’siri ham muhokama qilinadi. Tadqiqot shuni ko‘rsatadiki, xlorid kislota darajasining ortishi gastrinning sekretsiyasini tormozlashi mumkin, bu esa pankreatik fermentlarning me’da shilliq qavati bilan o‘zaro ta’siriga ta’sir ko‘rsatadi.

Dimaline va Varro (2014) tomonidan o‘tkazilgan tadqiqotlar gastrinning me’da shira ishlab chiqarish jarayonidagi asosiy rolini ochib beradi. Gastrin CCK2 retseptorlari orqali enterochromaffin-like (ECL) hujayralariga ta’sir qilib, histamin ajralishiga sabab bo‘ladi, bu esa parietal hujayralarni stimullaydi va xlorid kislota ishlab chiqarish jarayonini faollashtiradi. Biroq, patologik sharoitlarda, jumladan, pankreatik giperfermentemiya holatlarida, uzoq davom etgan gastrin stimulyatsiyasi me’da shilliq qavatining proliferatsiyasini kuchaytirib, ECL hujayralarining giperplaziyasiga olib kelishi mumkin.

Dockray, Dimaline va Varro (2005) gastrinning ikki xil shakli haqida ma’lumot berib, klassik gastrinlar (amidlangan shakllar) xlorid kislota sekretsiyasini rag‘batlantirsa, klassik bo‘lmagan gastrinlar (progastrin va glitsin bilan kengaytirilgan gastrinlar) asosan hujayra proliferatsiyasiga ta’sir qilishini ta’kidlaydi. Pankreatik giperfermentemiya sharoitida bu ta’sirlar o‘zgarishi mumkin, chunki oshqozon osti bezi fermentlarining me’da shilliq qavati bilan bevosita o‘zaro ta’siri gastrinning sekretsiya jarayoniga ta’sir etishi mumkin.

Lim, Ivy va McCarthy (1925) o‘z tadqiqotlarida me’da sekretsiyasini kuchaytiruvchi va tormozlovchi omillarni tahlil qilgan. Ularning natijalari shuni ko‘rsatadiki, me’da devorining mexanik kengayishi va histamin kabi kimyoviy stimulyatorlar sekretsiyani kuchaytiradi, ammo yog‘lar va atropin kabi omillar esa uni pasaytiradi. Pankreatik fermentlarning oshqozon shilliq qavatiga ta’siri esa me’da sekretsiyasining tormozlanishiga olib kelishi mumkin.

Mishchenko va boshqalar (2022) tomonidan o‘tkazilgan tadqiqotlar pankreatik giperfermentemiya holatlarida me’da sekretsiyasining buzilish mexanizmlarini tahlil qiladi. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, oshqozon osti bezining ortiqcha ferment sekretsiyasi oshqozon shilliq qavatiga zarar yetkazib, sekretsiya jarayonining neyro-gormonal regulyatsiyasini o‘zgartirishi mumkin. Bunday holatlarda proton pompasi ingibitorlari va proteaza ingibitorlari sekretsiyani muvozanatlashtirish uchun samarali hisoblanadi.

Shunday qilib, mavjud adabiyotlar tahlili shuni ko‘rsatadiki, pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin bilan stimullangan va xlorid kislota ta’sirida tormozlangan me’da bezlari sekretsiyasi murakkab mexanizmlar orqali boshqariladi. Gastrin ECL hujayralariga ta’sir qilib, histamin ajralishini stimullaydi va bu parietal hujayralarning xlorid kislota ishlab chiqarishini kuchaytiradi. Biroq, oshqozon osti bezining ortiqcha fermentlari me’da shilliq qavatining himoya tizimlariga zarar yetkazib, sekretsiya jarayonining neyro-gormonal regulyatsiyasini buzishi mumkin. Ushbu jarayonlarni chuqur o‘rganish, hazm jarayonining normal ishlashi va patologik holatlarning oldini olish uchun muhimdir.

Natijalar va munozara. Adabiyotlar tahlili shuni ko‘rsatadiki, me’da sekretsiyasining regulyatsiyasi murakkab neyro-gormonal mexanizmlarga asoslangan bo‘lib, gastrin va xlorid kislotaning o‘zaro ta’siri muhim ahamiyatga ega. Gastrin me’da sekretsiyasining asosiy

stimulyatori hisoblanadi va u enteroxromaffin-like (ECL) hujayralardan histamin ajralishini rag‘batlantirish orqali parietal hujayralarning xlorid kislotani ishlab chiqarishini kuchaytiradi. Shu bilan birga, xlorid kislotaning yuqori konsentratsiyasi gastrinning sekretsiyasini tormozlash orqali orqaga bog‘lanish mexanizmini ishga tushiradi. Pankreatik giperfermentemiya sharoitida ushbu jarayonlar sezilarli darajada o‘zgarishi mumkin.

Tadqiqot natijalariga ko‘ra, pankreatik fermentlarning me’da sekretsiyasiga ta’siri murakkab va ko‘p qirrali. Bir tomondan, yuqori pankreatik fermentlar konsentratsiyasi oshqozon shilliq qavati bilan bevosita o‘zaro ta’sirlashib, uning himoya tizimlariga zarar yetkazishi va sekretsiyani kamaytirishi mumkin. Boshqa tomondan, pankreatik fermentlarning oshishi oshqozon motorikasining o‘zgarishiga va neyroendokrin javobning o‘zgarishiga olib keladi, bu esa gastrinning sekretsiyasini bevosita yoki bilvosita ta’sir qilish orqali me’da sekretsiyasini boshqarishi mumkin. Bundan tashqari, pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin sekretsiyasining o‘zgarishi haqida turli qarama-qarshi fikrlar mavjud. Ba’zi tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, pankreatik fermentlar gastrinning ishlab chiqarilishini tormozlashi mumkin, chunki oshqozon-ichak tizimi sekretsiya va fermentativ faoliyat muvozanatini saqlashga intiladi. Boshqa manbalarga ko‘ra, aksincha, pankreatik fermentlar oshqozon devoridagi retseptorlarni rag‘batlantirishi va gastrin ishlab chiqarilishini oshirishi mumkin, bu esa me’da sekretsiyasining kuchayishiga sabab bo‘ladi. Shu sababli, ushbu mexanizmlar hali to‘liq o‘rganilmagan va kelajakdagi tadqiqotlarda yanada batafsil tahlil qilish zarur. Xlorid kislotaning ta’siri esa gastrin sekretsiyasining tormozlanishi orqali amalga oshadi. Yuqori darajadagi HCl gastrinning sekretsiyasini kamaytirish orqali oshqozon sekretsiyasini tormozlaydi. Bu jarayon asosan D-hujayralardan somatostatin ajralishi orqali amalga oshiriladi. Somatostatin gastrinning ajralishini bostirib, me’da sekretsiyasining kamayishiga olib keladi. Biroq, pankreatik giperfermentemiya sharoitida bu tormozlovchi mexanizmlar murakkablashadi va aniq qanday o‘zgarishlar yuz berishi hali ham to‘liq o‘rganilmagan.

Turli tadqiqotlarning taqqoslanishi shuni ko‘rsatadiki, gastrin va HCl ning regulyatsiya jarayonlari bo‘yicha ba’zi qarama-qarshiliklar mavjud. Masalan, ba’zi tadqiqotlarda xlorid kislotaning oshqozon sekretsiyasini tormozlovchi ta’siri ko‘rsatilgan bo‘lsa, boshqalarida bu jarayon pankreatik fermentlarning ishtirokida kuchayishi yoki kamayishi mumkinligi ta’kidlangan. Bundan tashqari, inson organizmida ushbu jarayonlarning aniq kechishini aniqlash maqsadida ko‘proq klinik tadqiqotlar o‘tkazilishi lozim.

Shunday qilib, adabiyotlar tahlili shuni ko‘rsatadiki, pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin stimulyatsiyasi va xlorid kislotaning tormozlovchi ta’siri o‘zaro murakkab ta’sir qiladi, va bu jarayonlar hali to‘liq o‘rganilmagan. Ushbu mavzuni yanada chuqur o‘rganish uchun eksperimental va klinik tadqiqotlar zarur bo‘lib, ayniqsa, pankreatik fermentlar va gastrin o‘zaro ta’sirining aniq mexanizmlarini tushunish muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosa. Ushbu ilmiy tadqiqot adabiyotlar tahliliga asoslangan holda pankreatik giperfermentemiya sharoitida gastrin stimulyatsiyasi va xlorid kislotaning tormozlovchi ta’siri ostida me’da bezlari sekretsiyasining o‘zgarishi haqida ma’lumotlarni umumlashtirdi. Olingan natijalarga ko‘ra, gastrin oshqozon sekretsiyasining asosiy stimulyatori bo‘lib, u parietal hujayralarni faollashtirish orqali xlorid kislota ishlab chiqarilishiga yordam beradi. Biroq, xlorid kislotaning o‘zi orqaga bog‘lanish mexanizmi orqali gastrin sekretsiyasini tormozlaydi. Pankreatik giperfermentemiya sharoitida ushbu jarayonlar murakkablashadi, chunki oshqozon-ichak tizimidagi neyroendokrin balans o‘zgaradi va gastrin hamda somatostatinning sekretsiyasi bevosita yoki bilvosita ta’sir ostida o‘zgarishi mumkin. Ayrim tadqiqotlar pankreatik fermentlarning oshqozon sekretsiyasiga bostiruvchi ta’sir ko‘rsatishini ko‘rsatsa, boshqalarida bu fermentlar gastrin ishlab chiqarilishini rag‘batlantirishi mumkinligi ta’kidlangan. Shu sababli, ushbu mexanizmlar hali to‘liq o‘rganilmagan va aniq biologik asoslar kelajak tadqiqotlar yordamida chuqurroq o‘rganilishi lozim. Shuningdek, xlorid kislotaning gastrin sekretsiyasini tormozlovchi ta’siri somatostatin ajralishi orqali amalga oshishi aniqlangan. Bu jarayon me’da sekretsiyasini muvozanatda ushlab turish uchun muhim bo‘lsa-da, pankreatik giperfermentemiya sharoitida qanday o‘zgarishlar yuz berishi hali yetarlicha o‘rganilmagan. Turli ilmiy manbalar

ushbu jarayonning har xil yo‘nalishlarda kechishini ko‘rsatgan bo‘lib, bu masala bo‘yicha kelajakda qo‘shimcha tadqiqotlar zarur.

Umuman olganda, gastrin sekretsiyasi va xlorid kislotaning tormozlovchi ta’siri pankreatik giperfermentemiya sharoitida murakkab o‘zgarishlarga uchraydi. Hozirgi tadqiqotlar ushbu mexanizmlarni to‘liq tushuntirib bera olmaydi va mavjud qarama-qarshiliklar sababli yangi eksperimental hamda klinik tadqiqotlarga ehtiyoj bor. Kelajakda bu boradagi chuqur ilmiy izlanishlar oshqozon-ichak kasalliklarining patogenezini yanada chuqurroq tushunishga va samarali davolash usullarini ishlab chiqishga yordam beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Dimaline, Rod, and Andrea Varro. "Novel roles of gastrin." The Journal of physiology 592.14 (2014): 2951-2958.
2. Dockray, Graham, Rod Dimaline, and Andrea Varro. "Gastrin: old hormone, new functions." Pflügers Archiv 449 (2005): 344-355.
3. Lim, Robert KS, A. C. Ivy, and J. E. McCarthy. "Contributions to the physiology of gastric secretion. I: gastric secretion by local (mechanical and chemical) stimulation." Quarterly Journal of Experimental Physiology: Translation and Integration 15.1 (1925): 13-53.
4. Коротько, Г. Ф. "Регуляция экзосекреции поджелудочной железы." Успехи физиологических наук 40.1 (2009): 27-43.
5. Schubert, Mitchell L. "Gastric secretion." Current opinion in gastroenterology 26.6 (2010): 598-603.
6. Mishchenko, V. V., et al. "Diagnostic and treatment approaches to acute pancreatitis in pregnant women." (2022).
7. Physiology, Gastrin Jordon G. Prosapio; Parvathy Sankar1; Ishwarlal Jialal2. Michigan State University College of Osteopathic Medicine. April 6, 2023.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ШОШИЛИНЧ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ МАРКАЗИДА ПОЛИОРГПН ЖАРОХАТЛАР БИЛАН ШИКАСТЛАНГАНЛАРГА КЎРСАТИЛАЁТГАН ТИББИЙ ЁРДАМ ТАХЛИЛИ

Собиров О.

РШТТЁМ Хоразм филиали.

Кириш.Политравмалар ва уларнинг асоратлари ахолининг касалланиши, хамда ўлим сабаблари структурасида мухим ўрин тутади.Кўп жихатдан диққат эътиборнинг политравмаларга қаратилишга қарамасдан кўп ва қўшма жарохатлардан ўлимнинг юзага келиши 40 % ни, ногиронликнинг юзага келиши 25-45 % ни ташкил қилади, энг ачинарлиси 70 % холатда бу ахолининг ёш, мехнатга лаёқатли қисмига тўғри келади.

Ишнинг мақсади. Республика шошилинч тез тиббий ёрдам маркази Хоразм филиали реанимация бўлимида кўрсатилган шошилинч тиббий ёрдамдан кейин юзага келган ўлим холатларини ўрганиш.

Материал ва методлар.Материал бўлиб, шу марказда 2022-2024 йилларда реанимация бўлимига ётқизилиб ёрдам кўрсатилган, аммо кўрсатилган ёрдамга қарамасдан вафот этган 45 нафар беморларнинг касаллик тарихлари тахлили ўтказилди ва ўлим сабаблари атрофлича ўрганилди..

Политравмаларда жабрланганларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифати уларнинг қанчалик қисқа муддатларда касалхоналарга етказилишига кўп жихатдан боғлиқ бўлади, шу ўринда ўтказилган тахлиллар шуни кўрсатдики , олинган жарохатлардан кейин 45 нафар беморларнинг 23 нафари яъни 51 фоизи ўзлари йўловчи машиналарда ёки уй машиналарида келишган, бу эса малакали тиббий ёрдамнинг илк даврларида кўрсатилмаганидан далолат беради, фақат 22 нафар (49 %) беморгина тез тиббий ёрдам машиналари орқали тиббиёт марказларига олиб келинган.

Бу кўрсаткичлар политравмаларнинг юзага келиши одатда кутилмаган холатларда ривожланишини яна бир марта тасдиқлайди.

Жабрланганларни даволаш жараёнида ўлим холатларининг юзага келиш муддатлари тахлили шуни кўрсатадики дастлабки даврда яъни 1 суткагача (14 та холат) ва 1 сутка (3 та холат) давомида юз беради, кейинги даврдаги ўлим холатлари юқорида кўрсатилганидек, олинган жарохатлар натижасида ривожланган асоратлар: юрак қон-томир етишмовчилиги (6 та холат), нафас етишмовчилиги марказий асаб тизими билан боғлиқ тарздаги (5 та холат), бош мияга қон қуйилиши (6 та холат), ўпка артерияси тромбоэмболияси (6 та холат), травматик шок (9 та холат), постгеморрагик шок (4 та холат), бош мия шиши натижасида калла катта тешигига миянинг қисилишидан (9 та холат)**,** турли муддатларда юзага келган ва муддат 33 кунгача бўлган даврга чўзилган.

Жабрланганлар қабул қилинган пайтдан бошлаб, шунингдек, 6-8, 10-12 соатлик даволанишдан сўнг, сўнгра ҳар куни 5-7 кун давомида кенг қамровли текширув ўтказилди. Гипоксия, қоннинг ҳолати, сув-электролитлар бузилиши, қоннинг коагуляцион хусусиятлари ҳолати, периферик қон айланиши (биполяр реовазография томонидан ўрганилган), ташқи нафас олиш кўрсаткичлари, буйрак ишлаш жараёнлари ва функцияларининг айрим кўрсаткичларига алоҳида эътибор қаратилди. Реанимациядан кейинги даврда травматик, геморрагик шокнинг оғир ва терминал босқичларини бошдан кечирган беморларда 48,3% ҳолларда асоратлар ривожланади, бу клиник жиҳатдан бир ёки бир нечта ички аъзоларнинг, баъзан миянинг шикастланиши билан ифодаланади.

Хулоса ўрнида шуни айтиш мумкинки, жарохатланиш холатлари , кўпроқ ёшларда яъни 18-44 ёшдаги инсонлар орасида кузатилади,чунки бу ёшдаги инсонлар фаол хаёт тарзини кечиришади ва кўпроқ турли омилларга мойиллик кузатилади.60-74 ёшдаги инсонлар орасида кўпроқ касалликлар билан боғлиқ тарздаги шошилинч холатлар, яъни турли касалликлар натижасидаги асоратлар, бош мия шишиши, бош мияга қон қуйилиши, ўткир қон -томир етишмовчилиги, нафас етишмовчилиги каби асоратлар беморларнинг ўлимига олиб келган.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ

Султанов Б.Б [1], Каримов Р.Х [2], Хаджимуратова М.Х[3]., Юсупова Д.М.
[1]Ургенчский Филиал Ташкентской медицинской академии,
Ассистент кафедры Патоморфологии
[2]Ургенчский Филиал Ташкентской медицинской академии,
Проректор по научным работам и инновациям
[3]Ургенчский Филиал Ташкентской медицинской академии,
Ассистент кафедры Патоморфологии

Рак слюнных желёз представляет собой редкую форму онкологической патологии, входящую в группу злокачественных новообразований головы и шеи. Эти опухоли могут быть как злокачественными, так и доброкачественными, формируясь в слюнных железах, ответственных за выработку и секрецию слюны. Несмотря на сравнительно низкую распространённость, данная патология имеет высокую клиническую значимость, поскольку ранняя диагностика и своевременно начатое лечение играют ключевую роль в улучшении прогноза и повышении качества жизни пациентов.

Ключевые слова: рак слюнных желез, опухоли, злокачественные опухоли, эпителиальных опухоли, слюнных железы.

Сўлак безлари рак касаллигининг эпидемиологияси ва морфологик хусусиятлари

Султанов Б.Б.[1], Каримов Р.Х.[2], Ҳожимўратова М.Х.[3] Юсупова Д.М.
[1]Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали,
Патоморфология кафедраси ассистенти

[2]Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали,
Илмий ишлар ва инновациялар бўйича проректори
[3]Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали,
Патоморфология кафедраси ассистенти

Сўлак бези раки — бош ва бўйин соҳасидаги ёмон хулқли ўсмалар гуруҳига кирадиган нисбатан кам учрайдиган онкологик патология туридир. Бу ўсмалар сўлак ишлаб чиқариш ва чиқариш учун масъул бўлган сўлак безларида ривожланади ва ҳам ёмон, ҳам яхши хулқли бўлиши мумкин. Тарқалиш даражасининг пастлигига қарамасдан, бу касаллик клиник жиҳатдан юқори аҳамиятга эга, чунки уни эрта аниқлаш ва ўз вақтида даволаш беморларнинг прогнозини яхшилаш ва ҳаёт сифати ошишида муҳим ўрин тутади.

Калит сўзлар: сўлак бези раки, ўсмалар, ёмон хулқли ўсмалар, эпителий ўсмалари, сўлак безлари.

Epidemiology and Morphological Characteristics of Malignant Tumors of the Salivary Glands

Sultonov B.B.[1], Karimov R.Kh.[2], Khadzhimuratova M.Kh.[3], Yusupova D.M.
[1]Assistant of the Department of Pathomorphology, Urgench Branch of Tashkent Medical Academy
[2]Vice-Rector for Scientific Research and Innovations, Urgench Branch of Tashkent Medical Academy
[3]Assistant of the Department of Pathomorphology, Urgench Branch of Tashkent Medical Academy

Salivary gland cancer is a rare form of oncological disease classified among malignant neoplasms of the head and neck. These tumors can be either malignant or benign, developing in the salivary glands responsible for the production and secretion of saliva. Despite its relatively low incidence, this pathology has high clinical significance, as early diagnosis and timely treatment play a crucial role in improving the prognosis and enhancing the quality of life for patients.

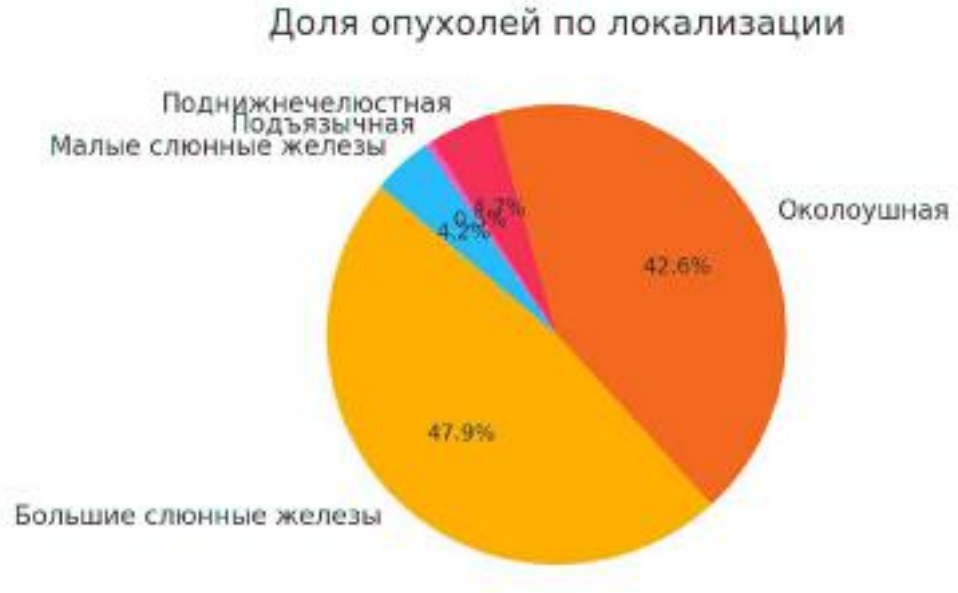
Keywords: salivary gland cancer, tumors, malignant tumors, epithelial tumors, salivary glands.

Слю́нные же́лезы. У человека, кроме многочисленных мелких слюнных желёз в слизистой оболочке языка, нёба, щёк и губ, имеется 4 пары крупных слюнных желёз: околоушная, подчелюстная, подъязычная и трубная. **Онкологические заболевания** это группа заболеваний, характеризующихся аномальным ростом клеток, которые могут распространяться на соседние ткани и органы они могут быть злокачественным или доброкачественным.

Злокачественная опухоль – патологическое образование, возникающее вследствие нарушений основных функций ДНК клетки: роста, деления и дифференцировки .

Актуальность темы: Новообразования слюнных желез встречаются в 1—*2%* наблюдений по отношению к общему количеству опухолей, возникающих у человека на данный момент этот тема актуальная по всему миру. Чаще опухоли слюнных желез бывают доброкачественными (около 60%) но несмотря на это больные страдает психический избегать это сложно. Актуальность этой тему является изучить частоту встречаемости и изменение рака слюнных желез. Злокачественые новообразования наблюдаются в 10—46% случаев. Такая большая разница обусловлена тем, что исследователи придерживаются разных классификаций опухолей слюнных желез. Злокачественные новообразования больших слюнных желез относятся к редким опухолям, которые включают 21 гистологический вариант с разнообразной клиниче ской картиной. Соотношение опухолей околоушной и подчелюстной слюнных желез составляет от 6:1 до15:1. Опухоли слюнных желез могут встречаться у пациентов в различном возрасте. Наиболее часто новообразования слюнных желез появляются у людей в возрасте от 50 до 60 лет. Иногда

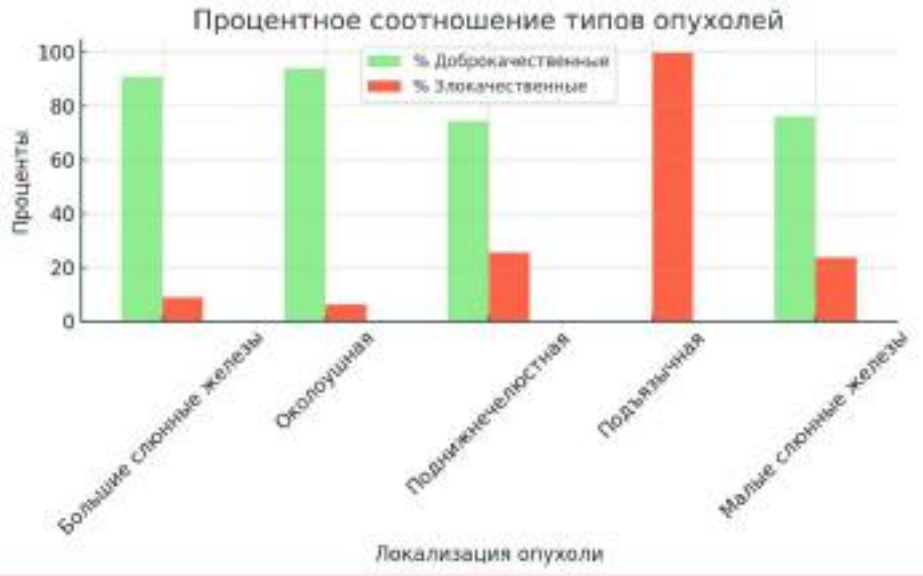
продолжительность анамнеза установить сложно, т.к. нередко опухолевый процесс протекает десятилетиями, бессимптомно. Среди мужчин и женщин опухоли слюнных желез встречаются примерно одинаково.



Доля опухолей по локализации: Поднижнечелюстная-4,7%
Подъязычная-0,5%
Большие слюнные железы-47,9%
Околоушная-42,9%

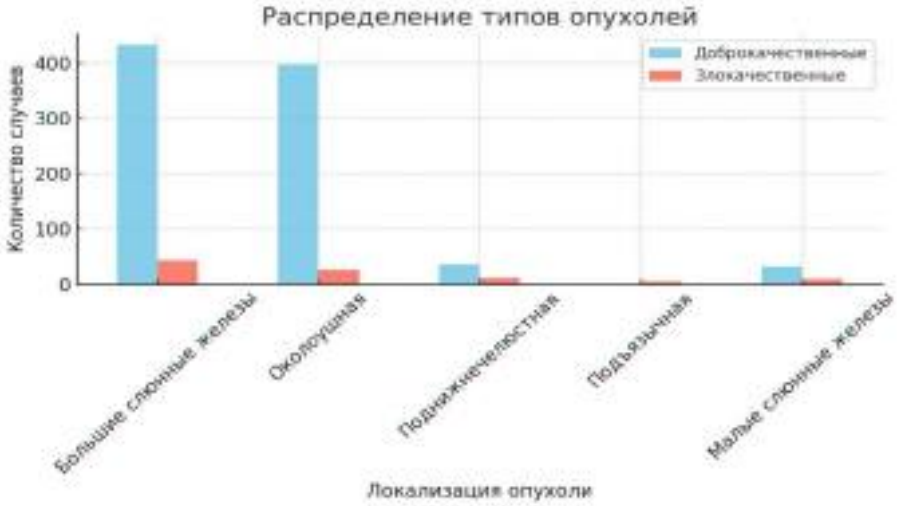
Цель работы: Целью данного исследования является статистический учёт и раннее выявление, определение ключевых факторов риска его развития, а также лечения данного заболевание.

Материалы и методы: Опухоли слюнных желез могут встречаться у пациентов разного возраста. Наиболее часто новообразования слюнных желез появляются у людей в возрасте от 50 до 60 лет. Среди мужчин и женщин опухоли слюнных желез встречаются примерно одинаково, иногда преобладая у того или иного пола в зависимости от гистологической структуры новообразования. Большие слюнные железы поражаются опухолевыми процессами гораздо чаще, чем малые, но при этом новообразование обычно носит доброкачественный характер. Поражение малых слюнных желез, как правило, имеет злокачественное течение (А. М. Пачес, 2000; А. А. Тимофеев, 2007). Опухоли больших слюнных желез обычно возникают с одной стороны, одинаково часто располагаясь справа и слева. Двустороннее поражение наблюдается в основном при аденолимфоме. Новообразования слюнных желез могут быть поверхностными, находиться в глубине паренхимы железы или исходить из добавочной доли околоушной слюнной железы. Очень редко новообразования развиваются из стенонова протока.В таких случаях они находятся в толще щеки. Среди малых слюнных желез опухолевыми процессами наиболее часто поражаются железы слизистой оболочки твердого (реже мягкого) неба. Опухоли подъязычных слюнных желез наблюдаются крайне редко. Год за годом увеличивается больные точный причина не известно одни ученные предполагает что причина вредные привычки а другие предполагает наследственный предрасположенность. Все выше сказанное мнение правильный и имеет научный доказательство но суть не в этом нам нужно правильный тактика лечения, свое временное выявления патологии и точный статистические данные в этом направлении.

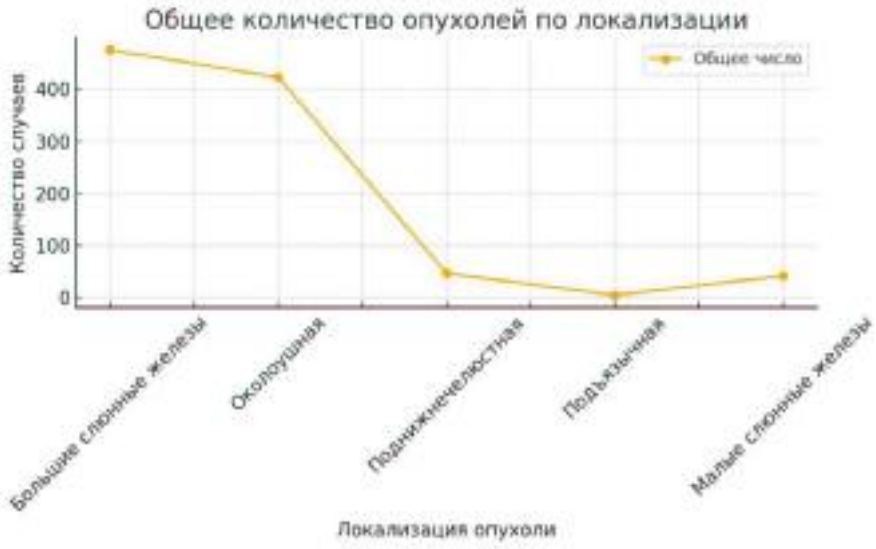


Процетное соотношение типов опухолей:

	Доброкачественные	Злокачественные
Большие слюнные железы-	90%	10%
Околоушная-	95%	8%
Поднижнечелюстная-	70%	23%
Подъязычная-		100%



Малые слюнные железы-	78%	21%
Распределение типов опухолей	Доброкачественные	Злокачественные
Большие слюнные железы-	более 420 случи	10 случи
Околоушная-	400 случи	5 случи
Поднижнечелюстная-	8 случи	3 случи
Подъязычная-		1-2 случи
Малые слюнные железы-	7-8 случи	1-2 случи



Общее количество опухолей по локализации
Большие слюнные железы- более 430 случи
Околоушная- 405 случи
Поднижнечелюстная- 11 случи
Подъязычная- 3 случи
Малые слюнные железы- 11 случи

Злокачественные опухоли слюнных желез . Встречаются в 12–17 % наблюдений. В 21 % случаев этот вид новообразований возникает в результате малигнизации доброкачественной опухоли. Чаще болеют женщины старше 40 лет. Примерно 2 /3 опухолей поражают большие слюнные железы. Анамнез, как правило, короткий из-за быстрого роста опухоли. При пальпации новообразование плотное, безболезненное, имеет нечеткие границы. В начальном периоде опухолевый узел может быть подвижным, особенно при поверхностном расположении, однако подвижность постепенно теряется вследствие инфильтрации окружающих тканей. Опухоль может спаиваться с кожей, которая приобретает красноватый цвет. По мере прогрессирования заболевания присоединяются боли, появляется парез ветвей лицевого нерва. В запущенных случаях поражаются близлежащие мышцы и кости, причем при вовлечении в опухолевый процесс жевательных мышц возникает контрактура. Метастазирование в регионарные лимфоузлы бывает у 40–50% больных. Иногда метастатические узлы увеличиваются в размерах быстрее первичной опухоли. Отдаленные метастазы возникают в легких, костях скелета. Макроскопически на разрезе опухолевый узел имеет однородный или слоистый рисунок, множественные мелкие или одиночные крупные кисты. Опухоль не имеет четких границ и переходит в здоровую ткань. Вследствие мутации клетки становятся злокачественными, орган, который из них состоит, влияет на их функции, опухоль метастазирует и быстро растет. Злокачественные опухоли слюнных желез могут прорастать в соседние структуры, такие как лицевой нерв, нижняя челюсть, сосцевидный отросток височной кости, распространяясь под основанием черепа и в ротовую полость. Местное метастазирование происходит в регионарные лимфатические узлы шеи, а отдалённые метастазы могут поражать лёгкие и кости .

2022 году в мире было зарегистрировано около 20 миллионов новых случаев рака из 53 000 - 68 000 тысяч рак слюнных желез **данные ВОЗ**

Особенности обследования больных с новообразованиями слюнных желез

Заключение о характере патологического процесса в слюнной железе может быть получено с помощью различных методов исследования (Пачес А.И., 1968):— изучение клиники заболевания (жалобы, история заболевания, осмотр, определение формы, консистенции, локализации,болезненности, размеров опухоли, четкости и ровности контуров,характер поверхности). Определяют степень открывания рта, состояние лицевого

нерва. Проводят пальпацию регионарных лимфоузлов. Однако сходство клиники опухолевых и неопухолевых заболеваний слюнных желез, а также сложности дифференциальной диагностики доброкачественных, промежуточных и злокачественных новообразований вызывает необходимость вспомога-

тельных и специальных методов диагностики:

— цитологическое исследование пунктатов и мазков-отпечатков;

— биопсия и гистологическое исследование материала;

— рентгенологическое исследование;

— радиоизотопное исследование.

Диагностика злокачественных опухолей больших слюнных желез сложна. Она включает, прежде всего, оценку морфологического варианта их строения. В связи с этим роль тонкоигольной аспирационной биопсии неоднозначна, поскольку ценность данного метода за ключается в идентификации злокачественного ха рактера процесса. Core-биопсия позволяет уточнить гистогенез опухоли, тем не менее ее результаты не со гласуются с окончательной гистологической характе ристикой опухоли в 20 % случаев, особенно при редких гистологических вариантах опухоли . В представ ленном наблюдении морфологический вариант ново образован

Дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез. Как правило, доброкачественные опухоли слюнных желез не сопровождаются какими-либо функциональными нарушениями, появление которых более характерно для злокачественных опухолей за счет прорастания ими нервов и прилежащих мышечных структур. Функциональные нарушения в виде пареза или паралича мимической мускулатуры, болевого синдрома или снижения чувствительности кожи, ограничения открывания рта и затрудненного глотания на фоне быстрого роста опухоли являются основными дифференциально-диагностическими клиническими критериями злокачественных опухолей слюнных желез. Однако определенные функциональные нарушения возможны и при доброкачественных новообразованиях: опухоли больших размеров, исходящие из глубокого отдела околоушной железы и находящиеся в окологлоточном пространстве, могут вызывать выраженную асимметрию ротоглотки и дискомфорт при приеме пищи и даже привести к развитию асфиксии, требующей выполнения экстренной трахеотомии.

Результаты: Лечение злокачественных опухолей слюнных желез. Выбор схемы лечения зависит от распространенности опухолевого процесса, морфологической разновидности опухоли, возраста пациента, наличия сопутствующей патологии. В большинстве случаев (кроме радиорезистентных видов сарком) применяется комбинированное лечение. Хирургическое лечение. Основным видом оперативного вмешательства при злокачественных опухолях околоушных слюнных желез является паротидэктомия с сохранением лицевого нерва или без него. При низкозлокачественных опухолях околоушной железы T1–T2 допустимо выполнять субтотальную резекцию. В этом случае необходим интраоперационный контроль радикальности хирургического вмешательства. До операции должно быть четко выяснено функциональное состояние нерва, поскольку частичный или полный паралич может быть обусловлен инвазией опухоли. Если опухоль не окружает нерв циркулярно и отсутствует периневральная инвазия, возможно проведение нервсохраняющих операций с последующим курсом лучевой терапии. Увеличенные или подозрительные лимфатические узлы удаляются и направляются на срочное гистологическое исследование. При одиночных метастазах предпочтение отдается модифицированным шейным лимфодиссекциям. Опухоли подчелюстной и подъязычной слюнных желез удаляются единым блоком с содержимым подчелюстного треугольника. Распространенные опухоли требуют резекции всех вовлеченных структур (кожа, мышцы, нервы, нижнечелюстная и височная кость). Лучевая терапия. При первично резектабельных опухолях преимущество имеет послеоперационная лучевая терапия. На ложе удаленной опухоли подводится СОД 60–70 Гр, на регионарные

лимфатические узы СОД 50 Гр. Разовые очаговые дозы зависят от скорости роста опухоли и ее степени дифференцировки. При медленно растущих опухолях РОД 1,8 Гр, при высокозлокачественных быстрорастущих — РОД 2 Гр. После удаления опухолей глубокой доли, распространяющихся на парафарингеальное пространство, для снижения повреждения контралатеральной околоушной железы облучение проводиться с использованием комбинации фотонной терапии и электронотерапии. Превентивное облучение лимфатических узлов шеи на стороне пораженной слюнной железы обязательно при высокозлокачественных опухолях (мукоэпидермоидной карциноме, аденокарциноме, аденокистозной карциноме, злокачественной смешанной опухоли, недифференцированной карциноме и плоскоклеточной карциноме). Химиотерапия проводится препаратами: цисплатин, фторурацил, доксорубицин, паклитаксел, карбоплатин. Лечение злокачественных опухолей проводят в зависимости от стадии (согласно клиническим протоколам лечения): − I–II стадия (низкозлокачественные опухоли): полное удаление слюнной железы (субтотальная резекция околоушной слюнной железы по показаниям); − I–II стадия (средне/высокозлокачественные опухоли): радикальное хирургическое вмешательство на первичном очаге с послеоперационной дистанционной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр (РОД 2 Гр) + профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов на стороне пораженной железы в СОД 50 Гр (РОД 2 Гр). При аденокистозной карциономе в зону облучения включают ложе удаленной опухоли и ближайшие черепно-мозговые нервы (регионарные интактные лимфатические узлы не облучаются); − III–IVстадия (резектабельные): удаление опухоли и проведение радикальной шейной лимфодиссекции на стороне поражения с послеоперационной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр и область регионарных лимфатических узлов на стороне поражения в СОД 50–60 Гр. При наличии в краесечении опухоли умеренной и низкой степени дифференцировки может проводиться одновременная химио- и лучевая терапия. Для лечения нерезектабельных опухолей проводится одновременно химио- и лучевая терапия. Если после завершения лечения опухоль становится резектабельной, возможно выполнение радикального хирургического вмешательства. Диспансерное наблюдение осуществляется: в течение первых шести месяцев после завершения лечения — ежемесячно; далее, в течение последующих шести месяцев (до года) — каждые 2 месяца; в течение второго года — один раз в 4 месяца; с третьего по пятый годы — один раз каждые 6 месяцев; после пяти лет — один раз каждые 12 месяцев. При этом в обязательном порядке проводят следующие виды обследования: локальный контроль (пальпаторное обследование губы, языка, щек, тканей дна полости рта, орофарингоскопия) — при каждом посещении; пальпация регионарных лимфатических узлов — при каждом посещении; УЗИ шеи (при подозрении на наличие метастазов); рентгенологическое исследование органов грудной клетки (при цилиндроме малых или больших слюнных желез рекомендуется компьютерная рентгенотомография грудной клетки) — один раз в год; контроль функции щитовидной железы через 1,2 и 5 лет (после облучения шеи). Рекомендуется соблюдать следующую периодичность и методы наблюдения после завершения лечения: В первые 1-2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые 36 месяца, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев. После 5 лет с момента операции визиты проводятся ежегодно или при появлении жалоб. У пациентов с высоким риском рецидива перерыв между обследованиями может быть сокращен.

Заключение: Рак слюнных желез, несмотря на свою редкость (2–3% от всех опухолей головы и шеи), из них злокачественные опухоли слюнных желез встречаются в 12–17 % наблюдений. В 21 % случаев этот вид новообразований возникает в результате малигнизации доброкачественной опухоли. Чаще болеют женщины старше 40 лет. Примерно 2 /3 опухолей поражают большие слюнные железы. Анамнез, как правило, короткий из-за быстрого роста опухоли. Представляет собой серьезную медицинскую проблему. Его **поздняя диагностика заключается в том что анамнез короткий из за**

быстрого прогрессирования и обусловленная бессимптомным течением на ранних стадиях, приводит к **ухудшению прогноза** и снижению эффективности лечения. Для снижения уровня диагностических ошибок и летальных исходов необходимо внедрение современных методов диагностики.

Литературы:

1. Азис К.С., "Некоторые вопросы клинической морфологии эпителиальных опухолей слюнных желез."., диссертация на соискание ученой степени к.м.н. по специальности 14.00.15. // Москва, ММСИ -1994 С.13-35.
2. Антонова И.В., "Морфология эпителиальных опухолей больших слюнных желез", диссертация на соискание ученой степени к.м.н. по специальности 14.00.15. // Ленинград, ГИДУВ -1989 С.9-36.
3. Белушкина Н.Н., Северин С.Е. Молекулярные основы патологии апоптоза. // Архив Патологии 2001 - Т.1 - С.51-55.
4. Куликов Л.С., "Эпителиальные опухоли слюнных желез."., диссертация на соискание ученой степени д.м.н. по специальности 14.00.15., / / Москва, ММСИ. -1998 С.21-36, 7882.
5. Пачес А. М., Таболиновская Т. Д. //Опухоли слюннқх желез. 2009. – С. 41, 43.
6. Федяев И. М., Байриков И. М., Белова Л. П., Шувалова Т. В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМД, 2000. С. 93, 95.
7. Ластовка А. С., Дударева И. В. Опухоли слюнных желез: учебно-методическое пособие. – Минск: БГМУ, 2017. С. 22, 29.
8. Руцкий Н. Ф., Забелин А. С., Боровой В. Н., Самусенко Е. Г. // Вестник Смоленская государственная медицинская академия; Смоленская областная клиническая больница. Россия. 2012. С. 2.
9. Злокачественные опухоли слюнных желез. Клинические рекомендации. Россия. 2018. С. 18.
10. Первичный плоскоклеточный рак околоушной слюнной железы: клиническое наблюдение научный статья с102 Н. А. Огнерубов1, А. О. Хижняк1, М. А. Огнерубова2, Р. С. Сергеев1, Л. В. Полякова https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnyy-ploskokletochnyy-rak-okoloushnoy-slyunnoy-zhelezy-klinicheskoe-nablyudenie
11. Ismailova Mehriban Olimbaevna //Forensic medical criteria for assessing cerebrospinal fluid circulation disorders in fatal traumatic brain injuries//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
12. Ismailova Mexriban Olimbayevna., Nishanov Ergashali Joraxon o'g'li//Mechanisms of development of central and peripheral nervous system damage in herpesvirus infection//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
13. M. O. Ismailova., Sh. I. Ruziev.//features of formation damage brain from influence of blint objects//Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali.ISSN: 2181-3469 Jild: 03 Nashr:01 2024 yil.
14. M.O.Ismailova., Sh.I.Ruziev.//Features of formation damage brain from influence of blint objects//Ilm-fan va innovatsiya ilmiy-amaliy konferensiyasi in-academy.uz/index.php/si. 2024 yil 1(10).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Тажиева З.Б., Ражабова М.
PhD., доцент. Заведующий кафедрой «Педиатрии и высшего сестринского дела» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.
Студентка Ургенчкого филиала Ташкентской медицинской академии.

Введение. В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них всё большую распространённость приобретает обменная нефропатия. В структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей на её долю приходится от 27 до 64 %.

Дисметаболическая нефропатия – группа заболеваний с различной этиологией и патогенезом, характеризующаяся интерстициальным процессом с поражением канальцев почек вследствие нарушения обмена веществ.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование 120 детей с оксалатной нефропатией в возрасте от 3-х до 14 лет, проживающих в Харезмской области. Всем детям были проведены общеклинические обследования, биохимические исследования крови и мочи. Для оценки состояния слизистой оболочки ЖКТ проводилась ЭФГДС, УЗИ паренхиматозных органов, исследование кала на дисбактериоз.

Результаты и обсуждение. На первых этапах работы нами проведён анализ анамнеза, клинико-параклинических данных и структуры заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей по данным обращаемости.

При анализе медико-биологического анамнеза выявлено, что в 81% случаев имело место патологическая беременность, у 52% обследуемых отмечено перинатальное поражение ЦНС. По данным генеалогического анамнеза, у 85% обследуемых детей выявлено отягощенная наследственность по патологии мочевой системы и гастроэнтерологической патологии (50%). Искусственное вскармливание отмечалось у 49% детей, имеющих патологию мочевой системы и органов пищеварения. Семейный анамнез был отягощен по мочекаменной болезни у 21% детей, по желчнокаменной болезни — у 19%, по язвенной болезни – у 23%.

Изучение данных учетной формы №112 позволило установить, что в структуре патологии органов пищеварения у детей функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (56%) преобладают над органическими, особенно у детей младшего возраста (69%).

Выявлены особенности структуры заболеваний желудочно-кишечного тракта в зависимости от формы патологии почек: у 91% детей с дизметаболическими нефропатиями выявлена патология органов пищеварения из них: хронический гастрит – у 32%; дисфункция билиарного тракта – у 56 %; язвенная болезнь – у 3%, хронический энтероколит -9%.

Анализ клинической картины в группе детей с заболеваниями почек свидетельствуют о том, что при сопутствующей патологии пищеварительной системы у этих больных в клинике отмечался диспептический синдром в виде тошноты; у 28 % больных наблюдался абдоминальный болевой синдром; у 18% клинические проявления отсутствовали.

Ведущими клиническими синдромами, выделенными нами после клинического обследования детей, явились: болевой абдоминальный синдром (84,3%), синдром диспепсических расстройств в 85,6% случаев и синдром астеновегетативных нарушений (60,0%). Ни один из клинических синдромов не встречался изолированно. Сочетание трех синдромов было выявлено у 61,7% детей, а наличие двух - у 38,3 % больных.

Обследование детей с оксалатной нефропатией на дисбиоз выявило, что у 65,3% обнаружены дисбиотические сдвиги различной выраженности: дисбиоз I–II степени – у 102 (85 %), дисбиоз III степени – у 18 больных (15%). Следует отметить, что большинство 60%

больных до обследования не обращали внимания на состояние функции кишечника. Однако при проведении целенаправленного опроса выявлены характерные клинические проявления дисбактериоза: метеоризм, дискомфорт или незначительные боли в животе, умеренные нарушения стула, преимущественно в виде диареи.

Угнетение роста факультативных анаэробов наблюдалось у всех больных с выявленным дисбиозом: бифидобактерии обнаруживались в шестом, а лакто- бактерии – в пятом разведении (10^5 КОЕ/г). Общее количество кишечной палочки соответствовало норме лишь у 38 больных (31,6%), было умеренно повышенным (до $6,2 \cdot 10^8$ КОЕ/г) у 42 (35%), у остальных 40 больных сниженным (33,3%). Снижение уровня нормальной кишечной палочки, как правило, было умеренным – до $1,3–2,8 \cdot 10^8$ КОЕ/г, в отдельных случаях – до 10^7 КОЕ/г (11 больных). При дисбиозе III степени наряду с количественными и качественными изменениями нормофлоры отмечался чрезмерный рост условно-патогенных микроорганизмов: чаще – гемолитических кишечных палочек, реже – грибов кандида.

Заключение. У детей с оксалатной нефропатией преобладают такие нарушения пищеварительной системы, как хронический гастрит (32%), дисфункция билиарного тракта (56 %), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (3%), хронический энтероколит (9%).

Нарушение функции кишечника, в виде дисбиоза выявлено у 65,3% детей с оксалатной нефропатией. Наиболее часто диагностируется дисбиоз I–II степени (85 %).

Ведущими клиническими синдромами являются: болевой абдоминальный синдром (84,3%), синдром диспепсических расстройств (85,6%) и синдром астеновегетативных нарушений (60,0%). Сочетание трех синдромов имело место у 61,7% детей.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ

Тажиева З.Б., Ражабова М.

PhD., доцент, заведующий кафедрой «Педиатрии и высшего сестринского дела» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.

Студентка Ургенчкого филиала Ташкентской медицинской академии.

Введение. В последние годы отмечается рост метаболических заболеваний, в том числе среди детского населения. Среди них все большую распространенность приобретает обменная нефропатия. В структуре заболеваемости мочевыделительной системы у детей на ее долю приходится от 27 до 64%.

Цель исследования: провести анализ заболевания мочевыводящей системы (МВС) у детей 7-15 лет, госпитализированных в отделение “Дети старшего возраста” областной детской многопрофильной медицинской больницы.

Результаты исследования и их обсуждение: из анамнеза заболевания на догоспитальном этапе выяснено, что возраст выявления патологии МВС приходился в основном на детей до 7 лет — 25%, 7 - 10 лет — 44 % и после 10 с 15 лет — 31%. Основной жалобой на догоспитальном этапе было изменение в анализах мочи, выявляемых чаще всего при диспансеризации в декретированные сроки, но при этом крайне редко детям с патологией мочевого осадка проводилось бактериологическое обследование мочи. Учитывая только результаты общих анализов мочи, каждый третий ребенок на амбулаторном этапе получал антимикробную терапию. В основном антибиотики, реже уросептики. Терапия подбиралась эмпирически, что не приводило к желаемому результату, т.е. к санации мочевого синдрома. Практически всем детям на догоспитальном этапе проводилось УЗИ МВС. Изменения на УЗИ выявлялись крайне редко, только у 7% больных отмечены изменения в виде пиелоэктазии и изменения размеров почек. Как и на догоспитальном этапе в стационаре основной жалобой при поступлении были изменения в анализах мочи, но при правильном сборе анамнеза выяснялось, что каждый третий ребенок

имел дизурические расстройства, чаще в виде учащения мочеиспускания, а каждый четвертый ребенок имел повышение температуры. При лабораторном исследовании в анализах мочи отмечались следующие изменения.

Скорее всего, санированный посев мочи отмечался в связи с проведением на догоспитальном этапе антимикробной терапии. В стационаре выявлялась типичная для инфекций мочевой системы флора: кишечная палочка, энтеробактер, протей, клебсиелла и др. Из инструментальных__проводилось УЗИ МВС. Ненормативные показатели выявлены в 60% случаев. В связи с высокой активностью клинико-лабораторных показателей инфекции мочевой системы и частых изменений на УЗИ, в стационаре проводилось R-урологическое исследование, в основном — микционная цистография. У 2/3 пациентов — рефлюкс разной степени, а у 1/3 — косвенные признаки НДМП. При обследовании в стационаре на УЗИ МВС признаки пиелоэктазии выявлены у 29 пациентов, а по данным микционной цистографии ПМЛР разной степени выявлялся почти в 2 раза чаще, то есть у 80 больных.

Учитывая полученные данные, в специализированном отделении в 62% случаев выставлен окончательный DS «Пиелонефрит», чаще «Вторичный пиелонефрит» на фоне пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса. Инфекция мочевых путей диагностирована в 26% случаев и лишь в 12% данных за инфекцию мочевых путей не была выявлено.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Тажиева З.Б.. Раджабова М.
PhD., доцент. Заведующий кафедрой «Педиатрии и высшего сестринского дела» Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.
. Студентка Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии.

Резюме. Во всем мире заболевания мочевыделительной системы становятся одной из актуальных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, осложнения заболеваний почек имеют важное значение для системы общественного здравоохранения во всех странах, в зависимости от места проживания, образа жизни, пола, возраста, статуса питания, под воздействием экологических факторов наблюдается риск для жизни детей и взрослых. В связи с этим проблема ранней диагностики, назначение адекватной дието- и медикаментозной терапии является актуальной.

Ключевые слова: дети, дисметаболическая нефропатия, кристаллурия, оксалатурия.

METABOLIC BASIS OF PREVENTION OXALATE NEPHROPATHY AND URINARY SYSTEM INFECTION IN CHILDREN.

Tajieva Zebo Bahodirovna. Radjabova Mokhinabonu
PhD. Head of the Department of Pediatrics and Higher Nursing,
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy.
. Student of the Urgench branch of the Tashkent Medical Academy.

Summary.. All over the world diseases of the urinary system are becoming one of the urgent problems. According to the World Health Organization, complications of kidney disease are important for the public health system in all countries, depending on the place of residence, lifestyle, gender, age, nutritional status, under the influence of environmental factors, there is a risk to the lives of children and adults. In this regard, the problem of early diagnosis, the appointment of adequate dietary and drug therapy is relevant.

Key words: children, dysmetabolic nephropathy, crystalluria, oxalaturia.

Одной из актуальных проблем педиатрии на современном этапе являются заболевания органов мочевой системы (ОМС). Эпидемиологические исследования, проведенные на рубеже XX-XX1 веков, показали, что распространенность патологии ОМС варьирует от 60:1000 до 187:1000 детей в детской популяции, в зависимости от экологической обстановки в зоне проживания ребенка[1,7,8]. При этом в структуре патологии ОМС преобладают заболевания врожденного и наследственного генеза, имеющие скрытое начало и торпидное течение, среди которых большая доля приходится на обменные, дизметаболические нефропатии (ДН).

Под дисметаболическими нефропатиями понимают большую группу нефропатий с различной этиологией и патогенезом, но объединенных тем, что их развитие связано с нарушениями обмена. Патология обмена приводит к изменениям функционального состояния почек или к структурным сдвигам на уровне различных элементов нефрона. Дисметаболические нефропатии в широком значении объединяют заболевания, связанные с тяжелыми нарушениями водно-солевого обмена, которые развиваются при желудочно-кишечных заболеваниях с токсическим синдромом и нарушениями гемодинамики. К ним могут быть отнесены поражения почек, протекающие на фоне нарушений фосфорно-кальциевого обмена при гиперпаратиреозе, гипервитаминозе D и других заболеваниях. Термин «дисметаболическая нефропатия», употребленный в узком смысле, обозначает полигенно наследуемую (мультифакториально развивающуюся) нефропатию, которая связана с нарушением обмена щавелевой кислоты и проявляется в условиях семейной нестабильности цитомембран.

Здоровые дети выделяют с мочой единичные мелкие кристаллы солей (чаще всего это оксалаты и трипельфосфаты) величиной 0,03-0,055 мкм, которые не вызывают повреждения почечной ткани. Считают, что повреждающее действие на органы мочевой системы возможно при наличии кристаллов в осадке мочи более 10 в поле зрения и при их размерах более 12 мкм. В процессе кристаллообразования играют роль три принципиальных фактора: перенасыщение канальцевой жидкости сверх пределов ее стабильности, снижение активности ингибиторов перенасыщения, наличие активаторов преципитации.

Кристаллурия-вариант мочевого синдрома, при котором по результатам лабораторных исследований в моче обнаруживается повышенное содержание кристаллов солей. В повседневной практике врача данный симптом отмечается практически у каждого третьего ребенка. Удельный вес кристаллурий в структуре детской нефрологической патологии превышает 60%[1]. Наиболее распространенной является оксалатная и оксалатно-кальциевая кристаллурия, на долю которой приходится 75,0–80,0%[1,2,13]. Для образования кристалла необходимо наличие ионной пары — аниона и катиона (например, иона кальция и иона оксалата). Перенасыщение мочи различными видами ионов в конечном итоге приводит к их преципитации в виде кристаллов и их последующему росту. Огромную роль при этом играет дегидратация мочи, что влечет за собой повышение концентрации ионов в моче даже при их нормальной продукции. Кроме степени насыщения, на растворимость ионов влияют ионная сила, способность к комплексообразованию, скорость тока мочи, pH мочи[14,17].

Проблема спорадических дисметаболических нефропатий является весьма актуальной в педиатрии и нефрологии детского возраста. Это обусловлено высокой частотой заболевания в популяции, а также возможностью его прогрессирования вплоть до развития мочекаменной болезни и/или интерстициального нефрита.

Установлено, что интермиттирующая оксалатно-кальциевая кристаллурия, выявленная в детском и подростковом возрасте, приводит к прогрессированию тубулоинтерстициальных нарушений у взрослых и увеличению частоты смешанного варианта мочевого синдрома, характеризующегося выраженной протеинурией, гематурией, признаками мембранолиза канальцевого эпителия почек, функциональными и структурными изменениями со стороны почек и мочевого пузыря [5].

Среди ДН, связанных с нарушением водно-солевого, углеводного, фосфорно-кальциевого и других видов обмена, особое внимание в связи с наибольшей распространенностью, достигающей 20% среди общего числа патологии ОМС, обращается на нарушения обмена щавелевой кислоты, так называемые дизметаболические нефропатии с оксалатно - кальциевой кристаллурией (ДН с ОКК) [1,2,5]. Вариабельность показателя распространенности ДН с ОКК по данным различных авторов обусловлена отличиями в экологической обстановке в районе проживания детей и может достигать 31,4% у детей дошкольного возраста [1,3,5]. Прогрессирование оксалатной нефропатии зачастую ведет к развитию абактериального интерстициального нефрита (ИН), а в результате присоединения вторичной инфекции развивается пиелонефрит. Максимально выраженные дизметаболические расстройства могут обусловить возникновение мочекаменной болезни (МКБ), причем даже в первые годы жизни ребенка [3,12,15].

В настоящее время распространенность кристаллурии в детской популяции в не эндемичных районах составляет 32%, а в экологически неблагоприятных достигает 47%, на долю оксалатной кристаллурии приходится 68—71%, уратной 9—15%, фосфатурии 9—10% и на другие от 3 до 5% [9].

Одним из важнейших научно-практических направлений социальной педиатрии и организации здравоохранения является региональный подход к изучению состояния здоровья детей. На его формирование оказывают влияние климатогеографические, экологические и экономические условия проживания, степень миграции населения, этнические и социокультурные особенности, а также существенные различия в материально-технической базе лечебно-профилактических учреждений по регионам. По мнению ряда специалистов, дисметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кристаллурией рассматривается в качестве модели экозависимого заболевания [11].

Пушкарева Е.Ю. при изучении клинико-патогенетических особенностей формирования и механизмов прогрессирования дизметаболических нефропатий у детей в зависимости от возраста установила, что проживание в районах с высокой антропогенной нагрузкой увеличивает шанс развития ДН с ОКК в 2 раза. Автором было доказано, что употребление фильтрованной питьевой воды может рассматриваться как мера профилактики развития оксалатно-кальциевой кристаплурии у детского населения промышленных территорий [12]. Вариабельность показателя распространенности дизметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией по данным различных авторов обусловлена отличиями в экологической обстановке в районе проживания детей и может достигать 31,4%[7,8]. В среднем по России распространенность дизметаболической нефропатии составляет 1,4:1000 детской популяции и в связи с ухудшением экологической обстановки имеет тенденцию к росту [10].

Выделяют эндогенные и экзогенные причины оксалатной дисметаболической нефропатии у детей. К эндогенным причинам относятся: повышение биосинтеза оксалатов, гиперурикемия, нарушения обмена цистина, фосфатурия, сахарный диабет, нарушения обмена витаминов, ишемические нефропатии, электролитные нарушения, гиперпаратиреоз. Экзогенные причины включают особенности питания, особенности питьевого режима, экопатогены (кадмий, свинец, уран, органические растворители и др.), лекарственные вещества, климатические особенности региона проживания. Упорную кристаллурию следует считать специфическим признаком нарушения обмена кальция на клеточном уровне, её наличие обычно сочетается с солевым диатезом [1,2].

Существует два этиопатогенетических варианта гипероксалурии – первичная и вторичная. Первичная гипероксалурия – это наследственное заболевание, включающее три редких вида генетически обусловленных нарушений метаболизма глиоксиловой кислоты, которые характеризуются повышенной экскрецией оксалатов, рецидивирующим оксалатно- кальциевым уролитиазом и/или нефрокальцинозом и прогрессирующим снижением скорости клубочковой фильтрации с развитием хронической почечной недостаточности[2]. Оксалатно-кальциевые кристаллы откладываются во всех тканях

организма, что приводит к оксалозу в возрасте 10-30 лет. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу, однако известны случаи доминантного наследования. Эти формы диагностируют с помощью биохимических методов, их клинические проявления идентичны.

В педиатрической практике наиболее часто встречается вторичная или спонтанная гипероксалурия, которая может быть транзиторной (при однообразном питании, на фоне ОРВИ, интеркуррентных заболеваний) или постоянной. Выделяется несколько механизмов ее развития. Алиментарная гипероксалурия связана с избыточным потреблением продуктов, содержащих

щавелевую и аскорбиновую кислоты [13]. К факторам риска вторичных гипероксалурий относят наследственную предрасположенность, которая наблюдается в 70% случаев у детей с гипероксалурией. Это проявляется не только патологией обмена оксалатов, но и склонностью к нестабильности цитомембран[13]. В генезе мембранодестабилизирующих процессов важная роль принадлежит процессам интенсификации перекисного окисления липидов, активации эндогенных фосфолипаз и окислительного метаболизма гранулоцитов. При разрушении кислых фосфолипидов клеточных мембран образуются предшественники оксалатов.

В последнее время обсуждается локальное образование оксалатов в почках в связи с разрушением фосфолипидов клеточных мембран, вследствие чего образуются предшественники оксалатов (серин), а также фосфаты, с которыми кальций образует нерастворимые соли [16].

Первые проявления гипероксалурии у детей могут быть уже на первом году жизни. Наиболее часто гипероксалурия регистрируется в периоды интенсивного роста ребенка 7-8 и 10-14 лет. В большинстве случаев оксалатная кристаллурия обнаруживается случайно, иногда на фоне ОРВИ, интеркуррентных заболеваний.

Нередко родители замечают у ребёнка уменьшение объёма мочи в течение суток, выпадение в осадок большого количества солей. При опросе у детей выявляются рецидивирующие боли в животе. Иногда развивается воспаление гениталий за счет постоянного раздражения кожи и слизистой, при мочеиспускании может возникать чувство жжения или другие дизурические расстройства. На фоне кристаллурии нередко формируется инфекция мочевой системы. При визуальной оценке мочи отмечается ее насыщенный характер, возможно спонтанное образование осадка. Гиперстенурия (относительная плотность мочи выше 1030) при отсутствии глюкозурии должна настораживать в отношении гипероксалурии. В дальнейшем на фоне кристаллурий появляются незначительная микрогематурия и/или протеинурия, абактериальная лейкоцитурия, что свидетельствует о повреждении почек и обозначается как «дизметаболическая нефропатия» [4].

Биохимическое исследование суточной мочи (транспорт солей) позволяет уточнить наличие гипероксалурии и гиперкальциурии. Нормальный уровень оксалатов составляет менее 0,57 мг/кг/сут., кальция - менее 4 мг/кг/сут. Для диагностики гипероксалурии и гиперкальциурии можно также пользоваться определением такого показателя в разовой порции мочи как отношение кальция к креатинину и отношение оксалатов к креатинину [4].

У детей с гипероксалурией в нефрологических стационарах проводится анализ на антикристаллообразующую способность мочи к оксалату кальция, которая снижена. Тест на перекиси в моче позволяет оценить активность процессов перекисного окисления липидов цитомембран.

Для профилактики ДНОКК и кальциевого нефролитиаза рекомендуется диспансерное наблюдение детей из семей, в которых имеется наследственная предрасположенность к мочекаменной болезни, с проведением регулярного профилактического лечения, включающего диетотерапию, питьевой режим, витаминотерапию (A,E,B6) и другие виды лечения, прежде всего фитотерапию.

Авторы Длин В.В., Игнатова М.С., Османов И.М., Э.А. Юрьева, С.Л. Морозов (2015) доказывают, что наблюдение в течение 5 лет за 130 детьми показало эффективность этой схемы реабилитации как в лечении и профилактике рецидивов пиелонефрита, так и в снижении выраженности у детей метаболических нарушений. [7].

Несмотря на достигнутые в последнее время успехи в терапии дизметаболических нефропатий, проблема совершенствования методов лечения, предупреждения тяжелейших исходов заболевания, внедрения эффективных мероприятий по профилактике до настоящего времени остается одной из важнейших в современной детской нефрологии.

Многогранность патогенетических механизмов повреждения мочевыделительной системы, тяжесть вызываемых метаболическими нарушениями последствий, таких как мочекаменная болезнь, пиелонефрит и т.д. нацеливают ученых искать новые современные технологии лечения и профилактики указанных заболеваний.

Таким образом, изучение факторов риска и основных этиопато-генетических механизмов формирования дизметаболической нефропатии у детей имеет особое значение в связи с их высокой распространенностью и серьезным прогнозом.

Литература:

1. Аверьянова Н.И., Балуева Л.Г. Оксалатная кристаллурия у детей. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2012; 5:25-27.
2. Аверьянова Н.И., Балуева Л.Г., Иванова Н.В., Рудавина Т.И. Нарушение обмена щавелевой кислоты у детей. //Электронный научный журнал: Современные проблемы науки и образования. - 2015.-№3.
3. Борисова Т.П. Гипероксалурия и оксалатно-кальциевая кристаллурия: механизмы развития и возможности коррекции Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. Червень 2016 Том 9 №3- с.51-57
4. Воронина Н.В., Грибовская Н.В.Особенности мочевого синдрома у больных оксалатной нефропатией в сопоставлении с результатами нефробиопсии. Дальневосточный медицинский журнал 2013; 3:15-20.
5. Воронина Н.В.,Слуцкая Н.П., Маркина О.И., Ковальская Л.П. Особенности лечения остеоартроза коленных суставов у больных оксалатной нефропатией // Журнал терапевтический архив. – 2015. – № 4. – С. 62-68.
6. Длин В.В., Игнатова М.С., Морозов С.Л., Юрьева Э.А.,Османов И.М. Дисметаболические нефропатии у детей.//Российский вестник перинатологии и педиатрии.2012;5(57).С.36-44.
7. Длин В.В., Османов И.М. Дизметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кристаллурией. Эффективная фармакотерапия 2013; 42:8-26
8. Жигунова А.К. Комплексная терапия при дисметаболической нефропатии различного генеза. Роль фитотерапии // Сімейна медицина. -2014. -№7–8. -С183–184.
9. Куприенко Н. Б., Светлова З. В., Смирнова Н. Н. Метаболические основы профилактики инфекции мочевой системы у детей. //Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. - 2017;24(1).-С.22–27.
10. Сукало А.В., Пискун Т.А. Дисметаболические нефропатии у детей // Здравоохранение. – 2012. – №8. – С. 35–41.
11. Kawasaki, Yukihiko; Maeda, Ryo; Ohara, Shinichiro; и др. Serum IgA/C3 and glomerular C3 staining predict severity of IgA nephropathy.// Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society.-2018.- Том: 60.- Вып. 2.-С. 162-167
12. Marcelino Rivera. Risk of Chronic Kidney Disease in Brushite Stone Formers Compared With Idiopathic Calcium Oxalate Stone Formers// Endourology and Stones.-2016.- https://doi.org/10.1016/j.urology. 2016.08.041
13. Turk C., Knoll T., Petrik A. et al. Guidelines on Urolithiasis. – European Association of Urology, 2013. – 100 p.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Турсунова Ж.А., Турсунов Х.З., Садыков Р.Р.
Ассистент кафедры стоматологии Alfraganus university
Заведующий кафедрой патологической анатомии Ташкентского Государственного Медицинского Университета, профессор, DSc
Ассистент кафедры хирургии Ташкентского Государственного Медицинского Университета, DSc

Аннотация

Цель данного исследования — изучить проницаемость комбинации твердотельного лазерного излучения 585 нм под воздействием фракционного лазера CO_2 на ткани гипертрофического рубца. Также оцениваются терапевтический и длительный эффекты данной комбинации на модели гипертрофического рубца в ухе кролика. Методы включают нанесение 5% мази 5-АЛК на обработанную лазером ткань и измерение интенсивности флуоресценции для оценки проницаемости. Полученные результаты показали, что комбинированное воздействие фракционного лазера CO_2 и 585 нм излучения значительно увеличивает проницаемость и ретенцию 5-АЛК в ткани. Это также приводит к уменьшению толщины гипертрофического рубца через 7 дней после лечения. Выводы: комбинация фракционного CO_2 лазера и лазерного излучения 585 нм может быть эффективным методом лечения гипертрофического рубца.

Ключевые слова: Фракционный лазер CO_2 , гипертрофический рубец, 5-АЛК, 585 нм, трансдермальная доставка.

Annotatsiya

Ushbu tadqiqotning maqsadi — 585 nm toshg‘ar lazer nurlanishining CO_2 fraksion lazeri ta'sirida gipertrofik shram to‘qimasiga o‘tkazilishiga oid tadqiqot olib borish. Shuningdek, CO_2 fraksion lazeri va 585 nm nurlanishining kombinatsiyasi gipertrofik shram modeli ustida terapevtik va uzoq muddatli ta'sirini baholash. Tadqiqot metodlari, 5% 5-ALQ malhamini lazer yordamida ishlov berilgan to‘qimaga surish va penetratsiyani baholash uchun floresans intensivligini o‘lchashni o‘z ichiga oladi. Natijalar shuni ko‘rsatdiki, CO_2 fraksion lazeri va 585 nm nurlanishining kombinatsiyasi 5-ALQ ning to‘qimaga o‘tkazilish va saqlanishini sezilarli darajada oshiradi. Shuningdek, bu gipertrofik shramning qalinligini 7 kun ichida kamaytiradi. Xulosa: CO_2 fraksion lazeri va 585 nm nurlanishi kombinatsiyasi gipertrofik shramni davolashda samarali usul bo‘lishi mumkin.

Kalit so‘zlar: CO_2 fraksion lazeri, gipertrofik shram, 5-ALQ, 585 nm, transdermal yetkazib berish.

Abstract

The aim of this study is to investigate the permeability of a combination of 585 nm solid-state laser radiation under the influence of fractional CO_2 laser on hypertrophic scar tissue. Additionally, the therapeutic and long-term effects of this combination on a rabbit ear hypertrophic scar model are evaluated. Methods include the application of 5% 5-ALK ointment on laser-treated tissue and measurement of fluorescence intensity to assess permeability. The results showed that the combined effect of fractional CO_2 laser and 585 nm radiation significantly increased the permeability and retention of 5-ALK in tissue. This also led to a reduction in the hypertrophic scar thickness after 7 days of treatment. Conclusion: the combination of fractional CO_2 laser and 585 nm radiation may be an effective method for treating hypertrophic scars.

Keywords: Fractional CO_2 laser, hypertrophic scar, 5-ALK, 585 nm, transdermal delivery.

Введение: Гипертрофические рубцы являются одним из наиболее сложных клинических и косметологических заболеваний, которые требуют эффективных методов лечения. Они возникают в результате нарушения нормального процесса заживления тканей,

когда происходит избыточная продукция коллагена, что приводит к утолщению и утратам эстетических характеристик кожи. На сегодняшний день существует множество методов лечения гипертрофических рубцов, таких как хирургическое вмешательство, инъекции кортикостероидов, использование силиконовых повязок, а также лазерная терапия. Однако эффективность этих методов остается ограниченной, и в ряде случаев лечение не приносит желаемого результата.

Одним из многообещающих методов является фотодинамическая терапия (ФДТ), использующая 5-аминолевулиновую кислоту (5-АЛК) — предшественник порфиринов, который, активируясь с помощью света, оказывает терапевтическое воздействие на клетки. Однако применительно к гипертрофическим рубцам проблема заключается в низкой проницаемости 5-АЛК через плотную и мало васкуляризованную рубцовую ткань. Это ограничивает эффективность фотодинамической терапии в лечении таких рубцов.

Существует несколько направлений для решения этой проблемы, одним из которых является использование лазерных технологий. В частности, фракционный CO_2 -лазер позволяет создавать микроканалы в коже, что способствует улучшению проницаемости различных веществ, в том числе 5-АЛК. В то же время твердотельный лазер с длиной волны 585 нм, который активно применяется для лечения сосудистых заболеваний кожи, может дополнительно повысить эффективность лазерной терапии при использовании в комбинации с другими методами. Таким образом, целью нашего исследования стало изучение влияния комбинированного воздействия фракционного CO_2 -лазера и твердотельного лазера с длиной волны 585 нм на повышение трансдермальной доставки 5-АЛК и оценка его терапевтического эффекта на модели гипертрофического рубца у кроликов.

Материалы и методы: Для проведения эксперимента использована модель гипертрофического рубца, индуцированного на ушных раковинах кроликов. В качестве основного вещества для оценки трансдермальной доставки был использован 5-АЛК, который в виде 5% мази наносился на участок гипертрофического рубца. В исследуемых группах кожа подвергалась предварительному воздействию лазерами: в одной группе использовалась комбинация фракционного CO_2 -лазера и лазера с длиной волны 585 нм, в другой — только 5-АЛК без лазерной обработки (контрольная группа).

Фракционный CO_2 -лазер создавал микроскопические каналы в коже, что обеспечивало проницаемость для нанесённого препарата. Твердотельный лазер с длиной волны 585 нм использовался для дополнительно воздействия на сосудистые структуры ткани и стимуляцию микроциркуляции.

Оценка проницаемости 5-АЛК проводилась с использованием флуоресценции. После нанесения 5-АЛК на обработанный участок рубца, интенсивность флуоресценции измерялась в разные интервалы времени с использованием лампы с длиной волны 400 нм. Замеры проводились через 0 часов, 6 часов, 12 часов, 24 часа, 3 суток и 7 суток.

Терапевтический эффект оценивается путем измерения толщины рубца методом штангенциркуля и расчёта индекса увеличения рубца (SEI), который отражает степень утолщения рубцовой ткани. Для гистологического подтверждения изменений проводилось окрашивание с использованием гематоксилина и эозина (H&E).

Результаты: Оценка характеристик этосом, инкапсулированных с 5-аминолевулиновой кислотой (5E). Фракционный CO_2 -лазер способствует усилению трансдермального проникновения 5E через гипертрофические рубцы in vitro.

После предварительной оценки физико-химических свойств этосом, инкапсулированных с 5-аминолевулиновой кислотой (5-АЛК), была проведена оценка их проникающей способности через гипертрофическую рубцовую ткань человека in vitro с применением фракционного CO_2 -лазера и без него. Образцы рубцовой ткани подвергались фракционному лазерному воздействию, после чего на их поверхность равномерно наносился препарат 5E. Кумулятивная концентрация 5-АЛК в тканях определялась методом флуоресцентной диагностики в течение 1, 3, 6, 10, 16 и 24 часов (рис. 2).

Сравнительный анализ проводился между группой с комбинированным применением этосом, содержащих 5-АЛК, и фракционного CO_2 -лазера (5EL), и группой, получавшей только 5E. Через 1 час после нанесения, кумулятивная концентрация 5-АЛК в группе 5EL составила 4,15 ± 2,22 мкг/мл/см², что было достоверно выше по сравнению с группой 5E (0,73 ± 0,33 мкг/мл/см², p < 0,001). При пролонгированном наблюдении (24 часа) также сохранялось статистически значимое превышение концентрации в группе 5EL (107,61 ± 13,27 мкг/мл/см²), что свидетельствует о потенцирующем эффекте фракционного лазерного воздействия на трансдермальную доставку 5-АЛК, инкапсулированного в этосомы.

В группе 5E кумулятивная концентрация 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛК) через 24 часа составила 20,73 ± 3,77 мкг/мл/см² ($p < 0,0001$). На более ранних временных точках (3, 6, 10 и 16 ч) также наблюдались статистически значимые различия между группами, при этом в группе 5EL концентрации проникновения 5-АЛК были существенно выше, чем в группе 5E (см. Рисунок 1a).

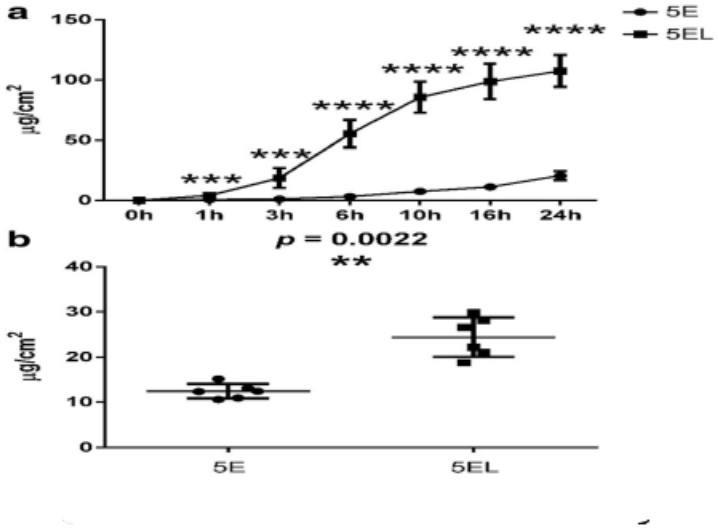


Рис. 1 Фракционный лазер CO_2 повышает проницаемость 5E через гипертрофические рубцы in vitro. **a** Сравнение проницаемости 5E и группы 5EL в 24-часовом исследовании гипертрофического рубца человека in vitro. Значения выражены как среднее± SD. *n*= 6. **b** Накопительная ретенция 5-АЛК в гипертрофическом рубце in vitro после применения в течение 24 ч. *n*= 6. ***p значение < 0,001 считается статистически чрезвычайно значимым, ****p значение < 0,0001 считается статистически значимым.

Кроме того, содержание удерживаемого 5-АЛК в рубцовой ткани после 24-часового воздействия в группе 5EL достигало 24,00 ± 4,37 мкг/см², что значительно превышало аналогичный показатель в группе 5E (12,45 ± 1,64 мкг/см²; $p < 0,01$, $n = 6$) (см. Рисунок 1b). Эти данные подтверждают, что фракционное CO_2 -лазерное воздействие существенно усиливает трансдермальное проникновение липосом, содержащих 5-АЛК, а также способствует более эффективному удержанию препарата в гипертрофической рубцовой ткани in vitro.

Для оценки глубины и степени проникновения 5-АЛК была проведена флуоресцентная диагностика тканей. Анализ интенсивности флуоресценции в группах 5E и 5EL осуществлялся через 1, 6 и 24 часа после обработки лазером и нанесения препарата. Результаты показали, что через 1 час после обработки в группе 5EL флуоресценция наблюдалась как в эпидермисе, так и в поверхностной дерме, особенно вблизи зон абляции, вызванных CO_2 -фракционным лазером. В противоположность этому, в группе 5E (без лазерной обработки) флуоресценция ограничивалась только эпидермальным слоем.

Через 6 часов в группе 5EL флуоресцентный сигнал распространялся в более глубокие слои дермы, демонстрируя значительное накопление. В то же время в группе 5E флуоресценция начала проникать в дерму, однако наблюдалось постепенное снижение её интенсивности в направлении от дермы к эпидермису. После 24 часов обработки флуоресценция в группе 5EL сохранялась в глубоких слоях кожи, подтверждая стабильное и более выраженное проникновение 5-АЛК по сравнению с контролем.

Флуоресценция, наблюдаемая в обеих группах, охватывала значительную площадь кожной ткани; однако её интенсивность в группе 5EL была существенно выше, чем в группе 5E. Для количественной оценки различий в флуоресцентной активности был проведён

анализ изображений с использованием программного обеспечения Release Version 4.0 SP2. Полученные результаты подтвердили статистически значимое повышение интенсивности флуоресценции в группе 5EL по сравнению с группой 5E на всех исследуемых временных интервалах:
через 1 час — 55,3 ± 6,3 против 3,2 ± 1,64 (p < 0,0001),
через 6 часов — 163,32 ± 13,23 против 49,89 ± 4,01 (p < 0,0001),
через 24 часа — 270,36 ± 8,73 против 148,25 ± 16,89 (p < 0,0001) (см. Рисунок 3b).

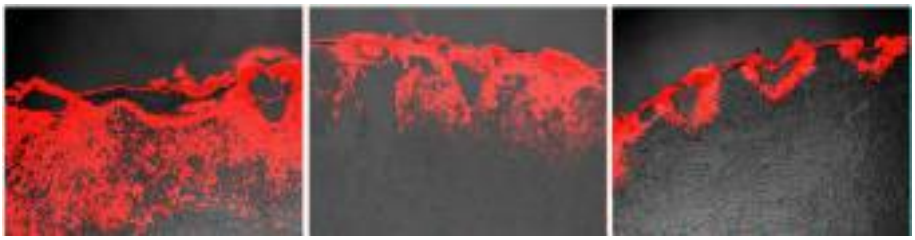
Таким образом, результаты количественного анализа флуоресценции демонстрируют, что фракционное CO_2 -лазерное воздействие значительно усиливает проникновение 5E в гипертрофическую рубцовую ткань человека in vitro, подтверждая его потенциал как эффективного способа доставки 5-аминолевулиновой кислоты в глубокие слои кожи.

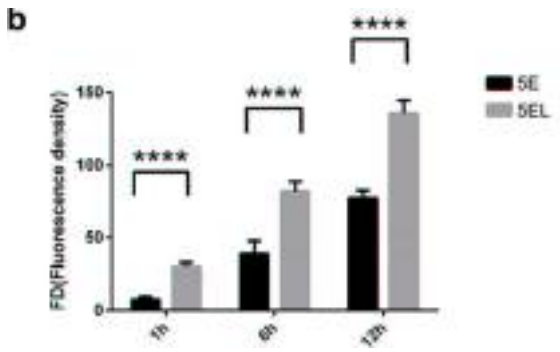
Продолжительность воздействия фракционного CO_2 -лазера усиливает проникновение 5-аминолевулиновой кислоты in vivo

Для получения более убедительных доказательств эффективности фракционного CO_2 -лазерного воздействия была проведена оценка проникновения 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛК) in vivo с использованием модели гипертрофического рубца у кроликов. Подробная схема формирования модели гипертрофического рубца представлена в разделе «Методика».

Оценка распределения 5-АЛК проводилась с помощью флуоресцентной визуализации на различных временных интервалах после обработки: 3 часа, 6 часов, 12 часов, 24 часа, 3 дня и 7 дней. Животным интрадермально вводили препараты 5E или 5EL после предварительного воздействия фракционного CO_2 -лазера. Визуализация флуоресценции позволила проследить динамику распределения препарата и определить степень его проникновения в ткань гипертрофиче ского рубца на протяжении времени.

Рисунок 2. *Фракционное лазерное облучение CO_2 способствует повышению проницаемости 5E через гипертрофическую рубцовую ткань in vitro.*
(a) Красная флуоресценция этосом, проникших в гипертрофическую рубцовую ткань через 1, 6 и 24 часа после нанесения in vitro.
(b) Количественный анализ интенсивности флуоресценции этосом на поверхности и в толще гипертрофической рубцовой ткани через 1, 6 и 24 часа.
***p < 0,0001 — статистически высокозначимое различие.





Распределение флуоресценции было определено сразу с помощью визуального анализа. Флуоресценция была четко видна и широко распространялась по слою дермы гипертрофических рубцов ушей кроликов, особенно вблизи зоны абляции. Эти данные

могут свидетельствовать о том, что 5-аминолевулиновая кислота (5-АЛК) преимущественно проникает через открытые микроканалы после фракционного CO_2 -лазерного облучения.

Через 6 часов после обработки в группе 5EL флуоресценция была обнаружена в абляционной зоне, окружающей дермальную ткань, но с ограниченной областью распространения . Через 12 часов область распространения флуоресценции продолжала уменьшаться, что указывает на постепенное закрытие микропористых каналов в процессе заживления раны. Через 24 часа, 3 дня и 7 дней после лазерного облучения CO_2 флуоресценция могла быть обнаружена только в порах корки вокруг отверстий, без проникновения в дерму (Рис. 4d-f). Это подтверждает исчезновение эффекта проникновения лазерного облучения CO_2 при полной реэпителизации эпидермиса.

Эти данные позволяют предположить, что открытость микроканалов играет решающую роль в процессе проникновения препаратов при лечении с использованием 5EL. Далее была рассчитана скорость открытия микроканалов на различных временных точках: 3 часа, 6 часов, 12 часов, 24 часа, 3 дня и 7 дней после лазерного облучения. На 3 и 6 часах все микропористые каналы оставались открытыми, что свидетельствовало о 100%-ной скорости открытия микроканалов. Однако скорость открытия микроканалов начала снижаться до 90,59% через 12 часов и до 15,58% через 24 часа. В частности, микропористые каналы были полностью закрыты через 3 и 7 дней после обработки 5EL.

В совокупности эти результаты подтверждают, что фракционное CO_2 -лазерное облучение оказывает значительное влияние на открытие микроканалов и, следовательно, на проникновение лекарственных препаратов в гипертрофическую рубцовую ткань кролика in vivo.

Терапевтический эффект 5EL на гипертрофический рубец *in vivo*

Для более глубокой оценки терапевтического действия 5EL была проведена количественная оценка относительной толщины гипертрофического рубца в экспериментальной модели уха кролика. После формирования гипертрофических рубцов измерения относительной толщины проводились до и после лечения. До начала терапии существенных различий между группами не наблюдалось. Однако после лечения средняя относительная толщина рубца в группе 5EL составила $1{,}27 \pm 0{,}15$, что было достоверно ниже, чем в группе, получавшей только 5E ($1{,}52 \pm 0{,}10$, $p < 0{,}05$), и в контрольной группе без лечения ($1{,}61 \pm 0{,}15$, $p < 0{,}0001$) (Рис. 3).

Интересно отметить, что между группой, получавшей только фракционное CO_2 -лазерное воздействие, и группой 5EL не было выявлено статистически значимых различий. Эти данные позволяют предположить, что фракционное CO_2 -лазерное облучение оказывает доминирующее влияние в терапии гипертрофических рубцов у кроликов *in vivo*.

Дополнительно была проведена сравнительная макроскопическая оценка морфологии гипертрофических рубцов уха кролика. В группе 5EL наблюдалось заметное сглаживание поверхности рубца, а его окраска приобрела более светлый, розоватый оттенок. В группе, подвергшейся только фракционному лазерному воздействию CO_2 , также отмечалось уменьшение толщины гипертрофического рубца, хотя выраженность эффекта была менее значительной. (Рис. 6c–d).

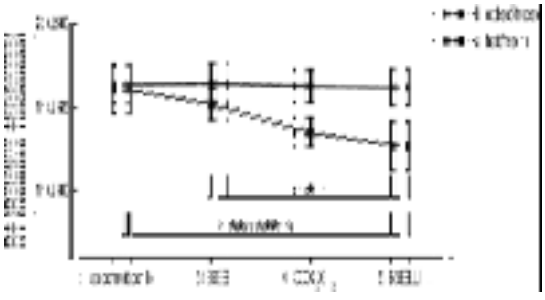


Рисунок 3. *Сравнительная оценка относительной толщины гипертрофических рубцов у кроликов до и после различных вариантов терапии.* 5EL — этосомальный гель, инкапсулированный с 5-аминолевулиновой кислотой (5-АЛК) в сочетании с фракционным лазером CO_2 , n = 14; CO_2 — только фракционное лазерное воздействие CO_2 , n = 12; 5E — этосомальный гель, инкапсулированный с 5-АЛК, без лазерного воздействия, n = 14; Контроль — без лечения, n = 16. $p < 0{,}001$ считалось статистически значимым, ***$p < 0{,}0001$ — статистически высокозначимым.

В группе 5E толщина гипертрофического рубца несколько уменьшилась, однако цвет оставался интенсивно-красным. В контрольной группе без лечения не было выявлено значительных изменений по сравнению с исходным состоянием.

Для последующего патоморфологического анализа было проведено окрашивание гематоксилином и эозином (H&E) гипертрофированной рубцовой ткани уха кролика через 7 суток после лечения во всех четырех исследуемых группах . В группе 5EL и в группе, подвергшейся только фракционному лазерному воздействию CO_2 , наблюдалось уменьшение толщины дермального слоя, а также наличие очагов коркообразования. Коллагеновые волокна в поверхностной дерме были редкими и располагались узловато или в виде спиралей . В группе 5E и в контрольной группе отмечалось обильное отложение коллагеновых волокон, их дезорганизованное распределение, а также характерное узловатое и спиралевидное расположение в поверхностной дерме.

Для количественной оценки гипертрофии рубцовой ткани был рассчитан индекс возвышения рубца (Scar Elevation Index, SEI). Аналогично результатам по относительной толщине, значение SEI в группе 5EL ($1{,}16 \pm 0{,}08$) и в группе с лазерным воздействием CO_2 ($1{,}22 \pm 0{,}10$) было значительно ниже, чем в группе 5E ($1{,}32 \pm 0{,}13$) и контрольной группе ($1{,}49 \pm 0{,}08$) (Рис. 8). Таким образом, совокупный морфологический анализ и расчет SEI подтверждают эффективность фракционного CO_2 -лазерного воздействия в терапии гипертрофических рубцов у кроликов *in vivo*.

Кроме того, выраженный болевой синдром, возникающий при инъекционном введении препаратов, часто становится причиной отказа пациентов от продолжения терапии. В то же время наружное применение лекарственных средств обладает рядом преимуществ: простота использования, минимальная болезненность, стабильность в течение длительного времени, низкий уровень побочных эффектов и отсутствие негативного воздействия на желудочно-кишечный тракт. Однако данный подход также имеет ограничения, главным образом связанные с особенностями строения гипертрофической рубцовой ткани, включая выраженное утолщение рогового слоя и гиперплазию дермы, что значительно снижает проницаемость и препятствует достижению терапевтической концентрации действующих веществ в целевых слоях кожи. Результаты ряда исследований подтверждают недостаточную эффективность трансдермального проникновения лекарств через патологически изменённую рубцовую ткань. Этосомы, впервые предложенные Touitou и соавт. в 2000 году как инновационные переносчики для трансдермальной доставки препаратов, продемонстрировали значительный потенциал и были предметом многочисленных исследований в последующие годы (Touitou et al., 2000; Fang et al., 2012; Kumar et al., 2021). В рамках настоящего исследования была модифицирована этосомальная система для улучшения доставки 5-аминолевулиновой кислоты (5-АЛК) в гипертрофическую рубцовую ткань.

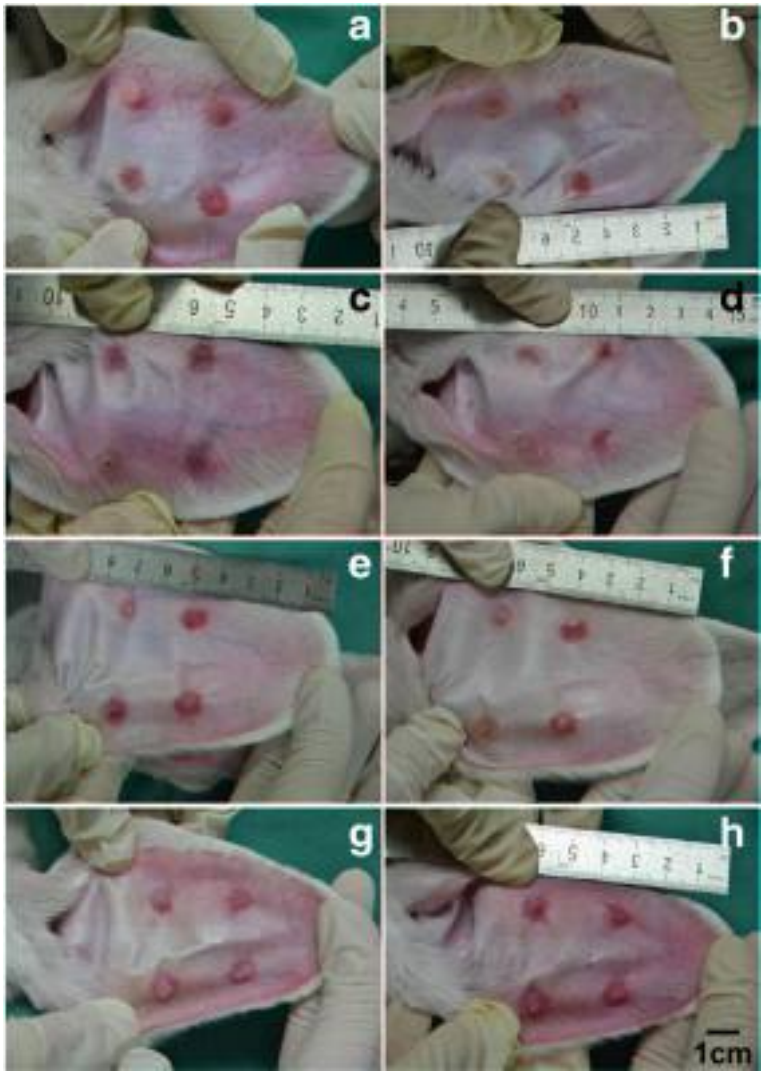


Рисунок 4. *Макрофотографии гипертрофических рубцов у кроликов до и после различных методов лечения на протяжении 7 дней.* **5EL** — этосомальный гель, инкапсулированный с 5-АЛК, в сочетании с фракционным лазером CO_2 , до (a) и после (b) лечения; **CO_2** — только фракционный лазер CO_2 , до (c) и после (d) лечения; **5E** — этосомальный гель, инкапсулированный с 5-АЛК, без лазера, до (e) и после (f) лечения; **Контроль** — без лечения, до (g) и после (h) наблюдения.

Фотографии были получены через 7 суток после начала лечения.

Изменение наноразмерных характеристик и пространственной конфигурации этосом способствует их эффективному проникновению в рубцовую ткань через узкие и плотные межклеточные пространства. Это достигается не только благодаря их малому размеру, но и за счёт структурного сходства с мембранами клеток рубцовой ткани, что обеспечивает высокую степень биосовместимости и проницаемости (Chen et al., 2015; Wang et al., 2017; Zhang et al., 2020). Такие свойства делают этосомы перспективными носителями для трансдермальной доставки лекарственных средств.

Тем не менее, несмотря на потенциал, 5-аминолевулиновая кислота (5-АЛК), инкапсулированная в этосомальные структуры, преимущественно аккумулируется в эпидермисе и поверхностных слоях дермы, ограничивая её воздействие на фибробласты в глубоких слоях кожи. Это обстоятельство снижает общую эффективность терапии гипертрофических рубцов. В связи с этим, целью настоящего исследования является разработка метода, способствующего усилению пенетрации препаратов в гипертрофическую ткань и обеспечивающего более равномерное их распределение по всем слоям дермы.

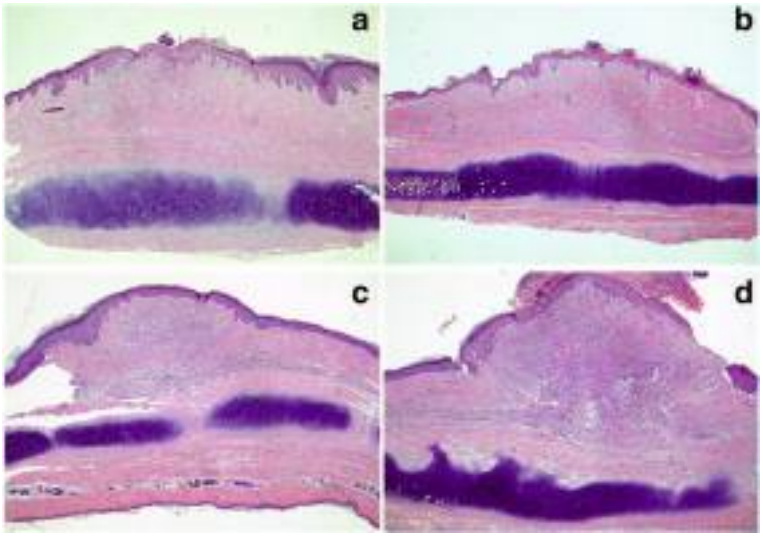


Рис. 5. Гистологический анализ (окраска гематоксилином и эозином, H&E) гипертрофических рубцов у кроликов через 7 дней после различных методов терапии. (a) Группа 5EL: этосомальные гели, инкапсулированные с 5-аминолевулиновой кислотой (5-АЛА) в сочетании с фракционным CO_2 -лазером; (b) группа CO_2 : только фракционное лазерное воздействие CO_2 ; (c) группа 5E: этосомальные гели, инкапсулированные с 5-АЛА; (d) контрольная группа — без лечения. Оригинальное увеличение: ×40.

В настоящее время общепринятые стратегии повышения трансдермальной проницаемости подразделяются на две основные категории: химическое усиление проницаемости и физические методы воздействия. К последним относятся электропорация, ионтофорез, лазерная терапия, микродермабразия, микроигольчатые технологии, применение давления, радиочастотная индукция и ультразвуковая (сонографическая) стимуляция. Среди множества различных лазеров, применяемых для повышения чрескожной доставки лекарственных средств, особое внимание в последние годы уделяется абляционному фракционному лазеру, который демонстрирует высокую эффективность в качестве инструмента для локализованного усиления проникновения препаратов.

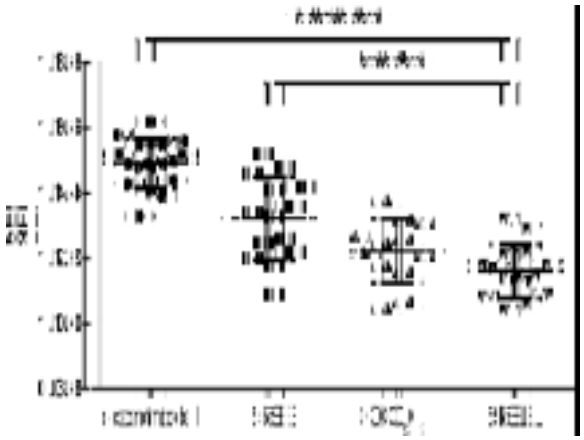


Рисунок 6. Сравнение индекса возвышения рубца (SEI) у кроликов с гипертрофическими рубцами после различных методов лечения в течение 7 дней. Группа 5EL: энтеросомальные гели, инкапсулированные с 5-АЛК, в сочетании с фракционным CO_2 -лазером (n = 14); группа CO_2 : только фракционное лазерное воздействие CO_2 (n = 12); группа 5E: энтеросомальные гели, инкапсулированные с 5-АЛК (n = 14); контрольная группа: без лечения (n = 16). ***p < 0,001 считалось статистически высоко значимым, p < 0,0001 — статистически чрезвычайно значимым.

Абляционный фракционный лазер способствует значительному снижению дозу препарата, микропоры способствуют проникновению лекарства в глубокие слои кожи и достижению более высоких локальных концентраций для достижения терапевтического эффекта. Фракционный лазер на CO_2, фракционный лазер на иттрий-алюминиевом гранате, легированном эрбием (Er: YAG), и фракционный лазер на иттрий-триум-скандий-галлиевом гранате (Er: YSGG) создают зоны абляции или микроканалы на поверхности кожи. Если сравнивать фракционный лазер Er: YAG (2940 нм длина излучения) и фракционным лазером Er: YSGG (длина излучения 2790 нм), фракционный лазер CO_2 (длина излучения 10 600 нм) имеет меньший процентный коэффициент поглощения водой, при этом вызванный больший термический эффект и большее разрушение рогового слоя эпидермиса, что способствует развитию эффекта проникновения. В группе 5EL концентрация 5-АЛК (24,42± 4,37 мкг/см^2) была намного выше, чем в группе 5E (12,45± 1,64 мкг/см^2) в рубцово гипетрофированной ткани после 24-часовой экспозиции in vitro. Помимо этого, при изучении группы 5EL показала более высокую интенсивность флуоресценции, чем группа 5E в 1, 6 и 24-часовых временных точках лечения. Анализ полученных рисунков показал, что после 1-часовой обработки CO_2 лазером в группе 5EL флуоресценция распределена в зоне микропор и далее окружающем дермальном матриксе, а в группе 5E флуоресценция наблюдалась только в эпидермисе. После 6- и 24-часовой анализа с дополнительной обработкой диапазон диффузной флуоресценции был больше, а интенсивность флуоресценции выше в группе 5EL, чем в группе 5E. Зона фракционной лазерной обработки CO_2 позволяла получить эффективное проникновение нанесенного препарата через плотную рубцовую ткань кожи, позволила расширить диапазон и глубину проникновения в дермальный слой кожи и главное сохранить содержание препарата в рубцовой ткани.

Существует три типа абляционно-термического воздействия фракционного лазера CO_2, при использовании на коже или рубцовой ткани от центра к контуру, - зона нанесения микропор, зона термического коагуляционного некроза и зона термической денатурации. Данные флуоресценции выявили, что препарат распределялся от зоны более концентрированной лазерной деструкции к диффузной ткани, что показывает отсутствие барьера для проникновения препаратов в зону термического коагуляционного некроза и зону термической денатурации, что также подтвердило целесообразность использования фракционного лазера CO_2 для стимулирования местного действия противорубцовых препаратов.

В совокупности фракционный лазер CO_2 микропористом воздействии способствует большей концентрации противорубцового препарата 5-АЛК в рубцовой ткани что позволит усилить противорубцовый эффект. Визуальную оценку длительности действия фракционного лазерного усиления CO_2 5E проводили на модели гипертрофического рубца ушной раковины кролика in vivo. После нанесения микропор скорость открытия каналов для воздействия лекарственного препарата составляла 100 % (0 ч), 100 % (6 ч), 90,59 % (12 ч) и снизилась до 15,58 % (24 ч) после нанесения на поверхность фракционным лазером CO_2. На 3-7 сутки скорость открытия каналов упала до 0, после этого препарат не работал на коже. Эти данные доказаны в ходе эксперимента путем реэпителизации эпидермиса после абляционного лазерного воздействия, где кератиноциты кожи вокруг раневого дефекта мигрируют и пролиферируют, покрывая рану, образуя полноценный слой клеток эпидермиса.

При повреждении дермального слоя кожи немедленно начинается процесс репарации, который быстро восстанавливает кожный барьер. Весь процесс восстановления травмированной ткани кожи можно разделить на четыре непрерывных и перекрывающихся этапа: коагуляция, воспаление, реэпителизация и повторное моделирование. Кожа человека после абляции зоны повреждения фракционным лазерным облучением (включая зону газификации и зону коагуляционного некроза) полностью эпидермально реэпителизируется за 2-3 дня, а дермальное ремоделирование длится не менее 4 недель.

Таким образом, хотя поражение в дерме не заживает в течение 24 ч после лазерной обработки CO_2, в эпидермисе завершается сложная эпителизация, включая формирование рогового слоя, через каналы которого топический препарат не мог проникнуть. В целом, эпидермис, особенно роговой слой, по-прежнему является основным барьером для проникновения лекарств через кожу.

Кроме того, наши данные показали, что как в гипертрофической рубцовой коже человека in vitro, так и в гипертрофической рубцовой коже ушей кроликов in vivo, 5E может проникать через некротический коагуляционный слой и корки на поверхности после фракционного лазерного облучения CO_2. Это позволило предположить, что кожа под коркой, но не коагуляционный некротический слой и ткань корки могут препятствовать проникновению препарата. Таким образом, 24 ч является критической временной точкой для влияния фракционного лазера CO_2 на эффект проникновения в гипертрофический рубец у кроликов.

Сообщается, что клиническое применение эксфолиативного фракционного лазера является эффективным методом лечения различных кожных заболеваний (таких как солнечный кератоз, базальноклеточная карцинома, болезнь Боуэна и т.д.). Однако клиническая эффективность фракционного лазера CO_2 в сочетании с лекарственными препаратами при лечении гипертрофических рубцов не изучалась, в частности, нет сообщений о сочетании фракционного лазера CO_2 (физический метод) с противорубцовыми препаратами наноуровня этосом (химические вещества, способствующие проникновению в рубец) для лечения гипертрофических рубцов. Для валидации протокола фракционного лазера CO_2 мы провели исследование in vivo на модели гипертрофического рубца кролика. На седьмой день после вмешательства была измерена относительная толщина гипертрофического рубца в четырех группах: экспериментальная группа (фракционный лазер CO_2 в сочетании с 5-АЛК EG): 1,27± 0,15 < контрольная группа A (только фракционное лазерное облучение CO_2): 1,35± 0,09 < контрольная группа B (только ЭГ, инкапсулированный с 5-АЛК): 1,52± 0,10 < контрольная группа C (пустой контроль): 1,61± 0,15. Результаты соответствовали SEI (индекс рубца), измеренному с помощью окрашивания H&E: экспериментальная группа: 1,16± 0,08 < контрольная группа A: 1,±0,10< контрольная группа B: 1,32± 0,13< контрольная группа C:1,49± 0,08. Разница между экспериментальной группой и контрольной группой B, экспериментальной группой и группой контроля была статистически значимой. Однако статистически значимой разницы между экспериментальной группой и контрольной группой A не было, что говорит о том, что фракционный лазер CO_2 играет ведущую роль в гипертрофических рубцов. Этот вывод проявился в основном в трех аспектах. Во-первых, фракционный лазер CO_2 генерировал микроканалы, способствующие проникновению лекарственных препаратов в рубец. Во-вторых, фракционный лазер CO_2 сам по себе мог способствовать коллагеновому ремоделированию гипертрофического рубца. В-третьих, сам 5E может непосредственно влиять на гипертрофические рубцы. По данным окрашивания H&E мы обнаружили, что происходят процессы ремоделирования пучка коллагеновых волокон, превращения неупорядоченных разнонаправленных коллагеновых волокон в последовательный, разнонаправленный пучок коллагена. В экспериментальной группе гипертрофического рубца на ухе кролика наблюдалось значительное уменьшение толщины рубца, а также изменение цвета гипертрофического рубца с ярко-красного на светло-красный, что может быть вызвано пролиферацией сосудов в рубцовой ткани.

Хотя разница между экспериментальной группой и контрольной группой A не была статистически значимой, относительная толщина и SEI в экспериментальной группе были меньше, чем в контрольной группе A. Обе группы были обработаны фракционным лазером CO_2, с препаратом 5E или без него. Этот вывод позволяет предположить, что фракционный лазер CO_2 может играть доминирующую роль, которая перекрывает незначительный эффект препарата 5E в окончательном противошрамовом эффекте.

Заключение

Фракционный лазер CO_2 может быстро и значительно способствовать проникновению 5-АЛК, инкапсулированного в этосомы, через гипертрофические рубцы in vitro. Фракционный лазер CO_2 является потенциально эффективным методом стимулирования проницаемости лекарств при лечении гипертрофических рубцов. Наша модель гипертрофического рубца (кролик) показала, что фракционный лазер CO_2 в сочетании с инкапсулированными этосомами 5-АЛК с внешней нагрузкой может эффективно лечить гипертрофические рубцы. Кроме того, фракционный лазер CO_2 сам по себе может способствовать ремоделированию коллагена в гипертрофическом рубце на ушах кролика. Фракционный лазер CO_2 может значительно способствовать проникновению 5-фторурацила, инкапсулированного в этосомы, но эффект начинает ослабевать через 24 часа после облучения фракционным лазером CO_2, что указывает на то, что 24 часа - это критический период.

Литература:

1. Gauglitz GG, Korting HC, Pavicic T, Ruzicka T, Jeschke MG (2011) Гипертрофическое рубцевание и келоиды: патомеханизмы и современные и новые стратегии лечения. Mol Med 17:113-125
2. Валенсия IC, Фалабелла AF, Шачнер LA (2001) Новые разработки в области лечения ран у младенцев и детей. Pediatr Ann 30:211-218
3. Махдавиан Делавари Б, ван дер Веер WM, Феррейра JA, Ниссен FB (2012) Формирование гипертрофических рубцов: эволюция и восприимчивость. J Plast Surg Hand Surg 46:95-101
4. Zurada JM, Kriegel D, Davis IC (2006) Топические средства для лечения гипертрофических рубцов. J Am Acad Dermatol 55:1024-1031
5. Огава Р. (2010) Самые современные алгоритмы лечения и профилактики гипертрофических рубцов и келоидов. Plast Reconstr Surg 125:557-568
6. Laing ME, Fallis B, Murphy GM (2007) Анафилактическая реакция на интралигаментарную инъекцию кортикостероидов. Контактный дерматит 57:132-133
7. Thong HY, Zhai H, Maibach HI (2007) Усилители чрескожного проникновения: обзор. Skin Pharmacol Physiol 20:272-282
8. Вокович AM, Проддутури S, Доуб WH, Хуссейн AS, Бухсе LF (2006) Адгезия трансдермальной системы доставки лекарств (TDDS) как критический атрибут безопасности, эффективности и качества. Eur J Pharm Biopharm 64:1-8
9. Chung VQ, Kelley L, Marra D, Jiang SB (2006) Гель на основе экстракта лука против петролатума на новых хирургических рубцах: проспективное двойное слепое исследование. Dermatol Surg 32:193-197
10. Touitou E, Dayan N, Bergelson L, Godin B, Eliaz M (2000) Этосомы - новые везикулярные носители для усиленной доставки: характеристика и свойства проникновения в кожу. J Control Release 65:403-418
11. Rakesh R, Anoop KR (2012) Создание и оптимизация наноразмерных этосомов для усиленной трансдермальной доставки кромолина натрия. J Pharm Bioallied Sci 4:333-340
12. Раттанапак Т., Янг К., Радес Т., Хук С. (2012) Сравнительное исследование липосом, трансферсомов, этосомов и кубосомов для транскутанной иммунизации: характеристика и проникновение в кожу in vitro. J Pharm Pharmacol 64:1560-1569
13. Bragagni M, Mennini N, Maestrelli F, Cirri M, Mura P (2012) Сравнительное исследование липосом, трансферсомов и этосомов как носителей для улучшения местной доставки целекоксиба. Drug Deliv 19:354-361
14. Zhang Z, Wo Y, Zhang Y, Wang D, He R, Chen H, Cui D (2012) In vitro исследование проникновения этосома в человеческую кожу и гипертрофическую рубцовую ткань. Наномедицина 8:1026-1033
15. Tierney EP, Kouba DJ, Hanke CW (2009) Обзор фракционного фототермолиза: показания к лечению и эффективность. Dermatol Surg 35:1445-1461

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ РУБЦОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 585 НМ И CO_2 -ЛАЗЕРОМ

Турсунова Ж.А.,Турсунов Х.З., Садыков Р.Р.
Ассистент кафедры стоматологии Alfraganus university
Заведующий кафедрой патологической анатомии Ташкентского Государственного Медицинского Университета, профессор, DSc
Ассистент кафедры хирургии Ташкентского Государственного Медицинского Университета, DSc

Введение: Гипертрофические рубцы представляют собой результат аномального заживления кожи, характеризующегося избыточной продукцией коллагена, утолщением и уплотнением тканей. Несмотря на большое количество предложенных терапевтических подходов, включая хирургическое иссечение, силиконовые повязки, инъекции кортикостероидов и лазерную терапию, удовлетворительный клинический эффект достигается не во всех случаях. В последние годы растёт интерес к фотодинамической терапии (ФДТ), использующей 5-аминолевулиновую кислоту (5-АЛК), как к перспективному методу лечения рубцовых изменений кожи. Однако эффективность ФДТ существенно ограничивается низкой проницаемостью 5-АЛК через плотную и плохо васкуляризированную рубцовую ткань.

Целью данного экспериментально-клинического исследования стало изучение эффективности комбинированного применения фракционного CO_2 -лазера и твердотельного лазера с длиной волны 585 нм для повышения трансдермальной доставки 5-АЛК в ткань гипертрофического рубца, а также оценка терапевтического эффекта данного метода in vivo на модели кролика.

Материалы и методы: В исследовании использовалась экспериментальная модель гипертрофического рубца, индуцированного на ушной раковине кроликов. После заживления рубцовой ткани, на поверхность рубца наносили 5% мазь с 5-АЛК. Перед нанесением препарата область обрабатывалась фракционным CO_2 -лазером, а затем подвергалась воздействию твердотельного лазера с длиной волны 585 нм. Оценка проницаемости 5-АЛК в ткани проводилась путём измерения интенсивности флуоресценции, возникающей при возбуждении 5-АЛК светом с длиной волны 400 нм, в различные интервалы времени: 0 часов, 6 часов, 12 часов, 24 часа, 3 суток и 7 суток. Терапевтический эффект оценивался по следующим критериям: измерение относительной толщины рубца с помощью штангенциркуля, расчет индекса увеличения рубца (Scar Elevation Index, SEI) и гистологическое исследование с использованием стандартной окраски гематоксилином и эозином (H&E). Результаты в экспериментальной группе (CO_2 +585 нм) сравнивались с контрольной группой, получавшей только 5-АЛК без лазерной обработки.

Результаты: Полученные данные продемонстрировали достоверное повышение проницаемости и удержания 5-АЛК в тканях рубца при применении комбинированной лазерной терапии. Через 24 часа после обработки интенсивность флуоресценции в экспериментальной группе составила 107,61 ± 13,27, что значительно превышало показатель в контрольной группе — 20,73 ± 3,77 ($p < 0,05$). Аналогично, содержание 5-АЛК в тканях (ретенция) также было выше в группе CO_2 +585 нм (24,42 ± 4,37 против 12,25 ± 1,64; $p < 0,05$). Микроканалы, сформированные в коже с помощью фракционного CO_2 -лазера, оставались открытыми до трёх суток, что обеспечивало длительное окно для трансдермальной доставки препарата. На 7-е сутки после начала лечения в экспериментальной группе наблюдалось достоверное уменьшение толщины рубца по сравнению с контрольной, что также подтверждено снижением SEI и гистологически — за счёт уменьшения толщины дермы и числа фибробластов, а также нормализации коллагеновой структуры.

Обсуждение и выводы: Результаты исследования свидетельствуют о том, что предварительная обработка рубцовой ткани фракционным CO_2 -лазером в сочетании с воздействием твердотельного лазера 585 нм значительно увеличивает трансдермальную проницаемость 5-аминолевулиновой кислоты, за счёт создания временных микроканалов и стимуляции микроциркуляции. Повышенное проникновение и ретенция 5-АЛК в тканях способствуют усилению фотодинамического эффекта, обеспечивая выраженное уменьшение толщины гипертрофического рубца. Таким образом, предложенная стратегия комбинированной лазерной терапии может рассматриваться как эффективный и перспективный метод лечения гипертрофических рубцов. Полученные экспериментальные данные создают основу для проведения дальнейших клинических исследований и внедрения методики в дерматологическую и косметологическую практику.

Ключевые слова: Фракционный CO_2 -лазер, гипертрофический рубец, 5-аминолевулиновая кислота (5-АЛК), излучение 585 нм, трансдермальная доставка, фотодинамическая терапия, лазерная медицина, тканевая проницаемость.

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН (2024)

Ходжаев А.В., Аллабергенов А.Ж., Турсымуратова У.М.

Профессор *д.м.н., научный сотрудник Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан –заведующий отделении органов репродуктивной системы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Каракалпакстанский филиал, Нукус, Узбекистан ,докторант 1-го года обучения, Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования:

Определить морфологические типы фиброаденом молочной железы и оценить частоту пролиферативных изменений в эпителии, включая наличие карциномы in situ, у женщин, которые были прооперированы в Республиканском специализированном научно-практическом центре онкологии и радиологии Каракалпакстанском филиале в 2024 году.

Материалы и методы:

В исследовании были проанализированы 181 гистологическое заключение по фиброаденомам, полученные после хирургического вмешательства в онкологическом центре Каракалпакстана. Средний возраст пациенток составил 31,8 ± 7,2 года. Гистологические препараты подготавливали по стандартной методике: фиксация в 10% нейтральном формалине, парафиновая заливка, окраска гематоксилином и эозином. Морфологическая оценка проводилась двумя независимыми патологоанатомами согласно классификации ВОЗ (2019); при расхождениях привлекался третий эксперт. Обработка результатов осуществлялась вручную с использованием методов описательной статистики.

Результаты:

В ходе исследования были рассмотрены различные морфологические типы фиброаденом молочной железы. Установлено наличие пролиферативных изменений в эпителиальном компоненте, включая случаи карциномы in situ. Эти результаты демонстрируют гистоморфологическое разнообразие фиброаденом и подчеркивают важность внимательного морфологического анализа при их диагностике.

Обсуждение:

Обсуждаются вероятные причины выявленных пролиферативных изменений, включая влияние возраста, гормонального фона и других факторов. Рассматривается

значимость ранней диагностики и своевременного лечения фиброаденом с пролиферативными изменениями для снижения риска развития рака молочной железы.

Заключение:

Полученные результаты акцентируют внимание на необходимости тщательного морфологического анализа фиброаденом молочной железы и учета пролиферативных изменений при планировании лечения пациенток.

Ключевые слова: фиброаденома, молочная железа, карцинома in situ, пролиферативные изменения, гистоморфология, патология, рак молочной железы.

Список литературы:

1. Schnitt SJ, Collins LC. Biopsy Interpretation of the Breast. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018:42-68.
2. Chouchane L, Boujnah H, Youssef S, et al. Fibroadenoma with carcinoma in situ: a clinicopathological study of 23 cases. Breast Cancer Res Treat. 2018;170(3):635-641.
3. Alipour S, Eslami B, Abedi M, et al. The risk of carcinoma within fibroadenomas: analysis of 1000 consecutive cases. Pathol Res Pract. 2022;236:154089.
4. Krings G, Chen YY. Genomic profiling of fibroepithelial lesions of the breast: methods and applications. Diagn Histopathol. 2021;38(2):105-115.
5. Rakha EA, Ahmed MA. Histopathology of pre-invasive breast lesions: current concepts and future directions. Diagn Histopathol. 2020;26(2):62-70.

СВЯЗЬ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧИСКОГО СООТНОШЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ходжаев А.В.[1], Асрарова Г.Д.[2], Зухуржанова З.А.[3]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

[3]Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель: оценить патогистологическое и иммуногистохимическое соотношение рака молочной железы среди исследуемой группы

Материалы и методы: в объект изучения включены материалы гистологического исследования 87 пациента для гистологической верификации диагноза и установления связи результатов патогистологического исследования с иммуногистохимическим анализом

Результаты исследования: гистологические блоки 87 пациентов, зарегистрированных патоморфологическим отделением РСНПМЦОиР были использованы для проведения патогистологического и иммуногистохимического исследования. В результате исследования среди 87 пациентов у 47 был обнаружен протоковый инвазивный канцер G1, 21 пациентов-протоковый инвазивный канцер G2, 8-протоковый инвазивный канцер G3, 3-инвазивная карцинома G1, 5-инвазивная карцинома G2, 1-инфильтративная карцинома G2, 1-инвазивный рак неспецифического типа G2, 1-злокачественная аденоэпителиома G3.

протоковый инвазивный канцер G1	протоковый инвазивный канцер G2	протоковый инвазивный канцер G3	инвазивная карцинома G1	инвазивная карцинома G2	инфильтративная карцинома G2,	инвазивный рак неспецифического типа G2	злокачественная аденоэпителиома G3	87 пациентов
54%	24%	9%	3,5%	5,8%	1,2%	1,2%	1,2%	100

Если патогистологические результаты исследования разделить на полученные результаты имммуногистохимии, то среди исследуемого контенгента больных наибольшую встречаемость подтвердили протоковый инвазивный канцер G1: люминальный B тип Her2/neu негатив-24%, Her2/neu позитив-11,2% , трижды негатив-12,6%, протоковый инвазивный канцер G2: люминальный B тип Her2/neu позитив-10,3%, люминальный B тип Her2/neu негатив-7%.

Заключение: из вышеуказанных данных следует сделать вывод, что наибольшую встречаемость из 87 (100%) результатов исследований составляет протоковый инвазивный канцер G1 (люминальный B тип Her2/neu негатив) -24%, протоковый инвазивный канцер G1 (Her2/neu позитив)-11,2% , протоковый инвазивный канцер G1 (трижды негатив) -12,6%, протоковый инвазивный канцер G2 (люминальный B тип Her2/neu позитив)-10,3% соответственно в сравнении с оставшимися результатами данных.

РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕНЕДЖМЕНТА В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Холиева Н.Х., Дадамухамедова Х.Э., Салихова Ш.Р.
Ташкентский государственный медицинский университет,
кафедра патологической анатомии.

Аннотация: Рассмотрены особенности инновационного менеджмента в сфере медицинского образования, даны классификация инноваций, актуальные стратегии инновационного развития.

Ключевые слова: менеджмент, инновации, медицина, здоровье.

ТИББИЁТ ТАЪЛИМИ СОҲАСИДА ИННОВАЦИОН БОШҚАРУВНИНГ РИВОЖЛАНИШИ

Холиева Нигора Худайбердиевна,
Дадамухамедова Холида Эркиновна,
Салихова Шахзода Руслановна
Тошкент давлат тиббиёт университети, патологик анатомия кафедраси.

Аннотация: Тиббий таълим соҳасида инновацион менежментнинг хусусиятлари кўриб чиқилади, инновациялар таснифи ва инновацион ривожланишнинг жорий стратегиялари келтирилган.

Калит сўзлар: менеджмент, инновация, тиббиёт, саломатлик.

DEVELOPMENT OF INNOVATIVE MANAGEMENT IN THE SPHERE OF MEDICAL EDUCATION

Kholiyeva Nigora Khudaiberdievna,
Dadamuhamedova Kholida Erkinovna
Salikhova Shahzoda Ruslanovna
Tashkent State Medical University, department of pathological anatomy.

Abstract: The article examines the features of innovative management in the field of medical education, provides a classification of innovations, and current strategies for innovative development.

Keywords: management, innovations, medicine, health.

С переходом к рыночным отношениям вопрос финансирования стал первоочередным для всех медицинских организаций, многое при этом зависит от успешного внедрения принципов маркетинг-менеджмента. Инновационная деятельность в сфере медицины является достаточно важной и неотъемлемой частью рассматриваемого элемента медицинского образования, в которой объектом служат медицинские организации и сферы их деятельности, подвергающиеся воздействию инновационных процессов с целью

удовлетворения потребностей общества в услугах лечебно-оздоровительного и спортивно-развлекательного характера. Тогда инновационный менеджмент в сфере медицины будет представлять собой вид деятельности, направленной на прогнозирование, планирование, организацию, контроль, координацию и необходимое регулирование разработки и реализации продуктов инновационных процессов в данной сфере с целью получения прогрессивного социально-экономического эффекта и повышения уровня жизни населения Республики Узбекистан.

Менеджеры могут быть как стратегического уровни (руководящий состав Министерства Здравохранения, ЛПУ и другие оздоровительные центры), так и тактического и исполнительного уровня (руководители ЛПУ, мед.ВУЗы, администраторы и тренера оздоровительных клубов, медперсонал).

Защита прав и интересов лечебных организаций в первую очередь закреплена в главе XIII Конституции РУ «Общественные объединения», поскольку большинство федераций, ассоциаций, клубов, центров в сфере медицины являются общественными организациями. Правовой основой организации ЛПУ в республике являются, в первую очередь, Закон РУ «Об охране здоровья граждан» в редакции от 29.08.1996 года, устанавливающий основные принципы и порядок развития в стране медицины. Кроме того, правительством принят ряд подзаконных актов в этой сфере, из которых следует особо выделить Постановление Кабинета Министров от 12.09.2017 г., «Об организации деятельности Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. В частности, в главе 7 Конституции закрепляется принцип использования новых финансовых источников в развитии медицины, с учетом реалий рыночных отношений, в числе которых:

-развитие медицинского маркетинга;

- расширение спонсорства;

- использование медицины в рекламе;

- дальнейшее развитие медицинских услуг населению;

- расширение производства отечественной медицинской продукции;

- самофинансирование ЛПУ;

- использование иностранных инвестиций, средств международных фондов и организаций;

- расширение рекламно-оздоровительного вещания на телевидении;

- организация медицинских шоу, использование прибыли профессионального лечения;

- широкое использование средств от проведения медицинских услуг и др.

Этим же Постановлением в Ташкентской медицинской академии возлагается ряд задач, в числе которых - подготовка специалистов по менеджменту и маркетингу в медицине.

В целях повышения эффективности управления инновациями в сфере медицины, на наш взгляд, следует в определенной степени структурировать инновационные процессы в отрасли – сформировать рациональную классификацию инноваций, взяв за основу имеющиеся разработки в данной области. Так, по мнению автора, инновации в сфере медицины рационально разделить по основному признаку – по конечному результату. В этой связи выделим ряд позиций.

Во-первых, инновацию медицинских услуг, то есть новый, реализованный на практике способ удовлетворения запросов потребителей в таких услугах. Это справедливо и для совершенно новых комплексов услуг, и для различных модификациях существующих с целью повышения их ценности для населения. Здесь представляется актуальным, к примеру, внедрение в занятия водного комплекса, наряду с существующими традиционными типами, современных видов аква-аэробики и т.п. Сюда же, на наш взгляд, следует отнести внедрение в перечень традиционных секций в оздоровительных центрах новые для Узбекистана комплексы игровых видов спорта.

Во-вторых, инновацию лечебного процесса – это внедрение новых концепций оказания рассматриваемой категории услуг, которые обеспечивают определенные конкурентные преимущества: уменьшение издержек, сокращение временного цикла, повышение качества и уровня лечебной услуги, удовлетворенности целевых потребителей в физическом и эстетическом плане. Здесь можно рассматривать в качестве примера применение в лечебном процессе новых типов инвентаря и технологий, к примеру, для ускоренного обучения шейпингу. Также сюда можно отнести нововведения в области механизма оплаты услуг потребителями, в том числе приобретение пактов фитнес-услуг в кредит, рассрочку, что делает возможным ускорить реализацию услуг, увеличить их доступность без потери качества.

В-третьих, следует определить инновацию стратегии управления в данной сфере, то есть изменение концепции создания ценности лечебных услуг для населения, с тем, чтобы сформировать и удовлетворять вновь возникшие потребности в физической активности и ведении здорового образа жизни, повышать саму ценность услуг и сопутствующих товаров, формировать новые сегменты рынка услуг для лечебных организаций.

Далее выделим актуальные для отрасли стратегии инновационного управления: прогрессивные услуги, создающие добавленную стоимость; новые концепции распределения медицинских услуг; создание новых рынков реализации услуг рассматриваемой категории; новые модели ведения деятельности в сфере медицины.

Отметим, что немаловажной особенностью инноваций в целом, и для сферы медицины в частности, является то, что инновационная деятельность достаточно часто носит локальный характер. В связи с этим, особое значение в современной ситуации приобретает инновационный характер реализуемых комплексных мер по развитию организаций отрасли на региональном уровне. Здесь, на наш взгляд, стоит обратить особое внимание на маркетинг территориальных образований, характер и специфику потребностей населения территории в лечебных услугах.

Таким образом, сфера лечебно-оздоровительных и спортивно-зрелищных услуг обладает значительным инновационным потенциалом. Активное внедрение инноваций в деятельность медицинских организаций даст дополнительный импульс к развитию сферы услуг территориальных образований, росту уровня качества жизни населения.

Литература:

1. Проект Указа Президента Республики Узбекистана “О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан”. 2017., https://gov.uz

2. Ансофф И. Стратегическое управление. - М., 1989.

КЎЗ ОЛМАСИ ТЎҚИМАЛАРИДА SARS-COV-2 КАСАЛЛИГИ ОҚИБАТИДА РИВОЖЛАНАДИГАН ЎЗИГА ХОС МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Худайбергенов Ғ.У., Отабаев Б.О.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Долзарблиги. COVID-19 патогенез ва морфогенезида кўп жиҳатлар хозирча тушинарсиз ва аниқланмаган, жумладан бош мия ғалвирак веноз синуси веноз тармоқлари бўлган юз-жағ, бурун, унинг бўшлиқлари ва кўз орбитаси тўқималаридаги вена томирлар эндотелийсида тромбоваскулит ва гиперкоагуляция синдроми, оқибатида бу соҳалар юмшоқ тўқималарида яллиғланишли ва некротик жараёнларнинг ривожланиш механизмлари ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади. Тадқиқотда SARS-COV-2 касаллигида кўз олмаси тўқималарида ривожланадиган патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш мақсад қилиб олинган.

Материал ва усуллар. Жарроҳлик амалиёт вақтида патоморфологик тадқиқот учун материаллар олинди. Материал кўз олмасининг тузилмаларидан - томир парда таркибий қисмларидан иборат бўлган морфологик тадқиқот учун олинган материаллар 10%ли

нейтрал формалин эритмасида 3 кун давомида маҳкамланди. Оқава сувда ювилгач, спиртли эритма билан ювилади, кейин хлороформда концентрацияланиб, керосин ва мум билан ювилади. Микротомда олинган гистологик кесмалар депарафинизациядан сўнг гематоксилин ва эозин билан бўялди.

Олинган натижаларни таҳлил қилиш. Бош мия ғалвирак веноз бўшлиғида кўп сонли устунсимон тўсиқлар бўлганлигидан COVID-19 вируси томонидан бўшлиқ эндотелийси шикастланиши оқибатида тромбо-цитлар адгезияси ва агрегациясидан бирламчи тромбоцитар тромблар шаклланади. Ғалвирак веноз бўшлиғида кўп сонли устунсимон тўсиқлар бўлганлигидан тромбоз жараёни кейинчалик бош мия ичи веналарига тарқалади. Дастлабки белгиси сифатида бош оғриғи, кўнгил айниш ва қусуш пайдо бўлади. Офтальмологик жиҳатдан шиш, қизариш ва кўз олмасининг оғриши ривожланади. Хемоз, икки томонлама экзофтальм, кўришнинг сусайиши юзага чиқади. Ўзига хос бўлган белги бу сўрғичсимон тана шиши, кейинчалик геми- ва монофалажланишлардир.

Кўз олмасининг томирли тўрини микроскопик жиҳатдан ўрганиш шуни кўрсатдики, SARS-CoV-2 касаллигининг бош мия ғалвирак веноз синуси тромбози оқибатида орбита ва кўз олмаси тўқималарида тромбоз каби дисциркулятор, некрозланиш каби альтератив ва яллиғланишли ўзгаришлар аниқланди. Дастлаб, қон томирларга бой бўлган кўз олмасининг томирли пардаси ўрганилди. Бунда, томирли парданинг склерага туташган қисмидаги вена қон томирида тромбоз ривожланганлиги аниқланди. Венанинг паралитик кенгайган ҳолатдаги бўшлиғида тромб жойлашганлиги ва унинг таркибий қисми бир жойда тўпланган, десквамацияланган эндотелий ҳужайраларини қамраб олган фибрин толалари, унинг атрофида лимфоид ҳужайралар ва парчаланган бошқа ҳужайра тузилмалари жойлашганлиги аниқданди. Томирли парданинг тўр пардага туташган чегарасидаги пигментли эпителийси дистрофияланиб, парчаланишга учраган, унинг остидаги хориокапилляр *қават* капиллярлари кенгайиб, атрофига диапедезли қон қуйилган, артериал томирлар қавати ҳам бироз кенгайиб, томирлари бетартиб жойлашган, қонга тўлган, кейинги кават яъни йирик веналар жойлашган қават кучли веноз димланишга, айримларининг эритроцитар массаси билан обтурацияланиш ҳолатлари аниқланди.

Хориоидея коронавирус томонидан шикастланганда, унинг тўқималарида ўткир аутоиммун шикастланиш ривожланиши туфайли иммунопатологик лимфопролифератив инфильтрат пайдо бўлади. Морфологик жиҳатдан қон томир қаватининг деярли барча қатламлари лимфоид ҳужайралар билан диффуз тарзда инфилтрацияланади, бунинг натижасида қон томир қатламлардан айрим қатламлари, жумладан, пигмент эпителий ва Брух пардаси ажралиб чиқади. Веноз қаватдаги веноз томирлар кескин кенгайганлиги, уларнинг бир қисми ёрилиб, атрофига қон қуйилиши аниқланади. Лимфоид инфилтрация оралиғидаги тўқима тузилмаларида некробиотик дистрофия ва некроз кузатилди.

Хулоса қилиб айтилганда, SARS-CoV-2 касаллиги оқибатида томирли парданинг давоми бўлган цилиар танасида дисциркулятор ўзгаришлар нисбатан кўп ривожланганлигидан массив *қон* қуйилиш ўчоқлари пайдо бўлганлиги ва тўқимасининг некрозланиши аниқланди.

ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ АХОЛИСИДА УЧРАЙДИГАН КОЛОРЕКТАЛ РАКЛАРИНИ ПРОГНОЗЛАШДАГИ АХАМИЯТИ

Худайкулова Ф.Х.
ТТА Урганч филиали

Колоректал рак жаҳонда онкологик касалликлар ва ўлим холатлари таркибида етакчи ўринларни эгаллаб келмоқда. Турли мамлакатларда иқтисодий ва ижтимоий ривожланишига боғлиқ равишда ракнинг бу тури билан касалланиш ва ўлим холатларида сезиларли фарқ кузатилади. Йўғон ичак ракининг ривожланишига овқатланиш рациони, экологик ва яшаш тарздаги факторларнинг таъсири ахамиятлидир. Шу билан бир вактда

нисбатан ривожланган мамлакатларда ушбу касалликдан ўлим холатларининг камайиши уларда ракни ташхислаш ва даволашнинг илғор тажрибаларини жорий қилиш орқали омон қолиш яхшиланганлигини акс эттиради. Морфологик текширув натижаларига қўшимча равишда, ҳозирги вақтда иммуногистохимия текшируви бутун дунёда олтин стандарт сифатида тан олинган.

Тадқиқотнинг мақсади Хоразм вилоятида йўғон ичак ракининг морфологик характеристикасини мазкур регионнинг ўзига хос хусусияти ва унинг касаллик ривожланишига таъсирини хисобга олган холда батафсил ўрганиш, Ki67, Bcl2, p53 ва Цитокератин-20 маркерлар бўйича иммуногистокимёвий тахлил ўтказиб, экспрессияланиш даражаларини аниқлаш.

Материаллар ва услублар: Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Хоразм филиалида 2021 -2022 йилларда йўғон ичак саратони сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилган 60 нафар беморларда Ki67, Bcl2, p53, Цитокератин-20 маркерлар бўйича иммуногистокимёвий тахлил ўтказиб, экспрессияланиш даражаларини ўрганилди. Патоморфологик жиҳатдан хавфли ўсмаларни иммуногистокимёвий усулда ўрганиш учун беморлар 3 гурухга бўлиб ўрганилди, хар бир гурухдан 20 тадан жами 60 та беморлар танлаб дифференцирлаш даражаси буйича иммуногистохимия текшируви ўтказилди. Иммуногистокимёвий текширувга Bond Leica Australia (Австралия) иммуногистопроцессордан антителалар орақали хужайралар экспрессияси ўрганилди. Барча беморларнинг шамли блоклардан кесма олиниб иммунгосиктокимёвий текширишдан ўтказиш учун кайта ишлов берилиб буюм ойначасига кесмалар олиниб текширилди ва иммуногистокимёвий текширув усули орқали Ki67 , SK20, Bcl 2 ва w p53 антигенлари ўрганилди.

Натижалар ва хулосалар: Иммуногистокимёвий ўзгаришлар шуни кўрсатдики тадқиқот жараёнида кўп миқдорда аниқланган аденокарциноманинг G2 варианти барча текширув ўтказилган маркерлар бўйича (Ki67, Bcl 2 , w p53 ва Цитокератин-20) бўйича юқори позитив экспрессияланишга эга, бу ўсмаларнинг жуда тез ўсиш суръатларига эга эканлини тасдиқлайди.

Оқсил маркерларининг ифодасини ўрганиш уларнинг мумкин бўлган жарроҳлик аралашувни амалга ошириш билан югон ичак раки билан огриган беморларни касаллигининг натижасини башорат қилишда аҳамиятини аниқлашга имкон берди.

Ўтказилган тадқиқот ўрганилган иммуногистокимёвий маркерларнинг статистик ишончлилиги ва аҳамиятини кўрсатди. Шундай қилиб, югон ичак раки билан огриган беморларни юқори пролиферация индексига эга бўлган беморлар гуруҳида сезиларли даражада тез-тез учрайди, югон ичак раки билан огриган беморларни пролифератив фаоллиги 50% дан кўпроғи салбий прогностик омил ҳисобланади. Олинган натижалар шуни кўрсатадики ракнинг дифференцирлаш даражаси канча паст бўлса унинг хавфлилик ёки агрессив кетиши жараёни шунча юкори бўлади. Ўсманинг юқори пролифератив фаоллиги Ki-67 нинг ўрта ва паст дифференцирлашган аденокарциномларда юкори кўрсатгичларда кузатилди.

w p53 реагенти орқали олинган натижалар шуни кўрсатдики апоптознинг блокланиши ўртасида корреляция алоқаси топилди. Тадқиқотда w p53 ўсма маркерига ижобий реакция асосан юқори дифференцирлашган аденокарциномаларда 20 нафар беморларнинг 5 тасида (25%) енгил даражали позитив реакция кузатилди. 12 нафар беморларда (60%) ўрта даражали позитив реакция ва 3 нафар беморларда (15%) юкори позитив реакция кузатилди. Ўрта дифференцирланган аденокарциномаларда 8 нафарида (40%) енгил даражали позитив реакция, 6 тасида (30%) ўрта позитив реакция, 4 нафар (20%) беморларда юкори позитив реакция кузатилди. Паст дифференцирланган аденокарциномаларда 4 нафар беморлар (20%) енгил позитив реакция 8 нафарида (40%) ўрта позитив реакция ва 8 тасида (40 %) беморларда юкори позитив реакция кузатилди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики ракнинг дифференцирлаш даражаси қанча паст

бўлса, мутант геннинг юкори экспрессияси ва жараён агрессив кечиши шунча юқори бўлади.

Цитокератин-20 реагентини ҳолатини баҳолаш натижасида қуйидаги маълумотлар олинган: ўсма ҳужайраларида тегишли геннинг кучайишини кўрсатадиган ушбу оқсилнинг (3+) гиперэкспрессияси дастлабки босқичда бўлган беморларда ёғ тўқималарига бостириб кириш бошланиши, лимфа тугунларининг метастазланиши аниқланди. Шундай қилиб, касалликни босқичи ошгани сайин Цитокератин-20 реагентини ифодасининг кучайиши, шу жумладан маҳаллий лимфа тугунларида метастазлар мавжуд бўлганда кўпроқ кўринадиган гиперэкспрессия қайд этилди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики дифференцирлаш даражаси юқори ракда Цитокератин-20 юқори позитивлиги уни даволаш имкониятини енгиллаштиради бироқ дифференцирал даражаси пастлиги эса унинг агрессивлик хусусиятини оширади.

Тадқиқотда Bcl 2 ўсимта маркерига юқори дифференциациясида 20 нафар беморларнинг 8 тасида (40%) енгил даражали позитив реакция, 7 нафар беморларда (35%) ўрта даражали позитив реакция ва 5 нафарида (25%) юқори позитив реакция кузатилди. Ўрта дифференцирланган аденокарциномаларда 4 нафарида (20%) енгил даражали позитив реакция, 6 нафарида (30 %) ўрта позитив реакция, 10 нафар (50 %) беморларда юқори позитив реакция кузатилди. Паст дифференцирланган аденокарциномаларда 3 нафар беморлар (15%) енгил позитив реакция, 4 нафарида (20%) ўрта позитив реакция ва 13 тасида (65 %) беморларда юқори позитив реакция кузатилди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики саратоннинг дифференцирлаш даражаси Bcl 2 юқорилиги унинг ва даволаш имконияти енгиллаштиради бироқ дифференциал даражаси пастлиги эса унинг агрессив кечиш имкониятини оширади.

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ ГИСТИОАРХИТЕКТОНИКАСИНИ COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАРИ

Шарипова Б.Э.
Тошкент Тиббиёт Академияси

Аннотация: COVID-19 инфекциясида ошқозон ости безнинг гистиоархитектоникасидаги ўзгаришларининг ўзига хослиги шундаки, COVID-19 да томирлар деворининг кескин ўтказувчанлигини ошиши, оралиқ шишларнинг юзага келиши ва без тўқимасидаги барча компонентларининг хиралашиши, ҳужайраларнинг оралиқ шишлар натижасида шакли ўзгариб, безлар сиқилган доира шаклида, Лангерханс оролчалари оволсимон ва гантелсимон шаклга кирганлиги, шу билан бирга без йўллари ва қон томирлари атрофида гомоген кўринишдаги шишларнинг юзага келганлиги, ва шу соҳадаги оралиқ шишларнинг кескин ривожланиши ва без секретини синтезланган соҳаларида яъни ацинар безлар бўшлиғида туриб қолиши, димланиш кўринишида кечиб, умумий фонда ушбу манзара гиперцеллюляр кўринишга келганлиги аниқланди.

Калит сўзлар: COVID-19, ошқозон ости бези, некробиоз, патоморфология, панкреатит.

Ишнинг мақсади. COVID-19 инфекциясида ошқозон ости безидаги хос ва умумий морфологик ўзгаришларни ўрганиш ва олинган натижалар таҳлили бўйича аниқ бир хулосаларга келишдан иборат.

Тадқиқот объекти ва предмети: Республика патологик анатомия марказида COVID-19 инфекциясидан вафот этган жами 216 ҳолат бўйича олинган аутопсияда ажратиб олинган ошқозон ости бези тўқимаси материаллари ташкил этиб, ошқозон ости безидаги морфологик ўзгаришларни текшириш мақсадидаь гематоксилин ва эозин бўёғидан фойдаланилди.

Олинган натижалар: Ошқозон ости бези капсуласи хар хил қалинликда бўлиб, қон томирларида тўлақонлик белиглари, атрофида ўчоқли диапедез қон қуйилишлар аниқланди. Шу билан бирга, капсула остида шишли манза, таркибида лимфоцитлар ва кам

миқдорда нейтрофилларнинг инфильтрацияси аниқланади. макрофаглар жуда кам. Субкапсуляр соҳага яқин жойлашган

бўлакчалар таркибидаги ацинар безларнинг меъёрий гистиоархитектоникаси ўзгармаган ўлсада, шишли кўринишда бўлиб, ацинар безлар бўшлиғида тўқ базофил тузилмалар димланиб туриб қолганлиги аниқланади. Ошқозон ости бези капсуласини бўлакчалар атрофига ўсиб кирган соҳаларида сийрак толали тузилмаларининг деструкцияси ва оралиқ шишлари аниқланади, бу ўзгаришлар аксарият бўлакчалар атрофида аниқланиб, COVID-19 да гемодинамик бузилишларни микроциркулятор ўзанда ривожланганлигини ва аксарият гипоксия жараёнида кислотали мухитни экстрацеллюляр матриксда риволанганигини кўрсаади. Натижада, фибробластларнинг шу соҳада кескин пролиферация ўчоқларини ривожланиши ва толали тузималарнинг хаотик шаклланган ўчоқларини юзага келтирганлиги аниқланди. Айнан COVID-19 да томирларнинг массив зарарланиши, ошқозон ости безида микроциркулятор ўзандаги бузилишларга олиб келиши, без ацинуслари атрофидаги майда калибрли қон томирларда девор ўтказувчанлигини ошишига ва атроф тўқималарда плазматик бўкишнинг ривожланганлига олиб келган.

Хулоса: COVID-19 инфекциясида**,** қўзғатувчи томир бўшлиғга тушгандан кейин, барча майда калибрли қон томирлар ва капилляр деворларида массив дилатация ва паралитик кенгайиш кўринишдаги гиперэмиялар ва диапедез қон қуйилишлар билан давом этганлиги аниқланди. Айнан, ушбу манзара, ошқозон ости безининг барча бўлакчаларида бир хил кўринишда ривожланганлиги, COVID-19 да томирларнинг тизимли васкулити кўринишида ривожланиб, барча қон томирларнинг анатомик қаватлари оралиғдаги базал мембрананинг плазматик бўкиши ва томир девори ўтказувчанлигини ошганлиги, жумладан, ошқозон ости бези микроциркулятор ўзанда гемодинамик бузилшларнинг тўсатдан ривожланиши, клиник морфологик жиҳатдан илк бор аниқланган қандли диабет ва сегментар панкреонекрознинг ривожланиши билан давом этганлиги аниқланди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Correia de Sá T, Soares C, Rocha M. Acute pancreatitis and COVID-19: A literature review // World J Gastrointest Surg. 2021 Jun 27;13(6):574-584
2. Jabłońska B, Olakowski M, Mrowiec S. Association between acute pancreatitis and COVID-19 infection: What do we know? // World J Gastrointest Surg. 2021 Jun 27;13(6):548-562.
3. Kusmartseva I, Wu W, Syed F, Van Der Heide V. Expression of SARS-CoV-2 Entry Factors inthe Pancreas of Normal Organ Donors and Individuals with COVID-19. // Cell Metab. 2020
4. Dec 1;32(6):1041-1051.
5. Coate KC, Cha J, Shrestha S, Wang W. et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Factors ACE2 and TMPRSS2 Are Expressed in the Microvasculature and Ducts of Human Pancreas but Are Not Enriched in β Cells. // Cell Metab. 2020 Dec 1;32(6):1028-1040.e4.
6. Figueroa-Pizano MD, Campa-Mada AC, Carvajal-Millan E, Martinez-Robinson KG, Chu AR. The underlying mechanisms for severe COVID-19 progression in people with diabetes mellitus: a critical review. // AIMS Public Health. 2021 Oct 26;8(4):720-742.

УДК:611.019.619

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ.

Юлдашев Б.С., Нуржанов Б.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

АННОТАЦИЯ

Изучение роста, развития и состояния лицевого скелета современного ребенка может явиться теоретической и методологической основой для разработки и усовершенствования антропометрических методов диагностики и реконструкции в медицине, обосновании новых принципов профилактики и лечения позвоночных аномалий и травматологических заболеваний. В современной концепции

ортопедического лечения основная задача это достижение желаемых результатов с учетом индивидуальности.

Ключевые слова: антропометрические показатели, дети, искусственное и естественное вскармливание, грудной возраст.

ANTHROPOMETRIC INDICATORS OF CHILDREN OF DIFFERENT AGES DEPENDING ON THE TYPE OF FEEDING.

B.S. Yuldashev, B.B. Nurjanov
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

ANNOTATION

The study of the growth, development and condition of the facial skeleton of a modern child can be the theoretical and methodological basis for the development and improvement of anthropometric methods of diagnosis and reconstruction in medicine, the substantiation of new principles for the prevention and treatment of vertebral abnormalities and trauma diseases. In the modern concept of orthopedic treatment, the main task is to achieve the desired results, taking into account individuality.

Key words: anthropometric indices, children, artificial feeding, natural feeding,infancy.

TURLI YOSHDAGI BOLALARNING ANTROPOMETRIK KO‘RSATKICHLARI OZIQLANTIRISH TURIGA QARAB.

B.S.Yuldashev, B.B.Nurjanov
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

ANNOTATSIYA

Zamonaviy bolaning yuz skeletiningo'sishi, rivojlanishi va holatini o'rganish tibbiyotda antropometrik diagnostika va rekonstruktsiya usullarini ishlab chiqish va takomillashtirish, murtqali anomaliyalar va travmatologik kasalliklarning oldini olish va davolashning yangi printsiplarini asoslash uchun nazariy va uslubiy asos bo'lishi mumkin. Zamonaviy ortopedik davolashda asosiy vazifa individuallikni hisobga olgan holda kerakli natijalarga erishishdir.

Kalit sozlar: antropometrik ko’rsatkichlar, bolalar, sun'iy ovqatlanish, tabiiy ovqatlanish, go'dak.

Актуальность. С увеличением возраста у ребенка происходят различные изменения в организме, у здоровых детей I и II периода детства с учетом видакормления, которые связаны с климато-географическими особенностямирегиона проживания, характером питания и сменой молочных зубов на постоянные [2,5]. Установлено, что наиболее значительный рост частоты нарушений здоровья и развития, в том числе патологии среди подрастающего поколения происходит в I и II периоде детства.Среди них важными были изучение антропометрических особенности у детей, находившихся в искусственном и естественном вскармливании в грудном возрасте. В стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2018-2022 годы указано «дальнейшее претворение комплекса мероприятий по укреплению здоровья семьи, охраны материнства и детства, расширению качественного медицинского обслуживания матерей и детей, оказанию им специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, снижению детской смертности». На мировом уровне составление нормативов и стандартов физического развития детской популяции позволяет создавать объективный антрополога -экологический мониторинг, который отражает жизнедеятельность детей и воздействие многочисленных внешних факторов [3]. Знание учета пропорций лица является залогом успеха в различных медицинских манипуляциях, включая травматологической области. Изучение роста, развития и состояния лицевого скелета современного ребенка может явиться теоретической и методологической основой для разработки и усовершенствования антропометрических методов диагностики и реконструкции в медицине, обосновании новых принципов профилактики и лечения

позвоночныханомалий и травматологических заболеваний. В современной концепции ортопедического лечения основная задача это достижение желаемых результатов с учетом индивидуальности. Реализация вышеуказанных аспектов и разработка критериев и совершенствование прогностических подходов к диагностике определяет актуальность данной проблемы. Все вышеизложенное остается приоритетным направлением научного исследования.

Антропометрические показатели являясь многофакторным процессом в различные возрастные периоды, в значительной степени зависят от климато-экологических факторов [7].Одним из критериев показателей здоровья детского населения является физическое здоровье. Оценка состояния физического развития невозможна без данных антропометрических показателей различных возрастных групп. Большинство работ посвященных этой теме, ограничивались измерениями роста и массы тела[1,4].Пполноценного комплексного исследования морфометрических параметров, характеризующих физическое развитие детского населения, особенно антропометрические параметры I и IIпериода детства с учетом вида кормления -искусственное или естественное в грудном возрасте области освещены недостаточно. Изучение пропорционального развития тела человека на основных возрастных этапах, позволит выявить закономерности онтогенеза человека, как биологического вида [2,5].Проблемными остаются идеи изучения возрастной и половой динамики антропометрических признаков с позиции пропорционального подобия дефинитивным размерам [6]. Поэтому большое значение для медицины и педагогики имеет составление стандартов физического развития и полового созревания детей различных регионов. Разрабатываемые стандарты требуют периодического обновления в связи с процессом акселерации и соматического развития ребенка.

Цель исследования: Изучить особенности антропометрических параметров здоровых детей Южного Приаралья I и II периода детства с учетом вида кормления (искуственное или естественное).

Материал и методы исследования: Изучены клинические, антропометрические, рентгенографические, теле рентгенографические и статистические методы исследования у детей в I и II периоде детства, находившихся на искусственном и естественном кормлении в грудном возрасте.

Количественный состав каждой возрастной группы составляет 100 человек. Программа исследований включала изучение антропометрического показателя (длину тела, длина и масса тела, а также окружность грудной клетки, переднезадний диаметр грудной клетки, высоту стопы, голени и бедра, а также другие параметры). Исследование проведено в центральной поликлинике г. Ургенча.

Для измерения роста, массы, окружности грудной клетки, переднее заднего диаметра грудной клетки использован ростомер стандартного типа.

Для измерения длины позвоночного столба, позвоночных дисков и позвоночного канала, а также соотношения между отделами позвоночника, используется цифровая рентгенография, КТ, МРТ и ЯМРТ.

Результаты:

В этой исследовательской работе дети в возрасте до одного года были зарегистрированы в семейной поликлинике № 1, расположенной в Ургенче Хорезмской области, и семейной поликлинике № 38 Хазораспского района, при определении изменений антропометрических размеров, длины тела, веса, окружности головы и грудной клетки, высоты ног, бедер и икр длина костей при искусственном и натуральном питании у детей в возрасте до 1 годав ходе обследования объектом исследования были в общей сложности 336 детей из семейной поликлиники № 1, расположенной в городе Ургенч, и в общей сложности 200 детей из семейной поликлиники № 38 Хазораспского района.В соответствии с результатами проведенного научного исследования, при измерении антропометрических размеров собаки Ургенч, питающейся натуральным кормом в течение 1 месяца, окружность

головы и середины составляет 37,84 см, окружность грудной клетки - 37,48 см, длина тела 53,39 см, истинная-1,5 см. н вторичный узбекистан 22 см, тен вторичный узбекистан 22 см, тен вторичный узбекистан 10 см, т. н. средняя длина 10 см, По результатам проведенной научной работы определены антропометрические размеры детей, проживающих в г. Ургенче, находящихся на вскармливании. с искусственным питанием до 1 месяца при измерении, окружность головы в среднем 38,84 см, окружность груди в среднем 38,58 см, длина тела в среднем 55,39 см, высота правой ноги в среднем 20 см, высота левой ноги в среднем 20 см, длина правого бедра в среднем 8 см, длина левого бедра в среднем 8 см. По результатам проведенной научной работы при измерении антропометрических размеров детей, проживающих в хазараспском районе, которых кормили натуральными кормами до 1 месяца, окружность головы в среднем составляла 37,84 см, окружность груди в среднем 39,48 см, длина тела в среднем 53,39 см, высота правой ноги в среднем 22 см, высота левой ноги в среднем 22 см, длина правого бедра в среднем 9 см., длина левого бедра в среднем 9 см.

По результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, проживающих в хазараспском районе, которых кормили искусственным кормом до 1 месяца, окружность головы в среднем составляла 40,4 см, окружность груди в среднем 41 см, длина тела в среднем 53,6 см, высота правой ноги в среднем 20 см, высота левой ноги в среднем 20 см, длина правого бедра в среднем 8 см. см, длина левого бедра в среднем 8 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч, которых кормили натуральными кормами в возрасте до 3 месяцев, окружность головы составляла в среднем 39,9 см, окружность груди в среднем 41,7 см, длина тела-в среднем 61,9 см, высота правой ноги-в среднем 24 см, высота левой ноги-в среднем 24 см, длина правого бедра-в среднем 12 см. см, длина левого бедра в среднем 12 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч, находящихся на искусственном вскармливании до 3 месяцев, окружность головы составляет в среднем 40,6 см, окружность груди-в среднем 40,6 см, длина тела-в среднем 64,9 см, высота правой ноги в среднем 22 см, высота левой ноги в среднем 22 см, длина правого бедра-в среднем 10 см. см, длина левого бедра в среднем 10 см.

По результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в хазараспском районе, которых кормили натуральными кормами до 3 месяцев, окружность головы в среднем составляла 39,9 см, окружность груди в среднем 41,7 см, длина тела в среднем 62,65 см, высота правой ноги в среднем 24 см, высота левой ноги в среднем 24 см, длина правого бедра в среднем 12 см., длина левого бедра в среднем 12 см.

По результатам проведенной научной работы при измерении антропометрических размеров детей, живущих в хазараспском районе, которых кормили искусственным кормом до 3 месяцев, окружность головы в среднем составляла 40,55 см, окружность груди в среднем 42,1 см, длина тела в среднем 54,75 см, высота правой ноги в среднем 22 см, высота левой ноги в среднем 22 см, длина правого бедра в среднем 10 см. см, длина левого бедра в среднем 10 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч, которых кормили натуральными кормами в возрасте до 4 месяцев, окружность головы составляла в среднем 40,35 см, окружность груди в среднем 41,4 см, длина тела-в среднем 63,79 см, высота правой ноги в среднем 25 см, высота левой ноги-в среднем 25 см, длина правого бедра-в среднем 13 см. см, длина левого бедра в среднем 13 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч, находящихся на

искусственном вскармливании до 4 месяцев, окружность головы в среднем составляет 41,35 см, окружность груди в среднем 41,4 см, длина тела в среднем 66,79 см, высота правой ноги в среднем 23 см, высота левой ноги в среднем 23 см, длина правого бедра в среднем 11 см. см, длина левого бедра в среднем 11 см.

По результатам проведенной научной работы при измерении антропометрических размеров детей, живущих в хазараспском районе, которых кормили натуральными кормами до 4 месяцев, окружность головы в среднем 40,35 см, окружность груди в среднем 42,9 см, длина тела в среднем 65,50 см, высота правой ноги в среднем 25 см, высота левой ноги в среднем 25 см, длина правого бедра в среднем 13 см. см, длина левого бедра в среднем 13 см.

По результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в хазараспском районе, вскармливаемых искусственным кормом в возрасте до 4 месяцев, окружность головы составляет в среднем 43 см, окружность груди в среднем 40,85 см, длина тела-в среднем 61 см, высота правой ноги-в среднем 23 см, высота левой ноги в среднем 23 см, длина правого бедра в среднем 11 см., длина левого бедра в среднем 11 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч, которых кормили натуральными кормами в возрасте до 5 месяцев, окружность головы в среднем 43,5 см, окружность груди в среднем 44 см, длина тела в среднем 66,92 см, высота правой ноги в среднем 26 см, высота левой ноги в среднем 26 см, длина правого бедра в среднем 14 см, длина левого бедра в среднем 14 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч на искусственном вскармливании в возрасте до 5 месяцев, окружность головы в среднем составляет 43,9 см, окружность груди в среднем 43,9 см, длина тела в среднем 69,92 см, высота правой ноги в среднем 24 см, высота левой ноги в среднем 24 см, длина правого бедра в среднем 12 см. см, длина левого бедра в среднем 12 см.

По результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в хазараспском районе, которых кормили натуральными кормами до 5 месяцев, окружность головы в среднем составляет 42,2 см, окружность груди в среднем 43,55 см, длина тела в среднем 66,9 см, высота правой ноги в среднем 26 см, высота левой ноги в среднем 26 см, длина правого бедра в среднем 14 см. см, длина левого бедра в среднем 14 см.

По результатам проведенной научной работы при измерении антропометрических размеров детей, проживающих в хазараспском районе, вскармливаемых искусственным кормом в возрасте до 1 года, окружность головы в среднем составляет 41,67 см, окружность груди в среднем 45,8 см, длина тела в среднем 63 см, высота правой ноги в среднем 24 см, высота левой ноги в среднем 24 см, длина правого бедра в среднем 12 см. см, длина левого бедра в среднем 12 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч, которых кормили натуральными кормами в возрасте до 6 месяцев, окружность головы в среднем 44,7 см, окружность груди в среднем 45 см, длина тела в среднем 67,95 см, высота правой ноги в среднем 27 см, высота левой ноги в среднем 27 см, длина правого бедра в среднем 15 см., длина левого бедра в среднем 15 см.

Согласно результатам проведенной научной работы, при измерении антропометрических размеров детей, живущих в городе Ургенч, находящихся на искусственном вскармливании до 5 месяцев, окружность головы составляет в среднем 45,7 см, окружность груди в среднем 45,7 см, длина тела-в среднем 69,95 см, высота правой ноги-в среднем 25 см, высота левой ноги-в среднем 25 см, длина правого бедра в среднем 13 см., длина левого бедра в среднем 13 см.

По результатам проведенной научной работы при измерении антропометрических размеров детей, живущих в хазараспском районе, которых кормили натуральными кормами до 6 месяцев, окружность головы в среднем 43,21 см, окружность груди в среднем 44,77 см, длина тела в среднем 67,95 см, высота правой ноги в среднем 27 см, высота левой ноги в среднем 27 см, длина правого бедра в среднем 15 см. см, длина левого бедра в среднем 15 см.

Заключение: Полученные результаты исследований свидетельствуют о продолжающемся процессе формообразования и наступлении пропорциональной гармонии, региональных пропорциях, выражающих соразмерность сегментов опорно-двигательного аппарата, особенно в позвонках. Разработаны компьютерные программы для определения нормального роста по антропометрическим параметрам у детей, а также оценки морфометрических показателей позвонков детей в зависимости от вида вскармливания.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авагин А. А., Шабаева Е. В. Морфологические параметры нижней челюстии их прикладное значение для костной пластики // Российские морфологические ведомости - М.: 1997. №1(6). - С. 21-26.
2. Аверьянова-Языкова Н. Ф. Возрастные изменения формы и сводов стопы в процессе постнатального онтогенеза // Морфология Санкт-Петербург, 1996.- Т. 09. - №2. - С. 28.
3. Аверьянова-Языкова Н. Ф. Изменение высоты сводов и толщины мягких тканей подошвенной поверхности стопы у детей и подростков от 8 до 16 лет по данным рентгенографии // Морфология. Санкт-Петербург, Эскулап, 2002. - Т. 12. - №2-3. - С. 6
4. Кузмичев, Ю.Г. Оценочные таблицы физического развития доношенных новорожденных детей г. Нижнего Новгорода / Кузмичев Ю.Г., Орлова М.И., Бурова О.Н., Гуренко С.П., Лазарева Е.П. // «Врач-аспирант». – 2013. - № 4.3 (59) – С.494-498.
5. Пырьева, Е.А. Вскармливание детей первого года жизни: новые возможности / Е.А. Пырьева // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 3.– С. 83-86.
6. Birth size and childhood growth as determinants of physical functioning in older age: the Helsinki birth cohort study / M.B. von Bonsdorff, T. Rantanen, S. Sipilä [et al.] // Am. J. Epidemiol. – 2011. – Vol. 174. – P. 1336-44.
7. Fleischman, E.K. Innovative application of bar coding technology to breast milk administration / E.K. Fleischman // J. Perinat. Neonat.Nurs. – 2013. – Vol. 27.–P. 145-150.
8. Ismailova Mehriban Olimbaevna //Forensic medical criteria for assessing cerebrospinal fluid circulation disorders in fatal traumatic brain injuries//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.
9. С.И. Индиаминов., Р.А.Исмаилов., С.Н.Пардаев.//Характер поражения структуры позвоночника и спинного мозга при сочетанной тупой травме//Russian journal of forensic medicine .ISSN: 2411–8729 .Vol. 7.Issue 2.2021.
6. Исмаилов О.,Исмаилов Р.А.//Редкие случаи повреждения сдавления головы створками закрывающихся дверей вагона// Образование и наука в XXI веке, выпуск №36,том 3,март 2023.
7. Исмаилов О., Исмаилов Р.А.//Турли хил итлар томонидан кам холларда етказилган жарохатлар//. Journal of new century innovations. http://www.newjournal.org/ Volume–24-Issue-2-March 2023.
8. Ismailov R. A., Ro‘ziev Sh.I.//Oyoq va qo’l kaft-barmoq dermatoglifik belgilari asosida burdalangan murdalarni sud tibbiy ekspertizasi// Amaliy va tibbiyot fanlari ilmiy jurnali ISSN: 2181-3469 jild: 03 nashr:01 2024 yil.
9. Ismailova Mehriban Olimbaevna //Forensic medical criteria for assessing cerebrospinal fluid circulation disorders in fatal traumatic brain injuries//Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 03, March, 2025.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Юсупова М.А., Абдиримова А.Д.
Ургенчский филиал ТМА

Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV2, невероятно быстро стала глобальной проблемой человечества ввиду высокой контагиозности и летальности среди населения. Во всем мире сложилась крайне неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, что стало причиной высокой заболеваемости среди беременных. За время пандемии значительно выросли показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, связанные с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и ее осложнениями, что демонстрировало неготовность медицинских работников всего мира к борьбе с новым заболеванием ввиду отсутствия необходимых знаний о его патогенезе и возможностях лечения. За время пандемии накоплены данные об особенностях течения инфекции COVID-19, клинические проявления которой вариабельны: от бессимптомного течения до развития массивного поражения легких и острого респираторного дистресс-синдрома. Из-за мутаций штамма вируса SARS-CoV-2 болезнь может протекать непредсказуемо и вызвать осложнения у людей любого возраста. За период пандемии COVID-19 было отмечено несколько значимых подъёмов заболеваемости, связанных с мутациями вируса SARS-CoV-2, характеризующихся вариабельностью клинико-лабораторных данных и показателей летальности.

Инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, выявленная у беременной в I триместре, не приводила ни к увеличению толщины воротниковой зоны плода, ни к развитию врожденных аномалий, ни к задержке развития и не увеличивала риск прерывания беременности по сравнению с другими трансплацентарными инфекциями, например вирусом Зика. В то же время были описаны клинические наблюдения беременностей на фоне инфекции SARS-CoV-2 на более поздних сроках, заканчивающихся преждевременными родами и даже перинатальной смертью плода, летальным исходу матери. До конца не понятно, является преждевременное завершение беременности осложнением данной инфекции или обусловлено акушерской тактикой, направленной на досрочное родоразрешение заболевших женщин. Необходимы дальнейшие исследования для выяснения влияния новой коронавирусной инфекции на беременность, плаценту и связанные с этим осложнения у плода.

Характеристика новорожденных от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности. В большинстве литературных источников, посвященных анализу течения новой коронавирусной инфекции у беременных, рожениц и новорожденных, оценивались соматический статус и морфофункциональные характеристики детей, рожденных от женщин с положительным ПЦР на COVID-19 на момент родов. Учитывая гиперкоагуляцию, наблюдаемую у пациентов с COVID-19, перинатальные осложнения у детей, вероятно, обусловлены нарушением фетоплацентарной перфузии и/или возможными тромботическими изменениями у матери, васкулопатией, снижением барьерной функции плаценты, воспалительными изменениями в ней. D. Baud и соавт. предположили, что изменения в плаценте, обусловленные вирусом, приводят к хронической и острой гипоксии плода, преждевременному родоразрешению, что и обусловливает тяжесть состояния детей при рождении.

По данным многоцентрового когортного исследования, проведенного с 1 марта по 10 мая 2020 г. в г. Нью-Йорк, в которое были включены 149 пар мать-ребенок, госпитализированных в обсервационные отделения, 12% новорожденных потребовалась госпитализация в отделение интенсивной терапии, из них 10% родились раньше срока и 3% понадобилось проведение искусственной вентиляции легких. Следует отметить, что дети, рожденные от матерей с клиническими проявлениями COVID-19, чаще рождались недоношенными (16 против 3% в общей популяции) и нуждались в проведении интенсивной терапии (19 против 2%).

В систематическом обзоре, опубликованном в 2020 г., сравнивались материнские и неонатальные исходы у женщин, инфицированных SARS-CoV, SARS-CoV-2 и MERS. По сравнению с SARS-CoV и MERS инфицирование женщин SARS-CoV-2 также было ассоциировано с более высоким уровнем преждевременных родов и оперативных родоразрешений путем назначения кесарева сечения, а также частотой диагностирования дистресс-синдрома плода и уровнем перинатальной смертности.

S. Reem и соавт. проанализировали данные о состоянии здоровья 201 новорожденного: 71 ребенок (35,3%) родился преждевременно, до 36 нед беременности. Нет достоверных данных о причинах преждевременного родоразрешения: были это акушерские показания или причиной послужило течение новой коронавирусной инфекции у матери. Средний балл по шкале Апгар на 1-й минуте составил 6,49, на 5-й минуте - 8,98. У 7 детей (2,8%) наблюдался дистресс плода, что в некоторых случаях было показанием для проведения преждевременного родоразрешения. Срыв гестационной адаптации вследствие НКИ приводит к выраженной эскалации физиологических сдвигов (активация эндотелиально-тромбоцитарного звена, умеренное провоспалительное и гиперкоагуляционное состояние, регуляторный окислительный стресс и др.) с трансформацией в патогенетические звенья COVID-19 (антиангиогенный, воспалительный и протромбогенный статус, выраженный системный и внутриклеточный окислительный стресс, гиперактивация врожденных иммунных и метаболических процессов с реализацией ПОН).

Трансплацентарная передача антител. Защита новорожденного от инфекции в первую очередь зависит от врожденного иммунитета и материнских антител, полученных трансплацентарно. Сохранение материнских IgG у новорожденных положительно коррелировало с исходным уровнем антител в пуповинной крови. Поствакцинальный иммунный ответ все еще малоизучен. трансплацентарный перенос АТ, специфичных к SARS-CoV-2, возможен. Однако иммунитет, полученный новорожденным трансплацентарно, может оказаться нестойким. еременные относятся к группе высокого риска тяжелого течения НКИ, в связи с чем остро стоит вопрос о своевременной диагностике прогрессирования заболевания, развития соматических, гестационных и перинатальных осложнений, патофизиологические предпосылки которых заложены как в реактивности организма беременной на SARS-CoV-2, так и в закономерностях формирования неосложненной беременности.

АНОМАЛЬНАЯ ПЛАЦЕНТАЦИЯ: ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

Юсупова М.А., Исчанова С.Д.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Акушерские кровотечения остаются важной медико-социальной проблемой во всем мире в связи с высокой материнской и перинатальной заболеваемостью и смертностью. Одной из основных причин массивных кровотечений в акушерской практике является предлежание плаценты, особенно в ассоциации с ее врастанием. Согласно метаанализу D. Fan и соавт. самая высокая распространенность послеродовых акушерских кровотечений, обусловленных предлежанием плаценты, зарегистрирована в Северной Америке (26,3%), за ней следовали Азия (20,7%), Австралия (19,2%) и Европа (17,8%). Имеются данные, что у более 90% женщин с диагнозом врастание плаценты наблюдается ее предлежание.

Предпочтительным термином, одобренным FIGO (International Federation of Gynecology Obstetrics), RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) и SMFM (Society for Maternal-Fetal Medicine), для определения аномальной плацентации всех степеней инвазии является «placenta accreta spectrum» (PAS). Данная патология обусловливает необходимость абдоминального оперативного родоразрешения, часто сопровождается неконтролируемой

массивной кровопотерей, гемотрансфузией, реанимационными мероприятиями, расширением объема операции до гистерэктомии, и даже летальным исходом. A. Nieto-Calvache и соавт. указывают, что число случаев материнской смерти может достигать 7% от наблюдений PAS, причем основной проблемой при оказании помощи являются отсутствие опыта и неадекватное хирургическое вмешательство медицинской бригады. Последствия акушерского кровотечения часто становятся причиной тяжелой анемии, синдрома Шихана (сочетание аменореи, атрофии половых органов, агалактии, эмоциональной лабильности с преобладанием меланхолии и апатии, обусловленное некрозом клеток аденогипофиза), требуют длительной реабилитации, нарушают репродуктивное здоровье женщины. За прошедшие десятилетия радикально изменился алгоритм постановки диагноза «врастание (приращение)» плаценты. Во времена D.S. Forster, C. Irvinga и A.T. Herting патология идентифицировалась исключительно по факту осложненного течения последового (затруднения вплоть до невозможности отделения плаценты, сопровождаемые профузным маточным кровотечением) или послеродового периода (весьма обильное маточное кровотечение). В настоящее время основным методом диагностики врастания плаценты является эхография (ультразвуковое сканирование

Аномальная плацентация, особенно ее инвазивные формы, отрицательно влияют на исходы беременности для матери и плода; во всем мире распространенность такой патологии, вероятно, будет только расти. Безусловно, в настоящее время женщины с предлежанием и врастанием плаценты являются когортой пациенток с самым высоким риском развития осложнений родоразрешения. Однако следует признать, что до сих пор нет четких данных о статистике этой патологии в связи с отсутствием общепринятых клинико-морфологических критериев диагностики PAS. Кроме того, имеются проблемы антенатального выявления PAS, что ассоциируется с массивным акушерским кровотечением на этапе родоразрешения и дальнейшими периоперационными осложнениями. Не вызывает сомнений, что необходимо адекватное медицинское обеспечение для развития специализированных родильных центров с мультидисциплинарными бригадами, оборудованием, лекарственными средствами, банком препаратов крови и инфраструктурой интенсивной терапии для безопасного ведения женщин с предлежанием плаценты и PAS, однако эффективность перечисленных мероприятий требует точной оценки в условиях рандомизированных клинических исследований.

В настоящее время наиболее распространена стратегия раннего родоразрешения пациенток с ВП для минимизации акушерских рисков, однако единой точки зрения на оптимальные сроки завершения беременности нет. Рандомизированные исследования по этой проблеме отсутствуют.

Одной из задач в данной работе было выявление корреляции между степенью выраженности патологического прикрепления плаценты и состоянием здоровья новорожденного, а также осложнениями раннего неонатального периода. В ходе анализа данных не было выявлено значимых различий новорожденных по их весу и росту, также не было выявлено значимых отличий при оценке по шкале Апгар между подгруппами placenta accreta и placenta increta. Частота госпитализации детей в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) была выше в группе врастания плаценты по сравнению с группой предлежания. Она составила 72,5% для подгруппы placenta accreta и 81,8% для подгруппы placenta increta. Все дети, рожденные в подгруппе placenta percreta, также поступили в это отделение. В группе сравнения только 8% детей были госпитализированы в ОРИТН.

Предлежание и врастание плаценты — потенциально опасные для жизни женщины состояния. Основным эпидемиологическим фактором врастания плаценты остается рубец на матке после КС, поэтому актуальной тенденцией в снижении частоты PAS являются мероприятия, направленные на тщательный отбор показаний к КС, родоразрешение пациенток с рубцом на матке через естественные родовые пути, оптимизацию

хирургической тактики, своевременную диагностику осложнений и выбор правильной тактики ведения родильниц. Кроме того, все медицинские работники обязаны систематически совершенствовать знания о факторах риска, эффективных методах дородовой диагностики и особенностях ведения женщин с PAS. Однако отсутствие стандартизированных протоколов анте- и постнатальной диагностики аномалий плацентации подрывает ценность клинических данных, в частности, при оценке эпидемиологии PAS и различных степеней инвазии плаценты, а также результатов различных стратегий ведения. Развитие специализированных центров с междисциплинарным опытом ведения сложных акушерских операций с инфраструктурой интенсивной терапии матерей и новорожденных, разработка эффективных способов уменьшения, устранения и оптимизации трансфузии компонентов крови имеют решающее значение для улучшения ведения и исхода беременности при врастании плаценты.

Необходимы разработка стандартизированных протоколов анте- и постнатальной диагностики нарушений плацентации, определение безопасности и эффективности различных методик лечения пациенток с врастанием плаценты с подробными клиническими и гистоморфологическими данными.

O'TKIR POSTMANIPULYASION PANKREATIT: DOLZARBLIGI, DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDAGI MUAMMOLAR (ADABIYOTLAR TAHLILI) **6**

ABDUKARIMOV J.SH., XAKIMOV M.SH. 6

NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS: CLINICAL RESULTS **12**

ABDUKARIMOV ZH.SH., KHAKIMOV M.SH., MASHARIFOV KH.SH. 12

MENINGIOMANING PATOLOGIK ANATOMIYA XUSUSIYATLARI VA TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI **19**

ABDULLAYEV O'.R., QURBONOV A.A. 19

METHODS OF UTILIZING FOLIC ACID IN PRESCHOOL CHILDREN WITH EPILEPSY **20**

ABDURASHIDOV A.A., NASIRDINOVA N.A. 20

GASTROENTEROLOGIK KASALLIKLAR FONIDA AFTOZ STOMATITNI SAMARALI DAVOLASH USULLARI **24**

ALLAZAROV K.A. 24

"OLIY TA'LIM MUASSASALARI PROFESSOR-O'QITUVCHILARI SALOMATLIGINING IJTIMOIY-GIGIENIK JIHATLARINING O'RGANILGANLIGI **28**

ATABAEVA G.S., YUSUPOVA O.B. 28

THE RELATIONSHIP BETWEEN METABOLIC CHANGES AND ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH ABDOMINAL OBESITY AND ISCHEMIC HEART DISEASE **29**

AXMEDOVA Y.X., KARIMOVA N.O., QALANDAROVA U.A. 29

"FERTIL YOSHIDAGI AYOLLAR VA QIZLAR O'RTASIDA SUT BEZI SARATONINI PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARI **30**

BABADJANOVA SH.U. 30

QOG'ONOQ PARDASINING TUG'RUQDAN OLDIN ERTA YORILISHINING SIYDIK YO'LI INFEKSIYASI BILAN BOG'LIQ BO'LGAN HOMILADORLIKNI OLIB BORISH. **32**

BEKCHANOVA A.SH., ORTIQOVA D.O. 32

OROLBO'YI MINTAQASI AHOLISI ORASIDA BUYRAK PATOLOGIYALARINING PATOMORFOLOGIK XUSUSIYATLARINI TIBBIYOTDAGI AHAMIYATI **34**

DJUMANIYAZOVA N.S., YUSUFOV A.B. 34

QORAQALPOG'ISTON RESPUBLIKASIDA 4-14 YOSH ORASIDAGI BOLALAR ORASIDA RUHIY KASALLIKLARNING TARQALISHI. **36**

DOSHANOVA U.A. 36

PLATSENTA OLDINDA KELISHI AKUSHERLIK QON KETISHLARNING ASOSIY OMILLARIDAN BIRI SIFATIDA **37**

DUSCHANOVA Z.A., JAMOLADDINOVA A.O. 37

TUG'RUQDAN KEYINGI QON KETISHLARNI OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY JIHATLARI **38**

DUSCHANOVA Z.A.[1], JABBAROVA G.K.[2] 38

AYOLLARDA ADENOMIOZ KASALLIGINI TASHXISI VA DAVOLASHDA YANGICHA TALQIN. **39**

IBRAGIMOVA N. SH., YUSUPOVA M.A. 39

BACHADON MIOMASI KUZATILGAN AYOLLARNI TASHXISLASH VA TEKSHIRISH USULLARI **43**

KARIMOVA I.E. 43

CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSTICS OF NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA **44**

MAKHMATMURADOVA N.N. 44

DIAGNOSTIC VALUE OF SPUTUM IN NON-SPECIFIC INTERSTITIAL PNEUMONIA **45**

MAKHMATMURADOVA N.N. 45

SPECIFIC FEATURES OF ASYMPTOMATIC BACTERIURIA IN PREGNANCY **47**

MATRIZAEVA K.M., YUSUPOVA M.A. 47

HOMILADOR AYOLLARDA SURUNKALI PIELONEFRITNI UCHRACH SABABI VA OLDINI OLISH. 47

NAZIRBAYEVA Z.Q. , MATYAQUBOVA S.A. 47

SIYDIK YO‘LLARI INFEKTSIYASINI KELIB CHIQISHINI HOMILADOR AYOLLARDA ERTA ANIQLASH VA OLDINI OLISH. 48

NAZIRBAYEVA Z.Q., MATYAQUBOVA S.A. 48

HEART BIRTH DEFECTS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC EXPERIENCE IN KHOREZM 52

NIYOZOVA G.D. 52

HOMILADORLIKDA SIYDIK YO’LLARI INFEKSIYALARI UCHRASHI. 53

ODAMBOYEV D.B., NAZIRBAYEVA Z.Q. 53

SUD TIBBIYOTI AMALIYOTIDA AKUSHERLIK TIBBIY YORDAM NUQSONLARINI KOMISSION BAHOLASH MEZONLARINI TAKOMILLASHTIRISH 54

QALANDAROV J.K.[1], RO’ZIYEV SH.I.[2] 54

CHAQALOQLARDA TIBBIY YORDAM NUQSONLARINI SUD-TIBBIY BAHOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH (DISSERTASIYA MAVZUSIGA KO'RA) 61

QO`ZIYEV U.S., QALANDAROV J.K., URAZOV N.R. 61

PEDIATRIYADA YATROGEN PATOLOGIYALARNI SUD-TIBBIY BAHOLASH (DISSERTASIYA MAVZUSIGA KO'RA) 64

QO`ZIYEV U.S., URAZOV N.R. 64

VITAMIN D NING ORGANIZMDAGI FIZIOLOGIK AHAMIYATI VA YETISHMOVCHILIGINING SOG'LIQQA TA'SIRI 65

QURBANOVA CH.Z. 65

ZAMONAVIY DENTAL IMPLANTATSIYA 66

QURYAZOV.A.K., ILXOMOVA.M.M., YUSUPOVA.D.M., ISKANDAROVA.A.I. 66

PERIODONTAL KASALLIKLAR VA ULARNI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI 67

QURYAZOV.A.K., ILXOMOVA.M.M., YUSUPOVA.D.M 67

STOMATOLOGIYADA LAZER TEXNOLOGIYASI: LAZER YORDAMIDA KARIESNI DAVOLASH 68

QURYAZOV.A.K., ILXOMOVA.M.M., YUSUPOVA.D.M. 68

BOLALAR STOMATOLOGIYASIDA SEDATSIYANING QO’LLANILISHI 69

QURYAZOV.A.Q., ILXOMOVA.M.M.,YUSUPOVA.D.M., ISKANDAROVA.A.I. 69

TISH CHIQISHI VA ORTODONTIYA: BOLALAR VA KATTALAR UCHUN YANGI DAVOLASH YONDASHUVLARI 70

QURYAZOV.A.Q., YUSUPOVA.D.M., ILXOMOVA.M.M. 70

TISH KARIESINING ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI VA PROFILAKTIKASI 71

QURYAZOV.A.Q., YUSUPOVA.D.M., ILXOMOVA.M.M. 71

A COMPREHENSIVE REVIEW OF PTERYGIUM 72

RAJABOV H.R. 72

XORAZM VILOYATIDA KO‘P TUGUNLI BO‘QOQ KONTEKSTIDA QALQONSIMON BEZ SARATONI 76

RAJAPOV A.A. 76

O'PKANING SIRT FAOL (SURFAKTANT) MODDALAR TIZIMI. 80

SAPAYEVA SH.A., BAKBERGANOVA F.M., IBADULLAYEVA SH.A. 80

COVID-19 KASALLIKLARIDA BUYRAK FUNKSIYASI BUZILISHIDA INTERLEYKINLARNING AHAMIYATI 88

XAYTBOEV J.A. 88

GEPATIT C VIRUSINING TURLI GENOTIPLARI BILAN KASALLANGAN SURUNKALI VIRUSLI GEPATIT C TASHXISI QO'YILGAN BEMORLARDA JIGARDA KUZATILADIGAN PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLAR 89

YULDASHEV B.S., ABDULLAYEV U.R. 89

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ 90

АБДИРАШИТОВА Г.С, ЖАЙБЕРГЕНОВА Ж.Б., ДОЩАНОВА У.А. 90

ВЛИЯНИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА РАЗВИТИЕ ПЛОДА. 94

АБДИРИМОВА А.Д., ЮСУПОВА М.А. 94

ЎЗБЕКИСТОНДА ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК ОСОЙИШТАЛИК СОҲАСИГА МАЛАКАЛИ КАДРЛАРНИ ТАЙЁРЛАШДА ГИГИЕНА КАФЕДРАЛАРИНИНГ ТУТГАН ЎРНИ 98

АБДУЛЛАЕВ И.К., САПАЕВ А.Н., ҚАДИРБЕРГАНОВ Х.Б. 98

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ 102

АБДУЛЛАЕВ Р.Б., МАНСУРБЕКОВ Д.М., БАХТИЯРОВА А.М. 102

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА 103

АБДУРАХМАНОВ И.Т., ГАНИЕВ А.Г 103

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВ 109

АБДУРАХМАНОВ И.Т., ГАНИЕВ А.Г. 109

СУРУНКАЛИ ГАСТРОДУОДЕНИТ ВА АФТОЗ СТОМАТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА БИОХИМИК ТЕКШИРУВЛАР ХУСУСИЯТЛАРИ 111

АЛЛАЗАРОВ К.А. 111

ЛАЗЕРНАЯ ДОППЛЕРОВСКАЯ ФЛОУМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЕСЕН 112

БАБАДЖАНОВ Р.А., ЮЛДОШЕВ Б.С., БАБАДЖАНОВ А.Р. 112

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ГИНГИВИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР МИЛКИДА КЛИНИКО МАРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИ ЎРГАНИШ 112

БАБАДЖОНОВ Р.А., БАБАДЖАНОВ. А.Р. 112

РОЛЬ СОВРЕМЕННОГО ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ МОЛОДЁЖИ 113

БАБАЕВ Х.Н., ХОЛИЕВА Н.Х. 113

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫПРИ SARS-COV-2 116

БАБАЕВ Х.Н., ХОЛИЕВА Н.Х., ДАДАМУХАМЕДОВА Х.Э. 116

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ: НАЛИЧИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ К СУПЕРАНТИГЕНАМ STAPHYLOCOCCUS AUREUS И ЕГО АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ 123

ГАНИЕВ А.Г. 123

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ВТОРИЧНОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ 124

ГАНИЕВ А.Г., АБДУРАХМАНОВ И.Т., АРИФХОДЖАЕВ А.Т. 124

ПРАКТИЧЕСКИЕ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «АЭРОЛЕТ» В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ . 126

ГАНИЕВ А.Г., АБДУРАХМАНОВ И.Т., КУТЛИКОВА Г. М. 126

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУТОЧНОГО РИТМА... 131

ГАНИЕВ А.Г., АБДУРАХМАНОВ И.Т., КУТЛИКОВА Г.М. 131

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОГО МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН 132

ЕРМЕКБАЕВА А.У., ЖАЙБЕРГЕНОВА Ж.Б., СЕЙТНАЗАРОВА А.У. 132

ЭРТА НЕОНАТАЛ ДАВРДА ЧАҚАЛОҚЛАР ТИМУСИ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ 133

Жураев К.Д., Исламов Ш.Э. 133

РЕКОМЕНДАЦИИ МААСТРИХТ VI/ФЛОРЕНТИЙСКОГО КОНСЕНСУСА ПО ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 135

Захидова М.З. [1], Сейтназарова А. У. [1], Жайбергенова Ж. Б. [1], Захидова М.У. [2] 135

СУРУНКАЛИ ГАСТРОДУОДЕНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ АФТОЗ СТОМАТИТ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ОЗОНДАН ФОЙДАЛАНИШ ВА САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ 140

Зойиров Т.Э., Аллазаров К.А. 140

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АДЕНОМИОЗА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ. 148

Ибрагимова Н.Ш.., Юсупова М.А. 148

НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ЛИКВОРООБРАЩЕНИЯ ПРИ СМЕРТЕЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ. .. 149

Исмаилова М.О. 149

РАННЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ ПРЕЖДВРЕМЕННОМ РАЗРЫВЕ ПЛАЦЕНТЫ 154

Каримова И.Э , Нурметова Г.М 154

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕРЕХОДА ОСТРОГО НЕФРИТА В ХРОНИЧЕСКИЙ НЕФРИТ ... 157

Курамбаева С.Р, Мадаминова У.Ш 157

ВЛИЯНИЕ СМЕСИ ЭКСТРАКТОВ HIPERICUM SCABRUM L., ZIZIPHORA PEDICELLATA PAZIJ VVED., MEDIAZIA MACROPHYLLA И GLYCIRHIZA GLABRA L. НА СОДЕРЖАНИЕ ПИРОВИНОГРАДНОЙ И МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ ЖИВОТНЫХ С НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЕЙ. 160

Курбанниезова Ю.А., Оллаберганова А.О. 160

МОРФОЛОГИЯ ВРОЖДЁННОГО И ПРИОБРЕТЁННОГО ПТОЗА ВЕРХНЕГО ВЕКА. 161

Курбанова Н.П. Ражапов А.А 161

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. ВРОЖДЁННОЕ И ПРИОБРЕТЁННОЕ ОПУЩЕНИЕ ВЕРХНЕГО ВЕКА 162

Курбанова Н.П., Ражапов А.А. 162

АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГИК ЁРДАМДА ТИББИЙ НУҚСОНЛАР ВА УЛАРНИ СУД ТИББИЙ БАХОЛАШ 166

Қаландаров Ж.Қ., Қўзиев У.С. 166

ИНТЕГРАЦИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ 170

Мадримова А.Г., Машарифов Х.Ш. 170

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА У НОВОРОЖДЁННЫХ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ 171

Мадримова А.Г., Султанова И.Б. 171

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫ 172

Мадримова А.Г., Хайдарова Г.С., Бекберганов П.М. 172

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ У ДЕТЕЙ: ЗНАЧЕНИЕ ПЦР-СКРИНИНГА 179

Мадримова А.Г., Хайдарова Г.С., Машарифов Х.Ш. 179

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНВАЗИВНОГО АСПИРГИЛЛЁЗА ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 186

Мамасаидов Ж.Т.[1], Тилавбердиев Ш.А.[2], Мадаминов Ф.А.[3] 186

СИНДРОМ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ. 191

Мухамеджанова А.А.[1], Нурпеисова Р.Г.[2], Таджиева З.Б.[3], Иконникова А.А.[4], Альжанова К.К.[4], Кетебайева Д. Н. 191

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ 194

Мухтарова Д.Р., Юсупова М.А. 194

ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА ЯШОВЧИ ЎСМИР ЁШЛАР ОРАСИДА КАРИЕСЛАРНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ. 195

Нурметова Д. 195

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ХУДУДИДА ЯШОВЧИ АХОЛИДА УЧРАЙДИГАН ЎПКА САРАТОНИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ 196

Ортиқов А.П., Юлдашев Б.С. 196

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ..... 200

Ражапов А.А. 200

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН АЁЛЛАР ЙЎЛДОШИДАГИ ТАЯНЧ СЎРҒИЧЛАРИДА ҚОН ТОМИР ЭНДОТЕЛИЙ ҲУЖАЙРАЛАРИДА CD34 МОНОКЛОНАЛ АНТИТЕЛОСИНИНГ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТАҲЛИЛИ. 202

Расулов Х.А.[1], Мавлонов У.О.[2] 202

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ГНОЙНО НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ. 203

Рузматов П.Ю., Рахимов Д.Д. Матниязова Н.М.. 203

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ГНОЙНО НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ. 204

Рузматов П.Ю., Рахимов Д.Дж., Бабаджанов А.Р., Бабажанов М.Б., ... 204

СТИМУЛИРОВАННАЯ ГАСТРИНОМ И ИНГИБИРОВАННАЯ СОЛЯНОЙ КИСЛОТОЙ СЕКРЕЦИЯ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ 209

Серебряков В.В., Намозова Г.И. 209

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ШОШИЛИНЧ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ МАРКАЗИДА ПОЛИОРГПН ЖАРОХАТЛАР БИЛАН ШИКАСТЛАНГАНЛАРГА КЎРСАТИЛАЁТГАН ТИББИЙ ЁРДАМ ТАХЛИЛИ 213

Собиров О. 213

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ 214

Султанов Б.Б [1], Каримов Р.Х [2], Хаджимуратова М.Х[3]., Юсупова Д.М. 214

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ 222

Тажиева З.Б., Ражабова М. 222

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ 223

Тажиева З.Б., Ражабова М. 223

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ 224

Тажиева З.Б.. Раджабова М. 224

ИЗУЧЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД 229

Турсунова Ж.А., Турсунов Х.З., Садыков Р.Р. 229

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ РУБЦОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 585 НМ И CO_2-ЛАЗЕРОМ 240

Турсунова Ж.А.,Турсунов Х.З., Садыков Р.Р. 240

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ФИБРОАДЕНОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН (2024) 241

Ходжаев А.В., Аллабергенов А.Ж., Турсымуратова У.М. 241

СВЯЗЬ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОГИСТОХИМИЧИСКОГО СООТНОШЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 242

Ходжаев А.В.[1], Асрарова Г.Д.[2], Зухуржанова З.А.[3] 242

РАЗВИТИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕНЕДЖМЕНТА В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ 243

Холиева Н.Х., Дадамухамедова Х.Э., Салихова Ш.Р....243

КЎЗ ОЛМАСИ ТЎҚИМАЛАРИДА SARS-COV-2 КАСАЛЛИГИ ОҚИБАТИДА РИВОЖЛАНАДИГАН ЎЗИГА ХОС МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР....245

Худайбергенов Ғ.У., Отабаев Б.О. 245

ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ АХОЛИСИДА УЧРАЙДИГАН КОЛОРЕКТАЛ РАКЛАРИНИ ПРОГНОЗЛАШДАГИ АХАМИЯТИ....246

Худайкулова Ф.Х. 246

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ ГИСТИОАРХИТЕКТОНИКАСИНИ COVID-19 ИНФЕКЦИЯСИГА ХОС ЎЗГАРИШЛАРИ 248

Шарипова Б.Э. 248

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВСКАРМЛИВАНИЯ. 249

Юлдашев Б.С., Нуржанов Б.Б. 249

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ....255

Юсупова М.А., Абдиримова А.Д. 255

АНОМАЛЬНАЯ ПЛАЦЕНТАЦИЯ: ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ 256

Юсупова М.А., Исчанова С.Д. 256