

БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

8 ЖИЛД, 1 СОН

ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 8, НОМЕР 1

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 8, ISSUE 1



Бош муҳаррир:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
Самарқанд давлат тиббиёт университети ректори
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Бош муҳаррир ўринбосари:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
университети Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректори, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-3933

Масъул котиб:

Самиева Гулноза Утқуровна
тиббиёт фанлари доктори, доцент,
Самарқанд давлат тиббиёт университети
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Нашр учун масъул:

Шаханова Шахноза Шавкатовна
PhD, Самарқанд давлат тиббиёт университети,
онкология кафедраси
ORCID ID: 0000-0003-0888-9150

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ:

Арипова Тамара Уктамовна

*Иммунология ва инсон геномикаси институти директори –
тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон
Республикаси Фанлар академияси академиги*

Jin Young Choi

*Сеул миллий университети Стоматология мактаби оғиз ва
юз-жағ жаррохлиги департаменти профессори, Жанубий
Кореянинг юз-жағ ва эстетик жаррохлик ассоциацияси
президенти*

Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна

*тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд
давлат тиббиёт университети проректори, 1-клиникаси бош
врачи. **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт университети №1-сон Акушерлик ва гинекология
кафедраси мудири
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Орипов Фирдавс Суръатович

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт университети Гистология, цитология ва
эмбриология кафедраси мудири
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Мавлянов Фарход Шавкатович

*тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
университети болалар жаррохлиги кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Акбаров Миршавкат Миролимович

*тиббиёт фанлари доктори, В.Ваҳидов номидаги
Республика ихтисослаштирилган жаррохлик маркази*

Саидов Саидамир Аброрович

*тиббиёт фанлар доктори,
Тошкент фармацевтика институти
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Бабалжанов Ойбек Абдужаббарович

*тиббиёт фанлари доктори, Тошкент педиатрия
тиббиёт институти, Тери-таносил, болалар
тери-таносил касалликлари ва ОИТС
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Тошкент
педиатрия тиббиёт институти Факультет болалар
хирургия кафедраси. **ORCID ID:** 0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович

*тиббиёт фанлари номзоди,
Самарқанд давлат тиббиёт университети
№2-сон Педиатрия, неонатология ва болалар
касаликлари пропедевтикаси кафедраси доценти.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Ибрагимова Малика Худайбергандовна

*тиббиёт фанлари доктори, профессор
Тошкент давлат стоматология институти
ORCID ID: 0000-0002-9235-1742*

Рахимов Нодир Махамматкулович

*тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат
тиббиёт университети, онкология кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503*

Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналлов. www.tadqiqot.uz

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

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

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

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор, Ректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, **ORCID ID:** 0000-0001-5468-9403

Заместитель главного редактора:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
доктор медицинских наук, проректор по научной
работе и инновациям Самаркандского государственного
медицинского университета, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-

Ответственный секретарь:

Самиева Гульноза Уткуровна
доктор медицинских наук, доцент Самаркандского
государственного медицинского университета.
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Ответственный за публикацию:

Шаханова Шахноза Шавкатовна
PhD кафедры онкологии Самаркандского
государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0003-0888-9150

РЕДАКЦИОННЫЙ КОЛЛЕГИЯ:

Арипова Тамара Уктамовна

директор Института иммунологии и геномики человека
доктор медицинских наук, профессор, академик АН РУз

Jin Young Choi

профессор департамента оральной и челюстно-лицевой
хирургии школы стоматологии Стоматологического
госпиталя Сеульского национального университета,
Президент Корейского общества челюстно-лицевой и
эстетической хирургии

Абдуллаева Наргиза Нурмаатовна

доктор медицинских наук, профессор, проректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248

Худоярова Дилдора Рахимовна

доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой
Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского
государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255

Орипов Фирдавс Суръатович

доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
Гистологии, цитологии и эмбриологии Самаркандского
государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144

Мавлянов Фарход Шавкатович

доктор медицинских наук, доцент кафедры Детской
хирургии Самаркандского государственного медицинского
университета, **ORCID ID:** 0000-0003-2650-4445

Акбаров Миршавкат Миролимович

доктор медицинских наук,
Республиканский специализированный центр
хирургии имени академика В.Вахидова

Саидов Саидмир Аброрович

доктор медицинских наук, Ташкентский
фармацевтический институт
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович

доктор медицинских наук, Ташкентский педиатрический
медицинский институт, кафедра Дерматовенерология, детская
дерматовенерология и СПИД, **ORCID ID:** 0000-0002-3022-916X

Теребаев Билим Алдамуратович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры Факультетской
детской хирургии Ташкентского педиатрического
медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327

Юлдашев Ботир Ахматович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры Педиатрии,
неонатологии и протекции детских болезней №2
Самаркандского государственного медицинского университета
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523

Ибрагимова Малика Худайбергеновна

доктор медицинских наук, профессор
Ташкентского государственного
стоматологического института
ORCID ID: 0000-0002-9235-1742

Рахимов Нодир Махамматкулович

доктор медицинских наук, доцент кафедры
онкологии Самаркандского государственного
медицинского университета
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

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

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

Chief Editor:

Rizaev Jasur Alimjanovich
MD, DSc, Professor of Dental Medicine,
Rector of the Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Deputy Chief Editor:

Ziyadullaev Shukhrat Khudayberdievich
Doctor of Medical Sciences, Vice-Rector for scientific work
and Innovation, Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Responsible secretary:

Samieva Gulnoza Utkurovna
doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Responsible for publication:

Shakhanova Shakhnoza Shaykatovna
PhD Department of Oncology
Samarkand State medical university
ORCID ID: 0000-0003-0888-9150

EDITORIAL BOARD:

Aripova Tamara Uktamovna

*Director of the Institute of Immunology and Human Genomics -
Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the
Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan*

Jin Young Choi

*Professor Department of Oral and Maxillofacial
Surgery School of Dentistry Dental Hospital
Seoul National University, President of the
Korean Society of Maxillofacial Aesthetic Surgery*

Abdullaeva Nargiza Nurmatovna

*Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector
Samarkand State Medical University, Chief Physician of
the 1st Clinic **ORCID ID:** 0000-0002-7529-4248*

Khudoyarova Dildora Rakhimovna

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Samarkand State Medical University No.1
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Oripov Firdavs Suratovich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Histology, Cytology and
Embryology of Samarkand State Medical University.
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Mavlyanov Farkhod Shavkatovich

*Doctor of Medicine, Associate Professor of Pediatric
Surgery, Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich

*Doctor of Medical Sciences,
Republican Specialized Center of Surgery
named after academician V.Vakhidov*

Saidov Saidamir

*Doctor of Medical Sciences,
Tashkent Pharmaceutical Institute,
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Babadjanov Oybek Abdujabbarovich

*Doctor of sciences in medicine, Tashkent Pediatric
Medical Institute, Department of Dermatovenerology,
pediatric dermatovenerology and AIDS
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Terebaev Bilim Aldamuratovich

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Faculty of Children Department of Surgery.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327.*

Yuldashev Botir Akhmatovich

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of
Pediatrics, Neonatology and Propaedeutics of Pediatrics,
Samarkand State Medical University No. 2.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Ibragimova Malika Xudayberganova

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Tashkent State Dental Institute
ORCID ID: 0000-0002-9235-1742*

Rahimov Nodir Maxammatkulovich

*DSc, Associate Professor of Oncology,
Samarkand State Medical University
ORCID ID: 0000-0001-5272-5503*

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

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

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

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

1. **Khasanova A. Dilafruz**
ANEMIA IN PREGNANT WOMEN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS.....9
2. **Yuldasheva I. Farangiz, Samiyeva U. Gulnoza, Zakirova I. Nodira**
TREATMENT OF VAGINAL DYSBIOTIC DISORDERS IN PREGNANT WOMEN
BEFORE CHILDBIRTH.....17

PEDIATRIC SURGERY

3. **Chuliev S. Matyakub, Tilavov Kh. Uktam, Terebaev A. Bilim, Narbaev T. Temur, Khotamov N. Khusniddin**
TYPES, CAUSES, SYMPTOMS AND TREATMENT PRINCIPLES OF PRIMARY
COMPLICATED SKIN AND SOFT TISSUE INFECTIONS.....23
4. **Yusupov A. Shuxrat, Xakimova R. Leyla**
EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS FOR UROLITHIASIS IN CHILDREN.....30

INFECTIOUS DISEASES

5. **Eshboev H. Egamberdi, Mamov S. Otabek, Djumaev D. Normurod, Abduvakhitova N. Indira, Toxtayev Sh. Gayratillo**
THE SOLUTION OF MODERN PROBLEMS ON THE ETIOLOGY OF
DERMATOMYCOSIS AND LABORATORY DIAGNOSTIC METHODS.....38
6. **Turaev T. Bobor, Ochilov U. Ulugbek, Turgunboev U. Anvar, Kubaev M. Rustam**
CLINICAL AND LABORATORY CHANGES IN THE LIVER AFTER CONDUCTING
COVID-19 IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM.....47
7. **Yarmukhamedova A. Nargiza, Rakhimova Sh. Visola, Egamova N. Intizor**
CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF CO-INFECTION WITH HIV AND
VIRAL HEPATITIS C.....52
8. **Yarmuhamedova Q. Mahbuba, Ergasheva Y. Munisa, Quchkarova A. Shirina**
SCREENING OF HUMORAL IMMUNE RESPONSE ON THE FREQUENCY OF
DETECTION OF SPECIFIC ANTIBODIES TO TORCH-INFECTIONS OF THE
POPULATION OF SAMARKAND REGION.....60
9. **Karimova A. Maqsuda, Ibrahimova R. Hamida, Asatova B. Nafisa**
STUDY OF CHANGES IN THE MICROBIOLOGICAL LANDSCAPE OF THE COLON
UNDER THE INFLUENCE OF A GENE-MODIFIED PRODUCTS.....66

MORPHOLOGY

10. **Akhmedova M. Sayora, Masharipova K. Khulkar**
TOPOGRAPHY BILIARY TRACT OF CHILDREN OF DIFFERENT AGE.....74
11. **Akhmedov I. Adkham, Fayazov Dj. Abdulaziz**
SOME MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF THE DUODENAL GLANDS IN
THERMAL INJURY.....85
12. **Blinova A. Sofya, Oripov S. Firdavs, Yuldasheva B. Nilufar, Hotamova B. Gulzoda**
RECONSTRUCTION OF PULMONARY BLOOD VESSELS IN INFLAMMATORY
PATHOLOGY.....89
13. **Fayazov Dj. Abdulaziz, Akhmedov I. Adkham**
MORPHOLOGY OF DUODENAL STRUCTURES CONTAINING STRESS
MONOAMINES IN EXPERIMENTAL THERMAL INJURY.....93

14. **Ismoilov I. Ortik, Korzhavov O. Sherali, Suleymanov I. Remzi, Kuvondikov B. Golib Bedirasulovich.**
THE THYMUS GLAND MORPHOLOGICAL ASPECTS IN CHILDREN.....99
15. **Mustafoev Zafarjon, Olimova Aziza**
MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE LIVER OF WHITE OUTBREED RATS SUFFERING EXPERIMENTAL CRANIO-BRAIN INJURY AFTER MEDICAL CORRECTION.....107
16. **Nortaeva A.Nukufar, Axmedova M.Sayora, Nortaev B.Azamat**
ANTHROPOMETRY MEASUREMENTS OF THE FACIAL-MAXIMAL SYSTEM IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES.....114
17. **Hamdamova T. Muhayyo, Nurulloyev O.Sukhrob**
MORPHOLOGY OF WHITE RATS KIDNEY UNDER ACUTE RADIATION.....119
18. **Oripov S.Firdavs, Kholkhozhaev I.Farrukh, Mayusupova M.Bivifotima**
MORPHOLOGY OF APUDOCYTES OF THE EPITHELIUM OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE SMALL INTESTINE OF RABBITS OF THE POST-REPRODUCTIVE PERIOD.....125
19. **Nurulloyev O.Sukhrob**
SPECIFIC CHARACTERISTICS OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE KIDNEYS OF LABORATORY ANIMALS AFTER CHRONIC RADIATION.....132
20. **Yusupova A. Nargiza, Oripov S. Firdavs**
FUNCTIONAL CHANGES OF THE STOMACH UNDER THE INFLUENCE OF ENERGY DRINKS AND THEIR CORRECTION.....137

NEUROLOGY

21. **Khakimova Z. Sohiba, Khamdamova K. Bakhora, Kodirov A. Umid**
LABORATORY DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY METAMORPHISM AND MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME WITH BRUCellosis GENESIS DORSOPATHY.....153
22. **Kim A. Olga**
ETIOPATOGENETIC AND CLINICAL NEUROLOGICAL FEATURES OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG PEOPLE DEPENDING ON HETEROGENEITY.....160

ONCOLOGY

23. **Alimkhodzhaeva T. Lola, Nishanov A. Doniyor, Bozorova M. Lutfiyahon, Norbekova Kh. Munira**
CLINICAL SIGNIFICANCE OF CHANGES IN THE RECEPTOR STATUS IN TUMORS OF THE ACCESSORY LOBE OF THE MAMMARY GLAND.....168
24. **Minnulin R. Irkin**
PLASTIC PROSTHETIC SURGERY OF THE BREAST IN DISEASES OF THIS BODY..174
25. **Khasanov S. Ulugbek, Makhamadjanova A. Shakhnoza, Yusupbekov A. Akhrorbek**
MODERN VIEWS FOR THE PROBLEM OF LARYNGEAL PRECARCINOMA DISEASES.....180
26. **Shakhanova Sh Shakhnoza, Rakhimov M. Nodir, Tursunov S. Sherali, Ergashev E. Abdulatif, Davronov E.Eshboy**
MELANOMA OF THE SKIN AND PREGNANCY.....187

OPHTHALMOLOGY

27. **Ulugbekova J. Gulrukh, Adkhamov A. Shokhjakhon**
COMPARATIVE ANALYSIS OF GROWTH INDICATORS OF THE EYE SOCKET IN SUBJECTS AGED 7-12 YEARS LIVING IN ANDIJAN CITY AND IZBOSKAN DISTRICT.....197

28. **Khamraeva S. Lola, Khamroeva A. Yulduz, Bekjanova M. Gulmira**
REASONS FOR LATE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL CATARACTS.....202

PEDIATRICS

29. **Khalmatova T. Barno, Abdujalilova Maftuna**
EVALUATION OF THE EFFICACY OF THE USE OF MAGNESIUM B6 IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA ON THE BACKGROUND OF COVID-19.....206
30. **Karzhdavova A. Gulnoza**
VALUE OF CARDIAC MARKERS IN SICK CHILDREN COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA WITH MYOCARDITIS.....213
31. **Sharipov X. Rustam, Rasulova A. Nodira, Rasulov S. Alisher**
CORRECTION OF VITAMIN D LEVELS IS THE KEY TO PREVENTING HYPOCALCEMIC CONDITIONS.....221

PSYCHIATRY

32. **Ochilov U. Ulugbek**
CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE DEVELOPMENT OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS.....229
33. **Turakulov S. Uygun, Ochilov U. Ulugbek**
SOCIAL LONELINESS AND THE IMPACT OF LIVING SPACE ON THE MENTAL STATE OF THEIR ADOLESCENTS.....238

REHABILITATION AND SPORTS MEDICINE

34. **Mavlyanova F. Zilola, Afanasyeva V. Victoria, Potapchuk A. Alla**
RESPIRATORY REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS SUFFERING NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19.....246

DENTISTRY AND MAXILLOFACIAL SURGERY

35. **Rizaev A. Jhasur, Nurmatov S. Ortik, Ismoilov M. Rajabboy**
RELATIONSHIP OF THE LEVEL OF NEUTROPHILS IN PERIODONTITIS WITH ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR DISEASES.....255
36. **Ibragimova X. Malika, Kamilov P. Khaydar**
IMPROVEMENT OF THE TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS IN THE PATHOLOGY OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM.....263

FORENSIC-MEDICAL EXAMINATION

37. **Davranova E. Aziza, Yakubov Z. Munis, Rasulova R. Mukhsina, Boymanov Kh. Farkhod**
CLASSIFICATION OF MECHANICAL INJURIES OF THE ORGAN OF VISION. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE.....268
38. **Indiaminov I. Sayit, Zhurayev G. Ilkhom**
FEATURES OF THE COURSE, CONSEQUENCES AND SEVERITY OF INTRA-ARTICULAR FRACTURES DUE TO THE EXPOSURE TO DULL OBJECTS.....276
39. **Indiaminov I. Sayit, Norkulov F. Urol**
SOME FEATURES OF DAMAGE TO THE HEAD STRUCTURE DURING DIFFERENT TYPES OF INJURY FROM THE IMPACT OF DULL OBJECTS.....286

THERAPY

40. **Mukhammadieva M. Sevara, Nabieva A. Dildorakhan, Ziyaeva K. Feruza, Mirhamidov V. Mirziyod, Shiranova A. Shakhnoza**
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITOR IN THE TREATMENT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS.....294

TRAUMATOLOGY


41. **Ibragimov Y. Sadulla, Saleev V. Bakhodur, Kholkhudjaye I. Farrux, Abdusamatov N. Shakhridin, Khusainbaev D. Shohrukhbek**
SURGICAL TREATMENT AND PREVENTION OF KNEE JOINT WITH DEFORMING ARTHROSIS.....303
42. **Ahtamov A'zam, Ahtamov Azim**
FUNCTIONAL TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION IN NEWBORNS AND INFANTS ON AN OUTPATIENT BASIS.....309
43. **Gafurov A. Farrukh, Khodzhanov Yu. Iskandar, Eranov N. Sherzod**
INTRAOSSEOUS OSTEOSYNTHESIS IN DAMAGE TO DISTAL INTERTITIBIAL SYNDESMOSIS.....316
44. **Mamatkulov M. Komiljon, Kholkhudjaye I. Farrux, Khusainbaev D. Shohrukhbek**
METHODS OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH LATERAL PATELLAR INSTABILITY.....323
45. **Mamatkulov M. Komiljon, Kholkhudjaye I. Farrux, Khusainbaev D. Shohrukhbek**
OUR EXPERIENCE OF PLASTIC SURGERY OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT USING THE "ALL INSIDE" METHOD WITH THE TENDONS OF THE POPLITEAL FLEXORS OR THE TENDON OF THE LONG FIBULAR MUSCLE.....335

SURGERY

46. **Abduraxmanov Sh. Diyor, Sherbekov A. Ulugbek**
SURGICAL CHOICE OF PLASTY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTAL HERNIAS AND ABDOMINOPTOSIS.....340
47. **Abduraxmanov Sh. Diyor, Sherbekov A. Ulugbek**
HERNIO- AND ABDOMINOPLASTY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTAL HERNIA AND ABDOMINOPTOSIS.....346
48. **Terebaev A. Bilim, Majidov Kh. Temur, Arpiev M. Mirziyod, Abdukodirov A. Oybek**
FOREIGN BODY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT (NEEDLE): CASE STUDY..355
49. **Xodjimatov M. Gulomidin, Xakimov M. Dilshodbek, Xamdamov X. Xabibullo, Yaxyoev M. Sardorbek, Karabaev B. Begzod, Kasimov A. Nosirbek**
RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH THORACOABDOMINAL INJURIES.....360
50. **Sayfulla A. Abdullayev**
CURRENT VIEWS ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME.....369
51. **Ezozbek A. Rizaev, Zafar B. Kurbaniyazov, Sobir E Mamaradzhabov**
FEATURES OF THE CLINIC OF COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS.....374
52. **Zafarjon B.Kurbaniyazov, Bobosher A.Mardonov**
SURGERY FOR IATROGENIC INJURIES MAIN BILE DUCTS: CLINIC, DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT.....380
53. **Murtazaev I. Zafar, Baysariyev U.Shovkat**
SURGICAL TACTICS IN SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX.....392
54. **Tursumetov A. Abdusattar, Zuparov F. Kamoliddin, Agzamova N. Maxmuda**
EVALUATION OF THE RESULTS OF NADAPONEUROTIC ALLOHERNIOPLASTY USING THE VISUAL-ANALOGUE SCALE.....399



УДК: 616.72-002.772

KHASANOVA Dilafuz AbdukhamidovnaAssistant of the Department of Obstetrics and Gynecology №1
Samarkand State Medical University**ANEMIA IN PREGNANT WOMEN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS****For citation:** Khasanova A. Dilafuz. Anemia in pregnant women with rheumatoid arthritis. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 9-16 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835110>**ANNOTATION****Objective:** determine the value of the level of anemia in pregnant women with rheumatoid arthritis.**Materials and Methods:** The study was conducted on 100 pregnant women with a history of rheumatoid arthritis who were treated in the maternity complex of the first multidisciplinary clinic of Samarkand State Medical University during 2020-2022. The study used general clinical, laboratory (hematological, biochemical, immunological), instrumental and statistical methods of research.**Results:** All women with rheumatoid arthritis were divided into 2 groups according to hematological parameters: control - 20 women without anemia, and the main group - 80 women who were diagnosed with anemia according to hematological parameters. The type and degree of anemia in pregnant women with rheumatoid arthritis was determined in accordance with the classification recommended by WHO. Anemia of chronic diseases was observed in 56.25%, iron deficiency anemia in 40%, and in 3 women (3.75%) of the main group, the presence of both types of anemia was determined.**Conclusions.** All pregnant women with rheumatoid arthritis from the main group were diagnosed with anemia of various forms and degrees, which are characterized by a relationship between the duration, activity and radiographic manifestations of the disease.**Keywords:** ferritin, anemia of chronic disease, iron deficiency anemia, haptoglobin phenotype, rheumatoid arthritis (RA), anemia, pregnancy.**XASANOVA Dilafuz Abduhamidovna**

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

РЕВМАТОИД АРТРИТИ БО'ЛГАН ХОМИЛАДОР АЙОЛЛАРДА АНЕМИЯ**ANNOTATSIYA****Maqsad:** ko'ra revmatoid artritli homilador ayollarda kamqonlik darajasining qiymatini aniqlash.**Material va Metodlar:** Tadqiqot 2020-2022 yillar davomida Samarqand davlat tibbiyot universitetining birinchi ko'p tarmoqli klinikasining tug'ruq majmuasida davolangan revmatoid artrit bilan xastalangan 100 nafar homilador ayollarda o'tkazildi. Tadqiqotda umumiy klinik, laboratoriya (gematologik, biokimyoviy, immunologik), instrumental va statistik tadqiqot usullari qo'llanildi.

Natijalar: Revmatoid artrit bilan xastalangan barcha ayollar gematologik ko'rsatkichlari bo'yicha 2 guruhga bo'lingan: nazorat - anemiyasiz 20 nafar ayol va asosiy guruh - gematologik ko'rsatkichlari bo'yicha kamqonlik tashxisi qo'yilgan 80 nafar ayol. Revmatoid artritli homilador ayollarda kamqonlikning turi va darajasi JSST tomonidan tavsiya etilgan tasnifga muvofiq aniqlandi. Surunkali kasalliklardan kelib chiqqan kamqonlik 56,25% da, temir tanqisligi kamqonligi 40% da, asosiy guruhdagi 3 nafar ayollarda (3,75%) kamqonlikning har ikki turi mavjudligi aniqlangan.

Xulosa. Asosiy guruhdagi revmatoid artritli barcha homilador ayollarda kasallikning davomiyligi, faolligi va rentgenologik ko'rinishlari o'rtasidagi bog'liqlik bilan tavsiflangan turli shakl va darajadagi kamqonlik tashxisi qo'yilgan.

Kalit so'zlar: kam qonlik, ferritin, surunkali kasalliklar anemiyasi, temir tanqisligi anemiyasi, gaptoglobinga ko'ra fenotip, revmatoid artrit (RA), anemiya.

ХАСАНОВА Дилафруз Абдухамидовна

Самаркандский Государственный медицинский университет

АНЕМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

АННОТАЦИЯ

Цель: определить значение уровня анемии у беременных с ревматоидным артритом.

Материалы и методы: Исследование проведено на у 100 беременных с наличием в анамнезе ревматоидного артрита, находившихся на лечении в родильном комплексе первой многопрофильной клиники СамГМУ в течение 2020-2022 гг. В исследовании использовались общеклинические, лабораторные (гематологические, биохимические, иммунологические), инструментальные и статистические методы исследования.

Полученные результаты: Все женщины с ревматоидным артритом по гематологическим показателям были разделены на 2 группы: контрольная – 20 женщин без анемии, и основная - 80 женщин, которым по гематологическим показателям был поставлен диагноз анемии. Тип и степень анемии у беременных с ревматоидным артритом определяли в соответствии с классификацией, рекомендованной ВОЗ. Анемия хронических заболеваний наблюдалась у 56,25 %, железодефицитная анемия — у 40 %, а у 3 женщин (3,75%) основной группы определилось наличие обеих видов анемии.

Выводы. У всех беременных с ревматоидным артритом из основной группы, диагностированы анемии различных форм и степеней, для которых характерна связь между длительностью, активностью и рентгенологическими проявлениями заболевания.

Ключевые слова: ферритин, анемия хронических заболеваний, железодефицитная анемия, гаптоглобиновый фенотип, ревматоидный артрит (РА), анемия, малокровие.

KIRISH. Revmatoidli artrit (RA) odatda ko'plab ayollar uchun onalik allaqachon hal qilingan yoshda boshlanadi, ammo u bolalik va o'smirlik davrida ham paydo bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, so'nggi yillarda ayollarning homiladorlikni kechki yoshida rejalashtirish tendentsiyasi kuzatilmogda, bu esa ushbu kasallikda homiladorlik muammosini muhokama qilish zarurligini taqozo etadi. RAning birinchi belgilari ko'proq 35-50 yosh oralig'ida uchraydi, ammo ushbu belgilarni boshqa yosh guruhlarida ham ko'rish mumkin [6,21]. Ko'p yillik bo'g'implarning sinovial membranasida davom etadigan yallig'lanish jarayoni deyarli suyak va periartikulyar to'qimalarning strukturaviy, anatomik shikastlanishiga hamda bemorlarning doimiy nogironligiga olib keladi [17,20]. RA tufayli eng mehnatga layoqatli yoshdagi insonlar nogironlikga duchor bo'ladilar. Bu kasallik hisobiga kelib chiqadigan iqtisodiy yo'qotishlarni yurak-qon tomir kasalligi bilan solishtirish mumkin [9,18]. Hatto standart terapiya bilan ham, kasallik boshlanganidan 20 yil o'tgach, bemorlarning 60-90% mehnat qobiliyatini yo'qotadi va ularning uchdan bir qismi to'liq nogiron bo'lib qoladi [7,25].

Revmatoid artrit (RA) inson bo'g'implarining eng jiddiy yallig'lanish kasalliklaridan biri bo'lib, uning tarqalishi har xil ma'lumotlarga ko'ra 1% dan 3% gachani tashkil etadi [1,2,8].

Germaniyada revmatik qo'shma shikastlanishlar tufayli mehnatga qobiliyatsizlik sug'urtalanganlar umumiy sonining 24% ni tashkil qiladi [4,14,30]. Samarali terapiya bo'lmasa, RA uchun umr ko'rish davomiyligi ayollarda 3 yil va erkaklarda 7 yilgacha qisqarishi kuzatiladi [5,19,22].

Mualliflarning fikricha, ehtimol, birlamchi (virus bilan qo'zg'atilgan) RAning autoimmunga aylanishi ko'p jihatdan antigenlik mimikriya omillari bilan belgilanadi, ammo RA bilan xastalangan bemorlarning hammasi ham yuqoridagi infeksiya bilan bog'liqlikni aniqlay olishmaydi va sinovial bo'g'imdagi virusni aniqlash hamda mahalliyashtirishga urinishlar har doim ham muvaffaqiyatli bo'lavermaydi [22,28]. Balki, infeksiya paydo bo'lgan vaqtdan boshlab RAning klinik bosqichi rivojlanishiga qadar yetarlicha uzoq vaqt talab qilinadi. Bu davr ichida virus o'z-o'zidan yoki immunitet bilan yo'q qilinadi va kasallikni autoimmun xarakterga ega bo'lishiga sabab bo'ladi. Buning isboti sifatida qon zardobida EVAning virusli yuklamasi va anti-EBV autoantitachalar miqdori bilan bemorlarda HLA-DRB1 allelining mavjudligi orasida uzviy bog'liqlik mavjudligini ko'rsatish mumkin.

Kelajakda farzand ko'rishni xohlaydigan revmatoid artritli ayollarning kasallanishining ortishi munosabati bilan dori vositalarini davolashning alternativ usullari ko'rib chiqish va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar bo'yicha tadqiqotlar o'tkazish ham dolzarb muammolardan biri bo'lmoqda. Shuni takidlash joizki, ayollar orasida ushbu kasallanish homiladorlik patologiyalarini rivojlanishiga olib keladi. Ayniqsa hozirda kamqonlik juda ko'p uchramoqda. Tibbiyot sohasida so'ngi yillarda ko'p uchraydigan surunkali kasalliklardan kelib chiqqan anemiya (SKKA) yoki surunkali kasalliklar anemiyasi (SKA) ni tasdiqlash foydasiga anamnez ma'lumotlari aniqlik kiritib kelmoqda: asemptomatik bakteriuriya, sistit, surunkali pielonefrit, revmatoidli artrit, yurak-qon - tomir kasalliklari va boshqalar. Shu bilan birga, homilador ayolning organizmi endilikda ikki kishi uchun xizmat qilishi ham ekstragenital kasalliklarning qo'zg'ashiga va organizm muvozanatini buzishiga sabab bo'ladi. Natijada ko'plab ikkilamchi kasalliklar yuzaga keladi.

MAQSAD: revmatoid artritli homilador ayollarda kamqonlik darajasining qiymatini aniqlash.

MATERIALLAR VA METODLAR. Tadqiqot 2020-2022 yillar davomida Samarqand davlat tibbiyot universitetining birinchi ko'p tarmoqli klinikasining tug'ruq majmuasida davolangan revmatoid artrit bilan xastalangan 100 nafar homilador ayollarda o'tkazildi. Homilador ayollar ichki kasalliklar va gematologiya mutaxassislari tomonidan ham nazoratda bo'lishdi. O'rganilgan ayollarda kasallikning o'rtacha davomiyligi $7,3 \pm 1,5$ yilni tashkil qildi.

Barcha RA bilan xastalangan homilador ayollar gematologik ko'rsatkichlaridan kelib chiqqan holda 2 guruhga bo'lindi: anemiyasi bo'lmagan 20 nafar (20%) homiladorlar, ular nazorat guruhi sifatida ajratildi; 80 nafar (80%) gematologiya tekshiruvi natijasida ko'rsatkichlariga ko'ra kamqonlik aniqlangan ayollar, bu bemorlar asosiy guruhni tashkil qildi. RA bemorlarda anemiya turi va darajasi JSST tomonidan tavsiya etilgan klassifikatsiyaga ko'ra ajratildi. Asosiy guruhga ajratilgan ayollarning qon tahlili natijalariga ko'ra surunkali kasalliklardan kelib chiqqan kamqonlik 56,25% da, temir tanqisligi kamqonligi 40% da, 3 nafar ayollarda (3,75%) esa kamqonlikning har ikki turi mavjudligi aniqlandi.

Bemorlarni tekshirish umumiy qabul qilingan va standartlar bilan belgilangan klinik, laborator (gematologik, biokimyoviy, immunologik) va instrumental usullar yordamida amalga oshirildi. Bo'g'im sindromining miqdoriy ko'rsatkichlaridan quyidagilar: og'riq indeksi (ball bilan), ertalab qotishish davomiyligi (daqiqada), artikulyar indeks (ball bilan), P. Lining testi (ball bilan) va qo'llarning manipulyatsiya qobiliyati (% bilan) aniqlandi. RAning rivojlanish darajasini, ya'ni kasallikning rivojlanishini baholash V. Nasonova va M. Astapenko (1989) tomonidan taklif qilingan mezonlarga muvofiq baholandi. Shu bilan birga akusherlik va ginekologik kasalliklar anamnezi sinchiklov bilan tahlil qilindi. Homiladorlik davrida RA kasalligining nomoyon bo'lishi va anemiyaning yuzaga kelishi yoki darajasining oshishiga alohida e'tibor qarantildi.

Labarator usullardan umumiy qon tekshiruvi, fibrinogen miqdoriy tarkibi, qoning biokimyoviy tahlili, siydikning umumiy tahlili o'tkazildi. Qon zardobida SSPQA (siklik sitrullin peptidga qarshi antitana), sinovial suyuqlikni o'rganish, PAGE-da disk elektroforezi bilan Hp (gaptoglobin) fenotipini aniqlash kabi usullar ham qo'llandi.

Olingan ma'lumotlarga ishlov berish kompyuterning Microsoft Excel dasturli paketi hamda "STATISTICA 6.0" dasturli paketi yordamida tahlil etildi. Tavsifiy statistika usullari o'z ichiga me'yoriy taqsimlanishga ega bo'lgan belgilarning o'rtacha arifmetik (M), o'rtacha qiymat xatosi (m) hamda o'rtacha kvadratik og'ishni (σ) oldi.

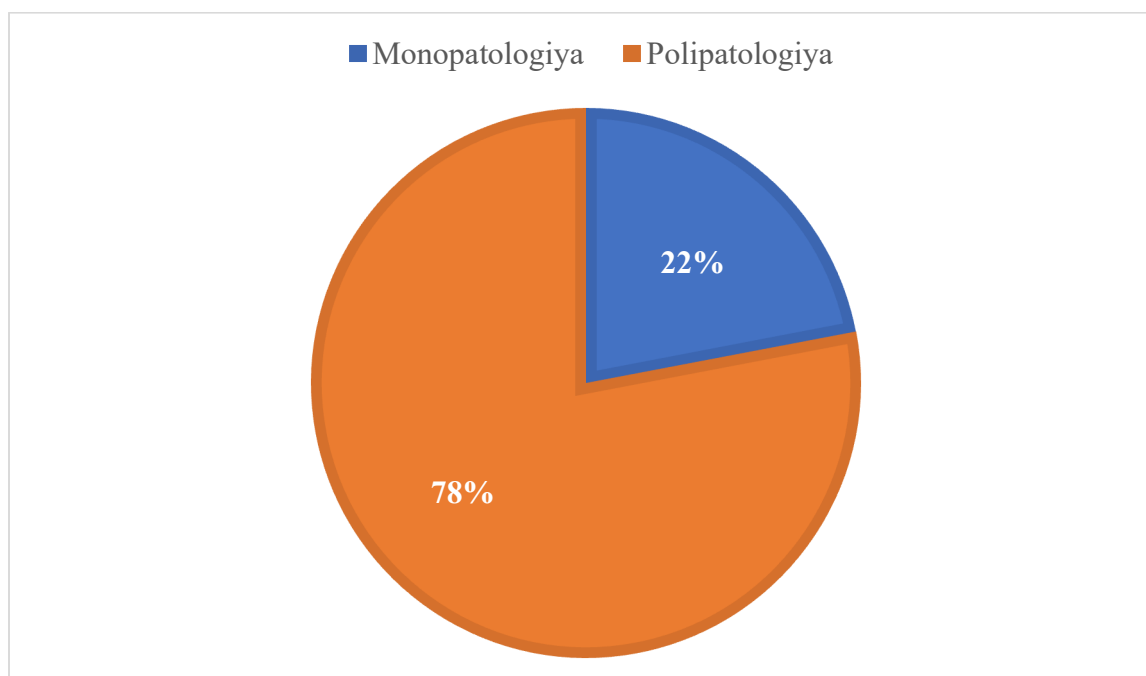
NATIJALAR: Kasallikning I darajali faolligi 23 nafar bemorlarda kuzatilib DAS28 bo'yicha o'rtacha $2,68 \pm 0,38$ ni tashkil etdi. RAning II darajali faolligi 47 nafar bemorlarda kuzatilib DAS28 bo'yicha o'rtacha $4,31 \pm 0,24$ ni tashkil qildi. Kasallikning III darajali faolligi 30 nafar bemorlarda aniqlandi va DAS28 bo'yicha o'rtacha $5,47 \pm 0,11$ ni tashkil qildi. Demak, tekshiruvdan o'tkazilgan bemorlarda RA IIchi va IIIchi faolligi deyarli 77% ayollarda kuzatildi.

Bemorlarni BFB bo'yicha taqsimlanishi quyidagilarni ko'rsatdi: Ochi darajasi atigi 2 nafar (2%) bemorlarda kuzatildi, I chi darajasi esa 18% da, II chi darajasi – 32% da, III chi darajasi – 41 % va IV chi darajasi – 7% ayollarda aniqlandi. Revmatoid tugunchalar 23 nafar (23%) bemorlarda aniqlandi va kasallikni davomli og'ir kechishidan dalolat berdi.

Ko'rinib turibdiki, asosan RA ning tadqiqotimizdagi bemorlarda BFB bo'yicha II chi va III chi darajalari (73%) aniqlandi. Funktsional buzilishlar doirasida 49 nafar bemorlarda HAQ so'rovnomasi bo'yicha yuqori funktsional buzilishlar xos bo'ldi, shu bilan bir qatorda bo'g'imlar funktsional yetishmovchiligi III-IV sinf bemorlar soni ham yuqori bo'lib, 48 nafar bemorlarni tashkil qildi.

Kuzatuv guruhlaridagi bemorlarda kasallik davomiyligi 1 yildan 25 yilgachani tashkil qilib, o'rtacha $8,3 \pm 0,71$ yil bo'ldi. Tadqiqotdagi RA bemorlarning atigi 35 nafarida (35%) kasallik davomiyligi 5 yilgacha, 5 yildan 10 yilgacha - 42%, va 10 yildan ortig'i –23% ayollarda kuzatildi. Kuzatuvdagi bemorlarda bo'g'im sindromi bilan bir qatorda umumiy holsizlik (88%), jaxldorlik, uyqu va diqqat buzilishlari (37%), qo'zg'aluvchanlik (19%), qo'rquv (6%) kabi shikoyatlar kuzatildi. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, anemiya RA bo'g'imdan tashqari yetakchi belgisi bo'ldi. Anemiya kuzatuvdagi 80 nafar bemorlarga xos bo'ldi (80 %).

Hamroh kasalliklarni tahlil qilganimizda 78% bemorlarda ular aniqlandi, 22% ayollarda hamroh kasalliklar aniqlanmadi (1 rasm).



1-rasm. RA bilan xastalangan homilador ayollarning hamroh kasalliklar uchrashi %

RA bemorlarning 80 nafar (80%) bemorlarda turli shakl va darajadagi kamqonlik aniqlandi. Shu sababli biz barcha bemorlarni 2 guruhga bo'lib o'rgandik: anemiya kuzatilmagan bemorlar (nazorat guruhi) 20 nafar ayollarni tashkil qildi, asosiy guruh - anemiyaning turli darajalari aniqlangan 80 nafar homilador ayollar. Jumladan, anemiyaning Ichi darajasi 29 nafar (36,25%),

bemorlarda kuzatilgan bo'lsa, 2chi darajasi 33 nafar (41,25%), 3chi darajasi – 15 nafar (18,75%) va 4chi darajasi – 3 nafar (3,75%) bemorlarda aniqlandi.

Qon zardobida o'tkir yallig'lanish oqsillarini tahlil qilganimizda ularning miqdorini ortib borishini kuzatdik (2-jadval).

2-jadval

RA bemorlarda o'tkir faza oqsillari miqdorini o'zgarishi, M±m

| Guruhlar | Gaptoglobin miqdori, g/l | SSPA, U/ml | CRO, ng/l |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Sog'lom guruh, n=20 | 1,19±0,21 | 4,51±0,09 | 2,65±0,23 |
| RA bemorlar, n=100 | 3,44±0,19 ^a | 41,64±3,35 ^a | 17,64±0,26 ^a |
| Nazorat guruhi, n=20 | 3,32±0,30 ^a | 37,68±3,58 ^a | 16,88±0,54 ^a |
| Asosiy guruh, n=80 | 3,57±0,15 ^a | 45,61±3,12 ^{a,6} | 18,55±0,29 ^a |

Eslatma: a – sog'lomlar guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan ishonarli, b – solishtirma guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonarli.

RA bemorlarda qon zardobining biokimyoviy tahlili barcha ko'rsatkichlarni me'yoriy ko'rsatkichlardan farqlanmasligini ko'rsatdi. Ba'zi bemorlarda, ayniqsa metotreksat qabul qilganlarda, reaktiv giperfermentemiya kuzatildi. Bu RAni anemiya bilan kechuvchi asosiy guruhda kuzatildi.

Peshobning umumiy tahlili 100 nafar bemorlardan atigi 18%da peshobda oqsil, leykotsitlar va epiteliy hujayralari mavjudligi kuzatildi. Bular asosan RA+SKA bo'lgan bemorlarda aniqlandi, proteinuriyaning uchrash chastotasi 22%ni tashkil etdi. RAning anemiya bilan kechuvchi shaklida kuzatildi va buyrak patologiyasi mavjudligidan dalolat berdi.

Olingan natijalarga asoslangan holda biz RA kechishini nazorat va asosiy guruhlarda homiladorlikga ta'sirini tahlil qildik. Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, RA fonida kamqonlik bo'lishi ko'pchilik bemorlarga xos bo'lib, asosiy guruhlardagi ayollarda homilaning o'sishdan ortda qolishi, yo'ldoshdagi o'zgarishlar va homilaning qon tizimidagi o'zgarishlarda aksini topdi.

DAS28 bo'yicha RAni faolligini aniqlash, anemiya bilan kechuvchi bemorlarda 2chi va 3chi faollik ko'p uchradi, anemiya kuzatilmagan bemorlarda esa faollikning 1chi va 2chi darajasi ustun bo'ldi. Jumladan, agar solishtirma guruhda asosan 1chi (35%) va 2chi faollik darajasi (60%) aniqlangan bo'lsa, asosiy guruhda 2chi (45%) va 3chi (33,75%) darajalari kuzatildi. Demak, RA bemorlarda anemiya kuzatilishi kasallikni og'ir kechishi bilan xarakterlanadi.

RA va uning negizida rivojlangan anemiyalarda ularning shakliga ko'ra gematologik ko'rsatkichlar o'zgaradi, eng kuchli o'zgarishlar RA+SKA+TTA va RA+SKAsida kuzatiladi. Ularning asosiy mezonlari bo'lib MCV, MCN va MCNS, hamda gemoglobin miqdori hisoblanadi.

Shuni aytish joizki, anemiyaning darajasiga ko'ra gematologik ko'rsatkichlardagi o'zgarishlar chuqurlashib bordi. Gemoglobin miqdori me'yoriy ko'rsatkichlarga nisbatan 1,21 (R<0,05); 1,41 (R<0,001); 1,65 (R<0,001) va 2,21 (R<0,001) marta, eritrotsitlar soni MCV 1,25 (R<0,05); 1,37 (R<0,001); 1,6 (R<0,001) va 1,88 (R<0,001) marta, gematokrit ko'rsatkichi – 1,15 (R<0,05); 1,21 (R<0,05); 1,35 (R<0,01) va 1,49 (R<0,001) marta statistik ishonarli kamaydi. MCV ko'rsatkichi 1,14 (R<0,05); 1,20 (R<0,05); 1,3 (R<0,05) va 1,42 (R<0,001) marta, MSN – 1,19 (R<0,05); 1,3 (R<0,05); 1,4 (R<0,001) va 1,64 (R<0,001) marta, MSNS ko'rsatkichi – 1,17 (R<0,05) (R<0,05); 1,23 (R<0,01); 1,34 (R<0,001) va 1,55 (R<0,001) marta pasayganini kuzatdik. leykotsitlar miqdori o'zgarmagan bo'lsada, EChT statistik ishonarli – 3,04 (R<0,001); 3,81 (R<0,001); 4,37 (R<0,001) va 3,67 (R<0,001) marta ko'tarilishi kuzatildi.

XULOSAAsosiy guruhdagi revmatoid artritli barcha homilador ayollarda kasallikning davomiyligi, faolligi va rentgenologik ko'rinishlari o'rtasidagi bog'liqlik bilan tavsiflangan turli shakl va darajadagi kamqonlik tashxisi qo'yilgan. RA bemorlar organizmining fenotipik xususiyatlari anemiyani rivojlanishiga moyillikni belgilaydi, hamda qanday turdagi anemiya rivojlanishi mumkinligini prognozlash imkonini beradi.

Kamqonlikning 1chi darajasi 36,25%da, 2chi darajasi 41,25% da, 3chi darajasi –18,75% da va 4chi darajasi –3,75% bemorlarda aniqlandi va bo'g'imlarda yallig'lanish jarayonlarini yuqori darajada kechishi bilan mos keldi. Ularning aksariyatida surunkali kasalliklardan kelib chiqqan

kamqonlik 56,25% da, temir tanqisligi kamqonligi 40% da va aralash turi (3,1%) aniqlandi. RA+TTA bo'lgan bemorlarda asosan anemiyaning 1chi darajasi (73,8%), RA+SKA - 2chi (55,3%) va 3chi (28,7%) darajasi xos bo'ldi, RA+SKA+TTA bo'lgan guruh bemorlarda esa 3chi va 4chi darajasi kuzatildi. Shularga mos ravishda gematologik va ferrokinetik ko'rsatkichlarning o'zgarishi aniqlandi, qon zardobida gaptoglobin va SRO miqlori barcha guruhlarda farqlanmagan bo'lsa, SSPA bu bemorlarda yuqori bo'ldi.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Авдеева А.С. (и др.). Генно-инженерные биологические препараты в лечении ревматоидного артрита // под ред. Е.Л. Насонова. - М.: Изд. группа «ИМА-ПРЕСС», 2013. - 552 с.
2. Ахтамова О. Ф. ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME AND MISCARRIAGE //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 4.
3. Бенца, Т.М. Особенности клинического течения анемии у пациентов с ревматоидным артритом // Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. - 2015. - № 4. - С. 99-104
4. Ватугин Н.Т., Калинкина Н.В., Смирнова А.С. Анемия при ревматоидном артрите // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. Серия «Медицина» 2010 №898 стр 76-82
5. Галушко Е.А., Бельский Д.А., Александрова Е.Н. [и др.] Роль гепсидина в развитии анемии у больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. - 2012. - № 3. - С. 19-24.
6. Галушко Е.А., Левина А.А., Муравьев Ю.В. Дифференциальная диагностика характера анемии при ревматоидном артрите // Науч-практич ревматол 2003; 3:23–6.
7. Каратеев Д.Е. Острые вопросы стратегии лечения ревматоидного артрита // Современная ревматология, 2015, 1: 84-92.
8. Каратеев Д.Е., Лучихина Е.Л. Современные принципы –ведения больных с ревматоидным артритом // Медицинский совет • №17, 2017 стр 92-100
9. Каратеев Д.Е., Насонов Е.Л., Сатыбалдыев А.М. Общероссийский регистр пациентов с ревматоидным артритом: настоящее и будущее // Современная ревматология. 2014;(1):84–6.
10. Сигидин ЯА, Лукина ГВ. Обобщенный анализ результатов генно-инженерной биологической терапии – поиски новых закономерностей // Научно-практическая ревматология. 2013;51(5):476–80.
11. Синяченко О. В., Петренко Е. А., Науменко Н. В. Зависимость течения ревматоидного артрита от экологии атмосферы регионов проживания больных // Журнал «Боль. Суставы. Позвоночник. – Киев, 2011. – Т. 4. – С. 04.
12. ХАСАНОВА Д. А. АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ: БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
13. Aletaha D, Blüml S. Therapeutic implications of autoantibodies in rheumatoid arthritis. RMD Open. 2016 May 17;2(1):e000009. doi: 10,1136/rmdopen-2014-000.
14. Ben-Hadj-Mohamed M., Khelil S., Ben Dbibis M., Khelifi L., Chahed H., Ferchichi S., Bouajina E., Miled A. Hepatic Proteins and Inflammatory Markers in Rheumatoid Arthritis Patients. Iran J Public Health. 2017 Aug; 46 (8):1071–1078.
15. Bergrath E, Gerber RA, Gruben D, Lukic T, Makin C, Wallenstein G. Tofacitinib versus Biologic Treatments in Moderate-to-Severe Rheumatoid Arthritis Patients Who Have Had an Inadequate Response to Nonbiologic DMARDs: Systematic Literature Review and Network Meta-Analysis. Int J Rheumatol. 2017;2017:8417249. doi: 10,1155/2017/8417249.
16. Bianchi G, Caporali R, Todoerti M, Mattana P. Methotrexate and rheumatoid arthritis: current evidence regarding subcutaneous versus oral routes of administration. Adv Ther. 2016;33(3):369–378.

17. Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, Baron JA, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2013;382:769–79. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60900-9.
18. Branco JC, Barcelos A, de Araújo FP, et al. Utilization of subcutaneous methotrexate in rheumatoid arthritis patients after failure or intolerance to oral methotrexate: a Multicenter Cohort Study. *Adv Ther*. 2016;33(1):46–57.
19. Buckley F, Finckh A, Huizinga TWJ, et al. Comparative efficacy of novel DMARDs as monotherapy and in combination with methotrexate in rheumatoid arthritis patients with inadequate response to conventional DMARDs: a network meta-analysis *J Man Care Spec Pharm* 2015; 21: 409-423. DOI:10.18553/jmcp.2015,21,5,409.
20. Choy E, Aletaha D, Behrens F, Finckh A, Gomez-Reino J, Gottenberg JE, Schuch F, Rubbert-Roth A. Monotherapy with biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2016 Aug 21. pii: kew271.
21. Doniyorovna K. D. et al. AUTOIMMUNE THYROIDITIS AND IODINE DEFICIENCY //ResearchJet Journal of Analysis and Inventions. – 2022. – Т. 3. – №. 7. – С. 1-6.
22. Gottheil S, Thorne JC, Schieir O, et al. Early use of subcutaneous MTX monotherapy vs. MTX oral or combination therapy significantly delays time to initiating biologics in early RA. *Arthritis Rheumatol*. 2016 68(suppl 10).
23. Fozilovna A. O., Raximovna X. D. ANTIPHOSPHOLIPIID SYNDROME AND MISSION OF PREGNANCY //UMUMINSONIY VA MILLIY QADRIYATLAR: TIL, TA'LIM VA MADANIYAT. – 2022. – Т. 1. – С. 13-15.
24. Khasanova D. PREMENSTRUAL SYNDROME IN THE MODERN SCIENCE //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2022. – Т. 2. – №. 12. – С. 16-22.
25. Khudoyarova, D. R. Improvement of methods of natural fertility restoration in women with infertility caused by endometriosis / D. R. Khudoyarova, Z. A. Kobilova, S. A. Shopulotov // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – No 4. – P. 53-55. – EDN YGGDOO.
26. Khudoyarova Dildora Rakhimovna, & Shopulotova Zarina Abdumuminovna. (2022). VACUUM - EXTRACTION OF THE FETUS BY DIFFERENT METHODS. *Academia Globe: Inderscience Research*, 3(06), 238–240. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/A3MS9>
27. Kuruvilla J. Aplastic anemia following administration of a tumor necrosis factor-alpha inhibitor / J. Kuruvilla, H.A. Leitch, L.M. Vickers // *Eur J Haematol*. - 2003. - № 5. - P. 396-398
28. Lopez-Olivo MA, Siddhanamatha HR, Shea B, Tugwell P, Wells GA, Suarez-Almazor ME. Methotrexate for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;6:CD000957.
29. Manolov V., Paskaleva-Peycheva V., Velizarova M., Ata-nasova B., Hadjidekova S., Vasilev V., Tzatchev K., Mari-nov B., Bogov I., Genchev G., Emilova R. Correlation between DAS28 and serum hepcidin levels in patients with anemia and rheumatoid arthritis. *IJSR*. 2015;4(1): 859-861.
30. Nies JAB, Krabben A, Schoones JW et al. What is the evidence for the presence of a therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis? A systematic literature review. *Ann Rheum Dis*, 2014, 73: 861-870. doi: 10.1136/annrheumdis-2012-203130
31. Pulatov U., Hamdullaev M. LUS THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS //Zamonaviy dunyoda tabiiy fanlar: Nazariy va amaliy izlanishlar. – 2022. – Т. 1. – №. 18. – С. 37-40.
32. Raj D.S. Role of Interleukin-6 in the Anemia of Chronic Disease / D.S Raj // *Semin Arthritis Rheum*. -2009,-№5.-P. 382-388
33. Rizaev J.A., Ahrorova M.Sh., Kubaev A.S., Hazratov A.I.; ,Morphological Changes in the Oral Mucous Membrane in Patients with COVID-19,*American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 12, 5, 466-470, 2022

34. Rizaev Alimjanovich, Jasur; Shavkatovna, Akhrorova Malika; Saidolimovich, Kubaev Aziz; Isamiddinovich, Khazratov Alisher; ,CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF THE RELATIONSHIP OF THE ORAL CAVITY AND COVID-19, Thematics Journal of Education, 7, 2, 2022
35. Shaxanova Sh Sh, Raximov N.M. Improving the combined treatment tactics of many osteogen metastases of malignant tumors of the urinary-body system. Web of Scientist: International Scientific Research Journal 2022/4/30, P 1145-1149.
36. Shodikulova G. Z. et al. The Correlation among Osteoporosis, Calcium-Phosphore Metabolism and Clinical Symptoms of Main Disease in Patients with Rheumatoid Arthritis //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 4185-4190.
37. Shodikulova G. Z., Pulatov U. S. EFFICIENCY EVALUATION OF TREATMENTS PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS BY DEPENDENCE OF CLINIC COURSE AND GENETIC POLYMORPHISM OF HAPTOGLOBINS //Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi. – 2020. – №. 1. – С. 175-178.
38. Махмонов Л.С., Ризаев Ж.А., Гадаев А.Г. HELICOBACTER PYLORI И ЕГО ВАЖНОСТЬ ПРИ РАЗВИТИИ АНЕМИИ СВЯЗАННОЙ С ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА И ВИТАМИН В12// Проблемы биологии и медицины. - 2021. №5. Том. 130. - С. 215-218.
39. Rizaev A. Jhasur, Makhmonov S. Lutfulla, Gadaev G. Abdugaffor, Turakulov I. Rustam. Assessment of external factors involved in prediction of iron deficiency anemia associated with Helicobacter Pylori. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol.7, issue 4, pp. 436-446
40. J.A. Rizaev, I.R.Agababyan, Y.A.Ismoilova ACTIVITIES OF CLINICS
41. SPECIALIZING IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART DISEASE IN THE WORLD (REFERENCES). Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 6, pp. 184-191
42. Ризаев, Ж., & Юнусханова, К. (2021). Патобиологические взаимодействия ревматоидного артрита и заболевания пародонта. Медицина и инновации, 1(2), 37–40.
43. Alimdjanovich, Rizayev Jasur, Agababyan Irina Rubenovna, and Ismoilova Yulduz Abduvokhidovna. "SPECIALIZED CENTER FOR THE PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE-EXTENSION OF LIFE." Вопросы науки и образования 22 (147) (2021): 14-24.



YULDASHEVA Farangiz Ismatiloevna

SAMIYEVA Gulnoza Utkurovna

Associate Professor of Samarkand State Medical Institute


ZAKIROVA Nodira Islamovna

Doctor of Medical Sciences, Professor

Samarkand State Medical University

TREATMENT OF VAGINAL DYSBIOTIC DISORDERS IN PREGNANT WOMEN BEFORE CHILDBIRTH

For citation: Yuldasheva I. Farangiz, Samiyeva U. Gulnoza, Zakirova I. Nodira. Treatment of vaginal dysbiotic disorders in pregnant women before childbirth // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 17-22

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835118>

ANNOTATION

Objective: Objective: Effective treatment of vaginal dysbiotic disorders in pregnant women before childbirth.

Methods: In the study, all 68 women were prescribed Betadine for 14 days. At the end of the course of treatment, smear studies by PCR and molecular genetic studies were also carried out to assess its effectiveness.

Results: According to the survey, more than half of pregnant women-47 (69.11%) - did not complain, only 22 (32.35%) patients had unpleasant copious discharge from the genital tract and 12 (17.64%) - itching of the external genitals. In 3 weeks. After therapy, the picture of vaginal lubrication returned to normal in 96% of patients with the number of white blood cells in the field of vision 4-6. In control studies by PCR, we did not detect conditionally pathogenic microorganisms, an increase in the titer of lactobacilli was noted.

Conclusions. Within weeks, the microbial appearance of the vagina was completely normalized in 3% of patients after therapy. The results of treatment were maintained in the postpartum period, ensuring the absence of purulent-inflammatory complications in all patients included in the study.

Keywords: pregnancy, vaginal dysbiosis, vaginal infection, violation of microflora, prevention, povidone-iodine.

YULDASHEVA Farangiz Ismatilloevna

SAMIYEVA Gulnoza Utkurovna

t.f.d., dotsent

Zakirova Nodira Islamovna,

t.f.d.prof.

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

TUG'RUQDAN OLDIN HOMILADOR AYOLLARDA VAGINAL DISBIOTIK KASALLIKLARNI DAVOLASH

ANNOTATSIYA

Maqsad: Tug'ruqdan oldin homilador ayollarda vaginal disbiotik kasalliklarni davolash samaradorligini aniqlash.

Material va Metodlar: Tadqiqot quyidagilarni o'z ichiga oladi barcha 68 ayolga Betadin 14 kun davomida buyurilgan. Davolash kursining oxirida PCR yordamida uning samaradorligini baholash uchun molekulyar genetik tadqiqotlar ham o'tkazildi.

Natijalar: So'rov natijalariga ko'ra, homilador ayollarning yarmidan ko'pi-47 (69,11%) - shikoyat qilmagan, faqat 22 (32,35%) bemorlarda genital traktdan yoqimsiz ko'p miqdorda ajralma va 12 (17,64%) - tashqi jinsiy a'zolarining qichishi kuzatilgan. 3 haftadan keying terapiyadan so'ng, 4-6 ko'rish maydinida leykotsitlar soni bo'lgan bemorlarning 96 foizida qinning tasviri normal holatga qaytdi. PCR tomonidan o'tkazilgan nazorat tadqiqotlarida biz shartli patogen mikroorganizmlarni aniqlamadik, laktobakteriyalar titrining ko'payishi qayd etildi.

Xulosa. Bir necha hafta ichida bemorlarning 3 foizida terapiyadan so'ng qinning mikrobia ko'rinishi to'liq normallasdi. Davolash natijalari tug'ruqdan keyingi davrda, ham davom etdi.

Kalit so'zlar: homiladorlik, vaginal disbioz, qin infeksiyasi, mikrofloraning buzilishi, profilaktika, povidon-yod.

ЮЛДАШЕВА Фарангиз Исматиллоевна

САМИЕВА Гулноза Уткуровна

д.м.н., доцент

ЗАКИРОВА Нодира Исламовна

д.м.н., профессор

Самаркандский Государственный медицинский университет

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ ДИСБИОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПЕРЕД РОДАМИ

АННОТАЦИЯ

Цель: Эффективность лечение вагинальных дисбиотических расстройств у беременных женщин перед родами.

Методы: В исследовании включено всем 68 женщинам Бетадин прописывали в течение 14 дней. В конце курса лечения также проводились исследования мазков методом ПЦР и молекулярно-генетические исследования для оценки его эффективности.

Полученные результаты: Согласно опросу, более половины беременных женщин-47 (69,11%) - не жаловались, только у 22 (32,35%) пациенток наблюдались неприятные обильные выделения из половых путей и 12 (17,64%) - зуд наружных половых органов. Через 3 недели. После терапии картина вагинальной смазки нормализовалась у 96% пациентов с количеством лейкоцитов в поле зрения 4-6. В контрольных исследованиях методом ПЦР мы не выявили условно патогенных микроорганизмов, было отмечено повышение титра лактобацилл.

Выводы. В течение недель у 3% пациентов после терапии микробный вид влагалища полностью нормализовался. Результаты лечения сохранялись в послеродовом периоде, гарантируя отсутствие гнойно-воспалительных осложнений у всех пациентов, включенных в исследование.

Ключевые слова: беременность, дисбиоз влагалища, вагинальная инфекция, нарушение микрофлоры, профилактика, пovidон-йод.

Tadqiqotning dolzarbligi.

Qin infeksiyasi uning akusherlik va ginekologik kasalliklar tarkibidagi eng yuqori tarqalishi bilan belgilanadi. Hozirgi vaqtda homilador ayollarning 40-65 foizida uchraydigan bakterial xarakteridagi qin mikroorganizmlarining miqdoriy nomutanosibliigi bilan bog'liq jinsiy tizimning pastki qismidagi kasalliklar ulushi ko'paymoqda. Ma'lumki, qin infeksiyalari va disbioz bilan

platsenta etishmovchiligi, erta tug'ilish, kam vaznli bolalar tug'ilishi va tug'ruqdan keyingi endometrit xavfi sezilarli darajada oshadi. Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, klinik va laboratoriya tadqiqot usullari yordamida mikrofloraning buzilishlarini o'z vaqtida tashxislash va keyinchalik etiotropik terapiya muhim ahamiyatga ega. Tug'ruqdan oldin homilador ayollarda qin disbiozni o'z vaqtida va samarali davolash tug'ruqdan keyingi asoratlar xavfini kamaytiradi. Turli patogenlar keltirib chiqaradigan ayollar jinsiy organlarining yuqumli va yallig'lanish kasalliklari akusherlik va ginekologiyada jiddiy muammo hisoblanadi [1]. Bundan tashqari, homiladorlik davrida qin mikrobiotsenozning buzilishi akusherlik amaliyotida alohida ahamiyatga ega sabab vaginal mikrofloradagi o'zgarishlar homiladorlik, tug'ilish va tug'ruqdan keyingi davrning murakkab jarayoniga, shuningdek, ona va homilada yuqumli va yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishiga olib keladi [2, 3].

So'nggi yillarda dunyoning ko'plab mamlakatlarida qin infeksiyalarning ko'payishi kuzatildi, ular akusherlik va ginekologik kasalliklar tarkibida etakchi o'rinni egalladi. Klinik mikrobiologiyada zamonaviy texnologiyalarni joriy etish tadqiqotlarni kengaytirish va turli lokalizatsiya makro-organizm mikroflorasiga salbiy ta'sir ko'rsatishi, shu jumladan, qin yallig'lanish va yallig'lanishsiz genezining turli patologiyalariga olib keladi [1,3].

Vaginal disbiozning oldini olish va davolash masalalari, shuningdek vaginal infeksiyalar ularning yuqori tarqalishi, tashxis qo'yish qiyinligi va patogenotik klinik ko'rinishlarning yo'qligi tufayli alohida ahamiyatga ega. Ma'lumki, turlarning tarkibi va patogenlar spektri juda keng. 60-70% ni tashkil qiladigan tarkiblar bilan bog'liq: *Lactobacillus* nafaol, *trixomonas vaginal*, *xlamidiya spp.*, *Ureaplasma spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Bacillus spp* turi., *Aerobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Shigella spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Diphteroides spp.*, *Micrococcus sariq*, *Gardnerella vaginal*, *Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*, *Prevotella*, *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Candida albicans* [4, 5]. Ko'pincha jinsiy infeksiya bir nechta patogen omillar bilan bog'liq: viruslar, bakteriyalar, zamburug'lar, protozoa, bu klinik kursga o'xshash, ammo patogenez va kasalliklarni davolash usullari bilan farq qiladi [2, 6].

Tadqiqot materiallari va usullari.

Qinning normal mikrosenozi ayolning jinsiy a'zolarining yallig'lanish jarayonlarining asosiy mexanizmlarini, shuningdek, turli xil salbiy ta'sirlarga javoban qin mikrosistemadagi o'zgarishlarni aniqroq tushunishga imkon beradi. Odatda, aeroblar va anaeroblar uchun qin sekretsiyasida mikroorganizmlarining o'rtacha soni 105-106 CFU/ml ni tashkil qiladi. shu bilan birga, peroksid ishlab chiqaradigan laktobasillar ustunlik qiladi, ular ko'proq patogen mikroorganizmlarga qarshi kurashuvchi asosiy himoya mexanizmini ta'minlaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, sog'lom ayollarda aerob florasi anaerobga nisbatan ustunlik qiladi– 10:1 [5,7,8].

Homilador ayolning tanasida fiziologik o'zgarishlar, vaqtinchalik immunosupressiya va gormonal o'zgarishlar qin muhitning mikroekologiyasiga ta'sir qiladi. Homiladorlikning boshlanishi bilan progesteron ta'siri ostida, *Lactobacillus jensenii* va *Lactobacillus crispatus* tomonidan boshqariladigan *lactobacillus* hayotiy faoliyati uchun qulay shart-sharoitlarni ta'minlaydigan glikogenning intensiv sintezi bilan vaginal mukozaning oraliq qatlaminin hujayralari hajmi oshadi. Homiladorlikning rivojlanishi bilan mikroorganizmlar soni kamayadi va *lactobacillus* faol o'sishi vaginaning ko'proq kislotali pH muhitiga olib keladi, ammo bu *Candida* jinsining xamirturushga o'xshash zamburug'larni ko'paytirish uchun qulay sharoit yaratadi [5, 9, 10].

Mahalliy mualliflarning fikriga ko'ra, vaginal mikrosenozi buzilishining har qanday varianti vaginal mikrofloraning disbiozi sifatida ko'rib chiqilishi kerak. Bunday holda, qattiq anaeroblar (*Prevotella/Porphyromonas spp*) bilan vaginal kolonizatsiya bilan *lactobacillus* yo'q qilinadi., *Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Gardnerella* va *Candida* jinsining qo'ziqorinlari. Ba'zan patogen mikroorganizmlarning mutlaq ustunligi bilan past titrda laktobakteriyalar mavjud, ko'pincha anaerob kelib chiqadigan laktobakteriyalar vodorod periksni ishlab chiqarmaydi [4,7].

Vaginal mikrosenozning bakterial jamoasida miqdoriy nisbatning buzilishi vaginal infeksiyaning klinik ko'rinishlarini rivojlanishiga olib keladi. Bakterial vaginoz, kandidozli vaginit, aerob vaginit kabi vaginal kasalliklarning mustaqil nozologik shakllari mavjud. [2,11,12] Albatta,

qinning disbiotik kasalliklari o'tkir kasalliklarga taalluqli emas, ammo bu bemorlarga buyuriladigan terapiyada juda muhim va mas'uliyatlidir, chunki bemorlar yillar davomida tegishli yordamni topmasdan kasallikning namoyon bo'lishidan azob chekishadi, shuningdek yuqumli va yallig'lanish kasalliklari va ularning asoratlarini oldini olish uchun jam muhim hisoblanadi. Ayol jinsiy organlarining yallig'lanish kasalliklari patogenezining murakkab zanjirida tananing immunitet reaksiyalari muhim rol o'ynaydi. Ushbu bemorlarda nonspesifik qarshilikning pasayishi yallig'lanish jarayonlarining sabablaridan biri bo'lib, uning qayta tiklanishi, ta'sirlangan organlarning regeneratsiyasini tormozlash va tiklashda ham ta'sir ko'rsatadi. Hozirgi vaqtda vulvovaginitlarga bag'ishlangan ko'plab klinik, mikrobiologik va patogenetik tadqiqotlar olib borilmoqda, yangi dorilar va davolash usullari taklif qilinmoqda, ammo reproduktiv yoshdagi ayollarda ushbu patologiyaning tarqalishi yuqori bo'lib qolmoqda. Bundan tashqari, bakterial vaginoz, kandidozli vulvovaginit, Trichomonas vaginit kabi shakllar barcha holatlarning 90% ni tashkil qiladi [6,8,13].

Bakterial vaginozda aerob va anaerob mikroorganizmlarning konsentratsiyasi bir necha tartibda oshadi. Bu kasallikning ayrim belgilari paydo bo'lishiga yordam beradi. Ushbu fonda ixtiyoriy laktobacillus konsentratsiyasining pasayishi kuzatiladi, bu sut kislotasi miqdorining pasayishiga, vaginal tarkibning kislotaliligining pasayishiga va anaeroblarning o'sishiga olib keladi. Kandidozga kelsak, Candida asemptomatik tashish sog'lom odamlarning 20-50 foizida, vaginada – homilador bo'lmagan ayollarning 15-20 foizida ichakda uchraydi. Homilador ayollarda bu kasallik 30-40% hollarda uchraydi, tug'ilishdan oldin bu ko'rsatkich 45-50% ga yetishi mumkin. Shu bilan birga, xamirturushga o'xshash qo'ziqorinlar oz miqdorda (<103 CFU/ml) topiladi [4,11,14].

Homiladorlik paytida genital infeksiyalarning mavjudligi ona va homila uchun xavf tug'diradi. Ushbu adabiyotlar vaginal infeksiyaning va vaginal disbiozning homiladorlikning davomiyligi va natijalariga salbiy ta'sirini ko'rsatadi: erta abortning yuqori chastotasi (40% dan ortiq), antenatal va intranatal infeksiya xavfi, xorioamnionit va amniotik suyuqlik infeksiyasi, intrauterin infeksiya, tug'ruqdan keyingi davr asoratlari [3, 9,15,19].

Klassik mikrobiologik usullar va hozirgi vaqtda polimeraza zanjiri reaksiyasi yordamida tug'ruqdan oldin homilador ayollarning qin mikrobiotsenozini tahlil qilish tug'ruqdan keyingi yuqumli va yallig'lanish asoratlarini bashorat qilish va oldini olish choralarini ishlab chiqishga imkon beradi. Odatda, tug'ruqdan oldin qin disbiotik holati umumiy bakterial massaning 80% dan 20% gacha laktobakteriyalar ulushining pasayishi va aerob va anaeroblarning ko'payishi (o'rtacha disbioz), shuningdek, umumiy bakterial massaning 20% dan kam laktobakteriyalar ulushining pasayishi va aerob va anaeroblarning keskin ko'payishi (aniq disbioz) bilan tavsiflanadi. Vagina mikrobiotsenozining sifatli va miqdoriy holatining buzilishi, umumiy bakterial massaning 80% dan kam bo'lgan laktobakteriyalar ulushining kamayishi va Atopobium vaginae sonining ko'payishi yuqumli va yallig'lanish kasalliklarining rivojlanishining salbiy prognostik belgisi sifatida qaralishi ko'rsatilgan [7, 8].

Mualliflarning fikriga ko'ra, 40-60% hollarda homilador ayollarda vaginal mikrosenozning buzilishi servikal kasalliklariga olib keladi, so'ngra membranalarning yallig'lanishi va amniotik suyuqlik infeksiyasining rivojlanishiga. Tug'ish kanalining mikrobial florasi bilan ifloslanishi tug'ruqdan keyingi yallig'lanish kasalliklarining sezilarli darajada oshishiga olib keladi. Kesar kesish operatsiyasidan so'ng yiringli yallig'lanish kasalliklari bo'lgan ko'plab tug'ruqxonalarda bachadon bo'shlig'idagi mikroorganizmlar spektri qinning buzilgan mikrobiotsenoziga to'g'ri keladi.

Ma'lumki, preparatni tanlashning zamonaviy mezonlari uning yuqori klinik samaradorligi bilan birgalikda xavfsizlik printsipligina rioya qilishga asoslanishi kerak. Keng ko'lamli faoliyatga ega bo'lgan, shuningdek tug'ilishdan oldin tug'ilish kanalining pastki qismlariga sanitar ta'sir ko'rsatadigan eng xavfsiz mahalliy vositalar patogen va shartli patogen mikroorganizmlarning ko'p turlariga ta'sir qiluvchi Betadinni o'z ichiga oladi. Mahalliy davolanish bilan preparatning mahalliy absorbsiyasi va salbiy reaksiyalar ehtimoli deyarli yo'q, preparatni infeksiya markaziga to'g'ridan-to'g'ri kiritish mumkin.

Preparat tarkibida polivinilpirolidon bilan kompleksdan chiqarilgan Betadin teri va shilliq pardalar bilan aloqa qilganda yod bakteriyalar hujayralarining oqsillari bilan yodamin hosil qiladi, ularni koagulyatsiya qiladi va mikroorganizmlarning o'limiga olib keladi. Preparat grammusbat va

grammanfiy bakteriyalarga (*Mycobacterium* tuberkulozidan tashqari) tez bakteritsid ta'sir ko'rsatadi, zamburug'lar, viruslar, protozoaga qarshi samarali hisoblanadi [20]. Betadin molekulalari juda katta, ular qonga singib ketmaydi, shuning uchun preparat asosan lokal ravishda harakat qiladi, to'qimalarga sayoz kirib boradi, ammo uning ta'siri juda uzoq vaqt davomida faol yod to'qimalardan asta-sekin chiqariladi. Yodning bakteritsid ta'siri uning kuchli oksidlovchi xususiyatlari bilan izohlanadi, oqsillarning aminokislotalari bilan faol ta'sir ko'rsatadi, natijada oqsilning to'rtlamchi tuzilishi o'zgaradi, katalitik va ferment faolligi yo'qoladi. Asosan yod bakterial transmembran oqsillari va membranani himoya qilmaydigan fermentlarning tuzilishini buzadi. Betadin shamlardan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar: betadin yoki uning asosini tashkil etuvchi preparatning tarkibiy qismlariga allergiya bo'lsa; qalqonsimon bezning buzilishi (masalan, faol yod tiroid gormonining qo'shimcha ishlab chiqarilishini rag'batlantirgani uchun); radioaktiv yod yordamida turli kasalliklarni davolashda; homiladorlikning birinchi trimestrida homilador ayollar, emizikli ayollar va yangi tug'ilgan chaqaloqlar; qichishish va ko'plab toshmalar bilan surunkali yallig'lanishli teri kasalliklarida (yod bu namoyonlarni kuchaytirishi mumkin). Betadin bilan vaginal supozituarlarni qo'llashda qizarish, qichishish, pufakchalar shaklida toshma shaklida allergik reaksiyalar mumkin. Preparatni to'xtatgandan so'ng, bu hodisalar yo'qoladi.

Bizning amaliyotimizda Betadin preparatini tug'ruqdan keyingi yuqumli asoratlarning oldini olish uchun va tug'ruqdan oldin homilador ayollarda vaginal disbiotik kasalliklarni davolash uchun ishlatdik. Hammasi bo'lib, 68-32 hafta davomida bitta homiladorlik bilan 36 bemor tekshirildi. Barcha bemorlarda qin surtmasi va qin floraning molekulyar genetik tekshiruvi PCR usuli bilan hozirgi davrda o'tkazildi. PCR tadqiqotlari natijalariga ko'ra aniqlandi: *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*, *Porphyromonas* spp. 32 (47,0%) ayollar, *Sneathia* spp., *Leptotrichia* spp., *Fusobacterium* spp. – 11 (16,17%), *Mobiluncus* spp., *Corinebacterium* spp. - 7 (10,2%) da, *Peptostreptococcus* spp. – 6 (8,8%), *Atobium vaginae* – 4 (5,8%), *Candida* jinsining qo'ziqorinlari – 8 (11,7%), 55 (80,89%) bemorlarida, 13 (19,11%) da – sezilarli disbioz. Barcha 68 ayollarga Betadin preparati 14 kun davomida buyurilgan. Davolash kursining oxirida uning samaradorligini baholash uchun PCR usuli bilan surtma o'rganish va molekulyar genetik tadqiqotlar ham o'tkazildi. So'rov natijalariga ko'ra, homilador ayollarning yarmidan ko'pi – 47 (69,11%) hech qanday shikoyat qilmagan, faqat 22 (32,35%) bemorlarda genital trakt dan yoqimsiz ko'p miqdorda oqindi va 12 (17,64%) tashqi genital organlarning qichishi kuzatilgan. 3 haftadan so'ng. Terapiyadan so'ng, bemorlarning 96 foizida qin surtmasining manzarasi normallashti, oq qon hujayralari soni 4-6 ko'rish maydonida. PCR usuli bilan nazorat tekshiruvlarida biz shartli patogen mikroorganizmlarni aniqlamadik, laktobakteril titrining o'sishi qayd etildi. Terapiyadan so'ng, genital trakt dan mo'tadil oqindi, qichishish va yoqimsiz hid bilan birga bo'lmagan shikoyatlar faqat 6 (8,82%) ayollar tomonidan taqdim etildi. Bundan tashqari, Betadin bilan davolanish jarayonida bemorlarning aksariyati tashqi jinsiy a'zolar va vaginada (qizish, qichishish, shishish va boshqalar) yoqimsiz hislar shaklida shamlardan foydalanish bilan bog'liq salbiy reaksiyalarni qayd etmadilar. Keyinchalik, tadqiqotga kiritilgan barcha 68 bemorda homiladorlik va tug'ruqdan keyingi davr natijalarini tahlil qildik. Tabiiy tug'ilish kanali orqali tug'ilish 51 (75 %) bemorda, rejalashtirilgan kesar-kesish operatsiyasi – 11 (16,17%), favqulodda kesar-kesish operatsiyasi – 6 (8,82%) da sodir bo'ldi. Tug'ruqdan keyingi davrni tahlil qilish Betadin preparati bilan tug'ilish kanalini qayta tashkil etgan barcha bemorlarda o'rtacha 4-6 hafta davomida muhim yiringli-yallig'lanish asoratlari yo'qligini ko'rsatdi. yetkazib berishdan oldin.

Xulosa:

Shunday qilib, biz olib borgan tadqiqot Betadin preparatining etkazib berishdan oldin homilador ayollar orasida vaginal disbiotik kasalliklarni davolashda yuqori samaradorligini ko'rsatdi. 96 hafta ichida bemorlarning 3% da. terapiyadan so'ng vaginaning mikrobyal ko'rinishi butunlay normallashti. Davolash natijalari postpartum davrda saqlanib, tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarda yiringli-yallig'lanish asoratlari yo'qligini ta'minladi. Zamonaviy tadqiqotlar, shuningdek, Betadin preparatini va povidon-yod eritmasini tug'ruqdan keyingi yuqumli asoratlarni oldini olish va homilador va homilador bo'lmagan ayollarda vaginal infeksiyalarni davolashda yuqori samaradorligini ko'rsatadi [20,22].

Qo'llashdan oldin vaginal mikrofloraning disbiotik kasalliklarini muvaffaqiyatli davolash to'g'ri tashxis qo'yish va patogenetik asosli terapiyaga bog'liq bo'lib, bu tug'ruqdan keyingi yuqumli va yallig'lanish kasalliklarini oldini oladi.

IQTIBOSLAR | ЧОККИ | REFERENCES:

1. Melnikova, M. M. Padrul, E. S. Horovits, G. I. Rabotnikova Urealyticum bilan kasallangan ayollarda homiladorlikning kechishi tahlili. urealyticum, genital traktning kolonizatsiya darajasiga qarab. perm Tibbiyot Jurnal. - 2017.- Vol. 34, 2-son. - 26-30 betlar.
2. Karapetyan, T. E. aerob vaginit va homiladorlik T. E. Karapetyan, V. V. Muravyeva, A. S. Angkorskaya akusherlik va ginekologiya. - 2013.- 4-son.- 25-28 betlar.
3. Kostin, I. N. "inson Mikrobiomi" xalqaro tadqiqot loyihasining ahamiyati va natijalari I. N. Kostin, L. Yu.Kuvankina, H. Yu. Simonovskaya Holat Praesens. – 2013. – №5(16). - S.9-15.
4. Kuzmin, V. N. mikoplazma infeksiyasining o'rni va rolitos a'zolari yallig'lanish kasalliklarining tuzilishi. 233 b
5. Kuzmin Ginekologiyasi. - 2015.- 2-son.- Bakterial vaginozning laboratoriya diagnostikasi: A. M. Savichev, M. A. Bashmakov, T. V. Krasnoselskixning uslubiy tavsiyalari. - - Sankt-Peterburg: nl nashriyoti, 2011 yil. 21-26 b.
6. Tavo, V. Albaniyada reproduktiv yoshdagi ayollar orasida Mycoplasma hominis va Ureaplasma urealyticumning tarqalishi V. Tavo Med.archilib.ar - 2013. - Vol. 67, 1-son. - 25-26 betlar. doi: 10.5455 medarch.2013.67.25-26
7. D. B. DiGiulio, B. J. Kallahan, P. J. Mcmurdy Homiladorlik paytida inson mikrobiotasining vaqtinchalik va fazoviy o'zgarishlari PNAS. -2015. - Vol. 112, 35-son. - 11060-11065-betlar. doi: 10.1073 pnas.150287511
8. R. Romero, S. S. Hassan, P. Hajer. Oddiy homilador ayollarning qin mikrobiotasining tarkibi va barqarorligi homilador bo'lmagan ayollarning mikrobiomasi tarkibi. - 2014. - Vol.2, No. 1.b.4.
9. L. M. Kindinger, P. R. Bennett, Y. S. Li.Vaginal mikrobiota, bachadon bo'yni uzunligi va erta tug'ilish xavfini kamaytirish uchun qin progesteron bilan davolash o'rtasidagi o'zaro ta'sir Mikrobiom. - 2017. - 5, 1-jild. - b. 6.
10. S. Giakoumelou, N. Uilhouse ,K. Cuschieri Xum. Reprod. Yangilash. Tushishda infeksiyaning roli – 2016. Vol. 22,№ 1.116-133 b.
11. J. M. Fettveys, M. G. Serrano, J. P. Bruks Vaginal mikrobiom va erta tug'ilish Maddash.mad – 2019. - Vol. 25, № 6.1012-1021 b.
12. Ismatova M., Yuldasheva F., Alimova O. Gibiskus va og'iz orqali beriladigan dorilarning qon glyukoza darajasiga ta'siri. Jamiyat va yangilik. – 2021. - Vol. 2. - 8-son S.333-338-betlar.
13. Kuchumova Ch. A. Foydalanuvchi. Distimik buzilishlarda giyohvandlikka qaramlik va faza-depressiv buzilishlarning o'ziga xos xususiyatlari //jurnal biotibbiyot i praktiki. – 2021. - T. 6. – №. 1.
14. Ismatiloevna Y. F., Islamovna Z. N., Utkurovna S. G. DYSBIOSIS OF THE VAGINAL MICROBIOTA IN GYNECOLOGICAL DISEASES //Thematics Journal of Education. – 2022. – T. 7. – №. 2.
15. Jasur Rizayev Alimjanovich, Larisa Rubenovna Agababyan, Anvar Ibragimovich Kamalov. AYOLLARDA TUG'RUQDAN KEYINGI QON KETISHLARNI OLDINI OLIH VA ULARGA QARSHI KURASHISH BO'YICHA KO'RSATILAYOTGAN XIZMATLAR SIFATINING MONITORINGINI TASHKIL ETISH// Oriental Renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences Volume 1_ ISSUE 10, 2021 p. 166-169
16. Alimjanovich J. R., Agababyan L. R., Kamalov A. I. Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – T. 2. – №. 4. – C. 204-209.



CHULIEV Matyakub Suleymanovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

TILAVOV Uktam Khamraevich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

TEREBAEV Bilim Aldamuratovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

NARBAEV Temur Turaevich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor


Khotamov Khusniddin Narzullayevich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Tashkent Pediatric Medical Institute

TYPES, CAUSES, SYMPTOMS AND TREATMENT PRINCIPLES OF PRIMARY COMPLICATED SKIN AND SOFT TISSUE INFECTIONS

For citation: Chuliev S. Matyakub, Tilavov Kh. Uktam, Terebaev A. Bilim, Narbaev T. Temur, Khotamov N. Khusniddin. TYPES, CAUSES, SYMPTOMS AND TREATMENT PRINCIPLES OF PRIMARY COMPLICATED SKIN AND SOFT TISSUE INFECTIONS // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.23-29

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835122>

2017-2022 in the pediatric surgical infectious diseases department of the TashPMI clinic, based on the classifications given in the sources, tissue necrosis was detected in various parts of the body and the results of treatment were analyzed. As for the causes, when the first signs of tissue necrosis are detected and the necessary conservative and surgical interventions are carried out in a timely manner, further complications are prevented, and the effectiveness of treatment is high. The sources contain information about tissue necrosis, while these patients have complications in the form of rough scars, amputation, disabling sepsis and a number of other complications.

Keywords: necrosis, bacterial infections, deep abscesses, necrotic cellulitis, necrotic fasciitis, pyomyositis, myonecrosis.

CHULIYEV Matyoqub Sulaymanivich

t.f.n., dotsent

TILAVOV O'ktam Xamrayevich

t.f.n., dotsent

TEREBAYEV Bilim Aldamuratovich

t.f.n., dotsent

NARBAYEV Temur Turayevich

t.f.n., dotsent

ХОТАМОВ Хусниддин Нарзуллаевич

t.f.n., dotsent

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

ТЕРИ ВА YUMSHOQ TO'QIMALARNING BIRLAMCHI MURAKKAB ИНФЕКТСИЯЛАРИНИНГ ТУРЛАРИ, САБАБЛАРИ, БЕЛГИЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

2017 - 2022 yillar ToshPTI klinikasi bolalar xirurgik infeksiya bo'limida manbalarda keltirilgan tasniflar asosida tananing turli sohalarida, to'qimalar nekrozi aniqlanib, davolash natijalari tahlil qilindi. Sabablariga kelsak, to'qimalarda nekrozning dastlabki belgilari aniqlanib, zarur konservativ va jarrohlik aralashuvlar o'z vaqtida amalga oshirilsa, keyingi asoratlarning oldi olinadi va davolash samaradorligi yuqori bo'ladi. Manbalarda nekroz haqida ma'lumotlar mavjud bo'lsa-da, bu kasallik bilan og'rigan bemorlarning soni va kasallikdan keyingi bir qancha asoratlar; qo'pol chandiqlar, amputatsiyalar, nogironlik sepsis va boshqa bir qator asoratlar kuzatilmoqda.

Kalitli so'zlar: nekroz, bakterial infeksiyalar, chuqur xo'ppozlar, nekrotik seluyit, nekrotik fasiit, piyomiyozit, miyonekroz.

ЧУЛИЕВ Матъякуб Сулейманович

к.м.н., доцент

ТИЛАВОВ Уктам Хамраевич

к.м.н., доцент

ТЕРЕБАЕВ Билим Алдамуратович

к.м.н., доцент

НАРБАЕВ Темур Турафевич

к.м.н., доцент

Хотамов Хусниддин Нарзуллаевич

к.м.н., доцент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

ВИДЫ, ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

2017-2022 гг. в детском хирургическом инфекционном отделении клиники ТашПМИ на основе классификаций, приведенных в источниках, были выявлены некрозы тканей на различных участках тела и проанализированы результаты лечения. Что касается причин, то при выявлении первых признаков некроза тканей и своевременном проведении необходимых консервативных и хирургических вмешательств предотвращаются дальнейшие осложнения, а эффективность лечения высокая. Источники содержат информацию о некрозе тканей, при этом у этих пациентов наблюдается осложнения в виде грубых рубцов, ампутация, инвалидизирующий сепсис и ряд других осложнений.

Ключевые слова: некроз, бактериальные инфекции, глубокие абсцессы, некротический целлюлит, некротический фасциит, пиомиозит, мионекроз.

Tadqiqot maqsadi. Teri va yumshoq to'qimalarningning nekrotik infeksiyasi –teri-teri osti, fassiya va mushaklarga tez tarqalib kuchli zaxarlanish va a'zoning disfunktsiyasiga sabab bo'luvchi, ya'ni to'qimalar va a'zolarining o'limiga olib keladigan juda xavfli patologik jarayon. Bolalarda yumshoq to'qimalar nekrozining turlari, sabablari, belgilari, diagnostikasi va jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.

Materiallar va usullar. 2017 – 2022y. ToshPTI klinikasi bolalar xirurgik infeksiya bo'limida tananing turli qismlarida, yumshoq to'qimalar nekrozi bilan 216 nafar bemor davolangan bo'lsa, shundan; 24 tasida ko'krak qafasi sohasida, 33 ta bolada elka, umurtqa pog'onasi, dumba

sohasida. Tananing yuqori qismida, bilak, panja va barmoqlarda 61 bola. 84 ta bemorda tananing pastki, son, boldirlar, panja va barmoqlarida. 4 tasida qorin old devorida, 3 tasida tashqi jinsiy a'zolarida, 7 ta bolada bir vaqtning o'zida tananing turli qismlarida birlamchi va ikkilamchi nekroz aniqlandi.

Jarrohlik infektsiya bo'limida; 3 oylikdan 18 yoshgacha bo'lgan bolalar davolandi. Shulardan 3 oylikdan 3 yoshgacha bo'lganlari 14 nafar, 3 yoshdan 5 yoshgacha bo'lganlari 18 nafar, 5 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan bolalar 170 nafar, 15 yoshdan 18 yoshgacha bo'lganlari 18 nafar bolalar edi.

Nekrozni keltirib chiqaradigan omillar; sababi o'ziga xos mikroorganizmlar: nekrotik seluyulitning qo'zg'atuvchisi eng keng tarqalgani *S. pyogenes*; fasiit - *S. pyogenes* va *S. aureus*; miyozit – *S. aureus*, miyonekroz *Clostridium spp.* Kimyoviy yoki jismoniy ta'sir, travma, bakterial infektsiyalar edi. Ko'p hollarda mahalliy qon aylanishining buzilishi (tromb, emboliya), shuningdek, to'qimalarning innervatsiyasi nekroz uchun qulay sharoit yaratadi. Shikastlanish yoki yallig'lanish holatida qon oraliq bo'shliqqa oqib chiqadi, yallig'lanish tufayli shish, og'riq, bosim kuchayadi, qon tomirlari siqiladi, qon aylanishi izdan chiqadi va nekrozga sabab bo'ladi. Kechiktirilgan bemorlarning aksariyatida nekroz yoki yiringlash maydoni mavjud bo'lib, bu nekrozning asosiy belgisi edi. Tananing biron bir qismidagi to'qimalar nekrozga uchrasa va parchalansa, bu sohada patogen mikroblar ko'payadi. Bu holat ko'pchilik bemorlarda kuzatilgan va statsionar davolanishni talab qilgan. Shuning uchun kasallikning darajasiga qarab, uni jarrohlik yo'li bilan bartaraf etishga harakat qilindi. Teri yuzasining ayrim kasalliklarida (suvchechak), nekrotik flegmona, nekrotik omfalit, kuyishlar, yiringli chuqur xo'ppozlar va bo'g'im kasalliklari, infektsiyalar, periferik qon tomirlar va boshqa bir qator kasalliklarning asoratlari sababli kelib chiqan bemorlarga ketma ketlikdagi davo muolajalari o'tkazildi. 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga nekroz bosqichiga qarab konservativ va jarrohlik amaliyoti o'tkazildi. Tananing turli qismlarida teri va yumshoq to'qimalar nekrozi bilan kasallangan bemorlarni davolashni boshlashdan oldin klinik tadqiqot uchun batafsil anamnez to'plandi, laborator taxlillar, qo'shimcha diagnostik tekshiruvlar va uning rivojlanish sabablari o'rganildi (1-rasm).



Rasm - 1. Tananing turli qismlarida yuzaki va chuqur nekroz ko'nishi.

Nekrozning tasnifiga ko'ra ikkita shakilga ajratiladi:

Turli xil klinik ko'rinishlar va etiologik omillar klassifikatsiyani shakllantirishdagi qiyinchiliklarga sabab bo'lmoqda. Bugungu kunda nekrotik infektsiyalar uchun eng ko'p ishlatiladigan bu D.H. Ahrenholz tasnifi.

Nekrotik infektsiyalarning tasnifi:

Ikkinchi darajali infektsiyalar

- Nekrotik seluylit

Ychunchi darajali infektsiyalar

- Nekrotik fasiit

- 1-turi - polimikrob

- 2-turi - streptokokk

To'rtinchi-darajali infektsiyalar

- Piyomiyozit
- Miyonekroz

1. Quruq yoki koagulyatsiya. Quruq nekroz joyidagi teri kulrang-sariq rangga va patologik jarayonning aniq chegarasiga ega bo'ladi. Koagulyatsion nekroz bilan o'lik to'qimalar o'rnida xo'ppozga aylanadigan yara hosil bo'ladi. Yiringli xo'ppoz ochilgandan so'ng oqma hosil bo'ladi. Patologiyaning dastlabki bosqichida bu yuqori tana harorati va zararlangan soxadagi to'qimalar faoliyatining izdan chiqishiga bog'liq.

2. Namlik yoki koalitsiya. Uning asosiy belgilari yumshoq to'qimalarning faol "shishi", ya'ni to'liq nekroz zonasida - suyultirilgan, chirigan substratning shakllanishi. Bularning barchasi chirigan yumshoq to'qimalarning bad-bo'y hidi bilan birga keladi va hatto barcha terapevtik choratadbirlardan keyin ham chirindi hidi qoladi. Ko'pincha patologiyaning bu shakli suyuqlikka (teri yuzasida) boy bo'lgan to'qimalarda rivojlanadi. Patologiyaning jadal rivojlanishi keyingi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Ba'zida sekvestr suyak to'qimalariga xos bo'lgan nekroz (sekvestratsiya) shaklidir. Bu progressiv osteomiyelit (suyak to'qimalarining yallig'lanishi) bilan sodir bo'lishi mumkin. Yumshoq to'qimalar nekrozidan keyin yuzaga keladigan kasalliklar sababli:

1. Gangrena - nekrozdan keyin tez rivojlanadigan, teri, mushak to'qimalari va shilliq pardalarning nekrozi bilan tavsiflangan holat. Yara atrofidagi teri nekrozining bir necha sabablari bo'lishi mumkin (noto'g'ri davolash tufayli yara yuzasi infeksiyasi), ma'lum bir hududda gangrenani keltirib chiqaradi.

2. Yotoq yaralari - uzoq vaqt davomida bir xil holatda yotgan bemorlarda paydo bo'ladi.

3. Avaskulyar yoki aseptik nekroz faqat son suyagi boshining nekroziga tegishlidir. Ko'pincha mushak-skelet tizimining shikastlanishi yoki kichik arteriyalarning trombozi natijasida yuzaga keladi.

4. Kasallik fibrinoid-nekrotik patologik o'zgargan to'qimalarning fibrin bilan qoplanishi bilan tavsiflanadi. Sabablari allergik jarayonlar va qon tomirlarining shikastlanishiga bog'liq; ishemik sabab (qon aylanishining buzilishi); shikastlanishlar: tashqi fizik, kimyoviy omillar, muzlash, kuyish, kesish va boshqalar. Teri nekrozi, teri infeksiyalari aerob va anaerob xususiyatlarga ega bo'lgan turli mikroorganizmlar tomonidan qo'zg'atiladi. Patogen mikrofloraning bu guruhi teri osti to'qimalariga kirib, kasallikni keltirib chiqaradi. Mikroerofil gemolitik bo'lmagan streptokokklar bakterial gangrenani, toksigen shtammlar esa streptokokk gangrenasini keltirib chiqaradi.

Tashqi teri to'qimalarining nekrozi bilan, shikastlangan joylarda, to'qimalarning xiralashishi, terining qizarishi, sezgirlikni yo'qotishi, shishishi, qo'l va oyoqlarning sovuqligi va konvulsiyalar bilan boshlanadi. Umumiy zaiflik, isitma va parchalanish jarayoni, sekin, to'qimalarning to'liq o'limi bilan tugaydi. Dastlab, nekrotik joylar xira, yorqin rangga ega, ammo patologik jarayonning rivojlanishidan so'ng ko'k-binafsha va qoromtir bo'ladi. Natijada trofik yaralar paydo bo'ladi.

Suyak nekrozi deyarli sezilmaydi, teri va mushaklar ostida qon ta'minoti yomonligi, suyak zichligi yo'qolishi, og'riq, harakatchanlikning buzilishi va bo'g'inlar yaqinida shish paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Shuningdek, nekrozning sababi tananing turli patologik sharoitlarida: kaxeziya, sovuq qotish, anemiya va yurak-qon tomir tizimining etishmovchiligi natijasida yuzaga keladi. Nekrozning boshlanishi kuchli og'riq bilan tavsiflanadi, teri rangi oqarib, sovuq bo'ladi, marmar ko'rinishga ega. Uyqusining va shu soxada sezuvchanlik yo'qoladi, faoliyat buziladi. Uning namoyon bo'lishi nekroz aniqlangandan keyin bir muncha vaqt davom etishi mumkin. Teri to'qimalarining o'limiga jismoniy yoki kimyoviy shikastlanishlar, allergik reaksiyalar va innervatsiyaning buzilishi sabab bo'lishi mumkin. Teri va teri osti to'qimalarining infeksiyadan keyingi nekrozi, yotoq yaralari yoki boshqa sharoitlar sababli kelib chiqadi. Aniqlanishicha, yotoq yaralar doimiy bosim, qon aylanishining buzilishi va asab tizimining organizmdagi oziqalanish va metabolizmga ta'siri, terining qurishi, kamqonlik va boshqalar natijasida yuzaga keladi.

Diagnostikasi. Tashxislashda, qo'shimcha ravishda, teri yuzasidagi o'zgarishlarga, nekroz sohasiga, tarqalishiga, ko'rinishiga, palpatsiyaga e'tibor qaratiladi. Kasallikni aniqlashda mahalliy o'zgarishlarga ega bo'lgan soxa aniqlanadi; Infeksiyalangan, ko'kargan, shishgan, yaralangan joy, shifokor tomonidan diqqat bilan tekshiriladi, tekshirish, batafsil ma'lumot olish va laboratoriya qon testlarini tayinlashni o'z ichiga oladi. Shuningdek, agar zarurat bo'lsa, qo'shimcha tekshiruvlar, MRT va KT tekshiruvlar o'tkaziladi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida rentgenografiya (ikkinchi yoki

uchinchi bosqichlarda) to'qimalarning o'zgarishini aniqlashga yordam beradi. Magnit-rezonans va kompyuter tomografiyasi yordamida dastlabki bosqichlarda to'qimalarning tuzilishidagi o'zgarishlarni o'z vaqtida va aniq tashxislash mumkin bo'ladi. Uyqusizlik, sezgirlikning yo'qligi, terining rangparligi, keyin ko'k (siyanoz), terining qorayishi yoki to'q yashil rangning paydo bo'lishi, bemorning umumiy holatining yomonlashishi, yurak urishi tezligining oshishi, isitma va mahalliy o'zgarishlar, giperemiya, shish, teri nekrozining birinchi belgilari. Jarrohlik aralashuvidan so'ng teri nekrozining birinchi belgilari operatsiyadan 2-3 kun o'tgach kuzatiladi. Choklar bo'ylab marginal nekroz bilan namoyon bo'ladi. Mahalliy o'zgarishlarni aniqlagandan so'ng, yarani qoplaydigan qobiq (qora qoraqo'tir) uning ostida granulyatsiyalar paydo bo'lguncha iloji boricha uzoqroq saqlanishi kerak.

To'qimalarning chuqurroq nekrozi bo'lsa, choklar olinib nekrektomiya qilinadi. Yaraning chetlarini ferment jellari va malhamlari bilan konservativ davolanadi va ikkilamchi choklar qo'yiladi. Jarrohlikdan keyin teri nekrozining sabablari qon tomir etishmovchiligi, to'qimalarning sezilarli darajada ajralishi yoki tikilgan sohada yumshoq to'qimalarning yallig'lanish, gematoma shakllanishi natijasida rivojlanadigan infeksiya bo'lishi mumkin.

Tananing pastki qismlarida nekroz bilan o'lik va tirik to'qimalar chegarasida "demarkatsiya" deb ataladigan chiziq asta-sekin aniqlanadi (2-rasm).



2-rasm. Tananing pastki qismlarida to'qimalar nekrozining demarkatsiyasi.

Nekrozning rivojlanishini boshlanishida kuchli og'riq xarakterlidir, teri oqarib, sovuq bo'lib, marmar ko'rinishga ega bo'ladi. Uyqusizlik paydo bo'ladi va sezuvchanlik yo'qoladi, to'qma faoliyat buziladi, garchi uning namoyon bo'lishi nekroz aniqlangandan keyin bir muncha vaqt davom etishi mumkin.

Natija va muhokama. Yumshoq to'qimalar va tananing boshqa qismlarining nekrozi og'ir asoratlar va nogironlikni keltirib chiqarishi aniqlandi. Tanadagi ushbu kasallikning oldini olish uchun, hujayra o'limining dastlabki belgilari aniqlangandan so'ng, yallig'lanish jarayonlari va organik tuzilmalarning nekrozini to'xtatish uchun darhol zarur terapevtik terapiyani boshlash kerak. Yuqoridagi holatlar yuzaga kelganda, bemorlarni zudlik bilan ixtisoslashtirilgan davolash markazlariga yuborish va kechiktirmasdan jiddiy jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirish loziv.

Terapiyaning muvaffaqiyati ko'pincha patologiya aniqlangan bosqichga bog'liq. Agar tashxis nekroz rivojlanishining keyingi bosqichlarida aniqlansa, keskin choralar ko'riladi. Barcha o'lik to'qimalar jarrohlik yo'li bilan tezda olib tashlanadi va atrofdagi sog'lom to'qimalarni iloji boricha saqlash kerak. Jarrohlar tomonidan uzoq vaqt oldin ishlab chiqilgan ushbu qoida bugungi kun g'oyalariga javob beradigan yagona to'g'ri qoidadir. Konservativ – faol choralar infuzion terapiya (qon, qon o'rnini bosuvchi moddalar, antibiotiklar, vitaminlar va boshqalar) yordamida umumiy holatni saqlashga qaratilgan ustuvor davolashdir. Mahalliy davolanishda, etiborli to'qma nekrotik to'qimalarni sog'lom to'qimalardan ajralib olinadi (3-rasm). Jarrohlik aralashuvining samaradorligi quruq va ho'l bo'lgan gangrenaning turiga bog'liq. Quruq gangrena aniq chegaralarga ega bo'lganda, jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladi. Faqat ho'l gangrenaning aniq ifodalangan umumiy ko'rinishlari va og'ir zaharlanish (intoksikatsiya) bilan, ya'ni nekroz chegarasidan yuqori bo'lgan sog'lom a'zo soxasidan amputatsiya amalga oshiriladi (3-rasm).



Rasm - 3. Operatsiyadan keyingi ko'rinish.

Teri yuzasi nekrozi - mushaklar, bo'g'imlar va suyaklarga ta'sir qilmasligi mumkin. Jarrohlik amaliyoti paytida, nekroz soxasining ko'lamini va chuqurligini aniqlamasdan, sog'lom to'qimalarni chuqurlikda ko'r-ko'rona olib tashlashning hojati yo'q. Yaroqsiz to'qimalarni imkon qadar ko'proq olib tashlash kerak (hayotiylik holatidan qat'i nazar, suyak to'qimasini olib tashlash bundan istisno). Yiringli asoratlarni antibiotiklar bilan mintaqaviy infuzion terapiya bilan bartaraf etish mumkin.

Bo'limga dastlabki bosqichlarda yotqizilgan bemorlardagi o'zgarishlarni hisobga olgan holda 2-3 kun davomida konservativ davo choralari o'tkazildi va to'qimalarning o'zgarishi asosida keyingi jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi. Noto'g'ri davolash natijasida oyoq-qo'l panjalari va barmoqlarning nekroziga, yopiq sinishlarga (imobilizatsiya) qilindi. Yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanishi bilan, ekssudat ajratilganda, antibiotiklarni doimiy tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi. Operatsiyadan oldin ehtiyotkorlik bilan tayyorgarlik ko'rish, zamonaviy usullarni qo'llash teri-teri osti va quyi qatlamlarda bo'ladigan nekrozni sezilarli darajada kamaytirish mumkin. O'zgarishlarni aniqlagandan so'ng, yuza va chuqur yarani qoplaydigan qobiqni uning ostidagi granulyatsiya (to'qmasi) hosil bo'lguncha, uzoqroq saqlash kerak. To'qimalarning chuqurroq nekrozida, nekrektomiya faqat choklarni olgandan keyin amalga oshiriladi. Bunday bemorlarda yaraning chetlari fermentli jellar va malhamlar bilan tozalanadi, jarohat joyini to'liq tozalashdan so'ng, ikkilamchi choklar qoyiladi. Jarrohlik aralashuvidan keyin teri nekrozining sabablari qon tomir etishmovchiligi, teriga qo'llaniladigan choklar sohasida, bu'ulish, gematoma shakllanishi natijasida rivojlanadigan infeksiya bo'lishi mumkin. Jiddiy intoksikatsiya belgilari bilan namoyon bo'ladigan tez rivojlanuvchi infeksiya holatlarida, mikrobiologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra profilaktika uchun antibiotiklar tanlanadi va gemodinamikani barqarorlashtirish uchun infuzion terapiya o'tkaziladi.

Xulosa. Davolangan bemorlarning kasallik tarixini o'rganib chiqib, shunday xulosaga keldik. Rentgenologik o'zgarishlar, nekrozning- ikkinchi va uchinchi bosqichlarida namoyon bo'ladi. Qon taxlillari ham xar doim muammoni o'rganishda samarali natijalarni bermaydi. Bugungi kunda zamonaviy magnit-rezonans tomografiya va kompyuter tomografiyasi yordamida, kasallikni erta bosqichlarida aniqlashi imkonini beradi. Agar shu kasalliklar qanch erta aniqlanib, ixtisoslashtirilgan bo'limlarda zarur muolajalar o'tkazilsa, har qanday asoratlarning oldini olish mumkin bo'ladi.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Singh G., Sunhat S.K., Adhockery S. va boshqalar. Yumshoq to'qimalarning nekrotizan infeksiyalari: klinik profil. EuroJ Surg. 2002; 168:366-371.
2. Trent J.T., Kiser R.S. Nekrotizan fasiit diagnostikasi. Adv teri yaralarini parvarish qilish. 2002; 15:135-138.
3. Sanchez U., Peralta G. Yumshoq to'qimalarning nekrotizan infeksiyalari: nomenklatura va tasnif. Infirm Infect Microbial Clink. 2003; 21:196-199.
4. Kozlov R.S., Sivaya O.V., Shpynev K.V. va boshqalar. Rossiyada Streptococcus pyogenusning antibiotiklarga chidamliligi: PeGAS-I ni ko'p markazli istiqbolli o'rganish natijalari. Klin, mikrobiol. Antimikrobiyal kimyoterapiya. 2005; 7:154-166.

5. Anaya D.A., Dillinger E.P. Yumshoq to'qimalarning nekrotizan infeksiyasi: diagnostika va davolash. Infect Dis.2007 tugmasini bosing; 44:705-710.
6. Tsvetkov V.O., Molchanov V.V. Yumshoq to'qimalarning nekrotik infeksiyasining (NSTI) klinik diagnostikasi va differentsial diagnostikasi muammosi. Jarrohlikdagi infeksiyalar. 2010; 8(1):47.
7. Eldritch R.F., Cross C.L., Dahlstrom J.J., Long W.B. 3. Nekrotik fasiitni tashxislash va davolashning zamonaviy tushunchalari. J Emerge Med. 2010; 39(2): 261-265. Keener R., Jonson A. Teri va yumshoq to'qimalar infeksiyalarini tasniflash va boshqarishdagi o'zgarishlar. JAntimik kimyoterapiya. 2011; 66:232-234.
8. Li C.Y., Kuok L.T., Ping K.T., Xsu W.H., Huang T.V., Chou Y.C. Prognostik omillar va monomikrobiyal nekrotik fasiit: gramm-musbat va gramm-manfiy patogenlar. BMC Infect Dis. 2011; 11:5.
9. Matyakub C. et al. Early diagnosis and treatment of children weeping navel //International scientific review. – 2017. – №. 2 (33). – С. 104-106.
10. Чулиев М. С., ТЕРЕБАЕВ Б. А. ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ЮМШОҚ ТЎҚМАЛАРНИНГ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ПАРВАРИШИ //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
11. ЧЎЛИЕВ, М. С., ТЕРЕБАЕВ, Б. А., ХАТАМОВ, Х. Н., & БАРАТОВ, Ф. Т. (2021). БОЛАЛАРДА ЙИРИНГЛИ АРТРИТ, ЭТИОЛОГИЯСИ, КЛИНИКАСИ, ДИАГНОСТИКАСИ, ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ. Т [a_XW [i [S US S_S^[ùe YfcS^, 6(6), 52-56.
12. Rizaev J. A., Shamsiev J. A., Zayniev S. S. Ways to Optimise Patient Outcomes and Improve the Quality of Medical Care in Surgically Correctable Congenital Malformations in Samarkand //European Journal of Research Development and Sustainability. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 45-48.




УДК: 61.616.6.61.613-0037

YUSUPOV Shukhrat Abdurasulovich
Doctor of Medical Sciences, associate professor
KHAKIMOVA Leyla Rafikovna
Samarkand State Medical University

EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS FOR UROLITHIASIS IN CHILDREN
(Literature review)

For citation: Yusupov Shuxrat, Xakimova Leyla. Epidemiology and risk factors for urolithiasis in children//Journal of biomedicine and practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.30-37

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835194>

ANNOTATION

Urinary stone disease (USD) is still topical because it is one of the most common urological diseases and, most importantly, it tends to increase regardless of age. The problem of recurrent nephrolithiasis is also relevant, despite the wide range of treatment options available. Many researchers in recent years have concluded that genetic predisposition to metabolic disorders associated with stone metabolism is the main determinant of urolithiasis, while environmental and dietary factors, which play an important role in the development of urolithiasis in adults, remain insignificant in children. As a multifactorial disease, much attention has been paid by scientists to genetic factors. A method of predicting the occurrence of urolithiasis based on the detection of molecular genetic markers based on DNA analysis has certain and significant advantages.

Keywords: urolithiasis in children, risk factors, diagnosis, genetic factors, disease recurrence, prevention.

YUSUPOV Shuhrat Abdurasulovich
Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
XAKIMOVA Leyla Rafikovna
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

**BOLALARDA UCHRAYDIGAN UROLITIAZ KASALLIGINI
EPIDEMIOLOGIYASI VA XAVF OMILLARI**
(Adabiyotlar sharhi)

ANNOTATSIYA

Urolitiaz dolzarb bo'lib qolmoqda, chunki u eng keng tarqalgan urologik kasalliklardan biri bo'lib qolmoqda va eng muhimi, bu kasallik yoshdan qat'iy nazar o'sish tendensiyasiga ega. Tavsiya etilgan davolash usullarining keng doirasiga qaramasdan, nefrolitiazning qaytalanishi muammosi ham dolzarbdir. So'nggi yillarda ko'plab tadqiqotchilar metabolik kasalliklarga genetik moyillik tosh hosil qiluvchi moddalar almashinuvi bilan bog'liq degan xulosaga kelishdi. Genetik moyillik urolitiaz

rivojlanishining asosiy omili bo'lib, kattalardagi urolitiazning rivojlanishida muhim rol o'ynaydigan atrof-muhit va ovqatlanish omillari hisoblansa, bolalarda esa bu omillar ahamiyatsiz bo'lib qoladi. Ko'p faktorli kasallik bo'lib, olimlar irsiy omillarga katta e'tibor berishadi. DNK tahlili asosida molekulyar genetik belgilarni aniqlashga asoslangan urolitiazning paydo bo'lishini bashorat qilish usuli ma'lum va muhim afzalliklarga ega.

Kalit so'zlar: bolalarda urolitiaz, xavf omillari, tashxis, irsiy omillar, kasallikni qaytalanishi, oldini olish.

ЮСУПОВ Шухрат Абдурасулович

доктор медицинских наук, доцент

ХАКИМОВА Лейла Рафиковна

Самаркандский Государственный медицинский университет

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ (Обзор литературы)

АННОТАЦИЯ

Мочекаменная болезнь остается актуальной темой, так как остается одним из самых распространенных урологических заболеваний и, что особенно важно, заболевание имеет тенденцию к росту независимо от возраста. Проблема рецидивирующего уролитиаза также актуальна, несмотря на широкий спектр доступных вариантов лечения. Многие исследователи в последние годы пришли к выводу, что генетическая предрасположенность к метаболическим нарушениям, связанным с обменом камней, является основной детерминантой мочекаменной болезни, в то время как экологические и диетические факторы, играющие важную роль в развитии мочекаменной болезни у взрослых, остаются незначительными у детей. Как многофакторное заболевание, большое внимание ученые уделяют генетическим факторам. Способ прогнозирования возникновения мочекаменной болезни, основанный на выявлении молекулярно-генетических маркеров на основе анализа ДНК, имеет определенные и значительные преимущества.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь у детей, уролитиаз, факторы риска, диагностика, генетические факторы, рецидив, профилактика.

So'nggi paytlarda bolalarda urolitiaz bilan kasallanish butun dunyoda o'sish tendentsiyasiga ega. Bolalardagi urolitiazning kechishi kattalarnikidan farq qiladi. Bu epidemiologik jarayonlarni jins va yosh toifalari bo'yicha, shuningdek, siydiktosh kasalligi (STK) paydo bo'lishining etiologik xavf omillarini aniqlash bilan mintaqaviy miqyosda o'rganishga alohida qiziqish va zarurat tug'diradi. Bu, shubhasiz, maqsadli davolash, profilaktika, diagnostika tadbirlarini ishlab chiqish imkoniyatini beradi, ularning asosiy maqsadi kasallikni kamaytirish va davolash tadbirlarini o'z vaqtida boshlashdir.

So'nggi yillarda urologlar jamiyatining hisobotlarida, ilgari kasallanish ancha past bo'lgan mamlakatlarda - Xitoy, Laos, Yaponiyada KSD bilan kasallangan bemorlarning tarqalishi ko'payganligi haqida xabarlar mavjud. Shuning uchun kasallik xavfini izlash bilan kasallanish darajasini tadqiqot va epidemiologik tahlil qilish zarurati tug'iladi. Kasallik xavfi nafaqat endogen, balki atrof-muhitdagi ekzogen xavf omillari, buzilgan ekologik sharoiti: ichimlik suvida kaltsiy tuzlarining mavjudligi, oziq-ovqatda ortiqcha yog' va oqsil, urbanizatsiyaning yuqori darajasi, aholining faol migratsiyasi, iqlim o'zgarishi, global isish tomon siljishi bilan bog'liq. Shuni ta'kidlash kerakki, so'nggi 20 yil ichida yangi immunogenetik ta'riflarni joriy etish bilan bog'liq bolalarda STK patogenezida sezilarli yutuqlar etiologik omillarni tushunishga yordam berdi. Bu ushbu o'zgarishlarni o'rganishga qaratilgan ko'pgina tadqiqotlarning asosini tashkil etdi.

STK kasallanishiga turli xil omillar ta'sir qiladi: irq, geografik mintaq, ijtimoiy-iqtisodiy, yashash sharoitlari, ovqatlanish odatlari va ovqatlanish odatlari. Adabiyotlarga ko'ra, urolitiaz butun dunyoda keng tarqalgan, ammo kasallanish yuqori raqamlarga etib boradigan va endemik bo'lgan mamlakatlar va mintaqalar mavjud - O'rta va Yaqin Sharq, Shimoliy Afrika va Turkiya. Asosiy

sababchi omillar - issiq iqlim, qarindoshlar o'rtasidagi nikohlarning yuqori darajasi, paydo bo'lgan genetik va irqiy xususiyatlar. To'liq epidemiologik omillarning yo'qligi deyarli har bir mamlakatda mavjud va shuning uchun mavjud ma'lumotlar sezilarli darajada farq qiladi, bu uslubiy yondashuvlarning etishmasligi, shuningdek, ma'lumotlarni to'g'ri yig'ish bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Aholini kasalxonaga yotqizish va profilaktik tekshiruvlar ma'lumotlariga ko'ra urolitiaz bilan kasallanish va tarqalish ko'rsatkichlarini olish to'g'ri emas, chunki bu ma'lumotlar mavjud haqiqatni ishonchli aks ettira olmaydi. Shu munosabat bilan, tasdiqlangan metodologiya bo'yicha populyatsion epidemiologik tadqiqotlarini o'tkazish zarurati mavjud. Bu holat STK epidemiologiyasi bo'yicha mavjud ma'lumotlarning nomukammalligiga olib keladi, chunki ma'lum bir davr uchun aholi darajasidagi bemorlarning sonini aniqlab bo'lmaydi.

STK ma'lum bir davrda toshlarning shakllanishi bilan tavsiflanishi mumkin, ammo kasallikning kechishi asimptomatikdir, shuning uchun uzoq vaqt davomida bemor kasallikni tashxislash imkoniyatiga qaramay, tibbiy yordamga murojaat qilmaydi.

Tadqiqotlarga ko'ra, KSD bilan og'rigan bemorlarning deyarli 30% dan ortig'i buyrak sanchig'ining rivojlanishi tufayli shoshilinch jarrohlik aralashuvni talab qiladi, ammo tekshiruv paytida toshlar yo'q bo'lishi mumkin, chunki. ularning o'tishi bemorlar tomonidan kuzatilmagan [6, 8].

Ko'pgina tadqiqotchilar [19, 27] autopsiya ma'lumotlariga ko'ra aniqlangan tosh shakllanishi mavjudligini ta'kidlaydilar, bu ko'p sonli bemorlarda kasallikning asimptomatik kechishi haqiqatini ko'rsatadi, bu ham tarqalish to'g'risidagi ma'lumotlarning ishonchligini va ushbu kasallikning epidemiologik, populyatsion tekshirishlar orqali o'rganish olinishi kerak bo'lganligini tasdiqlaydi.

Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, STK rivojlanishida ovqatlanish odatlari va ovqatlanish odatlarini o'zgartirishiga ma'lum ahamiyatga ega bo'lgan ko'plab tadqiqotlar mavjud [10, 26]. Chen S., Mai Z., Vu V., Chjao Z., Liu Y., Zeng T. va boshqalarning ishlarida Ispaniya orollarida urolitiazning tarqalishi o'rganilgan va aholining 23% dan ortig'i ushbu patologiyadan aziyat chekmoqligi aniqlangan, qishloq aholisi ko'proq va tez-tez kasal bo'lib qolishadi, bu an'anaviy ovqatlanish odatlari va turmush tarzi mavjudligi bilan izohlanadi.

Ko'pgina mualliflar [24] STK tarqalishi siydik toshlarining mineral tarkibi bilan bog'liqligini ta'kidlaydilar. Siydik kislotasi (urat) toshlari bilan bog'liq ushbu muammolarni o'rganib chiqib, uchinchi dunyo, qoloq va rivojlanayotgan mamlakatlarda ushbu turdagi toshlarning ustun tarqalishi to'g'risida xulosalar qilindi. Rivojlangan mamlakatlarda - AQSH, Skandinaviya, Belgiya, Germaniyada urolitiazning bu turi eng kam uchraydi, 2,5 dan 17% gacha, Sudan, Pokiston, Tailand, Eron kabi mamlakatlarda esa 25 dan 43% gacha.

Al-Dessoukey A.A. va boshqalar tomonidan olib borilgan so'nggi tadqiqotlarga ko'ra, buyraklar va siydik yo'llarida lokalizatsiya qilingan oksalat va kaltsiy fosfat toshlari iqtisodiy jihatdan rivojlangan mamlakatlarda, siydik kislotasi va ammoniydan iborat siydik pufagi toshlari esa rivojlanayotgan mamlakatlarda keng tarqalgan [15].

Mavjud qarama-qarshi ma'lumotlar STK epidemiologiyasi muammolarini hal qilishdan manfaatdor ekanligini, shuningdek, ushbu muammoga turli tomonlardan yondashishga harakat qilayotgan, ushbu patologiyaning rivojlanishi turli xil xavf omillarini batafsil tahlil qilgan olimlar tomonidan tadqiqot ishlarining ko'payishini yana bir bor tasdiqlaydi.

Angliya va Uelsda STK tarqalishi bo'yicha tadqiqot olib borgan mualliflar Luo D., Li H., Vang K. ma'lumotlari mavjud. Shu bilan birga, tadqiqot 2 yil davomida davom etdi, Kenterberida urolitiaz tarqalishi 100 ming kishiga 56 tani, Burton-apon-Trentda 100 ming kishiga 15 tagacha, unda yuqori ijtimoiy-iqtisodiy statusga ega bo'lgan shahar aholisida toshlarning chastotasi yuqoriroq edi, oddiy shaharlarda esa o'rtacha 35-44 yoshga to'g'ri kelgan, keyin esa pasaygan, biroq ayni paytda erkaklar orasida ayollarga nisbatan yuqoriligicha qolgan.

Ushbu tadqiqotlarda mualliflar STK tarqalishi va quyosh soatlarining o'rtacha kunlik soni, maksimal havo harorati, ichimlik suvining qattiqligi o'rtasidagi bog'liqlik mavjudligini ta'kidladilar. Bu iqlim omillari, geografik joylashuvi, ichimlik suvining qattiqligi KSD tarqalishiga javobgar

bo'lgan va ta'sir qiluvchi muhim omillar emasligi haqidagi xulosalarni shakllantirishga yordam berdi [18].

Angliyada boshqa mualliflarning [19] tadqiqotlarida, 49-50 yoshdagi erkaklar orasida suhbatdoshlarning 16,2% dan ortig'i kasal bo'lib, 32,5% hollarda kasallik oilaviy xususiyatga ega bo'lib, 50 yoshda cho'qqisi bilan 30 yoshda sodir bo'lgan. Shuningdek, mualliflar 57,6% bemorlarda urolitiazning takrorlanishi mavjudligini ta'kidladilar, kasallikning birinchi belgilaridan keyin 48% da moyillik 10 yil va undan ko'proq davom etgan. Qizig'i shundaki, aholining ko'p qismida, bemorlarning 90 foizida urolitiaz tibbiyot xodimlarining qo'shimcha ishtirokisiz toshlarning mustaqil ravishda tushishi bilan yakunlandi.

Frantsuz tadqiqotchilarining fikriga ko'ra, yoshni hisobga olmagan holda STK tarqalishi 100 ming aholiga 16,2 ni, 50 yoshdan oshganlarda esa 900:100 mingni tashkil qiladi [2].

Germaniyada so'ralgan 400 mingdan ortiq kattalar aholisi o'rtasida o'tkazilgan tadqiqotlarda kasallikning tarqalishi 5% dan ko'proqni tashkil etdi va 45% dan ortiq hollarda qaytalanish kuzatildi. Ko'pgina tadqiqotlarda shahar aholisi orasida urolitiaz bilan kasallanish darajasi 2,5 dan 4,5% gacha, qishloq aholisi orasida esa eng past 0,3-0,9% edi [14].

STK aholining barcha yosh guruhlarida, adabiyotlarga ko'ra, ko'pincha 20-50 yoshdagi kattalar aholisi orasida uchraydi [1]. Tiktinskiy O.L. va boshqalarning tadqiqotlarida bemorlarning 1-3% ko'pincha bolalar va o'smirlar orasida uchraydi. Urolitiaz bilan kasallangan bemorlar urologik kasalxonalaridagi barcha bemorlarning 50% dan ko'prog'ini, urologik bemorlarda ambulatoriya muassasalari tarkibida 25-30% ni tashkil qiladi, unda 2-2,5 baravarga o'sish tendentsiyasi va 6-6,5% hollarda nogironlik mavjud.

Qo'shma Shtatlarda STK tarqalishi bo'yicha epidemiologik tadqiqotlar, Salomatlik va ovqatlanishni o'rganish milliy instituti (NHANES) ma'lumotlariga ko'ra, 1976-1980 yillar oralig'ida kasallanishning 3 barobar ko'payishi qayd etilgan. 2010 yilgacha, bu 3,2% dan 8,8% gacha bo'lgan [22, 23, 26]. Xuddi shunday tendentsiya Buyuk Britaniyada ham kuzatildi, bu erda 2000 va 2010 yillarda urolitiaz bilan kasallanish 63% ga (7,14-11,62%) oshdi; Ispaniyada - 4,2% dan 5,1% gacha; Germaniyada o'sish ahamiyatsiz edi - 4% dan 4,7% gacha [21].

Epidemiologik tadqiqotlar ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, Osiyo mamlakatlari STK bilan kasallanish bo'yicha endemik hisoblanadi, ko'rsatkichlar o'sishi aniqlangan mamlakatlar - Yaponiya, Xitoy va Janubiy Koreya. Shunday qilib, Yang Y. Ma'lumotlariga ko'ra, Xitoyda kasallanish 6,5% dan ortiqni tashkil etdi, shimoliy hududlarda past kasallanish qayd etildi. Kasallikning eng yuqori ko'rsatkichlari Janubiy Koreyada aniqlangan, bu erda urolitoaz bilan kasallanish boshqa Osiyo mamlakatlariga qaraganda ancha yuqori va 100 000 aholiga 457 bemorni tashkil etgan [13].

STK rivojlanishiga yordam beruvchi asosiy metabolik kasalliklar: giperurikemiya, giperurikuriya, giperoksaluriya, giperkaltsiuriya, giperfosfaturiya, siydik kislotalanishining o'zgarishi, metabolik kasalliklar patogenezda muhim ahamiyatga ega bo'lgan buyrak tubulyar atsidozini keltirib chiqaradi. Uning rivojlanishi toshlar hosil bo'ladigan kimyoviy moddalarning ionlanish darajasining oshishiga olib keladi, shu bilan birga pH ga, siydikning to'yinganlik darajasini aniqlaydigan erkin ionlar darajasiga bog'liqlik mavjud.

Biokimyó nuqtai nazaridan, siydikda toshlar paydo bo'lishiga olib keladigan moddalarning eruvchanligi pH bilan bog'liqdir. Oziq-ovqat mahsulotlarida oksalat salafi glitsindir, gidroksiprolin siydik kislotasi toshlarining paydo bo'lish xavfini oshiradi, bu giperurikemiyaga yordam beradi, kaltsiy gidroksikatik kislota va C vitamini bilan birgalikda jigarda oksalatlarga metabollanadi, siydikda ularning konsentratsiyasini oshiradi va keyinchalik oksalat toshlari hosil bo'ladi. Ba'zi tadkikotlar ichakdagi lipidlarning kaltsiy bilan birikmasini ko'rsatdi, bu oksalatning so'rilishini kuchaytiradigan erimaydigan moddalar hosil bo'lishiga olib keladi. Tosh hosil bo'lishiga yordam beradigan yana bir omil - siydikning tegishli pH darajasida kristallarning cho'kishi. Siydik chiqarish tizimidagi toshlar asosiy shartlarning bir vaqtning o'zida kombinatsiyasi bilan shakllanishi mumkin - kimyoviy tarkibiy qismlarning konsentratsiyasi va siydikning tegishli pH qiymati. Ushbu gipoteza janubi-g'arbiy va Janubiy Osiyoda STK ning yuqori darajada tarqalishi bilan tasdiqlangan, bu erda guruch asosiy oziq-ovqat ekinlari hisoblanadi, uglevodlarning katabolizmi siydikning qulay kislotali muhitini yaratadi, shuning uchun toshlar paydo bo'lishi mavjud.

Tadqiqotlarga ko'ra, ko'pchilik olimlar buni birinchi navbatda ovqatlanish tabiatidagi o'zgarishlar, dunyodagi ekologik vaziyat, suyuqliklar va iste'mol qilinadigan oziq-ovqat sifati bilan bog'liq deb hisoblashadi. Boshqa mualliflarning ta'kidlashicha, turmush tarzi o'zgarishi KSD bilan kasallanishning ko'payishiga ta'sir qiladi [13, 18]. Boshqa tadqiqotchilar o'z xulosalarida ta'kidlashlaricha, turli populyatsiyalarda KSD bilan kasallanishning keskin o'sishiga ma'lum genlarning mutatsiyalari va polimorfizmlarining ko'payishi sabab bo'lgan [11].

Rossiya Federatsiyasida urolitiaz bo'yicha endemik hududlar ham mavjud - Kavkaz, Ural, Volga bo'yi va Sibir. Rivojlanish, daromad va hayot sifati yuqori bo'lgan mamlakatlarda kasallanish darajasi juda yuqoriligicha qolmoqda. Shunday qilib, G'arb mamlakatlarida so'nggi 15-20 yil ichida STK bilan kasallanishning 37% dan ko'proq o'sishi tendentsiyasi mavjud [4].

Rossiya Federatsiyasida urologik patologiyalar orasida KSD 28,3-38,2% hollarda uchraydi, buyraklar va siydik yo'llarining yallig'lanishga xos bo'lmagan kasalliklaridan keyin ikkinchi o'rinda turadi [3].

An'anaga ko'ra, STK kattalar kasalligi deb hisoblanadi. Ammo, hozirda bolalar va umuman aholi orasida ushbu patologiyaning sezilarli darajada o'sishi haqida ko'proq ma'lumotlar mavjud. Ko'pgina mamlakatlarning statistik hisobotlarida ICDning moliyaviy yuki ortib borayotgani haqida dalillar mavjud. Mualliflar ko'rsatganidek, iqtisodiy rivojlangan mamlakatlarda kattalar aholisi orasida urolitiaz bilan kasallangan bemorlarni parvarish qilishning o'rtacha narxi yiliga 10 milliard dollardan oshadi [25]. Bolalarda KSD bilan kasalxonaga to'shaklarini to'lash bilan bog'liq xarajatlar har yili o'sib boradi, masalan, statsionar davolanishga o'rtacha 18 000 000 dollardan ko'proq mablag 'sarflanadi [17].

Agar siz bolalar populyatsiyasida KSD rivojlanish xavfini keltirib chiqaradigan sababchi omillar va mexanizmlarni ko'rib chiqsangiz, ular hali ham noma'lum bo'lib qolmoqda, deb aytishimiz mumkin; Shu bilan birga, siydik toshlarining paydo bo'lishining ko'plab farazlari va nazariyalari (taxminan 200) mavjud [8,15,27].

STK bo'yicha mavjud statistik ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, Qirg'iziston aholisining 10 mingiga to'g'ri keladigan kasallik 4,8, Ukraina - 5,3, Dog'iston - 2,0, Turkmaniston - 2,4, O'zbekiston - 3,0, Rossiya - 5,35 tashkil etadi. Rossiya Federatsiyasida, Sog'liqni saqlash vazirligi ma'lumotlariga ko'ra, yosh guruhdagi kasallanish 100 ming aholiga 17,8 dan 19,9 gacha ko'tarildi; o'smirlar orasida - 68,9 - 81,7; kattalar 405,2 - 420,0, hozirda 540,8 dan ortiq [12, 19].

O'rta Osiyoda mavjud ma'lumotlarga ko'ra, Turkmanistonda kasallanish 100 ming aholiga 132,9 dan 182,6 gacha, tub aholi orasida 14, tashrif buyuruvchilar orasida 32, O'zbekistonda bu ko'rsatkich 128,0. Tojikistonlik olimlar Nusratulloeva I., Nizomova D.S. ishlarida STK rivojlanishining tarqalishi va ekologik xavf omillarini o'rganish natijalariga ko'ra, kasallanishning o'sish tendentsiyasi qayd etilgan, tarqalish 100 ming aholiga 250 dan ortiq holatni tashkil etgan. Kasallikning 2 barobardan ko'proq o'sishi Dushanbeda qayd etilgan, pasayish va keyinchalik keskin o'sishi Tog'li Badaxshon viloyatida 150,5 dan ortiq, Sharqiy viloyatlarda yuqori - 100 ming kishiga 160 dan ortiq

Markaziy Osiyoda, xususan, Qozog'istonda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, urolitiaz bilan kasallanishning o'rtacha darajasi respublikada 10 ming aholiga 37,6, Mang'istau viloyatida esa 10 ming aholiga 60 dan ortiq, Qozog'iston mintaqaviy patologiya instituti ma'lumotlariga ko'ra, bu hudud janubi-g'arbgacha to'g'ri keladigan joylashuvi bo'yicha STKga ko'ra endemik deb tan olingan. Ushbu mintaqada olib borilgan tadqiqotlar ushbu patologiyaning tarqalishi bilan quruq, issiq iqlim, toza ichimlik suvining etishmasligi, ultrabinafsha nurlanishining yuqori darajasi, uran nurlanishi va suv sho'rli o'rtasidagi bog'liqlikni isbotladi.

Qirg'izistonda o'tkazilgan tadqiqotlarga kelsak, respublikada KSD tarqalishini o'rganish tibbiy yordam va kasalxonaga yotqizish ma'lumotlariga ko'ra amalga oshirildi. Qirg'iziston viloyati 5 iqlim-geografik zonaga bo'lingan, KSD bilan kasallanish 10 ming aholiga 5 dan ortiq va kasbiy tekshiruv paytida 5% dan ortiq. Past tog'larda yashovchilar orasida yuqori kasallanish 10 ming aholiga 5-12, eng pasti - baland tog'larda 10 mingga 1 dan 5 gacha.

Ko'rinishidan, mualliflarning fikriga ko'ra, bu ushbu hududlarning tabiiy-iqlim sharoitlari, mahalliy aholi bo'lgan tirik aholining xususiyatlari bilan bog'liq, ular bilan kasallanish har xil bo'lgan, mahalliy xalqlarda mahalliy bo'lmaganlarga qaraganda 4,5 baravar kam.

Shunday qilib, mualliflar Qirg'izistonni STK mintaqaviy patologiya bo'lgan hududlarga bog'lab, tibbiy yordamga murojaat qilish va kasalxonaga yotqizish haqidagi ma'lumotlar bilan taqqoslaganda, kasallikning tarqalishi haqida ishonchli ma'lumot beradigan aholini profilaktik tekshiruvdan o'tkazish zarurligini ta'kidladilar.

Turkmanistonda STK bilan kasallanish darajasi 100 ming aholiga 25,0 dan ortiqni tashkil etdi va tashrif buyuruvchilar urolitiaz bilan kasallanish ehtimoli 2 baravar ko'p bo'lgan, bu ushbu mintaqaning bioiqlim sharoitlariga moslashishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Shahar va qishloq aholisining kasallanish darajasi o'rtasida ham tafovutlar mavjud bo'lib, ular shaharlarda 100 ming kishiga 35,0 ni, qishloq joylarda esa 3 baravar kam - 12,0 ni tashkil etdi. Toshlarining paydo bo'lishiga sabab bo'lgan omillar qatorida muallif hududning yuqori harorati, ichimlik suvining qattiqligi va minerallashuvi, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, oziq-ovqat sifati va uning tabiatini ko'rsatgan.

STK tarqalishi bo'yicha mavjud epidemiologik ma'lumotlar ushbu patologiyaning barcha qit'alarda, turli darajadagi kasallanish darajasida paydo bo'lishini isbotlaydi. Etiologik sabab omillari atrof-muhit, tuproqning ma'lum kimyoviy tarkibi, o'simliklar, suvning minerallashuv darajasi, iqlim sharoiti, jins va yosh xususiyatlari, ishlab chiqarish va yashash sharoitlari, endogen omillar esa: buyraklardagi patologik va funktsional o'zgarishlar, siydik yo'llarining infeksiyalari, oshqozon-ichak trakti kasalliklari, uzoq muddatli immobilizatsiya mavjudligi bilan suyak shikastlanishi, paratiroid bezlarining giperfunktsiyasi, genetik moyillik.

Mavjud ma'lumotlarni sarhisob qilsak, STK ning tarqalishi va tarqalishi dunyoning turli mintaqalarida notekis taqsimlangan va keng ko'rsatkichlar bilan juda xilma-xildir, iqtisodiy rivojlanish va urbanizatsiya darajasi yuqori bo'lgan mamlakatlar yetakchi bo'lib qolmoqda.

Shunday qilib, STK dunyoda keng tarqalgan kasallik bo'lib, uning holatlari soni doimiy ravishda o'sishda davom etmoqda. Urolitiaz polietiologik kasallik hisoblanadi, uning rivojlanishi endogen va ekzogen xavf omillari mavjudligi bilan bog'liq.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Арапиев Х.Б. Ретроспективный анализ заболеваемости мочекаменной болезнью в Республике Ингушетия // Современная медицина глазами молодых ученых. Материалы II Международной научно-практической конференции студентов, ординаторов и молодых ученых. - ФГБОУ ВО "ИнГУ", 2021. - С. 162 - 168
2. Арутюнов А.Е. Мочекаменная болезнь, структура заболеваемости и методов лечения. // Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. Материалы XI Терапевтического форума. Тюмень. 2020. - С.11.
3. Камалов А.А., Охоботов Д.А., Низов А.Н. и др. Роль индуцирующих факторов в формировании бляшек Рендалла и развитии мочекаменной болезни. // Уральский медицинский журнал 2018; 164 (9):10-3.
4. Лопаткин Н.А., Камалов А.А., Аполихин О.И., и др. // Урология. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013; 816 с.
5. Хакимова Л.Р., Юсупов Ш.А., Хусинова Ш.А., Шамсиев Ж.А. // Болаларда сийдик тош касаллигининг пайдо булиши, клиник куринишлари, диагностикаси ва даволаш хусусиятлари // Научный журнал «Проблемы биологии и медицины». Самарканд, выпуск № 1 (134), 2022 г, стр. 176-181.
6. Хакимова Л.Р., Юсупов Ш.А., Хусинова Ш.А., Шамсиев Ж.А. // Болаларда уrolитiaz ривожланишига генетик омилларнинг таъсири // Научный журнал «Проблемы биологии и медицины». Самарканд, выпуск № 2 (135), 2022 г, стр. 229-234.
7. Хакимова Л.Р., Юсупов Ш.А., Хусинова Ш.А., Шамсиев Ж.А. // Особенности проявления уrolитиаза у детей // Научно-практический журнал «Педиатрия», № 4. Ташкент, 2021 г, стр. 225-235.

8. Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Сатаев В.У., Шамсиев Ж.А., Хакимова Л.Р. // Мочекаменная болезнь у детей: диагностика и лечение // Монография. Ташкент, 2022 г, 126 стр.
9. Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Хакимова Л.Р. // Особенности клинической картины калькулёзного пиелонефрита у детей разного возраста». Научный журнал «Вестник врача // Самарканд, Выпуск № 1 (102), 2022 г, стр. 130-136.
10. Al-Dessoukey A.A., et al. Ultraslow full-power shock wave lithotripsy protocol in the management of high attenuation value upper ureteric stones: A randomized comparative stUSDy // Int J Urol, 2021. 28: p.33-42
11. Amancio L, Fedrizzi M, Bresolin N, Penido M. Pediatric urolithiasis: experience at a tertiary care pediatric hospital. // J Bras Nefrol. 2016;38(1):90-98.
12. Bae S.R., Seong J.M., Kim L.Y., Paick S.H., Kim H.G., Lho Y.S., et al. The epidemiology of reno-ureteral stone disease in Koreans: a nationwide population-based stUSDy // Urolithiasis, 42 (2014), pp. 109-114
13. Gajengi A, Wagaskar V, Tanwar H, Mhaske S, Patwardhan S, Metabolic Evaluation in Paediatric Urolithiasis: A 4-Year Open Prospective StUSDy; // Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 Feb, Vol-10(2): PC04-PC064 4.
14. Chen S., Mai Z., Wu W., Zhao Z., Liu Y., Zeng T., et al. Associated factors of urolithiasis for adult residents in rural areas of China // J Clin Urol, 32 (2017), pp. 429-432
15. Chua M.E., Ming J.M., De Cotiis K.N., Kim J.K., Yang S.S., Farhat W.A., Dos Santos J. Review summary of recent “high-level” evidence on the management of pediatric urinary stones. // SN Compr Clin Med 2021;
16. Cook J. The Epidemiology of Urolithiasis in an Ethnically Diverse Population Living in The Same Area. // Urol. J. - 2016. -13(4). - P. 2754-2758.
17. Elbaset M.A., et al. Optimal non-invasive treatment of 1-2.5 cm radiolucent renal stones: oral dissolution therapy, shock wave lithotripsy or combined treatment - a randomized controlled trial // World J Urol, 2020. 38: p.207-12.
18. Ferraro, P.M. Dietary and Lifestyle Risk Factors associated with Incident Kidney Stones in Men and Women. // J. Urol. - 2017. - T.198. -№4. - P. 858-863; Lam J.P. In Vivo Comparison of Radiation Exposure in Third-Generation vs Second-Generation Dual-Source Dual-Energy CT for Imaging Urinary Calculi // J. Endourol. - 2021. - T.35. - №11. - P. 1581-1585;
19. Jung J.S. StUSDy on the prevalence and incidence of urolithiasis in Korea over the last 10 years: An analysis of National Health Insurance Data. // Investig. Clin. Urol. - 2018. - T.59. - №6. - P. 383-391
20. Huang W.Y., Chen Y.F., Carter S., Chang H.C., Lan C.F., Huang K.H. Epidemiology of upper urinary tract stone disease in a Taiwanese population: a nationwide, population based stUSDy // J Urol, 189 (2013), pp. 2158-2163.
21. Khakimova L.R., Yusupov Sh.A., Xusinova Sh.A., Shamsiev D.A. // Urolithiasis in Children (Literature Review) // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12 (1): 18-25. DOI: 10.5923/j.ajmms.20221201.04.
22. Khakimova L.R., Lapasova M.Sh., Lapasova Z.X. // The use of innovative learning methods in high educational establishments as a stage of implementation of improving the quality of the educational process // Электронный журнал «Общество и инновация». Ташкент, СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК № 1, февраль 2022 г, стр. 121-125 .
23. Khakimova L.R., Yusupov Sh.A. // Assessing the impact of genetic factors on the incidence of urolithiasis in the childhood population // Электронный журнал «Биомедицины и практики». Том 7, № 2, 2022 г. DOI Journal 10/26739/2181-9300.
24. Kim J.K., et al. Silodosin for Prevention of Ureteral Injuries Resulting from Insertion of a Ureteral Access Sheath: A Randomized Controlled Trial. Eur Urol Focus, 2021.
25. Kusumi K, Becknell B, Schwaderer A. Trends in pediatric urolithiasis: patient characteristics, associated diagnoses, and financial burden. Pediatr Nephrol. (2015) 30:805-1

26. Lang J. Global Trends in Incidence and Burden of Urolithiasis from 1990 to 2019: An Analysis of Global Burden of Disease StUSDy Data. // Eur. Urol. Open Sci. - 2022. - №.35. - P.37 - 46; Zhang, W. Total fluid intake, urination frequency and risk of bladder cancer: a population-based case-control stUSDy in urban Shanghai.
27. Luo D., Li H., Wang K.. Epidemiology of stone disease in China Urolithiasis: basic science and clinical practice, vol 1: epidemiology, Springer London, London (2012), pp. 53-59/
28. Novikov A., Nazarov T., Startsev V.Y. Epidemiology of stone disease in the Russian federation and post-Soviet era, Urolithiasis: basic science and clinical practice, vol 1: epidemiology, Springer London, London (2012), pp. 97-105
29. Radmayr C., Bogaert G., Dogan H.S., Kočvara R., Nijman J.M., Stein R., Tekgul S., Undre S. EAU guidelines on paediatric urology. In: EAU guidelines, edition presented at the annual EAU Congress Barcelona. Undre EAU Guidelines on Paediatric Urology© European Association of Urology, 2019.
30. Rukin N.J. Trends in Upper Tract Stone Disease in England: Evidence from the Hospital Episodes Statistics Database. // Urol. Int. 2017.-T.98.-№4.-P.391-396
31. Schwaderer AL. Comparison of Risk Factors for Pediatric Kidney Stone Formation: The Effects of Sex. Front Pediatr. // Front. Pediatr. - 2019.-№7.-P.32/
32. Rizaev J. A., Shamsiev J. A., Zayniev S. S. Ways to Optimise Patient Outcomes and Improve the Quality of Medical Care in Surgically Correctable Congenital Malformations in Samarkand //European Journal of Research Development and Sustainability. – 2021. – T. 2. – №. 3. – С. 45-48.
33. Scales CD, Tasian GE, Schwaderer AL, Goldfarb DS, Star RA, Kirkali Z. Urinary stone disease: advancing knowledge, patient care, and population health. Clin J Am Soc Nephrol. (2016) 11:1305-12.
34. Tae B.S., Balpukov U., Cho S.Y., Jeong C.W. Eleven-year cumulative incidence and estimated lifetime prevalence of urolithiasis in Korea: a national health insurance service-national sample cohort based stUSDy // J Korean Med Sci, 33 (2018), p. e13, 10.3346/jkms.2018.33.e13
35. Taguchi K., Yasui T., Milliner D.S., Hoppe B., Chi T. Genetic risk factors for idiopathic urolithiasis: a systematic review of the literature and causal network analysis. // Eur Urol Focus. 2017; 3(1):72–81
36. Taguchi K., Cho S.Y., Ng A.C. et al. The urological association of Asia clinical guideline for urinary stone disease. // Int J Urol 2019, 26(7):688–709;
37. Yusupov Sh.A., Khakimova L.R. // Characteristic features of the clinical picture of calculous pyelonephritis in childhood depending on age groups // Электронный журнал «Биомедицины и практики». Том 7, № 2, 2022 г, стр. 322-328. DOI Journal 10/26739/2181-9300.
38. Zeng J.A Retrospective StUSDy of Kidney Stone Recurrence in Adults. // J. Clin. Med. Res. - 2019. - T.11.-№3.-P.208-212

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

УДК: 616.594.171: 612.017

ESHBOEV Egamberdi Husanovich

Republic of the specialized center of dermatovenerology
and cosmetology scientific and practical medicine

IMAMOV Otabek Sunnatovich

Tashkent Medical Academy

DJUMAIEV Normurod Davlatovich

ABDUVAKHITOVA Indira Nurullaevna


Republic of specialized dermatovenerology and
cosmetology scientific and applied medicine center,
Tashkent region branch

TOXTAYEV Gayratillo Shuxratillo oqli

Tashkent Medical Academy

THE SOLUTION OF MODERN PROBLEMS ON THE ETIOLOGY OF DERMATOMYCOSIS AND LABORATORY DIAGNOSTIC METHODS

For citation: Eshboev H. Egamberdi, Mamov S. Otabek, Djumaev D. Normurod, Abduvakhitova N. Indira, Toxtayev Sh. Gayratillo. THE SOLUTION OF MODERN PROBLEMS ON THE ETIOLOGY OF DERMATOMYCOSIS AND LABORATORY DIAGNOSTIC METHODS// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.38-46

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835203>

ANNOTATION

Purpose of the study. Preparation of low-cost and high-quality fresh nutrient medium based on local ingredients for inducing pathogenic fungi.

Materials and methods of research. In the course of scientific research, pathological material (skin scrapings, damaged hair and nail plates) taken from 400 patients were cultured for fungal skin diseases in the current Saburo medium and the proposed medium

Results: In our model studies, cultures of the three most common types of fungi (*Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis*, *Epidermophyton floccosum*) among dermatophytes were studied. These types of dermatomycoses are fungal pathogens isolated from most patients.

Conclusions. A low-cost and high-productivity nutrient medium was created for use in the daily practice of bacteriological laboratories at all treatment and prevention (dispensaries for skin and venereal disease dispensaries, private laboratories) located on the territory of our republic.

Keywords: dermatomycosis, fungi, Saburo, laboratory, nutritional environment

ЭШБОЕВ Эгамберди Хусанович

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология
ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

ИМАМОВ Отабек Суннатович
Тошкент Тиббиёт Академияси
ДЖУМАЕВ Нормурод Давлатович
АБДУВАХИТОВА Индира Нуруллаевна
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва
косметология илмий амалий тиббиёт маркази Тошкент вилояти филиали
ТОХТАЕВ Гайратилло Шухратилло ўғли
Тошкент тиббиёт Академияси

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР ЭТИЛОГИЯСИ ҲАМДА ЛАБОРАТОРИЯ ТАШХИСОТ УСЛУБЛАРИ БОРАСИДАГИ ЗАМОНАВИЙ МУАММОЛАР ЕЧИМИ

АННОТАЦИЯ

Тадқиқот мақсади: Патоген замбуруғларни ундириш учун асоси маҳаллий ингредиентлардан ташкил топган арзон ва сифатли янги озик мухит тайёрлаш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари: Илмий тадқиқот ишлари бажарилиш жараёнида 400 нафар бемордан олинган патологик материал (тери қирмаси, зарарланган соч толаси ва тирноқ пластинкалари) терининг замбуруғли касалликлари кўзгатувчиларига амалдаги Сабуро озик мухитида ва таклиф қилинган озик мухитида культурал услубда ўрганилди.

Натижалар: Республикамиз худудида жойлашган барча даволаш профилактика (тери таносил касалликлари диспансерлари, хусусий лабораториялар) муассасалари қошидаги бактериологик лабораториялар кундалик амалиётида ишлатиш учун арзон ва унумдорлиги юқори озик мухит яратилди.

Калит сўзлар: дерматомикоз, замбуруғлар, Сабуро, лаборатория, озик мухит

XXI асрга келиб замбуруғли инфекциялар одамлар орасида, қолаверса ҳайвонот олами ичида ҳам турли касалликларга сабаб бўлмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг берган маълумотларига қараганда Ер шари аҳолисининг ҳар бештадан биттаси замбуруғли касалликларнинг у ёки бу тури билан оғримокда [4,21]. Айниқса, уларнинг бошқа касалликларда иккиламчи жараёнлар, турли хил генезли асосий касалликлар фониди ривожланиши оғир оқибатларга олиб келади. Бунга ОИТС, COVID-19 касалликларини мисол келтириш мумкин [1,1]). Замбуруғлар оғир патологиялар – саратон, аутоиммун ва иммунтанқислик билан кечувчи касалликлар билан оғриган беморлар ўлимининг асосий сабабчиларидир [8]. Айтиш жоизки, шартли патоген замбуруғларнинг иммун танқислиги шароитида уларнинг патогенлик хусусиятлари ортиб бормокда. Янги нозологик шакллар пайдо бўлмоқда, қолаверса, замбуруғларнинг антимиотик дориларга чидамлилиги ошмоқда. Унутмаслик керакки, замбуруғларнинг ҳаёт-фаолияти маҳсулотлари, масалан, микоген аллергия, микотоксикозлар инсон саломатлигига катта таъсир кўрсатади [16].

Дерматомикозлар инглиз тилидаги илмий адабиётларда ringworm ёки tinea (инглизча “ring” – думалоқ ёки халқасимон; “worm” – қурт, илон); ringworm – терининг патоген замбуруғлар билан халқасимон шаклда контагиоз зарарланиши; лотинча “tinea” – терининг, айниқса бош сочли қисмининг замбуруғли касаллигидир. Бу одам ва ҳайвонлар кератин сақловчи тўқималари (тери, майин туклар, сочлар ва тирноқлар)нинг замбуруғ инфекциялари билан зарарланишидир [5]. Дерматомикоз кўзгатувчилари ўзининг кератиназа ферментининг фаоллиги ҳисобига одам ва ҳайвонлар кератин сақловчи тўқималарини зарарлайди. Дерматомикозлар замбуруғ-космополитлар ҳисобланиб, Ер шарининг барча худудларида тарқалган. Улар барча уй ва ёввойи ҳайвонларни, шу билан бирга балиқ ва қушларни зарарлаши билан бирга, одамлар учун ҳам патогендир [14].

Замбуруғларнинг патоген турлари одам ва ҳайвонларда касаллик келтириб чиқарадиган микроорганизмларнинг катта гуруҳини ташкил этади. Умуман барча замбуруғларнинг юздан ортиқ тури патоген, қолганларининг асосий қисми эса шартли патоген ҳисобланади. Улар тузилиши жиҳатдан тубан ўсимликлар туркумига мансуб бўлиб, ўсимликлардан таркибида

хлорофилл моддасининг йўқлиги билан ажралиб туради. Замбуруғлар табиатда кенг тарқалган бўлиб, асосан нам тупроқда, сув ҳавзаларида, ҳавода, ўсимликлар, дарахтлар танасида, ҳайвонлар оламида ва ниҳоят инсонлар орасида учрайди [20].

Патоген замбуруғларнинг аксарият турлари анаэроб муҳитда, яъни кислород кам шароитни хуш кўради. Уларнинг яшаши учун албатта азот, углевод ва минерал моддалар зарур бўлиб, улар учун қулай муҳит шароити $pH=6,0-6,4$ ни, мўътадил ҳарорат эса 22^0-37^0 Сни ташкил этади. Замбуруғлар думалок, чўзинчок, найсимон, шохсимон шаклларга эга бўлиб, улар таналарининг, яъни мицелийларининг узунлиги 4-5 мкмдан 60-70 мкмгачани ташкил этади [3]. Замбуруғларнинг яшаши, кўпайиши ва фаолият кўрсатиши учун уларга қулай бўлган шароитлар, жумладан нисбатан паст ҳарорат, қоронғулик, намлик, кислородсиз муҳит ва углеводларнинг кўп бўлиши талаб қилинади. Аксинча, куруқ ҳарорат, ёруғлик, кислородга бой шароит ва иссиқликнинг юқори бўлиши ноқулай ҳисобланади. Замбуруғлар асосан иккига бўлиниш ёки куртакланиш йўли билан кўпаяди. Улар сунъий экиш майдонларида, яъни озик муҳитларда ўзига хос бўлган колониялар ҳосил қилиш хусусиятларига эга [12].

Айтиш жоизки, тиббиёт микологияси узоқ вақт давомида бактериология ва вирусология фани соясида қолмоқда ва унга иккиламчи даража деб қаралмоқда. Аммо иммунология, дерматология, эндокринология ва юқумли касалликлар борасидаги ўзгаришлар тиббиёт микологиясига янгидан қараш кераклигини талаб қилмоқда. Асосий касалликлар фониди юзага келадиган ва унинг кечишини янада мураккаблаштирадиган шартли патоген тизимли замбуруғларнинг кўпайиши алоҳида ташвишларни туғдиради. Глобал муаммолар инвазив замбуруғлар сонини кўпайтирмоқда, ОИВ ёки COVID-19 билан касалланган одамлар орасида замбуруғларнинг ҳамкорликда келиши уларнинг ролини кўпайтирмоқда.[7,9,18] Эндокринология, органлар трансплантацияси, онкогематология, неонатологияда патоген замбуруғларининг негатив таъсир доираси ошиб бораётганлиги диққатга сазавордир. Яна айтиш жоизки, патоген замбуруғлар келтириб чиқарган тери касалликлари – дерматомикозлар (грекча “дерма” – тери, “микоз” - замбуруғ) билан (оёқ панжа микози, чов эпидермофитияси, рубромикоз, онихомикоз, трихофития, микроспория ва б.) касалланганлар сони арифметик прогрессда ошиб бормоқда [2].

Дерматомикозларнинг шаклланиш жараёни замбуруғларнинг касаллик кўзғатиш даражасига ва макроорганизмнинг иммунобиологик хусусиятларига, беморлар ёшига, жинсига ва уларнинг эндокрин безларининг ҳолатига боғлиқ. Бунда эпидермис ва дерма қаватининг сўрилиш хусусиятларининг кучайиши, кўп терлаш, терининг ўзига хос кимёвий таркиби муҳим роль ўйнайди [15].

Замбуруғли касалликларнинг болалар ўртасида, айниқса, мактаб ёшидаги болаларда учраш ҳолати болаларда тери эпидермис ва соч хужайралари таркибидаги кератин моддасининг етарли даражада эмаслиги, терининг сув-ёғ ҳимоя қавати pH муҳитининг ишқорли ёки мўътадил даврга ўтиши замбуруғларнинг фаоллашишига ва вирулентлик даражасининг кучайишига олиб келади. Айниқса, сурункали ва юқумли касалликлар билан хасталанган ва заифлашган беморларда дерматомикозлар кўпроқ учрайди. Касаллик манбаи бўлиб бемор одам ёки касалланган ҳайвонлар ҳисобланади, улардан соғлом одамларга касаллик тўғридан-тўғри маиший алоқалар натижасида ёки билвосита, яъни беморлар истеъмолида бўлган буюмлар (кийим-кечак, идишлар, ўйинчоқлар ва ҳ.к.) орқали юқади. Касаллик юққандан сўнг унинг клиник белгилари тери, соч, тирноқлар ва шиллик қаватларда намоён бўлади ва ривожланади [6].

Тиббий микология кейинги йилларда жиддий муаммоларга дуч келмоқда, касалликни тўғри даволаш мақсадида қатор антимикотик дори препаратлари ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ этилди. Аммо лаборатория текширув усулларини такомиллаштириш зарурати йилдан-йилга ортиб бормоқда. Чунки лаборатория маълумотларининг етарли эмаслиги кўпинча текширув натижаларини кеч олиш ёки нотўғри бажарилишига сабаб бўлади, пировардида бу ҳолат даволаш ишларини мураккаблаштиради ва касалликнинг сурункали кечишига олиб келади [10,11].

Ўз вақтида эрта ташхис қўйиш муваффақиятли соғайиш эҳтимоллигини сезиларли даражада оширади, шунинг учун бошиданок замбуруғ инфекцияси борлигини тахмин қилиб, беморни микологик текширувлардан ўтказиш керак. Дерматомикоз қўзғатувчиларини зарарланган тери ёки унинг ортиқларидан замбуруғларни аниқлаш аниқ ташхислаш учун зарур бўлган имконни беради. Молекуляр-генетик, биокимёвий ва иммунологик технологияларининг ривожланиши замбуруғ инфекцияларини лаборатор ташхисда кенг қўлланила бошланди. Аммо микотоксинларни индикацияси, микотоксикозлари ва замбуруғларнинг токсикоинфекцияларини қолаверса этиологик омилнинг морфобиологик антимикотик хусусиятларини тўлиқ ўрганиш учун озиқ муҳитларда патогенларнинг культурасини ажратиб олиш зарур. Бунинг учун эса албатта замбуруғ қўзғатувчиларини ундирмоқ керак [22,25].

Қатор муаллифлар томонидан дерматомикоз қўзғатувчиларининг соф культурасини олиш учун турли хил озиқ муҳитлар таклиф қилинган [17,23]. Уларнинг асосий компонентлари пептон, агар-агар, турли аминокислоталар каби маҳсулотлар ҳисобланади. Лекин, ушбу озиқ муҳитлар таркибини ташкил қилган ингредиентларнинг ўта қимматлилиги, қолаверса, танқислиги ва бу озиқ муҳитларда касаллик қўзғатувчиларининг узоқ муддат (21-28 кун) ичида ўсиши туфайли даволаш профилактика муассасалари микологик лабораторияларида деярли ишлатилмай қўйилди. Демак, муаммо очиқлигича қолмоқда.

Юқорида таъкидланган фикр ва мулоҳазаларга ҳамда ишнинг долзарблигини эътиборга олган ҳолда биз дерматомикоз қўзғатувчиларини ундириш ва соф культурасини ажратиб олиш учун асоси маҳаллий ингредиентлардан ташкил топган арзон ва сифатли янги озиқ муҳит тайёрлашни мақсад қилдик.

Маълумки, дерматомикозлар микроскопик ташхисоти касаллик қўзғатувчилари турини аниқлаш имконини бермайди [21]. Терининг замбуруғли касалликлар қўзғатувчиларини культурал услубда, яъни махсус озиқ муҳитларда ундириш йўли билан касаллик қўзғатувчилари турини аниқлаш орқали беморга тўғри ташхис қўйиш мумкин. Шу билан бирга аниқланган касаллик қўзғатувчисига антимикотик препаратларга сезувчанлик ҳолатини аниқлаш имкони яратилади.

Дерматофитлар культурал ташхисотида бугунги кун амалиётида қўлланилаётган озиқ муҳитлар хорижий мамлакатлардан олиб келинаётганлиги сабабли таъминотдаги тез-тез узилишлар, озиқ муҳити таннархининг қимматлиги қатор камчиликларга сабаб бўлмоқда. Шу билан бир қаторда бу озиқ муҳитларида дерматофит қўзғатувчиларининг соф культураси узоқ муддатда (21-28 сутка) ажратиб олинади, замбуруғ қўзғатувчиларининг ундириш даражаси аксарият ҳолларда нуфузли микологик лабораториялар амалиётида 40%дан ошмайди [13,24].

Маълумки, Сабуро озиқ муҳитида замбуруғ қўзғатувчиларининг соф культурасини ажратиб олиш даражаси пастлигича қолмоқда. Россия Федерациясида кейинги йилларда Сабуро озиқ муҳитларида олиб борилган культурал текширувларда замбуруғларнинг соф культурасини ажратиб олиш даражаси 36%дан ошмаган [16].

Республикамизда замбуруғ қўзғатувчиларининг Сабуро озиқ муҳитига экиб текшириш бўйича олиб борилган изланишларда бу кўрсаткич 30-32%ни ташкил қилди.

Озиқ муҳитига экма қилингандан кейин бактерияларни 2-3 кундан, ачитки ва моғор замбуруғларининг ўсишини 4-5 кунлари бошланиши, замбуруғ қўзғатувчиларининг ўсиши 6-7 кунлари бошланади. Иккинчидан, дерматомикоз (трихофития, микроспория, эпидермофития) қўзғатувчиларининг юқори озиқланиш эҳтиёжларига эга.

Дерматофитларининг аксарият турларини озиқ муҳитида ўсиши учун дастлаб ҳайвонлардан олинган витаминлар ва оксилларнинг тўлиқ тўплами керак бўлади. Шунинг билан бирга амалдаги Сабуро озиқ муҳитига экилган дерматофит қўзғатувчиларининг идентификация кунларининг узоқлиги [19] бу борадаги илмий ва амалий тадқиқотлар ўтказишни яна бир бор талаб этади.

Ушбу изланишнинг мақсади, ҳар қандай клиник микологик текширувнинг ишончли натижалари учун зарур бўлган аниқ ва объектив натижаларини таъминлаш учун зарур бўлган самарадорлик мезонларини қониқтирадиган клиник материаллардан олинган замбуруғ

кўзгатувчиларининг соф культураларини ажратиб олиш учун янги озик муҳити ишлаб чиқаришдан иборатдир.

Таклиф қилинган янги озик муҳитнинг таркиби қуйидаги компонентлардан иборат (г/л): дистилланган сув – 1 литр, микологик пептон – 10,0, бактериологик агар-агар – 18,0-20,0, кератин гидролизати – 10,0 дан 20,0 гача, ўрик экстракти – 80,0, витамин В1 (тиамин хлорид) – 1,0, ципрофлоксацин – 5,0, циклогексимид – 0,001 [21].

Микробиологик пептон - замбуруғлар озикланиши учун оксиллар, углеводлар, витаминлар ҳамда турли минерал моддалар зарур. Аксар дерматофитлар углеводлар қўшилган пептонли озик муҳитларида яхши ўсади. Озик муҳитига қўшиладиган углеводлар ва пептоннинг муносиб уйғунлиги дерматофитлар культурасини шаклланишида муҳим омиллардан биридир. Пептон миқдорининг етарли миқдорда бўлиши дерматофитлар колониясида плеоморф ўзгаришларни, қатламлашиш, буришиш, кратерсимон шаклланиш ҳолатларини камайтиради.

Дерматофитларни оксиллар ва пептонларни ассимиляция қилишини ўрганишлик бу моддалар углерод ва азот манбалари бўлиши мумкинлигини билан изоҳланди.

Бактериологик агар-агар – агаропектин ва агароз полисахаридлари аралашмасидан олинган кукун ёки пластинка кўринишида бўлган желатиннинг ўсимлик ўрнини босувчи воситадир. Агар-агар таркибида умуман ёғлар йўқ, 5% оксил ва 95% углеводлардан иборат, шу билан бирга магний, темир, кальций, йод каби дерматофитларни ундириш учун зарур бўлган минералларга бой маҳсулот ҳисобланади.

Кератин гидролизати - майда ва йирик шохли ҳайвонлар шохлари, туёқлари, қўй ва эчки жунларидан, паррандалар патларидан олинган табиий оксиллардир. У пептидлар, полипептидлар ва аминокислоталардан иборат.

Кератин- табиий оксил, тери ва унинг ҳосилалари майин туклар, сочлар ва тирноқларнинг асосий таркибий қисми ҳисобланади. Табиий ҳолатда эримайди. Гидролиз орқали кератиннинг катта молекулалари сувда эрувчан модда ҳолатига ўтказилади. Кератин гидролизати дерматофитлар ўсиши учун зарур бўлган аминокислоталарга бой маҳсулот ҳисобланади.

Дерматофитларни сунъий озик муҳитларида ўстириш учун кератин тўқималаридан фойдаланиш микологик текширувлар амалиётида учрайди. Дерматофитлар таъсирида кератин тутувчи тўқималар таркибидаги кератин моддасининг аста-секин эриши билан терининг, жумладан сочларнинг ўзгариши, тери юзасида яралар пайдо бўлиши тери шох қаватининг асосий массаси – кератиннинг дерматофитлар томонидан ассимиляция қилиниши билан боғлиқ [18].

Озик муҳитига кератин гидролизатини етарли миқдорда қўшиш орқали дерматофитларнинг аминокислоталарга бўлган эҳтиёжи қопланади, бу ўз навбатида замбуруғ кўзгатувчиларининг озик муҳитида тезроқ ўсишини таъминлайди.

Дерматофитлар оддий аминокислоталардан ҳужайра тузилиши учун зарур бўлган оксилларни синтезлайди. Дерматофитларни озик муҳитида ўсиши бир неча табиий аминокислоталар аралашмасини ўз ичига олган аралашмани ҳазм қилиши билан боғлиқ, бундай шароитда аминокислоталар тўғридан-тўғри сўрилади, шунинг учун ҳужайралардаги оксилларни ҳосил бўлиши учун уларга эҳтиёж камроқ бўлади. Кўплаб аминокислоталар аксар дерматофитлар томонидан енгил ўзлаштирилади.

Ўрик экстракти - озик муҳитига қўшилган арзон, табиий, маҳаллий маҳсулот бўлиб, углевод, аминокислоталар ва дерматофитлар ўсиши учун зарур бўлган минералларга жуда бой. Ўрик экстрактида аргинин, глицин, лизин, триптофан, изолейцин, тирозин каби аминокислоталар мавжуд. 100 грамм ўрик экстракти таркибида 65 гр. углевод, 1162 мг калий, 55 мг кальций, 27 мг темир, 10 мг натрий минераллари мавжуд [24].

Озик муҳитига келиб чиқиши бўйича табиий бўлган углеводлар мажмуаси - ўрик экстрактининг қўшилиши кўплаб дерматофитларни озикланиши учун муҳим ҳисобланади. Ўрик экстрактининг углеводларга ўта бой эканлиги билан бир қаторда дерматофитлар

озикланиши учун зарур бўлган минералларга тўйинганлиги озиқ муҳити самарадорлигини янада бойитади.

Ципрофлаксацин - антибиотигининг озиқ муҳитига қўшилиши бактериал флорани ўсишини бостириш ва шу билан дерматофитларга антогонистик таъсирини бартараф этиш учун фойдаланилди.

Цеклогексимид - воситаси орқали озиқ муҳитида ачитқи ва моғор замбуруғлари ўсиб кетиши олди олинди.

Янги озиқ муҳитини тайёрлаш техникаси. Юқорида берилган маълумотларга таянган ҳолда талаб қилинган барча компонентлари аввалдан тайёрлаб олинади. Дастлаб шиша колбага майдаланган 18,0-20,0 гр. бактериологик агар-агар (ГОСТ 17206-96) солинади, устига 900,0 мл дистилланган сув (ГОСТ 6709-72) қуйилади, агар-агар эригунча аралашма иситилади. Эриган аралашмага 10,0 гр. микологик пептон (ГОСТ 13805-76), 10,0 гр.дан 20,0 гр.гача кератин гидролизати (ГОСТ 32034-2013) қўшилади, аралашма миқдори дистилланган сув қўшиш орқали 1 литрга етказилади ва маҳсулот яхшилаб аралаштирилади. Ҳосил бўлган аралашма сокинлик билан чайқатилади. Шундан кейин озиқ муҳити шиша идишларга қуйилади. Идишларнинг оғзи пахта докали тикин билан беркитилиб, автоклавда 1 атм. (120⁰С) да 20 дақиқа стерилизация қилинади.

Стерилизациядан сўнг озиқ муҳити совутилади ва қотмасидан аввал унга 80,0 гр. ўрик экстракти, 1,0 гр. витамин В₁(тиамин гидрохлорид), 5,0 гр. ципрофлоксацин, 0,001 гр. – циклогексимид қўшилади. Сўнгра унинг рН муҳити 6,5 га тенглаштирилади.

Ўрик экстрактини тайёрлаш. Бунинг учун абрикос ўригининг қуритилган туршагидан 1 кг олиниб, аввал илиқ сувда яхшилаб ювилади. Кейин ўтқир пичоқда бир хил катталиқда (0,3 – 0, 5 см) майдаланади, 2,5-3,0 литр дистилланган сувга солиб эмалланган идишда газ плитасида 30-35 дақиқа бир хил оловда қайнатилади. Талаб қилинган вақт тугагач, қайнатма совутилади, пахта-докали филтрдан ўтказилади. Ҳосил бўлган тоза эритма шиша идишларга солинади ва уларнинг оғзи пахта докали тикинлар билан ёпилади. Сўнгра автоклавда 1 атм. (120⁰С) да 15 дақиқа стерилизация қилинади. Автоклавдан ўтказилган стерил ўрик экстрактини лабораториянинг салқин жойида бир йилгача бемалол сақлаш мумкин.

Юқорида таърифланган кўрсатма асосида тайёрланган озиқ муҳити стерил Петри косачаларига қалинлиги 3 мм.дан кам бўлмаган (10,0 мл)ҳажмда қуйиб чиқилади. Озиқ муҳитини (ПХ-16) маркали пробиркаларга (3,0 мл) ҳам қуйиб бемалол ишлатиш мумкин. Озиқ муҳити қуйилган Петри косачалари ва пробиркаларни стерил бокс шароитида сақлаган маъкул.

Тавсия этилган “Дерматофитларни ўстириш учун озиқли муҳит” нинг (Ихтиро патенти № JAP 07071.22-08-2022 й) самарадорлигини амалдаги Сабуро озиқ муҳити билан намунавий тажрибалар ва клиник материалларда замбуруғ дерматомицетларнинг ўсишини қиёсий таҳлил қилиш усули билан амалга оширилди. Олиб борилган тажрибаларда колонияларнинг ўсиш тезлиги ва характери ҳамда дерматомицетларнинг морфологик хусусиятлари ўрганилди.

Тадқиқот учун 400 та беморларнинг (184 таси 14 ёшгача бўлган болалар, 107 таси эркаклар ва 109 нафари аёллар) зарарланган силлиқ териси, сочлари ва тирноқ пластинкаларидан олинган материаллар стандарт Сабуро зич озиқ муҳити ва таклиф қилинган озиқ муҳитлар юзасига бир пайтда параллел равишда экилди ва 26⁰-37⁰Сда термостатда инкубация қилинди. Ундан ташқари иккита озиқ муҳитларининг бактериал, ачитқи ва моғор замбуруғлар билан зарарланиши таққослама тарзда ўрганилди.

Микологик текширувлар амалиётидан маълумки, культурал ташхисотда озиқ муҳитларнинг иккиламчи бактериал инфекциялар, ачитқи ва моғор замбуруғлар билан зарарланишнинг негатив таъсири катта. Тажрибаларимиз шуни кўрсатдики, Сабуро озиқ муҳитида бактериал, ачитқи ва моғор замбуруғлар билан зарарланиш 19-21% ҳолатда, таклиф қилинган озиқ муҳитида эса 11-13 % ни ташкил қилди.

Модел тадқиқот ишларимизда дерматофитлар орасида энг кўп учрайдиган учта тур замбуруғлар (*Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis*, *Epidermophyton floccosum*) культуралари ўрганилди. Дерматомикозларнинг бу турлари аксар беморлардан ажратиб

олинадиган замбуруғ кўзгатувчилари ҳисобланади. Штаммлар Тошкент вилояти тери-таносил касалликлари микология лабораторияси наъмунавий ва патоген культуралари тўпламидан ва микоз ташхиси қўйилган беморлардан олинган патологик материаллардан ажратиб олинган соф культуралардан ҳам фойдаланилди.

Дерматофит колонияларининг ўсиш динамикаси қуйидагича кечди. Кузатувнинг биринчи кунда ҳар иккала муҳитда ўсиш рўй бермади, иккинчи куни таклиф қилинган озик муҳитида *Trichophyton rubrum* нинг дастлабки 0,1-0,3 см ўсиши кузатила бошланди. 4-5-6 кунлари Сабуро ва таклиф қилинган муҳитларда замбуруғ колониялари 0,2 смдан 3,0-3,8 смга етди. Лекин айтиш жоизки, кузатувнинг 6-7 кунларига бориб, таклиф қилинган озик муҳитидаги колониялар ҳажми (6,1-6,5 см) Сабуро озик муҳитидагига нисбатан (3,5-3,8 см) деярли икки барабар катта бўлди.

Худди шу тариқа бир пайтда параллел равишда тўртта тур (*Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis*, *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton verrucosum*) замбуруғларининг колония ҳосил қилиш хусусиятлари таққослама ўрганилди. Изланишларимиздан маълумки, таклиф қилинган озик муҳитда барча замбуруғларнинг униши ва колония ҳосил қилиши назоратдагиларга нисбатан (7-8 кундан 11-12 кунгача) икки ҳисса кам (3-4 кундан 5-6 кунгача) бўлди.

Озик муҳитда замбуруғ-дерматофитлар колонияларини идентификация қилиш дерматомикозларга аниқ ташхис қўйишда асосий роль ўйнайди. Тадқиқотнинг ушбу қисмида тўртта турга мансуб (*Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis*, *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton verrucosum*) замбуруғ-дерматофит колонияларининг идентификацияси бўйича ўрганишлар олиб борилди. Изланишлардан маълум бўлдики, тадқиқот культураларидан *Trichophyton verrucosum* 11-12 кунда, *Epidermophyton floccosum* ва *Trichophyton rubrum* эса 9-11 кунда идентификация қилинадиган даражада (пигмент ҳосил қилиш, мицелия ва споралар пайдо бўлиши ва ҳ.к) қисқа муддатда ва самарали ундириш вазифасини бажариш имконини берди.

Аксинча, Сабуро озик муҳитига экилган тўртта турдан иборат замбуруғ дерматомицетлар 18-26 кун давомида ўсиши қайд қилинди. Демак, таклиф қилинган озик муҳитига нисбатан дерматомицетларнинг ўсиш муддати икки ҳисса кўп вақтни талаб қилган.

Тавсия ва хулосалар:

- Республикамик микологик лабораториялар амалиётида қўлланилаётган озик муҳитларининг дерматофитлари соф культурасини ундириш даражаси 30-32% эканлиги ва ўсиш муддати эса 18-21 кун эканлиги кўрсатиб берилди;

- Илк бор асоси маҳаллий ингредиентлардан ташкил топган дерматофитларни ундириш учун сифатли янги озик муҳити тайёрланди ва тавсия қилинди;

- Янги тайёрланган озик муҳитининг амалиётда қўлланилаётган муҳитдан самарали эканлиги исботланди, жумладан ўсиш суръати 6-7 кундан 2-5 кунгача, идентификация қилиш муддати эса 18-21 кундан 8-12 кунгача камайтирилди;

- Таклиф қилинган озик муҳитида иккиламчи бактериал, ачитқи ва моғор замбуруғли зарарланиш стандарт Сабуро озик муҳитига нисбатан 19,0%-21,0%дан 11,0% -13,0%га туширилди;

-Таклиф этилган озик муҳитининг барча техник талаблари ва кўрсатмалари стандартлар асосида ишлаб чиқилди ва тавсия қилинди.

IQTIBOSLAR | ЧОШКИ | REFERENCES:

1. Адаскевич В.П. Кожные проявления у пациентов с коронавирусной инфекцией covid-19 и особенности работы дерматовенеролога в период пандемии CONSILIUM MEDICUM 2020 | ТОМ 22 | №7 / стр. 13.
2. Абидова З.М., Нурматов У.В., Туляганов А.Р. Видовой состав возбудителей дерматофитий за 6 лет (1995-2000) по данным НИИДиВ МЗ РУ. В кн Тезисы VIII Всеросс. съезда дерматовенер. М. -2001, -ч. I, -с. 154-5.

3. Аллаберганова З. С. Культивирование дрожжеподобных грибов рода CANDIDA на разных питательных средах и их биологических свойства, автореферат дисс. канд. биол. наук, Ташкент, 2006 г.
4. Антонова С. Б. СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ У ДЕТЕЙ. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Екатеринбург, 2019 г., стр. 4-5.
5. Арифов С.С., Э.Х.Эшбоев Тери ва таносил касалликлари, Тошкент, 1997 й.
6. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология, Атлас, Ташкент, 2008 г.
7. Дворянкова Е.В., И.М. Корсунская, Т.А. Славянская Кожные проявления COVID 19 Вестник РУДН. Серия: МЕДИЦИНА 2021;25(1): стр. 13-14.
8. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. Глобальный доклад. 10-й. ЮНЕЙДС 2020.
9. Зыков К.А., Стадникова А.С., Тамразова О.Б., Синицын Е.А. Кожные проявления при COVID-19. Клиническая дерматология и венерология. 2021;20(4):50-54.
10. Имамов О.С., Коррекция метаболизма соединительной ткани у больных микозами стоп пожилого и старческого возраста: автореферат. дис.. к.м.н., Ташкент, 2011 г.
11. Карабаева И.Т. Клиник ва иммунобиохимик изланишлар асосида зооантропоноз микроспориянинг даво усуллари ишлаб чиқиш, фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати, Тошкент, 2019 й.
12. Кочнева Е.В. Определение факторов патогенности грибов Candida albicans и их роль в развитие инфекционного процесса. Актуальные вопросы современной медицины: сб. науч. тр. Екатеринбург, 2014: 110-113.
13. Подхомутникова О.В., Воробьева О.Н., Коняхина И.Г., Лазарева Г.А., Типикина Л.М. Способ выделения дерматофитов из клинического материала. Патент РФ 2181144 (10.04.2002). МПК 7 С 12 N 1/14, С 12 Q 1/04.
14. Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П. Дерматомикозы: Руководство для врачей. - СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2003, стр. 158.
15. Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш., СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОМА КОЖИ У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ В ПЕРИОДЫ ТРЕНИРОВОК, Дерматовенерология и репродуктивная здоровья 2020 № 3-4, ISSN 2091-5969., 109 стр.
16. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – Москва: БИНОМ, 2008. – 480 с.
17. Ташкенбаева У.А., Клеблеева Г.Д. Особенности микроэлементного и иммунологического статуса у пациентов с дерматологическими проявлениями после перенесённой инфекции COVID-19 СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И КОСМЕТОЛОГИЯ: ДОСТИЖЕНИЯ НАУКИ В ПРАКТИКУ» 2022 г. Стр. 51.
18. Тиловбердиев Ш.А. Иммунокомпроментив беморларда чукур микозлар: клиника, ташхислаш, даволаш ва профилактика; тиббиёт фанлари доктори диссертацияси автореферати, Тошкент, 2020 й.
19. Хисматуллина З.Р., Мухаммадеева О.Р. Способ выделения дерматофитов. Вестн дерматол 2006; 2: 25-27.
20. Эшбоев Э.Х., Бобожонов Х.Р., Махсудов М.Р., Худойназаров С.Қ Терининг юкумли ва паразитар касалликлари ҳамда уларнинг лаборатория диагностикаси, Тошкент, 2021 й.
21. Эшбоев Э.Х., Мирсаидова М.А. Дерматовенерологик касалликларни аниқлашнинг лаборатория ташхисоти. Ўқув кўлланма, Тошкент 2022 й.
22. Якшибаева Л.А., Князева О.А. ДЕРМАТОМИКОЗЫ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ // European Journal of Natural History. – 2021. – № 2. – стр.51.

23. Garg J., Tilak R., Garg A., et al. Rapid detection of dermatophytes from skin and hair. BMC Research Notes 2009; 2:60- 66.
24. Kwon-Chung K.J., Bennett J.E. Medical Mycology. Lea & Febiger. Philadelphia – London, 1992.- 866 p.
25. Rippon J.W. Medical mycology. In The Pathogenic Fungi and the Pathogenic Actinomycetes 3rd edition. Philadelphia: WB Saunders; 1988. 14.



УДК: 616.89-008.441.13:616.9

TURAEV Bobir Temirpulatovich
OCHILOV Ulugbek Usmanovich
Doctor of Philosophy (PhD)
TURGUNBOEV Anvar Uzokboevich
KUBAEV Rustam Murodullaevich
Samarkand State Medical University

CLINICAL AND LABORATORY CHANGES IN THE LIVER AFTER COVID-19 IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM

For citation: Turaev T. Bobor, Ochilov U. Ulugbek, Turgunboev U. Anvar, Kubaev M. Rustam. Clinical and laboratory changes in the liver after conducting covid-19 in patients with alcoholism. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.47-51

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835213>

ANNOTATION

During our study, we studied clinical and laboratory changes in the liver after covid-19 in patients with alcoholism. For this purpose, 140 patients undergoing treatment with a diagnosis of alcoholism were selected. The average age of the patients was 37 ± 6.3 years, and all of them were men. Patients were studied in two groups. The main group consists of patients who are no more than 12 weeks after the onset of Covid-19 with the presence of alcoholism. The control group for the incidence of alcoholism is present in patients not infected with Covid-19. As the main research method, the indicators of biochemical analysis of blood, allaninaminotransferase, aspartate aminotransferase, total bilirubin, total protein were studied. Our study showed that a biochemical blood test showed elevated levels of ALT, AST and total bilirubin in patients with Covid-19 suffering from alcoholism. This means that the changes are associated with complications of covid-19.

Key words: COVID-19, alcoholism, liver pathology, biochemical analyses.

TURAYEV Bobir Temirpulatovich
OCHILOV Ulugbek Usmanovich
Falsafa fanlari doktori (PhD)
TURGUNBOYEV Anvar Uzokboevich
KUBAYEV Rustam Murodullaevich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

ALKOGOLIZM BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA COVID-19 O'TKAZGANDAN KEYIN JIGARDAGI KLINIK VA LABARATOR O'ZGARISHLAR

ANNOTATSIYA

Tadqiqotimiz davomida alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda Covid-19 o'tkazgandan keyin jigardagi klinik va laborator o'zgarishlarni o'rgandik. Buning uchun alkogolizm tashxisi bilan davolanayotgan 140 nafar bemor tanlab olindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $37\pm 6,3$ yosh bo'lib, ularning barchasini erkaklar tashkil etdi. Bemorlar ikki guruhga bo'lib o'rganildi. Asosiy guruh alkogolizm kasalligi mavjud bo'lib Covid-19 kasalligini boshidan o'tkazganiga 12 haftadan oshmagan bemorlar. Nazorat guruhi alkogolizm kasalligi mavjud bo'lib Covid-19 kasalligi bilan kasallanmagan bemorlar. Asosiy tekshirish usuli sifatida qonning biokimyoviy tahlili, Allaninaminottransferaza, aspartataminottransferaza, umumiy bilirubin, umumiy oqsil ko'rsatgichlari tekshirildi. Tadqiqotimiz natijasida alkogolizm kasalligi bilan kasallangan Covid-19 kasalligini boshidan o'tkazgan bemorlarda qoning biokimyoviy tahlilida ALT, AST va umumiy bilirubin oshganligi ma'lum bo'ldi. Ushbu o'zgarishlar COVID-19 asoratlari bilan bog'liq ekanligini bildiradi. **Kalit so'zlar:** COVID-19, alkogolizm, jigar patologiyasi, biokimyoviy tahlillar.

ТУРАЕВ Бобир Темирпулатович

ОЧИЛОВ Улугбек Усманович

Доктор философии (PhD)

ТУРГУНБОЕВ Анвар Узокбоевич

КУБАЕВ Рустам Муродуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID-19 У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛИЗМОМ

АННОТАЦИЯ

В ходе нашего исследования мы изучали клинические и лабораторные изменения в печени после перенесенного Covid-19 у пациентов с алкоголизмом. Для этого было отобрано 140 пациентов, проходящих лечение с диагнозом алкоголизм. Средний возраст пациентов составлял $37\pm 6,3$ года, и все они были мужчинами. Пациенты были изучены в двух группах. Основная группа-это пациенты, у которых заболевание Covid-19 протекало не более 12 недель с момента начала с наличием заболевания алкоголизм. Контрольная группа по заболеваемости алкоголизмом у пациентов, не инфицированных Covid-19. В качестве основного метода исследования исследовались показатели биохимического анализа крови, Алланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего билирубина, общего белка. Наше исследование показало, что биохимический анализ крови показал повышенный уровень АЛТ, АСТ и общего билирубина у пациентов, перенесших Covid-19, страдающих алкоголизмом. Это означает, что изменения связаны с осложнениями Covid-19.

Ключевые слова: COVID-19, алкоголизм, патология печени, биохимические анализы.

Dolzarbli: Pandemiya davrida ma'lum bo'ldiki, COVID-19 infeksiyasi, o'tkir respirator infeksiyadan tashqari, balki ko'plab a'zolar, jumladan, jigar kabi muhim a'zolarga zarar yetkazadigan kasallikdir [1, 3, 4]. Jigar juda ko'plab funksiyalarga ega bo'lgan muhim organlardan biridir [2, 6]. Jigarning himoya funksiyasi endogen va ekzogen omillarni zararsizlantirishni o'z ichiga oladi [5]. Jigar hujayralari tananing immunitetini himoya qilish faoliyatida faol ishtirok etadi [7]. Jigarda T va B limfotsitlar mavjud, Kuper hujayralari ixtisoslashgan jigar makrofaglari bo'lib, virusni ushlab va uning replikatsiyasini buzish uchun zarurdir [8, 10]. Jigarning patologik jarayonda faol ishtirok etishi va COVID-19 ning kechishi va natijasi ushbu infeksiyadan jigar shikastlanishining chastotasi va darajasi bilan bog'liqligini namoyon etadi [9].

COVID-19 pandemiyasi davrida alkogolizm bilan kasallangan va turli xil jigar kasalliklari mavjud bo'lgan bemorlarga yetarli e'tibor berilmadi [11]. Surunkali jigar kasalliklari dunyoda eng keng tarqalgan kasalliklardan biri bo'lib, bular orasida alkogolizm bilan kasallangan bemorlar yetakchilik qilishadi [13, 14]. Pandemiya davrida ushbu patologiyalar bilan og'riqan bemorlarni samarali

kuzatish va davolashni davom ettirish muammolariga kerakli e'tibor berilmadi [12]. So'ngi adabiyotlarda COVID-19 ning jigar kasalliklarining rivojlanishiga ta'siri haqida ma'lumotlar yetarlicha emas [15, 16]. Biroq, og'ir fibroz va jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlar, jigar transplantatsiyasidan bemorlarda COVID-19 kasalligining og'ir kechishi haqida dastlabki ma'lumotlar mavjud [19, 21].

Jigar juda ko'p funksiyalarga ega bo'lgan eng muhim organlardan biridir. Jigarning himoya funksiyasiga endogen va ekzogen omillarni detoksifikatsiya qilishni kiradi [17, 20].

Klinik ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatadiki, koronavirus infeksiyasi jigar disfunktsiyasi bilan og'ir kasallik bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda keng tarqalgandir [18, 22]. Turli ma'lumotlarga ko'ra, bemorlarning 18-50 foizida alanin aminotransferaza (ALT) va asparagin aminotransferaza (AST) yuqori darajalari qayd etilgan. COVID-19 kasalligida jigar disfunktsiyasi ko'pchilik tadqiqotchilar tomonidan yengil patologik holat deb e'tirof etildi [23, 26]. Ammo ba'zi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, COVID-19 bilan og'rigan bemorlarning 4-14 foizida jigar bilan birga keladigan kasalliklar mavjud va 15-55% hollarda kasallikning rivojlanishi davomida aminotransferaza darajasi normal bo'lmagan [24, 25]. So'ngi adabiyotlarga qaraganda og'ir COVID-19 kasalligi bilan kasallangan bemorlar ko'pincha jigar disfunktsiyasi kuzatilgan [27].

Alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda COVID-19 kasalligini boshdan kechirgandan keyin ALT, AST, umumiy bilirubin va boshqa jigar funksiyasi ko'rsatkichlari sezilarli darajada oshganligi va tiklanish jarayonida jigar funksiyalari ko'rsatkichlari asta-sekin normal holatga qaytishi mumkinligi aniqlandi [28]. Alkogolizm natijasida jigar og'ir shikastlanishlari mavjud bo'lgan bemorlarga odatda gepatoprotektor dorilar buyuriladi [29, 30].

Tadqiqot maqsadi. Alkogolizm bilan kasallangan bemorlarda Covid-19 o'tkazgandan keyin jigardagi klinik va laborator o'zgarishlarni o'rganish.

Material va metod: Tadqiqot Respublika ixtisoslashtirilgan narkologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand viloyat mintaqaviy filialida 2020-2021 yillar davomida o'tkazildi. Buning uchun alkogolizm tashxisi bilan davolanayotgan 140 nafar bemor tanlab olindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi 37±6,3 yosh bo'lib, ularning barchasini erkaklar tashkil etdi. Bemorlar ikki guruhga bo'lib o'rganildi. Asosiy guruh alkogolizm kasalligi mavjud bo'lib Covid-19 kasalligini boshidan o'tkazganiga 12 haftadan oshmagan bemorlar. Nazorat guruhi alkogolizm kasalligi mavjud bo'lib Covid-19 kasalligi bilan kasallanmagan bemorlar. Asosiy tekshirish usuli sifatida qonning biokimyoviy tahlili, Allaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), umumiy bilirubin, umumiy oqsil ko'rsatkichlari tekshirildi.

Natija va muhokama: Asosiy guruh bemorlari tekshirilganda barcha bemorlarda 100% ALT miqdorining oshishi aniqlanib, uning miqdori o'rtacha 248,36±8,02 yed/l ni tashkil etdi. AST miqdorining tekshirilganda 95% bemorda AST miqdorining ko'tarilganligi va uning o'rtacha ko'rsatkichi 82,13±1,96 yed/l ni tashkil etishi aniqlandi. Umumiy bilirubin miqdori tekshirilganda 98,75% bemorlarimizda uning miqdori ortishi aniqlandi va o'rtacha 40,94±0,52 mmol/l ni tashkil etdi. Albumin esa barcha bemorlarda (100%) kamayganligi namoton bo'ldi, uning miqdori o'rtacha 32,86±0,37 g/l ni tashkil etdi.

Nazorat guruhi bemorlar tekshirilganda ALT miqdori 41,67% bemorda normadan yuqori yani, o'rtacha 48,42±1,34 yed/l ekanligi aniqlandi. AST miqdori 20% bemorda normadan yuqori yani, o'rtacha 38,96±1,12 yed/l ekanligi ma'lum bo'ldi. Umumiy bilirubin miqdori bemorlarning 16,67% da yuqori ko'rsatkichda na'moyon bo'lib, o'rtacha 19,81±0,59 mmol/l ni tashkil qildi. Albumin miqdori 6,67% bemorda kamayib, o'rtacha qiymati 74,2±3,3 g/l ni tashkil etishi aniqlandi.

Jadval 1

Asosiy va nazorat guruhlarida jigarning funksional holatining biokimyoviy ko'rsatkichlari

| Ko'rsatkichlar | Asosiy guruh (n=80) | Nazorat (n=60) |
|--------------------------|---------------------|----------------|
| ALT, yed/l | 248,36±8,02 | 48,42±1,34 |
| AST, yed/l | 82,13±1,96 | 38,96±1,12 |
| Umumiy bilirubin, mmol/l | 40,94±0,52 | 19,81±0,59 |
| Albumin g/l | 32,86±0,37 | 74,2±3,3 |

Eslatma: nazorat guruhi bilan farqning ishonchliligi p<0,001.

Asosiy va nazorat guruhlar o'zaro solishtirilganda alkogolizm kasalligi mavjud bo'lib Covid-19 kasalligini boshidan o'tkazgan bemorlarda, nazorat guruhi alkogolizm kasalligi mavjud bo'lib, Covid-19 kasalligi bilan kasallanmagan bemorlarga nisbatan ALT va AST miqdorining oshishi, albumin miqdorining nisbatan yuqoriligi va umumiy oqsil miqdorining kamayishi kuzatildi.

Xulosa: Tadqiqotimiz natijasida alkogolizm kasalligi bilan kasallangan Covid-19 kasalligini boshidan o'tkazgan bemorlarda qoning biokimyoviy tahlilida ALT, AST va umumiy bilirubin oshganligi ma'lum bo'ldi. Alkogolizm kasalligi mavjud bo'lib Covid-19 kasalligi bilan kasallanmagan bemorlarga ushbu ko'rsatgichlar nisbatan kamroq o'zgargan bu esa, asosiy guruhdagi o'zgarishlar COVID-19 asoratlari bilan bog'liq ekanligini bildiradi. Ushbu o'zgarishlar alkogolizm kasalligining kechishiga bevosita tasir ko'rsatadi va alkogolizm kasalligini davolashda e'tibor berilishi kerak bo'lgan muhim ko'rsatgichlardan biridir.


IQTIBOSLAR / СНОСКИ / REFERENCES:

1. Allambergenov A. J. et al. Postcovid syndrome and its neuropsychiatric consequences after covid-19 in patients with alcoholism //European Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2023. – T. 11. – C. 42-46.
2. Ochilov U. U., Turaev B. T., Zhumageldiev N. N. Features of the formation and course of alcoholism in persons with character accentuations and personality disorders //Bulletin of Science and Education. – 2020. – №. 10-4. – C. 88.
3. Temirpulatovich T. B. et al. Clinical Manifestations of Suicidal Behaviors as a Result of Depressive Disorders During Adolescence //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – T. 8. – C. 55-58.
4. Temirpulatovich T. B. Sexual behavioral disorders after the covid-19 pandemic in patients with alcoholism //World Bulletin of Public Health. – 2022. – T. 10. – C. 207-209.
5. Temirpulatovich T. B., Hamidullayevna X. D. Neuropsychiatric disorders that develop in a complication of covid-19 to alcoholism //European Journal of Interdisciplinary Research and Development. – 2023. – T. 11. – C. 47-51.
6. Temirpulatovich T. B., Murodullayevich K. R., Uzokboyevich T. A. The Interrelationship of The Covid-19 Pandemic with Alcohol Abuse //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – T. 8. – C. 137-139.
7. Temirpulatovich T. B., Sabrievna V. A. Effects of the Covid-19 Pandemic on the Frequency of Alcohol Abuse and Clinical and Psychopathological Features //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – T. 8. – C. 68-71.
8. Temirpulotovich T. B. et al. The Impact Of Medical And Social Factors On Alcohol Abuse In Patients With Alcoholism During The Covid-19 Pandemic //Journal of Pharmaceutical Negative Results. – 2022. – C. 8195-8200.
9. Turaev B. The course of the disease during the covid-19 pandemic in patients with alcoholism //Science and innovation. – 2022. – T. 1. – №. D8. – C. 130-134.
10. Turaev B., Velilyaeva A. Formation and course of alcoholism in young women with alcoholic psychosis //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – T. 2. – №. 6. – C. 226-232.
11. Usmanovich O. U. et al. Detection of adrenaline and stress conditions in patients using psychoactive substances with hiv infection //CUTTING EDGESCIENCE. – 2020. – C. 42.
12. Очиллов У. У. и др. Оптимизация профилактики когнитивных и депрессивных расстройств при алкоголизме //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 1-1 (121). – С. 109-113.
13. Очиллов У. У. и др. Проблемы современной науки и образования //проблемы современной науки и образования Учредители: Олимп. – №. 1. – С. 64-67.
14. Очиллов У. У., Тураев Б. Т., Жумагелдиев Н. Н. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с акцентуациями характера и личностными расстройствами //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-4 (88). – С. 101-103.

15. Очиллов У. У., Тураев Б. Т., Хушвактова Д. Х. Распространенность когнитивных нарушений у пациентов с алкоголизмом //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 17-2 (95). – С. 104-106.
16. Очиллов У., Тураев Б., Алкаров Р. Клинические особенности депрессивных расстройств у подростков //Журнал вестник врача. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 75-77.
17. Очиллов У., Тураев Б., Алкаров Р. Ўсмирларда депрессив бузилишларнинг клиник хусусиятлари //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 4. – С. 75-77.
18. Тураев Б. и др. Алкоголизм билан касалланган беморларда депрессив бузилишларнинг клиник ва психопатологик хусусиятларини ўрганиш //Журнал вестник врача. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 92-94.
19. Тураев Б. Т. и др. Covid-19 pandemiyasi vaqtida spirtli ichimliklarni iste'mol qiluvchi shaxslarda depressiv buzilishlarning tarqalishi //журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
20. Тураев Б. Т. и др. Диагностика и лечение коморбидности алкоголизма и депрессивных расстройств //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 4-2 (107). – С. 26-30.
21. Тураев Б. Т. Личностные нозогенные реакции больных с дерматологическими заболеваниями //Актуальные проблемы нейробиологии психических и аддиктивных расстройств. Томск. – 2020. – С. 157-159.
22. Тураев Б. Т., Жабборов Х. Х., Жумагелдиев Н. Н. Гендерные различия депрессивной симптоматики у больных параноидной шизофренией //VOLGAMEDSCIENCE. – 2021. – С. 459-460.
23. Тураев Б. Т., Очиллов У. У., Алкаров Р. Б. Socio-demographic characteristics of somatized depression //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 231-233.
24. Тураев Б. Т., Очиллов У. У., Хаятов Р. Б. Клинические особенности преморбидного течения депрессивных расстройств и алкогольной зависимости /// Эндогенные психические расстройства. – 2020. – С. 64-68.
25. Тураев Б. Т., Хаятов Р. Б. Особенности электроэнцефалографических показателей у больных алкогольной зависимостью //Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях. – 2019. – С. 150-151.
26. Тураев Б. Т., Хаятов Р. Б. Преморбидные особенности личности и суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста //Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях. – 2019. – С. 151-153.
27. Тураев Б. Т., Хаятов Р. Б. Различия в поведенческих нарушениях и злоупотребления спиртными напитками в катанестическом исследовании лиц с расстройствами зрелой личности //Антология российской психотерапии и психологии. – 2019. – С. 171-171.
28. Тураев Б., Хаятов Р. Суицидальные намерения у лиц с синдромом алкогольной зависимости при наличии депрессивных расстройств //Журнал вестник врача. – 2019. – Т. 1. – №. 2. – С. 115-117.
29. Тураев, Б., У. Очиллов, Р. Алкаров, и А. Тургунбаев. «Изучение клинико-психопатологических особенностей депрессивных расстройств больных с алкоголизмом». Журнал вестник врача, т. 1, вып. 2, март 2022 г., сс. 92-94, doi:10.38095/2181-466X-2020942-91-93.
30. Хаятов Р. Б. и др. Аффективные расстройства у больных алкогольной зависимостью как фактор риска развития суицидального поведения //Достижения науки и образования. – 2019. – №. 11 (52). – С. 96-98.

ISSN: 2181-9904
www.tadqiqot.uz**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ**
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE**YARMUKHAMEDOVA Nargiza Anvarovna**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University**RAKHIMOVA Visola Shavkatovna**Center for the development of professional
qualification of medical workers**EGAMOVA Intizor Normukhamedovna**

The Research Institute of Virology of the RSSPMCEMIPD

**CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF CO-INFECTION WITH HIV AND
VIRAL HEPATITIS C****For citation:** Yarmukhamedova A. Nargiza, Rakhimova Sh. Visola, Egamova N. Intizor. CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF CO-INFECTION WITH HIV AND VIRAL HEPATITIS C // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.52-59 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835220>**ANNOTATION**

Co-infection with HIV infection and chronic viral hepatitis C (CHC) is characterized by as few symptoms and mild severity of the CVC cytolytic syndrome. Pathogenetic features of HIV/CVHC co-infection are manifested by hyperproduction of cytokines necrosis factor alpha (TNF alpha) and interleukin 10 (IL-10).

Key words: HIV infection, viral hepatitis C, coinfection, TNF-alpha, IL-10.

ЯРМУХАМЕДОВА Наргиза Анваровна

К.м.н., доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет

РАХИМОВА Висола Шавкатовна

К.м.н., доцент

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников**ЭГАМОВА Интизор Нормухамедовна**

К.м.н., с.н.с.

Научно-исследовательский институт
Вирусологии РСНПМЦЭМИПЗ**КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КО- ИНФЕКЦИИ ВИЧ И
ВИРУСНОГО ГЕПАТИТ С**

АННОТАЦИЯ

Коинфекция ВИЧ инфекции и хронического вирусного гепатита С (ХВГС) характеризуется малосимптомностью и слабой выраженностью цитолитического синдрома ХВГС. Патогенетические особенности сочетанной инфекции ВИЧ/ХВГС проявляются гиперпродукцией цитокинов фактора некроза альфа (ФНО альфа) и интерлейкина 10 (ИЛ-10).

Ключевые слова: ВИЧ инфекция, вирусный гепатит С, коинфекция, ФНО – альфа, ИЛ – 10.

ЯРМУХАМЕДОВА Наргиза Анваровна

Т.ф.н. доцент

Самарканд давлат тиббиёт университети

РАХИМОВА Висола Шавкатовна

Т.ф.н.

Тиббиет ходимларнин касбий малакасини

ривожлантириш маркази

ЭГАМОВА Интизор Нормухамедовна

Т.ф.н.

Вирусология ИТИ РИЭМЮПКИАТМ

ОИВ ВА ВИУРСЛИ ГЕПАТИТНИНГ КОИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК ЖИХАТЛАРИ**АННОТАЦИЯ**

ОИВ ва сурункали вирусли гепатит С коинфекцияси клиник белгиларининг кам намоеён бўлиши ва суст цитолитик фаоллик билан таърифланади. ОИВ/СВГСнинг патогенетик жихатларидан бири усма некроз омили альфа(ФНО альфа) ва интерлейкин 10 (ИЛ-10) цитокинларининг миқдорини ошишидир.

Калит сўзлари: ОИВ инфекция, вирусли гепатит С, коинфекция, ФНО альфа, ИЛ-10

Введение. ВИЧ инфекция – важнейшая мировая сегодняшнего мира. ВИЧ – инфекция вошла в число 5 ведущих причин смертности населения в мире. По оценкам специалистов ЮНЭЙДС более 38,4 млн. человек к 2022 г живут с ВИЧ инфекцией, 1,5 млн человек заразились в 2021 году. Эпидемия ВИЧ-инфекции гетерогенна даже в пределах одной страны, на скорость ее развития влияют экономические, политические, социальные факторы [19, 21, 24]. Среди ВИЧ инфицированных примерно 2,3 миллиона человек жили с коинфекцией ВГС в 2016 г. [19,22, 23].

До настоящего времени развитие оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных пациентов при падении уровня CD4+ лимфоцитов ниже критического уровня ограничивало ожидаемую продолжительность жизни. Вследствие этого на фоне других заболеваний хроническому гепатиту уделялось малое внимание так как в большинстве случаев на первый план выходили такие оппортунистические инфекции как туберкулез, пневмоцистная пневмония и др. [4,5,6].

Распространенность вирусного гепатита С (ВГС) среди ВИЧ-инфицированных пациентов достигает, по данным исследований разных лет, от 33 до 59%. Так в Азии заболеваемость ВГС-инфекцией среди ВИЧ-инфицированных составляет 26%, в Европе- 46%, в США она достигает 56%. Среди пациентов клиник, специализирующихся по ЗППП, наиболее высокий уровень инфицированности гепатитом С был выявлен именно у ВИЧ-инфицированных. Антитела к вирусу гепатита С были обнаружены у 50% ВИЧ-положительных посетителей этих медицинских учреждений. При этом число коинфицированных среди потребителей инъекционных наркотических средств достигает 72-95% [9, 11, 14, 22, 23].

Изучение патогенеза обоих заболеваний занимают отдельную нишу в медицинской и исследовательской сфере в связи с опасностью, которую они представляют для жизни

больного даже по отдельности. Поскольку ВГС- инфекция протекает у ВИЧ-инфицированных пациентов, в основном, в виде хронического гепатита, клинические проявления у них крайне скудные. Однако темпы развития патологического процесса при ко-инфекции заметно ускоряются, в отличие от моноинфекции ВГС. Большинство авторов приходит к единому мнению, что ко-инфекция ВИЧ/ВГС обуславливает более быстрое развитие манифестных форм ВГС-инфекции [4, 6, 10, 13, 16].

Как известно при ВИЧ инфекции, а тем более в сочетании с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) происходит нарушение звеньев иммунной системы. В то же время жизненный цикл вирусов гепатита определяется характером иммунного ответа. Хронизация процесса и переход в цирроз печени (ЦП) при вирусных гепатитах, в частности ВГС, обусловлено взаимодействием вируса и клеток иммунной системы [2, 3, 7]. Так, при ВИЧ инфекции наблюдается усиление спонтанной секреции цитокина ФНО альфа, что говорит о дефекте В лимфоцитов. ФНО альфа способен индуцировать экспрессию ВИЧ. Кроме этого, другой интерлейкин – трансформирующий фактор роста TGF-бетта, ИЛ 10 также влияет на экспрессию ВИЧ либо усиливая, либо подавляя ее [17]. Усиленная продукция ИЛ 10 говорит об усилении иммунного ответа по гуморальному типу, Th 2. Также известно, что эти цитокины играют значительную роль в формировании хронических форм вирусного гепатита С [1, 2].

Эффективность противовирусного ответа иммунной системы определяется активностью клеточного звена. Сведения о преобладании того или иного звена иммунитета остаются противоречивыми. По данным одних авторов при хронизации процесса ВГС преобладает Th 2 ответ, что сопровождается снижением синтеза IFN альфа и IFN гамма, и повышением титра ИЛ 4 и ИЛ 10 в воспалительных инфильтратах печени [1, 2, 4]. По данным других авторов наблюдается преобладание Th 1 ответа, при котором отмечаются высокие уровни ИФН альфа [3, 6, 8] и ФНО алфа, что играет наибольшую роль в формировании хронизации процесса [6].

Иммунносупрессия не может не сказываться на течении и клинических проявлениях гепатита С. Точно также состояние печени не может не отражаться на течении ВИЧ инфекции [6, 8, 14].

Выраженное прогрессирование ВГС-инфекции и смерть от печеночной недостаточности у больных с ко-инфекцией наступает на 10 лет раньше, чем у пациентов с моноинфекцией ВГС. Показано, что уровень репликации вируса ГС при ко-инфекции ВИЧ/ВГС значительно выше, чем при моноинфекции ВГС. Выявлена обратная корреляция между уровнем РНК ВГС и количеством СД4-лимфоцитов [6, 9, 12, 14].

Гистопатологические нарушения в печени при моноинфекции ВГС, такие как стеатоз, лимфоидная агрегация и поражение билиарного тракта, имеют место и при ко-инфекции ВИЧ/ВГС. Однако, по данным зарубежной литературы, у 20% ко-инфицированных лиц цирроз печени развивается быстрее и в 3 раза чаще, чем у больных с моноинфекцией ВГС [4, 5, 7].

Таким образом, иммунодефицит является сильнейшим фактором риска летального исхода от патологии печени у пациентов со СПИД. В настоящее время, в развитых странах мира, заболевания печени – основная причина смерти больных ВИЧ-инфекцией, не связанная с ВИЧ

Относительно клинической картины оба вируса вызывают хроническую инфекцию, характеризующуюся персистирующей вирусемией. Это обусловлено тем, что оба вируса обладают высокой степенью генетической изменчивости, благодаря которой они способны уходить от иммунного ответа [2, 7, 13, 18].

Еще одним из ключевых механизмов патогенеза при коинфекции является рост вирусной нагрузки вирусного гепатита С, что коррелирует со степенью ВИЧ опосредованной иммуносупрессии. По данным американских ученых скорость репликации ВГС увеличивается в 8 раз, чем при моноинфекции. При этом наблюдалась обратная зависимость между вирусной нагрузкой ВГС и числом CD 4 клеток. Ученые сделали выводы о том, что, чем ниже количество CD 4 клеток, тем ниже контроль над репликацией ВГС [2, 15, 20].

Также одним из механизмов повышения вирусной нагрузки ВГС ученые видят в общности механизмов размножения. В частности, оба вируса имеют в качестве генетического материала одноцепочечную РНК, и жизненный цикл обоих включает этап размножения РНК. По данным некоторых авторов это говорит об одновременном использовании обоих вирусов фермента обратной транскриптазы ВИЧ в ходе репликативного цикла в лимфоцитах, и тем самым повышении числа образующихся вирусных частиц ВГС. Но это лишь эпизод в жизни вирусов, способный влиять на течение заболевания [12, 15].

Таким образом, изучение вопросов особенностей клинического и иммунологического течения коинфекции ВГС и ВИЧ на сегодняшний день остается одним из приоритетных в инфектологии. Что требует дальнейшего изучения данной проблемы и разработки высокоэффективных методов терапии пациентов с коинфекцией ВИЧ и ВГС

Целью нашей работы явилось выявить клинико-иммунологические показатели коинфекции ВИЧ и ВГС.

Результаты. Нами было обследовано 137 пациента. У всех больных были проведены клинические, биохимические, иммунологические исследования, УЗИ печени, селезенки, желчного пузыря. Также проведены серологические исследования – определение сум Ig anti HCV core, ПРЦ ВГС РНК количественный метод.

Определение уровня ИЛ-10 и ФНО-альфа проводилось методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием коммерческих тест-систем «Вектор-Бест», Россия, Новосибирск проводилось на базе НИИ Иммунологии.

В первую группу вошли 80 пациента с коинфекцией ВИЧ и вирусного гепатита С. Клинически у большинства пациентов 62 (78%) была диагностирована III клиническая стадия, у 10 (13%) пациентов II клиническая стадия, и у 8 (9 %) – II клиническая стадия. В группе обследованных пациентов в 74 % отмечалась персистирующая генерализованная лимфоаденопатия, у 83% потеря массы тела. Из оппортунистических инфекций у 13% отмечался орофарингиальный кандидоз, у 9% пиодермия, и 4% – афтозный стоматит. Все пациенты жаловались на слабость, быструю утомляемость. При пальпаторном исследовании у всех пациентов отмечалось увеличение печени. При этом печень имела плотную консистенцию, гладкую поверхность и закругленный край. Размеры селезенки были в пределах нормы.

Вторую группу составили 32 больных с хроническим вирусным гепатитом С. Из сопутствующих заболеваний у 12 пациентов отмечался хронический некалькулезный холецистит. В данной группе также все пациенты предъявляли жалобы на слабость, быструю утомляемость. Пальпаторно у всех пациентов было отмечено увеличение размеров печени. При этом печень имела плотную консистенцию, гладкую поверхность и закругленный край. У 17% пациентов отмечалось увеличение размеров селезенки до + 2 см.

Таблица № 1

Показатели АЛАТ в обследованных группах.

| АЛАТ ммоль/л | ВИЧ/ХВГС (n=80) | | Моно ХВГС (n=32) | | P | Моно ВИЧ (n=25) | |
|--------------------------------------|--------------------|----------|---------------------|----------|-------|--------------------|-------|
| | Абс. | %±m | Абс | %±m | | Абс | % |
| Норма (0,10-0,68) | 62 | 77,5±4,7 | 16 | 50,0±8,8 | <0,01 | 25 | 100,0 |
| В 1,5–2 раза выше нормы (0,9-1,2) | 7 | 8,8±3,2 | 5 | 15,6±6,4 | >0,05 | 0 | |
| В 2-3 раза выше нормы (1,2- 1,8) | 3 | 3,7±2,1 | 7 | 21,9±7,3 | <0,05 | 0 | |
| В 3-5 раз выше нормы (1,8 -3) | 5 | 6,3±2,7 | 3 | 9,4±5,2 | >0,05 | 0 | |
| Выше 5 норм (выше 3) | 3 | 3,7±2,1 | 1 | 3,1±3,0 | >0,05 | 0 | |
| Всего | 80 | 100,0 | 32 | 100,0 | | 25 | 100,0 |

В третью группу вошли 25 больных с моно ВИЧ инфекцией. Клинически у 80 % диагностирована III клиническая стадия, у 10% IV клинической стадии и у 10 % II клиническая

стадия. В данной группе также пациенты отмечали слабость, быструю утомляемость. При осмотре у всех пациентов наблюдалось персистирующая генерализованная лимфоаденопатия, потеря массы тела. Из оппортунистических инфекций у 1 (10 %) отмечался кандидозный вульвовагинит, и у 1 (10 %) опоясывающий лишай.

При сравнительном анализе клинического течения ХГС у ВИЧ-коинфицированных и ВИЧ-негативных больных клинические проявления гепатита С у больных были идентичны. Так, синдром малой печеночной недостаточности (слабость, быстрая утомляемость) в обеих группах зарегистрирован у 100% больных. Спленомегалия не регистрировалась в I группе, тогда как она встречалась в 17 % в группе с моноХВГС пациентами.

Анализ уровня АлАТ показал, что в группе ВИЧ/ХВГС нормальные показатели АлАТ отмечаются у 80% больных, в группе моно ВИЧ у 100%, тогда как в группе моно ХВГС данный показатель отмечался у 56,2% больных. Повышение же уровня АлАТ выше нормы отмечается как в группе ВИЧ/ХВГС, так и в группе моно ХВГС (табл. №1).

Средний уровень АлАТ в группе ВИЧ/ХВГС составил $0,8 \pm 0,08$ ммоль/л, в группе моно ХВГС $1,08 \pm 0,1$ ммоль/л, в группе моно ВИЧ - $0,56 \pm 0,02$ ммоль/л. При сравнении средних показателей АлАТ мы видим, что показатели в группах ВИЧ/ХВГС и моно ХВГС достоверно не отличаются, тогда как в группе моно ХВГС по сравнению с группой моно ВИЧ идет стойкое достоверное повышение. (табл. № 2)

Таблица № 2

Средние показатели АлАТ в обследованных группах

| АлАТ ммоль/л | ВИЧ/ХВГС (n=80) | ХВГС (n=32) | ВИЧ (n=25) | P ₁ | P ₂ | P ₃ |
|--------------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Норма 0,10–0,68 | $0,8 \pm 0,1$ | $1,1 \pm 0,1$ | $0,6 \pm 0,02$ | <0,05 | >0,05 | <0,001 |

Примечание:

P₁- достоверная разница между группами ВИЧ/ХВГС и ХВГС

P₂ - достоверная разница между группами ВИЧ/ХВГС и ВИЧ

P₃- достоверная разница между группами ХВГС и ВИЧ

Полученные нами данные говорят о том, что при прогрессирующем хроническом вирусном гепатите С и циррозе печени активность АлАТ остается нормальной. Это говорит о том, что показатели АлАТ не являются ведущими критериями в диагностике патологического процесса при ВИЧ/ХВГС.

Изучение уровня цитокинов выявил, что средний показатель ФНО альфа в группе коинфицированных составил $21,4 \pm 0,7$ пг/мл, средний уровень ИЛ-10 составил $20,1 \pm 1,1$ пг/мл. В группе доноров показатели ФНО альфа и ИЛ -10 составили $8,58 \pm 0,81$ пг/мл и $7,24 \pm 2,68$ пг/мл соответственно.

При анализе средних показателей ФНО альфа отмечается повышение уровня цитокина ФНО альфа в 2,5 раза (P <0,001) и повышение уровня ИЛ-10 в 2,8 раз по сравнению с донорами.

В группе моно ВИЧ отмечается повышение ФНО альфа при нормальных показателях ИЛ 10. Это указывают на то, что при моно ВИЧ идет активация Th 1 звена иммунитета (клеточного). В группе моно ХВГС показатели ФНО альфа остаются в пределах нормативных единиц, при небольшом повышении показателей ИЛ-10. Это свидетельствует о преобладании Th 2 звена иммунитета (клеточного).

При сравнительном изучении изменения уровня цитокинов ФНО альфа у пациентов с ко-инфекцией в зависимости от стадии заболевания ВИЧ инфекции выявлено, что уровень цитокина ФНО альфа в группе ко-инфицированных пациентов на всех трех стадиях ВИЧ был повышен, с небольшим преобладанием на II клинической стадии. Так во II клинической стадии уровень ФНО альфа был $23,7 \pm 2,0$ пг/мл, в III клинической стадии он составил $22,1 \pm 0,9$ пг/мл, в IV стадии - $21,2 \pm 1,1$ пг/мл.

Уровень ИЛ-10 в зависимости от стадии ВИЧ инфекции также повышен на всех стадиях ВИЧ инфекции, с небольшим ростом на II клинической стадии. Так в II клинической стадии он составил $23,6 \pm 2,0$ пг/мл, на III клинической стадии $18,7 \pm 1,3$ на IV клинической стадии $19,4 \pm 2,1$ пг/мл. (табл. №3).

Таблица № 3.

Уровень ИЛ-10 и ФНО альфа в группе ко-инфицированных в зависимости от стадии ВИЧ.

| Показатель/ Стадии | II стадия 1(n=6) | III стадия 2(n= 34) | IV стадия 3(n=20) | | При норме |
|-----------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|---|--------------------------|
| ФНО альфа | $23,7 \pm 2,0$ пг/мл | $22,1 \pm 0,9$ пг/мл | $20,6 \pm 1,3$ пг/мл | 1-3 P >0,05 1-2 p>0,05 2-3 P >0,05 1,2,3 -4< 0,01 | $8,58 \pm 0,81$ пг/мл |
| ИЛ 10 | $23,6 \pm 2,0$ пг/мл | $18,7 \pm 1,3$ пг/мл | $19,4 \pm 2,1$ пг/мл | 1-3 P >0,05 1-2 P >0,05 2-3 P >0,05 1,2,3 -4< 0,01 | $7,24 \pm 2,7$ пг/мл |

Таким образом, полученные результаты показывают что, при ко-инфекции отмечается повышение уровня как провоспалительного цитокина ФНО альфа, так и противовоспалительного цитокина ИЛ- 10 на всех стадиях ВИЧ инфекции с небольшим преобладанием роста обоих цитокинов на II клинической стадии ВИЧ.

При проведении сравнительного анализа уровня цитокинов ФНО альфа и ИЛ-10 в группе ко-инфицированных в зависимости от вирусной нагрузки ВИЧ нами были получены следующие результаты.

В группе ко-инфицированных пациентов при вирусной нагрузки ВИЧ 10×10^3 копий/мл уровень цитокина ФНО альфа составил $18,3 \pm 2,5$ пг/м, при виремии ВИЧ 10×10^4 копий/мл уровень ФНО альфа составил $19,3 \pm 1,2$ пг/мл, при вирусной нагрузки 10×10^5 копий/мл ФНО альфа был $21,7 \pm 1,2$ пг/мл, при виремии 10×10^6 копий/мл он составил $21,3 \pm 1,9$ пг/мл.

При исследовании уровня ИЛ-10 было выявлено, что при вирусной нагрузке ВИЧ 10×10^3 копий/мл уровень ИЛ-10 составил $13,7 \pm 2,8$ пг/мл. При виремии 10×10^4 копий/мл уровень ИЛ-10 составил $18,0 \pm 5,8$ пг/мл, при виремии 10×10^5 копий/мл - $19,9 \pm 2,3$ пг/мл, при уровне вирусной нагрузки ВИЧ 10×10^6 копий/мл уровень ИЛ-10 составил $18,1 \pm 2,9$ пг/мл. (табл. № 4).

Таблица № 4

Уровень ФНО альфа при ко-инфекции в зависимости от вирусной нагрузки ВИЧ

| ВН ВИЧ | ФНО альфа пг/мл | ИЛ 10 пг/мл |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10×10^3 копий/мл | $18,3 \pm 2,5$ | $13,7 \pm 2,8$ |
| 10×10^4 копий/мл | $19,3 \pm 1,2$ | $18,0 \pm 5,8$ |
| 10×10^5 копий/мл | $21,7 \pm 1,2$ | $19,9 \pm 2,3$ |
| 10×10^6 копий/мл | $21,3 \pm 1,9$ | $18,1 \pm 2,9$ |
| Норма | $8,58 \pm 0,81$ пг/мл | $7,24 \pm 2,68$ пг/мл |

Таким образом, полученные данные показывают, что уровень провоспалительного цитокина ФНО альфа и уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 в группе ко-инфицированных пациентов высокий вне зависимости от уровня виремии ВИЧ. Это свидетельствует о разнонаправленности иммунного ответа при всех уровнях вирусной нагрузки ВИЧ.

У ко-инфицированных пациентов также были проведены исследования уровня цитокинов в зависимости от уровня вирусной нагрузки ВГС.

Так в группе ко-инфицированных пациентов при вирусной нагрузки ВГС 10×10^5 копий/мл уровень ФНО альфа составил $22,2 \pm 2,3$ пг/мл, при виремии 10×10^6 копий/мл уровень

цитокина составил $21,5 \pm 3,9$ пг/мл, при уровне вируса ВГС 10×10^7 копий/мл уровень ФНО альфа составил $18,0 \pm 1,5$ пг/мл.

При исследовании уровня цитокина ИЛ-10 в зависимости от вирусной нагрузки ВГС мы получили следующие результаты. При уровне вирусной нагрузки ВГС 10×10^5 копий/мл уровень ИЛ-10 составил $24,0 \pm 4,9$ пг/мл. При вирусемии ВГС 10×10^6 копий/мл составил $19,6 \pm 2,5$ пг/мл и, при вирусной нагрузке ВГС 10×10^7 копий/мл - $28,9 \pm 4,2$ пг/мл. (табл.№ 5)

Таблица №5

Показатели ФНО альфа и ИЛ 10 в зависимости от вирусной нагрузки ВГС при ко-инфекции

| ВН ВГС | ФНО альфа пг/мл | ИЛ 10 пг/мл |
|---------------------------|-----------------|-----------------|
| 10×10^5 копий/мл | $22,2 \pm 2,3$ | $24,0 \pm 4,9$ |
| 10×10^6 копий/мл | $21,5 \pm 3,9$ | $19,6 \pm 2,5$ |
| 10×10^7 копий/мл | $18,0 \pm 1,5$ | $22,9 \pm 4,2$ |
| Норма | $8,58 \pm 0,81$ | $7,24 \pm 2,68$ |

Выводы. Таким образом, в группе ко-инфицированных отмечается повышенная продукция как провоспалительного цитокина ФНО альфа так и противовоспалительного цитокина ИЛ-10 не зависимо от уровня вирусной нагрузки ВГС. Это свидетельствует о дисбалансе иммунной реакции. Мы видим, что в группе ко-инфицированных пациентов отмечается разнонаправленность цитокинового статуса как по Th1клеточному типу (повышение ФНО альфа) так и по Th 2 гуморальному типу (повышение ИЛ-10). В свою очередь повышенная продукция ФНОα и ИЛ-10 свидетельствует об утяжелении состояния больных.

В свою очередь чрезмерная продукция цитокинов может быть причиной прогрессии патологического процесса ускоряя фиброобразование, что способствует раннему развитию цирроза печени.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Железникова Г.Ф./Цитокины как предикторы течения и исхода инфекций//Ж. 'Цитокины и воспаление'.- 2009.- № 1.-С. 11-16.
2. Зайцев И.А., Кобзева В.В. Особенности течения хронических вирусных гепатитов у больных с ВИЧ инфекцией // Гепатологический форум.- №4.- 2008
3. Ивашкин В.Г., Мамаев С.Н., Лукина Е.А. и др. Особенности иммунитета у больных хроническим вирусным гепатитом С.// Российский журнал гастроэнтерологии, колопроктологии.-2001.-№3.-С.24-29 6.
4. Кравченко А.В., Канестри В.Г., Ганкина Н.Ю. Особенности антиретровирусной терапии при сочетании ВИЧ-инфекции и хронического вирусного гепатита // Фарматека. — 2008. — №19. — С. 10. [Kravchenko A.V., Kanestri V.G., Gankina N.Yu. Antiretroviral therapy of HIV and chronic viral hepatitis co-infection. Farmateka. 2008; 19: 10. (In Russ.)
5. Павлов Д.В, Шакирова Д.Х. , Галиуллин Н.И.. Особенности коинфицирования ВИЧ-позитивных пациентов вирусом гепатита С. Казанский медицинский журнал, 2014 г., том 95, №6 Особенности коинфицирования ВИЧ-позитивных пациентов вирусом гепатита С
6. Скляр Л. Ф. [и др.]; ред. Ю. В. Каминский. Хроническая HCV-инфекция: современные иммуноморфологические аспекты / - Москва : Издательство Рос. университета дружбы народов, 2006, с. 182-213. —, 9.
7. Эгамова И.Н., Рахимова В.Ш., Ярмухамедова Н.А., Волкова Н.Н. Современные методы определения фиброза печени //Достижения науки и образования № 7 (61), 2020 научно-методический журнал <https://scientifictext.ru>

8. Фрейдлин И.С. /Паракринные и аутокринные механизмы цитокиновой иммунорегуляции // Ж. Иммунология. – 2001. – № 5. – С.447
9. Alter M.J. Epidemiology of viral hepatitis and HIV coinfection. *Journal of Hepatology*, 2006, 44, Suppl 1:S6—S9.
10. Brundtland GH. Reducing risks to health, promoting healthy life. *Jama* 2002; 288: 1974. PMID: 12387638.
11. Cynthia Semá Baltazar, Makini Boothe, Timothy Kellogg, Paulino Ricardo, Isabel Sathane, Erika Fazito, Henry F.. Raymond Research article. Open Access Published: 03 June 2020 Prevalence and risk factors associated with HIV/hepatitis B and HIV/hepatitis C co-infections among people who inject drugs in Mozambique, Marleen Temmerman & Stanley Luchters *BMC Public Health* volume 20, Article number: 851 (2020)
12. Dieterich D. Heliatitis C in the HIV infected liatient: liatogenesis and treatmen // Management of Co-infection in the Era of HAART: CMV and HCV, Roche Symliosium, 7th Eurolian /J. Heliatology., 1994 – V. 21 – li. 12.
13. Fauci AS, Morens DM. The perpetual challenge of infectious diseases. *New England J. Med*, 2012; 366: 454–461. doi: 10.1056/NEJMra1108296 PMID: 22296079.
14. Konopnicki D et al. Hepatitis B and HIV: prevalence, AIDS progression, response to highly active antiretroviral therapy and increased mortality in the EuroSIDA cohort. *AIDS*, 2005, 19(6):593—601., 15.
15. McGovern BH. Hepatitis C in the HIV-infected patient. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007;45 Suppl 2: S47–56; discussion S66–47
16. Operskalski EA, Kovacs A. HIV/HCV co-infection: pathogenesis, clinical complications, treatment, and new therapeutic technologies. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2011;8(1):12–22.
17. Reiser M., Marousis C. G. et all. Serum interleukin 10 levels in patients chronic hepatitis C virus infection // *J. Hepatology*.- 1993.- С. 1103- 1113
18. Sulkowsky M.S. Viral hepatitis and HIV coinfection // *Hepatology*. — 2008. — Vol. 48. — P. 353–367.
19. Thio CL. Hepatitis B and human immunodeficiency virus coinfection. *Hepatology* 2009; 49:S138–145.
20. Thomas DL. HIV/HCV coinfection: comorbidity and clinical implications. *Adv Stud Med*. 2005;5:S352–5
21. Umutesi J, Simmons B, Makuza J.D., Dushimiyimana D, Mbituyumuremyi A, Uwimana JM, et al. Prevalence of hepatitis B and C infection in persons living with HIV enrolled in care in Rwanda. *BMC Infect Dis*. 2017;2:17.
22. World Health Organization WHO, [http://www. WHO hepatitis C.htm](http://www.WHOhepatitisC.htm). Accessed on 22 May 2020.
23. Fattayeva D. R., Rizayev J. A., Rakhimova D. A. IMPROVEMENT OF METHODS FOR CORRECTION OF CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL DISORDERS IN COMORBID STATE OF CHRONIC GAYMORITIS AFTER COVID-19 //Art of Medicine. *International Medical Scientific Journal*. – 2021. – Т. 1. – №. 1.
24. Amrulloevich G. S., Alimjanovich R. J., Anvarovna F. G. Clinical-Functional and Biochemical Characteristics of Organs with Dental Anomalies in Children and Adolescents with Bronchial Asthma //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 7200–7213-7200–7213.




УДК: 616.9-097:575.171

YARMUHAMEDOVA Mahbuba Qudratovna
ERGASHEVA Munisa Yakubovna
QUCHKAROVA Shirina Alisherovna
Samarqand State Medical University

SCREENING OF HUMORAL IMMUNE RESPONSE ON THE FREQUENCY OF DETECTION OF SPECIFIC ANTIBODIES TO TORCH-INFECTIIONS OF THE POPULATION OF SAMARKAND REGION

For citation: Yarmuhamedova Q. Mahbuba, Ergasheva Y. Munisa, Quchkarova A. Shirina. SCREENING OF HUMORAL IMMUNE RESPONSE ON THE FREQUENCY OF DETECTION OF SPECIFIC ANTIBODIES TO TORCH-INFECTIIONS OF THE POPULATION OF SAMARKAND REGION // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.60-65

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835231>

ANNOTATION

Purpose: to study the results of laboratory research on the determination of markers of TORCH-infections.

Methods: 13 572 laboratory tests of blood serum samples from 1778 patients were performed. The research was conducted by IFA method.

Results of research: Tests were performed in different age groups (0-80years) of male and female sex, assigned profile research on TORCH-infection.

Of all the results obtained, the percentage of seropositive was 52,72%. The main component is the addition of IgG to herpes virus, rubella virus and cytomegalovirus, and the presence of antibodies IgG and IgM to toxoplasma infection is minimal.

Extracts: Currently, laboratory diagnostics has sufficiently sensitive and highly specific test systems for the detection of TORCH-infection by serological methods, which was confirmed by the minimum percentage of "indeterminate" results for all classes and types of immunoglobulins.

Key words: TORCH-infection, antibody, IFA, test-system.

ЯРМУХАМЕДОВА Махбуба Қудратовна
ЭРГАШЕВА Муниса Якубовна
КУЧКАРОВА Ширина Алишеровна
Самарқандский государственный медицинский университет

СКРИНИНГ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА ПО ЧАСТОТЕ
ВЫЯВЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ К TORCH-ИНФЕКЦИЯМ
НАСЕЛЕНИЯ САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

АННОТАЦИЯ

Цель: Изучить данные результатов лабораторных исследований по определению маркеров TORCH-инфекций.

Методы: Было выполнено 13 572 лабораторных исследования образцов сывороток крови у 1778 пациентов. Исследования проводились методом ИФА.

Результаты исследования: Тесты выполнялись в разных возрастных группах (0-80 лет) мужского и женского пола, которым назначались профиль исследованы на TORCH-инфекции.

Из всех полученных результатов, процент сероположительных составил 52,72%. Основная составляющая пришлась на IgG к герпес вирусу, вирусу краснухи и цитомегаловирусу, а наличие антител IgG и IgM к токсоплазменной инфекции минимально.

Выводы: В настоящее время лабораторная диагностика располагает достаточно чувствительными и высокоспецифичными тест-системами для выявления TORCH-инфекций серологическими методами, что было подтверждено минимальным процентом «неопределенных» результатов по всем классам и видам иммуноглобулинов.

Ключевые слова: TORCH-инфекция, антитела, ИФА, тест-система.

YARMUHAMEDOVA Mahbuba Qudratovna
ERGASHEVA Munisa Yakubovna
QUCHKAROVA Shirina Alisherovna
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

SAMARQAND VILOYATI AHOLISIDA TORCH INFEKSIYALARIGA MAXSUS
ANTITANALARNI ANIQLASH CHASTOTASI BO'YICHA GUMORAL IMMUN
JAVOBNI SKRINING QILISH

ANNOTATSIYA

Maqsad: TORCH infeksiyalari belgilarini aniqlash uchun laboratoriya natijalari ma'lumotlarini o'rganish.

Usullari: 1778 bemor qon zardobidan namunalar bo'yicha 13 572 laboratoriya tekshiruvini o'tkazildi. Tadqiqotlar IFA usuli bilan o'tkazildi.

Tekshiruv natijalari: Sinovlar turli yosh guruhlarida (0-80 yosh) erkak va ayol jinsida o'tkazildi, bu TORCH infeksiyasining profilini ko'rsatdi.

Olingan barcha natijalarning seropozitiv ulushi 52,72% ni tashkil etdi. Osnovnaya sostavlyayushchaya pridlas na IgG k herpes viruzu, krasnuxi viruzu va sitomegalovulu, nalichie ittel IgG va IgM k toksoplazmennoy infeksiya minimal.

Xulosa: Hozirgi vaqtda laboratoriya diagnostikasi TORCH-infeksiyalarini serologik usullar bilan aniqlash uchun etarlicha sezgir va yuqori o'ziga xos test tizimlariga ega, bu immunoglobulinlarning barcha sinflari va turlari uchun "noaniq" natijalarning minimal foizi bilan tasdiqlangan.

Kalit so'zlar: TORCH-infeksiyasi, antikorlar, IFA, test tizimi.

ВВЕДЕНИЕ. Сложность диагностики, выявления и эпидемиологического контроля за TORCH-инфекциями состоит именно в том, что заболевания протекают чаще бессимптомно и отсутствует четкая идентификация по симптомам. Поэтому, в ряде стран лабораторные исследования на TORCH-инфекции внесены в протоколы обязательного скрининга беременных для минимизации акушерского и пренатального риска (3). Основные лабораторные показатели, которые назначают для первичного скрининга и выявления патогенов, с подозрением на данную инфекцию – это определение двух классов специфических антител (АТ), иммуноглобулины класса G и иммуноглобулины класса M (IgG и IgM).

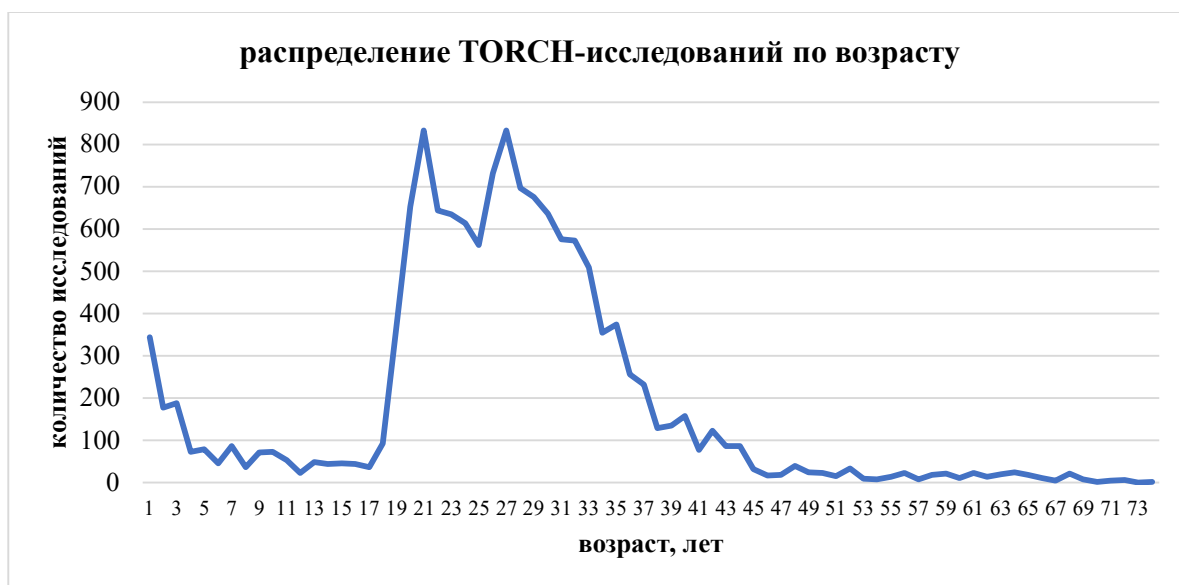
ЦЕЛ ИССЛЕДОВАНИЯ: Основной целью исследования явилось изучение данных результатов лабораторных исследований по определению лабораторных маркеров TORCH-инфекций. Было выполнено 13 572 лабораторных исследования образцов сывороток крови

1778 пациентов. Лабораторные исследования проводились методом ИФА. Тесты выполнялись разным возрастным группам пациентов (0-80 лет), мужского и женского пола, которым назначался профиль исследования на TORCH-инфекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Для диагностического скрининга TORCH-профиля определяли антитела к следующим основным инфекциям:

1. Антитела к *Toxoplasma gondii* IgG (Tox IgG)
2. Антитела к *Toxoplasma gondii* IgM (Tox IgM)
3. Антитела к Rubella IgG (Rub IgG)
4. Антитела к Rubella IgM (Rub IgM)
5. Антитела к Cytomegalovirus IgG (CMV IgG)
6. Антитела к Cytomegalovirus IgM (CMV IgM)
7. Антитела к Herpes virus 1 и 2 IgG (HSV 1/2 IgG)
8. Антитела к Herpes virus 1 и 2 IgM (HSV 1/2 IgM)

Максимальное количество исследований было выполнено в группе от 18 до 43 лет – 11553 образца и в группе от 0 до 4 лет – 857 определений, что явилось ожидаемым в связи с профилем назначений - пренатальным скринингом женщин репродуктивного возраста. Остальные образцы были протестированы в группах от 5 до 17 и от 44 до 80 лет. Данное распределение визуально представлено на графике.



Из всех полученных результатов, процент сероположительных составил 52,72%. Основная составляющая пришлась на IgG к герпес вирусу, вирусу краснухи и цитомегаловирусу. Наличие антител IgG и IgM к токсоплазменной инфекции минимально. Подобная картина довольно редко наблюдается в большинстве стран мира (1). Данные говорят о низком инфицировании населения этого региона и сниженном уровне риска внутриутробной патологии, связанной с этой инфекцией.

Таблица №1
распределения положительных результатов всех образцов крови

| лабораторный показатель | положительные результаты |
|------------------------------|--------------------------|
| CMV IgG (Цитомегаловирус- G) | 89,36% |
| CMV IgM (Цитомегаловирус- M) | 5,73% |
| HSV I/II IgG (Герпес 1/2- G) | 93,21% |
| HSV I/II IgM (Герпес 1/2- M) | 13,97% |
| Rubella IgG (Краснуха- G) | 90,26% |

| | |
|---------------------------|-------|
| Rubella IgM (Краснуха- M) | 2,20% |
| Toxo IgG (Токсоплазма- G) | 9,04% |
| Toxo IgM (Токсоплазма- M) | 2,88% |

По положительным результатам IgM лидируют герпес-вирусная инфекция и цитомегаловирус, что является стандартным результатом для большинства стран мира (2).

Из всех проверенных образцов, 13276 (97,82%) образцам были выданы результаты по наличию или отсутствию специфических антител, а 296 (2,18%) результаты были выданы в виде: «серая зона». Процент неопределяемых, пограничных концентраций антител по результатам выборки очень низкий, что подтверждает наличие высокоочищенных специфических антигенов в составах реагентов и свидетельствует о хорошем качестве использованных при постановке тест-систем.

Для детализации данных, все исследуемые результаты были разделены на 3 группы в соответствии с возрастом и социальным статусом: дошкольники, школьники и взрослые. Данная градация была основана исходя из требований графиков прививок и медицинских осмотров этих групп населения.

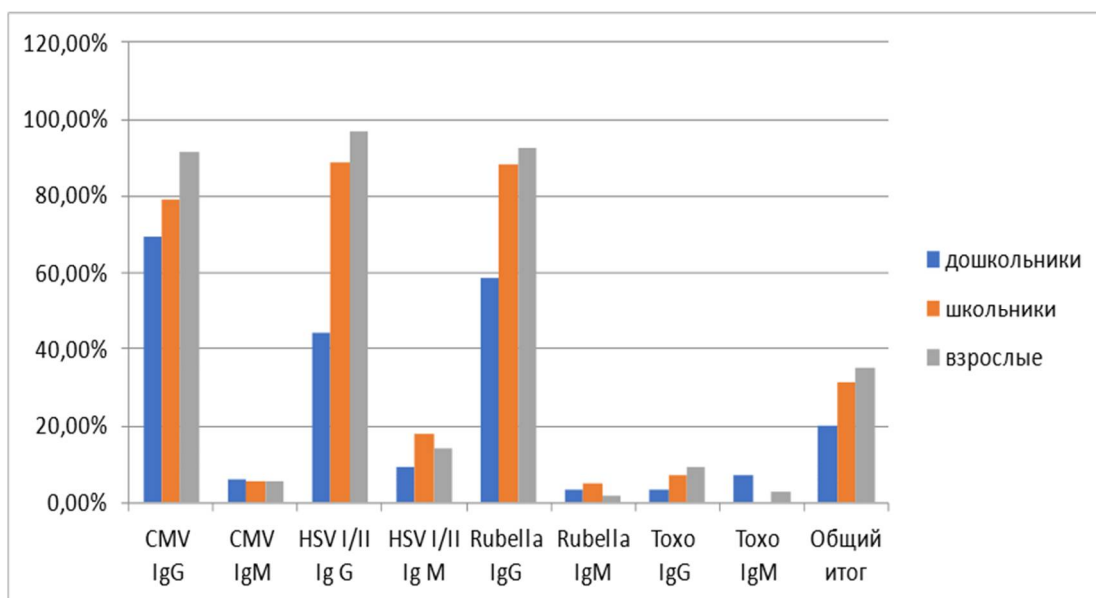


Рис.2. Детализация положительных результатов по TORCH- инфекциям:

В таблице более информативно отображены следующие факты:

- 1.Наибольший процент положительных IgM — это антитела к вирусу герпеса 1 и 2 типа (HSV I/II IgM). Данные факты выявлены во всех 3-х группах
2. Наибольший процент положительных результатов IgM к токсоплазме (Toxo IgM) выявлен в группе дошкольников и составил 7,27%
- 3.Самый высокий процент положительных результатов IgM к вирусу краснухи (Rubella IgM) из 3-х групп исследованных обнаружен в группе до 7 лет, что соответствует возрасту проведения вакцинации к данной инфекции.
- 4.Процент Rubella IgG в группе школьников – 88,24% — это уже в 1,5 раза выше по сравнению с дошкольниками – 58,54%. Данный факт косвенно подтверждает наработку защитных антител после вакцинации. В изучении стойкого иммунного ответа к вирусу краснухи (Rubella IgG) не учитывались необходимые поствакционные концентрации, только положительные значения.
5. Распределение в 3-х группах процента серопозитивных результатов IgG к герпес-вирусной инфекции говорит о стойком гуморальном ответе после 7 лет. Это видно из отличия процента положительных результатов в группе дошкольников и взрослых в 2,17 раза, а от группы школьников - в 1,99 раз.

6. Положительные результаты IgM к цитомегаловирусу (CMV IgM) во всех возрастных группах идентичны и не превышают 6%

Таблица №2

Положительные результаты из числа обследованных

| Параметр исследования | Дошкольники | школьники | взрослые |
|-----------------------|-------------|-----------|----------|
| CMV IgG | 69,39% | 79,28% | 91,61% |
| CMV IgM | 5,88% | 5,36% | 5,75% |
| HSV I/II IgG | 44,44% | 88,79% | 96,77% |
| HSV I/II IgM | 9,23% | 17,86% | 14,13% |
| Rubella IgG | 58,54% | 88,24% | 92,58% |
| Rubella IgM | 3,57% | 5,00% | 1,78% |
| Toxo IgG | 3,66% | 7,14% | 9,55% |
| Toxo IgM | 7,27% | 0,00% | 2,61% |
| Общий итог | 19,92% | 31,53% | 35,14% |

Современная лабораторная диагностика TORCH-инфекций расширяет возможности в понимании патогенеза и способствует профилактике инфекционных заболеваний. Ранняя диагностика инфекций снижает эпидемические риски. Знания о наиболее незащищенных группах населения в плане инфицирования позволяет вовремя провести противоэпидемические (профилактические) мероприятия. В обзоре отсутствуют данные о сероконверсии к другим видам патогенов, входящих в данную группу, например: хламидии и микоплазмы, которые являются не менее опасны в отношении отдаленных последствий многих патологических состояний.

В статье не были указаны данные по гендерному признаку в связи с приоритетным большинством исследуемых лиц женского пола. Достоверность фактов различия не рассчитывалась.

ВЫВОДЫ:

1. В настоящее время лабораторная диагностика располагает достаточно чувствительными и высокоспецифичными тест-системами для выявления TORCH-инфекций серологическими методами, что было подтверждено минимальным процентом «неопределенных» результатов по всем классам и видам иммуноглобулинов.
2. Результаты исследования должны оцениваться в комплексе с клиническими и социологическими данными, что позволит выявлять процент проявления клинической симптоматики и дифференцировать ее.
3. Минимальный перечень тестов, необходимых для скрининга TORCH- профиля, должен включать антитела двух классов: IgM и IgG
4. Профилактические скрининговые лабораторные исследования помогают выявить факторы риска в иммунной системе организма и вовремя провести иммунизацию, если она необходима.
5. Подтверждена вероятность благополучного региона по распространенности *Toxoplasma gondii* по сравнению с другими регионами мира.
6. Данные результаты определения гуморальных маркеров к TORCH- профилю являются основанием для более подробного изучения полученных данных, с учетом целевых концентраций к некоторым возбудителям.

Статья носит информационный справочный характер и не является целенаправленным эпидемиологическим исследованием по распространенности TORCH-инфекций в данном регионе. Полученные данные в отношении основных возбудителей инфекций TORCH- группы являются скрининговыми и использованы для оценки специфического гуморального ответа населения.

IQTIBOSLAR | СОШКИ | REFERENCES:

1. Нахмиас А.Дж., Ли Ф.К., Бекман-Нахмиас С. Сероэпидемиологические и социологические закономерности вирусной инфекции простого герпеса в мире. Сканд. Дж. Заразить. Дис. 1990 г.
2. Никитина Г. Ю., Иванова Л. П., Зембатова С. Х., Дзуцева Ф. К., Борисенко Ю. В. Особенности диагностики и лечения токсоплазмоза у беременных. Лечащий врач (ноябрь 2011).
3. Эргашева М. Я. Особенности клинико-лабораторной диагностики энтеровирусной инфекции без поражения ЦНС //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 114-119.
4. Ярмухамедова Н. А., Эргашева М. Я. Клинико-лабораторная характеристика при серозном менингите энтеровирусной этиологии //Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 27 (76). – С. 134-144.
5. Flegr J., Prandota J., Sovičková M., Israili Z. H. Toxoplasmosis--a global threat. Correlation of latent toxoplasmosis with specific disease burden in a set of 88 countries. .Public Library of Science ONE. 2014 no. 3. PMID 24662942




УДК: 616.345-008.87:575:615.2/3-036

KARIMOVA Maqsuda Axmedjonovna
IBRAXIMOVA Hamida Rustamovna
Urgench Branch of Tashkent Medical Academy
ASATOVA Nafisa Baxodirovna
Center for advanced training of medical personnel

STUDY OF CHANGES IN THE MICROBIOLOGICAL LANDSCAPE OF THE COLON UNDER THE INFLUENCE OF A GENE-MODIFIED PRODUCTS

For citation: Karimova A. Maqsuda, Ibrahimova R. Hamida, Asatova B. Nafisa. Study of changes in the microbiological landscape of the colon under the influence of a gene-modified products// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.66-73

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835234>

ANNOTATION

Objective: The study of the effect of GM-soi on the normal microflora of the colon in experimental animals.

Methods: To achieve the set goal do this, 90 toothless male feathers were involved in the study, which were divided into 3 groups: group 1 - intact white toothless feathers (n = 30) in the standard vivarium diet, not containing soybeans without GM or GM; Group 2 - white rats (n = 30) comprising soy without GM in the standard vivarium diet; Group 3 - white rats (n = 30) coated with GM soy in the standard vivarium diet. Bacteriological researches of intestinal mass of proteinaceous invertebrates were conducted. To determine the effect of GM soybeans, bacteriological studies of the colon of white outbred rats were carried out. The study studied 9 microorganisms from among the representatives of the colon microflora.

Results: Analysis of the obtained results showed that the symptoms of colon dysbacteriosis were observed at the end of the observation period in laboratory animals that consumed GM soybeans. This situation is manifested in the following: the index of Bifidobacterium spp and Lactobacillus spp was significantly reduced by 2.43 and 3.05 times in animals that consumed GM soy compared to intact rats, which was interpreted as the first element of dysbiosis formed under the influence of GM soy. It has been proven that the germination of lactose-negative strains, the absence of lactose-positive strains is the second element of colon dysbiosis. In the main group, Enterobacter spp and Proteus spp increased by 4.54 and 3.75 times, respectively, compared with the control group, which turned out to be the third element of colon dysbiosis. if the representative of the indigenous microflora - non-pathogenic Streptococcus spp in the main group significantly decreased up to 1.47 times compared with intact laboratory animals, then the quantitative indicator of Staphylococcus spp significantly increased up to 1.50 times. This intergroup discrepancy has been interpreted as the fourth element of colonic dysbiosis. A significant increase in the quantitative index of Candida spp up to 1.94 times in

outbred rats fed with GM soy, compared with those not fed with this product, is indicated as the fifth element of colon dysbiosis. GM soybeans have been shown to be the main factor causing this.

Conclusions: In 2 out of 9 studied microorganisms (Staphylococcus spp, Candida spp), intergroup differences were not revealed, they were quantitatively close to each other. If all 5 of the listed elements of dysbiosis were present in laboratory animals that consumed GM soybeans, then they clearly did not appear in white outbred rats that consumed non-GM soybeans. In intact laboratory animals (group 1) there are no signs of dysbiosis, in animals fed non-GM soy (group 2) signs of dysbiosis are poorly developed (I degree of dysbiosis), and in those fed with GM soy, signs of dysbiosis are clearly expressed (II degree of dysbiosis). This situation was explained by the unfamiliarity of GM soybean in the organism of rats, the low resistance of both studied strains of microorganisms to environmental factors.

Keywords: GMO soy, white outbred rats, normal microflora, dysbiosis.

КАРИМОВА Мақсуда Ахмеджоновна

ИБРАХИМОВА Ҳамида Рустамовна

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

АСАТОВА Нафиса Баходировна

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

ГЕН-МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН МАҲСУЛОТ ТАЪСИРИДА ЙЎҒОН ИЧАК МИКРОБИОЛОГИК ПЕЙЗАЖИ ЎЗГАРИШЛАРИНИ ЎРГАНИШ

АННОТАЦИЯ

Мақсад: Ген-модификацияланган соянинг тажриба хайвонлари йўғон ичак меъёрий микрофлорасига таъсирини ўрганиш.

Материал ва Методлар: Қўйилган мақсадни амалга ошириш учун жами эркак жинсига мансуб 150-180 грамм вазндаги 90 та оқ зотсиз каламушлар тадқиқотга олинди, улар 3 та гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ - стандарт виварий рационига бўлган, ГМ-ли ёки ГМ-сиз соя билан боқилмаган интакт оқ зотсиз каламушлар (n=30); 2-гуруҳ - стандарт виварий рационига ГМ-сиз соя киритилган оқ зотсиз каламушлар (n=30); 3-гуруҳ - стандарт виварий рационига ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушлар (n=30). Ген-модификацияланган соянинг таъсирини аниқлаш учун оқ зотсиз каламушлар йўғон ичак массаси бактериологик текширишлар ўтказилди. Тадқиқотда йўғон ичак микрофлора вакилларида 9та микроорганизм ўрганилди.

Натижалар: Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатганки, ГМ-соя истеъмол қилган лаборатория хайвонларида кузатув даври охирида йўғон ичак дисбиози аломатлари кузатилган. Ушбу ҳолат қуйидагиларда намоён бўлган. *Bifidobacterium* spp ва *Lactobacillus* spp кўрсаткичи ГМ-соя билан боқилган хайвонларда интакт каламушларга нисбатан 2,43 ва 3,05 мартага ишонарли камайган, ушбу ҳолат ГМ-соя таъсирида шаклланган дисбиознинг биринчи элементи сифатида талқин этилган. ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушларда, интактлардан фарқли равишда лактоза негатив *Escherichia coli* унган (интакт хайвонларда унмаган), шунга мос равишда лактоза мусбат *Escherichia coli* унмаган, интактларда бунинг тескараси бўлган. Лактоза негатив штаммлар униши, лактоза позитив штаммлар аниқланмагани йўғон ичак дисбиозининг иккинчи элементи эканлиги исботланган. Асосий гуруҳда *Enterobacter* spp ва *Proteus* spp назорат гуруҳига нисбатан мос равишда 4,54 ва 3,75 мартага купайгани аниқланган, бу ҳолат йўғон ичак дисбиозининг учинчи элементи эканлиги исботланган. Индиген микрофлора вакили патогенмас *Streptococcus* spp асосий гуруҳда интакт лаборатория хайвонларига нисбатан 1,47 мартагача ишонарли камайган бўлса, *Staphylococcus* spp миқдорий кўрсаткичи эса 1,50 мартагача ишонарли ошган. Бу гуруҳлараро номувофиқлик йўғон ичак дисбиозининг тўртинчи элементи сифатида талқин этилган. *Candida* spp миқдорий кўрсаткичи ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушларда, ушбу маҳсулот билан боқилмаганларга нисбатан 1,94 мартагача ишонарли ошгани йўғон ичак дисбиозининг

бешинчи элементи сифатида кўрсатиб берилган. Бунга сабабчи бўлган асосий омил ГМ-соя эканлиги кўрсатиб берилди.

Хулоса: Ўрганилган 9 та микроорганизмдан 2 тасида (*Staphylococcus spp*, *Candida spp*) гуруҳлараро тафовут аниқланмаган, улар миқдор жиҳатдан бир бирига яқин бўлган. ГМ-соя билан боқилган лаборатория хайвонларида дисбиознинг барча келтирилган 5 та элементи мавжуд бўлса, ГМ-сиз соя истеъмол қилган оқ зотсиз каламушларда улар яққол намоён бўлмаган. Интакт лаборатория хайвонларида (1-гуруҳ) дисбиоз белгилари йўқ, ГМ-сиз соя билан боқилганларда (2-гуруҳ) дисбиоз белгилари заиф ривожланган (дисбиознинг I-даражаси), ГМ-соя билан боқилганларда дисбиоз белгилари яққол намоён бўлган (дисбиознинг II-даражаси). Бу ҳолат оқ зотсиз каламушлар организми учун соянинг нотанишлиги, ташқи муҳит омилларига ўрганилаётган иккала микроорганизм штамларининг резистентлиги пастлиги билан изоҳланди.

Калит сўзлар: ГМО-соя, оқ зотсиз каламушлар, меърий микрофлора, дисбиоз.

КАРИМОВА Максуда Ахмеджонова

ИБРАХИМОВА Хамида Рустамовна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

АСАТОВА Нафиса Баходировна

Центр повышения квалификации медицинских кадров

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОДУКТА

АННОТАЦИЯ

Цель: Изучение влияния генно-модифицированного сои на нормальную микрофлору толстого кишечника экспериментальных животных.

Методы: Для достижения поставленной цели были набраны общее 90 белых беспородных крыс мужского пола, в массе 150-180 грамм и они разделены на 3 группы: 1-группа крысы, которые были в стандартном виварии, которые не получавшие с ГМ-ые или без ГМ-ые соей (n=30); 2-группа - беспородные крысы, которые были в стандартном виварии в рационе получавшие без ГМ-сои (n=30); 3-группа - беспородные крысы, которые были в стандартном виварии в рационе получавшие ГМ-соей (n=30). Чтобы определить влияние ГМ-сои были проведены бактериологические исследования толстой кишки белой беспородной крыс. В исследовании изучено 9 микроорганизмов из числа представителей микрофлоры толстой кишки.

Полученные результаты: Анализ полученных результатов показал, что симптомы дисбактериоза толстой кишки наблюдались в конце срока наблюдения у лабораторных животных, потреблявших ГМ-сою. Эта ситуация проявляется в следующем: показатель *Bifidobacterium spp* и *Lactobacillus spp* достоверно снижен в 2,43 и 3,05 раза у животных, употреблявших ГМ-сою по сравнению с интактными крысами, что интерпретировалось как первый элемент дисбиоза, сформировавшийся под влиянием ГМ-сои. У белых беспородных крыс, кормленных ГМ-соей, в отличие от интактных животных лактозонегативные *Escherichia coli* прорастали (у интактных животных не прорастали), соответственно лактозопозитивные *Escherichia coli* не прорастали, а все было наоборот у интактных животных. Доказано, что прорастание лактозонегативных штаммов, отсутствие лактозопозитивных штаммов является вторым элементом дисбиоза толстой кишки. В основной группе *Enterobacter spp* и *Proteus spp* увеличились в 4,54 и 3,75 раза соответственно по сравнению с контрольной группой, что оказалось третьим элементом дисбиоза толстой кишки. если представитель индигенной микрофлоры – непатогенные *Streptococcus spp* в основной группе достоверно снижались до 1,47 раза по сравнению с интактными лабораторными животными, то количественный показатель *Staphylococcus spp* достоверно увеличился до 1,50 раз. Это межгрупповое несоответствие было интерпретировано как четвертый элемент дисбиоза толстой кишки.

Достоверное повышение количественного показателя *Candida spp* до 1,94 раза у белых беспородных крыс, кормленных ГМ-соей, по сравнению с не кормленными этим продуктом, указывается как пятый элемент дисбиоза толстой кишки. Было показано, что основным фактором, вызывающим это, является ГМ-сои.

Выводы: У 2-х из 9-ти исследованных микроорганизмов (*Staphylococcus spp*, *Candida spp*) межгрупповые различия не выявлены, они количественно были близки друг к другу. Если все 5 перечисленных элементов дисбиоза присутствовали у лабораторных животных, употреблявших ГМ-сою, то они явно не проявлялись у белых беспородных крыс, употреблявших не-ГМ сою. У интактных лабораторных животных (группа 1) признаки дисбиоза отсутствуют, у животных, кормленных не-ГМ соей (группа 2) признаки дисбиоза слабо развиты (I степень дисбиоза), а у тех, кормленных ГМ-соей, признаки дисбиоза явно выражены (II степень дисбиоза). Такое положение объяснилась незнакомостью ГМ-сои в организме крыс, низкой резистентностью обоих исследуемых штаммов микроорганизмов к факторам внешней среды.

Ключевые слова: ГМО-соя, белые беспородные крысы, нормальная микрофлора, дисбиоз.

КИРИШ. Йўғон ичак микрофлораси организмда турли биологик жараёнларда катнашади. Йўғон ичак меъерий микрофлораси турли зарарли омиллар таъсирида нормал микрофлора вакиллари сифатий ва микдорий жиҳатдан мувозанати бузилиши билан тавсифланади ҳамда ичак дисбиозига олиб келувчи омилларга кўплаб физик, кимёвий ва биологик омилларни мисол қилиш мумкин.

Бугунги кунда аҳолига юқори малакали тиббий ёрдам кўрсатиш, ген-модификацияланган маҳсулотларнинг узок вақт давомида таъсир даражасини аниқлаш, озик-овқат бўйича тиббий-биологик хавфсизликни таъминлаш бўйича кенг қамровли ишлар амалга оширилмоқда. Мамлакатимизда ва жаҳонда ген-модификацияланган (ГМ) маҳсулотларнинг одам организмга турлича таъсири борасида кўплаб илмий ишлар қилинган бўлиб, тадқиқотчилар фикрлари бу борада ҳар хил бўлмоқда, инсон организмга ген-модификацияланган маҳсулотларнинг салбий таъсири йўқ, деган фикрлар билан бир қаторда, организмга бир қатор салбий таъсири исботлаб берилган илмий тадқиқот ишлар ҳам талайгина [2, 7, 9]. Мамлакатимизда салбий таъсири бор деган фикрларни тасдиқловчи илмий ишларга ГМ-маҳсулотнинг тажрибада иммун тизимига [1], жигар ва ошқозон ости безига [8], тимус ва талокқа [10] салбий таъсири исботлаб берилган, шунингдек гематологик, биокимёвий ўзгаришлар, мутаген ҳамда репродуктив фаолиятга [5, 6], суяк кўмиги хужайраларига [11] салбий таъсири борлиги кўрсатилган ишлар ҳам мавжуд.

МАҚСАД: Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда тадқиқот мақсади ген-модификацияланган соянинг тажриба хайвонлари йўғон ичак меъерий микрофлорасига таъсирини ўрганиш бўлди.

МАТЕРИАЛ ВА УСУЛЛАР. Бунинг учун жами эркак жинсига мансуб 150-180 грамм вазндаги 90 та оқ зотсиз каламушлар тадқиқотга олинди ва улар 3 та гуруҳга ажратилди: 1-гуруҳ - стандарт виварий рационига бўлган, ГМ-ли ёки ГМ-сиз соя билан боқилмаган интакт оқ зотсиз каламушлар (n=30); 2-гуруҳ - стандарт виварий рационига ГМ-сиз соя киритилган оқ зотсиз каламушлар (n=30); 3-гуруҳ - стандарт виварий рационига ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушлар (n=30).

Илмий тадқиқотда лаборатория хайвонлари билан ишлашнинг этик тамойиллари ва биологик хавфсизлик қоидаларига қатъий амал қилинди [5].

Оқ зотсиз каламушлар йўғон ичак массаси бактериологик лабораторияга етказилгач, бактериологик текширишлар натижасида тегишли озик муҳитлар (Блаурокк, СРМ-4 (МРС-4), Эндо, Сабуро муҳитлари, тухум-сарикли агар ва бошқалар) ёрдамида Bergy's Manual Systematic Bacteriology (1997) бўйича қуйидаги микроорганизмлар идентификация ва дифференциация қилинди: *Bifidobacterium spp*, *Lactobacillus spp*, *Escherichia coli*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Candida spp*. Авлодлараро ва турлараро

идентификация «HiMedia» (Хиндистон) фирмаси озик мухитларидан фойдаланган ҳолда бажарилди.

Натижаларни статистик ишлаш анъанавий вариацион статистика усуллари ёрдамида амалга оширилди, тадқиқотларни ташкил этиш ва ўтказишда далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига амал қилинди.

НАТИЖАЛАР ВА УЛАРНИНГ МУҲОКАМАСИ. Ўрганилган 9 та йўғон ичак микрофлораси вакиллари бўлган микроорганизмлардан 7 тасида (77,78%) ишонарли ўзгаришлар аниқланган, шуни ҳам таъкидлаш жоизки, микроорганизмлар миқдорий кўрсаткичлари меъёрига нисбатан (1-гурух) турлича йўналишларда ўзгарган (1-жадвал). Фақатгина *Escherichia coli* билан боғлиқ кўрсаткичлар ҳар иккала гуруҳда ишонарли ўзгармаган, Лактоза мусбат ва лактоза манфий *Escherichia coli* миқдорий кўрсаткичлари бир-бирига яқин бўлган ($P > 0,05$).

Ўтказилган таҳлил шуни кўрсатганки, 2-гурухда (ГМ-сиз соя истеъмол қилган) назорат гуруҳига нисбатан миқдорий кўрсаткичлар ишонарли равишда камайиши йўғон ичак меъёрий индиген микрофлораси вакиллари орасида кузатилган. *Bifidobacterium spp* нинг камайиши 1,28 мартани ташкил этган бўлса ($P < 0,05$), *Lactobacillus spp* бўйича бу камайиш 1,53 марта бўлган ($P < 0,05$). Бу ҳолат 2-гурух лаборатория хайвонлари йўғон ичагида дисбиотик ҳолатга олиб келувчи жараёнлар бошланиб, бунинг биринчи белгиси эканлиги таъкидланган.

1-жадвал

ГМ-ли ва ГМ-сиз озик рационида бўлган оқ зотсиз каламушлар йўғон ичак микрофлораси миқдорий ҳолати, Ig КХҚБ/мл

| Микроорганизмлар | Назорат гуруҳи, n=30 | Таққослаш гуруҳи, n=30 | Асосий гуруҳ, n=30 |
|---------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| <i>Bifidobacterium spp</i> | 5,10±0,2 | 4,00±0,1 | 2,10±0,1* ^ ↓ |
| <i>Lactobacillus spp</i> | 6,10±0,2 | 4,00±0,1 | 2,00±0,2* ^ ↓ |
| <i>Escherichia coli</i> (лактоза "+") | 5,15±0,2 | 5,00±0,2 | 0 ↔ |
| <i>Escherichia coli</i> (лактоза "-") | 0 | 0 | 5,30±0,3* ↑ |
| <i>Enterobacter spp</i> | 1,20±0,1 | 5,00±0,2 | 5,45±0,2* ^ ↑ |
| <i>Proteus spp</i> | 0,80±0,1 | 5,00±0,2 | 3,00±0,1* ^ ↑ |
| <i>Staphylococcus spp</i> | 4,10±0,1 | 5,00±0,2 | 6,15±0,2* ^ ↑ |
| <i>Streptococcus spp</i> | 6,30±0,3 | 4,00±0,2 | 4,30±0,2* ↓ |
| <i>Candida spp</i> | 3,60±0,1 | 7,00±0,1 | 7,00±0,4* ↑ |

Эслатма: *-1- ва 3-гурухлар орасидаги ишонарли фарқ белгиси; ^ - 2-ва 3-гурухлар орасидаги ишонарли фарқ белгиси; ↑, ↓ - ўзгаришлар йўналишлари; ↔ - ишонарли фарқ мавжуд эмас.

Юқоридагига ўхшаш ҳолат *Streptococcus spp* бўйича ҳам кузатилган, унинг йўғон ичакдаги концентрацияси назорат гуруҳига нисбатан 1,58 мартага ишонарли камайган ($P < 0,05$). Бу ҳолат ҳам дисбиотик жараён дебачаси сифатида талқин қилинган. Назорат гуруҳидан фарқли равишда 2-гурухда фақат битта ташқи таъсир воситаси (соя) борлигини ҳисобга олсак, бу ўзгаришлар унинг таъсирида эканлиги, хайвонлар организми учун бу нотаниш маҳсулот бўлганлиги сабабли ичак индиген микрофлораси миқдорий параметрлари пасайиши вақтинчалик ҳолат сифатида талқин этилган.

Назорат гуруҳи лаборатория хайвонлари кўрсаткичларига нисбатан таққосланаётганда гуруҳ параметрларидаги миқдорий кўпайиш асосан энтеробактериялар ва коагулазамусбат коккларга тўғри келгани таъкидланган, уларнинг йўғон ичак факультатив микрофлорасига кириши, қулай шароитга тушганда патогенлик хусусиятини номоён қилишини ҳисобга олсак, ушбу биотопда индиген ва факультатив микроорганизмлар мувозанати бузилгани кузатилган. Чунончи, 2-гурухда миқдорий ошиш *Enterobacteriaceae* оиласи вакиллари *Enterobacter spp* ва *Proteus spp* да кузатилган – мос равишда 4,17 марта ($P < 0,001$) ва 6,25 марта ($P < 0,001$). Ушбу микроорганизмлар миқдорий ошиши йўғон ичакдаги дисбиоз жараёнларнинг бошланиши сифатида талқин этилган.

Шунга ўхшаш натижа, аммо кам интенсивликда *Staphylococcus spp* бўйича ҳам кузатилган. Ушбу микроорганизм миқдорий пасайиши тенденцияси интенсивлиги грамманфий бактерияларга қараганда камроқ бўлган. Назорат ($4,10 \pm 0,1$ lg КХҚБ/мл) ва таққослаш ($5,00 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл) гуруҳлари орасидаги фарқ 1,58 мартани ташкил қилиб, интакт хайвонлар фойдасига бўлган ($P < 0,05$).

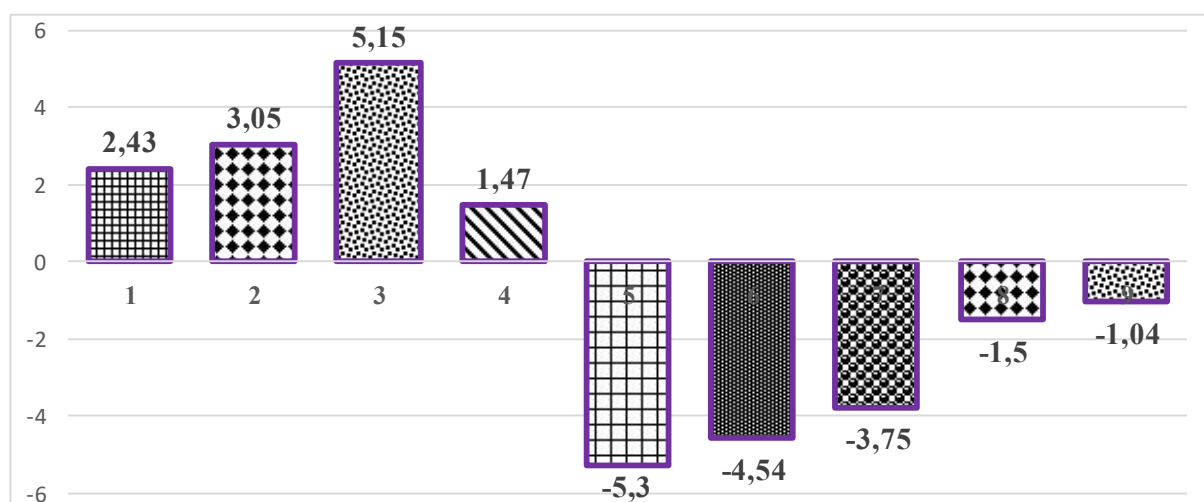
Илмий ишнинг кейинги босқичида стандарт виварий рационига ГМ-соя қўшилган оқ зотсиз каламушлар йўғон ичак микробиоценози миқдорий кўрсаткичларини солиштирма ўрганилган.

Йўғон ичак микрофлорасини ташкил этувчи микроорганизмлар миқдорий кўрсаткичлари таҳлил этилганда, уларнинг барчасида гуруҳлараро тафовут борлиги аниқланган, ушбу фарқлар барча 9 та микроорганизмлар бўйича кузатилган.

Энг чуқур миқдорий ўзгаришлар *Bifidobacterium spp* бўйича кузатилгани эътиборли ҳолат – мос равишда $2,10 \pm 0,1$ lg КХҚБ/мл га (3-гуруҳ) қарши $5,10 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл (1-гуруҳ), камайиш 2,43 мартани ташкил этган ($P < 0,001$). *Lactobacillus spp* бўйича ҳам миқдорий кўрсаткичлар пасайиши тенденцияси ва интенсивлиги бифидобактериялар билан бир хил бўлган – мос равишда $2,00 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл га (3-гуруҳ) қарши $6,10 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл (1-гуруҳ) миқдорий камайиши ўртача 3,05 мартани ташкил қилган ($P < 0,001$). Назорат гуруҳига нисбатан ГМ-соя билан боқилган гуруҳда индиген микрофлора вакиллари 2,43-3,05 мартагача ишонарли пасайиши ушбу биотопда кечадиган дисбиотик жараёнлар бошланиши эканлиги аниқланган.

Йўғон ичак меъерий микрофлораси бошқа вакили бўлган *Escherichia coli* миқдорий кўрсаткичини ўрганишда бошқача манзарага гувоҳ бўлдик. Лактозани парчалаш қобилиятига эга, патогенмас ушбу грамманфий бактериялар назорат гуруҳида $5,15 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл миқдорида ундириб олинган бўлса, 3-гуруҳга мансуб оқ зотсиз каламушлар йўғон ичагидан олинган биологик ашёдан улар унмаган. Аммо, лактозани парчалаш хусусиятини йўқотган, шунинг ҳисобига патогенлик қобилиятига эга бўлган *Escherichia coli* штамлари $5,30 \pm 0,3$ lg КХҚБ/мл миқдорида унгани ҳолда, назорат гуруҳида ушбу штамларнинг умуман аниқланмаганлиги эътироф этилган. Бундай ҳолат ушбу биотопда ривожланаётган дисбиоз жараёнининг яна бир асосий белгиларидан биридир.

Enterobacteriaceae оиласининг бошқа вакиллари бўлган *Enterobacter spp* ва *Proteus spp* лар миқдорий кўрсаткичлари меъёр чегараларидан юқори бўлган – мос равишда $5,45 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл ва $3,00 \pm 0,1$ lg КХҚБ/мл. Бу рақамлар меъёр чегараларидан (мос равишда $1,20 \pm 0,1$ lg КХҚБ/мл ва $0,80 \pm 0,1$ lg КХҚБ/мл) 4,54 ва 3,75 мартага ишонарли равишда кўплиги билан тавсифланган ($P < 0,001$). Аниқланган бу кўриниш йўғон ичак дисбиотик жараёнлар шаклланишининг белгиси сифатида қаралган.



1-расм. ГМ-соя билан боқилган ва боқилмаган лаборатория хайвонлари йўғон ичаги микрофлорасидаги ўзгаришлар даражаси кўрсаткичлари, марта (1. *Bifidobacterium*

spp 2. *Lactobacillus* spp 3. *Escherichia coli* лактоза “+” 4. *Streptococcus* spp 5. *Escherichia coli* лактоза “-” 6. *Enterobacter* spp 7. *Proteus* spp 8. *Staphylococcus* spp 9. *Candida* spp).

Грамманфий бактериялардаги юқорида келтирилган кескин ўзгаришлар граммусбат коккларда кузатилмаган, микдорий кўрсаткичлар гуруҳлараро фарқ қилган бўлса ҳамки, ўзгаришлар интенсивлиги анча паст бўлган. Агар *Staphylococcus* spp 3-гуруҳда 1-гуруҳга нисбатан 1,50 марта ишонарли даражада ошган бўлса (мос равишда $6,15 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл га қарши $4,10 \pm 0,1$ lg КХҚБ/мл, $P < 0,05$), *Streptococcus* spp бўйича тескари манзара гувоҳи бўлинган, яъни 3-гуруҳ кўрсаткичлари назорат гуруҳига нисбатан ишонарли даражада 1,47 марта камайганлиги эътироф этилган - $4,30 \pm 0,2$ lg КХҚБ/мл га қарши $6,30 \pm 0,3$ lg КХҚБ/мл ($P < 0,05$).

ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушлар йўғон ичагида *Candida* spp микдори ГМ-соя билан боқилмаган интакт оқ зотсиз каламушлар кўрсаткичларидан ишонарли юқори бўлган – мос равишда $7,00 \pm 0,4$ lg КХҚБ/мл га қарши $3,60 \pm 0,1$ lg КХҚБ/мл (1,94 мартага, $P < 0,001$).

Йўғон ичак меъёрий микрофлораси ҳолати, дисбиоз ривожланганлик даражаси, унинг чуқурлигини белгилаш учун кўпчилик тадқиқотлар томонидан дисбиозни баҳолаш мезонлари яратилган ва амалий соғлиқни сақлашга тақдим этилган. Шу усуллар орасида энг мақбули ўзбекистонлик олимлар Гариб Ф.Ю., Адилов Ш.К. ва Нарбаева И.Э. лар томонидан 1995 йилда тавсия этилган бўлиб, йўғон ичак микрофлораси ўзгаришлари 2 та даража билан баҳоланади.

I-даражали дисбиозда ўзгаришлар фақат индиген гуруҳ вакиллари орасида кузатилади, *Bifidobacterium* spp ва *Lactobacillus* spp лактоза мусбат *Escherichia coli* га нисбатан камаяди, ичак дисфункцияси намоён бўлмайди.

II-даражали дисбиозда индиген микроорганизмлар камайиши, факультатив шартли патоген микроорганизмлар микдори ошиб кетиши, улар орасидаги мувозанат бузилиши, ичак дисфункцияси белгилари кўринади.

Бу даражалар дисбактериоз индекси (ДИ) ёрдамида аниқланади:

ДИ I = *E. coli* КХҚБ/г/ Индиген микроорганизмлар, КХҚБ/г $< 0,1$;

Ушбу тадқиқотлар давомида олинган натижалар қуйидагича бўлган:

1-гуруҳда – $0,31 < 0,1$ (ДИ I); $0,37 < 0,5$ (ДИ II);

2-гуруҳда – $0,38 < 0,1$ (ДИ I); $0,77 < 0,5$ (ДИ II);

3-гуруҳда – $1,29 < 0,1$ (ДИ I); $3,56 < 0,5$ (ДИ II).

Интакт лаборатория хайвонларида (1-гуруҳ) дисбиоз белгилари йўқ, ГМ-сиз соя билан боқилганларда (2-гуруҳ) дисбиоз белгилари заиф ривожланган (дисбиознинг I-даражаси), ГМ-соя билан боқилганларда дисбиоз белгилари яққол намоён бўлган (дисбиознинг II-даражаси).

ХУЛОСАЛАР.

биринчидан, *Bifidobacterium* spp ва *Lactobacillus* spp кўрсаткичи ГМ-соя билан боқилган хайвонларда интакт каламушларга нисбатан 2,43 ва 3,05 мартага ишонарли камайган, ушбу ҳолат ГМ-соя таъсирида шаклланган дисбиознинг биринчи элементи сифатида талқин этилган;

иккинчидан, ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушларда, интактлардан фарқли равишда лактоза негатив *Escherichia coli* унган (интакт хайвонларда унмаган), шунга мос равишда лактоза мусбат *Escherichia coli* унмаган, интактларда бунинг тескараси бўлган. Лактоза негатив штаммлар униши, лактоза позитив штаммлар аниқланмагани йўғон ичак дисбиозининг иккинчи элементи эканлиги исботланган;

учинчидан, асосий гуруҳда *Enterobacter* spp ва *Proteus* spp назорат гуруҳига нисбатан мос равишда 4,54 ва 3,75 мартага купайгани аниқланган, бу ҳолат йўғон ичак дисбиозининг учинчи элементи эканлиги исботланган;

тўртинчидан, индиген микрофлора вакили патогенмас *Streptococcus* spp асосий гуруҳда интакт лаборатория хайвонларига нисбатан 1,47 мартагача ишонарли камайган бўлса, *Staphylococcus* spp микдорий кўрсаткичи эса 1,50 мартагача ишонарли ошган. Бу гуруҳлараро номувофиқлик йўғон ичак дисбиозининг тўртинчи элементи сифатида талқин этилган;

бешинчидан, *Candida spp* микдорий кўрсаткичи ГМ-соя билан боқилган оқ зотсиз каламушларда, ушбу маҳсулот билан боқилмаганларга нисбатан 1,94 мартагача ишонарли ошгани йўғон ичак дисбиозининг бешинчи элементи сифатида кўрсатиб берилган.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Алланазаров А.Х. Нуралиева Х.О. Ген-модификацияланган соянинг лаборатория ҳайвонлари иммун тизими кўрсаткичларига таъсирини қиёсий баҳолаш // Общество и инновации. - Ташкент, 2021. - №3. – С.413-422.
2. Лукашенко Т.М. Изменение веса тела крыс при потреблении сои // Материалы международной конференции «Сигнальные механизмы регуляции висцеральных функций». – Минск, 2007. – С.152.
3. Мухаммедов И.М. Клиник микробиология: шифокор-мутахассисларга лаборатор таъхис // Ўқув қўлланма. – Тошкент, 2016. -632б.
4. Нуралиев Н.А., Бектимиров А.М-Т., Алимова М.Т., Сувонов К.Ж. Правила и методы работы с лабораторными животными при экспериментальных микробиологических и иммунологических исследованиях // Методическое пособие. - Ташкент, 2016. - 33 с.
5. Собирова Д.Р., Нуралиев Н.А., Гинатуллина Е.Н. Результаты исследования мутагенной активности генно-модифицированного продукта в экспериментах на лабораторных животных // Безопасность здоровья человека. – Ярославль, 2017. - №1. - С.27-31.
6. Собирова Д.Р., Нуралиев Н.А., Носирова А.Р., Гинатуллина Е.Н. Изучение влияния генно-модифицированного продукта на репродукцию млекопитающих в экспериментах на лабораторных животных // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент, 2017. - №2 – С.195-200.
7. Шеина Н.И. Оценка патогенных свойств генно-инженерно-модифицированных микроорганизмов как один из критериев их биобезопасности // Гигиена и санитария. - Москва, 2017. - №96(3). – С.284-286.
8. Avozmotov J.E. Influence of a Genetically Modified Organism on the rat's hepatobiliary system // European journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. - Volume 7, Issue 8. – P.1235-1237.
9. Angers-Loustau A., Petrillo M., Bonfini L., Gatto F., Sabrina R., Patak A., Kreysa J. JRC GMO-Matrix: a web application to support Genetically Modified Organisms detection strategies // BMC Bioinformatics. – 2014. - Vol. 15, N 1. – P.417.
10. Khasanova D.A. Effect of a genetically modified product on the morphological parameters of the rat's spleen and thymus // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - Англия, 2020. - Vol. 7. - Issue 1.-P. 3364-3370.
11. Nuraliyev N.A., Allanazarov A.Kh. Estimation and assessment of cytogenetic changes in bone marrow cells of laboratory animals received a gene-modified product // Annals of Romanian Society for Cell Biology. - 2021. - Vol. 25, Issue 1. - P.401-411.

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

AKHMEDOVA Sayyora Mukhamadovna


Tashkent Medical Academy

MASHARIPOVA Khulkar Kabulovna

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

TOPOGRAPHY BILIARY TRACT OF CHILDREN OF DIFFERENT AGE

For citation: Akhmedova M.Sayyora, Masharipova K.Khulkar. TOPOGRAPHY BILIARY TRACT OF CHILDREN OF DIFFERENT AGE// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 74-84

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835239>

ANNOTATION

Age-related changes in the topography of the ducts concerned the length, diameter, depth, the number of branches and the severity of anastomoses between segmental branches and between the lobar ducts. The diameter of the common hepatic duct ranged from 1.1 mm to 5.0 mm, the right hepatic duct from 0.87 mm to 3.06 mm, and the left hepatic duct from 0.89 mm to 3.03 mm in different age groups. The length of the total hepatic duct is from 4.5 mm to 35.8 mm. When considering the angles of incidence between the common hepatic and left and right ducts varies. The results showed that in children of all age groups the formation of the common hepatic duct is variable; 2 to 5 intrahepatic ducts take part in its formation, while the number of ducts coming from the right lobe of the liver prevails.

Key words: hepatic ducts, liver, postnatal ontogenesis

АХМЕДОВА Сайёра Мухамадовна

Тошкент тиббиёт академияси

МАШАРИПОВА Хулкар Кабуловна

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

ТУРЛИ ЁШДАГИ БОЛАЛАРНИНГ ЎТ ЙЎЛЛАРИНИ ТОПОГРАФИЯСИ

АННОТАЦИЯ

Ўт йўлларининг диаметри, унинг ҳосил бўлиши, шохларининг сони, жигарўт йўллари ва сегментар йўлларнинг орасидаги анастомозлар ёшга қараб ўзгариши аниқланди. Умумий жигар йўлининг диаметри биз ўрганган ҳар хил ёшдаги болаларда 1,1 ммдан 5,0 ммгача, ўнг жигар йўлининг диаметри эса 0,87 дан 3,06 гача, чап жигар йўли 0,89 мм дан 3,03 гача эканлиги аниқлади. Бу вақтда умумий жигар йўлининг узунлиги 4,5 ммдан 35,8 мм гачани ташкил қилди. Чап ва ўнг жигар йўлларининг умумий жигар йўли ҳосил қилишидаги бурчаги ҳам ўзига хос хусусиятга эга. Олинган натижаларнинг ҳулосасига кўра, ўрганилган ҳамма ёшдаги болаларнинг умумий ўт йўлининг шаклланиши турлича бўлиб, унинг асосида 2-4 жигар ичи йўллари иштирок этиб, жигарнинг ўнг бўлагидан чикувчи йўл устунликга эга.

Калит сўзлар: жигар ўт йўллари, жигар, эрта постнатал онтогенез

АХМЕДОВА Сайёра Мухамадовна
Ташкентская Медицинская Академия
МАШАРИПОВА Хулкар Кабуловна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

ТОПОГРАФИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

Возрастные изменения топографии протоков касались длины, диаметра, глубины залегания, количества ветвей и выраженности анастомозов между сегментарными ветвями и между долевыми протоками. Диаметр общего печеночного протока колебался от 1,1 мм до 5,0 мм, правого печеночного протока от 0,87 мм до 3,06 мм, а левого печеночного протока от 0,89 мм до 3,03 мм в разных возрастных группах. При этом длина объёго печеночного протока составляет от 4,5 мм до 35,8 мм. При рассмотрении углов впадения между общим печеночным и левыми и правыми протоками варьирует. Полученные результаты показали, что у детей всех возрастных групп формирование общего печеночного протока вариабельно; в его образовании принимают участие от 2 до 5 внутрпеченочных протоков, при этом количество протоков, идущих от правой доли печени преобладает.

Ключевые слова: печеночные протоки, печень, постнатальный онтогенез

Долзарблиги: Охирги ўн йилларда ўт йўлларининг жарроҳлик касалликлари жадал ривожланиши, билиар тизимнинг топографик анатомиясини ўрганишга талабни янада оширди [2]. Жарроҳлик амалиётига диагностика ва даволаш мақсадида янги замонавий, инновацион усуллар тадбиқ қилиниши қорин бўшлиғи аъзолари топографиясини янада мукамалроқ ўрганишни талаб қилмоқда [1,4]. Таъкидлаш жоизки, охирги йилларда ўт йўлларининг касалликлари ёшларни орасида ҳам кўпайиб бормоқда [5,6]. Бу эса ўз навбатида жигар, ўт пуфаги ва ўт йўллари анатомиясини чуқурроқ ўрганиш зарурлигини кўрсатади [3,7,8]. Аммо бугунги кундаги хорижий ва маҳаллий адабиётларда қорин бўшлиғи аъзоларининг анатомиясини ёшга қараб ўзгариши ва уларнинг топографиясига бағишланган тадқиқотлар етарли эмас. Адабиётлардаги маълумотлар замонавий жарроҳлик талабларини тўлиқ қондирмайди. Хозиргача илмий адабиётларда болаларнинг ўт йўлларининг ҳосил бўлиши, ривожланиши уларнинг ёшга ҳос хусусиятлари каби қатор ечилмаган муаммолар мавжуд. Адабиётларда жигаричи ўт йўлларининг жигар дарвозаси соҳасида кўшилиши ҳақида маълумотлар келтирилган. Лекин жигар ичи ўт йўлларининг эрта постнатал онтогенез даврида ёшга қараб ўзгариши ечилмаган муаммо бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, болаларнинг жигар ичи ва ташқарисидаги ўт йўлларининг ёшга ҳос морфометрияси етарлича ўрганилмаган.

Тадқиқотнинг мақсади янги туғилган чақалоқлар, болалар ва ўсмирлардаги болаларнинг жигари, ўт пуфаги ва ўт йўллари тузилиши, шаклланишидаги ўзига ҳослик ва морфологик хусусиятларини асослашдан иборат.

Тадқиқот материал сифатида Республика суд-тиббий экспертиза илмий-амалий маркази Хоразм филиалида жигар, ўт йўллари ва овқат ҳазм қилиш тизими патологиялари билан боғлиқ бўлмаган сабабларга кўра вафот этган ҳар-хил ёшдаги 155 нафар болаларнинг мурдасидан олинган жигар, ўт пуфаги ва ўт йўлларида фойдаланилди. Уларни янги туғилган чақалоқлардан 16 ёшгача бўлган болалар ташкил қилди. Болаларни 89 нафари ўғил болалар ва 66 нафари қиз болалар бўлиб, 6 гуруҳга ажратилди.

Тадқиқотни клиник қисми Хоразм вилоятида яшовчи 52 нафар турли ёшдаги болаларнинг магнит резонанс томография, 10 нафар бола УТ текшируви орқали жигар ва ўт йўлларида шубҳа қилинган, лекин патологик ҳолатлар аниқланмаган болаларнинг жигар ва ўт пуфагини ўрганилди. Ўрганиш учун янги туғилган чақалоқлардан 16 ёшгача бўлган болалар ташкил қилди, уларнинг вазни 2,7 кг дан 62 кггачани ташкил қилди. Препаратларни

морфологик ўрганиш учун мурдадан олинган жигар, ўт пуфаги ва ўт йўллари макроскопик ўрганилди ва препаратлар тайёрланди.

Морфометрик тадқиқотларда жигарнинг умумий анатомик ўлчамлари - баландлиги, кенглиги, олдинги ва орқа ўлчамларини ўлчашдан бошланди. Жигар шакли висцерал юза - овал, учбурчак ва тўртбурчаклар контурлари билан аниқланди.

Жигар дарвозасининг узунлиги, кенглиги, чуқурлиги, шунингдек жигарнинг олд ва орқа кирраларига нисбатан жойлашиши ўлчанди. Ўт пуфагининг узунлиги, кенглиги ва жигардан ташқарида жойлашган ўт йўллариининг узунлиги ва диаметри ҳар бир ёш гуруҳларида ўлчанди. Уларнинг тармоқланишидаги ўзига хослик ўрганилди.

Барча ўрганилган болаларнинг жигар, ўт йўллари ва овқат ҳазм қилиш тизимида патологияси мавжуд бўлмаган соғлом болалар тадқиқотга жалб қилинган.

Кузатувларимиз жараёнида 2 нафар қиз болада овқат ҳазм қилиш тизимининг туғма нуқсонлари кузатилди.

Барча морфометрик ўлчовлардан сўнг жигар ичи ўт йўллариининг тармоқланишини ўрганиш мақсадида контрастли рентгенография усулидан фойдаланилди (1- расмга қаранг). Жигар ичи ўт йўллариини скипидар билан 1/1 нисбатда аралаштирилган қўрғошинни яшил ёғли бўёғи юборилиб рентгенография қилиб ўрганилди. Жигар ичи ўт йўллариининг кенглиги, тармоқланишидаги ўзига хослик, умумий жигар йўли, бўлак ўт йўллари ҳосил бўлиши, уларнинг ёшга хос хусусиятлари ўрганилди. Жигардан ташқари ўт йўллари ва жигар ичи ўт йўллариини ўрганишда бинокуляр микроскопдан фойдаланилди. Жигар ичи ўт йўллариини ўрганиш висцерал юзадан бошланди ва скальпел ёрдамида жигар паренхимаси кесиб ўт йўллариининг тармоқланиши ўрганилди. МРТ текшируви магнит резонанс томограф Philips Intern ACS-NT 1,5 T аппаратида ўтказилган.

УТТ текширувида болалар наҳорда оч қоринга ўтказилди. МРТ усулида жигарнинг ва ўт пуфагининг анатомик ўлчамлари олинди. Жигарнинг қуйидаги ўлчамлари баландлиги, кенглиги ва олдинги орқа ўлчами ўлчанди. УТ текшируви ёрдамида ўт пуфагининг жойлашиши, шакли, узунлиги, тана ва бўйин соҳасининг кенглиги аниқланди. Ҳар бир текширилган боланинг таҳлили махсус ишлаб чиқилган баённомага ёзилди.

Барча морфологик ва клиник тадқиқотлар материаллари статистик равишда Microsoft Office Excel 2007 компьютер дастури ёрдамида қайта ишланди.

Тадқиқотлар таҳлили бола туғилганидан ўсмирлик ёшигача жигарининг шакли, ўлчамларини ёшга қараб турлича ўзгаришларга учраши мумкинлигини кўрсатди. Янги туғилган ўғил болаларда жигарнинг ўртача вазни тана вазнининг 5,2% га тенг бўлиб, қиз болаларда ва ўғил болаларда деярли фарқ қилмади. Боланинг ёши ўсган сари аста-секин жигарнинг ўсиш темпи тана вазнига нисбатан секинлашади. Эмизикли даврда жигарнинг ўртача вазни тананинг 4,5 % га, эрта болалик даврида 3,8 % ни, биринчи болалик даврида 3,5 % ни, иккинчи болалик даврида 3 % ташкил қилади.

Ўсмирлик даврида жигарнинг вазни тана вазнининг 2,7 % ташкил қилиши аниқланди. Қиз болаларда эса бу нисбат қуйидагича ўзгарди янги туғилган чақалоқларда 4,9%, эмизикли даврда жигарнинг ўртача вазни тананинг 4 % га, эрта болалик даврида 3,3 % ни, биринчи болалик даврида 3,4 % ни, иккинчи болалик ва ўсмирлик даврида 2,9 % ташкил қилди.

Жарроҳлик муолажалари ўтказилаётганда жигар дарвозасининг шакли, унда жойлашган ҳосилаларнинг ҳолати муҳим аҳамият касб этади. Жигар дарвозасини топографияси жигарнинг шаклига, унинг ўлчамларига ва одамнинг ёшига боғлиқ равишда ўзгаради. Жигар дарвозасининг топографияси жигар қон томирларининг тармоқланиши, жигарни ичида ўт йўллариининг шаклланиш ҳолатидан дарак беради. Болаларда жигар дарвозаси жигарнинг висцерал юзасининг ўртасида, олдинги ёки орқа қирғоқга яқинроқ жойлашиши мумкин. Жигарнинг дарвозасини ҳолати кузатилган ўғил болаларда 42 % ҳолатда, қиз болаларда 38% ҳолатда дарвоза жигар кенглигининг ўртасида жойлашганлиги аниқланди. Жигар дарвозасининг орқа қирғоғига яқин ҳолати ўғил болаларда 36%, қиз болаларда 19% ҳолатда аниқланди. Жигар дарвозасининг олдинги қирғоғига яқин жойлашиши 22% ҳолатда ўғил болаларда, қиз болаларда 43% ҳолатда кузатилди.

Янги туғилган ва эмизикли даврдаги болаларнинг жигар дарвозасининг ёпиқ тури кўпроқ учрайди. Бизнинг кузатувларимизнинг 71% ҳолатида янги туғилган қиз болаларда, ўғил болаларнинг 67%ида жигар дарвозасининг ёпиқ тури кузатилди. Жигар дарвозасининг ёпиқ тури ўз навбатида жарроҳлик амалиётини ўтказишга қийинчилик туғдиради. Жигарнинг ўлчамларини катталашиши билан жигарнинг дарвозасини топографияси ҳам марказга силжиши билан ўзгарди. Биринчи болалик даврига келиб жигарнинг дарвозаси жигарнинг марказига тўғри келди. Ўсмирлик даврига келиб жигарнинг дарвозаси олдинги қирғоқдан 7,1 орқа қирғоқдан эса 7,3 см узоқликда жойлашади. Болаларда жигар дарвозаси жигарнинг висцерал юзасининг ўртасида, ёки олдинги ёки орқа қирғоқга яқинроқ жойлашиши мумкин.

Жигарнинг анатомик кўрсаткичлари ёшга қараб ўзгариб боради (2 -3 расмларга қаранг). Янги туғилган ўғил болаларда жигарнинг ўнг бўлаклари баландлигининг ўртача кўрсаткичлари $60 \pm 1,3$ мм, чап бўлаги эса ўртача $40,3 \pm 0,8$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса мос равишда $27,8 \pm 0,7$ мм ва $20,2 \pm 0,4$ мм ва олдинги ва орқа ўлчами $48,5 \pm 1,1$ мм ўнг бўлаги ва чап бўлаги $22,3 \pm 1,3$ мм га тенглиги аниқланди. Янги туғилган қиз болаларда жигарнинг ўнг бўлаклари баландлигининг ўртача кўрсаткичлари $57 \pm 0,8$ мм, чап бўлаги эса ўртача $36,5 \pm 0,4$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса мос равишда $23,2 \pm 0,5$ мм ва $15,3 \pm 0,9$ мм ва олдинги ва орқа ўлчами $43,3 \pm 0,8$ мм ўнг бўлаги ва чап бўлаги $18,3 \pm 1,1$ мм га тенглиги аниқланди. Янги туғилган болаларнинг жигарининг ўнг ва чап бўлагининг ўлчамлари бир-бирига яқин эканлиги аниқланди.

Эмизикли даврданоқ болаларда ўнг бўлакнинг чап бўлакга нисбатан кўпроқ катталашиши кузатилди. Бу даврда ўғил болаларнинг жигарининг ўлчамлари янги туғилган болаларникига қараганда ўнг бўлагининг баландлиги ва кенглиги 13% га, олдинги орқа ўлчамини 5% га катталашиши кузатилди, чап бўлагини ўлчамлари эса баландлиги 5%, кенглиги 9% ва олдинги орқа ўлчамини 10%га катталашиши кузатилди. Қиз болаларда эса жигарининг ўлчамлари бу даврда янги туғилган болаларникига қараганда ўнг бўлагининг баландлиги 12% га, кенглиги 17%, олдинги орқа ўлчамини 7% га катталашиши кузатилди, чап бўлагини ўлчамлари эса баландлиги 5%, кенглиги 15% ва олдинги орқа ўлчамини 9%га катталашиши кузатилди. Бу даврда ўғил болаларда жигарнинг ўнг бўлаклари баландлигининг ўртача кўрсаткичлари $68 \pm 0,3$ мм, чап бўлаги эса ўртача $42,7 \pm 1,2$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса мос равишда $30,8 \pm 1,1$ мм ва $21,9 \pm 1,8$ мм ва олдинги ва орқа ўлчами $51,3 \pm 0,6$ мм ўнг бўлаги ва чап бўлаги $24,7 \pm 0,7$ мм га тенглиги аниқланди. Эмизикли даврда қиз болаларда жигарнинг ўнг бўлаклари баландлигининг ўртача кўрсаткичлари $64,3 \pm 1,1$ мм, чап бўлаги эса ўртача $38,4 \pm 1,2$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса мос равишда $27,2 \pm 0,5$ мм ва $17,3 \pm 0,9$ мм ва олдинги ва орқа ўлчами $46,7 \pm 0,8$ мм ўнг бўлаги ва чап бўлаги $20,1 \pm 0,5$ мм га тенглиги аниқланди.

Эрта болалик даврида жигарнинг ўлчамларини эмизикли даврдагига нисбатан жадал катталашиши кузатилди. Бу ёшдаги ўғил болаларда жигарнинг ўнг бўлагининг баландлиги олдинги даврдагига қараганда 17% катталашиб ўртача $79,7 \pm 1,9$ мм, чап бўлагининг баландлиги эса 6% кўпайди ва ўртача $42,7 \pm 0,9$ ммга тенг бўлди. Ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса 34 ва 10 % га катталашди ва мос равишда ўлчами - $41,5 \pm 1,2$ мм ва $24,3 \pm 1,8$ мм ташкил қилди. Жигарнинг ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача $59,8 \pm 1,2$ мм ва чап бўлаги $28,9 \pm 1,5$ мм га тенг бўлиб, ўсиш темпи 16 ва 17% қайд қилди. Бу даврдаги қиз болаларда жигарнинг ўнг бўлагининг баландлиги олдинги даврдагига қараганда 12% катталашиб ўртача $72,3 \pm 0,4$ мм, чап бўлагининг баландлиги эса 7% кўпайди ва ўртача $41,3 \pm 0,5$ ммга тенг бўлди. Ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса 33 ва 21 % га катталашди ва мос равишда ўлчами ўртача $36,3 \pm 1,0$ мм ва $21,1 \pm 0,5$ мм ташкил қилди. Жигарнинг ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача $53 \pm 1,2$ мм ва чап бўлаги $25,2 \pm 1,5$ мм га тенг бўлиб, ўсиш темпи 13 ва 25% қайд қилди.

Биринчи болалик даврида жигарнинг ўлчамлари олдинги ёшга нисбатан унчалик кўп ўзгармади. Жигарнинг ўнг бўлаги баландлиги ўртача 5,6 ммга, чап бўлагининг баландлиги эса 5,7 ммга, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса 7,8 ва 4,3 ммга ва ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача 6 мм ва чап бўлагига бу ўлчам 4,8 ммга катталашгани аниқланди. Бу

даврда ўғил болаларда жигарнинг ўнг бўлаклари баландлигининг ўртача $87,2 \pm 0,8$ мм, чап бўлаги эса ўртача $51,2 \pm 1,2$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса мос равишда $49,3 \pm 0,9$ мм ва $28,6 \pm 0,4$ мм ва олдинги ва орқа ўлчами $65,8 \pm 0,06$ мм ўнг бўлаги ва чап бўлаги $33,7 \pm 0,8$ мм га тенглиги аниқланди. Қиз болаларда болаликнинг бу даврида жигарнинг ўнг бўлаги баландлиги ўртача $11,8$ ммга, чап бўлагининг баландлиги эса $4,9$ ммга, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса $8,8$ ва $4,1$ ммга ва ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача $9,4$ мм ва чап бўлаги да бу ўлчам $4,3$ ммга катталашгани аниқланди. Қиз болаларда бу кўрсаткичлар ўртача қуйидагини ташкил қилди жигарнинг ўнг бўлаклари баландлигининг - $84,1 \pm 0,2$ мм, чап бўлаги эса ўртача $46,2 \pm 1,3$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса мос равишда $45,1 \pm 0,3$ мм ва $25,2 \pm 0,4$ мм ва олдинги ва орқа ўлчами $62,4 \pm 0,6$ мм ўнг бўлаги ва чап бўлаги $29,5 \pm 1,2$ мм га тенглиги аниқланди.

Иккинчи болалик даврида жигарнинг ўлчамлари олдинги ёшга нисбатан ишончли ўзгаришлар кузатилди ва бу ўлчамлар қуйидагича ўзгарди: Бу ўзгариш айниқса қиз болаларда яққол акс этди. Жигарнинг ўнг бўлаги баландлиги ўғил болаларда ўртача $97,9 \pm 2,3$ мм, чап бўлагининг баландлиги эса ўртача $55,3 \pm 0,9$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса $56,2 \pm 1,8$ мм ва $34,5 \pm 1,1$ мм ва ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача $78,0 \pm 0,2$ мм ва чап бўлаги $38,3 \pm 2,2$ мм га тенг бўлди. Қиз болаларда эса жигарнинг ўнг бўлаги баландлиги ўртача $98,3 \pm 2,3$ мм, чап бўлагининг баландлиги эса ўртача $56,7 \pm 0,9$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса $53,6 \pm 1,8$ мм ва $30,1 \pm 1,1$ мм ва ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача $72,3 \pm 0,2$ мм ва чап бўлаги $36,2 \pm 2,2$ мм га тенг бўлди. Болаликнинг бу даврида жигарнинг ўнг бўлагининг баландлиги ўғил болаларда 12% га, чап бўлагининг баландлиги эса 8% га ўсди, кенглиги эса ўнг бўлақда 13% га 20% чап бўлаги катталашди. Олдинги орқа бўлақ эса ўнг бўлақда 18% га чап бўлақ эса 13% га ошганлиги аниқланди. Қиз болаларда эса ўнг бўлагининг баландлиги 16% га, чап бўлагининг баландлиги эса 22% га ўсди, кенглиги эса ўнг бўлақда 18% га 19% чап бўлаги, олдинги орқа бўлақ эса ўнг бўлақда 15% га чап бўлақ эса 22% га ошганлиги кузатилди.

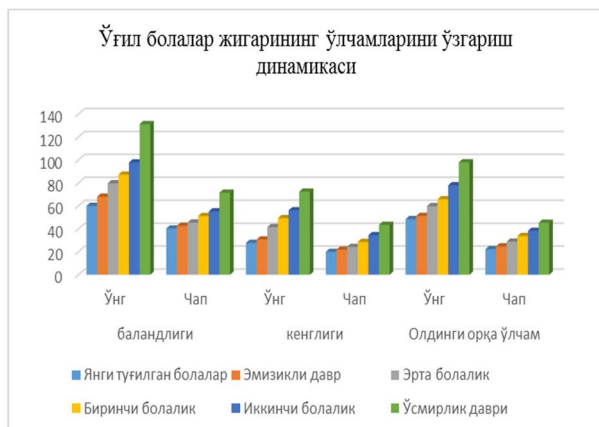
Ўсмирлик даврида жигарнинг ўлчамлари олдинги ёшга нисбатан ишончли ўзгариши кузатилди. Ўсмирлик давридаги ўғил болалар жигари ўнг бўлагининг баландлиги ўртача $131,3 \pm 3,9$ мм, чап бўлагининг баландлиги эса ўртача $71,5 \pm 2,2$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса $72,5 \pm 1,2$ мм ва $43,5 \pm 1,4$ мм ва ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача $98 \pm 1,2$ мм ва чап бўлаги $45,3 \pm 1,2$ мм га тенгли аниқланди (1 ва 2 - расмга қаранг). Болаликнинг бу даврида жигарнинг ўнг бўлагининг баландлиги ўғил болаларда 34% га, чап бўлагининг баландлиги эса 29% га ўсди, кенглиги эса ўнг бўлақда 29% га 26% чап бўлаги катталашди. Олдинги орқа бўлақ эса ўнг бўлақда 25% га чап бўлақ эса 18% га ошганлиги аниқланди. Бу даврда жигарнинг ўлчамлари қиз болаларда қуйидагича ўзгарди. Жигарнинг ўнг бўлаги баландлиги ўртача $125,3 \pm 1,5$ мм, чап бўлагининг баландлиги эса ўртача $69,2 \pm 1,1$ мм, ўнг ва чап бўлақларнинг кенглиги эса $65,1 \pm 1,3$ мм ва $37,4 \pm 0,5$ мм ва ўнг бўлагининг олдинги ва орқа ўлчами ўртача $87,7 \pm 0,8$ мм ва чап бўлаги $40,3 \pm 0,6$ мм га тенг бўлди. Бу даврда олдинги даврга нисбатан солиштирилганида жигарнинг баландлиги ўнг бўлақда 27% га, чап бўлақда эса 22% га ошганлиги, кенглиги эса мос равишда 21 ва 24% ларга ошганлиги, олдинги ва орқа ўлчами ўнг ва чап бўлақларда 21 ва 11% га ошганлиги қайд этилди.

Жигар дарвозасининг турини баҳолаганимизда кузатувларимизнинг натижалари 55 нафар ўғил боладан $32(64\%)$ нафар болаларда жигар дарвозасининг очик тури, $16(32\%)$ нафарида аралаш тури ва $2(4\%)$ нафарида ёпиқ тури учради.

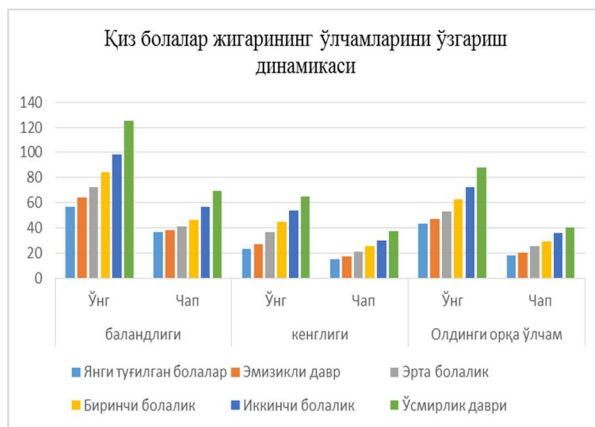
Қиз болаларда эса ёпиқ тури ўғил болаларга нисбатан кўпроқ, яъни жами 45 нафар қиз болалардан $6(13,3\%)$ нафарида ёпиқ тури, $27(60\%)$ нафарида очик тури, $12(26,6\%)$ нафарида жигар дарвозасининг аралаш тури учради.

Жигар дарвозасининг турига қараб дарвозанинг узунлиги, кенглиги ва чуқурлиги ҳам ўзгаради. Жигар дарвозасининг очик турида дарвоза венасининг ўлчамлари, жигар артериясини ва ўт йўллариининг ўлчамлари каттароқ бўлиб, бу ўша соҳада ўтказилаётган жарроҳлик амалиётига қулай шароит яратади. Жигар дарвозасининг ёпиқ турида эса дарвоза

венасининг узунлиги, жигар артерияси ва ўт йўллари узунлиги калта бўлиб, жарроҳлик амалиётида қийинчиликга сабаб бўлади.



2-расм. Ўғил болалар жигарининг ўлчамларини ёшга қараб динамикада ўзгариши



3-расм. Қиз болалар жигарининг ўлчамларини ёшга қараб динамикада ўзгариши

Жигар дарвозаси янги туғилган чақалоқларда жигарнинг орқа қирғоғига яқин жойлашади. Эрта болалик ва биринчи болалик давларида ҳам жигар дарвозасини орқа қирғоқга яқин жойлашганлиги аниқланди. Иккинчи болалик давларига келиб ва ўсмир болаларда жигар дарвозаси ўртада жойлашганлигини кўриш мумкин. Жигар дарвозасининг турига қараб жарроҳ жигар қон томирлари ва ўт йўллари тармоқланиши ҳақида хулоса қилиши мумкин. Қиз болаларда 2 нафар ҳолатларда жигар дарвозасини олдинги қирғоқга яқинроқ жойлашган турларини ҳам учратдик. Жигар дарвозасини топографияси жигарнинг шаклига, унинг ўлчамларига ва одамнинг ёшига боғлиқ равишда ўзгаради. Жигар дарвозасининг топографияси жигар қон томирларининг тармоқланиши, жигарни ичида ўт йўллари шаклланиш ҳолатидан дарак беради. Болаларда жигар дарвозаси жигарнинг висцерал юзасининг ўртасида, ёки олдинги ёки орқа қирғоқга яқинроқ жойлашиши мумкин.

Шундай қилиб болаларда кўп ҳолатларда жигар дарвозасининг ёпиқ турдаги жойлашиши учрайди. Қиз болаларда ўғил болаларга нисбатан ёпиқ тури кўпроқ учрашини аниқладик. Жигар дарвозасининг орқа қирғоқга яқин жойлашуви жарроҳлик амалиёти учун қийинчилик туғдиради.

Янги туғилган чақалоқларда ўт пуфагининг шакли кўпинча узунчоқ шаклда эканлиги аниқланди. Болаларнинг ёши катталашган сари ўт пуфагининг шакли ҳам ўзгариб борди. 29 та ҳолатда ўт пуфагининг шакли цилиндрсимон, 17 та ҳолатда ноксимон (4-расм), 6 ҳолатда узунчоқ шаклда эканлиги аниқланди.



4-расм. 7 ёшли Н исмли қиз боланинг ўт пуфагининг кўриниши. Ноксимон шаклдаги ўт пуфаги

Турли ёшдаги болаларнинг ўт пуфагини корин олдинги деворига проекциясининг турли хил вариантларини кузатдик. Ўт пуфагининг пастки қисмини қорин олд деворига жойлашиши ҳақидаги маълумотларимиз умумий қабул қилинган маълумотларга ва мурда материали бўйича олиб борилган тадқиқотларимизга мос келади.

Умумий ўт йўли турли ёшдаги болаларда жигар ўн икки бармоқли ичак бойламининг ичида жойлашиб, 80% ҳолатларда дарвоза венасидан ўнг томонда ва олдинда жойлашганлиги аниқланди. Умумий жигар йўлининг ҳосил бўлишида 2 тадан 4 тагача йўл иштирок этади. Кузатувларимизнинг барча ҳолатида ўнг жигар йўли, чап жигар йўлига қараганда калтарок эканлиги аниқланди. Умумий жигар ўт йўлининг узунлиги болаликнинг турли ёшида, 4,2 мм эмизикли болаларда ва 39,5 мм гача ўсмирлик даврида, диаметри эса мос равишда 0,95 мм дан 4,93 мм гача ўлчамда эканлигини аниқланди (1-жадвалга қarang).

1-жадвал

Умумий жигар йўлининг узунлиги ва диаметрининг ёшга қараб ўзгариши, мм

| Ёши | Узунлиги | | Диаметри | |
|-------------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | Ўғил болалар | Қиз болалар | Ўғил болалар | Қиз болалар |
| Янги туғилган чақалоқлар (1-10 кун) | 4,2±1,2 | 4,1±0,8 | 0,95±0,02 | 0,9±0,02 |
| Эмизикли давр (11 кун-1 ёш) | 9,9 ±1,1 | 9±0,4 | 1,4±0,09 | 1,1±0,06 |
| Эрта болалик даври (1 ёш 3 ёш) | 19,1 ±1,7* | 17,5±0,6 | 1,5±0,09 | 1,3±0,3* |
| Биринчи болалик даври (4 ёш-7 ёш) | 24,1 ±1,4 | 22,3±1,3 | 1,85±0,5 | 1,6±0,7* |
| Иккинчи болалик даври (8 ёш-12 ёш) | 29,1±2,2* | 26,4±1,6* | 2,91 ±0,2* | 2,2±1,3 |
| Ўсмирлик даври (13-16 ёш) | 39,5±2,7* | 32,9±1,1 | 4,93±1,7* | 3,8±0,8 |

Изоҳ: * - p<0,05 олдинги даврга нисбатан ишончли

Бизнинг таҳлилларимизга кўра, умумий жигар йўлининг диаметрининг ўсиш темпи кўкрак ёшидаги болаларда 27%, эрта болалик даврида 7 %, биринчи болалик даврида 23%, иккинчи болалик даврида 57% ва ўсмирлик даврида эса 71% ташкил қилди.

Умумий жигар ўт йўлини ҳосил бўлишида биз бир нечта вариантларни кўрдик.

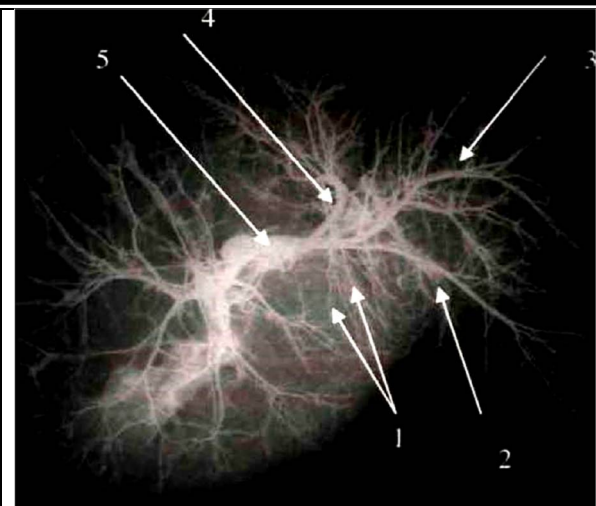
Умумий жигар йўлининг шаклланишини оддий тури. Қиз болаларнинг 47 (71,2%) нафарида ўнг ва чап йўлларнинг қўшилишидан ҳосил бўлди. Бу анатомик вариант ўғил болаларда кўпроқни ташкил қилди, яъни, 79(88,6%) нафарида учради.

Умумий жигар йўлининг тўртта йўл қўшилишидан ҳосил бўладиган варианты. Бу вариант қиз болаларда 12(18,1%) нафарида, ўғил болаларнинг эса 6(6,7%) нафарида ҳолатда кузатилди. Бу вариант кам учрайдиган ҳолат бўлиб, 4 та йўлдан ҳосил бўлади, ўнг жигар бўлагидан чиқувчи олдинги ва орқа тармоғидан, жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи тармоқ ҳамда чап жигар йўлининг қўшилишидан ҳосил бўлган умумий жигар йўли билан изоҳланган. Умумий жигар йўлининг ҳосил бўлишини мураккаб варианты чап жигар йўли, ўнг жигар йўлининг олдинги ва орқа тармоқлари, квадратсимон ва думли бўлакнинг йўлларининг қўшилишидан ҳосил бўлиши аниқланди. Бундай ҳолатлар камроқ кузатилиб, қиз болаларда 7(10,6%) нафар ва ўғил болаларнинг эса 4(4,4 %) нафарида кузатилди.

Умумий жигар йўли чап ва ўнг жигар йўлларининг ўзаро қўшилиш бурчаги турлича бўлиши мумкин (5-6 расмлар). Янги туғилган чақалоқларда ўнг жигар йўли умумий жигар йўлига қуйилиш соҳаси 90 градусни ташкил қилиб қиз болалар ва ўғил болаларда қуйилиш бурчаги фарқ қилмади.



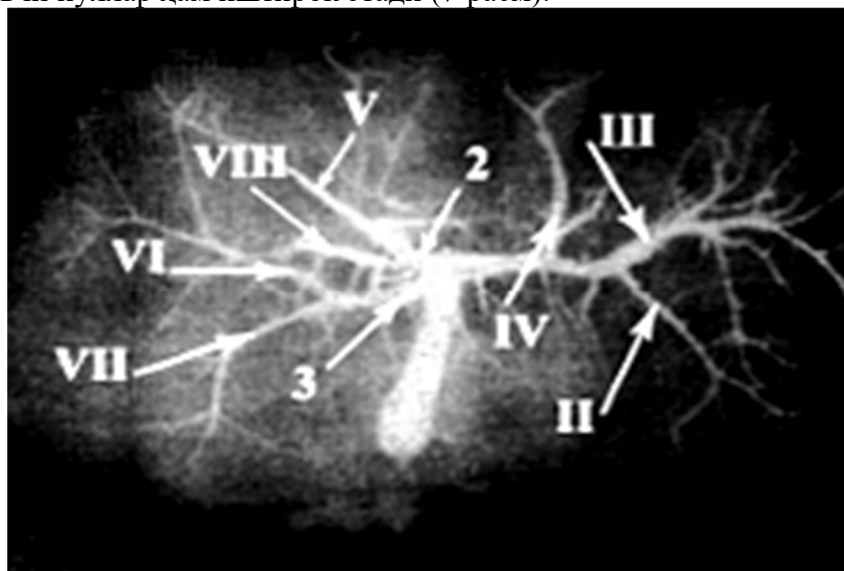
5-расм. 4 ойлик боланинг жигари. Ўнг ва чап ўт йўлларининг қўшилишидан умумий жигар йўли ҳосил бўлиши.



6-расм. Чап жигар ўт йўлининг ҳосил бўлиши.

Чап жигар йўли эса 70 градус бурчак остида қуйилади. Болаликнинг кейинги даврларида ўнг жигар йўлининг қуйилиши ўғил болаларда аста секин 60-70 градусни ташкил қилди. Қиз болаларда эса 70-80 градус эканлиги аниқланди. Чап жигар йўли эса 60-70 градус бурчак остида қуйилиши аниқланди. Олинган бу хулосаларнинг амалий аҳамияти шундан иборатки, чап жигар йўли ўт суюқлигини фақатгина чап бўлақдан, квадратсимон ва думли бўлақдангина хайдаб қолмай жигарнинг ўнг бўлагидан ҳам хайдайди. Жигарнинг бундай анатомик тузилишини жигарнинг чап бўлагини резекция қилаётган пайтда инобатга олиш керак. Юқорида келтирилган маълумотлар жигарда ўтказилаётган жарроҳлик амалиётида оғир асоратлар келиб чиқишини олдини олади.

Чап жигар йўли кўпгина ҳолатларда жигарнинг чап бўйлама эгатида жойлашади, баъзан эса жигарнинг чап бўлагининг паренхимасида жойлашиши, кам ҳолатларда эса кўндаланг эгатнинг ўрта қисмида, тахминан умумий жигар йўли бошланган соҳа билан чап бўйлама эгатнинг ўрта соҳасига жойлашишини ҳам учратиш мумкин. Чап жигар ўт йўли иккита сегментдан СII ва СIII чиқаётган йўллар қўшилишидан ҳосил бўлади. Чап жигар йўлини шаклланишида сегментар СII ва СIII йўллардан ташқари жигарнинг квадратсимон ва думли бўлагидан чиқувчи йўллар ҳам иштирок этади (7-расм).



7-расм. Умумий жигар ўт йўлининг ҳосил бўлиши.

Чап жигар йўлининг шаклланишида иштирок этувчи иккита асосий йўлнинг биттаси 3 тадан 9 тагача ўт йўлларнинг қўшилишидан ҳосил бўлади. Чап жигар йўлининг узунлиги янги

туғилган чақалоқларда ўртача 1,34 ммдан ўсмир ёшидаги болаларда 59,5 ммгача, диаметри эса 0,7 мм дан янги туғилган чақалоқларда, ўсмир болаларда 4,6 мм гача эканлиги аниқланди. Чап жигар ўт йўли кузатувларимизнинг 15,7% ҳолатида 2 та ўт йўлининг қўшилишидан ҳосил бўлади. 85,6% ҳолатда чап жигар ўт йўлига жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи ўт йўли қўйилиши аниқланди. 89,2% ҳолатда эса чап жигар йўлига думли бўлак ўт йўли ҳам қўйилиш ҳолатлари аниқланди. Шундай қилиб чап жигар ўт йўлининг шаклланишида асосий 2 та сегментдан чиқувчи йўллардан ташқари, жигарнинг квадратсимон ва думли бўлакдан чиқувчи ўт йўллари ҳам қўшилишидан ҳосил бўлади.

Ўнг жигар ўт йўли жигар дарвозасидан ўнг томонда олдинги ва орқа ўт йўлларининг қўшилишидан ҳосил бўлади. Ўнг жигар ўт йўли ўнг медиал сегмент ва ўнг латерал сегментларнинг қўшилишидан шаклланади. Бизнинг кузатувларимизнинг 20,5% ҳолатда ўнг жигар йўли шаклланмаган бўлиб, унинг ирмоқлари 1 та ҳолатда умумий ўт йўлига, 3 та ҳолатда чап жигар йўлига ва 3 та ҳолатда умумий жигар йўлига қўйилишини кузатдик. Ўнг жигар йўлининг шаклланмаган ҳолати бизнинг кузатувларимизда асосан қиз болаларда кўпроқ учради. Ўрганилган ҳолатларнинг 82,3% ҳолатларда ўнг жигар йўли ўнг медиал соҳа ўт йўллари (CV ва CVIII сегментлари ўт йўллари) ва ўнг ён соҳа (CVI ва CVII сегментлари ўт йўллари) йўлидан шаклланиши, 15,3% ҳолатларда ўнг ўт йўли бўлмаслиги аниқланди.

Ўнг жигар ўт йўли жигар дарвозасидан ўнг томонда олдинги ва орқа ўт йўлларининг қўшилишидан ҳосил бўлади. Ўнг жигар ўт йўли ўнг медиал сегмент ва ўнг латерал сегментлар ўт йўлининг қўшилишидан шаклланади. Ўнг жигар йўли мавжуд бўлмаган ҳолатларда бу йўлга қўйиладиган ўт йўллари 65,9% ҳолатда умумий ўт йўлига, қолган ҳолатларда эса чап ўт йўлига қўйилиши кузатилди. Ўнг жигар ўт йўлининг орқа тармоғи ўнг ён соҳадан ўт суюқлигини йиғади. Бу ўт йўли CVI ва CVII сегментлари ўт йўлларидан ҳосил бўлади. Ўнг жигар ўт йўлининг олдинги тармоғи эса CV ва CVIII сегментлардан чиқувчи ўт йўлларининг қўшилишидан шаклланади. Бу ўт йўлларининг ҳосил бўлишида 2 тадан 4 тагача ўт йўллари иштирок этади. Фақатгина 12 нафар ҳолатларда ўнг жигар йўли шаклланишида 3 та тармоқ иштирок этганлиги аниқланди. Чап ва ўнг жигар йўлларининг узунлиги солиштирилганда кўп ҳолатларда чап жигар йўли узунроқ эканлиги аниқланди. Лекин бу иккита йўлнинг диаметрлари бир-биридан унчалик фарқ қилмади. Ўнг жигар йўли ўткир бурчак остида қўйилиши кузатилди. Бу эса ўт суюқлигини димланмасдан ўт йўллардан чиқишига яхши шароит яратади. Ўнг жигар йўлининг узунлиги янги туғилган болаларда 2,5 мм га тенг бўлди. Бу йўлнинг диаметри эса янги туғилган болаларда 0,5 мм ни ташкил қилди. Ўсмир ёшига келиб ўнг ўт йўлининг узунлиги 48 мм га, диаметри эса 5,3 мм гача катталашганлиги аниқланди.

Жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи ўт йўли чап медиал сегментдан яъни IV сегментдан чиқувчи ўт йўли бўлиб ҳисобланади. Жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи ўт йўли битта ўт йўли, баъзи ҳолатларда эса 2 та ўт йўлининг қўшилишидан ҳосил бўлди. Кузатувларимиз 82% ҳолатда жигарнинг квадратсимон бўлагидан ягона йирик йўл чиқишини кўрсатди. Кўп ҳолларда кузатувларимизнинг 72,3% ҳолатида жигарнинг квадрат бўлагидан чиқувчи битта ёки бир нечта ўт йўллари чап ўт йўлига қўйилади. Бу бўлакдан чиқувчи йўллар чап жигар йўлининг ҳосил бўлишидан умумий ўт йўлига қўшилган жойигача қўйилиши мумкин. Кузатувларимизнинг 12,6% ҳолатларида жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи бир ёки бир нечта ўт йўлининг CIII сегментига, яъни олдинги латерал сегментга тўғридан-тўғри қўйилиши аниқланди. Камроқ ҳолатларда, яъни кузатувларимизнинг 7,3% ҳолатларида жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи бир нечта ўт йўлларининг бевосита тўғридан- тўғри умумий ўт йўлига қўйилиши кузатилди. Жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи йўллар бир нечта бўлган пайтда, улар (3,9% ҳолатда) чап жигар ўт йўлига ва чап латерал ўт йўлига қўйилиши кузатилди. Фақатгина 1 ҳолатда биз битта квадратсимон бўлакдан чиққан 1 та ўт йўли тўғридан-тўғри умумий жигар йўлини ҳосил қилишда иштирок этишини аниқладик. Бизни эътиборимизни тортган ҳолат, жигарнинг квадратсимон бўлагидан чиқувчи ўт йўлининг чап латерал сегментга қўйилиши кузатилди. Бу ҳолат жигарда резекциялар ўтказилаётган пайтда асоратларни олиш мақсадида эътиборга олиниши шарт деб

3. Дронов А.Ф. Лапароскопия в диагностике у новорожденных и грудных детей и их лечении / Дронов А.Ф., Холостова В.В. // Эндоскоп. хир. –2004. - №6. – С. 35 – 38.
4. Ефременков А.М. Вариантная анатомия печени и желчевыводящих путей у новорожденных и грудных детей /Ефременков А.М., Игнатъев Е.М., Свиридов А.А. //Евразийский Союз Ученых .-2015.-№ 5 (14). – С. 30 – 31.
5. Орехов В. Ф. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. – 2004. – № 5. – С. 57–60.
6. Машарипова Х.К., Ахмедова С.М. Особенности образования общего печеночного протока у детей в постнатальном онтогенезе // Журнал: Вестник Ташкентской медицинской академии – Ташкент, 2020. №5 – С.79-81.
7. Машарипова Х.К., Машарипов С.М., Ахмедова С.М., Усмонов Р.Ж., Машарипов А.С. Anatomical Structure of Childrens Liver in Different Age //American journal of Medicine and Medical Sciences–America, 2021. 11 (5): P. 426-433. DOI:10.5923/j.ajmms.20211105.15.
8. Otte J.B., Reding R., de Ville de Goyet J. et al.Experience with living related liver transplantation in children. Acta Gastroenterol Belg 1999; 62: 355—362.
9. Should open Kasai portoenterostomy be performed for biliary atresia in the era of laparoscopy / Wong K.K., Chung P.H., Chan K.L. et al. // Pediatr. Surg. Int. – 2008. – №24. – P. 931 – 933.
10. Tajiri T., Yoshida H., Mamada Y., Taniai N., Yokomuro S., Mizuguchi Y. Diagnosis and initial management of cholangiocarcinoma with obstructive jaundice // World j. gastroenterol. – 2008. – May 21. № 14 (19). – P. 3000–3005.
11. Absence of the ductus venosus [Text] / U. Sothinathan [et al.] // Acta Pediatr. - 2006, May. - 95(5). - P. 620 - 621
12. Strazzabosco, M. Pathophysiology of cholangiopathies [Text] / M. Strazzabosco, L. Fabris, C. Spirli // J. Clin. Gastroenterol. - 2005, Apr. - 39 (Suppl. 2).-P. 90- 102. Review.
13. Nonvascular complications in pediatric liver recipients: multidetector computed tomography evaluation [Text] / N. Tutar [et al.] // Transplant. Proc. - 2006, Mar.-38(2).-P. 607-610.
14. Uflacker, R. Angiographic findings in biliary atresia [Text] / R. Uflacker, D. M. Pariente // Cardiovasc. Intervent. Radiol. - 2004, Sep-Oct. - 27(5). - P. 486 - 490.
15. Expression of osteopontin correlates with portal biliary proliferation and fibrosis in biliary atresia [Text] / P. F. Whittington [et al.] // Pediatr. Res. - 2005, Jun. -57(6).-P. 837-844.
16. Sonographic measurements of normal gallbladder sizes in children [Text] / J. H. Yoo [et al.] // J. Clin. Ultrasound. - 2003. - 31 (2). - P. 80 - 84.



УДК 616.34-002.153

AKHMEDOV Adkham Ibadullaevich

PhD

Samarkand State Medical University

FAYAZOV Abdulaziz Djalilovich

Doctor of Medical Sciences, Professor

Republican Research Center of Emergency Medicine

SOME MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF THE DUODENAL GLANDS IN THERMAL INJURY

For citation: Akhmedov I. Adkham, Fayazov Dj. Abdulaziz. Some morphofunctional changes of the duodenal glands in thermal injury. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.85-88

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835247>

ANNOTATION

The dynamics of structural changes in the glands of the duodenum was studied at various times after experimental thermal injury. In the early stages after thermal injury, hypertrophy and an increase in the secretory activity of the glands occur. In later periods, dystrophic changes appear, manifested by a decrease in the number of duodenal glands and the death of their glandulocytes. The noted atrophic processes can be caused by both toxemia and hemodynamic disturbances, leading to pronounced edema of the intestinal submucosa.

Keywords: burn injury, duodenum, duodenal glands

АХМЕДОВ Адхам Ибдуллаевич

PhD

Самаркандский государственный медицинский университет

ФАЯЗОВ Абдулазиз Джалилович

Доктор медицинских наук, профессор

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

НЕКОТОРЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

АННОТАЦИЯ

Исследована динамика структурных изменений в железах двенадцатиперстной кишки через различные сроки после экспериментальной термической травмы. В ранние сроки после термической травмы происходит гипертрофия и возрастание секреторной деятельности желез. В более поздние сроки проявляются дистрофические изменения, проявляющиеся уменьшением числа дуоденальных желез и гибелью их glandulocytov. Отмеченные

атрофические процессы могут быть вызваны как токсемией, так и нарушением гемодинамики, приводящей в выраженному отеку подслизистой основы кишки.

Ключевые слова: ожоговая травма, двенадцатиперстная кишка, дуоденальные железы

АХМЕДОВ Адхам Ибадуллаевич

PhD

Самарканд давлат тиббиёт университети

ФАЯЗОВ Абдулазиз Джалилович

Тиббиёт фанлари доктори, профессор

Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази

ТЕРМИК ЖАРОҲАТДА ДУОДЕНАЛ БЕЗЛАРНИНГ АЙРИМ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Экспериментал куйиш жароҳатида термик куйиш жароҳатининг турли муддатларида ун икки бармоқ ичак безларида структур динамик ўзгаришлар кузатилди. Куйиш жароҳатининг эрта даврларида дуоденал безлар гиперплазияси ва улар секретор хужайраларининг юксак морфофункционал фаоллиги кузатилди. Кечки даврларда эса, glanduloцитларда дистрофик ўзгаришлар юзага келиб, дуоденал безларнинг кайиши ва нобуд бўлган ҳоллари кузатилди. Куйишнинг токсемия даврида атрофик жараёнларгемодинамик бузилишлар келтириб чиқариб, бу ичак шиллиқ ости қаватида ривожланган шишларга сабаб бўлиши аниқланди.

Калит сўзлар: куйиш жароҳати, ун икки бармоқ ичак, дуоденал безлар

Несмотря на достижения современной хирургии, комбустиологии и реаниматологии, диагностика, профилактика и лечение острых гастродуоденальных осложнений у обожженных людей остаются до конца не изученными, что заставляет осуществлять поиск критериев выбора индивидуального подхода у этой категории больных [6,7]. Наиболее частым видом осложнений у тяжелообожженных является поражение желудочно-кишечного тракта, сопровождающееся геморрагическим синдромом [2]. В связи с тем, что клинические признаки появления острой гастродуоденальной патологии и их осложнений у тяжелообожженных часто маскируются различной симптоматикой, большинство из них диагностируют с опозданием [5].

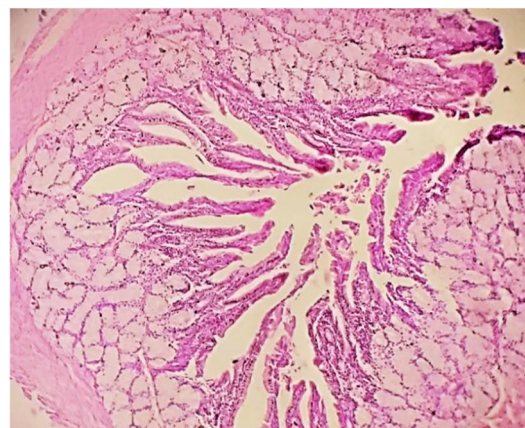
Центральным звеном патогенеза эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки при ожоговой болезни выступает повреждение слизистой оболочки, которое обусловлено дисбалансом защитных механизмов при нарастании эндотоксикоза и нарушением процессов микроциркуляции в подслизистом слое [4]. Выявление морфологических изменений внутренних органов при ожоговая травма – одна из актуальных проблем. Изучение их, особенно в органах пищеварительного тракта, расширяют патогенетические представления о происхождении и профилактики патологических изменений вследствие острых стрессов. Экспериментальные модели ожогов являются важными инструментами для изучения последствий ожогов у человека и новых стратегий лечения [1,3]. В отличие от клинических исследований, экспериментальные модели позволяют напрямую сравнивать различные аспекты ожогов в контролируемых условиях и, таким образом, предоставляют соответствующую информацию о молекулярных механизмах повреждения тканей и заживления ран, а также потенциальных терапевтических мишенях [2,6]. Именно на животных моделях возможно изучение динамики изменений всех структур органов гастродуоденальной области. В этом плане особый интерес представляет изучение гистоструктуры дуоденальных желез, выполняющих выраженную защитную функцию в 12-перстной кишке.

Целью исследования является выявление изменений в железах 12-перстной кишки при экспериментальной термической травме.

Материал и методы. Термическая травма воспроизведена у взрослых кроликов. Содержание животных и экспериментальные воздействия осуществлялись при строгом соблюдении биоэтических норм, принятых в Республике Узбекистан. Под этаминал-натриевым наркозом к выбритой части кожи в спинной области животного на 10 сек прикладывалась медная пластина размером 4x5 см, нагретая до 100°. Забой кроликов выполнялся под этаминал-натриевым наркозом с последующей перерезкой брюшной части аорты через 5 и 10 суток после воспроизведения термической травмы. 12-перстная кишка фиксирована в 12% нейтральном формалине. Затем материал проводили через спиртовую батарею и заливали в парафин. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты и обсуждение. На 5 сутки после термической травмы дуоденальные железы в стенке кишки определяются в очень большом количестве, они занимают большую площадь подслизистой основы (рис.1).

Рис. 1. Тонкие ворсинки, неглубокие крипты в слизистой оболочке, большие группы желез в подслизистой основе. 12-перстная кишка кролика через 5 дней после термической травмы. Окраска гематоксилином и эозином. Об.10, ок.10.



Кроме того, гистологические признаки показывают, что железы проявляют повышенную секреторную активность. Секреторные отделы растянуты слизью, составляющие их слизистые клетки (мукоциты) полностью наполнены слизистым секретом, их ядра уплощены и отеснены к основанию клеток. Через 10 суток после термического экспериментального воздействия отмечается иная морфологическая картина поражения дуоденальных желез кроликов. Нами обнаружено, что дуоденальные железы занимают значительно меньшую площадь в подслизистой основе, по сравнению с предыдущим сроком исследования. Многие секреторные отделы дуоденальных желез содержат glanduloциты с гипохромными ядрами. В некоторых секреторных клетках отмечается кариолизис, т.е., их ядра не определяются. Вокруг групп желез наблюдается выраженный отек соединительной ткани подслизистой основы кишки. Просвет выводных протоков дуоденальных желез узкий, вокруг протоков наблюдается выраженный отек соединительной ткани (рис.2).

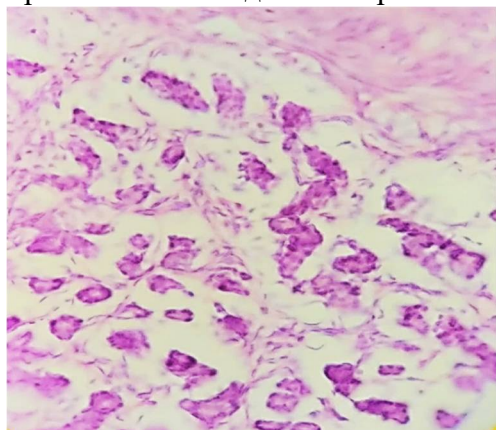


Рис. 2. Выводные протоки дуоденальных желез, отек между ними. 12-перстная кишка через 10 дней после термической травмы. Окраска гематоксилином и эозином. Об.40, ок.10.

Заключение. В динамике исследования последствий термической травмы в 12-перстной кишке через различные сроки после воздействия отмечаются неодинаковые реактивные проявления со стороны дуоденальных желез. В ранние сроки после термической травмы происходит гипертрофия и возрастание секреторной деятельности желез. В более поздние сроки проявляются дистрофические изменения, проявляющиеся уменьшением числа дуоденальных желез и гибелью их glanduloцитов. Отмеченные атрофические процессы могут быть вызваны как токсемией, так и нарушением гемодинамики, приводящей в выраженному отеку подслизистой основы кишки.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Дехканов Т.Д, Блинова С.А, Орипов Ф.С, Ахмедов А.И, Рахманов З.М. Морфология флюоресцирующих структур двенадцатиперстной кишки // Наука и просвещение. Пенза. - 2019. -С.183-187
2. Романенков Н.С. Возможности современных медицинских технологий в профилактике и устранении осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших от ожогов. Автореф.дис....канд. мед. наук. Великий Новгород. 2014.
3. Савченко С.В., Ощепкова Н.Г., Новоселов В.П., Грицингер В.А., Тихонов В.В., Кузнецов Е.В. Экспертная оценка морфологических изменений при ожоговом шоке // Journal of Siberian Medical Sciences. 2018. - С.10–18
4. Убайдуллаева В.У., Фаязов А.Ж., Туляганов Д.Б., Камилов У.Р. Морфологические изменения во внутренних органах у лабораторных животных в эксперименте при электротравме напряжением 500 В // Вестник экстренной медицины, 2019, XII (5) С.75-86.
5. Abdullahi A., Amini-Nik S., Jeschke M.G. Animal models in burn research Cell // Mol Life Sci.2014.-71(17):3241-55.
6. Akhmedov A.I., Fayazov A.D., Babajanov A.S. et al. The possibility of predicting the development of acute gastroduodenal complications in severely burned patients // XXII international correspondence scientific specialized conference «international scientific review of the problems of natural sciences and medicine». Boston. USA. 2021;P.10-15
7. Huber N.L., Bailey S.R., Schuster R. et al. Prior thermal injury accelerates endotoxin-induced inflammatory cytokine production and intestinal nuclear factor- κ B activation in mice // J Burn Care Res. 2012;33(2):279-85.
8. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.
9. РАХМАНОВ Х. А., ИСЛАМОВ Ш. Э., РАХИМОВ Н. М. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 2.



УДК: 616.13/16.233-007.64

BLINOVA Sofya Anatolyevna

Doctor of Medical Sciences, Professor

ORIPOV Firdavs Suratovich


Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

YULDASHEVA Nilufar Bakhtiyarovna**HOTAMOVA Gulzoda Bakhodirovna**

Samarkand State Medical University

RECONSTRUCTION OF PULMONARY BLOOD VESSELS IN INFLAMMATORY PATHOLOGY

For citation: Blinova A. Sofya, Oripov S. Firdavs, Yuldasheva B. Nilufar, Hotamova B. Gulzoda. Reconstruction of pulmonary blood vessels in inflammatory pathology. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 89-92

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835249>

ANNOTATION

Structural features of blood vessels in the areas of the lungs affected and unaffected by the inflammatory process in children with bronchiectasis were revealed. In the area affected by the chronic inflammatory process, changes in both tissue and fibrous structures of the pulmonary vessels are determined. Pathological changes in blood vessels reflect inflammatory changes in the surrounding lung parenchyma.

Keywords: lungs, bronchiectasis, pulmonary vessels

БЛИНОВА Софья Анатольевна

Тиббиёт фанлари доктори, профессор

ОРИПОВ Фирдавс Сураътович

Тиббиёт фанлари доктори, доцент

ЮЛДАШЕВА Нилуфар Бахтияровна**ХОТАМОВА Гулзода Баходировна**

Самарқанд давлат тиббиёт университети

ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНИДА ЎПКА ҚОН ТОМИРЛАРИНИНГ ҚАЙТА ШАКЛЛАНИШИ

АННОТАЦИЯ

Бронхоэктаз касаллиги билан касалланган болаларда ўпканинг яллиғланиш жараёни таъсирланган ва таъсирланмаган жойларида қон томирларининг структуравий хусусиятлари аниқланди. Тадқиқот мақсади болаларда учрайдиган бронхоэктаз касалликларидagi ўпка қон

томирларнинг гистологик хусусиятларини аниқлашдан иборат. Деярли барча ўпка артерияси, венаси ва микроциркулятор қон томирлар ўзанида патологик ўзгаришлар аниқланади.

Калит сўзлар: ўпка, бронхоэктаз касаллиги, қон томирлар.

БЛИНОВА Софья Анатольевна

Доктор медицинских наук, профессор

ОРИПОВ Фирдавс Суръатович

Доктор медицинских наук, доцент

ЮЛДАШЕВА Нилуфар Бахтияровна

ХОТАМОВА Гулзода Баходиревна

Самаркандский Государственный медицинский университет

ПЕРЕСТРОЙКА ЛЕГОЧНЫХ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

АННОТАЦИЯ

Выявлены структурные особенности кровеносных сосудов в пораженных и непораженных воспалительным процессом участках легких при бронхоэктатической болезни у детей. В пораженной хроническим воспалительным процессом участках определяются изменения как тканевых, так и волокнистых структур легочных сосудов. Патологические преобразования сосудов отражают воспалительные изменения окружающей паренхимы легких.

Ключевые слова: легкие, бронхоэктатическая болезнь, легочные сосуды

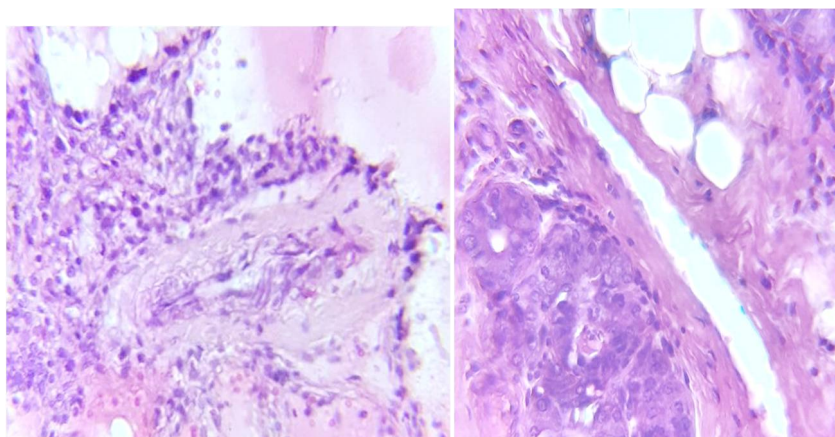
Кириш. Сурункали ўпка касалликлари энг кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланиб, ўпканинг сурункали яллиғланиш касалликлари доимо уларнинг барча тузилмалари, ҳамда ички аъзолар қон томирларига зарар етказиши билан бирга кечади. Ушбу касалликларнинг патогенезида ўпка томирларидаги структуравий ўзгаришлар патологик оқибатларга олиб келиб, ҳаёт қобилиятларини пасайтиради. Буни ўрганиш ҳозирги замонавий терапевтик амалиётларда муҳим роль ўйнайди.

Тадқиқот мақсади. Яллиғланиш жараёнидан шикастланган ва шикастланмаган ўпка соҳалари томирларнинг гистологик тузилиши ва ўзига хос хусусиятларини очиқ бериш.

Материаллар ва усуллар. 5 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларда бронхоэктаз касалликларида жарроҳлик операцияси йўли билан олиниб ўпка қисмлари ўрганилди. Материалнинг турли қисмларидан 5-7 бўлак кесилиб, улар Буэн суюқлигида фиксация қилинди. Ювиш ва сувсизлатиришдан сўнг, ажратилган тўқима бўлакчалари умумий қабул қилинган усул билан парафин ёрдамида зичлаштирилди. Кесмалар Ван-Гизон ва Вейгерт, ҳамда гематоксилин ва эозин бўёқларида бўялди. Гистологик препаратлар ёруғлик-оптик микроскоп остида ўрганилди ва суратга туширилди.

Тадқиқот натижалари. Гистологик препаратларни ўрганишда ўпканинг ўзгармаган ва сурункали яллиғланиш жараёни натижасида ўзгарган қисмлари аниқланди. Аъзонинг бу қисмларида артериялар, турли диаметрдаги веналар ва микроциркулятор қон томирлари аниқланди. Яллиғланиш жараёни натижасида шикастланмаган соҳаларда қон томирлар одатий тузилишга эга. Тўқима ва толали тузилмалар яхши аниқланади. Эндотелий нормохром ядрога эга бўлган хужайралардан ташкил топган миоцитлар айлана бўйлаб жойлашган. Артерияларнинг ички ва ташқи эластик мембраналар яхши аниқланади. Веналарда эластик толалар тарқоқ холда жойлашганлиги аниқланади. Сурункали яллиғланиш билан шикастланган соҳаларда томирларнинг тузилиши ўзгарган. Катта ва ўрта калибмли артерияларнинг деворлари қалинлиги бир хил эмас. Кўпинча артериялар ўртача қавати миоцитлари тартибсиз жойлашган. Айрим миоцитларнинг цитоплазмасида вакуолалар аниқланади. Артериялар девори тузилиши ўзгариши билан бир қаторда эндотелийда ҳам ўзгаришлар кузатилади. Артерия ва веналарда эндотелий гиперхром ядроли кичик хужайралардан иборат, у ҳар доим ҳам яхлит қоплама ҳосил қилмайди. Артерия деворининг

эндотелий ости айрим қисмларида оқиш зоналар мавжуд. Эндотелотцитлар устки қисмларида вакуолалар ҳам қайд этилади. Бу эндотелотцитларда шиш мавжудлигидан дарак беради. Веналар эндотелиоцитларида ҳам ўзгаришлар мавжуд бўлиб, у цитоплазма ва ядро шишиши сифатида намоён бўлади. Эластик толалар ҳам ўзгарган.

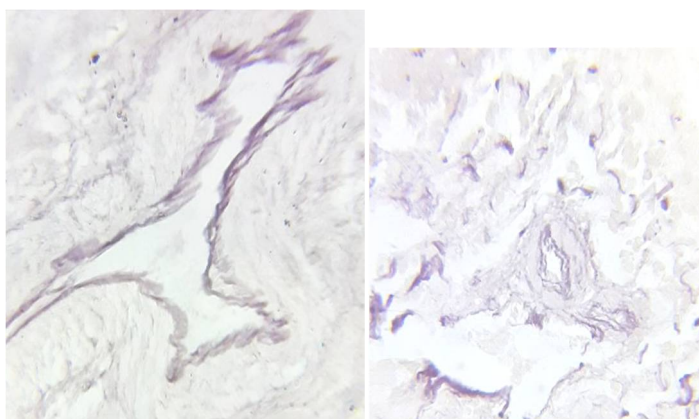


А

Б

Расм 1. Бронхоэктаз касаллигида ўпка қон томирларининг структуравий ўзгариши. Артерия (А) ва вена (Б) қон томир эндотелий ости қавати шиши. Гематоксилин ва эозин билан бўялган. Кат. 100.

Артерияларнинг ички эластик мембранаси икки қатламли бўлиши мумкин, ташқи қавати эса баъзан аниқланмайди. Йирик артериялар ташқи пардасида кўп сонли эластик толалар зич тур ҳосил қилган ёки бирга ёпишган ҳолатда жойлашган кўп сонли эластик толалар аниқланади. Веналарда эластик строма кўп миқдордаги қалинлашган эластик толалардан иборат. Ўпканинг лимфоид тўпламлари аниқланган соҳалардаги қон томирлар деворида лимфоцитлар аниқланди. Склерозга учраган йирик соҳаларда пуччайган қон томирлар аниқланади. Бундай ҳолатда қон томирлар бўшлиғи тирқиш шаклда бўлиб, баъзан қарама қарши деворлари бир бирига ёпишган ҳолда бўлади. Бундай ўзгаришларда томирларнинг ташқи пардаси ўраб турган ташқи зич бириктирувчи тўқимага кўшилиб кетган бўлади.



Расм 2. Артерия қон томир деворининг гиперэластоз ўзгариши. Вейгерт усулида бўялган. Кат. 100.

Хулоса. Бронхоэктаз билан касалланган болалар ўпкасида сурункали яллиғланиш натижасида тўқима тузилмалари ва томирларнинг эластик толалари таркибида ҳам

Ўзгаришлар кузатилади. Қон томирларнинг патологик қайта ўзгаришлари ўпка паренхимасини ўраб турувчи яллиғланиш жараёнининг натижаси ҳисобланади.

REFERENCES/ РЕКОМЕНДАЦИИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Блинова С.А., Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д. Морфофункциональные особенности нейроэпителиальных телец в респираторном отделе легких //Вестник науки и образования, 2020. № 10 (88). 3 қисм. 82-85 бет.
2. Блинова С.А., Хамидова Ф.М., Исмаилов Ж.М. Изменения структурных компонентов бронхиального секрета при бронхоэктатической болезни у детей //Вопросы науки и образования, 2019. 27(76). 16-23 бет.
3. Васина Л.В. Функциональная гетерогенность эндотелия (обзор) /Л.В. Васина, Т.Д. Власов, Н.Н. Петрищев //Артериальная гипертензия, 2017. 88-102 бет.
4. Григорьева Н.Ю., Шарабрин Е.Г., Кузнецов А.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, механизмы развития и естественное течение //Медицинский альманах, 2008. № 5. 35-38 бет.
5. Дехканов Т.Д., Блинова С.А., Орипов Ф.С., Дехканова Н.Т. Структурная организация ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки //Вестник науки и образования, 2020. № 14(92). 4 бет. 32-34 бет.
6. Кузник Б.И., Батожаргалова Б.Ц., Витковский Ю.А. Состояние иммунитета и лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии у детей с хроническим деформирующим бронхитом и бронхоэктатической болезнью //Медицинская иммунология, 2008. № 6(10). 583-588 бет.
7. Леонова Е.И. Эндотелиальная дисфункция при интерстициальных заболеваниях легких //Практическая пульмонология, 2017. № 3. 66-72 бет.
8. Михайлова Н.Н., Бондарев О.И., Бугаева М.С. Патоморфологические изменения сосудов сердца и легких при пневмокониозе //Медицина в Кузбассе, 2017. № 3 (16). С. 37-41.
9. Орипов Ф.С., Дехканов Т.Д., Блинова С.А. Пре- и перинатальный онтогенез тканевых и иммунных структур слизистой оболочки тонкого кишечника кроликов //Вестник науки и образования, 2020. 12 (90). 3 қисм. 97-102 бет.
10. Смирнова М.О., Розина Н.Н., Костюченко М.В., Захаров П.П., Ружицкая Е.А. Клинические и патогенетические особенности разных вариантов хронического бронхита у детей //Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2007. Т. 52. № 3. 22-27 бет.
11. Blinova S.A., Khamidova F.M., Ismailov J.M. Congenital and acquired structures in the lungs of bronchiectasis disease in children //Вопросы науки и образования, 2018. 29(41). P. 102-103.
12. Parthasarathi K. The Pulmonary Vascular Barrier: Insights Into Structure, Function, and Regulatory Mechanisms //Adv Anat Embryol Cell Biol, 2018. 228, P. 41-61.
13. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.




УДК:616-001/09.616-072/085

FAYAZOV Abdulaziz Djalilovich
Doctor of Medical Sciences, Professor
Republican Research Center of Emergency Medicine
AKHMEDOV Adkham Ibadullaevich
PhD
Samarkand State Medical University

MORPHOLOGY OF DUODENAL STRUCTURES CONTAINING STRESS MONOAMINES IN EXPERIMENTAL THERMAL INJURY

For citation: Fayazov Dj. Abdulaziz, Akhmedov I. Adkham. Morphology of duodenal structures containing stress monoamines in experimental thermal injury. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 93-98

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835254>

ANNOTATION

Objective: To study the morphology of the structures of the gastroduodenal zone containing stress monomines in experimental burn injury.

Methods: The studies were carried out on 16 rabbits, 4 of them made up the control group. Burn injuries were modeled in 12 rabbits. The first fragments of the obtained material were frozen in a cryostat (without fixation), histotopographic sections were made from them, which were treated with a solution of glyoxylic acid according to the method of V.N. Shvalev and N.I. Zhuchkova.

Results: The morphology of adrenergic nerve structures and open-type endocrinocytes containing stress monoamines (catecholamines and serotonin) due to experimental thermal injury (trauma) was studied by luminescence-histochemical method. It is established that varicose changes of adrenergic nerve fibers and pain occur at the same time changes in the ratio of catecholamines and serotonin in the cytoplasm of open-type endocrinocytes of the diffuse endocrine apparatus of the duodenum.

Key words: duodenum, monoamine-containing structures.

ФАЯЗОВ Абдулазиз Джалилович
Тиббиёт фанлари доктори, профессор
Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази
АХМЕДОВ Адхам Ибадуллаевич
PhD
Самарканд Давлат тиббиёт университети

ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК СТРЕСС МОНОАМИНЛАРИ ТУТУВЧИ ТУЗИЛМАЛАРИНИНГ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТЕРМИК ЖАРОҲАТ ШАРОИТИДАГИ МОРФОЛОГИЯСИ

АННОТАЦИЯ

Мақсад. Экспериментал куйиш жароҳатида ўн икки бармоқ ичак стресс моноаминлари тутувчи тузилмаларининг морфологиясини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотлар 16 та куёнларда олиб борилди. Улардан 4 таси назорат гуруҳини ташкил қилди. 12 та куёнда куйиш жароҳати моделлаштирилди. Олинган морфологик материалнинг дастлабки бўлакчалари криостатда музлатилиб улардан гистотопографик кесмалар тайёрланди ва уларга В.Н. Швалев ва Н.И.Жучкова услубида глиоксил кислотасининг эритмаси билан ишлов берилди. Глиоксил кислотаси билан ишлов берилган кесмалар люминесцент микроскопда ўрганилди ва расмга олинди.

Наижаалар. Люминесцент-гистохимик услубда ўн икки бармоқ ичакнинг флюоресценцияланувчи стресс моноаминлар (катехоламинлар ва серотонин) тутувчи тузилмаларининг морфологияси экспериментал термик жароҳат шароитида ўрганилган. Бунда адренергик нерв толаларининг варикоз ўзгаришлари ва ўн икки бармоқ ичак диффуз эндокрин аппаратининг очиқ типдаги эндокриноцитлари цитоплазмасида катехоламинлар ва серотониннинг миқдорий нисбати ўзгариши аниқланган.

Хулоса. Тажрибадаги термик жароҳатда ўн икки бармоқ ичакнинг қон томирлари деворида ва шиллик пардаси эпителияси таркибидаги стресс моноаминларини тутувчи тузилмаларида морфологик ва люминесцент-гистохимик ўзгаришлар кузатилади. Бу эса ўн икки бармоқ ичак функционал фаолиятининг издан чиқишига ва унда патологик ўзгаришлар пайдо бўлишига олиб келган.

Калит сўзлар: ўн икки бармоқ ичак, термик жароҳат, люминесцент микроскопия, моноамин тутувчи тузилмалари.

ФАЯЗОВ Абдулазиз Джалилович

Доктор медицинских наук, профессор

Республиканский научный центр

экстренной медицинской помощи

АХМЕДОВ Адхам Ибадуллаевич

PhD

Самаркандский государственный

медицинский университет

МОРФОЛОГИЯ СТРЕССОВЫЕ МОНОАМИНЫ СОДЕРЖАЩИХ СТРУКТУР ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Изучить морфологию структур гастродуоденальной зоны, содержащих стрессовые моноамины, при экспериментальной ожоговой травме.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены на 16 кроликах, 4 из них составили контрольную группу. Ожоговые травмы моделировали у 12 кроликов. Первые фрагменты полученного материала замораживали в криостате (без фиксации), из них делали гистотопографические срезы, которых обработали раствором глиоксиловой кислоты по методу В.Н.Швалева и Н.И.Жучковой.

Результаты исследования. Люминесцентно-гистохимическим методом изучена морфология адренергических нервных структур и эндокриноциты открытого типа, содержащие стрессовые моноамины (катехоламин и серотонин) при экспериментальной термической травме. Установлено что при этом происходят варикозные изменения адренергических нервных волокон и изменение соотношения катехоламинов и серотонина в

цитоплазме эндокриноцитов открытого типа диффузного эндокринного аппарата двенадцатиперстной кишки.

Выводы. Болевой стресс при экспериментальной термической травме вызывает морфологические и люминесцентно-гистохимические изменения в регуляторных структурах стенки двенадцатиперстной кишки, содержащие стрессовые моноамины. Эти морфологические изменения в комплексе могут привести к нарушению функциональной деятельности кишечника и появлению в нем патологических изменений.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, моноамин содержащие структуры.

Ички аъзолар ва қон томирларининг адренергик (симпатик, моноаминергик) нерв тузилмалари морфологиясини [5,6,7] ва клиник аспектларини [2,3] ўрганиш XXI асрда ҳам давом этмоқда. Шунингдек, симпатик нерв системасининг ангиогенез патологиясидаги иштирокига доир илмий тадқиқот ишлар ҳам мавжуд [8].

Оғир куйишларда ички аъзолардаги морфологик ўзгаришларни аниқлаш долзарб муаммолардан бири саналади. Айниқса, ҳазм найи аъзоларидаги морфологик ўзгаришларни ўрганиш, ўткир стресслар туфайли уларда яраларнинг келиб чиқиши ва профилактикаси борасидаги патогенетик концепцияни кенгайтиради. Стресс жараёни эса қонда катехоламинларнинг (адреналин, норадреналини) ва серотониннинг ортиши аъзолар ва улар қон томирларининг фаолиятига таъсир қилиш билан кечади. Бу жиҳатдан олиб қаралганда, термик жароҳат шароитида ана шу моноаминларни тутувчи ва уларнинг концентрациясига жавобан функционал фаолиятини мослаштирувчи моноаминергик (адренергик ва серотонинергик) нерв тузилмаларининг ва улар шиллиқ пардасининг эпителияси таркибида жойлашган шу моноаминларни тутувчи очиқ типдаги эндокрин хужайраларининг ва нерв тузилмаларининг морфологиясини ўрганиш патогенетик жиҳатдан долзарб муаммодир. Бу моноаминлардан адреналин ва норадреналин симпатик нерв системасининг медиатори эканлигини, серотонин эса ички аъзолар силлиқ мушак тўқимаси фаолиятини бошқаришини кўзда тутсак, термик жароҳат шароитида ўн икки бармоқ ичак қон томирларининг адренергик (симпатик) иннервацияси ҳолатини ва диффуз эндокрин системасининг очиқ типдаги эндокрин хужайраларининг ҳолатини термик жароҳат таъсиридаги ўзгаришларини баҳолаш бугунги кун морфологиясининг долзарб муаммоларидан бири эканлиги аён бўлади.

Термик жароҳатга жавобан бу соҳаларнинг морфологиясига бағишланган тадқиқотлар мавжуд. Аммо термик стрессга жавобан бу аъзоларни маҳаллий бошқарувчи системалар - улар қон томирларининг адренергик тузилмалари ва диффуз (дисперс) эндокрин системали стресс моноаминларини тутувчи очиқ типдаги эндокриноцитларининг морфологияси етарли ўрганилмаган. Диффуз эндокрин системасининг очиқ типдаги хужайралари эса организмнинг экстремал таъсирларни "бирламчи сезувчи ва уларга бирламчи жавоб кўрсатувчи ва химоя системаси" эканлиги аниқланган [4].

Диффуз эндокрин система хужайралари ҳазм найи аъзоларининг ички шиллиқ пардаси эпителиясининг таркибида якка-якка жойлашган бўлиб, кўпчилигининг апикал қисми эпителий юзасига етиб борадиган (очиқ типдаги эндокриноцитлар) ва ҳазм аъзолари бўшлиғининг ички юзасидаги хеморецептор ўзгаришларга ва хеморецептив таъсирларга дастлаб дуч келадиган ва қабул қилинган таъсирларни тарқатадиган тузилмалари эканлиги қайд қилинган. Организмдаги куйиш жароҳатига жавобан бу системаларда юз берадиган морфологик ўзгаришлар деярли ўрганилмаган. Бу тузилмалардаги ўзгаришлар эса ҳазм аъзоларидаги патологик ўзгаришларнинг келиб чиқишида ва уларни бошқаришда муҳим аҳамиятга эга, зеро улар бу аъзолар қон томирларининг фаолиятини бошқаришда ва бу орқали уларнинг функционал фаолиятида бевосита иштирок этади.

Тадқиқот мақсади. Экспериментал куйиш жароҳатида ўн икки бармоқ ичак стресс моноаминлари тутувчи тузилмаларининг морфологиясини ўрганиш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Таҷрибалар Ўзбекистон Республикаси Ветеринария ва чорвачилиқни ривожлантириш қўмитаси, Ветеринария илмий-тадқиқот институти баъзасидаги худудий диагностика лабораториясида режага мувофиқ 16 та қуёнларда ўтказдик.

Улардан 4 таси назорат гуруҳини ташкил қилди. 12 та қуёнда куйиш жароҳати моделлаштирилди. Куйиш жароҳатини моделлаштириш А.В. Глуткин, Т.В. Ковальчук 2012й ишлаб чиқилган модел асосида биоэтика норма талаблари ва этик комитетнинг стандартларига мувофиқ (Каркищенко Н.Н., 2010) амалга оширилди. Қуённинг кўкрак орқа қисми ва думғаза соҳалари териси жунидан тозаланди. Тиопентал натрий 0,5мг/кг дозада қуённинг қорин бўшлиғига юборилиб ухлатилди. Мис металидан тайёрланган кенглиги 4,0x5,0см ҳажмдаги ва калинлиги 1ммли металл пластинка электотермик печда 100⁰С гача қиздирилди, жундан тозаланган тери устига намланган салфетка қўйилиб, 10 секундли экспозицияда контактли термик куйиш моделлаштирилди. Умумий куйиш майдони планиметрияси Мееһ 1979 йилда таклиф қилган ва D.A. Gilpin томонидан 1996 йилда қайта модификацияланган формуладан фойдаланиб ҳисобланди [1].

$$S = k \times W^{2/3}$$

S – тана юзаси, см², W - ҳайвоннинг тана вазни, кг, k – Мих ўзгармас константаси- 9,46.

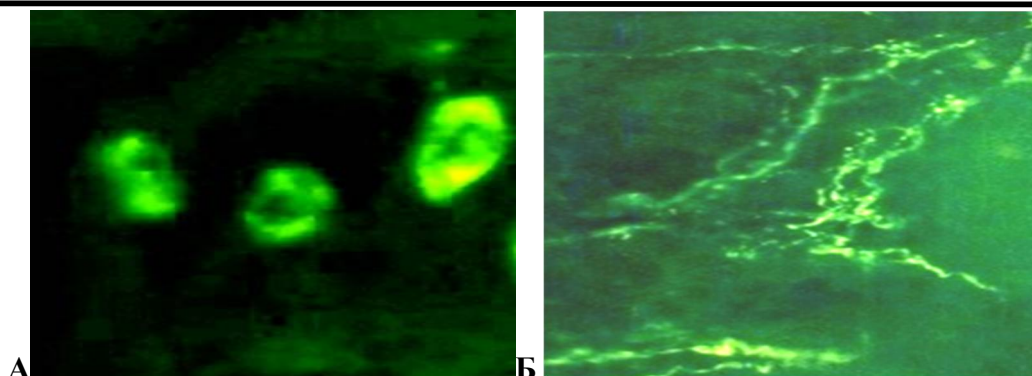
Умумий куйиш майдони ўртача 11,84см²ни ташкил қилди. Бу умумий куйиш майдонининг 32-35%ни ташкил қилади.

6 та қуён тажрибадан 5 сутка ўтгач, 6та эса 10 сутка ўтгач эвтаназия қилинди. Эвтаназия ҳам тиопентал натрий (0,5мг/кг дозада) наркози остида биоэтика қоидаларига риоя қилинган ҳолда ўткир қонсизлантириш усулида амалга оширилди. Ўн икки бармоқ ичакдан биопсион материал олинди ва 12%ли нейтралланган формалинга солинди. Олинган материалнинг дастлабки бўлақчалари криостатда музлатилиб (фиксация қилинмасдан) улардан гистотопографик кесмалар тайёрланди ва уларга В.Н. Швалев ва Н.И.Жучкова услубида глиоксил кислотасининг эритмаси билан ишлов берилди. Глиоксил кислотаси билан ишлов берилган кесмалар люминесцент микроскопда (ЛЮОММ –И2) ФС-1-4 ва ФС-1-6 филтрлари ёрдамида ўрганилди ва қоронғи майдонда РФ-3 (рентген-флюоресцент) плёнкасида расмга олинди. Оқ-қора тарзида расмларнинг электрон вариантыга компьютарда Microsoft office menegger дастури билан ишлов берилиб люминесцент микроскопдаги яшил зумрад рангда товланиб кўриниши тинкториал реконструкция усулида амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари. Ўн икки бармоқ ичак шиллик пардаси эпителияси таркибида унинг диффуз (дисперс) эндокрин системасига мансуб бўлган, эпителиоцитлар орасида якка-якка тарзда жойлашган эндокриноцитлари аниқланди. Уларнинг кўпчилиги очик типдаги эндокрин хужайраларга мансуб бўлиб, апикал қисми эпителий юзасига етиб борган, яъни ичак бўшлиғидаги махсулот билан бевосита тўқнашади. Бу хужайраларнинг кенг базал қисми шу номли мембранада жойлашган.

Юмалоқ шаклдаги ядроси эса хужайра марказига ўрнашган. Бизнинг люминесцент-гистохимик тадқиқотларимиз ҳам бу хужайраларнинг секретари таркибида стресс моноаминларига мансуб бўлган катехоламинлар (адреналин ва норадреналин) ва серотонин мавжудлигини кўрсатди. Хужайра секретари таркибида катехоламинлар микдори кўп бўлса, унинг яшил зумрад рангида товланиш, серотонин кўпайса, сариқ рангда товланиш даражаси орта боради.

Тадқиқотларимиз ўн икки бармоқ ичак эпителияси таркибидаги очик типдаги эндокриноцитларнинг бу нисбати хужайра фаоллиги билан боғлиқ ҳолда маълум даражада ўзгариб туришини кўрсатди. Бу хужайралар люминесцент микроскопда қаралганда уларнинг цитоплазмасида (секретари таркибида) адреналин тутувчи қисмлари яшил рангда, серотонин тутувчи қисмлари эса оқимтир рангда флюоресценцияни намойиш қилади (1-расм А). Ичак деворидаги юқорида келтирилган моноаминларни тутувчи иккинчи тузилма уларнинг қон томирлари деворидаги адренергик нерв тузилмалари эканлиги аниқланди (1- расм Б).

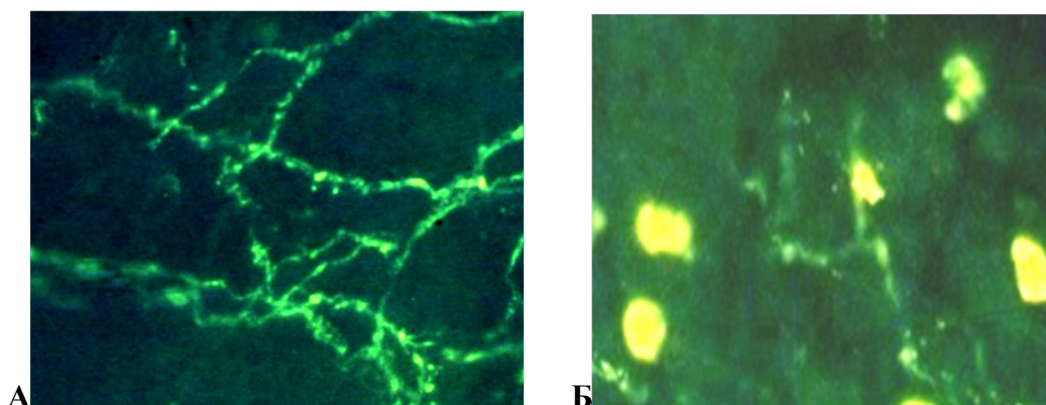


1-расм. Қуён ўн икки бармоқ ичагининг яшил рангда товланувчи очик типдаги эндокрин хужайралари (А) ва периваскуляр адренергик нерв толалари(Б). Глиоксил кислотаси эритмаси билан ишлов бериш услуби. Об.20, гомал 5.

Бу нерв толалари ҳам таркбидаги моноаминлар нисбати билан боғлиқ ҳолда яшил зумрад рангида товланади(флюоресценцияланади). Бу толалар асосан ичак деворининг артериялари бўйлаб жойлашган ва уларни ташқи адвентициал каватида жойлашиб, ўраб олган яшил рангда товланувчи периваскуляр филоф тарзида кўринади. Артерияларнинг кўндаланг кесимида бу толалар уларнинг мушак пардасида жойлашган интраваскуляр адренергик нерв толалари чигалини ҳосил қилиши кузатилди.

Экспериментал термик жароҳатнинг 5 суткаларида ўн икки бармоқ ичак стресс моноаминлар тутувчи тузилмаларида асосан реактив ўзгаришлар юз беради. Хусусан, очик типдаги эндокрин хужайраларда экструзия блоки юз бериши натижасида эпителий таркибида жойлашган барча хужайраларнинг цитоплазмасида секрет тўпланиб қолиши, улар барчасининг люминесценцияланиш даражаси кучайиши кузатилади. Артериялар атрофида жойлашган адренергик нерв толаларида медиаторларнинг товланиши кучаяди ва уларда медиаторлар тақсимотининг бузилиши натижасида кучли товланувчи варикоз кенгаймалар сони ва уларнинг ўлчами ортади. Периваскуляр адренергик чигалнинг толалари зич жойлашган соҳаларида уларнинг товланиши бир-бирлари билан қўшилиб яхлит товланувчи конгломерат кўринишини ҳосил қилди.

Термик жароҳатнинг 10 суткаларига келиб, эндокрин хужайраларнинг ялпи дегрануляцияси кузатилди, улар атрофида тинкториал хусусиятлари улар цитоплазмасидаги секретор гранулаларга мос келадиган ва товланиши жиҳатидан улардан деярли фарқ қилмайдиган кўплаб доначалар пайдо бўлди. Доначаларнинг баъзилари хужайра цитоплазмаси билан ингичка оёқча орқали туташган. Уларни цитоплазмадан апокрин усул билан ажралаётган доначалар деб тахмин қилиш мумкин. Очик типдаги эндокриноцитларнинг секретари асосан уларнинг базал қисмидан ажралиб чиқишини кузатдик.



2-расм.Экспериментал термик жароҳатнинг 10 суткасида қуён ўн икки бармоқ ичаги деворидаги адренергик нерв толалари (А) ва очик типдаги эндокрин хужайралари(Б). Глиоксил кислотаси эритмаси билан ишлов бериш услуби. Об.20. гомал 5.

Базал дегрануляция ходисаси бу хужайралар қабул қилган хеморецептор ахборотни нерв тузилмаларига биоген аминлар орқали узатилиши мумкин деб тахмин қилишга асос бўлади, чунки бу хужайралар кўп бўлган жойда, базал мембрана остида адренергик нерв толалари ҳам кўп жойлашган. Агар ичак эпителияси таркибида нерв охирлари йўқлигини назарда тутсак, бу гипотеза маълум даражада морфологик асосга эга бўлади. Экспериментал термик таъсирнинг 10 суткаларида адренергик периваскуляр нерв чигалининг товланиш даражаси бирмунча пасаяди, нерв толалари варикоз кенгаймаларнинг ўлчами ва сони эса янада ортади (2-расм А). Эндокрин хужайраларнинг цитоплазмасида серотонин ортади ва уларнинг товланишида сарғиш ранг кучаяди (2-расм Б).

Хулоса. Шундай қилиб, экспериментал термик жароҳатда ўн икки бармоқ ичак қон томирлари деворида ва шиллик пардаси эпителияси таркибидаги стресс моноаминларини тутувчи тузилмаларида морфологик ва люминесцент-гистохимик ўзгаришлар кузатилади. Бу эса ўн икки бармоқ ичак функционал фаолиятининг издан чиқишига ва унда патологик ўзгаришлар пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Глуткин А.В., Чилимцев А.М., Способ моделирования глубокого термического ожога у крысят. Материалы научно-практ. интернет-конф. Минск: БГМУ. 2012:136-140. [Glutkin A.V., Chilimtsev A.M., Sposob modelirovaniya glubokogotermicheskogo ozhoga u krysyat. Materialy nauchno-prakt. internet-konf. Minsk: BGMU. 2012:136-140. In Russian]
2. Рыбаков А.Г., Иванов Н.М. Состояние адренергической и холинергической иннервации желудка при язвенной болезни. Морфология. 2006;2:129. [Rybakov A.G, Ivanov N.M. Sostoyanie adrenergicheskoy i kholinergicheskoy innervatsii zheludka pri yazvennoy bolezni. Morfologiya. 2006;2:129. In Russian]
3. Шустова Т.И., Юрков А.Ю., Самотокин М.Б. Адренергическая и холинергическая иннервация глоточной миндалины у детей с хроническим аденоидитом. Морфология. 2016(2):16-20. [Shustova T.I., Yurkov A.Yu., Samotokin M.B. Adrenergicheskaya i kholinergicheskaya innervatsiya glotochnoy mindaliny u detey s khronicheskim adenoiditom. Morfologiya. 2016(2):16-20. In Russian]
4. Яглов В.В. Актуальные проблемы биологии диффузной эндокринной системы // Архив .анатом. гист. и эмбриол. 1989 (1):14-29. [Yaglov V.V. Aktual'nye problemy biologii diffuznoy endokrinnoy sistemy. Arkhiv .anatom. gist. i embriol. 1989 (1):14-29. In Russian]
5. Damon D.H., Teriele J.A., Marko S.B. Vascular-derived artemin: a determinant of vascular sympathetic innervation? Am J Physiol Heart Circ Physiol., 2007. Jul; 293(1):H266-73.
6. Fayazov A., Akhmedov A., Mirzakulov A, Nabiev A. Prediction of Development of Acute Gastroduodenal Complications in Patients With Severe Burns// Burn Care and Prevention (2021) 3: P.99-106
7. Pan L., Tang J., Liu H., Cheng B. Sympathetic nerves: How do they affect angiogenesis, particularly during wound healing of soft tissues? Clin Hemorheol Microcirc., 2016;62(2):181-91.
8. Hondermarck H., Jobling P. The Sympathetic Nervous System Drives Tumor Angiogenesis. Trends Cancer., 2018. Feb; 4(2):93-94.
9. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis // Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.
10. РАХМАНОВ Х. А., ИСЛАМОВ Ш. Э., РАХИМОВ Н. М. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ // ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 2.




УДК: 618.73-009/009.8-041.91:681.32

ISMOILOV Ortik Ismoilovich
KORZHAYOV Sherali Oblakluovich
SULEYMANOV Remzi Ibragimovich
KUVONDIKOV Golib Berdirasulovich
Samarkand State Medical University

THE THYMUS GLAND MORPHOLOGICAL ASPECTS IN CHILDREN (LITERATURE REVIEW)

For citation: Ismoilov I. Ortik, Korzhayov O. Sherali, Suleymanov I. Remzi, Kuvondikov B. Golib Berdirasulovich. The thymus gland morphological aspects in children. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 99-106

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835260>

ANNOTATION

Objective: to determine the degree of study of scientific literary sources on the morphology of thymus in children.

Methods: More than 30 scientific sources have been analyzed in the literature review of thymus morphology in children.

Results: in the process of studying scientific sources on the morphological aspects of the thymus gland in children, little has been studied; mainly a lot of information has been obtained on morphology by the older age of the thymus in humans.

Conclusions. Our results examined the microscopic structural features of the capsule, trabecules and stroma of all morphofunctional zones of the thymus lobules in full-term newborns. Morphofunctional features of the cellular composition of various zones of the thymus lobules were established normally.

Keywords: morphology, thymus gland; histology; endocrine organs; organs of the immune system; newborn.

ИСМОИЛОВ Ортик Исмоилович
КОРЖАВОВ Шерали Облакулович
СУЛЕЙМАНОВ Ремзи Ибрагимович
КУВОНДИКДОВ Голиб Бердирасулович
Самаркандский государственный медицинский университет

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

АННОТАЦИЯ

Цель: определить степень изученности научных литературных источников по морфологии тимуса у детей.

Методы: В изучении обзора литературы морфологии тимуса у детей проанализировано более 30 научных источников.

Полученные результаты: в процессе изучения научных источников по морфологическим аспектам вилочковой железы у детей мало изучено, основном много информации получено по морфологии старшим возрастом тимуса у человека.

Выводы. В наших результатах изучались микроскопические особенности строения капсулы, трабекул и стромы всех морфофункциональных зон долек тимуса у доношенных новорожденных. Установили морфофункциональные особенности клеточного состава различных зон долек тимуса в норме.

Ключевые слова: морфология, вилочковая железа; гистология; эндокринные органы; органы иммунной системы; новорожденный.

ISMOILOV Ortik Ismoilovich
KORJAVOV Sherali Oblakulovich
SULEYMANOV Remzi Ibragimovich
QUVONDIQOV G'olib Berdirasulovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

**BOLALARDAGI AYRISIMON BEZINING MORFOLOGIK JIHATLARI
(ADABIYOTLAR SHARHI)**

ANNOTATSIYA

Maqsad: bolalarda timus morfologiyasi bo'yicha ilmiy adabiy manbalarning o'rganish darajasini aniqlash.

Material va Metodlar: Timus morfologiyasi adabiyotini o'rganishda bolalarda 30 dan ortiq ilmiy manbalar tahlil qilindi.

Olingan natijalar: ayrisimon bezining morfologik jihatlari bo'yicha ilmiy manbalarni o'rganish jarayonida bolalarda kam o'rganilgan, asosan, katta yoshdagi insonlarning timus morfologiyasi bo'yicha ko'p ma'lumotlar ko'proq uchramoqda.

Xulosalar. Bizning natijalarimizda yetilib tug'ilgan chaqaloqlar ayrisimon bezining mikroskopik tuzilishining xususiyatlari, kapsulasi, trabekulalari hamda barcha bo'laklaridagi stromasining morfofunktsional ahamiyati o'rganib chiqildi. Ayrisimon bezning bo'laklarining xar xil zonalaridagi morfofunktsional xususiyatlari normada aniqlandi.

Kalit so'zlari: morfologiya, ayrisimon bez, gistologiya, endokrin a'zolar, immune tizimi a'zolari, yangi tug'ilgan chaqaloq.

Relevance. Doctors based on the results of chest X-ray quite often diagnosed an increase in the thymus gland (VV) in children, and the degree of this increase was diagnosed by calculating the cardiomyic-thoracic index (CTTI). CTTI by J. Gewolb et al. is the ratio of the width of the cardiothymic shadow at the site of tracheal bifurcation to the transverse diameter of the chest at the level of the diaphragm dome [1]. The CTTI of 0.23-0.26 corresponded to normal BL dimensions; 0.33-0.37 - grade I timomegaly (TM); 0.37-0.42 - grade II timomegaly; CTTI greater than 0.42 - grade III timomegaly [2]. The thymus gland (thymus) of the newborn is relatively large. The thymus is located in the front of the upper mediastinum, behind the sternum and has the shape of a pyramid facing upward. Behind the pharyngeal gland are the pulmonary trunk, ascending aorta, as well as the superior hollow and shoulder veins, from the sides there are leaflets of the mediastinal pleura, below - the pericardium [10-11]. Skeletotopy: the lower border of the gland corresponds to the cartilages of the III-IV ribs, the upper - protrudes 1-1.5 cm above the sternum. This fact must be taken into account in the production of the lower tracheotomy [4-8]. The shape of the goiter gland is subject to large individual fluctuations. It distinguishes between two lobes and spurs, the position of which is

unstable. The right lobe is usually larger than the left lobe. Sometimes there are additional goiter glands. The gland has a lymphoepithelial structure. It consists of epithelial cells (giving it a mesh structure) and a large number of lymphocytes. With age, the amount of connective tissue increases, adipose tissue accumulates. However, this method of assessing the morphometric parameters of VF did not quite suit the doctors due to the radiation load, the lack of a three-dimensional measurement of the organ, the lack of the ability to monitor the dynamics of the organ longitude. The literature contains information on the detection of hyperplasia (thymomegaly) of the thymus gland during computed tomography (CT) of the mediastinum [3]. The disadvantage of CT is the presence of a high radiation load, which limits its use in pediatric practice [3-5]. CT devotes a number of publications to the diagnosis of VV volumetric formations: thymus [6-8], thymolip [9, 10], VV cyst [5, 11], aberrant thymus [10, 12]. In addition, this method, according to the authors, is the leading in the diagnosis of the listed variants of thymus pathology [13]. After birth, the thymus increases markedly, but its relative weight decreases. After 13 years, the size of the gland begins to decrease rapidly, and by the age of 25 it atrophies, but its remains remain for a long time in the fiber located in the anterior mediastinum. The thymus hormone is thought to boost bone growth and boost muscle activity; after puberty, this function transitions to the sexual glands. Hypertrophy of the thymus gland is usually combined with hyperplasia of the entire lymphatic apparatus of the child and underlies the clinical symptom complex. There is an assumption that the development of the thymus is in close connection with the central nervous system (for example, anencephals do not have it). Thus, at present, it should be considered that in a growing body, the thymus plays a role as an organ correlating growth processes, as well as complex immunological relationships in the body of a child subjected to numerous exogenous influences [9-13].

There are publications on the use of magnetic resonance imaging (MRI). This method is not invasive, allows obtaining a three-dimensional image nature, does not give radiation load; therefore, it can be repeatedly used in dynamic observation. Imaging in MRI allows you to obtain an almost anatomical image of the VV, with a well-differentiated tissue of the VV and surrounding fiber.

In the literature of recent years, there are quite a few reports on the use of ultrasound of the thymus gland in pediatric practice, the authors of which, as advantages of this method, note its high effectiveness, safety for the patient, the absence of contraindications for the study, the possibility of dynamic monitoring of the structure and size of the thymus, including in newborns [17, 18]. Echographic criteria for assessing the thymus gland are linear parameters (length, width, anteroposterior size), based on which it is possible to calculate the mass, volume of the organ, and after birth the thymus index [19]. A great advantage of sonography over radiography is the ability to determine in a patient "decrease" in thymus size, which may correspond to hypoplasia and atrophic changes of the organ in the IV-V stages of the so-called accidental involution [20, 21].

The national guide for the radiation diagnostics of the chest organs (including the thymus gland) defines the indications for ultrasound examination: unclear allergic manifestations; preparation for operations or vaccinations; the atypically high weight of the child; severe diseases suffered and/or their atypical course; radiologically detected dilation of the mediastinal shadow; cases of sudden death syndrome in childhood among relatives of the child [22].

There are few publications in the domestic and foreign literature devoted to the problem of normative parameters of ultrasound assessment of the state of thymus in children [9, 13, 21, 23, 24]. The existing difference in sonometric parameters of the thymus in different regions, but similar in age groups, most likely arises due to territorial, ethnic, and environmental characteristics, variability of bacterial and viral flora, living conditions and other factors affecting the child's body. Nevertheless, currently, some works give an idea of the regional regulatory size of VF, taking into account age [21, 25, 26]. However, the generally accepted reference population values for the above parameters of the thymus (mass, volume) in children have not been established, which greatly complicates the process of designating TM, hypoplasia, atrophy as phenomena beyond the norm. Probably, for this reason, at the moment, ultrasound examination of VL is not included in the standard of examination of healthy children [27].

Literary scientific analysis. The interest of researchers and practitioners (pediatricians, endocrinologists, immunologists, and pulmonologists) is primarily due to the significant prevalence of thymomegaly syndrome (TM) in the pediatric population and its connection with excess respiratory morbidity. Mainly due to the high variability in the size of VF, in the works of domestic and foreign researchers there is no unambiguous assessment of its bipolar transformations. There is a certain problem in terminology. The following definitions are used to indicate an increase in VV in children in the medical literature: thymomegaly (TM), thymus hyperplasia, true thymus hyperplasia, thymus ricochet hyperplasia, thymus hypertrophy, persistent thymomegaly, accidental involution (AI), thymus gland enlargement syndrome (VVS), lymphatic-hypoplastic. In some sources, the use of such definitions as: "large thymus," "small thymus" and "medium-sized thymus" is found, along with the concepts of "thymomegaly" and "thymus hypoplasia" [13, 27]. In the domestic literature of recent years, the term "thymomegaly," "accidental involution" is more often used, in English - the concept of "thymus hyperplasia," "acute thymus involution," "thymus atrophy" is more common [26, 14, 8-16].

The term "thymomegaly," by which morphologists mean an increase in the volume and mass of the thymus above the limit age values with the preservation of normal histoarchitectonics of the organ, was proposed in 1970 by prof. I.E. Ivanovo [11, 12]. Beginning in 1970, the term became widely used by both morphologists and clinicians. Often, the authors point out that TM is accompanied by a decrease in the function of VL, which determines the unfavorable quality of life of these children [1, 27, 24, 25]. Thymomegaly was divided into congenital (primary) and acquired (secondary) [52]. Kuzmenko L.G. considers congenital TM as a variant of fetodysplasia, malformation [20]. Loginova N.P. also describes the close relationship of congenital heart defects with morphological changes in the thymus and its reduced activity in relation to the production of thymulin and T-lymphocytes with CD3 + differentiation clusters. The author also notes a direct correlation relationship between the complexity of the defect, the level of thymopoiesis and the increment of thymulin, which are significantly lower than in healthy children [25].

A number of published works suggest the hereditary nature of thymomegaly [2, 3]. There are analytical data [10, 15, 16-18] from outpatient charts, case histories that describe some features of the history and constitution of children with congenital SUVH and TM, as well as factors and markers of the risk of their intrauterine formation, for example, such as: aggravated family history of autoimmune and oncological diseases, the presence of chronic nasopharyngeal pathology in blood relatives [20, 29]; birth by caesarean section [10, 19]; high level of diseases in mothers, such as anemia (62.4%), pyelonephritis (28.2%), obesity (34%), iodine deficiency conditions (37%), TORCH syndrome (46%) [18, 20]; presence of chronic hypoxia in the fetus in the antenatal period, birth trauma [10, 20, 29].

According to T.V. Matkovskaya, there is a direct relationship between the age of parents and the development of TM in their children [24, 27].

It is believed that the acquired TM is based on primary or secondary hypocorticism, which develops under the influence of various pathological conditions and diseases (Addison's disease, injuries, inflammatory lesions of the adrenal cortex or its destruction in massive hemorrhages and tumor process, hypothalamic syndromes in vasculitis, progressive, often occlusive hydrocephalus, brain tumors, etc.). At the same time, immunodeficiency syndrome is noted, similar to that of congenital TM [22].

The question of whether the increase in VL is a variant of the norm for young children or is a pathology is still being discussed [17, 22, 29].

Other authors also considered the increase in VV physiological, in the process of the same active adaptation of the child's body, but now to non-sterile conditions of the outside world [12, 14, 15]. Brum EB considers radiologically detectable Thymus enlargement in young children also as a normal physiological state due to the peculiarities of the structure of VF [16].

There is also a directly opposite opinion that TM is a pathological condition accompanied by immunodeficiency and impaired function of the neuro-endocrine system [14, 17-22]. At the same time, TM was attributed to the number of heterogeneous states in which the increase in VV could be both the result of accidental involution (direct violation of TM function) and the result of secondary

changes in this organ associated with other diseases (for example, thymus cyst) [23]. Separate sources discussed the reasons for the increase in VV and its stage (for example, I-III) within the framework of accidental involution, which was considered from the standpoint of G. Selye's theory. [8, 9, 10].

It should be noted that information on the prevalence of thymomegaly in childhood is quite contradictory. In chest radiographs of children, thymomegaly was detected with a frequency of 8.1% [3] to 80-85% [18, 19]. According to sectional data, the frequency of increased VF was recorded among stillborn fetuses 28-42 weeks in 36% of cases, and in 16% among children who died in the first year of life; in those who died between the ages of 1 and 5, this percentage is significantly reduced to 0.2% [12, 17, 20]. According to A.V. Tyazhkaya, TM occurs in 12.8% of young children [22]; data of Yu.P. Tkachenko - in 29.9%); Sh.G. Huseynov - 37.1% [21]. In the work of Z.I. Esmurzieva et al. it was shown that according to the results of thymus ultrasound, the incidence of thymomegaly of varying severity in full-term newborns reaches 21.5%. The incidence of grade III thymomegaly in the population, according to the author, does not exceed 4%, and grade III HV hypoplasia does not exceed 2% [28]. In boys, thymomegaly is 2-2.5 times more common than in girls [11, 13, 18]. There are data on spontaneous regression of VL sizes by 3-5 years of age in 98% of children [23].

According to L.G. Kuzmenko et al., signs of various degrees of dysembryogenesis are observed in 90% of children with thymomegaly [15, 20]. Other authors note that these children have higher growth and weight indicators [15, 22, 28, 29], the presence of microanomalias and malformations with a frequency of 23.1% to 80.9% [5, 6, 7, 8].

There is evidence that this category of children has more frequent cases of hypoplasia and atrophy of the adrenal cortex [4, 17], signs of thyroid hypofunction [4, 7, 9, 10, 18] and genital glands [14, 19]. Work was presented with registration of the decrease in the level of thymic hormones in the serum of children with TM and impaired endocrine organ function [14, 15, 18, 19, 20-23]. All the above facts did not rule out the development to one degree or another of polyglandular insufficiency syndrome in children with a similar transformation of VV [17, 18, 19, 20].

The reviewed literature pays attention to the peculiarities of the neuropsychiatric development of children with TM, which are characterized by inactivity, delayed reactions, high tendon reflexes, rapid fatigue, and a decrease in internal inhibition processes [10, 18, 23, 27, 28]. So, for example, in the work of L.G. Kuzmenko et al. [30], when studying neuropsychiatric features in young children with thymomegaly (n = 90), it was found that schizoids (51%) and hyperexposure (33%) predominate among them. The proportion of hyperthymics is 10%, and healthy children - 6%.

The national pediatric literature is dominated by the view that TM is an immunodeficiency syndrome with a predominant T-cell link disorder [27, 29, 30], in which there is a decrease in the level of functional activity of T-lymphocytes, a low level of thymic serum activity and functional activity of the B-cell link of the immune system [1-9, 13-15]. Despite the high or normal content of B-lymphocytes, a decrease in the number of immunoglobulins of classes G and A was noted in serum in TM [3-8, 11-16]. The level of immunoglobulins of class M can be both increased [19] and normal [118]. There was an increase in the absorption capacity of neutrophils and macrophages with a decrease in their digestion capacity [7, 8]. It is noticed that at children of early age with a thymomegaly all indicators of T-cellular immunity are significantly reduced: the maintenance of T-cages (CD3+), T-helperov (CD4+ of T-cages), cytotoxic T-lymphocytes (CD8+ of T-cages), regulatory T-cages (CD4+CD25hi) and also the activated T-lymphocytes (CD4+CD25lo and CD3+HLA-DR+). An increase in the severity of these changes was observed as the degree of thymomegaly progressed, and T lymphopenia is associated with a weakening of the emigration of T cells from the thymus to the peripheral part of the immune system. Such changes, according to the authors, cause a functional deficiency of the T-cell link of the immune system and can contribute to the manifestation of its failure, especially in conditions of increased load with pathogens [12].

Donetsk A.D. et al. [13] interpreted the revealed decrease in TREC in thymomegaly in children as evidence of a decrease in thymic T-lymphopoietic function. Such attenuation of T-lymphocyte emigration due to thymopoiesis disturbance resulted in compensatory enhancement of homeostatic proliferation, which in turn distorted the population structure of peripheral T-lymphocytes, which could lead to the development of autoimmune diseases in the long term. In old age, the ability of

thymus tissue to generate new naive T cells and fight new threats is practically absent, which makes a person open to infectious diseases, and vaccination is less effective [12, 13]. Timomegaly and often and/or a long-term sick child. Lymphatic diathesis. The problem of an often ill child and the reactivity of his immune system requires a certain emphasis. This problem is far from unambiguous, it is more often based on socio-economic, environmental, biological and other factors. Traditionally, in the Russian Federation, an increased respiratory incidence is associated with a relatively insufficient immune protection of a child in a certain age period (from 1 month to 5 years). This applies more to organized childhood, where the problem lies in excess infection.

At the same time, Kuzmenko's proposal L.G. et al. [27-36] denote thymus transformations by terms: megalotimus, microtimus, emphasizing, in a certain part, the functional nature of these changes (voltage - overvoltage - exhaustion) and the complexity of predicting the further morphological evolution of the organ. But, since the morphology and functioning of any organ is dialectically inseparable, all these states (polar transformations) should negatively affect the sending of functions by the iron by definition. This is often the case. It all depends on the depth and level of assessment of the morphological substrate and the functional state of the organ (integral or its individual functions). And, naturally, there will come a time when a more accurate morphological assessment of organometric transformations of VF (electron microscopy, immunohistochemistry, etc.) and a more accurate assessment of its specialized functions (identification of various biomarkers) will be given [23-32].

Currently, we consider it advisable to designate the stages (degrees) of increasing or decreasing the morphometric parameters of VL, since these additions make it possible to longitudinal observation, study, and, if necessary, correct pathological conditions associated with VL depending on the depth (degree) of its transformation.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Aiman A. L. R. et al. The Enigmatic Functional Role of Thymus Gland in Fighting Against SARS-CoV-2 and COVID-19-Literature Review. – 2021.
2. Ageeva V. A. Morphology of the thymus of a growing organism under the influence of dosed hypodynamy and hypokinesia: dis. - St. Petersburg: VA Ageeva, 2017.
3. Artishevsky A. A. Debating issues of the development of thymus. – 2016.
4. Bashmakov O. A. Microcirculatory channel and vascular tissue relationships of a human thymus capsule in pre-and postnatal ontogenesis: dis. - M.: OA Bashmakov, 2018.
5. Bahronov A.R. and others. Use of combined antiseptics in the treatment of acute pharyngitis//Bulletin of the Kazakh National Medical University. – 2014. – №. 2-3. - S. 14-15.
6. Bibikova AA, Pikalova LP, Blinova NV, Medvedeva AA. Pathomorphology of the thymus gland in children of the first three years of life in the Tver region in 2016. Tver Medical Journal. 2020; (4): 18-22.
7. Breusenko D.V. and others. Modern ideas about the morphology of the thymus//Pediatrician. – 2017. – T. 8. – №. 5. - S. 91-95.
8. Galeeva E. N. Morphological characteristic of the functional zones of human thymus in the intermediate fetal period of ontogenesis//Orenburg Medical Bulletin. – 2015. – T. 3. – №. 2 (10).
9. Gomon M. S. and others. Macroscopic features of children's thymus according to CT images taking into account age and sex//Bulletin of Volgograd State Medical University. – 2020. – №. 2 (74). - S. 57-60.
10. Huseynov T. S. and others. Morphology of colon lymph nodules in humans in ontogenesis//News of higher educational institutions. Volga region. Medical sciences. – 2015. – №. 3 (35). - S. 5-14.
11. Islamov Sh. E. and others. Defects in the provision of medical care in the practice of otorhinolaryngology//Achievements in science and education. – 2020. – №. 4 (58).

12. Jacobs M. T., Frush D. P., Donnelly L. F. The right place at the wrong time: historical perspective of the relation of the thymus gland and pediatric radiology //Radiology. – 1999. – Т. 210. – №. 1. – С. 11-16.
13. Korzhavov S. O. and others. The role of the Latin language in medicine and in the modern world//International Scientific and Practical Conference World science. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 6. - S. 40-42.
14. Kulida L.V. Morphology of the thymus and placenta in fetuses and newborns with extremely low body weight: dis. - Yaroslavl: LV Kulida, 2010.
15. Khusanov E. U., Ismoilov O. I., Korzhavov Sh. O. Influence of umbilical cord blood cell preparations on skin morphology//International Scientific Review of the Problems of Natural Sciences and Medicine, Boston, USA. – 2019. - C. 383-394.
16. Khusanov E. U., Korzhavov Sh. O., Ortikbaeva N. T. Morphological picture of the degranulation of apudocytes of the gastroduodenal zone during experimental fasting//International Scientific and Practical Conference World science. – ROST, 2017. – Т. 5. – №. 5. - S. 59-61.
17. Kuzmenko LG. Comments to discussion about human constitution, constitutional types and different diatheses. Pediatrics. 2005; 84(5): 76-84.
18. Lastovka I. N., Matveev V. A. Assessment of the magnitude of the thymus gland in newborns according to ultrasound research//Problems of health and ecology. – 2007. – №. 4. - S. 38-42.
19. Lemons D, McGinnic W. Genomic evolution of Hox gene clusters. Science. 2016
20. Loginova N.P. Immunomorphological aspects of the structure of thymus in children of the first year of life in congenital heart defects//Medical almanac. – 2015. – №. 2 (37). - S. 112-116.
21. Mudrak DA, NAvolokin NA, Myl'nikov AM, Polozhenkov AE, Maslyakova GN. Histological signs of the thymic enlargement. J of Anatomy and Histopathology. 2020
22. Nicholls G, Martin R, Wallace B, Fuchs P. From Neuron to Brain. M., 2013.
23. Oblakulovich K. S. et al. The Thymus Gland (Thymus) Aspects in Children (Review of Literature) //Central asian journal of medical and natural sciences. – 2022. – Т. 3. – №. 2. – С. 9-16.
24. Patel P. M. et al. Normal thymic uptake of FDG on PET imaging //Clinical nuclear medicine. – 1996. – Т. 21. – №. 10. – С. 772-775.
25. Polotsky B.E. and others. Thymus neoplasms (literature review)//Siberian Oncology Journal. – 2008. – №. 1. - S. 75-84.
26. Sarenko A. A. Topographic-anatomical justification of the study of the thymus gland in prenatal ontogenesis//Bulletin of Orenburg State University. – 2011. – №. 16 (135). - C. 343-344.
27. Savino W. The thymus gland is a target in malnutrition //European journal of clinical nutrition. – 2002. – Т. 56. – №. 3. – С. S46-S49.
28. Sikandar A, Shahzaib, Ullah N. Microarchitecture of the thymus gland, its age and disease-associated morphological alterations, and possible means to prolong its physiological activity. Thymus, 2020.
29. Shamatov I. Ya., Khushvakova N. Zh., Iskhakova F. Sh. Comprehensive treatment of acute laringites//Collection of scientific articles based on the results of the International Scientific Forum. – 2019. – Page 98.
30. Рахимов Н. М. и др. клинико-рентгенологическая и компьютерно-томографическая характеристика тимомы //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
31. Rovda Yu. I. and others. Aspects of childhood thymus gland (part iv). timus and covid-19//Mother and child in Kuzbass. – 2021. – №. 4 (87). - S. 17-26.
32. Silantyeva I.V. and others. Anatomological and morphological features and methods of assessing the transverse size and volume of the thymus gland in children//Mother and child in Kuzbass. – 2011. – №. 2. - S. 11-16.
33. Tolstova E. M., Zaitseva O. V. Physiology and pathology of the thymus in childhood//Pediatrics. Magazine named after MR. Speransky. – 2018. – Т. 97. – №. 6. - S. 166-172.

34. Volkov V.P. Functional immunomorphology of the thymus in the aspect of ontogenesis//Innovations in science. – 2015. – №. 8 (45).
35. Zahid M. et al. Morphofunctional state of thymus during the introduction of the immunomodulator "Polyoxidonium "//Bulletin of the Chuvash State Pedagogical University named after IYA Yakovlev. – 2011. – №. 4-1. - S. 88-93.
36. Zheleznov L. M. and others. Differences in the topography of the organs of the thoracic cavity of the fetus depending on the level relative to the spine//Bulletin of new medical technologies. – 2012. – Т. 19. – №. 2. - S. 172-175.



УДК: 611.06.611.36-81

MUSTAFOEV Zafarjon Mustafa Oglu

PhD


Samarkand State Medical University

OLIMOVA Aziza Zokirovna

Bukhara State Medical Institute

MORPHOLOGICAL AND MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE LIVER OF WHITE OUTBREED RATS SUFFERING EXPERIMENTAL CRANIO-BRAIN INJURY AFTER MEDICAL CORRECTION

For citation: Mustafoyev Zafarjon, Olimova Aziza. Morphological and morphometric parameters of the liver of white outbred rats suffering experimental cranio-brain injury after medical correction. Journal of Biomedicine and practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.107-113

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835280>

ANNOTATION

Objective: to study the morphological and morphometric parameters of the liver of white outbred rats that underwent experimental traumatic brain injury after drug correction.

Methods: Experimental studies were carried out in 3 stages: the first stage - the study of morphometric parameters of the liver of three-month-old white rats of the intact group (n = 60). The second stage consists in studying the morphometric parameters of the liver of three-month-old outbred rats (n=60) on the 1st day after TBI of animals using the "traffic accident" method. The third stage - the study of morphometric parameters of the liver of three-month-old white rats (n=60) after conservative treatment for 10 days from the first day after traumatic brain injury. For the purpose of drug correction, L-lysine aescinate 1 mg/ml was used, 5 ml was injected intramuscularly, 5 ml of a 25% magnesium sulfate solution was dissolved in 45 ml of isotonic saline, and 0.5 ml of the resulting mixture was injected intramuscularly. intramuscularly, 4 ml of a solution of citicoline 125 ml/mg was administered intramuscularly for 10 days.

For morphometric studies, histological micropreparations of the liver of outbred rats stained with hematoxylin-eosin were made. All necessary parameters of the liver structure were measured.

The results obtained: the results of the third group of experiments, the morphometric parameters of the liver of rats with brain damage after drug therapy: the diameter of the central vein is $55,06 \pm 1,20$ mkm, the diameter of the interlobular vein is $89,04 \pm 2,10$ mkm, the diameter of the interlobular artery is $26,08 \pm 2,45$ mkm, diameter of interlobular bile ducts $13,94 \pm 1,08$ mkm, diameter of sinusoidal capillaries $29,14 \pm 1,10$ mkm, total area of hepatocytes $490,6 \pm 10,06$ mkm, total area of nuclei $59,30 \pm 2,10$ mkm, the total area of the cytoplasm was $430,06 \pm 1,02$ mkm.

Conclusions. Our use of certain types of neuroprotectors as corrective therapy has a positive effect on the morphometric parameters of all structural units of the liver tissue. The results of the study made it possible to establish the degree of morphometric changes in the structures of the liver of

experimental animals. This, in turn, contributes to improving the quality of early diagnosis, the development and selection of evidence-based methods for effective treatment of the consequences of traumatic brain injury.

Key words: morphometry, liver, morphology, craniocerebral injury, white outbred rats.

МУСТАФОВЕВ Зафаржон Мустафа Оғлы

PhD

Самаркандский государственный медицинский университет

ОЛИМОВА Азиза Зокировна

Бухарский государственный медицинский институт

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ БЕСПОРОДНЫХ КРЫС, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ ПОСЛЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

АННОТАЦИЯ

Цель: изучить морфологические и морфометрические параметры печени белых беспородных крыс, перенесших экспериментальную черепно-мозговую травму после медикаментозной коррекции.

Методы: Экспериментальные исследования проводились в 3 этапа: первый этап - изучение морфометрических показателей печени трехмесячных белых крыс интактной группы ($n = 60$). Второй этап заключается в изучении морфометрических показателей печени трехмесячных беспородных крыс ($n=60$) на 1-е сутки после ЧМТ животных методом «дорожно-транспортное происшествие». Третий этап - изучение морфометрических показателей печени трехмесячных белых крыс ($n=60$) после проведения консервативного лечения в течение 10 дней с первых суток после черепно-мозговой травмы. С целью медикаментозной коррекции применяли L-лизина эсцинат 1 мг/мл, внутримышечно вводили 5 мл, 5 мл 25% раствора магния сульфата растворяли в 45 мл изотонического физиологического раствора и 0,5 мл полученной смеси вводили внутримышечно. внутримышечно, 4 мл раствора цитиколина 125 мг/мл вводили внутримышечно в течение 10 дней.

Для морфометрических исследований изготовлены гистологические микропрепараты печени белых беспородных крыс окрашенными гематоксилин-эозином. Измерялись все необходимые параметры структуры печени.

Полученные результаты: результаты третьей группы опытов морфометрические показатели печени крыс с поражением головного мозга после медикаментозной терапии: диаметр центральной вены $55,06 \pm 1,20$ мкм, диаметр междольковой вены $89,04 \pm 2,10$ мкм, диаметр междольковой артерии $26,08 \pm 2,45$ мкм, диаметр междольковых желчных протоков $13,94 \pm 1,08$ мкм, диаметр синусоидальных капилляров $29,14 \pm 1,10$ мкм, общая площадь гепатоцитов $490,6 \pm 10,06$ мкм, общая площадь ядер $59,30 \pm 2,10$ мкм, общая площадь цитоплазмы составила $430,06 \pm 1,02$ мкм.

Выводы. Использование нами некоторых видов нейропротекторов в качестве корректирующей терапии оказывает положительное влияние на данные морфометрических показателей всех структурных звеньев ткани печени. Результаты проведенного исследования дали возможность установить степень морфометрических изменений структур печени подопытных животных. Это, в свою очередь, вносит свой вклад в повышение качества ранней диагностики, разработку и выбор основанных на доказательствах методов эффективного лечения последствий черепно-мозговой травмы.

Ключевые слова: морфометрия, печень, морфология, черепно-мозговая травма, белые беспородные крысы.

MUSTAFOYEV Zafarjon Mustafa O'G'Li
Samarqand davlat tibbiyot universiteti, PhD
OLIMOVA Aziza Zokirovna
Buxoro davlat tibbiyot instituti

EKSPERIMENTDA BOSH MIYA SHIKASTLANISHI OLGAN OQ ZOTSIZ KALAMUSHLAR JIGARINING MEDIKAMENTOZ TERAPIYADAN KEYINGI MORFOLOGIK VA MORFOMETRIK KO'RSATKICHLARI

ANNOTATSIYA

Maqsad: medikamentoz korreksiyadan so'ng eksperimental bosh miya jarohati olgan oq zotsiz kalamushlar jigarining morfologik va morfometrik parametrlarini o'rganish.

Material va Metodlar: Eksperimental tadqiqotlar 3 bosqichda o'tkazildi: birinchi bosqich – intakt (sog'lom) nazorat guruhdagi uch oylik oq zotsiz kalamushlar jigarining morfometrik ko'rsatkichlarini o'rganish ($n = 60$). Ikkinchi bosqich hayvonlarning bosh miya jarohatidan keyingi 1-kuni uch oylik oq zotsiz kalamushlar jigarining morfometrik ko'rsatkichlarini ($n=60$) "Yo'l-transport hodisasi" usuli bilan o'rganishdan iborat. Uchinchi bosqich - bosh miya shikastlanishidan keyingi birinchi kundan boshlab 10 kun davomida konservativ davodan so'ng uch oylik oq zotsiz kalamushlar ($n=60$) jigarining morfometrik ko'rsatkichlarini o'rganish. Medikamentoz terapiya maqsadida L-lizin aescinate 1 mg/ml dan foydalanilgan, 5 ml mushak ichiga yuborilgan, 5 ml 25% li magniy sulfat eritmasi 45 ml izotonik fiziologik eritmada eritilgan va hosil bo'lgan aralashmadan 0,5 ml dan olingan va mushak orasiga yuborilgan. 4 ml sitikolin eritmasi 125 ml / mg mushak ichiga 10 kun davomida kiritilgan.

Morfometrik tadqiqotlar uchun gistologik mikropreparatlar gematoksilin-eozin bilan bo'yalgan kalamushlar jigaridan tayyorlangan. Jigar tuzilishining barcha kerakli parametrlari o'lchangan.

Natijalar: uchinchi guruh tajribalari natijalari, medikamentoz korreksiyadan keyin bosh miya shikastlangan kalamushlar jigarining morfometrik ko'rsatkichlari: markaziy venaning diametri $55,06 \pm 1,20$ mkm, interlobulyar venaning diametri $89,04 \pm 2,10$ mkm, interlobulyar arteriya diametri $26,08 \pm 2,45$ mkm, interlobulyar o't yo'llarining diametri $13,94 \pm 1,08$ mkm, sinusoidal kapillyarlarning diametri $29,14 \pm 1,10$ mkm, gepatotsitlarning umumiy maydoni $490,6 \pm 1,06$ mkm yadro umumiy maydoni $59,30 \pm 2,10$ mkm, sitoplazmaning umumiy maydoni $430,06 \pm 1,02$ mkmni tashkil etdi.

Xulosa. Neyroprotektorlarning ayrim turlarini davolovchi terapiya sifatida qo'llashimiz jigar to'qimalarining barcha strukturaviy birliklarining morfometrik parametrlariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Tadqiqot natijalari eksperimental hayvonlarning jigar tuzilmalarida morfometrik o'zgarishlar darajasini aniqlashga imkon berdi. Bu, o'z navbatida, erta tashxis qo'yish sifatini oshirish, bosh miya shikastlanishi oqibatlarini samarali davolashning dalillarga asoslangan usullarini ishlab chiqish va tanlashga xizmat qiladi.

Kalit so'zlar: morfometriya, jigar, morfologiya, bosh miya shikastlanishi, oq zotsiz kalamushlar.

ВВЕДЕНИЕ. Черепно-мозговая травма является сложной мультидисциплинарной проблемой, одной из самых значимых в здравоохранении. Черепно-мозговая травма - одна из доминирующих причин смертности среди населения моложе 45 лет, имеющая лидирующие позиции по инвалидизации. Как причина смертности в мире, черепно-мозговая травма занимает 3-е место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В структуре травматизма нарушения функции ЦНС выявляются в 30-40 %, при этом инвалидность регистрируется в 25-30 %. Самыми частыми причинами черепно-мозговой травмы являются дорожно-транспортные происшествия, далее криминальные, спортивные и производственные механические травмы. По данным ВОЗ черепно-мозговая травма составляет около 40% от всех видов травм, с тенденцией к приросту в 2 % ежегодно. Соотношение между мужчинами и женщинами равно 3:1 [В. А. Бывальцев, 2018].

Черепно-мозговая травма определяется как агрессия к мозгу, вызванная внешней физической силой, которая может вызвать состояние пониженного или измененного сознания и, следовательно, повлиять на когнитивные способности или физические функции. Это непосредственно способствует смерти от внешних причин, основными из которых являются автомобильные аварии, падения, физическая агрессия и столкновение пешеходов [С.С. Leite et.al., 2008].

Признаки поражения паренхимы в печени наблюдаются чаще. Установлено, что уже в первые часы после травмы отмечаются мелкоочаговые некрозы гепатоцитов и изменения микроциркуляции печени. Развитие циркуляторных и деструктивно-некробиотических процессов в печени проявляет себя гипопроотеинемией, транзиторной ферментемией, повышением содержания глюкозы и билирубина в сыворотке крови [С.В. Царенко, 2005]. Однако при оценке морфофункциональных изменений печени при черепно-мозговой травмы зачастую не учитывается степень повреждения головного мозга, а характеристика изменений микроциркуляторного русла печени носит описательный характер. При тяжелом повреждении головного мозга возможен «срыв» адаптационной артериализации синусоидального кровотока и развитие внутрипеченочной портальной гипертензии. Тяжелые нарушения микроциркуляции сопровождаются активацией некробиотических процессов в печени и служат общей патоморфологической основой развития печеночной недостаточности при черепно-мозговой травмы, что соответствует опубликованным данным [И.В. Фурсов и соавт., 2013].

ЦЕЛЬ: изучить морфологические и морфометрические параметры печени белых беспородных крыс, перенесших экспериментальную черепно-мозговую травму после медикаментозной коррекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:

Экспериментальные исследования проводились в 3 этапа: первый этап - изучение морфометрических показателей печени трехмесячных белых крыс интактной группы ($n = 60$). Второй этап заключается в изучении морфометрических показателей печени трехмесячных беспородных крыс ($n=60$) на 1-е сутки после ЧМТ животных методом «дорожно-транспортное происшествие». Третий этап - изучение морфометрических показателей печени трехмесячных белых крыс ($n=60$) после проведения консервативного лечения в течение 10 дней с первых суток после черепно-мозговой травмы.

С целью проведения исследования испытано 180 белых беспородных крыс, 3-х месячного возраста и содержащихся в обычных условиях вивария, получивших черепно-мозговую травму экспериментальным путем. К данным условиям содержания животных относились нахождение их в отдельных клетках при комнатной температуре, естественном освещении и вентиляции. На начальных этапах проводимого научного эксперимента все половозрелые крысы на протяжении семи дней находились в условиях карантина, а после исключения соматических или инфекционных заболеваний переводились на обычный режим вивария. На протяжении эксперимента осуществлялся тщательный контроль по физиологическому состоянию и поведению животных контрольной группы и групп сравнения. Во время данного эксперимента была проведена имитация дорожно-транспортного происшествия. То есть, все животные прикреплялись на транспортное колёсное средство ручного приготовления, крысы фиксировались на транспортном средстве и разгонялись на нём со скоростью 6-8 км\ч, ударяясь лобной частью головы о деревянную преграду. В зависимости от скорости (6-8 км\ч) транспортного средства, животные получали различные степени черепно-мозговой травмы. С целью медикаментозной коррекции применяли L-лизина эсцинат 1 мг/мл, внутримышечно вводили 5 мл, 5 мл 25% раствора магния сульфата растворяли в 45 мл изотонического физиологического раствора и 0,5 мл полученной смеси вводили внутримышечно. внутримышечно, 4 мл раствора цитиколина 125 мг/мл вводили внутримышечно в течение 10 дней.

Для проведения морфологических и морфометрических исследований извлеченный печень фиксировался в растворе Буэна и после проведения соответствующей проводки

осуществлялась заливка материала в парафин по общепризнанным правилам. Далее с помощью микротомы МС-2 готовили гистологические поперечные срезы толщиной 6 - 7 мкм из верхних, средних и нижних отделов печени с последующим их просветлением в спиртах возрастающей концентрации.

Окраска срезов после их депарафинизации производилась гематоксилин-эозином. Морфометрические исследования и измерения тканей печени осуществляли под микроскопом NLCD-307B.

Морфометрические исследования срезов тканей печени осуществляли с помощью окулярного микрометра микроскопа NLCD-307B фирмы Nobel, (Китай). Штангенциркулем измеряли анатомические параметры извлеченной печени. Измерялись все необходимые параметры структуры печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ:

При морфометрическом исследовании белых крыс **первой группы** контрольной группы получены следующие результаты: диаметр центральной вены $54,05 \pm 0,88$ мкм, диаметр междольковой вены $87,82 \pm 1,85$ мкм, диаметр междольковой вены артерии $25,65 \pm 2,43$ мкм, диаметр междольковых желчных протоков $13,88 \pm 0,82$ мкм, диаметр синусоидальных капилляров $28,38 \pm 0,94$ мкм, общая площадь гепатоцитов $487,2 \pm 11,16$ мкм, общая площадь ядер $58,91 \pm 1,88$ мкм, общая площадь цитоплазмы составила $428,02 \pm 9,20$ мкм.

При исследовании морфометрических показателей гемомикроциркуляторной системы и паренхиматозных структур печени белых беспородных крыс в 1-е сутки после ЧМТ **второй группы** установлено следующее: диаметр центральной вены $56,12 \pm 1,40$ мкм, диаметр междольковой вены $89,20 \pm 2,40$ мкм, диаметр междольковой артерии $27,12 \pm 2,47$ мкм, диаметр междолькового желчного протока $14,10 \pm 1,16$ мкм, диаметр синусоидного капилляра $30,46 \pm 1,58$ мкм, общая площадь гепатоцитов $493,9 \pm 12,20$ мкм, общая площадь ядра составила $60,10 \pm 2,24$ мкм, а общая площадь цитоплазмы - $432,10 \pm 1,08$ мкм.

В **третьей группе** опытов морфометрические показатели печени крыс с поражением головного мозга после медикаментозной терапии: диаметр центральной вены $55,06 \pm 1,20$ мкм, диаметр междольковой вены $89,04 \pm 2,10$ мкм, диаметр междольковой артерии $26,08 \pm 2,45$ мкм, диаметр междольковых желчных протоков $13,94 \pm 1,08$ мкм, диаметр синусоидальных капилляров $29,14 \pm 1,10$ мкм, общая площадь гепатоцитов $490,6 \pm 10,06$ мкм, общая площадь ядер $59,30 \pm 2,10$ мкм, общая площадь цитоплазмы составила $430,06 \pm 1,02$ мкм.

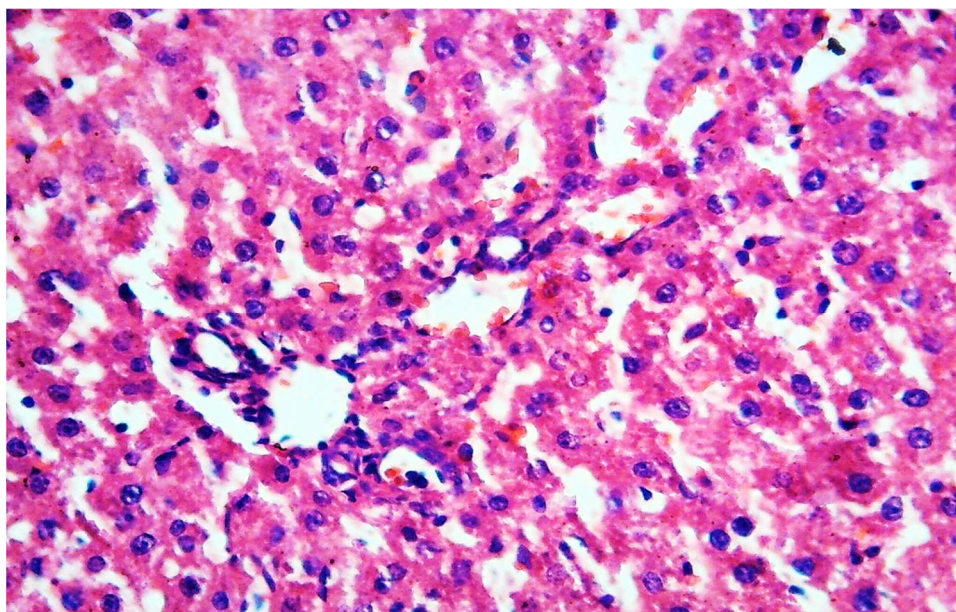


Рис. 1. Морфометрические показатели печени крысы белой породы в 1-е сутки после травмы головного мозга в эксперименте. Наблюдаются расширение синусоидальных пространств и капилляров, расширение центральных венозных сосудов, очаговые дистрофические изменения гепатоцитов. Краситель гематоксилин-эозин. Размер 10x20.

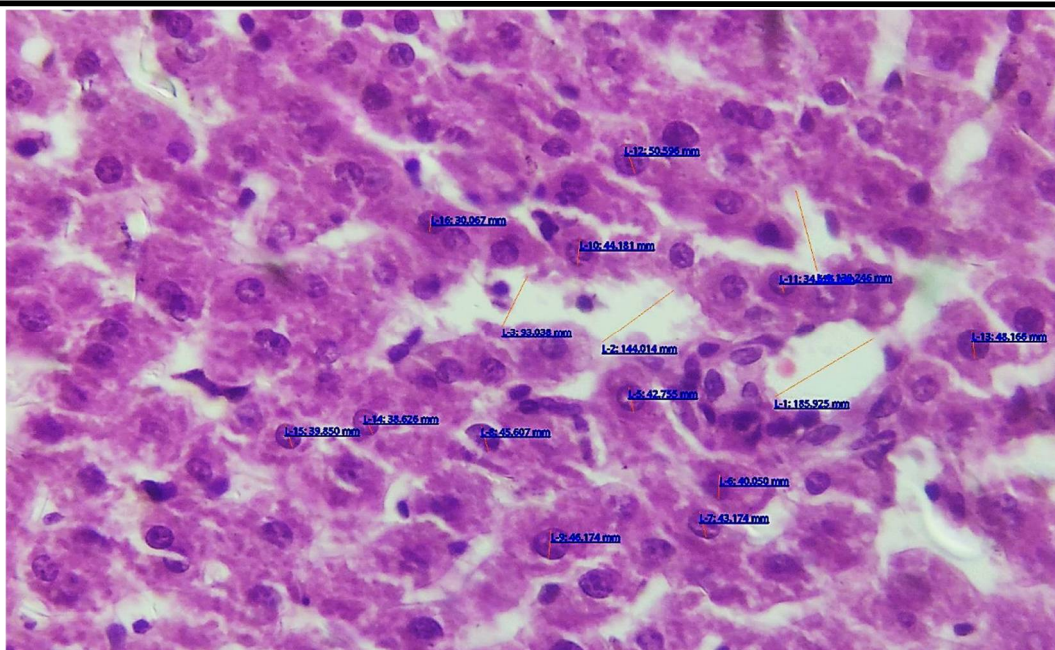


Рис. 2. Морфологические и морфометрические параметры печени крыс белой породы, получивших в эксперименте повреждение головного мозга после медикаментозной терапии. Окраска гематоксилин-эозином. Размер 20x20.

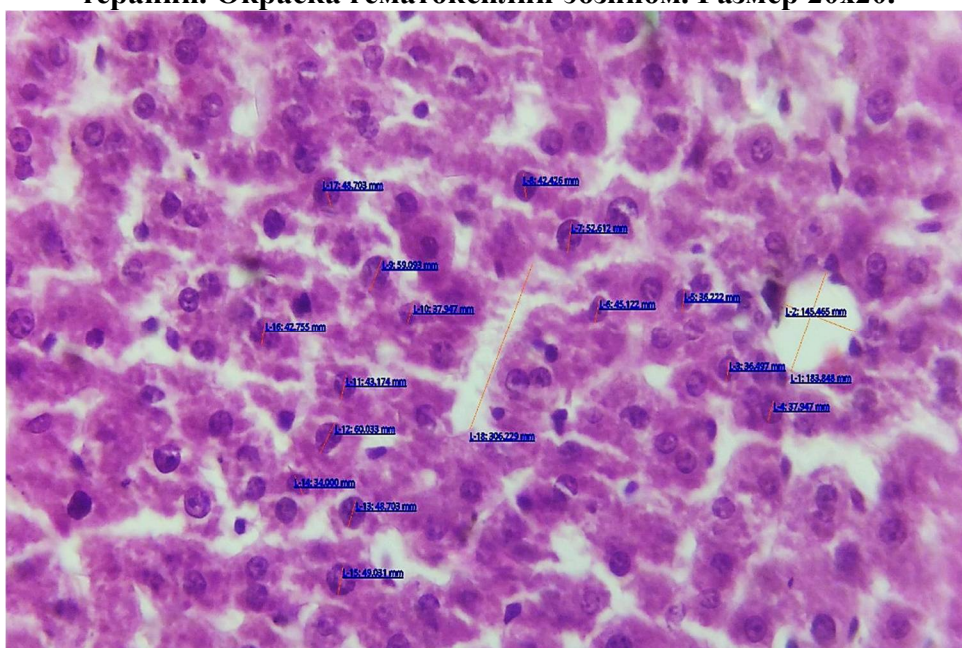


Рис. 3. Морфологические и морфометрические показатели печени крысы, получившей в эксперименте повреждение головного мозга после медикаментозной терапии. Окраска гематоксилин-эозином. Размер 20x20.

ВЫВОДЫ. Результаты хирургического лечения рака полости рта с реконструкцией дефекта пекторальным лоскутом улучшены по сравнению с результатами комплексного лечения без реконструктивно-пластических операций.

Выводы. Экспериментальные опыты подтвердили факт негативного воздействия ЧМТ на морфометрические показатели параметров печени, которая напрямую зависит от различных периодов полученной травмы.

На основании проведенных исследований изучены и оценены самые критические периоды, что очень важно для проведения профилактических мероприятий. Это раскрывает функциональные и структурные механизмы изменений печени белых крыс в норме и после черепно-мозговой травмы.

Опираясь на эффективность изучения морфометрических исследований печени после получения черепно-мозговой травмы, можно сказать что необходимость осуществления этих исследований обоснована.

IQTIBOSLAR | CHOСКИ | REFERENCES:


1. Судебно-медицинская экспертиза черепно-мозговой травмы. Справочно-информационные материалы. К у р с к. 2014
2. И.В. Фурсов, В.В. Могила «Внечерепные осложнения тяжелой черепно – мозговой травмы» Та в р и ч е с к и й м е д и к о - б и о л о г и ч е с к и й в е с т н и к. 2013. том 16. №3. ч.3 (63) С.146-149
3. Лебедева Елена Ивановна Сравнительная морфофункциональная характеристика печени белой крысы и человека в норме и при токсическом поражении // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата биологических наук. Минск 2016
4. Aziza Zokirovna Olimova, (2021, July). COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE MORPHOLOGICAL PARAMETERS OF THE LIVER AT DIFFERENT PERIODS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY. // In Euro-Asia Conferences (pp. 139-142).
5. Aziza Zokirovna Olimova. MACRO- AND MICROSCOPIC STRUCTURE OF THE LIVER OF THREE MONTHLY WHITE RATS. // ACADEMIC RESEARCH IN EDUCATIONAL SCIENCES /2021 й. 309-312 p
6. OA Zokirovna Technique for cutting biopsy and surgical material in the practice of pathological anatomy and forensic medicine // Web of Scientist: International Scientific Research Journal 3 (7), 2022, 116-120
7. Aziza Zokirovna Olimova, (2021, July). COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE MORPHOLOGICAL PARAMETERS OF THE LIVER AT DIFFERENT PERIODS OF TRAUMATIC BRAIN INJURY. In Euro-Asia Conferences (pp. 139-142).
8. Aziza Zokirovna Olimova. MACRO- AND MICROSCOPIC STRUCTURE OF THE LIVER OF THREE MONTHLY WHITE RATS. ACADEMIC RESEARCH IN EDUCATIONAL SCIENCES /2021 й. 309-312 p
9. Mustafoyev Z.M., Teshayev Sh. J. Relativial Description of Kidney Morphometric Parameters in Polypharmacy of Anti-Inflammatory Pills. // American Journal of Medicine and Medical Sciences – 2022, – №12(8), – P. 862-867 (14.00.00.№ 2)
10. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis // Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.
11. Mustafoyev Z.M., Vaxronov J.J. Morphometric characteristics of parts of rat's kidney nephron in normality and in polypragmasia with anti-inflammatory preparation // Тиббиётда янги кун. -Бухоро – 2022, – №1 (39), – С. 276-278 (14.00.00.№22)
12. Мустафоев З.М, Бахронов Ж.Ж, Хидиров З.Э. Яллиғланишга қарши дори воситалари полипрагмазиясида буйрак нефронларида рўй берадиган морфометрик ўзгаришлар // Биология ва тиббиёт муаммолари. -Самарқанд –2022, –№ 3, – С. 177-181(14.00.19. № 136)
13. Мустафоев З.М, Тешаев Ш. Ж. Сравнительная характеристика морфологических параметров почек при полипрагмазии противовоспалительными препаратами // Биомедицина ва амалиёт журналы.-Самарқанд. – 2022, – № 1(7), – С. 69-73(14.00.00.№24)
14. Мустафоев З.М, Бахронов Ж.Ж Морфометрическая характеристика частей нефрона почек крыс в норме и при полипрагмазии противовоспалительными препаратами // Вестник ТМА – 2022, – №2, – С. 57-59 (14.00.00.№13)
15. Mustafoyev Z.M. Сравнительная характеристика морфологических показателей почек при полипрагмазии противовоспалительных препаратов // Тиббиётда янги кун.-Бухоро – 2022, – №9 (47), – С. 195-202 (14.00.00.№22)



NORTAEVA Nilufar Abdiraximovna
AKHMEDOVA Sayyora Muhamadovna
NORTAEV Azamat Begmatovich
Tashkent Medical Academy

ANTHROPOMETRY MEASUREMENTS OF THE TOOTH MAXILLARY SYSTEM IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES

For citation: Nortaeva A.Nukufar, Axmedova M.Sayora, Nortaev B.Azamat. ANTHROPOMETRY MEASUREMENTS OF THE FACIAL-MAXIMAL SYSTEM IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.114-118

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835288>

ANNOTATION

The article provides information about changes in the maxillofacial system of children of different ages with hypothyroidism, as well as its consequences. We used the Bunak method to measure the anthropometry of the face-jaw system. We compared the anthropometric indicators of healthy and hypothyroid children of different ages and studied the differences between them.

Keywords: hypothyroidism, normal, healthy, sick, girl, boy, diagram

NORTAYEVA Nilufar Abdiraximovna
AXMEDOVA Sayyora Muxamadovna
NORTAYEV Azamat Begmatovich
Toshkent tibbiyot akademiyasi

TURLI YOSHDAGI BOLALARDA YUZ-JAG` SISTEMASINING ANTROPOMETRIYASI O`LCHAMLARI

ANNOTATSIYA

7 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan sog'lom va gipotireoz tashhisli jami 90 nafar o'g'il va qiz bolalarning yuz jag' tizimining antropometrik o'lchovlari o'tkazildi va solishtirildi. Olingan ma'lumotlar tahlili gipotireoz holatidagi o'g'il bolalarda sog'lom bolalarga qaraganda antropometrik ko'rsatkichlarning o'sishdan orqada qolishi aniqlandi. Bu o'zgarishlar asosan 9 sinf bolalarda yaqqol namoyon bo'ldi.

Kalit so'zlar: gipotireoz, yuz jag' tizimi antropometriyasi, postnatal ontogenez

НОРТАЕВА Нилуфар Абдирахимовна
АХМЕДОВА Сайёра Мухамадовна
НОРТАЕВ Азамат Бегматович
Ташкентская медицинская академия

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИЗМЕРЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

В статье представлены сведения об изменениях челюстно-лицевой системы у детей разного возраста при гипотиреозе, а также его последствиях. Мы использовали метод Бунака для измерения антропометрии челюстно-лицевой системы. Мы сравнили антропометрические показатели здоровых и гипотиреоидных детей разного возраста и изучили различия между ними.

Ключевые слова: гипотиреоз, норма, здоровый, больной, девочка, мальчик, диаграмма.

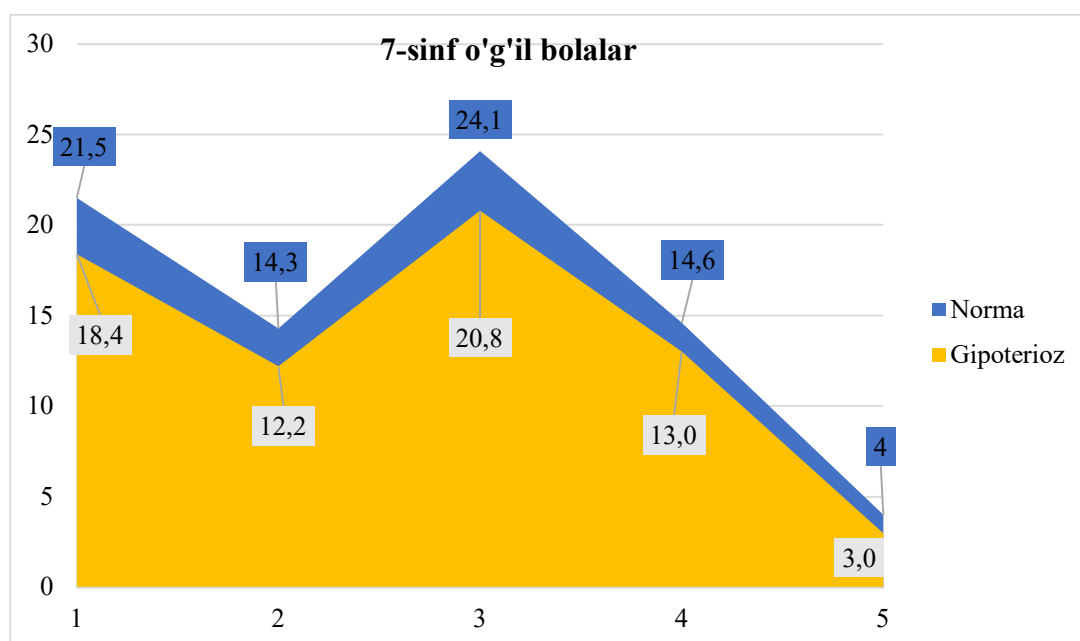
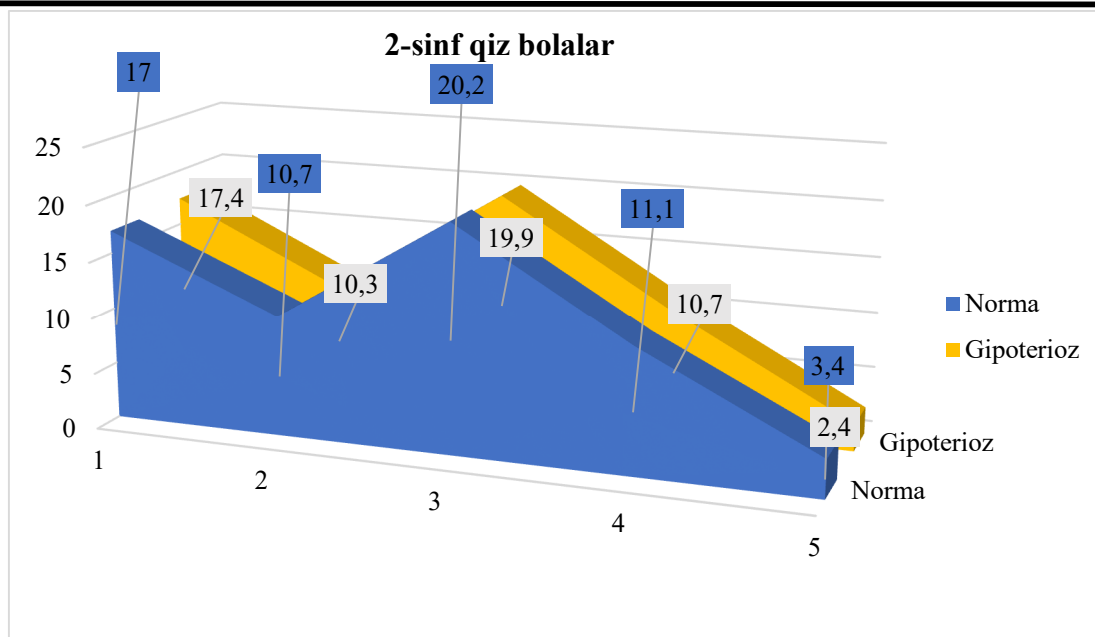
Bugungi kunda gipotireoz noinfeksion kasallik sifatida dunyoning ko'plab mamlakatlariga kirib borgan (1, 2). Shuningdek, bizning respublikamiz aholisining ham katta qismini qamrab olgan (3, 4). Gipotireozda nafaqat metabolizm, immunoreaksiyalar balki, tayanch-harakatlanish sistemasida ham o'zgarishlar sodir bo'ladi (5, 6). Ayniqsa, bu o'smir yoshdagi bolalarning yuz-jag' sistemasining antropometriyasida yaqqol seziladi (2, 5). Endokrin tizim muammolarining stomatologik kasalliklarga sabab bo'lishini bir qancha olimlar o'rgangan. Bu ilmiy manbalarda endokrin tizim kasalliklarining og'iz bo'shlig'i kasalliklari bilan bog'liqligi ilmiy asoslangan (6, 7).

Tadqiqotning maqsadi. Turli yoshdagi bolalarda yuz-jag' sistemasining antropometriyasi o'lchamlarini o'rganish.

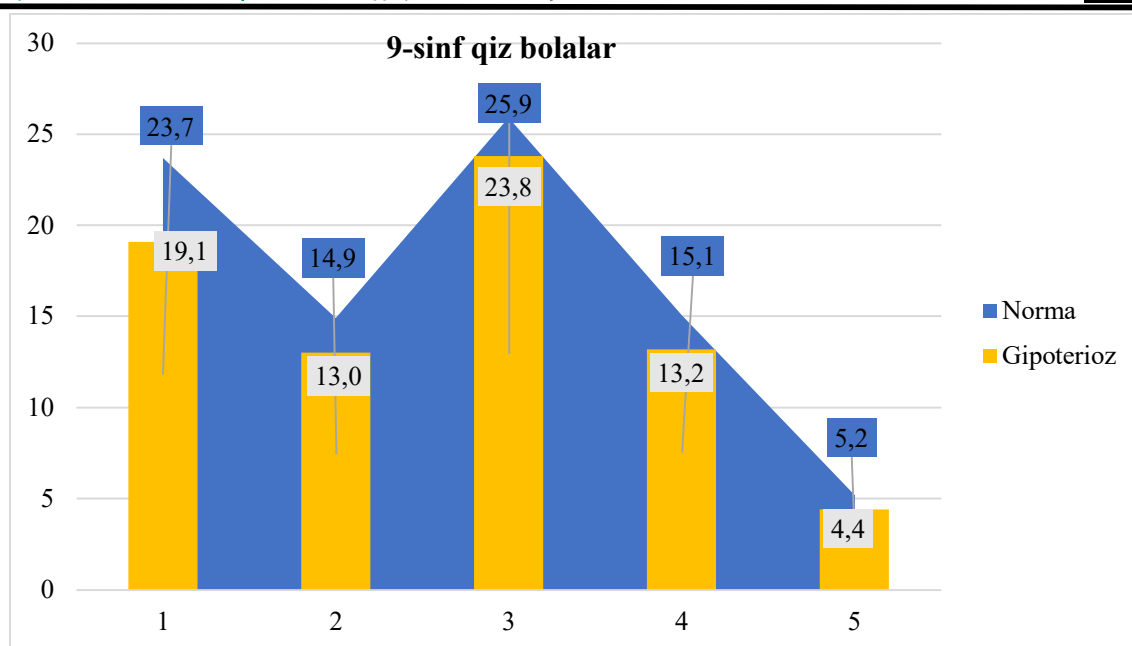
Tadqiqot materiallari va usullari. Sefalometrik tekshiruv Bunak V.V. usuli bo'yicha o'tkazildi. Bunak antropometrik tadqiqotlar uchun barcha talab va tavsiyalarga muvofiq boshning parametrlarini o'lchash uchun metrologik tekshirishdan o'tgan standart asboblardan ishlatildi, ya'ni zich asosda elastik o'lchash tasmasidir. Antropometrik tadqiqot boshni orbital-quloq (Frankfurt) gorizontaliq qo'yib, asosiy nuqtalar orasidagi 21 parametrlarni o'lchashdan iborat. Olingan ma'lumotlar pasport qismi va antropometrik xususiyatlar bo'limini o'z ichiga olgan maxsus ishlab chiqilgan xaritaga kiritildi. Boshning miya va yuz tuzilishi parametrlarini o'lchash usulidir. Biz antropometrik ko'rsatkichlarni baholash uchun maktab yoshidagi bolalarni oldik. Bunda sefalometrik tekshiruv Bunak V.V. usulidan foydalandik. 7 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 90 nafar bolani qabul qildik. Biz ularni 3 guruhga ajratdik. Birinchi guruh 2-sinf bolalari (7-10 yosh), ikkinchi guruh bolalari, 7-sinf bolalari (11-14 yosh), uchinchi guruh, 9-sinf (15-18 yosh) bolalarini oldik. Biz ularni yana 2 guruhga ajratdik: o'g'il bolalar va qizlar. Bunak V.V. usuli 21 parametrdan iborat bo'lib, shundan biz yuz-jag' antropometriyasiga oid bo'lgan 5 ta ko'rsatkichni tanlab oldik. Har bir guruhda 1) Yuzning fiziognomik balandligi 2) Yuzning morfologik balandligi 3) Yuzning morfologik kengligi 4) Yuzning yuqori chuqurligi 5) Pastki jag'ning balandligi o'rganildi.

Tadqiqot natijalari. Maktab yoshidagi 2-sinf o'g'il bolalarining (7-10 yoshli) yuzining fiziognomik balandligi o'rtacha $18,7 \pm 0,5$ mm ni tashkil etdi. Xuddi shu yoshdagi o'g'il bolalar yuzining o'rtacha morfologik balandligi $12 \pm 0,12$ mm, yuzning morfologik kengligi $22 \pm 0,8$ mm, yuzning yuqori chuqurligi $13 \pm 0,7$ mm, pastki jag'ining balandligi $3,5 \pm 1,1$ mm. Bu yoshdagi qizlarda bu ko'rsatkichlar o'rtacha quyidagi parametrlarga teng edi: yuzning fiziognomik balandligi o'rtacha $17 \pm 0,9$ mm, yuzning morfologik balandligi o'rtacha $10,7 \pm 0,3$ mm, yuzning morfologik kengligi $20,2 \pm 1,3$ mm, yuzning yuqori chuqurligi $11,1 \pm 0,5$ mm, pastki jag'ning balandligi esa $3,4 \pm 0,6$ mm ekanligi aniqlandi.

Maktab yoshidagi 7-sinf o'g'il bolalarida (11-14 yosh) yuzning fiziognomik balandligi o'rtacha 15% ga oshganligi aniqlandi. Shu yoshdagi o'g'il bolalarning yuzining morfologik bo'yi 19 foizga, yuzning morfologik kengligi 10 foizga, yuzning yuqori chuqurligi 12 foizga, pastki jag'ning balandligi 12 foizga oshgani qayd etildi. 14 foizga oshdi. Bu ko'rsatkichlar o'sha yoshdagi qizlarda quyidagi ko'rsatkichlarga teng edi: yuzning fiziognomik bo'yi 28% ga, yuzning morfologik balandligi 24% ga, yuzning morfologik kengligi 16% ga, yuqori. yuzning chuqurligi 22% ga, pastki jag'ning balandligi esa 26% ga oshdi.



Aniqlanishicha, maktab yoshidagi 9-sinf o'g'il bolalarida (15-18 yosh) yuzning fiziognomik balandligi o'rtacha 37 foizga oshgan. Xuddi shu yoshdagi o'g'il bolalarning yuzining morfologik bo'yi 26% ga, yuzning morfologik kengligi 22% ga, yuzning yuqori chuqurligi 18% ga, pastki jag'ning balandligi o'sganligi hisoblab chiqilgan. 42 foizga oshdi. Bu ko'rsatkichlar o'sha yoshdagi qizlarda quyidagi ko'rsatkichlarga teng edi: yuzning fiziognomik balandligi 9% ga, yuzning morfologik balandligi 12% ga, yuzning morfologik kengligi 11% ga, yuqori. yuzning chuqurligi 12% ga, pastki jag'ning balandligi esa 21% ga oshdi. Gipotireoz bilan og'rigan 2-sinf o'g'il bolalarning yuzining fiziognomik balandligi sog'lom bolalarnikiga nisbatan sezilarli darajada o'zgarmaganligi va 6% ni tashkil etgani qayd etildi. Xuddi shu yoshdagi o'g'il bolalarning yuzining morfologik balandligi sezilarli darajada o'zgarishsizligi aniqlandi 3%. Aniqlanishicha, yuzning morfologik kengligi 1% ga, yuzning yuqori chuqurligi 5% ga, pastki jag'ning balandligi esa sezilarli darajada 25% ga oshgan. Ushbu ko'rsatkichlar shuni ko'rsatdiki, xuddi shu yoshdagi gipotireozli qizlarda yuzning fiziognomik balandligi sog'lom bolalarnikiga nisbatan o'zgarmagan, yuzning morfologik balandligi 4% ga, yuzning morfologik kengligi 2% ga sezilarli darajada o'zgarmagan, yuzning yuqori chuqurligi 4% ga, pastki jag'ning balandligi esa 42% ga sezilarli darajada oshdi.



Gipotireoz bilan og'rikan 7-sinf o'g'il bolalarning yuzining fiziognomik balandligi sog'lom bolalarnikiga nisbatan sezilarli darajada o'zgarmaganligi va 17% ni tashkil etgani qayd etildi. Xuddi shu yoshdagi o'g'il bolalarning yuzining morfologik balandligi ham 17% ni ko'rsatdi. Yuzning morfologik kengligi 16% ga, yuzning yuqori chuqurligi 12% ga, pastki jag'ning balandligi sezilarli darajada 33% ga oshgani kuzatildi. Ushbu ko'rsatkichlar shuni ko'rsatdiki, xuddi shu yoshdagi gipotireozli qizlarda yuzning fiziognomik balandligi sog'lom bolalarga nisbatan 17% ga sezilarli darajada o'zgargan. Aniqlanishicha, yuzning morfologik balandligi 10% ga, yuzning morfologik kengligi 7% ga, yuzning yuqori chuqurligi 11% ga, pastki jag` balandligi esa 48% ga sezilarli darajada oshgan.

Gipotireoz bilan og'rikan 9-sinf o'g'il bolalarning yuzining fiziognomik balandligi sog'lom bolalarnikiga nisbatan sezilarli o'zgarmaganligi va 22% ni ko'rsatganligi qayd etildi. Xuddi, shu yoshdagi o'g'il bolalarning yuzining morfologik balandligi ham 11% ni qayd etdi. Aniqlanishicha, yuzning morfologik kengligi 8% ga, yuzning yuqori chuqurligi 15% ga, pastki jag'ning balandligi sezilarli darajada 35% ga oshgan. Ushbu ko'rsatkichlar shuni ko'rsatdiki, xuddi shu yoshdagi gipotireoz bilan og'rikan qizlarda yuzning fiziognomik balandligi sog'lom bolalarga nisbatan 24% ga sezilarli darajada o'zgargan. Ta'kidlanishicha, yuzning morfologik balandligi 15% ga, yuzning morfologik kengligi 9 % ga, yuzning yuqori chuqurligi 14 % ga, pastki jag'ning balandligi sezilarli darajada 18 % ga oshgan.

Xulosa. 1. Bizning tadqiqotimiz natijasida gipotireoz bilan og'rikan bolalarda normaga nisbatan ko'rsatkichlarning pasayishi kuzatildi.

2. Yuz-jag' tizimidagi o'zgarishlar 9-sinf bolalarida, ayniqsa, o'smirlik yoshiga yetganida aniq kuzatildi.

3. Yuz-jag' tizimidagi o'zgarishlar gipotireoz bilan og'rikan 7-sinf o`g`il bolalarda yaqqol o`zgarishlar aniqlandi.

IQTIBOSLAR | ЧОККИ | REFERENCES:

1. Mirzamuxamedov O.X., Akhmedova S.M. Modeling of toxic myocarditis on the background of hypothyroidism // Medical Information. - Tashkent, 2019, № 5. - P. 56–59.
2. Mirsharopov U.M. ; Usmonov R.J. ; Teshayev O.R. Mirzamuhammedov O.Kh. Akhmedova S.M. et al. Morphological change of myocardium in hypothyroidism // Central Asia Journal of Medicine - 2020, № 1 - p. 71–83.
3. Mirzamukhamedov O.Kh., Mirsharopov U.M., Sodikova Z.Sh., Akhmedova S.M., Khatamov A.I., Mirzabekova O.A. Especially the development of myocarditis in hypothyroidism in


- postnatal ontogenesis // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology - 2020, Vol. 14, № 4 - p. 7737–7745.
4. Nortaeva N.A., Nortaev A.B. Морфологические изменения зубов на фоне экспериментального гипотиреоза // Актуальные вопросы современных научных исследований.-Dushanbe 2022.-P 168.
 5. Nortaeva N.A., Akhmedova S.M., Nortaev A.B., Morphological changes in the teeth adolescent children with hypotireosis // Problems of biology and medicine. - Samarkhand, 2022. - P 270.
 6. Akhmedova S.M., Nortaeva N.A., Morphological changes in the dental in experimental hypotireosis // Collection of materials of the scientific and practical conference of young scientists with international participation, dedicated to the 100 th anniversary of the Tashkent medical academy, «Innovative approaches in medicine» - Tashkent -2022.-P 51.
 7. Nortaeva N.A., Akhmedova S.M., Nortaev A.B., To study the morphological changes in the tooth against the background of experimental hypothyroidism // Republican scientific-practical conference « Actual problems of microbiology » - Tashkent -2022.-P 148.
 8. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.



HAMDAMOVA Muhayyo Tohtasinovna
Doctor of Science, associate professor
NURULLOYEV Sukhrob Ozodovich
Bukhara State Medical Institute

MORPHOLOGY OF WHITE RATS KIDNEY UNDER ACUTE RADIATION

For citation: Hamdamova T. Muhayyo, Nurulloyev O.Sukhrob. Morphology of white rats kidney under acute radiation. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 119-124

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835292>

ANNOTATION

Acute exposure depends on the frequency and duration of ionizing radiation and develops at different levels depending on the radiation sensitivity of the organs. The most sensitive organs in acute irradiation are the organs of the immune system (spleen, lymph nodes, malt and salt structures, bone marrow and thymus), mucous membranes of the gastrointestinal tract (labile cells), exo- and endocrine glands (pituitary gland, thyroid gland, adrenal glands), mixed gland-gonads (ovary, testis, prostate). Organs less sensitive to radiation are the heart, kidneys, liver, brain and spinal cord, bone tissue and joints. In this study, we studied the morphological changes that occur in the kidneys under the influence of acute irradiation.

Keywords: irradiation, kidney, labile cells, dystrophy, necrosis.

ХАМДАМОВА Мухайё Тўхтасиновна
Тиббиёт фанлари доктори, профессор
НУРУЛЛОЕВ Сухроб Озодович
Бухоро давлат тиббиёт институти

ЎТКИР НУРЛАНИШДА ОҚ ЗОТСИЗ КАЛАМУШЛАР БУЙРАГИ МОРФОЛОГИЯСИ

АННОТАЦИЯ

Ўткир нурланиш рухсат этилган максимал дозадан ошиб кетадиган ионлаштирувчи нурланишнинг танага таъсири натижасида юзага келадиган ҳолат ҳисобланади. Патоморфологиясида асосан суяк илигида хужайра таркибининг камайиши, ичак эпителийсининг некрози ва фибробласт фаоллашуви натижасида таъсир қилишдан анча кейин органларнинг фибрози кузатилади. Органлар даражасида радиосенситивлик нафақат ушбу органни ташкил этувчи тўқималарнинг радиосезгирлигига, балки унинг функцияларига ҳам боғлиқ. Ушбу тадқиқотда ўткир нурланиш таъсирида буйрақларда юзага келадиган морфологик ўзгаришлар ўрганилган.

Калит сўзлар: нурланиш, буйрак, лабил хужайралар, дистрофия, некроз.

ХАМДАМОВА Мухайё Тўхтасиновна
Тиббиёт фанлари доктори, профессор
НУРУЛЛОЕВ Сухроб Озодович
Бухоро давлат тиббиёт институти

МОРФОЛОГИЯ ПОЧЕК У БЕЛЫХ БЕСПОРОДНЫХ КРЫС ПРИ ОСТРОМ ОБЛУЧЕНИИ

АННОТАЦИЯ

Острое облучение зависит от частоты и продолжительности действия ионизирующего излучения и развивается на разных уровнях в зависимости от лучевой чувствительности органов. Наиболее чувствительными органами при остром облучении являются органы иммунной системы (селезенка, лимфатические узлы, мальт и салт структуры, костный мозг и тимус), слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта (лабильные клетки), экзо- и эндокринные железы (гипофиз, щитовидная железа, надпочечники), смешанные железы-гонады (яичник, яичко, предстательная железа). Менее чувствительными к радиации органами являются сердце, почки, печень, головной и спинной мозг, костная ткань и суставы. В данном исследовании изучались морфологические изменения, происходящие в почках под влиянием острого облучения.

Ключевые слова: облучение, почка, лабильные клетки, дистрофия, некроз.

Мавзунинг долзарблиги. Инсон ҳаётининг турли соҳаларида ионлаштирувчи нурланиш манбаларидан фойдаланиш замонавий жамият мавжудлигининг ажралмас қисми ва кейинги илмий-техник тараққиётнинг зарур шартига айланди. 40 дан ортиқ давлатларнинг ўз атом саноати, атом электр станциялари, мобил, кема, тадқиқот ва бошқа электр станциялари мавжуд. Радиация манбалари тиббиёт ва фармация, тадқиқот ва саноат ишлаб чиқариш, илмий соҳаларда фаол қўлланилади.

Бирок, яққол ижобий томонлари билан бир қаторда, бунинг натижасида аҳолига радиация юки ортиб, турли даражадаги нурланишлар, авариялар хавфининг ошиши, бу эса ўз навбатида нафақат бевосита радиация ва ижтимоий-психологик омилларнинг инсон саломатлигига салбий таъсири, шунингдек, заиф экологик мувозанатни бузган ҳолда радиация беқарорлашган ҳудудларнинг шаклланишига олиб келади. Ўткир нурланиш натижасида юзага келадиган радиациявий зарар кўпроқ ўрганилган, аммо шунга қарамай, уларнинг ривожланишининг ички механизми кетма-кет ривожланадиган физик, физик-кимёвий, кимёвий, биологик ўзгаришлар занжирига боғлиқ, шу жумладан нурланиш шароитларига ҳам боғлиқ (Кудряшов Ю.Б., 2004). Буларга ташқи ва ички таъсирланиш қиради. Радиациянинг биологик таъсир механизмида барча тана тизимлари, биринчи навбатда қон айланиш ва иммун тизимлари иштирок этади (Ярилин А.А., 1980; Петров Р.В., 1987; Орадовская И.В., 2006). Шу билан бирга, нурланиш ҳолатига қараб индивидуал реакциялар томонидан намоён бўладиган ушбу тизимларнинг алоҳида ўзгаришлари ҳали тўлиқ ўрганилмаган (Сафонова В.Ю., 2009). Нурланиш эртанги дозага боғлиқ проксимал каналча (Оцука ва Меистрич, 1990) ва гломерулуснинг (Роббинс ва бошқ., 1994) пролифератив ўсишига олиб келади. Нурланишдан кейин ривожланган пролиферация аъзоларнинг функционал бузилишларига сабаб бўлади ва 6-12 ой давом этади. Экспериментал ҳайвонларда бир мартада 8,5 Гр дозада ташқи гамма нурланишининг таъсири ўткир нурланиш касаллигининг оғир даражасига ҳос бўлган клиник ва гематологик ўзгаришларни келтириб чиқаради (Старых О.Н., 2002). Буйраклар сийдик тизимининг радиацияга энг сезгир органлари ҳисобланади.

Даволаш пайтида қорин бўшлиғи нурланишини олган беморларни батафсил текшириш шуни кўрсатдики, 5 ҳафта давомида иккала буйракнинг 1 Гр фраксияларида 23 Гр гача бўлган тўлиқ нурланиши буйрак шикастланишининг сезиларли хавфини келтириб чиқаради. Шикастланишлар ўткир радиацион нефрит (яширин давр 6-12 ой), сурункали радиацион нефрит (1,5-4 ёш), яхши сифатли артериал гипертензия (1,5-5 ёш), кечки хавфли артериал гипертензия (1,5-11 ёш) ва протеинурия (5-19 ёш) сифатида таснифланган. Ошқозон ярасини

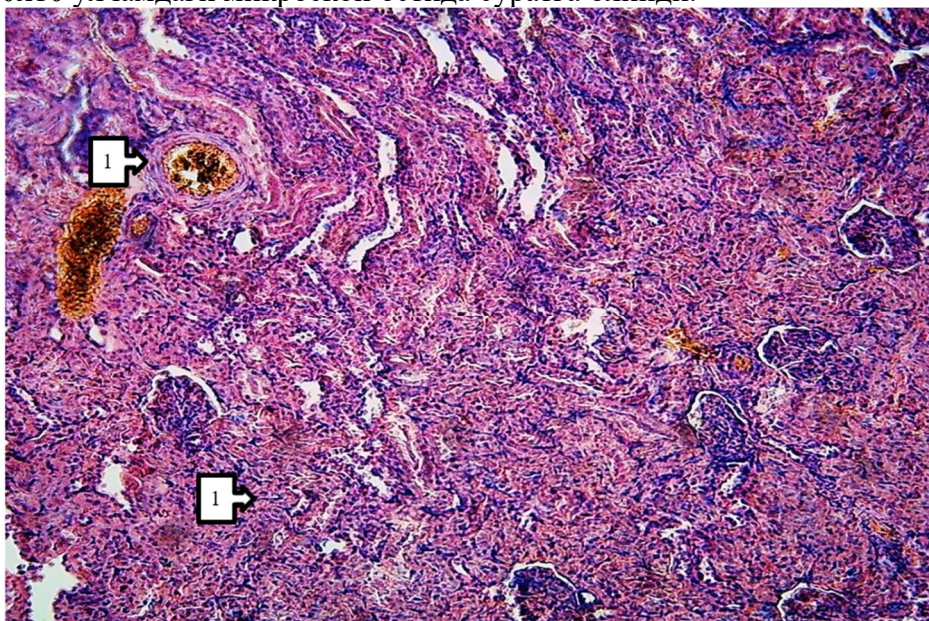
даволашда қорин бўшлиғига тахминан 20 Гр дозасини олган 84 бемор кўриб чиқилганда радиацион нефропатиянинг кеч бошланиши қайд этилган (Томпсон ва бошқ., 2008).

Ўткир нурланишдан вафот этганлар патологоанатомик таҳлил қилинганда буйрақларда сийдик йўллари эпителийсида (асосан каналчалар ва йиғувчи найларда) дистрофик ўзгаришлар аниқланган. Буйрақ эпителийсининг шикастланиши радиация таъсиридан 9-12 кундан кейинги ўлимда энг кўп сезилади. Баъзи эндотелий ядроларининг пикнози кузатилиши мумкин бўлган гломерулалар камроқ ўзгарган. Фақат учинчи ҳолатда битта гломерула капиллярларининг некрози бор эди. Биринчи 4 та ҳолатда қайд этилган буйрақларнинг интерстициал тўқималарининг яққол шиши маҳаллий қон томир ўзгаришлари ва умумий гемодинамик бузилишлар билан боғлиқ буйрақ қон айланишининг бузилишини сезиларли даражада ошириши мумкин ва бу барча ҳолатлар билан биргаликда вақтинчалик қон айланишининг бузилиши сабаби бўлиши мумкин. Буйрақлардаги морфологик ўзгаришларнинг келиб чиқишида интоксикация маълум рол ўйнаган бўлиши мумкин, бу нафақат скелет мушакларининг нобуд бўлиши, масалан, эзилиш синдромида бўлгани каби, балки барча радиацияга сезгир тўқималарнинг ҳам жуда тез парчаланиши туфайли ҳам кузатилади. Сийдик чиқариш каналчалари ва гломеруляр аппаратлар эпителийсида аниқланган ўзгаришлар табиати ва зўравонлик даражасига кўра беморларда кузатилган азотемияни келтириб чиқара олмади, аммо, эхтимол, экскрециянинг компенсацион ўсиши буйрақлар функциясининг сезиларли даражада пасайишига олиб келди [Лемберг В.К., 2000].

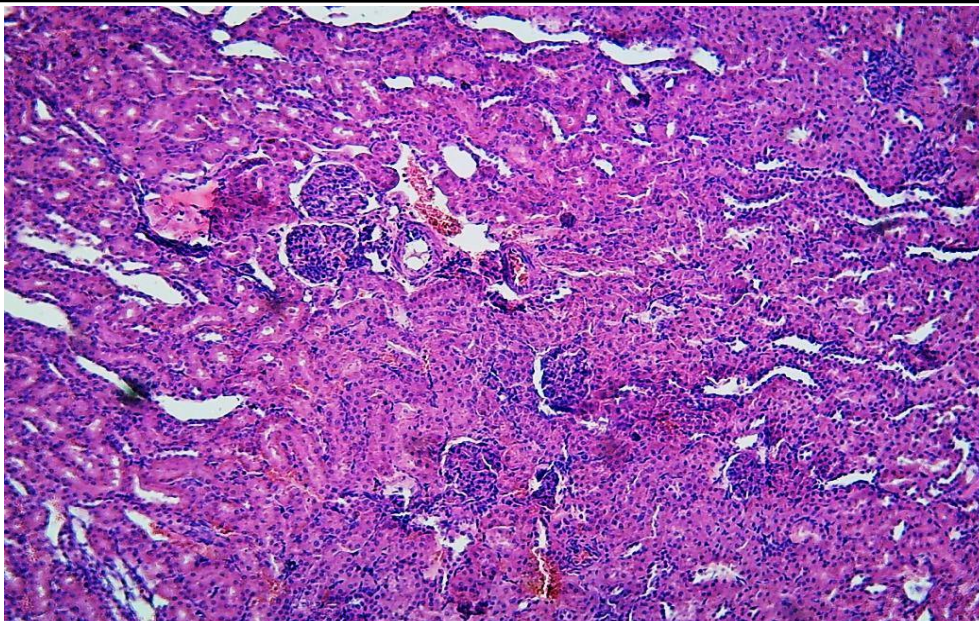
Ишнинг мақсади. Ушбу тадқиқот ишининг мақсади экспериментал усулда ўткир нурланиш таъсирида буйрақлар морфологик хусусиятларининг ўзгаришларини ўрганиш ва баҳолашдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Экспериментал тадқиқотлар учун оғирлиги 160-180 г бўлган 30 та оқ зотсиз эркак каламушлар танлаб олинди. Барча лаборатория ҳайвонлари стандарт вивариум шароитида сақланган ва бир хил ёшда. Тадқиқотлар Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти этик комитети томонидан тасдиқланган “Тажрибавий ҳайвонлардан фойдаланган ҳолда ишларни бажариш қоидалари” (16.01.2018 йил, 18-сон) билан тартибга солинадиган ҳайвонларга инсонпарвар муносабатда бўлиш қоидаларига риоя қилинган ҳолда ўтказилди.

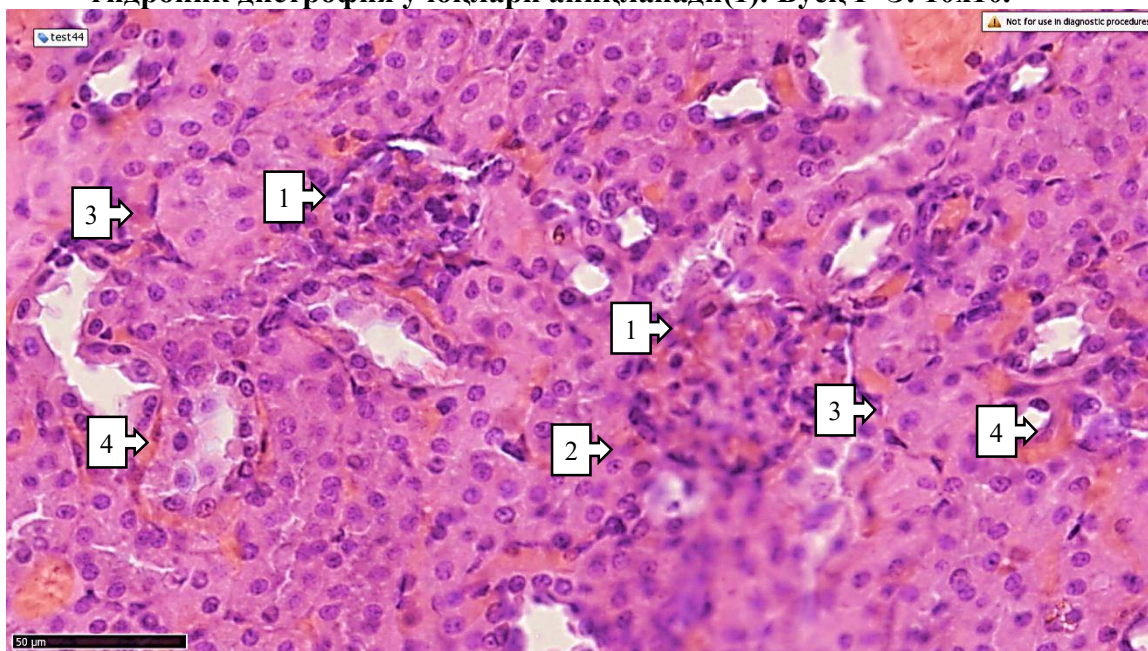
Лаборатория шароитида бир мартада 6 Грей дозада ўткир нурланиш таъсирини учраган оқ зотсиз каламушлардан ажратиб олинган буйрақлар 10% формалин эритмасида фиксация қилинди ва гематоксилин ва эозин билан бўялди. Микропрепаратлар 4x10, 10x10, 20x10, 40x40, 60x10, 80x10 ўлчамдаги микроскоп остида суратга олинди.



1-Расм. О'ткир нурланишда Буйрак то'қимаси маг'из қавати эпителийлариди ва пушти рангда, аксарият каналча эпителийларининг гидропик дистрофияси хисобига каналчалар бо'шлиқлари торайганлиги аниқланди.(1). Бўёқ Г-Э. 4x10.



2-Расм. Субкапсуляр кон томилар тўлақонлилиги ҳисобига каналча эпителийларида гидропик дистрофия ўчоқлари аниқланади(1). Бўёқ Г-Э. 10x10.



3-Расм. Коптоқча капиллярлари тўлақонли(1), Боумен бўшлиғи торайган(2), проксимал каналча эпителийларида массив гидропик дистрофия аниқланади (3), проксимал каналча бўшлиқларида гомоген оксил структурари аниқланади (4) Бўёқ Г-Э. 40x10.

Натижа ва хулосалар. Нурланиш жараёнида биологик тўқималарнинг даставвал мембранаси дестабилизация ҳолатига келади : мембрана ўтказувчанлигининг ошиши ҳужайра ичига суюқлик ва ҳар хил микро ва макро элементлар жумладан кальций ионини кўп кириши (инфильтрация) оқибатида цитоплазмада эркин жойлашган (инактивация ҳолатида бўлган ферментлар) оксилларнинг фаоллашишига, лизосомал ферментларнинг ҳужайра ичи структураларини шикастлашига (декомпозиция) ва буйрак каналчалари эпителийларида гидропик дистрофиянинг ривожланишига олиб келади. Айнан жигар тўқимасида веноз тўлақонлик оқибатида гепатоцитлар гипоксияси йирик, ўрта ва майда томчили ёғли дистрофиянинг ривожланишига олиб келади.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Ахмедова Н. Ш., Сулаймонова Г. Т., Саноев Ф. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА //Биология и интегративная медицина. – 2022. – №. 2 (55). – С. 104-112.
2. Отчет МКРЗ по тканевым реакциям, ранним и отдаленным эффектам в нормальных тканях и органах – пороговые дозы для тканевых реакций в контексте радиационной защиты / [Ф. А. Стюарт и др. ; ред.: А. В. Аклеев, М. Ф. Киселев ; пер. с англ.: Е. М. Жидкова, Н. С. Котова]. Челябинск: Книга, 2012. – 384 с. – (Труды МКРЗ ; публикация 118)
3. Г.А.Демяшкин, С.Н.Корякин, Ю.Ю. Степанова, В.И.Щекин, П.В.Шегай Морфологическая характеристика почек у крыс после прицельного облучения электродами в дозах 2, 4 и 6 ГР // ЖУРНАЛ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ ОТ ПРОФЕССИОНАЛОВ. С. 1-7.
4. Радиационная медицина : учеб. пособие / А.Н. Гребенюк, В.И. Легеза, В.И. Евдокимов, В.В. Салухов, А.А. Тимошевский; под. ред. С.С. Алексанина, А.Н. Гребенюка ; Всерос. центр. экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб.: Политехника-сервис, 2013. – Ч. 2: Клиника, профилактика и лечение радиационных поражений. – 156 с.
5. Agolli L. Stereotactic body radiation therapy could improve disease control in oligometastatic patients with renal cell carcinoma: do we need more evidence? *Ann Transl Med.* 2019; 7(3):105. DOI: 10.21037/atm.2019.05.05.
6. Ahmad A., Mitrofanova A., Bielawski J., Yang Y., Marples B., Fornoni A., Zeidan Y.H. Sphingomyelinase-like phosphodiesterase 3b mediates radiation-induced damage of renal podocytes. *FASEB J.* 2017;31(2):771-780. DOI: 10.1096/fj.201600618R.
7. Baradaran - Ghahfarokhi, Milad Radiation-induced kidney injury. *Journal of renal injury prevention* 2012; 1,2:49-50. DOI:10.12861/jrip.2012.17
8. Crews DC, Bello AK, Saadi G. Burden, access, and disparities in kidney disease. *Clin Nephrol.* 2019;91(3):129-137. DOI: 10.5414/CN91WKDEDI. PMID: 30704553.
9. Câmara NO, Iseki K, Kramer H, Liu ZH, Sharma K. Kidney disease and obesity: epidemiology, mechanisms and treatment. *Nat Rev Nephrol.* 2017;13(3):181-190. doi: 10.1038/nrneph.2016.191.
10. Correa R.J.M., Louie A.V., Zaorsky N.G., Lehrer E.J., Ellis R., Ponsky L., Kaplan I., Mahadevan A., Chu W., Swaminath A., Hannan R., Onishi H., Teh B.S., Muacevic A., Lo S.S., Staehler M., Siva S. The Emerging Role of Stereotactic Ablative Radiotherapy for Primary Renal Cell Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Urol Focus.* 2019; 5(6):958-969. DOI: 10.1016/j.euf.2019.06.002.
11. Escudier B., Porta C., Schmidinger M., Rioux-Leclercq N., Bex A., Khoo V., Grünwald V., Gillessen S., Horwich A. ESMO Guidelines Committee. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019; 30(5):706-720. DOI: 10.1093/annonc/mdz056.
12. Francolini G., Detti B., Ingrosso G., Desideri I., Becherini C., Carta G., Pezzulla D., Caramia G., Dominici L., Maragna V., Teriaca M.A., Bottero M., Livi L. Stereotactic body radiation therapy (SBRT) on renal cell carcinoma, an overview of technical aspects, biological rationale and current literature. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2018; 131:24-29. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2018.08.010.
13. Graue G.F., Tena L.B., Finger P.T. Electron beam radiation for conjunctival squamous carcinoma. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 201; 27(4):277-81. DOI: 10.1097/IOP.0b013e31820d872f. PMID: 21464789.
14. Naimova Sh.A. Features Of Kidney Damage at Patients with Ankylosing Spondylarthritis// Texas Journal of Medical Science (TJMS). – 2021. Vol.3. –P. 18-22.

15. Naimova Sh.A. Principles of early diagnosis of kidney damage in patients of rheumatoid arthritis and ankylosing Spondiloarthritis// British Medical Journal – 2021. April. Volume 1. Issue 1. – P. 5-11.
16. Sulaymonova Gulnoza Tulkinjanovna, Raufov Alisher Anvarovich. The influence of deficiency of microelements in children with bronchial hyperreactivity // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal (ISSN: 2249-7137) Published:Vol. 10, Issue 4, April 2020 | Pages: 846-853 DOI NUMBER: 10.5958/2249-7137.2020.00143.3
17. Sulaymanova G.T. THE STUDY OF THE FUNCTIONAL RESERVE OF THE KIDNEYS IN THE CONCOMITANT STATE OF HYPERTENSION WITH DIABETES MELLITUS //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 3.
18. Wegner, R. E., Abel, S., Vemana, G., Mao, S., & Fuhrer, R. (2020). Utilization of Stereotactic Ablative Body Radiation Therapy for Intact Renal Cell Carcinoma: Trends in Treatment and Predictors of Outcome. *Advances in Radiation Oncology* 2020; 5(1):85–91. <https://doi.org/10.1016/j.adro.2019.07.018>




УДК: 616.712.4-001:616.155.194.17-08

ORIPOV Firdavs Sur'atovich
KHOLKHOZHAEV Farrukh Ikromovich
MAYUSUPOVA Bivifotima Mukhamatsobirzoda
Samarkand State Medical University

MORPHOLOGY OF APUDOCYTES OF THE EPITHELIUM OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE SMALL INTESTINE OF RABBITS OF THE POST-REPRODUCTIVE PERIOD

For citation: Oripov S.Firdavs, Kholkhozhaev I.Farrukh, Mayusupova M.Bivifotima. MORPHOLOGY OF APUDOCYTES OF THE EPITHELIUM OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE SMALL INTESTINE OF RABBITS OF THE POST-REPRODUCTIVE PERIOD. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.125-131

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835296>

ANNOTATION

Actuality. Disruption of the absorption of substances (including calcium) necessary for the body during old age and old age due to derailment of local neurotrophic and endocrine management and control causes the development of certain diseases of the musculoskeletal system (osteopenia, osteoporosis, osteomalacia, etc.). One of the most common causes of osteoporosis is intestinal inflammation [1].

Purpose. Study of morphological and morphometric characteristics of endocrinocytes of the epithelium of the mucous membrane of the small intestine of post-reproductive age rabbits.

Materials and methods. The small intestines of 12 rabbits of post-reproductive age, which have lost their ability to reproduce, were taken as material for our study. Animals were euthanized and slaughtered in accordance with bioethical guidelines, and the small intestine was collected in coils and fixed in Buen's fluid.

Results. If in animals of the reproductive period in the epithelium of the wall of the small intestine, the number of endocrinocytes in the field of view of the microscope is on average from 6 to 9, then in rabbits of post-reproductive age this figure decreases to 4 and 5. At the same time, it can be observed that the number of open type endocrinocytes is also reduced. When we studied the structure of endocrinocytes containing fluorogenic amines, the above-described difference between animals of reproductive and post-reproductive age was confirmed. In the endocrinocytes of rabbits of post-reproductive age, the level of impregnation also decreases, as a result of which the shape of the cells changes to a certain extent. Vacuolization of the cytoplasm of endocrinocytes is often observed.

Conclusion. The morphological and morphometric features of endocrinocytes of the small intestine of rabbits in the post-reproductive period were studied. In the wall of the small intestine of

mature rabbits, endocrine cells of both open and closed types are found. In the epithelium of the villi of the small intestine, endocrinocytes of the open type are more common, and in the crypts of the closed type. In the post-reproduction period, the degree of impregnation in the endocrinocytes of the small intestine of rabbits decreases, as a result of which the shape of these cells also changes to some extent. In laboratory animals of post-reproduction age, there is a change in the local diffuse endocrine apparatus of the small intestine, which can lead to a violation of absorption processes. This, in turn, will cause a decrease in the concentration of calcium in the blood, therefore, a decrease in the degree of mineralization of bone tissue, which may be one of the reasons for the development of senile osteoporosis.

Keywords: rabbits, small intestine, senile osteoporosis, post-reproductive period, diffuse endocrine system, apudocyte, bone mineralization.

ОРИПОВ Фирдавс Суръатович
ХОЛХЎЖАЕВ Фаррух Икромович
МАЮСУПОВА Бивифотима Мухаматсобрзода
Самарқанд давлат тиббиёт университети

ПОСТРЕПРОДУКЦИОН ДАВРДА ҚУЁНЛАР ИНГИЧКА ИЧАК ШИЛЛИҚ ПАРДАСИ ЭПИТЕЛИЙСИ АПУДОЦИТЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ

АННОТОЦИЯ

Долзарблиги. Маҳаллий нейротрофик ва эндокрин бошқаруви ва назоратининг издан чиқиши ҳисобига кекса ва қарилик даврларида организм учун зарур бўлган моддалар (шу жумладан кальций) сўрилишининг бузилиши таянч-ҳаракат тизимининг айрим касалликлари (остеопения, остепороз, остеомалаяция ва бошқалар) ривожланишига сабаб бўлади. Кўпинча остепорознинг келиб чиқиш сабабларидан бири ичакларнинг яллиғланиш касалликлари ҳисобланади [1].

Тадқиқот мақсади. Пострепродукцион ёшдаги қуёнлар ингичка ичаги шиллиқ пардаси эпителийси эндокриноцитларининг морфологик ва морфометрик хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Бизнинг тадқиқотимиз учун материал сифатида пострепродукцион ёшдаги, кўпайиш қобилятини йўқотган 12 та қуён ингичка ичаклари олинди. Ҳайвонлар биоэтика қоидаларига риоя қилган ҳолда жонсизлантирилиб сўйилган ва ингичка ичаги рулон шаклида тўпланган ва Буэн суюқлигида фиксация қилинган.

Натижалар. Агар ёш Ҳайвонларда ингичка ичак девори шиллиқ қават эпителийсида эндокриноцитларнинг микроскопнинг кўриш майдонидаги миқдори ўртача 6 дан 9 гача бўлса, пострепродукцион даврдаги қуёнларда бу кўрсаткич 4 ва 5 га камаяди. Шу билан бирга, очик типдаги эндокриноцитлар сони ҳам камайганлигини кузатиш мумкин. Флюороген аминларни тутувчи эндокриноцитлар тузилишини ўрганганимизда ҳам репродуктив ва пострепродуктив ёшдаги Ҳайвонлар ўртасида юқорида тавсифланган фарқ мавжудлигини тасдиқланди. Пострепродукцион даврдаги қуёнлар эндокриноцитларида импрегнация даражаси ҳам пасаяди ва натижада ҳужайраларнинг шакли ҳам маълум даражада ўзгаради. Кўпинча эндокриноцитлар цитоплазмасининг вакуолизацияси кузатилади.

Хулоса. Пострепродукцион ёшдаги қуёнлар ингичка ичаги шиллиқ пардаси эпителийси эндокриноцитларининг морфологик ва морфометрик хусусиятлари ўрганилди. Етук қуёнлар ингичка ичак деворида очик ва ёпиқ типдаги эндокрин ҳужайралар топилди. Ингичка ичак ворсинкалар эпителийси таркибида очик типдаги эндокриноцитлар, криптилар эпителийси таркибида эса ёпиқ типдаги эндокриноцитлар кўпроқ учрайди. Пострепродукцион даврдаги қуёнлар ичаги эндокриноцитларида импрегнация даражаси пасаяди ва натижада ҳужайраларнинг шакли ҳам маълум даражада ўзгаради. Пострепродукцион ёшдаги лаборатория Ҳайвонларида ингичка ичакнинг маҳаллий диффуз эндокрин аппаратида ўзгариш кузатилади, бу эса сўрилиш жараёнларининг бузилишига олиб келиши, қонда кальций

концентрация сининг пасайиши ва бу ўз навбатида суяк тўқималарининг минерализация даражасининг пасайишига олиб келиб, сенил остеопорознинг ривожланишининг сабабларидан бири бўлиши мумкин.

Калит сўзлар: куёнлар, ингичка ичак, сенил остеопороз, пострепродукцион давр, диффуз эндокрин тизим, апудоцит, суяк минерализацияси.

ОРИПОВ Фирдавс Суръатович
ХОЛХЎЖАЕВ Фаррух Икромович
МАЮСУПОВА Бивифотима Мухаматсобирзода
Самаркандский государственный медицинский университет

МОРФОЛОГИЯ АПУДОЦИТОВ ЭПИТЕЛИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ КРОЛИКОВ ПОСТРЕПРОДУКЦИОННОГО ПЕРИОДА

АННОТОЦИЯ

Актуальность. Нарушение всасывания необходимых организму веществ (в том числе и кальция) в пожилом и старческом возрасте вследствие срыва местного нейротрофического и эндокринного регулирования и контроля вызывает развитие некоторых заболеваний опорно-двигательного аппарата (остеопения, остеопороз, остеомалация и др.). Одной из наиболее частых причин остеопороза является воспаление кишечника [1].

Цель. Изучение морфологических и морфометрических характеристик эндокриноцитов эпителия слизистой оболочки тонкой кишки кроликов пострепродукционного возраста.

Материалы и методы исследования. В качестве материала для исследования был взят тонкий кишечник 12 кроликов пострепродукционного возраста, утративших способность к размножению. Животных подвергали эвтаназии и забивали в соответствии с биоэтическими рекомендациями и правилами, а тонкую кишку собирали в спирали и фиксировали в жидкости Буэна.

Результаты. Если у животных репродукционного периода в эпителии стенки тонкой кишки количество эндокриноцитов на поле зрения микроскопа составляет в среднем от 6 до 9, то у кроликов пострепродукционного возраста этот показатель снижается до 4 и 5. При этом можно наблюдать, что количество эндокриноцитов открытого типа также снижено. При изучении нами структуры эндокриноцитов содержащих флюорогенные амины, подтвердилось вышеописанное различие между животными репродукционного и пострепродукционного возраста. В эндокриноцитах кроликов пострепродукционного возраста также снижается уровень импрегнации, в результате чего в определенной степени меняется форма клеток. Часто наблюдается вакуолизация цитоплазмы эндокриноцитов.

Заключение. Изучены морфологические и морфометрические особенности эндокриноцитов тонкой кишки кроликов в пострепродукционном периоде. В стенке тонкой кишки половозрелых кроликов обнаруживаются эндокринные клетки как открытого, так и закрытого типов. В эпителии ворсинок тонкой кишки больше встречаются эндокриноциты открытого типа, а в криптах закрытого типа. В пострепродукционном периоде в эндокриноцитах тонкой кишки кроликов снижается степень импрегнации, в следствии чего в какой то мере меняется и форма этих клеток. У лабораторных животных пострепродукционного возраста отмечается изменение местного диффузного эндокринного аппарата тонкой кишки, которое может привести к нарушению процессов всасывания. Это, в свою очередь, может явится причиной снижения концентрации кальция в крови, следовательно, снижению степени минерализации костной ткани, что возможно является одной из причин развития сенильного остеопороза.

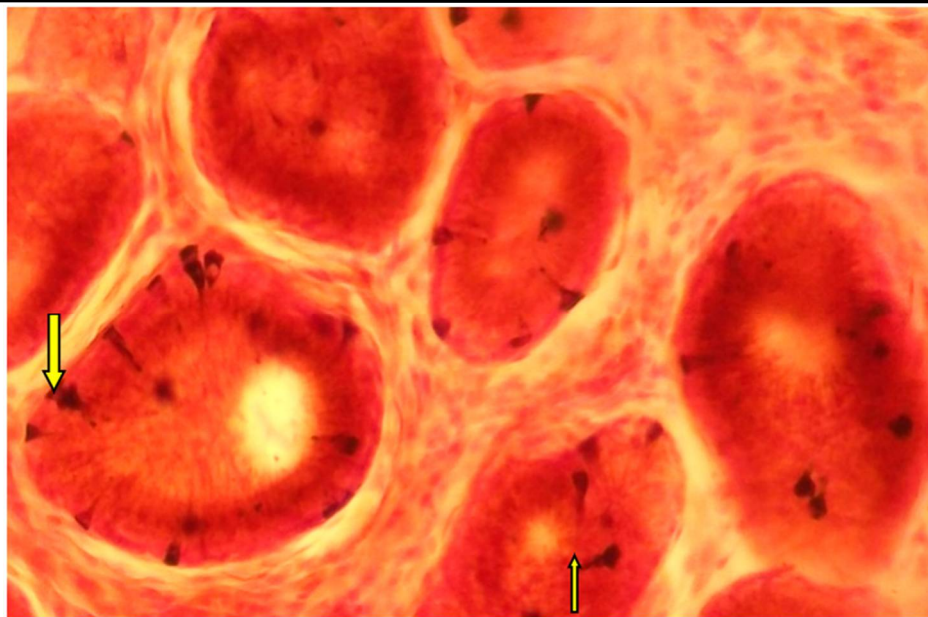
Ключевые слова: кролики, тонкая кишка, сенильный остеопороз, пострепродукционный период, диффузная эндокринная система, апудоцит, костная минерализация.

Долзарблиги. Маҳаллий нейротрофик ва эндокрин бошқаруви ва назоратининг издан чиқиши ҳисобига кекса ва қариллик даврларида организм учун зарур бўлган моддалар (шу жумладан кальций) сўрилишининг бузилиши таянч-ҳаракат тизимининг айрим касалликлари (остеопения, остепороз, остеомалация ва бошқалар) ривожланишига сабаб бўлади. Кўпинча остепорознинг келиб чиқиш сабабларидан бири ичакларнинг яллиғланиш касалликлари ҳисобланади [1]. Ингичка ичакда овқатнинг ҳазм қилиш жараёни унинг маҳаллий бошқарув интрамурал асаб ва эндокрин (диффуз эндокрин тизим хужайралари, эндокриноцитлар, апудоцитлар) аппаратларининг функционал ҳолати билан узвий боғлиқдир[2,5]. Диффуз эндокрин тизимининг хужайралари ингичка ичакда моддаларнинг сўрилишини таъминлайдиган ҳошияли эпителиоцитлар - хужайралар орасида жойлашган. Моноаминлар ва бошқарувчи пептидларни ишлаб чиқариш орқали бу хужайралар уларга паракрин (маҳаллий) таъсир кўрсатади[6]. Интрамурал нерв тузилмалари билан ҳамкорликда маҳаллий эндокрин аппарати ингичка ичакнинг функционал фаолиятини тартибга солишда бевосита иштирок этади[3]. Қари ёшдаги лаборатория ҳайвонларида асаб аппарати морфологиясини ўрганишга доир илмий ишлар мавжуд. Бироқ, ингичка ичак эндокриноцитларининг морфологияси ва морфометрик кўрсаткичлари етарлича ўрганилмаган. Очик типдаги эндокриноцитлар апикал учи билан химус билан бевосита алоқада бўлади[4,7]. Чунки бу хужайралар биринчи бўлиб хеморецептор маълумотларини олади ва ичакдаги озуқа моддаларининг сўрилишини тартибга солишда бевосита иштирок этади. Шу нуқтаи назардан қаралганда, постменопаузал остепорознинг пайдо бўлиш механизмини аниқлаш учун пострепродукцион даврдаги лаборатория ҳайвонларининг кекса урғочи ҳайвонларида апудоцитлар морфологиясини ўрганиш алоҳида аҳамиятга эга. Юқоридагиларни ҳисобга олиб, биз пострепродукцион даврдаги қуёнлар (урғочилари 5-7 ёш) эндокриноцитларининг морфологиясини ўрганиш, бу эса баъзи тадқиқотчиларнинг фикрига кўра (В, В. Фроликс ва бошқалар) остепорозни ўрганиш учун қулай модел ҳисобланади[5].

Тадқиқот мақсади. Пострепродукцион ёшдаги қуёнлар ингичка ичаги шиллик пардаси эпителийси эндокриноцитларининг морфологик ва морфометрик хусусиятларини ўрганиш.

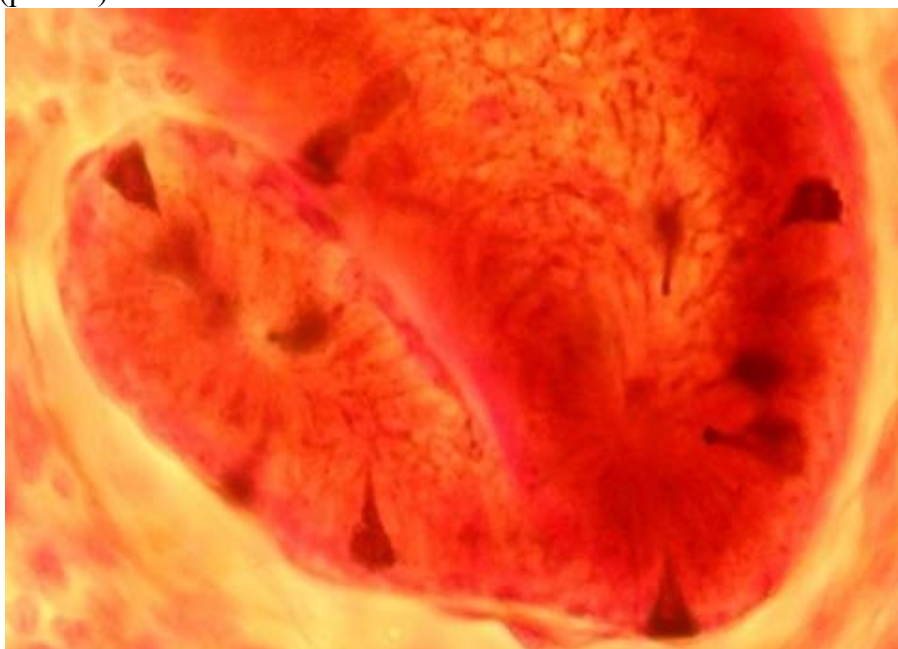
Материаллар ва тадқиқот усуллари. Бизнинг тадқиқотимиз учун материал сифатида пострепродукцион ёшдаги, кўпайиш қобилятини йўқотган 12 та қуён ингичка ичаклари олинди. Ҳайвонлар биоэтика қоидаларига риоя қилган ҳолда жонсизлантирилиб сўйилган ва ингичка ичаги рулон шаклида тўпланган ва Буэн суюқлигида фиксация қилинган. Қуёнларнинг ингичка ичаги ҳар хил қисмларини ўрганиш мақсадида материал сифатида турли қисмларидан (ўн икки бармоқли ичак, оч ичак ва ёнбош ичак) алоҳида олинган. Флюороген аминларни тутувчи эндокриноцитларни аниқлаш мақсадида фиксация қилинмаган материаллардан криостат ёрдамида кесмалар олиниб глиоксил кислота эритмаси ёрдамида ишлов берилган. Материални парафинга қуйиш умумий қабул қилинган усул бўйича амалга оширилди. Парафинга қуйилган материалдан олинган кетма-кет кесмалар гематоксилин-эозин, Ван – Гизон усулларида бўялган ва Гримелиусга усулига асосан қумуш нитрат билан сингдирилган. Суякнинг минерал зичлиги суякнинг стандарт миқдорини ёқиб, сўнгра минерал қолдиқ (кул) оғирлигини солиштириш орқали ўрганилди. Апудоцитларнинг зичлиги 256 та нуқтали махсус сетка ёрдамида аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Етук қуёнлар ингичка ичак деворида очик ва ёпиқ типдаги эндокрин хужайралар топилди. Бу хужайралар ингичка ичак эпителийсида жойлашган. Ингичка ичак ворсинкалар эпителийси таркибида очик типдаги эндокриноцитлар, криптлар эпителийси таркибида эса ёпиқ типдаги эндокриноцитлар кўпроқ учрайди. Бу хужайраларнинг шакли хилма-хилдир. Гистологик препаратларда очик типдаги эндокриноцитлар конуссимон шаклга эга (расм 1).



Расм 1. Вояга етган қуён ингичка ичаги крипталари деворидаги эндокрин ҳужайралар (стрелкалар билан кўрсатилган). Гримелиус усулида импрегнация. Об.20, ок.10.

Ёпиқ типдаги ҳужайраларнинг шакли кумуш нитрат билан сингдирилган секретор доначаларининг миқдорига ва препаратни тайёрлаш вақтида микротом пичоғининг ушбу ҳужайралар танасидан ўтиш қисмига қараб турли хилда бўлади. Ушбу ҳужайраларнинг энг юқори концентрацияси ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ пардаси эпителийсида ва ёнбош ичак дистал қисмида, яъни овқат ҳазм қилиш жараёнининг янги сифат даражасига ўтиш жойига тўғри келади. Ушбу ҳужайраларнинг энг юқори концентратцияси ўн икки бармоқли ичакнинг пастга тушиш қисмига, яъни меъда ости бези ва умумий ўт йўли очилиш жойига тўғри келади (расм 2).



Расм 2. 12 бармоқли ичак деворидаги эндокрин ҳужайралар. Гримелиус усулида импрегнация. Об.40, ок.10.

Шуни таъкидлаш керакки, эндокриноцитлар концентрацияси ўн икки бармоқли ичак деворининг бу найлар очилиш томонида эмас, балки уларга қарама-қарши бўлган деворида юқори бўлади. Шиллиқ қаватда юқори зичликдаги эндокриноцитлар мавжудлиги билан баъзи муаллифлар ўн икки бармоқли ичакни гипофиз бези, ҳатто қорин бўшлиғининг гипоталамо-

гипофизар тизими (2,3) деб ҳам аташади. Бу хужайраларнинг тарқалиш зичлиги ёш куёнлар ичаги деворида юқори.

Репродуктив ёшдаги куёнлар ингичка ичак шиллик қавати эпителийсида эндокрин хужайралар сони камаяди. Агар ёш ҳайвонларда ингичка ичак девори шиллик қават эпителийсида микроскопнинг кўриш майдонидаги микдори ўртача 6 дан 9 гача бўлса, пострепродукцион даврдаги куёнларда бу кўрсаткич 4 ва 5 га камаяди. Шу билан бирга, очик типдаги эндокриноцитлар сони ҳам камайганлигини кузатиш мумкин. Флюороген аминларни тутувчи эндокриноцитлар тузилишини ўрганганимизда ҳам репродуктив ва пострепродуктив ёшдаги ҳайвонлар ўртасида юқорида тавсифланган фарқ мавжудлигини тасдиқланди.

Пострепродукцион даврдаги куёнлар эндокриноцитларида импрегнация даражаси ҳам пасаяди ва натижада хужайраларнинг шакли ҳам маълум даражада ўзгаради. Кўпинча эндокриноцитлар цитоплазмасининг вакуолизацияси кузатилади.

Шуни таъкидлаш керакки, кекса ҳайвонларда катехоламинлар ва серотониннинг шўълаланиш даражаси ҳам пасаяди. Уларнинг нисбати серотонин томонга ўзгаради, ёш ҳайвонларда эса катехоламинлар ва серотонин нисбати ўртасида сезиларли фарқ кузатилмайди. Ёш ва кекса куёнларда очик ва ёпиқ типдаги хужайраларнинг ўлчамларида сезиларли фарқлар аниқланмади. Бошқарув тузилмалардаги ўзгаришлар ва суяк тўқималарининг ҳолати ўртасидаги боғлиқликни ўрганиш мақсадида биз суяк тўқималарининг минерализация даражасини ўргандик. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, репродукцион даврдаги куёнлар суяк тўқималарининг минерализация даражаси пострепродукцион даврдаги куёнлардаги бундай кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада юқори. Шу билан бирга, бошқарув тузилмалар кўрсаткичлари ва суяк тўқималарининг минераллашуви ўртасида боғлиқлик мавжудлиги аниқланди.

Хулоса. Шундай қилиб, пострепродукцион ёшдаги лаборатория ҳайвонларида ингичка ичакнинг маҳаллий диффуз эндокрин аппаратида ўзгариш кузатилади, бу эса сўрилиш жараёнларининг бузилишига олиб келиши мумкин. Бу эса ўз навбатида, қонда кальций концентрациясининг пасайишига олиб келиши мумкин ва бу ўз навбатида суяк тўқималарининг минерализация даражасининг пасайишига олиб келиб, сенил остеопорознинг ривожланишининг сабабларидан бири бўлиши мумкин.

REFERENCES/CHOCKI/IQTIBOSLAR:

1. Дехканов Т., Махмуров А. Морфология клеток диффузной эндокринной системы тонкой кишки животных с сенильным остеопорозом //Журнал вестник врача. – 2012. – Т. 1. – №. 04. – С. 49-52.
2. Комаров Ф.И., Галкин В.А., Иванов А.И., Максимов В.А., дуоденохоледокопанкреатик зона органларининг қўшма касалликлари. Москва, 1983 йил, 255-сон.
3. Ризаев Ж.А., И.Р. Агабабян, Ю.А. Исмоилова. "Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью." Вестник врача 3 (2021): 100.
4. Холхужаев Ф. И., Орипов Ф. С. Изменения в эндокринных клетках эпителия слизистой оболочки тонкой кишки в пострепродукционном периоде //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
5. Холхужаев Ф. И., Орипов Ф. С., Уринбаев П. У. Некоторые показатели частоты сочетания переломов костей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 8 (133). – С. 4-9.
6. Холхужаев Ф. И., Орипов Ф.С., Хусаинбаев Д.Д. Пострепродукцион даврдаги куёнлар суяк тўқимаси минерал таркибининг ўзига хослиги //Журнал доктор ахборотномаси. – 2022. – № 3 – С. 42-46
7. Эршкова А.Б., Дроздова В.Н., Румянтсев В.Г., Ичакнинг яллиғланиш касалликларида остеопорознинг этиопатогенези, диагностикаси ва даволаш. Экспериментал ва клиник гастроэнтерология 2005.- №3.- С. 8-14


8. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.



NURULLOEV Sukhrob Ozodovich
Bukhara State Medical Institute

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE KIDNEYS OF LABORATORY ANIMALS AFTER CHRONIC RADIATION

For citation: Nurulloev O.Sukhrob. Specific characteristics of morphological changes in the kidneys of laboratory animals after chronic radiation / Journal of Biomedicine and Practice, 2023, vol. 8, issue 1, pp.132-136

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835302>

ANNOTATION

Chronic radiation - as a result of long-term low-frequency exposure to ionizing radiation, radiation sensitivity of organs develops to different degrees. It was found that the most sensitive organs in chronic irradiation develop atrophic and sclerotic changes in immune organs (spleen, lymph nodes, malt and salt structures, bone marrow and thymus). Organs with low sensitivity to radiation are kidneys, liver, lungs, tissues.

Key words: chronic radiation, kidney, nephrons, pericortical stasis, destruction.

НУРУЛЛОЕВ Сухроб Озодович
Бухоро давлат тиббиёт институти

СУРУНКАЛИ НУРЛАНИШДАН КЕЙИН ЛАБОРАТОРИЯ ҲАЙВОНЛАРИ БУЙРАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Сурункали нурланиш – ионланувчи нурланишнинг узоқ вақт паст частотада таъсирлаши натижасида органларнинг нурланиш сезгирлиги хар хил даражада ривожланади. Сурункали нурланишда энг сезгир аъзолар иммун аъзолар (талок, лимфа тугунлари, мальт ва салт структуралари, суяк кўмиги ва тимус) нинг атрофик ва склеротик ўзгаришлари ривожланиши аниқланди. Радиацияга сезгирлиги паст бўлган аъзолар буйрак, жигар, ўпка, тўқималари ҳисобланади.

Калит сўзлар: сурункали нурланиш, буйрак, нефронлар перикортикал тўлақонлик, деструкция.

НУРУЛЛОЕВ Сухроб Озодович
Бухарский государственный медицинский институт

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЧКАХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОБЛУЧЕНИЯ

АННОТАЦИЯ

Хроническое облучение – в результате длительного низкочастотного воздействия ионизирующего излучения в разной степени развивается лучевая чувствительность органов. Установлено, что в наиболее чувствительных органах при хроническом облучении развиваются атрофические и склеротические изменения в иммунных органах (селезенка, лимфатические узлы, солодовые и солевые структуры, костный мозг и тимус). Органы с низкой чувствительностью к облучению – почки, печень, легкие, ткани.

Ключевые слова: хроническое облучение, почка, нефроны, перикортикальный стаз, деструкция.

Кириш. Ионланувчи нурланиш хилларига қуйидагилар киради: кичик тўлқин узунлигига эга электромагнит тебранишлари, рентген нурлари, γ -нурланиш, χ - ва β -заррачалар (электронлар) протонлар, позитронлар, нейтронлар ва бошқа нурланган заррачалар. [1,6] Рентген нурлари ва α -нурланиш организмга энг юқори ва чуқур кира олиш қобилятига эга бўлса, энг кам кириш қобиляти β -нурланишга тегишли эканлиги кўрсатилган.

Изотоплар орасида энг хавфлилари узоқ емирилиш даврига эга бўлганларидир, улар организмга тушганда одам умри давомида ички нурланиш манбаси бўлиб қолади. Радиоактив элементлар элиминацияси ошқозон-ичак тракти, нафас йўллари ва буйрақлар орқали амалга ошади. Радиация таъсирининг бирламчи босқичи хужайра таркиби молекула ва атомлари ионизацияси ҳисобланади [2,4,5]

Нурланишнинг билвосита таъсири организмнинг 70-80% ини ташкил этувчи сувнинг радиолизи ҳосил бўлиши билан изоҳланади, бунда сув ионизацияланганда оксидловчи ва ишқорий хусусиятларига эга радикаллар шаклланади. Бундан ташқари атомар водород, гидропероксил радикаллар, водород пероксиди ҳосил бўлиши ҳам аҳамиятли. Эркин оксидловчи радикаллар ферментатив реакцияга киришиб, бунинг натижасида фаол сульфгидрил гуруҳлар фаол бўлмаган дисульфид бирикмаларга айланади. Ушбу биокимёвий жараёнлар фермент тизимлари каталитик фаоллигининг пасайишига олиб келади, бу ўз навбатида хужайра ядроларида ДНК ва РНК нинг камайишига олиб келади, бу ҳолат улар янгилинишлари жараёнларини бузади[1,6].

Ўткир ва сурункали нурланишлар таъсирида буйрақлар патоморфологик ўзгаришлар, биокоррекциянинг тажрибада нурланган организмга таъсирини ўрганиш бўйича илмий-тадқиқот ишлари камлиги ушбу тадқиқотнинг долзарблиги ва заруратини белгилаган[3,7]

Сурункали нурланиш – ионланувчи нурланишнинг узоқ вақт паст частотада таъсирлаши натижасида органларнинг нурланиш сезгирлиги хар хил даражада ривожланади. Сурункали нурланишда энг сезгир аъзолар иммун аъзолар (талок, лимфа тугунлари, мальт ва сальт структуралари, суяк кўмиги ва тимус) нинг атрофик ва склеротик ўзгаришлари ривожланиши аниқланди. Радиацияга сезгирлиги паст бўлган аъзолар буйрак, жигар, ўпка, тўқималари ҳисобланади. [5,8,9]

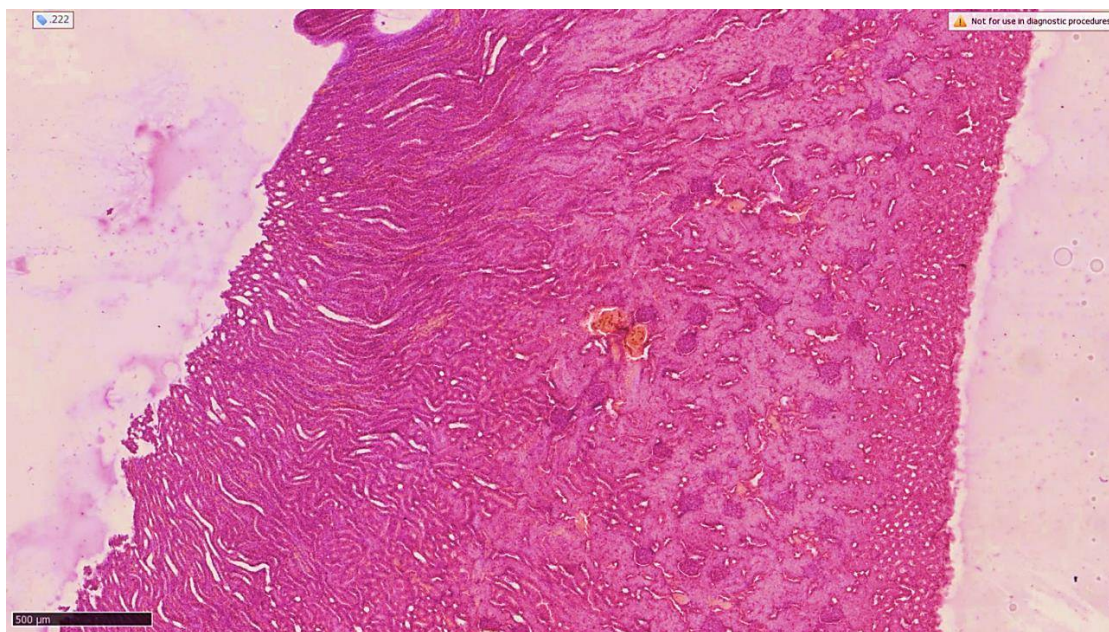
Тадқиқот мақсади: Сурункали нурланиш таъсирида тажриба ҳайвонлари буйраги морфологик ҳолатини аниқлаш ва қиёсий баҳолаш.

Материал ва усуллар. Экспериментал тадқиқотлар учун эркак жинсидаги, 160-180 г оғирликдаги 30 та оқ зотсиз каламушлар танланди. Барча лаборатория ҳайвонлари битта виварийдан олинди ва бир хил ёшда бўлди. Барчаси стандарт виварий шароитида сақланди. Виварий шароитида лаборатория ҳайвонларини боқиш, парваришlash, улар билан ишлашда биологик хавфсизлик қоидалари ва этик тамойилларга риоя қилиш Нуралиев Н.А. ва ҳаммуал. [5] бўйича амалга оширилди.

Лаборатория шароитида каламушларда экспериментал йўл билан қилинган амалий ишлар натижасида ажратиб олинган буйрак 10%ли формалин эритмасида фиксацияланиб, гематоксилин эозин билан бўялди. Микропрепаратларни расмга олишда микроскопда $\times=4\times 10, 10\times 10, 20\times 10, 40\times 40, 60\times 10, 80\times 10$ ўлчамларда амалга оширилди.

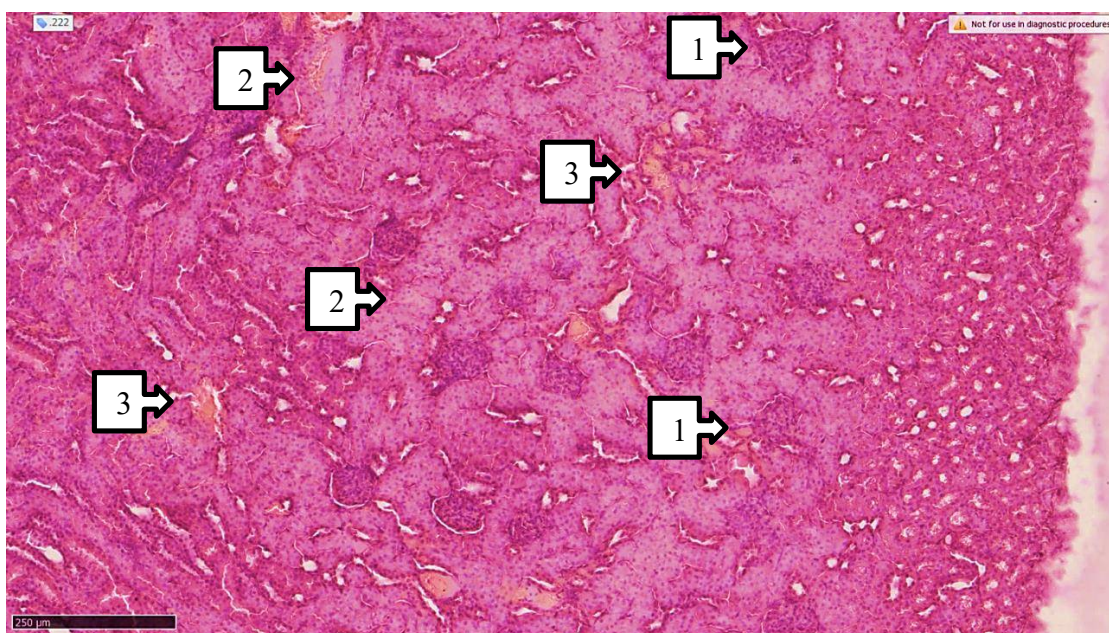
Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, тажрибадаги оқ зотсиз каламушларда буйрак тўқимасида умумий фонда пўстлоқ ва мағиз

қавати каналчалари эпителийларида оч бўялган ўчоқли ўзгаришлар аниқланади. Перикортикал томирларда тўлақонлик белгилари аниқланади (100,0%, n=15) бўлди (1-расм)



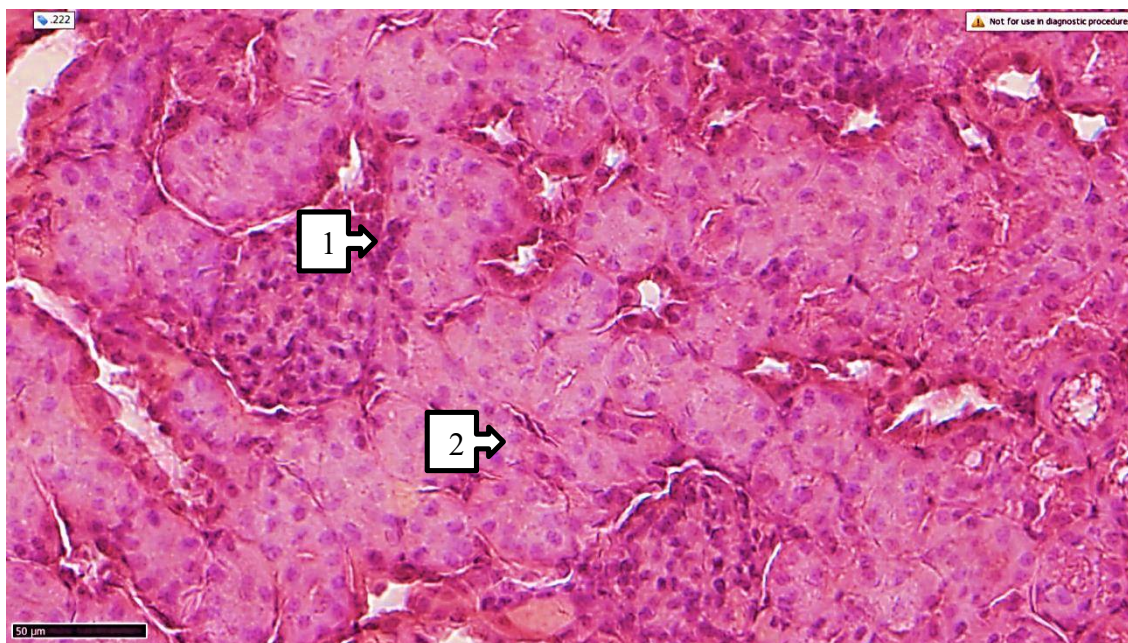
1-Расм. Буйрак тўқимасида умумий фонда дистрофик ўзгаришлар ва перикортикал сохада вена қон томирларининг тўлақонлиги аниқланади. Бўёқ Г-Э. 4x10.

Бошқа гистологик препарат ўрганилганда сурункали нурланиш олган оқ зотсиз каламушлар ,буйрак тўқимаси мағиз қавати эпителийларида оч пушти рангда, аксарият каналча эпителийларининг гидропик дистрофияси хисобига каналчалар бўшлиқлари торайган. (66,7%, n=10), Коптокчалар шакли деформацияланган, проксимал каналчаларда гидропик дистрофия ўчоқлари аниқланади, периканаликуляр қон томирларда тўлақонликни кузатиш мумкин (2-расм).



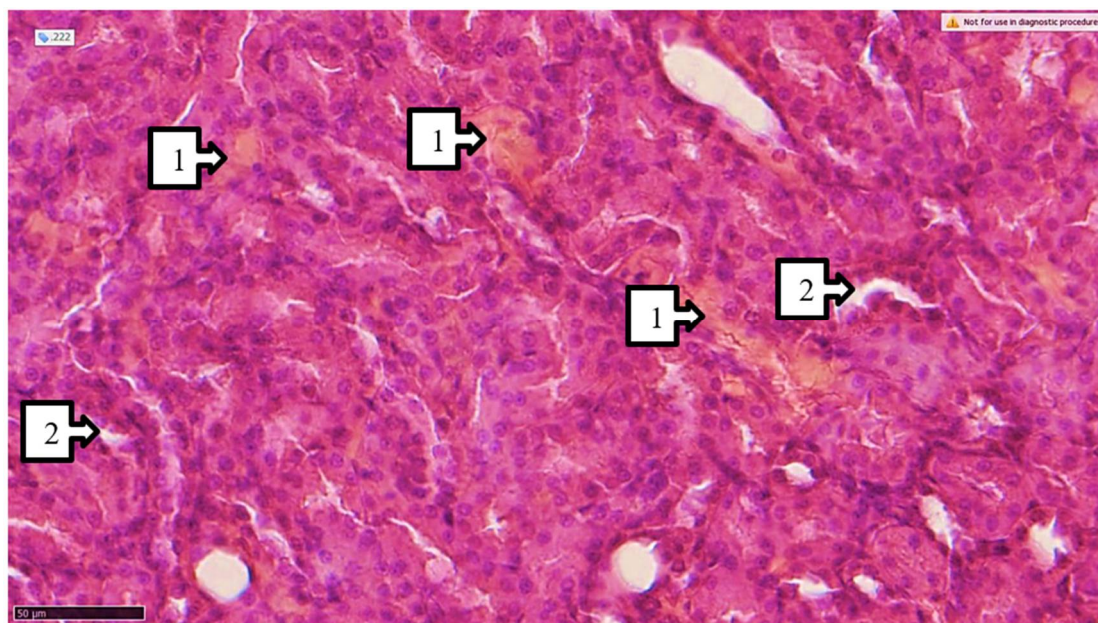
2-Расм. Коптокчалар шакли деформацияланган(1), проксимал каналчаларда гидропик дистрофия ўчоқлари аниқланади(2), периканаликуляр қон томирларда тўлақонлик (3) Бўёқ Г-Э. 10x10.

Кейинги препаратда проксимал каналча эпителиларида ривожланган гидропик дистрофия(1) хисобига коптокчаларда деформация ва компрессион атрофия ривожланган.(3-расм)



3-Расм. Проксимал каналча эпителиларида ривожланган гидропик дистрофия(1) хисобига коптокчаларда деформация ва компрессион атрофия(2) ривожланган. Бўёқ Г-Э. 4x10.

Шу билан бир қаторда мағиз қавати параканаликуляр вена қон томирларида тўлақонлик, каналча бўшлиқлари торайган, каналча бўшлиқларида гомоген оксил структуралари аниқланади.(4-расм)



4-Расм. Мағиз қавати параканаликуляр вена қон томирларида тўлақонлик(1), каналча бўшлиқлари торайган(2), каналча бўшлиқларида гомоген оксил структуралари аниқланади. Бўёқ Г-Э. 20x10.

Сурункали нурланишда аъзолар худди термик омил таъсирига ўхшаб шикастланади. Бунда томир ўтказувчанлигининг ошиши, хужайра гипоксияси ва метаболизмнинг издан чиқиши фибробластларнинг тропоколлаген синтезини стимулланишига ва аъзоларнинг склеротик ўзгаришига, паренхиматоз элементларнинг эса атрофиясига олиб келиши аниқланди.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Жармухамедова Т.Ю., Семушина С.Г., Пахомова И.А., Пименов М.С., Мурашов А.Н. Международные правила работы с лабораторными животными при проведении доклинических испытаний // Токсикологический вестник. - Москва, 2011. - №4(109). - С.2-9.
2. Конопляников А.Г. Клеточные основы радиационных эффектов человека // В кн.: «Радиационная медицина. Том 1. Теоретические основы радиационной медицины». Под общ. ред. Л.А. Ильина. – Москва: Изд. АТ, 2004. - С.189-277.
3. Котенко К.В., Бушманов А.Ю., Иванов А.А. Способ профилактики и лечения острой лучевой болезни в эксперименте. Патент РФ 2551619. Опубликовано в Бюллетене № 15. - 27.05.2015.
4. Михеев А.Н. Малые дозы радиобиологии. Моя маленькая радиологическая вера. - Киев, Фотосоциоцентр, 2016. - 371 с.
5. Нуралиев Н.А., Бектимиров А.М-Т., Алимова М.Т., Сувонов К.Ж. Правила и методы работы с лабораторными животными при экспериментальных микробиологических и иммунологических исследованиях // Методическое пособие. - Ташкент, 2016. - 34 с.
6. Паюшина О.В., Цомартова Д.А., Черешнева Е.В., Иванова М.Ю., Кузнецов С.Л. Регуляторное влияние мезенхимных стромальных клеток на развитие фиброза печени: клеточно-молекулярные механизмы и перспективы клинического применения // Журнал общей биологии. - 2020. -Т. 81. - № 2. - С. 83-95
7. Циркунов В.М., Прокопчик Н.И., Андреев В.П., Кравчук Р.И. Клиническая морфология печени: некрозы // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2017. – Т 15 (5). - С.557-563.
8. Avozmetov J.E. Influence of a Genetically Modified Organism on the rat's hepatobiliary system // European journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. - Volume 7, Issue 8. – P.1235-1237.
9. Barabanova A., Baranov A., Bushmanov A., Guskova A. Radiation Effects in Man Selected clinical lectures. Eds.: K. Kotenko, A. Bushmanov. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. - 158 с.
10. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.



УДК: 616-006-008. 637.5


YUSUPOVA Nargiza Abdikodirovna

ORIPOV Firdavs Sur'atovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University

FUNCTIONAL CHANGES OF THE STOMACH UNDER THE INFLUENCE OF ENERGY DRINKS AND THEIR CORRECTION

For citation: Yusupova A. Nargiza, Oripov S. Firdavs. Functional changes of the stomach under the influence of energy drinks and their correction /Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 137-152

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835308>

ANNOTATION

Objective: Evaluation of functional changes in the stomach under the influence of energy drinks and the results of their correction with sesame oil

Methods: The experiment was carried out on 43 three-month-old white male rats with a body weight of 130 ± 20 g. To obtain an experimental model, the animals of the 1st group were intragastrically injected with an energy drink (EN) "Gorilla" through a plastic tube for 4, 8, 12 weeks. Energy drink (EN) "Gorilla" was administered to animals of the 2nd group intragastrically for 4, 8, 12 weeks through a plastic tube, and after this period, sesame oil was administered to the experimental animals to correct the changes. After isolation, serum samples were stored in a refrigerator at -20°C until ELISA analysis. Laboratory studies of serum pepsinogens I and II, tumor marker CA-74-2 were carried out using special Russian-made kits for enzyme immunoassay (ELISA).

Results: The amount of PG1, PG2 decreased in 100% of the animals that consumed EN for 4 weeks. The level of changes in PG1 was $3.27-7.83 \mu\text{g/l}$, and the level of changes in PG2 was observed in the range of $1.32-2.7 \mu\text{g/l}$. The analysis showed that in the main group, the concentration of pepsinogens 1 and 2 was significantly reduced in rats that consumed EN for 8 and 12 weeks. In 100% of the rats treated with EN for 8 weeks, the PG1 level decreased to $3.6-5.3 \mu\text{g/l}$, the PG2 level decreased to $1.32-2.15 \mu\text{g/l}$, and even in 100% of the animals that consumed EN for 12 weeks. It was found that PG1 decreased compared to control animals and amounted to $1.84-4.6 \mu\text{g/l}$, the level of PG2 was in the range of $0.79-1.76 \mu\text{g/l}$.

It was found that in experimental animals exposed to EN for 4 weeks and treated with sesame oil, the level of PG1 increased by 22%, the level of PG2 increased by 14%, and the ratio of PG1/PG2 increased by 5%. It was found that in experimental animals exposed to EN for 8 weeks, the level of PG1 increased by 28%, the level of PG2 - by 13%, and the ratio of PG1/PG2 - by 4%. It was found that in experimental animals exposed to EN for 12 weeks, the level of PG1 increased by 12%, the level of PG2 - by 15%, and the ratio of PG1/PG2 - by 2%. The concentration of the tumor marker did not exceed the reference values in 3-month-old rats under acute and subacute exposure to energy drinks. In the experimental group, during the 12-week period of exposure to EN, the concentration of

CA74-2 in the blood of rats changed during a laboratory study, and in 1 (9%) case, the precursors of oncological disease disappeared. After the end of the administration of EN to experimental rats of the 2nd group for a specified period (4, 8, 12 weeks), positive changes were noted in the results of laboratory studies, shedding light on oncogenesis in the stomach in the blood when corrected with sesame oil. These changes were especially clearly observed in animals that consumed energy drinks for 12 weeks.

Summary.

1. Due to the presence of many components in energy drinks and the fact that each ingredient has a side effect on the stomach, this indicates the need for certain restrictions on consumption. Thus, in this study, it was found that the energy drink "Gorilla" has a harmful effect on the gastric mucosa, especially when consumed chronically.

2. The components of sesame oil significantly reduce these effects. The anti-inflammatory and antioxidant action of sesame oil significantly reduces the changes resulting from the harmful effects of EN, which determines the effectiveness of this oil for the body.

Key words: ELISA, pepsinogen, blood serum, rat, stomach, sesame oil, fatty acids.

Keywords: enzyme immunoassay; pepsinogen, blood serum; rat; stomach.

YUSUPOVA Nargiza Abdikodirovna
ORIPOV Firdavs Sur'atovich
Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

ENERGETIK ICHIMLIKLAR TA'SIRIDA OSHQOZONDAGI FUNKSIONAL O'ZGARISHLAR VA ULARNING KORREKSIYASI

ANNOTASIYA

Maqsad: Energetik ichimliklar ta'sirida oshqozondagi o'zgarishlar va ularni kunjut yog'i bilan korreksiylash natijalarini baholash.

Tekshiruv usullari: Tajriba tana vazni 130 ± 20 g bo'lgan 43 ta uch oylik erkak jinsli oq kalamushlarda o'tkazildi. Eksperimental model chaqirish uchun 1- guruh hayvonlariga «Gorilla» energetik ichimligi (EI) plastik zond orqali 4,8,12 hafta davomida intragastral yuborildi. 2- guruh hayvonlariga «Gorilla» energetik ichimligi (EI) plastik zond orqali 4,8,12 hafta davomida intragastral yuborildi va ushbi muddat tugaganidan so'ng kunjut yog'i tajriba hayvonlariga o'zgarishlarni korreksiyalash maqsadida ichirildi. Tajriba hayvonlaridan ajratib olingan zardob namunalari IFA tekshiruvini o'tkazilishigacha muzlatgichda -20°C da saqlandi. Zardobdagi pepsinogen I va II, CA-74-2 o'sma markerning - laborator tekshiruvlari Rossiyada ishlab chiqarilgan, maxsus immunoferment analiz (IFA) uchun mo'ljallangan to'plamlari yordamida o'tkazildi.

Olingan natijalar: 4 hafta davomida EI ist'emol qilgan hayvonlarda 100% hollarda PG1, PG2 kamaygan. PG1 ning o'zgarishlari darajasi 3,27-7,83 mkg/l, PG2 ning o'zgarishlari darajasi 1,32-2.7 mkg/l diapazonda kuzatildi. Tahlil shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhda, 8 va 12 hafta davomida EI ta'sir qilgan kalamushlarda pepsinogen 1 va 2 konsentratsiyasi sezilarli darajada kamayganligi aniqlandi. 8 hafta davomida EI ist'emol qilgan kalamushlarda 100% qon namunalarda PG1 darajasi pasaygan bo'lib, 3,6-5,3 mkg/lni, PG2 darajasi 1.32-2.15 mkg/lni va 12 hafta ta'sir qilganda hayvonlarning 100% da PG1 referent ko'rsatgichdan pasayganligi aniqlandi va 1,84-4,6 mkg/l, PG2 darajasi 0.79-1,76 mkg/l diapazonni tashkil qildi.

Kunjut yog'i bilan korreksiya qilingan hayvonlarda 4 hafta davomida EI ta'sirida bo'lgan tajriba hayvonlarida PG1 ning darajasi 22% ga, PG2 ning darajasi 14%, PG1/PG2 nisbati esa 5% ga ko'tarilganligi aniqlandi. 8 hafta davomida EI ta'sirida bo'lgan tajriba hayvonlarida esa PG1 ning darajasi 28% ga, PG2 ning darajasi 13 % ga, PG1/PG2 nisbati esa 4% ga ko'tarilganligi aniqlandi. 12 hafata davomida EI ta'sirida bo'lgan tajriba hayvonlarida PG1 ning darajasi 12% ga, PG2 ning darajasi 15% ga, PG1/PG2 nisbati esa 2% ga ko'tarilganligi aniqlandi.

Energetik ichimliklarning o'tkir, o'tkir osti ta'sirida uch oylik yoshdagi kalamushlarda onkomarkerning konsentratsiyasi referent diapazon chegarasidan chiqib ketmadi. Tajriba guruhida EI

ning 12 hafta davomidagi ta'sir davrida esa kalamushlar qonidagi CA74-2 konsentrasiyasi laborator tekshiruvda o'zgarishlar mavjud bo'lib, 1 (9 %) xolatda onkologik kasallik oldi belgilari nomoyon bo'ldi va bu ko'rsatkich ko'tarildi.

2- tajriba guruhdagi kalamushlariga belgilangan muddat (4, 8, 12 hafta) davomida EI berilishi tugatilgandan so'ng, kunjut yog'i bilan korreksiya qilingandan so'ng, qondagi oshqozonga tegishli onkogenezni yorituvchi laborator tekshiruvlar natijalarida ijobiy tomonga o'zgarishlar kuzatildi. Ayniqsa bu o'zgarishlar 12 hafta energetik ichimlik iste'mol qilgan hayvonlarda yaqqol kuzatildi.

Xulosa. 1. Energetik ichimliklarda ko'plab tarkibiy qismlar mavjudligi sababli va har bir ingredientning oshqozon uchun nojo'ya ta'siri borligi, iste'mol qilishda davomiyligida ma'lum bir taqiqlarni qo'yish kerakligini ko'rsatadi. Shunday qilib, ushbu tadqiqotda "Gorilla" energetik ichimligi oshqozon shilliq qavatiga zararli ta'sir ko'rsatishi aniqlandi.

2. Kunjut yog'i tarkibiy qismlari ushbu ta'sirlarni sezilarli darajada kamaytirdi. Kunjut yog'ining yallig'lanishga qarshi va antioksidantlik ta'siri EI ning zararli ta'siri natijasidagi o'zgarishlarni sezilarli darajada kamaytirishi, bu yog'ning organizim uchun effektivligini belgilaydi.

Kalit so'zlar. Immunoferment tahlil, pepsinogen, qon zardobi, kalamush, oshqozon, kunjut yog'i, yog' kislotalari

**ЮСУПОВА Наргиза Абдикодировна
ОРИПОВ Фирдавс Суръатович**

Доктор медицинских наук, доцент
Самаркандский Государственный медицинский университет

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценка функциональных изменений желудка под влиянием энергетических напитков и результаты их коррекции кунжутным маслом

Методы. Эксперимент проведен на 43 трехмесячных белых крысах-самцах с массой тела 130 ± 20 г. Для получения экспериментальной модели животным 1-й группы внутрижелудочно вводили энергетический напиток (ЭН) «Горилла» через пластиковую трубку в течение 4, 8, 12 недель. Энергетический напиток (ЭН) «Горилла» вводили животным 2-й группы внутрижелудочно в течение 4, 8, 12 недель через пластиковый зонд, а по истечении этого срока подопытным животным вводили кунжутное масло с целью коррекции изменений. Взятые образцы сыворотки крови у животных хранили в холодильнике при температуре -20°C до проведения ИФА анализа. Лабораторные исследования сывороточных пепсеногенов I и II, онкомаркера СА-74-2 проводили с использованием специальных наборов для иммуноферментного анализа (ИФА) российского производства.

Полученные результаты. Количество PG1, PG2 снизился у 100% животных, потреблявших ЭН в течение 4 недель. Уровень изменений ПГ1 составил 3,27-7,83 мкг/л, а уровень изменений ПГ2 наблюдался в пределах 1,32-2,7 мкг/л. Анализ показал, что в основной группе концентрация пепсиногенов 1 и 2 была значительно снижена у крыс, потреблявших ЭН в течение 8 и 12 недель. У 100% крыс, получавших ЭН в течение 8 нед., уровень ПГ1 снизился до 3,6-5,3 мкг/л, уровень ПГ2 снизился до 1,32-2,15 мкг/л. Даже у 100% животных потреблявших ЭН в течение 12 нед. ПГ1 снизился по сравнению с контрольными животными и составил 1,84-4,6 мкг/л, уровень ПГ2 находился в пределах 0,79-1,76 мкг/л.

Установлено, что у экспериментальных животных, подвергавшихся воздействию ЭН в течение 4 нед., и получавших кунжутное масло, уровень ПГ1 увеличился на 22%, уровень ПГ2 увеличился на 14%, а соотношение ПГ1/ПГ2 увеличилось на 5%. Определено, что у экспериментальных животных, подвергшихся воздействию ЭН в течение 8 нед., уровень ПГ1 увеличился на 28 %, уровень ПГ2 - на 13 %, а соотношение ПГ1/ПГ2 - на 4 %. Выявлено, что у экспериментальных животных, подвергшихся воздействию ЭН в течение 12 нед., уровень ПГ1 повысился на 12 %, уровень ПГ2 - на 15 %, а соотношение ПГ1/ПГ2 - на 2 %.

Концентрация онкомаркера не превышала референтных значений у трехмесячных крыс при остром и подостром воздействии энергетических напитков. В опытной группе в течение 12-недельного периода воздействия ЭН концентрация СА74-2 в крови крыс при лабораторном исследовании изменялась, и в 1 (9%) случае исчезли предвестники онкологического заболевания. После окончания введения ЭН подопытным крысам 2 группы в течение заданного срока (4, 8, 12 недель) отмечены положительные изменения в результатах лабораторных исследований, проливающие свет на онкогенез в желудке в крови при коррекции кунжутным маслом. Особенно четко эти изменения наблюдались у животных, употреблявших энергетические напитки в течение 12 недель.

Выводы. 1. В связи с наличием в энергетических напитках множества компонентов и тем, что каждый ингредиент оказывает побочное действие на желудок, это указывает на необходимость введения определенных ограничений в потреблении. Таким образом, в данном исследовании было установлено, что энергетический напиток «Горилла» оказывает вредное воздействие на слизистую оболочку желудка особенно при его хроническом употреблении.

2. Компоненты кунжутного масла значительно снижают эти эффекты. Противовоспалительное и антиоксидантное действие кунжутного масла значительно уменьшает изменения, возникающие в результате вредного воздействия ЭН, что определяет эффективность этого масла для организма.

Ключевые слова: Иммуноферментный анализ, пепсиноген, сыворотка крови, крыса, желудок, кунжутное масло, жирные кислоты.

Кириш. Energetik ichimliklar bozorda 20-asrning so'nggi choragida paydo bo'ldi. 1987 yilda Yevropada kofeinli energetik ichimliklar joriy etilganidan beri ular dunyo bozorida keng tarqalishda davom etmoqda. Energetiklarning haqiqiy dunyo bumi 2000-yillarning o'rtalarida boshlandi. Shunday qilib, 2006 yilda dunyo bo'yicha 500 ga yaqin yangi brendlar ro'yxatga olindi. Yaqin vaqtgacha ilmiy adabiyotlarda "Energetik ichimliklar" bo'yicha standart tushuncha mavjud emas edi. Energetik ichimliklarni iste'mol qilishning eng keng tarqalgan sabablari uyqu yetishmasligi (67%) va organizmning energetik quvvatini oshirish xisoblanadi. Ular kofein, vitaminlar va organizmning ish faoliyatini oshiruvchi boshqa tarkibiy qismlarni saqlaydigan alkogolsiz ichimliklar sifatida qabul qilindi [9, C.56]. Energetiklar asta-sekin bozorni zabt etib, submadaniyatning bir qismiga aylandi. Shu sababli, JSST 2014- yilda yoshlar o'rtasida energetik ichimliklarni iste'mol qilish yuqori darajadali va ularning uzoq muddatli oqibatlari olimlar va jamoatchilik e'tiboridan chetda qolayotganligini ta'kidlab, bu kelajakda sog'liqni saqlashdagi asosiy muammolaridan biri bo'lishi mumkinligi haqida ma'lumotlar berdi [7, C.278]. Energetik ichimliklar tarkibida asosan kofein, boshqa o'simlik stimulyatorlari (guarana, efedrin), shakar va ularning hosilalari (glyukoza, fruktoza, saxaroza, riboza, glyukuronolakton - bular glyukozaning tabiiy metabolitlaridir), aminokislotalar (taurin, karnitin, kreatin), boshqa o'simliklar qo'shimchalari (jinshen, ginkgo biloba), maltodekstrin, inozitol, vitamin B kompleksi va boshqa ingredientlar mavjud. Ushbu ichimliklardagi asosiy faol moddalardan biri kofeindir. Kofeinning kunlik dozasi 300 mg gachani tashkil qiladi. Kofein charchoq va uyquchanlik hissini kamaytiradigan, aqliy faoliyat va diqqatni oshiradigan va yengil diuretik ta'sirga ega bo'lgan keng tarqalgan psixostimulyatoridir. Bundan tashqari, kofein kofe, choy yoki alkogolsiz ichimliklar tarkibida mavjud bo'lgan dunyodagi eng ko'p iste'mol qilinadigan alkaloidlardan biri bo'lib, uning o'tkir va surunkali ta'siri natijasida oshqozon-ichak traktida buzilishlar, masalan, qizilo'ngach refluyksi va oshqozon yarasiga moyillik oshishi bilan kechuvchi oshqozonning gipersekretsiyasiga olib keladi. Ko'pchilik energetik ichimliklar tarkibida boshqa stimulyatorlar mavjud bo'lib, ular ham odam organizmida jiddiy salbiy oqibatlarga olib keladi. Shuningdek, EI hajmining 10-13% ni tashkil etadigan yuqori shakar miqdori semirish va qandli diabet xavfini oshishiga olib keladi. Kofeinning katta dozalari (3 mg/kg) glyukozaga tolerantlikning buzilishi, oshqozon-ichak traktining ta'sirlanishi, nevroz, asabiylashish, ko'ngil aynishi va taxikardiya kabi muammolarga olib kelishi mumkinligi aniqlangan va bu belgilar kofein dozasini kamaytirish kerakligini ko'rsatadi. Sunday qilib ko'pchilik energetik ichimliklar odam organizmiga no'juya ta'sirlari mavjud bo'lganligi uchun bu ichimliklar tarkibida muvozanatlashtirilgan

ingredientlarning saqlanishi, ayniqsa ulardagi shakar va kofeinning darajasi nazoratga olinishi va organizmga ta'siri kuzatilishi kerak xisoblanadi [8, C.75].

Ba'zi yog'lar tarkibida antioksidantlar, almashmaydigan yog' kislotalari, fosfolipidlar, fitosterollar va boshqa biologik faol birikmalar saqlaganligi sababli EI lar ta'sirida oshqozonda kelib chiqqan o'zgarishlarni korreksiyalashda bu yog'larning effektivligini baxolash muhim hisoblanadi. Ushbu almashtitib bo'lmaydigan yog' kislotalarning eng keng tarqalgan manbalari- dengiz organizmlari, yong'oqlar, don va rezavorlardir. Ma'lumki, "Foydali" yog'larning asosiy manbai bu o'simlik moylari, shu jumladan kunjut urug'laridir. Ular tarkibida qon tomirlar devoriga xolesterinli cho'kmalar bermaydigan, organizm tomonidan oson o'zlashtiriladigan yog'lar, to'yinmagan yog' kislotalari, minerallar va shilliq qavatlarining struktur butunligini saqlashga yordam beradigan vitaminlar mavjud [20].

Kunjut yog'i tarkibidagi ingredientlar oshqozon-ichak trakti, yurak qon tomir kasalliklari paydo bo'lishining oldini oladi, organizmning viruslar, bakteriyalar va atrof-muhitning salbiy ta'siriga chidamliligini oshiradi. Yog' olishning mexanik usuli (termik ishlowsiz, "Sovuq" usulda) da asosiy moddalarning tarkibi to'liq saqlanib qoladi. Kimyoviy tarkibning to'liqroq saqlanishi, yuqori sifatli yog' olinishi tufayli bu usul parhez qo'shimchalari turidagi moy (BFQ- biologik faol qo'shimcha) larni olish uchun ko'proq qo'llaniladi. Lekin shu bilan birga bu usulda urug'dan yog'ning ajralib chiqishi termik usulga nisbatan kamayadi (18% gacha).

Kunjut yog'i oleyin va linolen kislotalarga boy bo'lib, ular birgalikda kunjut urug'i tarkibidagi umumiy yog' kislotalarining 85% ni tashkil qiladi. Kunjut yog'i sovunlanmaydigan moddalarning nisbatan yuqori foiziga ega (1,5-2,3%). Yuqori ozuqaviy qiymatga ega va foydali xususiyatlar ombori bo'lgan kunjut yog'i muhim aminokislotalar, vitaminlar, to'liq to'yinmagan yog' kislotalar, makro va mikroelementlar va boshqa biologik faol moddalar (fitin, antioksidantlar, fitosterollar, fosfolipidlar va boshqalar) ning balanslashtirilgan tarkibini saqlaydi. Yog' tarkibida deyarli teng nisbatda to'liq to'yinmagan Omega-6 (40-45%) va mono- to'yinmagan Omega-9 (38-43%) yog' kislotalari mavjud. Shu bilan birga, kunjut yog'idagi Omega-3 ning miqdori juda kichik - 0,2% ni tashkil qiladi. B, E, C va A vitaminlari ko'rish apparati faoliyatini yaxshilashga yordam beradi, shilliq pardalarga, teriga, tirnoqlarga va sochlarga foydali ta'sir ko'rsatadi. Kunjut yog'i muhim makro va mikroelementlarning ajoyib manbaidir. Kunjut yog'i tarkibida kaliy, magniy, fosfor, marganets, temir, rux konsentratsiyasi yuqori. Kunjut yog'i teri va shilliq pardalar holatiga, immunitetga, reproduktiv va endokrin tizimlarga foydali ta'sir ko'rsatadigan fitosterollar va miya, jigar, asab va yurak-qon tomir tizimlari uchun zarur bo'lgan A va E vitaminlarini o'zlashtirilishi uchun zarur bo'lgan fosfolipidlarni saqlaydi. Kunjut yog'i shuningdek, jinsiy gormonlar sintezi uchun zarur bo'lgan eng kuchli antioksidant skualenni saqlaydi, skualen immunitet tizimini mustahkamlashga yordam beradi va zamburug'larga qarshi va bakteriosid xususiyatlarga ega bo'lib, xolesterin darajasini pasaytiradi. Kunjut yog'i yallig'lanishga qarshi, regenerasiyani yaxshilovchi, og'riq qoldiruvchi, bakteriosid, antigelmantik, immunostimulyasiya qiluvchi, diuretik xususiyatlarni o'z ichiga olgan juda keng shifobaxsh ta'sirga ega. Qadim zamonlardan buyon nafaqat oziq-ovqat mahsuloti sifatida, balki xalq tabobatida samarali vosita sifatida ham qo'llanilgan. Kattalar uchun kuniga ikki-uch marta bir choy qoshiqdan kunjut yog'ini oziq ovqatlar bilan iste'mol qilish tavsiya etiladi. Bolalar uchun kunjut yog'i kuniga 1-3 yoshli chaqaloqlar uchun 3-5 tomchi; 3-6 yoshli bolalar uchun 6-10 tomchi; 10-14 yoshli bola uchun bir choy qoshiqni tashkil etadi [10, P.41].

Enegetik ichimliklar iste'mol qilish butun dunyo bo'ylab keng tarqalganligi sababli, ushbu ichimliklarning o'tkir, o'tkir osti va surunkali ta'sirida turli organlar xususan, oshqozon xolatini o'rganish muhim hisoblanadi. Bundan tashqari, ularning qo'shimchalarini uzoq muddatli iste'mol qilish natijasida yuzaga keladigan o'tkir va surunkali ta'siri bo'yicha ma'lumotlar kam. Enegetik ichimliklar ta'sirida yuzaga kelgan nojuya oqibatlarni maxalliy keng tarqalgan shifobaxsh moddalar bilan korreksiya qilish hozirgi kunda judayam dolzarb xisoblanadi. Ushbu maqolada bu muammolar atroflicha yoritilgan.

MAQSAD: Energetik ichimliklar ta'sirida oshqozondagi o'zgarishlar va ularni kunjut yog'i bilan korreksiyash natijalarini baholash.

MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

Tajriba tana vazni 130 ± 20 g oraliqda bo'lgan 43 ta uch oylik erkak jinsli oq kalamushlarda o'tkazildi. Nazorat guruhiga 6 ta EI ichirilmagan uch oylik erkak jinsli oq kalamushlar olingan. Tajribaga jalb qilingan albinos kalamushlar 2 ta guruhga bo'lindi: 1- guruh 3 xil muddatda EI iste'mol qilgan 24 ta kalamushni qamrab oldi. 1- guruhda kalamushlar EI iste'mol qilish muddati 3 xil bo'ldi: 7 ta kalamush 4 hafta, 9 ta kalamush 8 hafta, 8 ta kalamush 12 hafta davomida energetik ichimlik iste'mol qildi. 2- guruh 3 xil muddatda EI iste'mol qilgan 25 ta kalamushni qamrab oldi. 2- guruhda kalamushlar EI iste'mol qilish muddati 3 xil bo'ldi: 6 ta kalamush 4 hafta, 7 ta kalamush 8 hafta, 6 ta kalamush 12 hafta davomida energetik ichimlik iste'mol qilganidan so'ng 4 hafta davomida kunjut yog'i bilan korreksiya qilindi. Ushbu tajriba muddatlari tugagan kundan boshlab EI, kunjut yog'i berilishi to'xtatildi (1 jadval)

Ushbu tadqiqotda O'zbekiston bozorida erkin mavjud bo'lgan, keng istemol qilinadigan EI - "Gorilla" dan foydalanildi. Har bir kalamushga tana vazniga 10 mg/kg kunlik dozada EI ichirilgan. "Gorilla" ichimligi tarkibida kofein, taurin, glyukuronolakton, shakar va boshqa uglevodlar, bo'yoq, aromatizatorlar, vitaminlar, inozitol, niatsin, o'simlik qo'shimchalari va boshqa ingredientlar mavjud. Eksperimental model chaqirish uchun 1- guruh kalamushlarga energetik ichimlik (EI) «Gorilla» plastik zond orqali 4,8,12 hafta davomida intragastral yuborildi. 2- guruh kalamushlarga ham energetik ichimlik (EI) «Gorilla» plastik zond orqali 4,8,12 hafta davomida intragastral yuborildi va EI iste'mol qilish muddati tugaganidan keyin har bir tajribaga jalb qilingan kalamushga 4 hafta davomida plastik zond orqali kunjut yog'i intragastral yuborildi. Bundan tashqari, kalamushlarda suvga va maxsus kalamushlar uchun ozuqaga (kemiruvchilar yemi-granulalari) erkin imkoniyat mavjud bo'lgan. Mexanik usulda ta'biy yo'l bilan olingan kunjut yog'ining tarkibida quyidagicha yog' kislotalari mavjud: linolein kislota (jami 41%), oleyin kislota (39%), palmitin kislota (8%), stearin kislota (5%) va boshqalar oz miqdorda [10, P.44]. AQSh Milliy ozuqaviy ma'lumotlar bazasi, 2014 yildagi SR-21 versiyasiga ko'ra, mexanik usulda olingan yog' tarkibida mono-to'yingan va poli-to'yinmagan yog' kislotalari (87% gacha) - palmitilin, stearin, oleyin, linolein kislotalar, vitaminlar mavjud bo'lib, bu uning shifobaxsh va profilaktik ahamiyatini tushuntiradi va biologik faol qo'shimchalar deb tasnifladi (BFQ) [20].

1-Jadval

Tajriba xayvonlarining guruhlarda taqsimlanishi

| № | Nazorat guruhi | Tajriba guruh | | | O'tkazilgan laborator tekshiruvlar |
|------|----------------|--|--|---|------------------------------------|
| | | 4 hafta EI iste'mol qilgan kalamushlar | 8 hafta EI iste'mol qilgan kalamushlar | 12 hafta EI iste'mol qilgan kalamushlar | |
| 6 ta | | 8 ta | 7 ta | 9 ta | PGI; PGII; CA74-2; |
| | | 4 hafta EI va 4 hafta kunjut yog'i iste'mol qilgan | 8 hafta EI va 4 hafta kunjut yog'i iste'mol qilgan | 12 hafta EI va 4 hafta kunjut yog'i iste'mol qilgan | |
| | | 6ta | 7 ta | 6ta | |
| | | | | | |

Ushbu tadqiqotda hayvonlarda tajriba o'tkazish jarayoni bioetika qoidalari asosida olib borildi. Barcha hayvonlar nazorat qilinadigan haroratdagi ($t=24 \pm 1^\circ\text{C}$) maxsus plastik qafaslarda saqlangan, xavoning nisbiy namligi 70% bo'lgan. Laboratoriyada iqlimlashtirish uchun tajribadan bir hafta oldin 12 soatlik yorug'lik-qorong'ulik tsikllari ta'minlandi. Hayvonlar 2 guruhga bo'lingan. Nazorat guruhidagi xayvonlarga 4,8,12 hafta davomida har kuni zond orqali bir marta 7,5 ml fiziologik eritma ichirildi. Asosiy eksperiment guruhdagi kalamushlarga EI tana vazniga 10 mg/kg xisoblanib, zond yordamida 4,8,12 hafta davomida kuniga bir marta 7,5 ml gacha ichirildi. EI qabul qilish muddatlari tugagach barcha tajriba hayvonlariga kuniga ikki mahal kunjut yog'i ichirildi. Tajribaning so'nggi kunida hayvonlarga bir kecha ovqat berilmadi, so'ngra ertalab 8 da efirming yengil ingalatsiyasi yordamida hushsizlantirildi va laborator tekshiruvlar uchun qon namunalari bevosita yurakdan olindi. Keyin hayvonlarning boshi kesilib, qonsizlantirilib, ichki a'zolar ochildi. Immunoferment analiz (IFA): Qon namunalari 30 daqiqa davomida xona haroratida qoldirildi,

so'ngra 15 daqiqa davomida 4000 aylanish tezlikda sentrifuga qilindi. Zardob namumalari ajratib olingach IFA tekshiruvigacha muzlatgichda -20°C da saqlandi. Zardobdagi pepsinogen 1 va 2, o'sma markeri CA74-2 laborator tekshiruvi Rossiyada ishlab chiqarilgan maxsus Immunoferment analiz (IFA) uchun mo'ljallangan to'plamlari yordamida o'tkazildi. Laboratoriya tadqiqotlari har bir eksperimental muddatning oxirgi bosqichlarida amalga oshirildi.

Reagent to'plamlarining asosiy tavsifi: Ko'rsatgich: «Pepsinogen 1» IFA – BEST (Rossiya); Sezuvcchanlik $1 \mu\text{g/l}$. O'lchanadigan konsentratsiya diapazoni 0–200 mkg/l. Analiz uchun zardob namunasi hajmi $10 \mu\text{l}$. Analiz 1 bosqichli. Umumiy inkubatsiya vaqti 1 soat 15 min.

«Pepsinogen 2» IFA – BEST (Rossiya); Sezuvcchanlik $1 \mu\text{g/l}$. O'lchanadigan konsentratsiya diapazoni 0–50 mkg/l. Analiz uchun zardob namunasi hajmi $10 \mu\text{l}$. Analiz bir bosqichli. Umumiy inkubatsiya vaqti 1 soat 15 min.

«CA 74-2» IFA -Xema (Rossiya) test to'plami. O'lchanadigan konsentratsiya diapazoni 0-200 IU / ml ni tashkil qiladi. Analiz uchun zardob namunasi hajmi $50 \mu\text{l}$. Analiz 1 bosqichli. Umumiy inkubatsiya vaqti 1 soat 15 min. Ushbu reaktivlarning saqlash muddati 12 oy.

Reaktiv to'plamlari PG1 va PG2, CA74-2 uchun mos ravishda kalibrlash va nazorat uchun, foydalanishga tayyor bo'lgan aniq konsentrasiyali reagentlari namunasini o'z ichiga oladi.

Pepsinogenlar oqsillarni aminokislotalarga aylantirish jarayonida, ovqat hazm qilish kaskadining dastlabki va muhim bosqichini ta'minlaydigan pepsinning profermentlaridir. Shu bilan birga, qondagi pepsinogenlar darajasi me'da shilliq qavatining morfologik va funktsional holatining ishonchli diagnostik ko'rsatkichi bo'lib, invaziv bo'lmagan biopsiyani amalga oshirishga imkon beradi. Keng diapazonda - minimaldan maksimal qiymatgacha o'zgarib turadigan pepsinogenlar konsentratsiyasining ko'rsatkichlari ko'p jihatdan nafaqat oshqozon kasalliklari, balki refluyksli ezofagit, o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan bog'liq turli xil kasalliklarni rivojlanish xavfini baholashga ham imkon beradi. Pepsinogen I va II ning pasaygan ko'rsatkichi atrofik gastrit va oshqozon saratoni uchun xavf omilini belgilovchi mezonlardan biri xisoblanadi. Shubhasiz pepsinogenlar darajasini aniqlash, invaziv bo'lmagan skringningni keng joriy etish imkonini beradi [1, C.75].

CA 74-2 glikoprotein bo'lib, xomila rivojlanishi davrida ovqat hazm qilish trakti epiteliysi yuzasida joylashgan bo'ladi. Kattalarda bu oshqozon saratoni va kolorektal saraton, boshqa xavfli o'smalarda aniqlanadi. Shu bilan birga, bemorlarning 6,7 foizida uning ko'payishi yaxshi sifatli o'smalar mavjudligida ham aniqlangan [3, C.63].

Oshqozon saratonida bu markerni sezuvcchanligi 40-46% ni tashkil qiladi va o'sma markeri qanchalik yuqori darajada bo'lsa, malignizasiya xavfi yuqori bo'ladi, ya'ni onkomarker miqdorining o'zgarishi o'sma jarayonining bosqichi bilan bog'liqdir. Saraton radikal tarzda olib tashlangandan so'ng, CA 74-2 indikatori 3-4 hafta ichida normal holatga qaytishi, davolashning muvofaqiyatli o'tkazilganini belgisi xisoblanadi. Metastazlarga kelsak, oshqozon saratonida bu onkomarkeri CEA yoki CA 19-9 ga qaraganda sezgirroqdir. Oshqozon karsinomasi aniqlangan bemorlarda CA 74-2 ni aniqlash omon qolish imkoniyatini baholash imkonini beradi. O'sma markeri qanchalik baland bo'lsa, kasallikning bosqichi shunchalik yuqori bo'ladi [3, C.63].

TADQIQOT NATIJALARI VA TAHLILI

Oshqozon-ichak trakti (OIT) organlar tizimidagi disfunktsiya bu ularning anatomik tuzilishi va

ko'p qirrali vazifalari bilan bog'liq har qanday patologik jarayonning belgisi xisoblanadi. Ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, oshqozon-ichak traktining bir qator funktsional buzilishlari (OITFO) oshqozon-ichaklarning o'z-o'zini asab va endokrin tizimlari tomonidan boshqarishdagi muammolari bilan bog'liq bo'lib, bu bizga OIT ining bir qator kasalliklarda diagnoz qo'yishda laborator tekshiruvlarning ahamiyatini tushuntiradi [2, C.37]. So'nggi yillarda bir qator mamlakatlarda oshqozonning turli kasalliklarini, jumladan oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning peptik yaralari, gastroezofagiya refluykslar, atrofik gastrit va oshqozonning boshqa kasalliklari skringida, invaziv endoskopiya usulini yanada samaraliroq, osonroq bo'lgan noinvaziv usullar bilan almashtirish bo'yicha bir qator tadqiqotlar o'tkazildi [2, C.37].

Ushbu tadqiqotlar natijasida PGI, PGII ni qon zardobida aniqlanishi ushbu kasalliklarning biologik markeri sifatida foydalanish mumkinligi aniqlandi va ularning qon zardobidagi konsentratsiyasi oshqozon devorining morfofunktsional holatini yoritib beradi hamda kelgusida o'zgarishlar aniqlanganda gistologik tekshiruv usuli yordamida tasdiqlanadi [6, C. 30].

Sog'lom odamlarda normada PGI miqdori PGII darajasiga ko'ra 3 baravar yoki undan yuqori bo'ladi. Ikkala PG ham odamda me'da shirasida va qonida aniqlanishi mumkin. Siydikda, odatda, faqat PG I aniqlanadi. O'tgan asrning 80-yillarida qon zardobidagi pepsin profermentlarining konsentratsiyasi oshqozon sekretsiyasi darajasi va eng muhimi, oshqozon shilliq qavatining shikastlanishining og'irligini belgilashi aniqlandi va bu topilgan o'zgarishlar morfologik jihatdan tasdiqlangan [5, C.29].

Tajriba hayvonlaridan nazorat guruhidagi kalamushlarda PGI va PGII konsentratsiyasini aniqlash natijalari quyidagicha bo'ldi. Barcha namunalarda PGI va PGII konsentratsiyasi referent ko'rsatgichlarni tashkil etdi (2-jadval), ushbu guruhidagi hayvonlarda atrofik yoki giperatsid gastritning serologik belgilari kuzatilmadi.

2- Jadval

PG I, PG II, CA74-2 ning nazorat guruhidagi kalamushlardagi miqdori

| № | PG I miqdori (mkg/l) | PG II miqdori (mkg/l) | PGI/ PGII | CA74-2 (Ed/ml) |
|----------|----------------------|-----------------------|-------------|----------------|
| 1 | 8.38 | 2,73 | 3,07 | 2,03 |
| 2 | 9.41 | 3,25 | 3,14 | 0,12 |
| 3 | 10,21 | 3,08 | 3,06 | 1,23 |
| 4 | 11,45 | 3,32 | 3,45 | 0,9 |
| 5 | 9,56 | 2,88 | 3,32 | 1,05 |
| 6 | 8.02 | 2,65 | 2,91 | 1,2 |
| M | 9,50 | 2,98 | 3,16 | 1,08 |

Kalamushlarda qon zardobidagi PG I darajasi odatda 9-11 µkg/l (ng/ml) ni tashkil qiladi. Ovqat hazm qilish va siydik chiqarish organlari, qon zardobi va siydik tarkibi turli miqdordagi PG saqlaydi. Oshqozonning bezli qismida juda katta miqdorda PG ishlab chiqariladi. Bu shuni ko'rsatadiki, immunoreaktiv PG oshqozonning bezli qismidan qonga va siydikga tushadi. Turli yoshdagi, jinsdagi va yana organizmning ayrim xolatlarida kalamushlarning qon zardobidagi PG miqdori odatdagidan farq qiladi. Zardobdagi PG darajasi och qolish vaqtida o'zgarishi aniqlanadi; avval ko'tariladi, keyin tushadi. Ushbu ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, inson qon zardobidagi PG darajasi, ovqatlanishdan keyingi o'tgan vaqtga bog'liq [5, C.28].

Oshqozon funksiyasini aniqlash uchun tadqiqotga jalb qilingan tajribaning 1- guruhlaridagi xayvonlar uch xil muddat- 4 (o'tkir ta'siri), 8 (o'tkir osti ta'siri), 12 hafta (surunkali ta'siri) davomida EI ni iste'mol qilgan va 2- guruhlardagi uch xil muddat- 4 (o'tkir ta'siri), 8 (o'tkir osti ta'siri), 12 hafta (surunkali ta'siri) davomida EI ni iste'mol qilgan kalamushlarga ushbi muddatlar tugaganidan keyin kunjut yog'i bilan detoksikasiya qilingan tajriba xayvonlaridan olingan qon namunalarida PGI va PGII ni tekshirish natijalari quyidagicha bo'ldi:

4 hafta davomida EI iste'mol qilgan guruhdagi kalamushlar qon zardobida PG1 ning o'rtacha konsentratsiyasi 4,96 mkg/ va 4 hafta davomida EI va keyin 4 hafta davomida kunjut yog'i ichirilgan kalamushlarda esa qon zardobidagi PG1 ning o'rtacha konsentratsiyasi 6.34 mkg/l tashkil qildi (3-jadval). EI ning o'tkir ta'siri ostida bo'lgan kalamushlarda PG2 ning o'rtacha konsentratsiyasi 1.94 mkg/l va 4 hafta davomida EI va keyin 4 hafta davomida kunjut yog'i ichirilgan kalamushlarda esa qon zardobida PG2 ning o'rtacha konsentratsiyasi 2,25 mkg/l ni tashkil qildi (4-jadval). 4 hafta davomida EI iste'mol qilgan guruhdagi kalamushlar qon zardobida PGI/PGII nisbati 2,69 va EI 4 hafta davomida ta'sir qilgan va 4 hafta yog' bilan korreksiya qilingan kalamushlar qonida PGI/PGII nisbati o'rtacha va 2,82 ni tashkil qildi (5-jadval).

8 hafta davomida EI qabul qilgan guruhda zardobdagi PGI darajasi 4,19 mkg/l ga (3-jadval), PGII 1,76 mkg/l ga (4-jadval) va PGI/ PGII nisbati 2,41 (5-jadval) ni tashkil qildi. 8 hafta davomida EI ichirilgan va keyin 4 hafta davomida kunjut yog'i bilan korreksiya qilingan xayvonlarda esa pepsinogenlar miqdori ko'payganligini ko'rishimiz mumkin va ularning miqdori quyidagicha bo'ldi.

PG1 ning o`rtacha konsentrasiyasi 5,78 mkg/l (3-jadval), PG2 ning o`rtacha konsentrasiyasi 2,29 (4-jadval), PG1/PG2 nisbati 2,51 ni tashkil qildi (5-jadval).

EI larni surunkali ist`emol qilgan kalamushlarda tadqiqot natijalarida e`tiborni jalb qilgan o`zgarishlar kuzatildi, ularda laborator ko`rsatkichlarning keskin kamayganligini ko`rishimiz mumkin. Bunda qon zardobidagi PGI 2,80 mkg/l ga (3-jadval), PGII 1,22 mkg/l ga (4-jadval) va PGI/PGII nisbati 2,20 ni tashkil qildi (5-jadval). 12 hafta EI va 4 hafta davomida kunjut yog`i ichirilgan tajriba hayvonlarida PG1 o`rtacha konsentrasiyasi 3,18 mkg/l ni (3-jadval) va PG2 ning konsentrasiyasi 1,44 mkg/l ni (4-jadval), hamda PGI/PGII nisbati 2.24 ni tashkil qildi (5-jadval).

Jadval 3

Tajriba guruhidagi kalamushlarda PGI ning miqdori

| Tajriba guruhi (PGI) mkg/l | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|------------------------------|--|
| № | 4 hafta davomida EI ta`siri | 4 hafta davomida EI va keyin 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan | 8 hafta davomida EI ta`siri | 8 hafta davomida EI va keyin 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan | 12 hafta davomida EI ta`siri | 12 hafta davomida EI keyin 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan |
| 1 | 4,81 | 7,12 | 3,6 | 4,45 | 4,6 | 4,5 |
| 2 | 3,27 | 7,21 | 3,53 | 3,65 | 3,79 | 3,79 |
| 3 | 3,31 | 6,56 | 4,37 | 7,86 | 1,84 | 1,84 |
| 4 | 4 | 5,65 | 5,3 | 7,6 | 2,79 | 3,84 |
| 5 | 5,3 | 4,65 | 4,06 | 3,88 | 2,31 | 2,31 |
| 6 | 6,31 | 6,83 | 4,15 | 6,87 | 2,82 | 2,82 |
| 7 | 4,88 | - | 4,32 | 6,14 | 2,64 | - |
| 8 | 7,83 | - | - | - | 1,96 | - |
| 9 | - | - | - | - | 2,315 | - |
| M | 4,96 | 6,34 | 4.19 | 5.78 | 2,80 | 3.18 |

Jadval 4

Tajriba guruhidagi kalamushlarda PGII ning miqdori

| Tajriba guruhi (PGII; mkg/l) | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|---|--------------------|---|---------------------|--|
| № | 4 hafta EI ta`siri | 4 hafta EI va 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan | 8 hafta EI ta`siri | 8 hafta EI ta`siri va 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan | 12 hafta EI ta`siri | 12 hafta EI ta`siri va 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan |
| 1 | 1,93 | 2,79 | 1,76 | 1,72 | 1,47 | 1,74 |
| 2 | 1,49 | 2,34 | 1,52 | 1,3 | 1,31 | 2,11 |
| 3 | 1,32 | 1,98 | 1,92 | 3,22 | 0,88 | 0,88 |
| 4 | 2,7 | 2,13 | 1,85 | 2,52 | 0,79 | 1,29 |
| 5 | 1,64 | 2,07 | 1,32 | 2,15 | 0,83 | 1,085 |
| 6 | 2,16 | 2,18 | 1,8 | 2,76 | 0,81 | 1,54 |
| 7 | 1,86 | - | 2,15 | 2,42 | 1,76 | - |
| 8 | 2,42 | - | - | - | 1,08 | - |
| 9 | - | - | - | - | 1,35 | - |
| M | 1,94 | 2,25 | 1,76 | 2,29 | 1,22 | 1,44 |

Jadval 5

Tajriba guruhidagi kalamushlarda pepsinogen (I) ning pesenogen (II) ga nisbati

| Tajriba guruhi (PGI/PGII) | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|---|--------------------|---|---------------------|--|
| № | 4 hafta EI ta`siri | 4 hafta EI va 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan | 8 hafta EI ta`siri | 8 hafta EI ta`siri va 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan | 12 hafta EI ta`siri | 12 hafta EI ta`siri va 4 hafta kunjut yog`i ichirilgan |
| 1 | 1,93 | 2,79 | 1,76 | 1,72 | 1,47 | 1,74 |
| 2 | 1,49 | 2,34 | 1,52 | 1,3 | 1,31 | 2,11 |
| 3 | 1,32 | 1,98 | 1,92 | 3,22 | 0,88 | 0,88 |
| 4 | 2,7 | 2,13 | 1,85 | 2,52 | 0,79 | 1,29 |
| 5 | 1,64 | 2,07 | 1,32 | 2,15 | 0,83 | 1,085 |
| 6 | 2,16 | 2,18 | 1,8 | 2,76 | 0,81 | 1,54 |
| 7 | 1,86 | - | 2,15 | 2,42 | 1,76 | - |
| 8 | 2,42 | - | - | - | 1,08 | - |
| 9 | - | - | - | - | 1,35 | - |
| M | 1,94 | 2,25 | 1,76 | 2,29 | 1,22 | 1,44 |

| | | | | | | |
|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | 2,95 | 2,55 | 1,8 | 2,58 | 2 | 2,59 |
| 2 | 3 | 3,08 | 0,144 | 2,81 | 1,43 | 1,8 |
| 3 | 2,75 | 3,31 | 3,24 | 2,44 | 2,09 | 2,1 |
| 4 | 3,41 | 2,65 | 2,86 | 3,01 | 3,53 | 2,98 |
| 5 | 3,78 | 2,24 | 3,07 | 1,8 | 2,77 | 2,13 |
| 6 | 3,22 | 3,13 | 2,3 | 2,48 | 3,48 | 1,83 |
| 7 | 3,12 | | 2,24 | 2,53 | 1,5 | |
| 8 | 2,28 | | - | | 1,81 | |
| 9 | - | | - | | 1,71 | |
| M | 3.06 | 2.83 | 2.23 | 2.52 | 2.26 | 2.24 |

Olingan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, o'rganilayotgan guruhlarda EI ta'sir qilishining muddatining turli bosqichlarida sodir bo'lgan o'zgarishlar bir xil emas. Birinchi eksperimental muddat davrida ya'ni 4 hafta davomida EI ist'emol qilgan hayvonlarda 100% hollarda PG1 va PG2 kamaygan. PG1 ning o'zgarishlari darajasi 3,27-7,83 mkg /l, PG2 ning o'zgarishlari darajasi 1,32-2.7 mkg /l diapazonda kuzatildi. Eng qiziqarlisi, 8 va 12 hafta davomida EI ist'emol qilgan kalamushlarda oshqozon funksiyasini ko'rsatuvchi laborator ko'rsatkichlarni faolligini o'rganishdir (1- va 2-rasm). Tahlil shuni ko'rsatdiki, asosiy guruhda, 8 va 12 hafta davomida EI ta'sir qilgan kalamushlarda pepsinogen 1 va 2 konsentrasiyasi sezilarli darajada kamayganligi aniqlandi. 8 hafta davomida EI ist'emol qilgan kalamushlarda 100% qon namunalari PG1 darajasi pasaygan bo'lib, 3,6-5,3 mkg/lni, PG2 darajasi 1.32-2.15 mkg/lni va 12 hafta EI ta'sir qilganda ham hayvonlarning 100% da PG1 referent ko'rsatkichidan pasayganligi aniqlandi va 1,84-4,6 mkg/l, PG2 darajasi 0.79-1,76 mkg/l diapazonni tashkil qildi (1- va 2-rasm). PGI oshqozon tubi va tanasi bezlarining asosiy hujayralari tomonidan, PGII esa fundus, kardial va antrum, pilorik qism bezlari hujayralari tomonidan va o'n ikki barmoqli ichakning proksimal qismi bezlari tomonidan ishlab chiqarishini hisobga olib tahlili qilsak, 12 hafta davomida EI ist'emol qilgan kalamushlar 33 % ida PGII darajasini 1.0 mkg/l dan pasayganligi sababli oshqozonning barcha qismida yani total shikastlanganligi ehtimoli mavjudligi va 67 % kalamushlarda esa PGII darajasini 1.0 dan yuqoriligi va PGI ning miqdorining keskin pasayishini hisobga olib asosan oshqozon tubi va tanasi shilliq pardasi zararlangan bo'lishi mumkinligi haqida o'ylash mumkin. Ushbu ma'lumotlar EI ning organizmga surunkali salbiy ta'siri va serologik jihatdan atrofik gastrit belgilari yuzaga kelganligini ko'rsatadi.

Ushbu ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, qisqa muddat EI ist'emol qilgan hayvonlarda oshqozon shilliq qavati epiteliysida o'choqli o'zgarishlar yuzaga kelishi mumkin. Surunkali zaharlanish esa oshqozon shilliq qavatida qaytmas organik o'zgarishlarga olib kelishi mumkin. Surunkali ta'sirdagi ma'lumotlar atrofik gastritning serologik belgilarini ko'rsatadi. Atrofik gastritda xlorid kislotasi sekretsiyasi sezilarli darajada kamayadi va zardobdagi PG1 kontsentratsiyasi 1,84 mkg/l dan kamayadi [1, C.75].

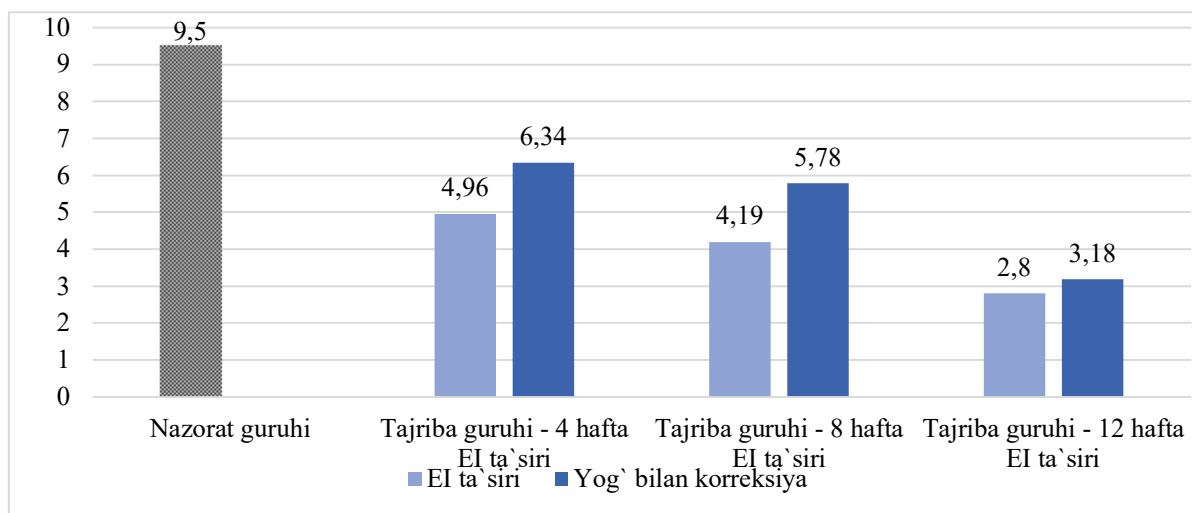
Atrofik gastrit, shu jumladan uning erta asimptomatik shakli diagnostikasi uchun PG1 miqdoriy tahlilidan foydalanish hozirgi kunda ko'plab rivojlangan mamlakatlarda keng tarqaldi. Ushbu usulning sezgirliigi va spifikligi 90% dan oshadi va olingan natijalarning ishonchliligi endoskopiya va gistologik tekshiruvlarga qaraganda kasallikning erta bosqichida sezilarli darajada yuqoridir [5, C.57].

Tajribaning 2 qismida 2- guruhda oshqozonda EI ta'sirida yuzaga kelgan o'zgarishlarni korreksiya qilish maqsadida antioksidantlik va yallig'lanishga qarshi ta'sir qiluvchi komponentlarga boy bo'lgan yog' kislotalari saqllovchi kunjut yog'i bilan korreksiya qilingan kalamushlarda qondagi pepsinogenlar darajasida ijobiy o'zgarishlar aniqlandi. Bu asosan 4 va 8 hafta davomida EI iste'mol qilgan hayvonlarda yaqqol kuzatildi. Bu o'zgarishlar quyida keltirilgan bo'lib, EI ta'sir muddatlarining turli davrlari bo'yicha farq qiluvchi natijalar olindi. 4 hafta davomida EI ta'sirida bo'lgan tajriba hayvonlarda PG1 ning darajasi 22 % ga, PG2 ning darajasi 14 %, PG1/PG2 nisbati esa 5 % ga ko'tarilganligi aniqlandi. 8 hafta davomida EI ta'sirida bo'lgan tajriba hayvonlarida PG1 ning darajasi 28%, PG2 ning darajasi 13%, PG1/PG2 nisbati esa 4% ko'tarilganligi aniqlandi. 4 va 8 hafta EI ta'sir qilgan kalamushlarda kunjut yog'i ta'sirida PG1 ning konsentrasiyasidagi ijobiy o'zgarishlarni xisobga olgan xolda bu kalamushlarda oshqozonning tubi va tana qismining shilliq

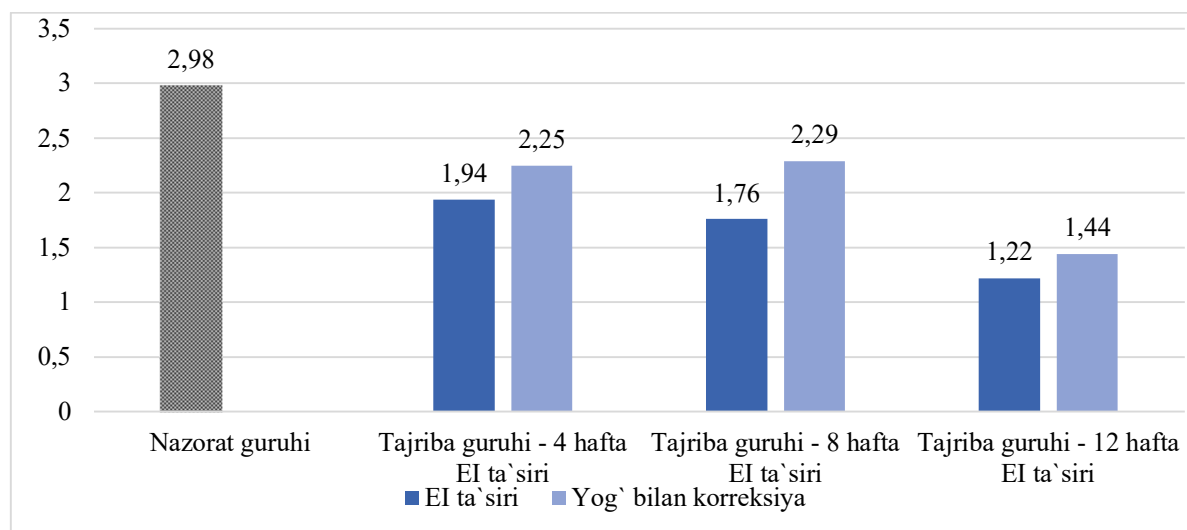
pardasida regenerasiya sezilarli darajada yaxshilanganligi haqida xulosa chiqarish mumkin. Bu o'zgarishlar kunjut yog'i tarkibidagi fitosterollar ta'sirida epeteliy xujayralari membranasidagi lipidlarning struktur xolatining tiklanishi va oshqozon devoridagi shilliq qavat xujayralarida apaptoz xolati kamayganligidan dalolat beradi (1- va 2-rasm).

12 hafata davomida EI ta'sirida bo'lgan tajriba hayvonlarda PG1 ning darajasi 12 %, PG2 ning darajasi 15 %, PG1/PG2 nisbati esa 2% ko'tarilganligi aniqlandi. Pepsinogenlar darajasining ko'tarilish koefisenti ushbu guruhdagi hayvonlarda asosan PG2 konsentrasiyasida ijobiy o'zgarishlarni inobatga olgan xolda asosan oshqozonning kardial, pilorik qismlarida shilliq qavat tiklanishi ijobiy o'zgarishlar bo'lganligini ko'rishimiz mumkin. Bu shundan dalolat beradiki, EI ning surunkali ta'siri oqibatida oshqozonda fundal va tana qismida yuzaga kelgan patologik o'zgarishlar uzoq muddatli reabilitasiya talab qilishini ko'rsatadi (1- va 2-rasm).

12 hafta EI iste'mol qilishda barcha kalamushlarning qon zardobida PG1, PG2 keskin kamaydi (2- rasm).



Rasm 1. Nazorat va tajriba guruhlaridagi kalamushlarda PGI ning o'rtacha ko'rsatkichlari



Rasm 2. Nazorat va tajriba guruhidagi kalamushlarda PGII ning o'rtacha ko'rsatkichlari

Bizning tadqiqotda kunjut yog'i yuqorida keltirilgan o'zgarishlarni bartaraf qilishi va ushbu ta'sirdan himoya qilish qobiliyatini tekshirish uchun ishlatilgan, chunki bu yog' tarkibidagi ingredientlar oshqozon epeteliy hujayralarini turli zararli ta'sirlardan ximoya qilishi haqida ma'lumotlar mavjud.

Kunjut yog'i tarkibidagi poli- to'yinmagan va mono- to'yingan yog' kislotalar yallig'lanishga qarshi va antioksidant ta'sirga ega. Bu ikkita muhim yog' kislotasi aralashmasi: eikosapentaenoik kislota (EPK) va dokosaheksaenoik kislota (DHA) salomatlikni saqlashda va surunkali yallig'lanish kasalliklarini, masalan, oshqozon- ichak traktining turli xil yallig'lanish kasalliklarini kamaytirishda muhim rol o'ynaydi. Bundan tashqari, muhim yog' kislotalari oshqozon- ichak traktining shilliq qavatini turli zararli omillardan himoya qilishga yordam beradi [20].

Omega 6, 9, 3 ning EI bilan bog'liq biokimyoviy o'zgarishlar ta'sirida oshqozon fundal shilliq qavatini himoya qilishda biroz muvaffaqiyatli ekanligi kuzatildi. PG1 va PG2 ning miqdori va intensivligi oshishini ko'rishimiz mumkin, bu sekretor faollik asta-sekin tiklanganligini ko'rsatadi. Yog' kislotalari oshqozon epiteliy hujayralarida apoptotik gen ekspressiyasini va DNK parchalanishini pasaytirish orqali oksidlovchi stressdan kelib chiqqan apoptozni oldini oladi. Kunjut yog'i yuqori kislotalilikni tezda zararsizlantirishga yordam beradi, yallig'lanishga qarshi va bakteritsid ta'sirga ega, oshqozon-ichak shilliq qavatining barcha turdagi eroziv va yarali o'zgarishlarini bartaraf etishga yordam beradi. Shuning uchun bu yog' giperacid xolatlarida, ich qotishi, gastroduodenit, oshqozon yarasi, kolit, enterokolit, oshqozon osti bezi kasalliklari, gelmintozlar va gastritning oldini olishda, davolashda qo'llaniladi. Kunjut yog'idan doimiy foydalanish turli xil saraton kasalliklarini oldini olishda samarali vosita hisoblanadi [10, P.43].

Quyida ayrim olimlarning bu borada olib borgan ishlarining natijalari tahlili beriladi. EI larning oshqozon ichak traktidagi gistopatologik o'zgarishlar bo'yicha tadqiqotlar haqida ilmiy ma'lumotlar nisbatan kam.

Bir guruh olimlar Red Bull iste'molining erkak albinos kalamushlarning oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatiga gistopatologik ta'sirini o'rganishdi. Tadqiqot ma'lumotlari Red Bull ichirilgan kalamushlarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak sekretsiasining kamayganligini ko'rsatadi, bu materialda PAS- sezilarli darajada kamayishi bilan tasdiqlanadi. Buning sababi shilliq qavatning sezilarli shikastlanishi va epiteliya hujayralarining ko'chishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bu natijalar Nawrot va b. (2003) olib borgan izlanishlari bilan mos kelgan, ular ham kofeinning oshqozon shilliq qavatining sekretsiasiga ingibirlovchi ta'siri oshqozon shilliq qavatining shikastlanishining muhim omillaridan biri bo'lishi mumkinligini xabar qilgan. Ushbu tadqiqot natijalari apoptotik hujayralar sonining sezilarli darajada ko'payishini ko'rsatdi, bu Red Bull ichirilgan kalamushlar oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatida kaspaza-3-immunopozitiv hujayralarining sezilarli o'sishidan dalolat beradi [11, P.368].

Yana boshqa tadqiqotlar EI ta'sirida turli organlarda, shu jumladan oshqozon osti bezi va oshqozon tubida (Ayuob, El Beshbeishy, 2016), jigarda (Xayyat va boshq., 2012), submandibular so'lak bezida (Muborak, 2012) gistopatologik shikastlanishlar bo'lganligini ko'rsatdi. Bu tadqiqotlarda oshqozon epiteliy hujayralari va oshqozon osti bezi asinar hujayralarida oksidlovchi stress tufayli apoptoz ko'payganligini aniqladi. Huxtable (1992) oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatiga taurinning kofeinga qo'shimcha ta'sirini aniqladi. Uning ta'kidlashicha, taurin o't kislotalari tomonidan konjugatsiya qilinadi va bu lipidlarni, shu jumladan hujayra membranasi lipidlarini hazm qilinishiga olib keladi. Bu qayd etilgan assotsiatsiyani tushuntirishi mumkin. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning shilliq qavatida apoptoz kuzatiladi. Bundan tashqari, energetik ichimliklar tarkibidagi boshqa tarkibiy qismlar ta'siri haqida dalillar mavjud. Red Bull tarkibidagi natriy benzoatni haddan tashqari ko'p iste'mol qilgandan keyin kalamushlarda hujayra nekroziga sabab bo'ldi [12, P.7175].

Yaqinda Ayuob va El Beshbeishi (2016) Power Horse energetik ichimligini 4 hafta davomida ichgan erkak albinos kalamushlarida oshqozon osti bezi va oshqozon tubi shilliq qavatining strukturaviy ta'sirini baholadilar. Ularning natijalari parietal hujayralar sonining kamayishi bilan bog'liq oshqozon shilliq qavati tubida degenerativ gistopatologik o'zgarishlarni ko'rsatdi. Ular bu o'zgarishlarni kofein bilan bog'lab, alfa o'sma nekrozi omili (TNF-a) va induksiyalanuvchi azot oksidi sintaza (iNOS) darajasining ortishi va bu to'qimalarda oksidlovchilar/antioksidantlar muvozanatining buzilishiga va oksidlovchi stressning kuchayishiga olib kelishini tushuntirdilar. Boshqa bir tadqiqot shuni ko'rsatdiki, kofein bilan kombinatsiyada 3 hafta davomida kalamush oshqozoni shilliq qavatiga aspirinning zararli ta'sirini sezilarli darajada kuchaytirdi. Kofein itlar va odamlarda oshqozon

kislotasi sekretsiasining o'rtacha darajadagi stimulyatori hisoblanadi (Kuk, 1976). Gastrin va me'da shirasining sekretsiasini rag'batlantiradi. Shuningdek, u oshqozonning proksimal qismini adaptiv kengaytiradi va bu oshqozon bo'shatilishini sekinlashtiradi. Bu, o'z navbatida, Red Bullning oshqozon shilliq qavatiga bevosita ta'sir qilish muddatini oshishi va oshqozon shilliq qavatida makroskopik va mikroskopik o'zgarishlarga olib kelishi mumkin. Bu ishda EI ta'sirida kuzatilgan oshqozon shilliq qavatining deskvamatsiyasi, mayda yaralar, bezli qismdagi atrofik o'zgarishlar kabi EI ning oshqozon yuzasi epiteliysiga zararli ta'sirini tushuntirishi mumkin. Kofeyning oshqozon kislotasi sekretsiasini ma'lum darajada ko'tarishi va bu yuqori kislotalilik xolati gastrinning chiqarilishini ingibiraydi. Yuqoridagi tadqiqotda POWER HORS EI ni qabul qilgan kalmushlarda gastrin gormoni biokimyoviy va immunogistokimyoviy jihatdan sezilarli darajada kamaydi [13, P.25].

CA74-2 oshqozon, yo'g'on ichak va tuxumdonlarning onkologik kasalliklarining spetsifik bo'lmagan markeri. Odatda, bu komponent katta yoshli odamlarda yo'q. Faqat yomon sifatli o'sma hujayralari bu oqsilni ko'p miqdorda ishlab chiqaradi va bu laboratoriya tahlillari jarayonida aniqlanadi. CA74-2 antigeni yuqori molekulyar og'irlikdagi glikoprotein bo'lib, homila organizmining deyarli barcha to'qimalari tomonidan ishlab chiqariladi. Voyaga yetgan odamda uning ishlab chiqarilishi butunlay to'xtaydi, shuning uchun odatda qonda bu antigen normada umuman aniqlanmaydi yoki uning miqdori kam bo'ladi. CA74-2 onkomarkeri REA va Ca 19-9 ga qaraganda xavfli o'smalarni aniqlashda sezgirroq xisoblanadi. Uning kontsentratsiasining normal qiymatlari 6,9 Ed/ml dan oshmasligi kerak, 7 Ed/ml dan yuqori ko'rsatgich qoi'shimcha tekshiruvlar uchun ko'rsatma xisoblanadi [4].

Bizning tekshiruvimizda nazorat guruhlaridagi kalamushlarning qon namunalarida CA74-2 onkomarkeri konsentratsiasining normal diapazondan chiqmaganligi aniqlandi. Bunda onkomarkerning o'rtacha konsentratsiyasi 1.08 Ed/ml ni tashkil qildi (2-jadval). Bu shuni ko'rsatadiki, bu onkomarker odatda sog'lom kalamushlarda aniqlanmaydi yoki normada kam miqdorda bo'ladi. Tajribaning 1- guruhida 4 hafta davomida EI ta'sirida bo'lgan hayvonlarining qon zardobida CA74-2 ko'rsatgichining o'rtacha kontsentratsiyasi 2,68 Ed/ml ni tashkil etdi, 8 hafta davomida EI ta'sirida bo'lgan hayvonlarning qon zardobida esa bu ko'rsatgichning o'rtacha kontsentratsiyasi 2,07 Ed/ml va 12 hafta davomida EI ta'sirida bo'lgan hayvonlarning qon zardobida o'rtacha konsentratsiya 7.90 Ed/ml ni tashkil etdi (6-jadval, 3- rasm).

Jadval 6.

CA74-2 onkomarkerining nazorat va tajriba guruhi kalamushlaridagi miqdori

| № | CA 74-2 Ed/ml | | | | | |
|----------|-----------------------------|---|-----------------------------|--|------------------------------|--|
| | 4 hafta davomida EI ta'siri | 4 hafta davomida EI va keyin 4 hafta kunjut yog'i ta'siri | 8 hafta davomida EI ta'siri | 8hafta davomida EI va keyin 4 hafta kunjut yog'i ta'siri | 12 hafta davomida EI ta'siri | 12 hafta davomida EI va keyin 4 hafta kunjut yog'i ta'siri |
| 1 | 6,04 | 4,12 | 2,36 | 14,47 | 38,15 | 2,602 |
| 2 | 2,26 | 0,1 | 0,8 | 1,3 | 6,13 | 6,13 |
| 3 | 0,2 | 0,18 | 3,4 | 2,2 | 3,73 | 3,73 |
| 4 | 3,18 | 0,22 | 1,6 | 0,37 | 4,93 | 4,93 |
| 5 | 2 | 3,1 | 2,56 | 1,18 | 4,33 | 4,33 |
| 6 | 4,02 | 2,16 | 1,6 | 1,48 | 4,8 | 2,11 |
| 7 | 3,15 | - | 2,2 | 4 | 3,8 | |
| 8 | 0,02 | - | - | - | 2,1 | |
| 9 | - | - | - | - | 3,15 | |
| M | 2,68 | 1,65 | 2,07 | 3,57 | 7,90 | 3,97 |

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, energetik ichimliklarning o'tkir, o'tkir osti ta'sirida uch oylik yoshdagi kalamushlarda onkomarkerning konsentratsiyasi referent diapazon chegarasidan chiqib ketmadi. Tajriba guruhida EI ning 12 hafta davomidagi ta'sir davrida esa

kalamushlar qonidagi CA74-2 konsentrasiyasi laborator tekshiruvda o'zgarishlar mavjud bo'lib, 1 (9%) xolatda onkologik kasallik belgilari nomoyon bo'ldi.

2 guruhdagi tajriba kalamushlariga belgilangan muddat (4, 8, 12 hafta) davomida EI berilishi tugatilgandan so'ng, kunjut yog'i bilan korreksiya qilinganda qondagi oshqozondagi onkogenezni yorituvchi laborator tekshiruvlari natijalarida ijobiy tomonga o'zgarishlar kuzatildi. Ayniqsa bu o'zgarishlar 12 hafta energetik ichimlik iste'mol qilgan hayvonlarda yaqqol kuzatildi.

Demak 4 hafta davomida EI va keyin 4 hafta davomida kunjut yog'i bilan korreksiya qilingan xayvonlarda CA 74-2 onkomarkeri darajasi 0,1-4,12 Ed/ml diapazon oralig'ini tashkil qildi. Bu guruhdagi hayvonlarda CA 74-2 konsentrasiyasi referent darajadan chiqmaganligi va 4 hafta davomida EI ta'sir qilgan kalamushlar guruhiga nisbatan bu onkomarker darajasi 39% ga tushganligi aniqlandi.

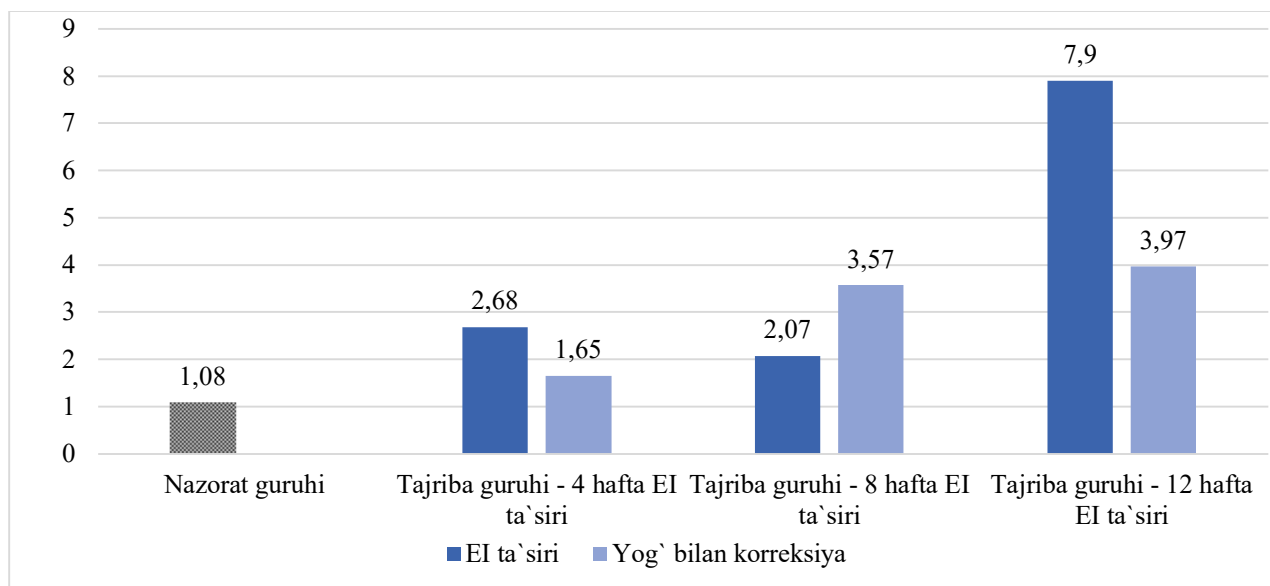
8 hafta davomida EI va keyin 4 hafta davomida kunjut yog'i bilan korreksiya qilingan xayvonlarda CA 74-2 onkomarkeri darajasi 0,37-14,47 diapazon oralig'ida bo'lganligi aniqlandi. Bu guruhdagi hayvonlarda CA 74-2 konsentrasiyasi boshqa guruhdagi hayvonlardan farq qildi yani 1(14%) xolatda 14,47 Ed/ml gacha ko'tarilganligi aniqlandi. Qolgan 86% xolatlarda esa bu onkomarkerining darajasi norma ko'rsatkichlaridan chiqmadi.

Demak 12 hafta davomida EI va keyin 4 hafta davomida kunjut yog'i bilan korreksiya qilingan kalamushlarda CA 74-2 onkomarkeri darajasi 2,11-6,13 Ed/ml diapazon oralig'ini tashkil qildi. Bu guruhdagi hayvonlarda CA 74-2 konsentrasiyasi referent darajadan chiqmaganligi va shu bilan birga 12 hafta davomida EI iste'mol qilgan kalamushlarga nisbatan onkomarker darajasi 48.8% ga tushganligi aniqlandi. Bu bilan kunjut yog'i tarkibidagi ingredientlar oshqozondagi onkologik kasalliklar xavfini effektiv pasaytirishi haqida xulosa qilishimiz mumkin.

Kunjut yog'i tarkibidagi ingredientlar saraton kasalligini rivojlanish xavfini kamaytirishga yordam beradi, turli xil zararli moddalarning (toksinlar, toksinlar, kanserogenlar, og'ir metallarning tuzlari, radionuklidlar) organizmiga salbiy ta'sirini bartaraf etadi.

6-jadval va 3-rasmdan ko'rinib turibdiki, asosiy guruhda 4 hafta davomida EI iste'mol qilgan kalamushlarda onkomarker darajasi 0,2-6,64 Ed/ml oralig'ida bo'lgan. 8 hafta davomida EI iste'mol qilgan kalamushlarning qon namunalari onkomarker darajasi 1,36-5,38 Ed/ml oralig'ida va 12 hafta davomida EI ta'sir qilganda esa o'sma markerining darajasi 2,1-24,15 Ed/ml oralig'ida tashkil qildi. Faqat 12 hafta zaharlangan kalamushlarda 1 (9%) holatda 24,15 Ed/ml gacha ko'tarildi.

Yuqorida keltirilganlardan kelib chiqib xulosa qilish mumkinki, energetik ichimliklarni haddan tashqari iste'mol qilish inson salomatligiga o'ta salbiy ta'sir ko'rsatishi va ko'plab a'zolar yetishmovchiligining rivojlanishiga, oshqozon ichak trakti organlariga zararli ta'sir ko'rsatishi mumkinligi yuqori darajadagi ishonchli dalillar bilan ko'rsatildi.



Rasm 3. CA74-2 onkomarkerining nazorat va tajriba guruhida o'rtacha ko'rsatkichlari

XULOSALAR:

1. Energetik ichimliklarda ko'plab tarkibiy qismlar mavjudligi va har bir ingredientning oshqozon uchun nojo'ya ta'siri borligi, ularni iste'mol qilishda ma'lum bir taqiqlarni qo'yish kerakligini ko'rsatadi. Ushbu tadqiqotda "Gorilla" enegetik ichimligining oshqozon shilliq qavatiga zararli ta'siri aniqlandi. Qon zardobidagi tekshirilgan ko'rsatkichlarni baholash natijalariga ko'ra, hayvonlarda EI ni qisqa muddatli ta'siriga nisbatan uzoq muddatli ta'sirida oshqozon funksional xolatini belgilovchi laborator ko'rsatgichlarda o'zgarishlar darajasi yaqqol bo'ldi. Bu esa energetik ichimliklarning surunkali ta'siri tufayli oshqozon shilliq qavati epiteliysida organik o'zgarishlar yuzaga kelishi mumkinligini ko'rsatdi.

2. Kunjut yog'i tarkibiy qismlari tajriba guruhi hayvonlarida yuqorida keltirilgan o'zgarishlarni sezilarli darajada kamaytirdi. Bunda EI ning zararli ta'sirida yuzaga kelgan o'zgarishlar yog'ning yallig'lanishga qarshi va antioksidantlik ta'siri tufayli sezilarli darajada kamaydi, kunjut yog'ining organizim uchun effektivligini belgilaydi.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Белковец А.В. и соав. Опыт неинвазивной диагностики атрофического гастрита в текущей клинической практике. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология// № 4, 2013. С.71-76.
2. Белковец А.В. и соав. Неинвазивная диагностика фенотипа гастрита в клинической практике: анализ первой тысячи исследований. //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология // выпуск 115 № 3 2015. С. 26-30.
3. Джураев М.Д., Худайбердиева М.Ш. Роль серологического опухоль-ассоциированного маркера СА-72-4 при ранней диагностике рецидива рака желудка. //Сибирский онкологический журнал. 2009. Приложение № 2. С. 63.
4. Зайцева А.А., Богданова Т.М. «Онкологические аспекты органов желудочно-кишечного тракта» ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского Минздрава России, [Электронный ресурс] –URL: bogtanmih@mail.ru
5. Решетников О.В., Курилович С.А., Рагино Ю.И., Молчанова А.Р., Сорокина Н.Н., Кротов С.А., Кротова В. А. Использование иммуноферментного анализа для выявления уровня пепсиногенов в крови. //Гастроэнтерология экспериментальная и клиническая №5/2013, С. 26-30.
6. Решетников О.В. и соав. Физиологическое и клиническое значение пепсиногенов желудка. // Клиническая медицина. № 3, 2014. С. 26-30.
7. Ткаченко А.В., Маковкина Д.В. Влияние энергетических напитков на здоровье молодежи. // ISSN 2226-7417, 2017, том 19.
8. Трофимов Н.С., Кутя С.А., Кривенцов М.А., и соав. Влияние энергетических напитков на здоровье человека. // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины 2019, т. 9, № 3, С. 75-82.
9. Шалыгин Л.Д., Еганян Р.А. Энергетические напитки - реальная опасность для здоровья детей, подростков, молодежи и взрослого населения. Часть 1. Состав энергетических напитков и влияние на организм их отдельных компонентов. //Профилактическая медицина, 1, 2016 10.17116. С. 56-63.
10. E.B. Medvedkov, M.E. Kizatova, Almaty Technological University, Kazakhstan EXTRACTION OF OIL FROM SEEDS OF SESAME USING PRESSING WITH PRELIMINARY GENTLE HEAT TREATMENT/ Приволжский научный вестник / № 1 (41)- 2015. P. 39-44.
11. Mubarak R. Effect of Red Bull energy drink on rats' submandibular salivary glands (light and electron microscopic study). //American Journal of Science, 2012, 8(1): P.366-372.
12. Nargiza Yusupova, Oripov Firdavs, Eshqobilova Surayyo. Influence of energy drinks on individual systems of the human body //International Journal of Early Childhood Special

Education (INT-JECSE) DOI:10.9756/INTJECSE/V14I5.899 ISSN: 1308-5581 Vol 14, Issue 05 2022/ P. 7176-7184.

13. Nargiza Yusupova, Oripov Firdavs. Energy drinks. the composition of energy drinks and the effect on the body of their individual components /tjm - Tematics journal of Microbiology ISSN 2277-2952 Vol-6-Issue-1-2022/<https://doi.org/10.5281/zenodo.6464588>/P. 24-35/
14. Raeesa A. Mohamed, Aly M. Ahmed, Tahani Ahmad Al-Matrafi, Ali H. AlRoalle, Musaad A. Alfayez, Deema M. Al-Okaiel, Ahmed F. El Fouhil, Muhammad Atteya, Energy drinks induce adverse histopathological changes in gastric and duodenal mucosae of rats //International Journal of Advanced and Applied Sciences, 5(2) 2018, Pages: 81-89.
15. Rizaev J. A., Khazratov A. I., Iordanishvili A. K. Morphofunctional characteristics of the mucous membrane of the masticatory apparatus in experimental carcinogenesis //Russian Journal of Dentistry. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 225-231.
16. Samloff M.I. // Gastroenterol. 1982. V. 83. P. 204–209.
17. Sipponen P. // J. Clin. Gastroenterol. 2001. V. 32. P. 196–202.
18. Satoru T., Akira I., Hiroshi Y., Yuhkoh K. Serum Pepsinogen Levels in Normal and Experimental Peptic ulcer Rats Measured by Radioimmunoassay. // Chem. Pharm. Bull. 35 (4) 1515-1522(1987) / P.1015-1023.
19. THE SIGNIFICANCE OF CLINICAL-LABORATORY AND INSTRUMENTAL RESEARCH METHODS IN THE DIAGNOSIS OF ECHINOCOCCOSIS/ IN Sabirovna, KL Alikhanovna. Web of Scientist: International Scientific Research Journal 3 (10), 240-244, 2022.
20. <https://edaplus.info/produce/sesame-oil.html>.




УДК: 616-009.16

КНАКИМОВА Sohiba Ziyadulloevna
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
КНАМДАМОВА Bakhora Komiljonovna
КОДИРОВ Umid Arzikulovich
Samarkand State Medical University

**LABORATORY DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY METAMORPHISM AND
MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN
SYNDROME WITH BRUCellosIS GENESIS DORSOPATHY**

For citation: Khakimova Z. Sohiba, Khamdamova K. Bakhora, Kodirov A. Umid. LABORATORY DIAGNOSTICS OF INFLAMMATORY METAMORPHISM AND MARKERS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME WITH BRUCellosIS GENESIS DORSOPATHY // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.153-159

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835326>

ANNOTATION

Purpose: to analyze the results of laboratory diagnosis of inflammatory metamorphism and markers of endothelial dysfunction in patients with chronic pain syndrome in dorsopathy of brucellosis origin.

Material and methods: Cluster analysis was applied to process a standardized set of clinical and laboratory parameters studied in 106 patients in the period from 2020 to 2022, who are being examined and treated in the Samarkand City Infectious Diseases Hospital with a diagnosis of chronic brucellosis.

Results. Based on the results of multivariate analysis, parameters were identified that are a pathogenetic factor of inflammation, leading to pain and stimulating the production of pro-inflammatory cytokines.

Conclusions. 1. The high value of the study of inflammatory markers of endothelial dysfunction in patients with chronic brucellosis is shown.

2. Correlation analysis of inflammatory markers of endothelial dysfunction revealed that they could be considered as a pathogenetic factor of inflammation leading to pain.

Key words: dorsopathy, markers of endothelial dysfunction, chronic brucellosis.

ХАКИМОВА Сохиба Зиядуллоевна
Доктор медицинских наук, доцент
ХАМДАМОВА Бахора Комилжонова
КОДИРОВ Умид Арзикулович
Самаркандский государственный медицинский университет

ЛАБОРАТОРНОЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО МЕТАМОРФИЗМА И МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ БРУЦЕЛЛЁЗНОГО ГЕНЕЗА

АННОТАЦИЯ

Цель: проведение анализа полученных результатов лабораторного диагностирования воспалительного метаморфизма и маркеров дисфункции эндотелия у больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатиях бруцеллёзного генеза.

Методы: Кластерный анализ был применен для обработки стандартизированного набора клинических и лабораторных показателей изучены у 106 пациентов в период с 2020 по 2022годы, находящиеся на обследовании и лечении в городской инфекционной больнице города Самарканда с диагнозом хронический бруцеллёз.

Результаты. По итогам многофакторного анализа были выявлены параметры, которые являются патогенетическим фактором воспаления, приводящие к боли и стимулирующие продукцию провоспалительных цитокинов.

Выводы. 1. Показано высокое значение исследования воспалительных маркеров дисфункции эндотелия у больных с хроническим бруцеллёзом.

2. Корреляционный анализ воспалительных маркеров дисфункции эндотелия выявил, что их можно рассматривать как патогенетический фактор воспаления, приводящий к боли.

Ключевые слова: дорсопатия, маркеров дисфункции эндотелия, хронический бруцеллёз.

XAKIMOVA Soxiba Ziyadulloevna
Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
XAMDAMOVA Baxora Komiljonovna
KODIROV Umid Arzikulovich
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

BRUTSELLYOZ GENEZLI DORSOPATIYASI BO'LGAN BEMORLARDA SURUNKALI OG'RIQ SINDROMI YALLIGLANISH METAMORFIZMI VA ENDOTELIY DISFUNKSIYASI MARKERLARINI LABORATOR DIAGNOSTIKASI

ANNOTATSIYA

Maqsad: brutsellyoz genizli dorsopatiyasida surunkali og'riq sindromi bo'lgan bemorlarda yallig'lanish metamorfizmi va endotelial disfunktsiya belgilarining laboratoriya diagnostikasi natijalarini tahlil qilish.

Materiallar va metodlar. 2020-2022-yillarda Samarqand shahar yuqumli kasalliklar shifoxonasida surunkali brutsellyoz tashxisi bilan tekshirilayotgan va davolanayotgan 106 nafar bemorda o'rganilgan standartlashtirilgan klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini qayta ishlash uchun klaster tahlili qo'llanildi.

Natijalar. Ko'p o'lchovli tahlil natijalariga ko'ra, yallig'lanishning patogenetik omili bo'lgan, og'riqqa olib keladigan va yallig'lanishga qarshi sitokinlarni ishlab chiqarishni rag'batlantiradigan parametrlar aniqlandi.

Xulosa. 1. Surunkali brutsellyozli bemorlarda endotelial disfunktsiyaning yallig'lanish belgilarini o'rganishning yuqori ahamiyati ko'rsatilgan.

2. Endotelial disfunktsiyaning yallig'lanish belgilarining korrelyatsion tahlili shuni ko'rsatdiki, ular og'riqlarga olib keladigan yallig'lanishning patogenetik omili sifatida qaralishi mumkin.

Kalit so'zlar: dorsopatiya, endotelial disfunktsiya belgilari, surunkali brutselloz.

Kirish. Og'riq, o'zining biologik kelib chiqishi bo'yicha, shikastlanish, yallig'lanish va ishemiya paytida to'qimalar shikastlanganda rivojlanadigan tanadagi muammo belgisidir. Og'riq - bu

buzilishni bartaraf etishga qaratilgan himoya reaksiyalari majmuasi shakllanadigan xavf signalidir [1, 2].

Brutsellyozning yuqori tarqalishi, zo'ravonligi va natijalari ushbu muammoni hal qilish bo'yicha optimistik prognozlar uchun asos bermaydi [3]. Kasallikning klinik ko'rinishida asab tizimining shikastlanish belgilari etakchi o'rinni egallaydi va bu masala bo'yicha adabiyotlarda mavjud bo'lgan ma'lumotlar kam yoki eskirgan, parchalangan va qarama-qarshidir, bu esa ulardan amaliy foydalanishga to'sqinlik qiladi [4, 5]. Surunkali dorsopatiyalar umurtqa pog'onasining degenerativ-distrofik kasalliklari fonida rivojlanadi va irsiy moyillikka ega bo'lgan multifaktorial kasallik, periferik asab tizimining ikkilamchi lezyoni bo'lgan yuqumli kasallikdir [6, 7, 8].

Tadqiqot maqsadi: brutsellyoz kelib chiqishi dorsopatiyasida surunkali og'riq sindromi bo'lgan bemorlarda yallig'lanish metamorfizmi va endotelial disfunktsiya belgilarining laboratoriya diagnostikasi natijalarini tahlil qilish.

Materiallar va tadqiqot usullari

Bizning ishimizda 2020 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda Samarqand shahar yuqumli kasalliklar shifoxonasida surunkali brutsellyoz tashxisi bilan ko'rikdan o'tkazilayotgan va davolanayotgan 106 nafar bemor o'rganildi. Bemorlar tasodifiy davolash guruhlariga ajratildi, ammo yoshi, jinsi va bemorning ahvolidagi og'irligi tadqiqot natijalariga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin bo'lgan kuchli parametrlar bo'lganligi sababli, tanlovda barcha guruhlar o'xshashligini ta'minlash uchun nazorat to'siqlari qo'llanildi. bu xususiyatlar. Barcha bemorlar batafsil nevrologik tekshiruvdan va klinik epidemiologik tekshiruvdan o'tkazildi, shu jumladan laboratoriya diagnostikasi (IgG va IgM sinfidagi brutsellyoz patogenlariga antikorlarni aniqlash bilan fermentativ immunoassay, Huddleson plastinkasining aglutinatsiya reaksiyasi. Asosiy o'rganilgan material yallig'lanish belgilarini o'rganish edi. metamorfizm va endotelial disfunktsiya belgilari: fibrinogen, C-reaktiv oqsil, interleykin-1b, endotelin-1 va qon zardobida eruvchan adezyon molekulalarining kontsentratsiyasi 84 nafar bemorda "Brusselsyoz kelib chiqishi surunkali dorsopatiya" tashxisi bilan.

Natijalar va muhokama. Fibrinogenning ko'payishi nafaqat qon ivish tizimining tarkibiy qismi, balki o'tkir va surunkali yallig'lanish, immun va o'sma hodisalarining ko'rsatkichidir [9]. Yallig'lanishning dorsopatiyalarning rivojlanishi haqidagi hozirgi qarashlari jarayonning mahalliy xususiyatga ega bo'lgan bir yoki bir nechta umurtqa pog'onasi segmentlari bilan cheklanganligiga asoslanadi [10, 11]. Ushbu kasalliklarda fibrinogen kontsentratsiyasining fiziologik me'yordan oshishi o'rtacha darajada aniqlanadi va NSAIDlar tomonidan yaxshi davolanadi [12, 13, 14].

Bizning ilmiy ishimizda bemorlarning qon plazmasidagi fibrinogen kontsentratsiyasi Klausga ko'ra standart laboratoriya va klinik usulda o'rganildi. Brutsellyoz kelib chiqadigan dorsopatiyalarda surunkali og'riqlar bilan og'riq bemorlarda fibrinogen miqdori 1,7 dan 3,2 g/l gacha, o'rtacha 2,45 g/l ni tashkil etdi, bu ham normaga to'g'ri keldi.

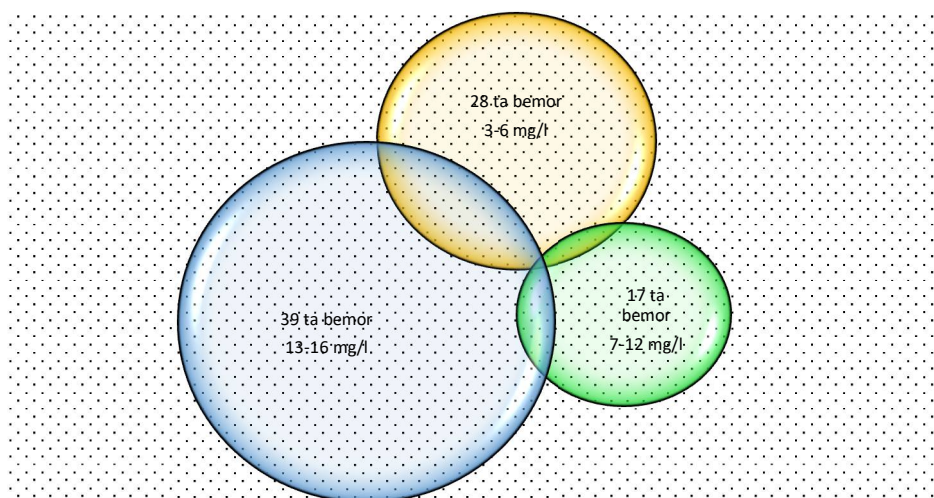
CRP yallig'lanishning o'tkir bosqichidagi oqsillardan biri bo'lib, yallig'lanishning biokimyoviy va immunokimyoviy belgilarining keng doirasiga ega. Siqilish-ishemik kelib chiqadigan dorsopatiyada surunkali og'riq sindromining rivojlanishiga umurtqa pog'onasi va intervertebral disklardagi degenerativ-distrofik jarayonlar yordam beradi. Og'riqning rivojlanishi uchun mexanik, biokimyoviy va immunologik omillar orqa miya ildizlariga ta'sir qiladi. Natijada aseptik otoimmün yallig'lanish rivojlanadi.

Bizning ishimizda yallig'lanish jarayonining faolligini baholash uchun C-reaktiv oqsil o'rganildi. Sog'lom odamlarning qon zardobida CRP izlar shaklida aniqlanadi va 3 mg/l dan past bo'ladi. Past intensivlikdagi yallig'lanish bilan qon zardobidagi CRP 7 mg/l gacha. 7,1 - 50 mg/l yallig'lanish jarayonining o'rtacha intensivligining ko'rsatkichidir. Jiddiy yallig'lanish va otoimmün kasalliklarda CRP darajasi 50 mg / L dan oshadi.

Qon topshirishdan bir kun oldin bemorlardan kuchli jismoniy faoliyatni istisno qilish, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaslik so'ralgan. Ertalab och qoringa venadan qon olindi. Tadqiqot barcha bemorlarda o'tkazildi. CRP konsentratsiyasi Thermo Science kompaniyasining reaktivlar to'plamidan foydalangan holda yuqori sezgir miqdoriy usul bilan aniqlandi.

Bizga ma'lumki, brutselloz qo'zg'atuvchisi hujayra ichida joylashgan bo'lib, natijada bo'shashgan biriktiruvchi to'qima hujayralari tan olinadi va ularning signallari tug'ma immunitet

tizimining ishga tushishiga yordam beradi. Hujayradagi ekzogen patogenlar bo'shashgan biriktiruvchi to'qimalarda yallig'lanishga qarshi sitokinning sintezi va qonga sekretsiyasiga yordam beradi [15, 16]. Sitokin sinteziga javoban gepatotsitlar C-reaktiv oqsilni keltirib chiqaradi. II guruhdagi barcha 84 bemor C-reaktiv oqsilni o'rganishdan o'tkazildi, ularning qiymatlari quyidagicha edi: 28 (33,3%) bemorda - 3-6 mg / l; 39 da (46,4%) - 7-12 mg/l; 17 da (20,3%) - 13-19 mg / l (1-rasm).

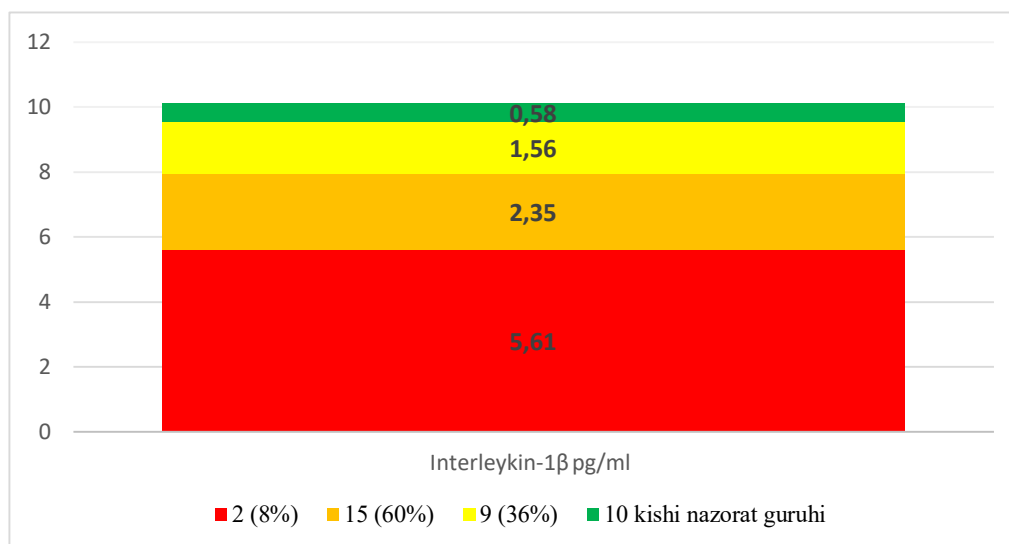


1-rasm. C-reaktiv oqsil ko'rsatkichlari

Interleykin-1b, ajratilgan sarum sitokin, fagotsitar mononuklear hujayralar tomonidan chiqariladi, tananing o'ziga xos va o'ziga xos bo'lmagan himoya reaksiyalarining rivojlanishida ishtirok etadi va turli maqsadli hujayralarga, shu jumladan dorsopatiyaga qarshi faoldir.

Ushbu tadqiqotni o'tkazish uchun biz 25 bemorni tanlashga qaror qildik va taqqoslash uchun ko'rsatmalarga muvofiq standart reagent to'plamlari (Bender MedSystem 224/2, Avstriya) yordamida Elishay tomonidan interleykin-1b ni aniqlash uchun nazorat guruhidan 10 kishini olishga qaror qildik.

Natijada quyidagi ko'rsatkichlar olindi: 2 (8%) bemorda 5,61 (5,60 - 5,62) pg/ml, 15 (60%) - 2,35 (2,29-2,41) pg / ml, bu engil darajani ko'rsatdi. yallig'lanish reaksiyasi va 8 (32%) 1,56 (1,54-1,58) bemorlar, natijalar yallig'lanish jarayonlarining zaif darajasini ko'rsatdi (2- rasm).



2- rasm. Bemorlarning qon zardobidagi interleykin-1b tarkibi

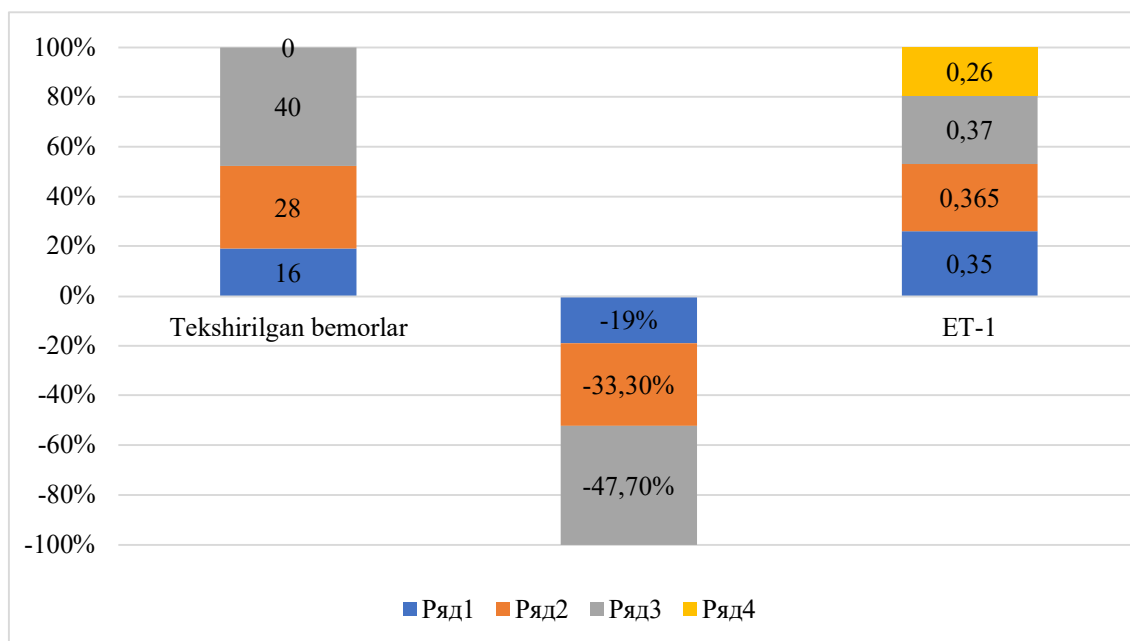
Qon zardobidagi endotelin-1 hozirgi vaqtda kasalliklarni o'rganishda periferik va markaziy tomirlar devorlarining devorlarining shikastlanishining an'anaviy belgisi sifatida samarali qo'llaniladi: yurak-qon tomir tizimi, diabetes mellitusdagi mikro- va makroangiopatiya, distsirkulyator ensefalopatiya, turli vaskulitlar. etiologiyalar va boshqalar [17]. U endotelial

hujayralarda, qon tomir devorining silliq mushak hujayralarida, shuningdek, miya va orqa miya neyronlari va astrositlarida hamda bir qator boshqa to'qimalarda hosil bo'ladi [18,19].

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, venoz turg'unlik va mahalliy epidurit rivojlanishi bilan epidural venoz pleksuslarning siqilishi [20] dorsopatiyada surunkali og'riq paydo bo'lish mexanizmida muhim rol o'ynaydi, bu zarar bilan birga keladigan periferik qon oqimining buzilishi bilan birga bo'lishi mumkin emas [21].

Bizning tadqiqotimizda biz turli xil kelib chiqadigan dorsopatiyalarda surunkali og'riq sindromi bo'lgan bemorlarning periferik qon zardobida uch fazali ferment immunoassay usuli bilan endotelin-1 tarkibini o'rgandik.

Bemorlarda (n=84) periferik qon zardobida ET-1 ning miqdori quyidagicha edi: 16 (19%) bemorda - 0,350 fmol/l, 28 (33,3%) - 0,365 fmol/l va 40 (47,7%) - 0,370 fmol / l. (bu o'rtacha 0,362 fmol/l). Taqqoslash uchun ET-1 0,260 fmol/l ni ko'rsatgan nazorat guruhining 6 kishisida ham aniqlandi (3-rasm).



3-rasm. II guruhdagi bemorlarda qon zardobida endotelin-1 ning tarkibi.

SRP va endolin-1 in vitro va in vivo tizimlarda adezyon molekularining ekspressiyasini keltirib chiqaradigan omillar bo'lganligi sababli [22] periferik qon tomir to'shagining endoteliy holatini yanada o'rganish uchun. spondilogenik nevrologik sindromlar bilan og'riq bemorlarda qon tomir endoteliy-1 va hujayralararo adezyon molekularining eruvchan adezyon molekularining endotelial hujayralari ifodasini o'rgandik. Globulinlar oilasiga mansub bu oqsillar qon zardobida qon tomir endotelial disfunktsiyasiga olib keladigan turli patologik sharoitlarda topilgan. Bugungi kunda ular qon tomir devori patologiyasining an'anaviy belgilari sifatida qabul qilinadi [23, 24]. Qon zardobidagi qon tomir endotelial adezyon molekulari-1 va hujayralararo adezyon molekulari-1 kontsentratsiyasi Avstriyaning Bender MedSystem (BMS201, BMS232) dan 166 ta reagentdan iborat tijorat to'plamlari yordamida ferment bilan bog'langan immunosorbent tahlili bilan aniqlandi.

SHD bilan og'riq bemorlarning qon zardobida qon tomir adezyon molekulari (sVCAM-1) va hujayra yopishish molekulari (sICAM-1) tarkibini aniqlash uchun turli xil kelib chiqadigan dorsopatiyalarning har bir guruhidan 20 nafar bemor tanlab olindi.

O'rganilgan bemorlarda (n=20) qon tomirlarining adezyon molekularining tarkibi quyidagicha edi: minimal ko'rsatkich 772,80 maksimal 1200,80 ng/ml, o'rtacha 986,80ng/ml. Bemorlarning ushbu guruhidagi hujayra yopishish molekularining tarkibi quyidagicha edi: minimal - 510,75, maksimal - 865,10 ng /ml, o'rtacha 687,925ng/ml.

Xulosa. Brutsellyoz genezisi dorsopatiyasida surunkali og'riq sindromi bilan og'riq bemorlarning qon zardobidagi yallig'lanish belgilari yallig'lanish genezisi belgilarini aniqlaydi. Qon

plazmasidagi mahalliy fibrinogen turli xil kelib chiqadigan dorsopatiyalarda surunkali og'riqli bemorlarni differentsial tashxislash uchun qo'shimcha biokimyoviy tahlil sifatida tanlanishi mumkin. Turli xil kelib chiqishi dorsopatiyalari bo'lgan surunkali og'riq sindromi bilan og'rigan bemorlarning qon zardobida CRP kontsentratsiyasini o'rganishda bu surunkali og'riq sindromi rivojlanishida qo'shimcha diagnostik belgi sifatida qaralishi mumkin bo'lgan juda sezgir miqdoriy usul. Shuningdek, CRP ni yallig'lanishning patogenetik omili, og'riqqa olib keladigan va yallig'lanishga qarshi sitokinlarni ishlab chiqarishni rag'batlantiruvchi omil sifatida ko'rib chiqish mumkin. Qon zardobida aniqlangan interleykin-1b kontsentratsiyasi surunkali og'riqni qo'zg'atadigan yallig'lanish jarayonining mavjudligining turli ko'rsatkichlarini ko'rsatdi. O'rganilayotgan bemorlarning qon zardobida endotelin-1 kontsentratsiyasining ortishi dorsopatiyada periferik qon tomir endoteliyasining shikastlanishining dalili sifatida qaralishi mumkin, bu etiologiya va patogenezga qarab, surunkali og'riqning xarakterini ham belgilaydi. RRHda CHD bilan og'rigan bemorlarning qon zardobidagi adezyon molekularining (sVCAM-1) va (sICAM-1) kontsentratsiyasi yallig'lanishga qarshi omillar va endotelial disfunktsiya belgilari bilan aniq korrelyatsiyaga ega edi. Biz (sICAM-1) va C-reaktiv oqsil kontsentratsiyasi, (sICAM-1) kontsentratsiyasi va interleykin-1b kontsentratsiyasi o'rtasidagi o'rta kuchli korrelyatsiyani aniqladik. (sVCAM-1) va C-reaktiv oqsil kontsentratsiyasi o'rtasida ancha zaif korrelyatsiya va (sVCAM-1) kontsentratsiyasi va interleykin-1b kontsentratsiyasi o'rtasida kuchli bog'liqlik aniqlandi. Shunday qilib, yallig'lanishga qarshi belgilarning yuqori konsentratsiyasi fonida bemorlarda periferik qon zardobida qon tomir endotelial adezyon molekulari-1 (sVCAM-1) va hujayralararo adezyon molekulari-1 (sICAM-1) kontsentratsiyasining oshishi. C-reaktiv oqsil va interleykin-1b periferik tomir to'shagida endotelial hujayralar disfunktsiyasi bilan birga keladigan yallig'lanish jarayonining mavjudligini ko'rsatadi.

Adabiyotlar ro'yxati

1. Khakimova, S. Z. (2019). Xronichniy bruseloz u realniy praktisi likarya nevrologa: (klinichna diagnostika ta likuvannya). Zdobutki klinichnoi i eksperimentalnoi meditsini, (3), 133–138.
2. Khakimova, S. Z., Atokhodjaeva, D. A., & Hamrokulova, F. M. (2020). Research Of Motor Function In Patients With Chronic Pain Syndrome At Radiculopathies Of Different Genesis. The American Journal of Applied sciences, 2 (10), 14-21.
3. Samiyev A, Xakimova S, Soibnazarov O. Rehabilitation of patients under spine surger. Journal of Biomedicine and Practice. 2022;7(1):139-44.
4. Utkurovna, S. G., Farkhodovna, K. F., & Orifjonovna, O. F. (2022). Features of immune mechanisms in the development of pathological processes. Dostijeniya nauki i obrazovaniya, (2 (82)), 108-115.
5. Utkurovna, S. G., Farkhodovna, S. Z., & Furkatjonovna, B. P. (2022). Optimization of the treatment of acute rhinosinusitis in children. Web of Scientist: International Scientific Research Journal, 3(3), 769-773.
6. Axmedova D.A., Xakimova S.Z., Djurabekova A.T. "Osobennosti postinsultnoy depressii v rannem i pozdnem vosstanovitelnom periodax" Innovatsionnaya nauka, no. 6-2, 2015, pp. 224-227. Barinov A.N., Maxinov K.A., Shcherbonosova T.A. Dori vositalarining kreationsizm prizmasi orqali evolyusiyasi. Samarali farmakoterapiya. - 2016. - No 36. - B. 6–12
7. Burieva D.M., Xakimova S.Z., Djurabekova A.T.. "Sravnitelnoe izuchenie funktsii podderjaniya vertikalnoy pozы u zdorovyx lis i bolnyx s parkinsonizmom" Innovatsionnaya nauka, no. 6-2, 2015, pp. 232-236.
8. Gaybiev Akmaljon Axmadjonovich Djurabekova Aziza Taxirovna Shomurodova Dilnoza Salimovna Abdullaeva Nargiza Nurmamatovna. Diagnosticheskie metody i usovershenstvovannoe lechenie aksonalnogo poliradikulonevrita. RE-health journal 2.3-2020. –S. 43-45.
9. Gaskell H, Derry S, Wiffen PJ, Mur RA. Kattalardagi o'tkir operatsiyadan keyingi og'riqlar uchun bitta dozali og'iz ketoprofen yoki deksketoprofen. Cochrane ma'lumotlar bazasi tizimi Rev. 2017 yil 25 may;5: CD007355. doi: 10.1002/14651858.CD007355. pub. 3.

10. Gafarov Rushen Refatovich, Shodmonova Zebuniso Raximovna, Allazov Salax Allazovich, Xamroev Gulom Abduganievich, and Tuxtaev Firdavs Muxiddinovich. "Ingibitorы fosfodiesterazy 5 tipa – pervaya liniya terapii erektilnoy disfunktsii" Dostijeniya nauki i obrazovaniya, no. 5 (59), 2020, pp. 103-108.
11. Dadasheva M.N., Razilova A.V., Boldin A.V. Turli xil etiologiyalarning og'riq sindromida deksketopofenni amaliy qo'llash imkoniyatlari. Qiyin bemor. - 2018. - T. 16. - 10-son. – B. 32–36.
12. Danilov A.V. Aralash og'riq. Patofiziologik mexanizmlar - klinik amaliyotga ta'siri. Og'riq sindromlarining aralash turlarini tashxislash va davolashga yondashuvlar. - 2014. - No 0. - B. 10–
13. Drivotinov B.V., Polyakova T.D., Pankova M.D. (2005) Orqa miya osteoxondrozining nevrologik ko'rinishlarida jismoniy reabilitatsiya // Proc. nafaqa. - Minsk - 211 p.
14. Kachalina O.V. Dismenoreya va premenstruel sindromni ambulatoriya sharoitida davolash - zamonaviy imkoniyatlar. Qiyin bemor. - 2015. - T. 13. - No 1–2. – 12–18-betlar.
15. Korjavina V.B., Danilov A.B. Og'riq sindromlarini davolashning yangi imkoniyatlari va istiqbollari. ko'krak saratoni. - 2010. - No 0. -S. 31–35
16. Mazurov V.I, Lila A.M, Shostak M.S. Terapevt amaliyotida og'riq sindromi, davolashning asosiy tamoyillari. -2006 yil. - T. 14.
17. Morozova T.E., Rykova S.M. Ibuprofen terapevt amaliyotida: og'riq sindromlarini yo'qotish imkoniyatlari. Davolovchi shifokor. - 2013 yil - 1-son.
18. Mulleman D., Mammou S., Griffoul I., Watier H., Goupille P. (2006). Disk bilan bog'liq siyatikaning patofiziologiyasi. I. - Kimyoviy komponentni qo'llab-quvvatlovchi dalillar // Qo'shma suyak orqa miya. — jild. 73. – B. 151–158.
19. Mur R.A., Burden J. O'tkir va surunkali og'riqlarda deksketopofenni tizimli ko'rib chiqish. BMC Clin. Farmakol. 2008; 8: ID 11.
20. Niyozov Gayratjon Kanoat Ugli, Djurabekova Aziza Taxirovna, Gaybiev Akmal Axmadjonovich, and Fayzimurodov Faxriddin Tolibovich. "Kliniko-nevrologicheskie osobennosti DSP s epilepsiey i bez epilepsii" Dostijeniya nauki i obrazovaniya, no. 13 (54), 2019, pp. 50-52.
21. Rizaev Jasur Alimdjanovich, Hakimova Soxiba Ziyadulloevna, and Zabolotskix Natalya Vladimirovna. "Rezultaty lecheniya bolnyx s xronicheskim bolevym sindromom pri dorsopatii bruselleznogo geneza" Uzbek journal of case reports, vol. 2, no. 3, 2022, pp. 18-25. doi:10.55620/ujcr.2.3.2022.2
22. Samibaev, R., Samiev, A., Mamurova, I., & Sobirov, A. (2016). Reabilitatsionnyy potentsial spastichnoy myshsy pri ishemicheskom insulte: diagnostika, taktika terapii. Jurnal vestnik vracha, 1(2), 30–31.
23. Sunar M.M., Zengin S., Sabak M., Bogan M., Can B., Kul S., Murat Oktay M., Eren S.H. EDda buyrak sanchig'ini davolashda IV deksketoprofen trometamol, fentanil va parasetamolni solishtirish: Randomize nazorat ostida tadqiqot. Am J Emerg Med. 2018 yil aprel; 36(4):571–576. doi: 10.1016/j.ajem.2017.09.019. Epub 2017 yil 14-sentyabr.
24. Hakimova S.Z., Atoxodjaeva D.A. (2020). Asab tizimi shikastlanganda brusellyoz bilan og'rigan bemorlarning og'riq sindromining xususiyatlari. Tibbiy-huquqiy yangilanish, oktyabr-dekabr, jild. 20, № 4.
25. Ризаев Ж. А., Хайдаров Н. К. Клиническое, эпидемиологическое и этиопатогенетическое исследование ишемического инсульта //журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
26. Ризаев, Ж., Раимова, М., Бобоев, К., & Абдуллаева, М. (2019). Паркинсоном: классификация, клиника и основы лечения. Stomatologiya, 1(1(74)), 64–67
27. Abdullayev Afzal, Kubayev Aziz, Rizayev Jasur. Excitability threshold in neuritis of the lower alveolar nerve. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 4, pp.238-245




УДК: 616.831-005

KIM Olga Anatolevna
Samarkand State Medical University

ETIOPATOGENETIC AND CLINICAL NEUROLOGICAL FEATURES OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG PEOPLE DEPENDING ON HETEROGENEITY

For citation: Kim A. Olga. ETIOPATOGENETIC AND CLINICAL NEUROLOGICAL FEATURES OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG PEOPLE DEPENDING ON HETEROGENEITY.// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.160-167

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835409>

ANNOTATION

Purpose of the study: To study the etiopathogenetic and clinical - neurological features of ischemic stroke in young people depending on heterogeneity.

Materials and methods. The study was conducted from 2018 to 2022. 133 patients with ischemic stroke in the acute period were examined, including 78 (58.6%) men and 55 (41.4%) women. All patients were divided depending on the age category: group I (main) - 83 patients aged 22-44 years (mean age 38.71 ± 6.5 years; men - 41 (49.4%), women - 42 (50.6%)), II (comparison) group - 50 patients older than 60 years (mean age 66.34 ± 5.01 years; men - 37 (74%), women 13 - (26%)).

Research results. When comparing the etiological factors in both groups, it was found that smoking and alcohol abuse, heart defects and kidney pathology occurred in young people with a high frequency. A comparative analysis of the distribution of patients by pathogenetic type showed that cardioembolic, lacunar and hemodynamic subtypes prevailed in the main group. In 12% of all cases, the onset of a stroke began with a convulsive syndrome. Clinical examination in the main group revealed the predominance of stem, motor, speech, sensory, cerebellar disorders, as well as the presence of bulbar and alternative syndromes. A comparative analysis of the neurological and functional status in young people according to the NIHSS scale revealed mild and severe neurological deficits, in isolated cases severe neurological disorders.

Conclusion. The presented results made it possible to identify the main etiopathogenetic and clinical and neurological features of ischemic stroke in young people, depending on the pathogenetic subtype and etiological factor.

Keywords: ischemic stroke, heterogeneity, young people, pathogenetic subtypes.

КИМ Ольга Анатольевна
Самарканд давлат тиббиёт университети

**ЁШЛАРДА ИШЕМИК ИНСУЛТНИНГ ГЕТЕРОГЕНЛИКГА БОҒЛИҚ
ЭТИОПАТОГЕНЕТИК ВА КЛИНИК – НЕВРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ**

АННОТАЦИЯ

Тадқиқотнинг мақсади: ёшларда ишемик инсултнинг гетерогенликга боғлиқ этиопатогенетик ва клиник – неврологик хусусиятлари ўрганиш.

Материал ва методлари. Тадқиқот 2018 йилдан 2022 йилгача олиб борилди. Ишемик инсулт ўткир даврида 133 нафар бемор текширилган бўлиб, улардан 78 (58,6%) нафари эркаклар ва 55 (41,4%) нафари аёллардан иборат. Барча беморлар ёш категорияси бўйича тақсимланди: I (асосий) гуруҳ - 83 бемор 22-44 ёш (ўртача ёш $38,71 \pm 6,5$; эркаклар - 41 (49,4%), аёллар 42 - (50,6%)), II (таққослаш) гуруҳ – 50 нафар бемор 60 ёшдан катта (ўртача ёш $66,34 \pm 5,01$; эркаклар - 37 (74%), аёллар 13 - (26%)) ташкил этди.

Тадқиқотнинг натижалари. Этиологик омилларни солиштирилаётган иккала гуруҳ кесимида кўриб чиқилганда, ёшларда чекиш ва алкоголь маҳсулотларини суистеъмол қилиш, юрак нуқсонлари ва буйрак патологияси юқори кўрсаткичда эканлиги аниқланди. Патогенетик тип остига қараб беморларнинг тарқалишини қиёсий таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда кардиоэмболик, лакунар ва гемодинамик. Барча ҳолатларнинг 12% да инсулт бошланиши тутқаноқ синдроми билан бошланган. Асосий гуруҳдаги клиник текширув қиёсий жиҳатдан поя, ҳаракат, нутқ, сезги, церебеллар бузилишлар, шунингдек булбар ва алтернатив синдромларнинг устунлигини аниқлади. NIHSS шкаласи бўйича ёшларда неврологик ва функционал ҳолатни қиёсий таҳлил қилиш давомида енгил ва ўта оғир даражадаги неврологик дефицит ифодаланиши, кам ҳолларда эса – оғир даражадаги неврологик бузилишлар аниқланди.

Хулоса. Тақдим этилган натижалар патогенетик тип ости ва этиологик омилга қараб ёшлардаги ишемик инсултнинг асосий этиопатогенетик ва клиник-неврологик хусусиятларини аниқлади.

Қалит сўзлар: ишемик инсулт, гетерогенлик, ёшлар, патогенетик ости турлари.

КИМ Ольга Анатольевна

Самаркандский государственный медицинский университет

**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО – НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У МОЛОДЫХ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕТЕРОГЕННОСТИ**

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: Изучить этиопатогенетические и клиничко-неврологические особенности ишемического инсульта у лиц молодого возраста в зависимости от гетерогенности.

Материалы и методы. Исследование проводилось с 2018 по 2020 гг. Были обследованы 133 больных с ишемическим инсультом в остром периоде, среди которых было 78 (58,6%) мужчин и 55 (41,4%) женщин. Все больные разделены в зависимости от возрастной категории: I (основная) группа - 83 больных в возрасте 22-44 лет (средний возраст $38,71 \pm 6,5$ лет; мужчин - 41 (49,4%), женщин - 42 (50,6%)), II (сравнения) группа – 50 больных старше 60 лет (средний возраст $66,34 \pm 5,01$ лет; мужчин - 37 (74%), женщин 13 - (26%)).

Результаты исследования. При сравнении этиологических факторов в обеих группах было установлено, что курение и злоупотребление алкоголем, пороки сердца и патология почек встречались у лиц молодого возраста с высокой частотой. Сравнительный анализ распределения больных по патогенетическому типу показал, что в основной группе преобладали кардиоэмболические, лакунарные и гемодинамические подтипы. В 12% всех случаев начало инсульта началось с судорожного синдрома. Клиническое обследование в основной группе выявило преобладание стволовых, двигательных, речевых, чувствительных, мозжечковых нарушений, а также наличие бульбарного и альтернативного синдромов. При сравнительном анализе неврологического и функционального статуса у лиц молодого возраста по шкале NIHSS был выявлен легкий и выраженный неврологический дефицит, в единичных случаях - тяжелые неврологические расстройства.

Заклучение. Представленные результаты позволили выявить основные этиопатогенетические и клинико-неврологические особенности ишемического инсульта у лиц молодого возраста в зависимости от патогенетического подтипа и этиологического фактора.

Ключевые слова: ишемический инсульт, гетерогенность, молодой возраст, патогенетические подтипы.

Жаҳонда ёшларда ишемик инсултнинг ривожланиш хусусиятларини, клиник кечишини, йўқолган функцияларни тикланиш даражаси ва оқибатларига турли омилларнинг таъсирини аниқлаш, ташхислаш ва профилактика усулларини оптималлаштириш, ҳамда даволаш тактикасининг самарадолигини ошириш мақсадида қатор илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада ушбу тоифадаги беморлар бош мия ҳужайралари ва қон – томирларининг ишемик зарарланиши патогенетик механизмидаги муҳим бўғин бўлган этиопатогенетик, клиник-неврологик ва нейровизуализацион омиллар, ҳамда ёшларда учрайдиган ишемик инсултда неврологик ҳолатга таъсир этувчи гомоцистеин ва миянинг нейротрофик омилини таҳлилини ўтказиш эҳтиёжи ортиб бормоқда. Ёшларда клиник ва неврологик, макроструктуравий ва микроструктуравий омилларни ёшларда учрайдиган ишемик инсулт патогенетик тип ости шаклларида қиёсий баҳолаш муҳим аҳамият касб этади.

Шундай қилиб, ёшларда ишемик инсулт ҳолатларининг меҳнатга лаёқатли ёш орасида ошиши ва унинг сабаблари билан кекса ёшдаги гуруҳлар ўртасидаги фарқ туфайли жиддий муаммо касб этиб, уни аниқлаш махсус лаборатор ва инструментал текширишларни талаб қилади ва айниқса ёшларда ишемик инсултнинг клиник-неврологик, макроструктуравий ва микроструктуравий, лаборатория хусусиятларини аниқлаш ва давога ёндашувни такомиллаштиришга бағишланган илмий тадқиқотларни амалга оширишга аҳамият бериш керак.

Тадқиқотнинг мақсади: ёшларда ишемик инсултнинг гетерогенликга боғлиқ этиопатогенетик ва клиник – неврологик хусусиятлари ўрганиш.

Материал ва методлари. Тадқиқот 2018 йилдан 2022 йилгача олиб борилди. Ишемик инсулт ўткир даврида 133 нафар бемор текширилган бўлиб, улардан 78 (58,6%) нафари эркаклар ва 55 (41,4%) нафари аёллардан иборат. Барча беморлар ёш категорияси бўйича тақсимланди: I (асосий) гуруҳ - 83 бемор 22-44 ёш (ўртача ёш 38,71±6,5; эркаклар - 41 (49,4%), аёллар 42 - (50,6%)), II (таққослаш) гуруҳ – 50 нафар бемор 60 ёшдан катта (ўртача ёш 66,34±5,01; эркаклар - 37 (74%), аёллар 13 - (26%)) ташкил этди.

ИИ ташхиси неврологик кўрик, лаборатор (умумий қон, сийдик, қон биокимёвий таҳлил, иммунофермент анализ) ва нейровизуализацион (МСКТ/МРТ) текшириш усуллари натижалари асосида қуйилди.

Беморларнинг неврологик ҳолати ва кейинги реабилитацион потенциалини ҳисоблаш мақсадида Миллий соғлиқ институти инсулт шкаласи (NIHSS), Руҳий статусни баҳолашнинг қисқача шкаласи (MMSE), Ашфорт модификацияланган спастиклик шкаласи, Бартел кундалик ҳаёт тарзи фаоллигини баҳолаш шкаласи ва Бранстром – Фугл – Мейер селектив ҳаракатларни баҳолаш шкаласидан фойдаланилди. Реабилитацион потенциални аниқлашда шунингдек Халқаро фаолият, соғлиқ ва ҳаёт тарзини чекловчи классификация (ХФК) дан ҳам фойдаланилди.

Тадқиқотнинг натижалари. Этиологик омилларни солиштирилаётган иккала гуруҳ кесимида кўриб чиқилганда, ёшларда чекиш (54,2%) ва алкоголь маҳсулотларини суистеъмол қилиш (36,1%), юрак нуқсонлари (15,1%) ва буйрак патологияси (4,8%) юқори кўрсаткичда эканлиги аниқланди (1 жад.).

Жадвал 1

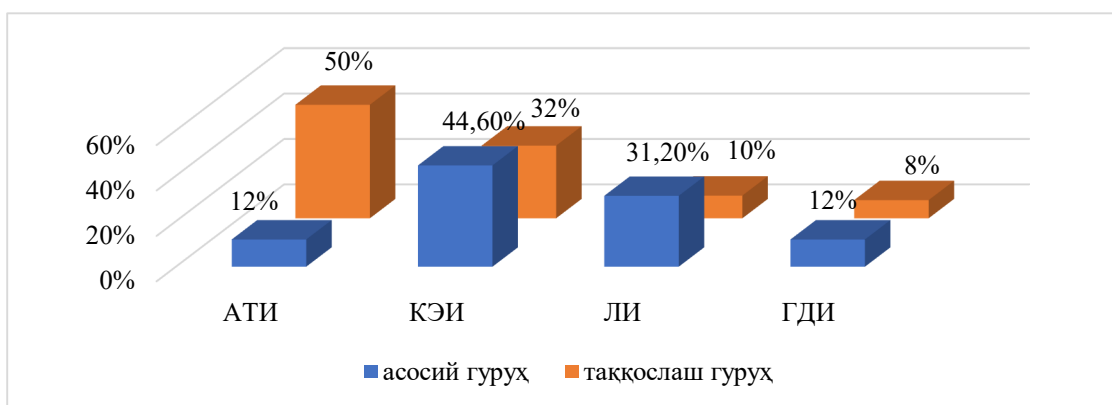
Беморларни этиологик омил жиҳатидан тақсимланиши

| Этиологик омил | Асосий гуруҳ (n=83) | | Таққослаш гуруҳ (n=50) | |
|---|------------------------|-------|---------------------------|----|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| Алкогол маҳсулотларини ҳаддан зиёд истеъмол қилиш | 30 | 36,1* | 5 | 10 |

| | | | | |
|----------------------------|----|-------|----|-----|
| Чекиш | 45 | 54,2* | 15 | 30 |
| Ревматизм | 10 | 12 | 4 | 8 |
| Қандли диабет | 3 | 3,6 | 11 | 22* |
| Юрак ишемик касаллиги | 20 | 24 | 29 | 58* |
| Юрак нуқсонлари | 12 | 15,1* | 0 | 0 |
| Артериал гипертония | 80 | 98 | 38 | 76 |
| Семизлик | 10 | 12 | 5 | 10 |
| Буйрак патологияси | 4 | 4,8* | 0 | 0 |
| Омилларнинг қўшилиб келиши | 27 | 32,5 | 34 | 68* |

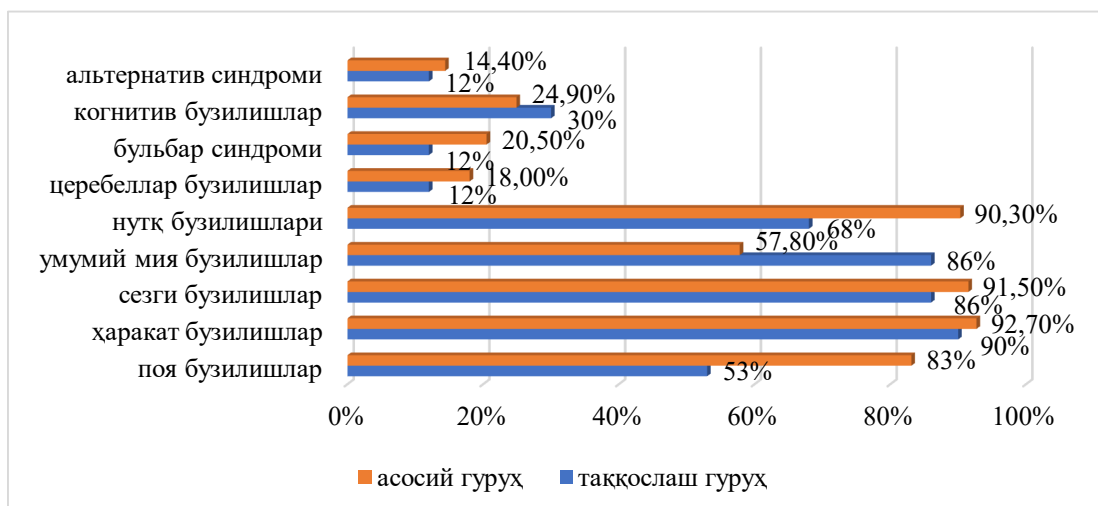
эслатма: *- фарқларнинг ишончилиги ($P < 0,05$)

Патогенетик тип остига қараб беморларнинг тарқалишини қиёсий таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, асосий гуруҳда кардиоэмболик (44,6%га қарши 32%), лакунар (31,2%га қарши 10%) ва гемодинамик (12%га қарши 8%) ишемик инсулт бўлган беморлар устунлик қилган. Таққослаш гуруҳида атеросклеротик тип ости кўпроқ аниқланган (50%га қарши 12%) (1-расм).



1-Расм. TOAST (Adams, 1993) мезонларига кўра беморларни ишемик инсулт тип ости шаклларига тақсимланиши

Барча ҳолатларнинг 12% да инсулт бошланиши тутқаноқ синдроми билан бошланган. Бош оғриши (74,7%) ва бош айланиши (44,6%) каби умумий мия симптомларининг устуворлиги қайд этилди. (расм 2.). Асосий гуруҳдаги клиник текширув қиёсий жиҳатдан поя (83,1%), ҳаракат (92,7%), нутқ (90,3%), сезги (91,5%), церебеллар бузилишлар (18%), шунингдек булбар (20,5%) ва алтернатив (14,4%) синдромларнинг устунлигини аниқлади (2-расм).



2-Расм. ИИ клиник семиотикасининг солиштирма характеристикаси

NIHSS шкаласи бўйича ёшларда неврологик ва функционал ҳолатни қиёсий таҳлил қилиш давомида енгил (33,7%) ва ўта оғир (22,9%) даражадаги неврологик дефицит ифодаланиши, кам ҳолларда эса – оғир даражадаги неврологик бузилишлар (9,6%) аниқланди (2 жад.).

Жадвал 2

Беморлар келиб тушганида неврологик ва функционал ҳолатини миқдорий баҳолаш

| Дефицит ифодаланишининг даражаси | Асосий гуруҳ n=83 | | Таққослаш гуруҳи n=50 | |
|----------------------------------|-------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | Абс, % | Σ балл | Абс, % | Σ балл |
| Енгил | 28 (33,7)* | 5,7 ± 1,92 | 8 (16) | 5,7±0,58 |
| Ўрта | 28 (33,7) | 9,9 ± 1,17 | 21 (42) | 9,8 ± 0,27 |
| Оғир | 8 (9,6)* | 14,3 ± 0,88 | 12 (24) | 13,5 ± 1,87 |
| Ўта оғир | 19 (22,9) | 19,2±1,87 | 9 (18) | 19,3±1,34 |

Эслатма: * - таққосланаётган гуруҳлардаги фарқлар ишончилиги (p<0,05)

Клиник симптомларнинг энг кам ифодаланиш даражаси ЛИ (5,83±0,98) ва ГДИ (5,82±1,1) да кузатилиб, ҳамда ушбу тоифадаги беморларда ўта оғир ўзгаришлар (21,5±0,86) аниқланди (3 жад.).

Жадвал 3

ИИ нинг патогенетик вариантга кўра беморларнинг неврологик ва функционал ҳолатини миқдорий баҳолаш

| Дефицит ифодаланишининг даражаси | АТИ (n=10) | КЭИ (n=37) | ЛИ (n=26) | ГДИ (n=10) | |
|----------------------------------|------------|------------|-----------|------------|--------|
| Енгил | 7,67±0,75 | - | 5,83±0,98 | 5,82±1,1 | p=2,01 |
| Ўрта | 9,0±1,16 | - | 9,2±1,05 | 9,78±1,41 | p=2,01 |
| Оғир | 14±1,34 | 15±1,72 | 14±1,42 | 13,7±0,97 | p=2,01 |
| Ўта оғир | 19,3±1,36 | 18,2±1,54 | - | 21,5±0,86 | p=2,01 |

Касалхонадан чиқиш пайтида неврологик дефицитининг регрессиясини таҳлил қилганда, биз ИИ клиник кўринишларининг зўравонлигининг босқичма-босқич пасайишининг ижобий тенденциясини кузатдик (жадв.4).

Жадвал 4

Бўшатиш вақтида ИИнинг патогенетик вариантга қараб беморларда неврологик дефицитининг регрессиясини таҳлил

| Дефицит ифодаланишининг даражаси | АТИ | КЭИ | ЛИ | ГДИ | |
|----------------------------------|----------|-----------|----------|-----------|--------|
| Енгил | 5,3±1,15 | - | 4,2±1,48 | 4,9 ± 1,7 | p=2,01 |
| Ўрта | 8,7±0,7 | 10,0±0,89 | 9,0±1,22 | 9,15±1,08 | p=2,01 |
| Оғир | 12,5±0,7 | 13,0±0,74 | - | - | p=2,01 |
| Ўта оғир | 18,1±1,5 | 17,9±1,04 | - | - | p=2,01 |

Биз текширган барча ёшлар орасида алкогольга қарам бўлган 30 нафар бемор алоҳида тоифага ажратилди.

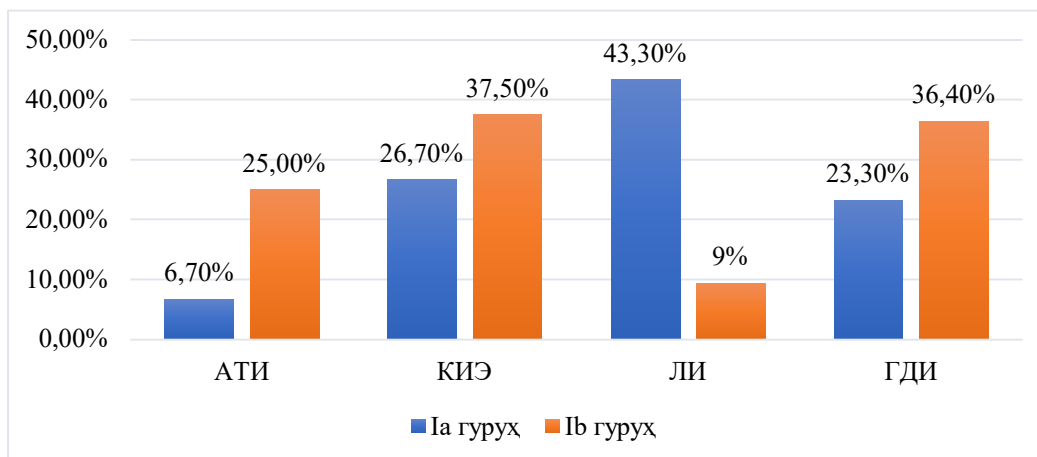
Алкогол қарамлиги бўлган беморларда чекиш (76,9%га қарши 20,4%), АГ (89,7%га қарши 63,6%) ва ЮИК (28,2%га қарши 20,5%), Пв гуруҳдаги беморларда эса юқори даражада ҚД (4,5%га қарши 2,6%). (3-расм).

Этиологик омилни ўрганиш алкогольга қарам бўлган беморларни ИИнинг патогенетик типлар ости бўйича тақсимлаш имконини берди. Шундай қилиб, беморларнинг 6,7% (n=2) инсултнинг атеротромботик варианты, 26,7 % (n=8) кардиоэмболик варианты, 43,3 % (n=13) лакунар инсулт, 23,3%. % (n=7) - гемодинамик инсулт аниқланган (4-расм).

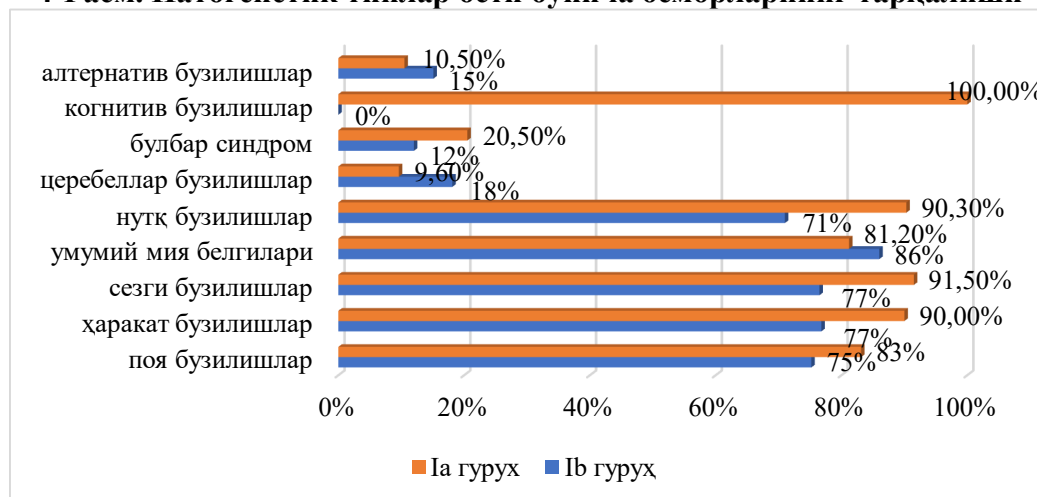
Клиник семиотикани ўрганишда, Ia гуруҳида бош оғриши 71,8%, бош айланиши 41% кузатилиб, кўнгил айланиши ва қўсиш билан бирга келган, 64,1% ҳолатда эса умумий дармонсизлик ва ҳолсизлик аниқланган. 5-расмда клиник симптомларини қиёсий таҳлил қилиш натижалари келтирилган, унга кўра алкогольга қарам бўлган одамларда когнитив, поя, ҳаракат ва нутқ бузилишлари устунлик қилган (5-расм).



3-расм. Ia и Ib кичик гуруҳидаги шахсларда ИИ хавф омилларининг қиёсий таҳлили



4-Расм. Патогенетик типлар ости бўйича беморларнинг тарқалиши



5-Расм. Алкоголга қарам бўлган беморларда ишемик инсултнинг клиник кўринишини қиёсий таҳлили

Ia гуруҳ беморларининг келиб тушган вақтида 28,2% да енгил, 33,3% да ўрта даражадаги, 10,3% да оғир ва 28,2% ҳолатда ўта оғир дарадаги неврологик ўзгаришларнинг ифодаланиши қайд этилган (5 жад).

Жадвал 5

NIHSS шкаласи бўйича III мавжуд бўлган беморларда неврологик ва функционал ҳолатининг миқдорий кўрсаткичларини қиёсий таҳлил этиш

| Дефицит ифодаланишининг даражаси | Ia гуруҳ n=30 | Ib гуруҳ n=32 | |
|----------------------------------|------------------|------------------|--------|
| | Σ балл | Σ балл | |
| Енгил | 6,1 ± 1,09 | 5,4±0,58 | p=2,01 |
| Ўрта | 10,7 ± 1,28 | 9,9 ± 0,27 | p=2,01 |
| Оғир | 14,2± 1,32 | 14,5 ± 1,87 | p=2,01 |
| Ўта оғир | 19,2±1,15 | 19,2±1,34 | p=2,01 |

Бунда неврологик ўзгаришларнинг ўта оғир даражасини ифодаловчи энг юқори баллар йиғиндиси (21±0,89), ҳамда энг енгил кечадиган жараён (6±1,75) ГДИ мавжуд беморларда қайд этилди (6 жад).

Жадвал 6

Патогенетик тип остидаги III бўлган Ia гуруҳ беморларда NIHSS шкаласига кўра неврологик дефицит ифодаланишининг қиёсий характеристикаси

| III тип ости | Неврологик дефицит ифодаланишининг даражаси, M±m | | | | |
|--------------|--|-----------|-----------|-----------|--------|
| | Енгил | Ўрта | Оғир | Ўта оғир | |
| АТИ | 7,5±1,15 | 9±1,07 | - | 19,3±1,27 | p=2,01 |
| КЭИ | - | - | 13,5±1,23 | 17±1,08 | p=2,01 |
| ЛИ | 6,6±1,23 | 10,2±1,42 | 14,0±1,31 | - | p=2,01 |
| ГДИ | 6±1,75 | 9,7±1,18 | 14,7±1,1 | 21±0,89 | p=2,01 |

Демак, тақдим этилган натижалар патогенетик тип ости ва этиологик омилга қараб ёшлардаги ишемик инсултнинг асосий этиопатогенетик ва клиник-неврологик хусусиятларини аниқлади.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Гафурова Ж. Ф. и др. Анализ острых нарушений мозгового кровообращения в зависимости от раннего и позднего обследования //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 3 (57). – С. 92-94.
2. Кузнецова С. М. Кардиоэмболический инсульт: церебральная, системная и интракардиальная гемодинамика //Новости медицины и фармации. – 2011. – №. 2. – С. 33-39.
3. Мавлянова З. Ф., Кулмирзаева Х. И. Клинико-нейровизуализационная картина ишемического инсульта в остром периоде //Вестник казахского национального медицинского университета. – 2015. – №. 2. – С. 87-89.
4. Маджидова Ё. Н., Сагатов Д. Р., Расулова Х. А. Факторы риска и прогнозирование ишемического инсульта у лиц молодого возраста: методическая рекомендация //Метод. пособие. Ташкент. – 2010. – С. 6-7.
5. Пизова Н. В. Подтипы ишемических нарушений мозгового кровообращения в молодом возрасте: диагностика и лечение //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – №. 4. – С. 34-38.
6. Расулова Х. А. Клинико-биохимические особенности острых ишемических инсультов в зависимости от их патогенетической гетерогенности //Автореферат дисс.... канд. мед. наук. Ташкент. – 2010.
7. KIM O. A. THE FEATURES OF THE PATHOGENETIC SUBTYPES OF ISCHEMIC STROKE IN YOUNG PERSON //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – С. 596.


8. Kim O. A. et al. Analysis of the subtypes of ischemic stroke in young age //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 2509-2514.
9. Stack C. A., Cole J. W. Ischemic stroke in young adults //Current opinion in cardiology. – 2018. – Т. 33. – №. 6. – С. 594-604.
10. Tang M. et al. Sex differences of ischemic stroke in young adults—A single-center Chinese cohort study //Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. – 2020. – Т. 29. – №. 9. – С. 105087.
11. Ризаев Ж. А., Хайдаров Н. К. Клиническое, эпидемиологическое и этиопатогенетическое исследование ишемического инсульта //журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
12. Ризаев, Ж., Раймова, М., Бобоев, К., & Абдуллаева, М. (2019). Паркинсоном: классификация, клиника и основы лечения. Stomatologiya, 1(1(74), 64–67
13. Abdullayev Afzal, Kubayev Aziz, Rizayev Jasur. Excitability threshold in neuritis of the lower alveolar nerve. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 4, pp.238-245



ALIMKHODZHAEVA Lola Telmanovna
NISHANOV Doniyor Anarbaevich
BOZOROVA Lutfiyahon Makhmudovna
Republican Specialized Scientific and Practical
medical center of oncology and radiology
NORBKOVA Munira Khamrakulovna
Tashkent Medical Academy

CLINICAL SIGNIFICANCE OF CHANGES IN THE RECEPTOR STATUS IN TUMORS OF THE ACCESSORY LOBE OF THE MAMMARY GLAND

For citation: Alimkhodzhaeva T. Lola, Nishanov A. Doniyor, Bozorova M. Lutfiyahon, Norbekova Kh. Munira. Clinical significance of changes in the receptor status in tumors of the accessory lobe of the mammary gland // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 168-173

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835413>

ANNOTATION

In recent years, along with breast cancer, there has also been an increase in accessory breast cancer (AMBC). According to most experts, the prognosis of ADBC is determined by its early diagnosis, which requires careful screening among women at high risk, which include, first of all, patients with precancerous lesions of the breast. In recent years, the IHC method has become widely used by researchers in the study of intraepithelial neoplasia of the mammary gland and its lobes for early diagnosis and prognosis. However, in most published studies using this method, a limited number of markers does not allow to fully clarify the biological profile of the diseases under study, there are no data on the prognostic significance of these types of neoplasia, and a comprehensive diagnostic algorithm combining morphological and IHC criteria has not been defined.

Keywords: Breast cancer, cancer of the accessory lobe of the breast, immunohistochemistry, dysplasia, invasion.

АЛИМХОДЖАЕВА Лола Тельмановна
НИШАНОВ Дониёр Анарбаевич
БОЗОРОВА Лутфияхон Махмудовна
Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр онкологии и радиологии (РСНПМЦОиР)
НОРБЕКОВА Мунира Хамракуловна
Ташкентская медицинская академия

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА В ОПУХОЛЯХ ДОБАВОЧНОЙ ДОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АННОТАЦИЯ

В последние годы наряду с раком молочной железы, увеличивается также и рак добавочной доли молочной железы (РДДМЖ). По мнению большинства специалистов, прогноз РДДМЖ определяется его ранней диагностикой, что требует проведения тщательного скрининга среди женщин из группы повышенного риска, к которым относятся, в первую очередь, пациентки с предопухолевыми поражениями молочной железы. Метод ИГХ в последние годы стал широко использоваться исследователями при изучении интраэпителиальных неоплазий молочной железы и его долей в целях ранней диагностики и прогнозирования. Однако в большинстве опубликованных исследований, использовавших этот метод, ограниченное число маркеров не позволяет в полной мере уточнить биологический профиль изучаемых заболеваний, отсутствуют данные о прогностической значимости этих видов неоплазии, не определен комплексный алгоритм диагностики, сочетающий морфологические и ИГХ критерии.

Ключевые слова. Рак молочной железы, рак добавочной доли молочной железы, иммуногистохимия, дисплазия, инвазия.

АЛИМХОДЖАЕВА Лола Телмановна

НИШАНОВ Дониёр Анарбаевич

БОЗОРОВА Лутфияхон Махмудовна

Республика ихтисослаштирилган Онкология ва

Радиология илмий-амалий тиббиёт маркази

НОРБЕКОВА Мунира Хамракуловна

Тошкент тиббиёт академияси

**ҚЎШИМЧА СУТ БЕЗИ ЎСМАЛАРИДА РЕЦЕПТОР СТАТУС
ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ КЛИНИК АҲАМИЯТИ****АННОТАЦИЯ**

Сўнгги йилларда кўкрак бези саратони билан бир қаторда кўшимча кўкрак бези саратони (ҚКБС) ҳам кўпайди. Аксарият мутахассисларнинг фикрига кўра, ҚКБС башорати унинг эрта ташхиси билан белгиланади, бу юқори хавф остида бўлган аёллар орасида, биринчи навбатда, кўкрак бези раки олди касалликлари бўлган беморларни синчковлик билан текширишни талаб қилади. Сўнгги йилларда ИГХ усули тадқиқотчилар томонидан сут безлари ва унинг бўлаклари интраэпителиал неоплазиясини эрта ташхислаш ва башорат қилиш учун ўрганишда кенг қўлланила бошланди. Бирок, ушбу усулдан фойдаланган ҳолда нашр этилган кўпгина тадқиқотларда чекланган миқдордаги маркерлар ўрганилаётган касалликларнинг биологик профилини тўлиқ аниқлашга имкон бермайди, ушбу турдаги ўсмаларнинг прогностик аҳамияти тўғрисида маълумотлар йўқ ва морфологик ва ИГХ мезонларига кўра кенг қамровли диагностика алгоритми мавжуд эмас.

Калит сўзлар: Сут бези саратони, кўшимча сут бези саратони, иммуногистохимия, дисплазия, инвазия.

Актуальность. На сегодняшний день наряду с раком молочной железы (РМЖ), рак добавочной доли молочной железы (РДДМЖ) также в последние годы начал расти. Частота возникновения рака в ДДМЖ составляет 0,2–0,3% от общей его частоты. При изучении последних исследований по заболеваниям молочной железы, нами выявлено что не так много было сделано работ, которые дают четкие рекомендации по диагностике и лечению а также по прогнозированию РДДМЖ, ввиду чего данное исследование представляется актуальным и интересным как в плане клинической так и практической онкологии.

Целью нашего исследования явилась разработка новых критериев дифференциального диагноза вариантов интраэпителиальной неоплазии добавочной доли молочной железы на основе применения комплексного морфологического метода исследования с применением

оптимальной панели маркеров для улучшения качества диагностики и оценки риска развития инвазивного рака.

Методы исследования. В основу нашего исследования мы взяли результаты ретроспективного обследования 182 пациенток, проходивших лечение в нашем центре РСНПМЦОиР с 2010 по 2020годы с раком добавочной доли молочной железы. По результатам морфологического исследования больные были разделены на 4 группы (таблица 1). В первую группу вошли 62 пациентки (34,1 %) с дисплазией. Вторую группу составила 71 пациентка (39,0 %) с протоковой карциномой *in situ*. В третью группу были включены 28 женщин (15,4 %) с дольковой карциномой *in situ*. В четвертую группу вошла 21 пациентка (11,5 %) с началом инвазии. Таблица 1.

Таблица 1.

Распределение пациенток по группам.

| Группы | Абс. | % |
|-------------------------------------|------|------|
| Дисплазия | 62 | 43,1 |
| Протоковая карцинома <i>in situ</i> | 71 | 39,0 |
| Дольковая карцинома <i>in situ</i> | 28 | 15,4 |
| Микроинвазия | 21 | 11,5 |
| Всего | 182 | 100 |

Средний возраст больных, включенных в исследование, составлял 56,4 года (20 - 75 лет). 75 (41,2 %) пациенток находились в менопаузе, 107 (58,8 %) - в репродуктивном периоде.

По полученным нами данным, экспрессия рецепторов к эстрогенам определялась при тяжелой дисплазии, в группе внутридолькового и высокодифференцированного внутрипротокового рака добавочной доли молочной железы, соответственно в 98%, 93% и 95% случаев. В группах больных с низкодифференцированным протоковым раком *in situ* и микроинвазивным раком добавочной доли молочной железы, количество образцов с экспрессией ER было значительно ниже (45% и 47,6%) ($p = 0.0006$). В группе внутрипротокового рака добавочной доли молочной железы, отмечалась четкая зависимость этого показателя от степени дифференцировки ядер, показатель снижался в зависимости от нарастания клеточной анаплазии (соответственно 98%, 76%, 36%). Частота экспрессии прогестероновых рецепторов имела сходный характер. Так, чаще всего экспрессия PR определялась у женщин с тяжелой дисплазией, внутридольковым и высокодифференцированным внутрипротоковым раком добавочной доли молочной железы (82%, 89% и 79%). У пациенток с низкодифференцированным протоковым раком *in situ* и раком с микроинвазией в добавочной доле, количество случаев с экспрессией PR было существенно меньше (27% и 38%). При этом, как и в случаях с экспрессией эстрогеновых рецепторов, этот показатель снижался в зависимости от снижения степени дифференцировки клеток (соответственно 80%, 40%, 14%). Объединенные данные по экспрессии рецепторов представлены на Рис. 1

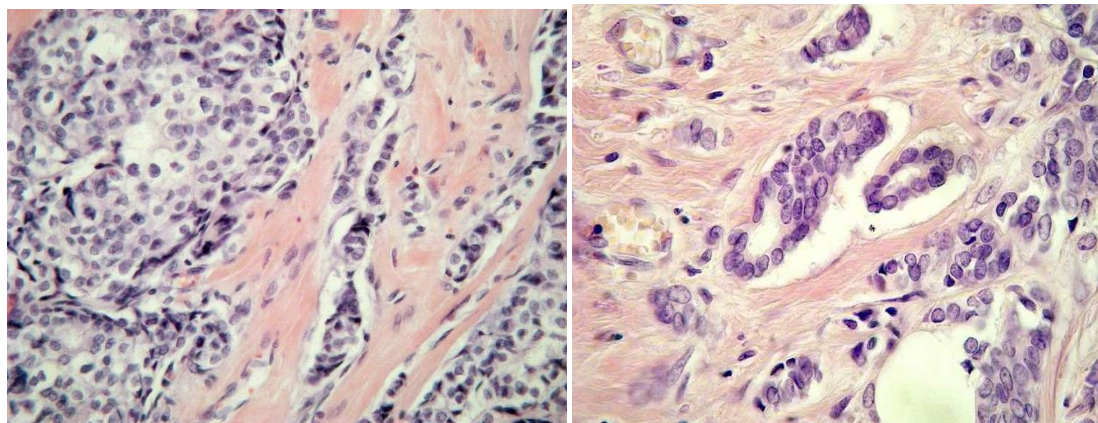


Рис.1. Экспрессия рецепторов к эстрогенам и прогестерону.

Проведение статистического анализа подтвердило, что экспрессия обоих типов рецепторов достоверно чаще ($p < 0,0005$) обнаруживалась у больных с морфологически более высокодифференцированными предраковыми поражениями добавочных долей молочной железы (дисплазиями, внутридольковым раком и внутрипротоковым раке с высокой степенью дифференцировки), чем у пациенток с низкодифференцированными неоплазиями (протоковой карциномой *in situ* с низкой дифференцировкой и раком *in situ* с микроинвазией). Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Сравнительный анализ частоты экспрессии рецепторов к эстрогенам и прогестерону в исследованных образцах

| Маркер | Всего (n=182) | Высокодифференцированные предраковые поражения (n=124) | Низкодифференцированные предраковые поражения (n=58) | P |
|--------|---------------|--|--|--------|
| ER | 146(80,2%) | 119 (96%) | 27 (46,5%) | 0,0005 |
| PgR | 120(66%) | 102 (82,3%) | 18 (31%) | 0,0005 |

По результатам нашего исследования, для тяжелой дисплазии характерна пролиферация мономорфных клеток с незначительным укрупнением и полиморфизмом ядер при отсутствии патологических митозов, некроз также отсутствует. Важным дифференциально-диагностическим признаком является сохранение поляризации ядер по отношению к базальной мембране. Также большое значение имеет и количество структур, вовлеченных в патологический процесс, так как для диспластических изменений ДДМЖ характерно поражение не более одной или двух структур до 2мм в диаметре каждая. Было определено, что наряду с обычным гистологическим исследованием при проведении дифференциальной диагностики очень эффективно использование иммуногистохимического исследования, особенно исследование экспрессии ER/PR. Дифференциально-диагностические критерии для дисплазии и высокодифференцированной протоковой карциномы *in situ* представлены табл.3.

Таблица 3.

Дифференциально-диагностические признаки дисплазии и высокодифференцированной протоковой карциномы *in situ*

| Морфологические критерии | Дисплазия | Высокодифференцированная carcinoma <i>in situ</i> |
|----------------------------------|--------------------|---|
| Клеточный состав | Мономорфные клетки | Мономорфные клетки с единичными нуклеолами |
| Патологические митозы | Отсутствуют | Единичные |
| Поляризация ядер | Сохранена | Местами отсутствует |
| Количество патологических очагов | 1-2 | Более 2 |
| Размер очагов | До 2мм в диаметре | Более 2мм |
| ER/PgR | + | +/- |

Таким образом, экспрессия рецепторов к эстрогенам и прогестерону выявлялась в большинстве исследованных случаев (в 80,2% и в 66%), причем максимально часто она обнаруживалась у больных с дисплазией и внутридольковым раком добавочной доли , а минимально при низкодифференцированном внутрипротоковом раке добавочной доли

молочной железы. Полученные на основе иммуногистохимического метода исследования данные о частоте и выраженности экспрессии иммуногистохимических маркеров ER/PgR позволяют создать основу для определения индивидуального прогноза течения заболевания, что, в свою очередь, будет способствовать разработке адекватных схем терапии и новых подходов к оптимальной морфологической диагностике прединвазивных поражений добавочной доли молочной железы, что позволит свести к минимуму риск развития рецидивов и определить возможность возникновения последующей инвазии в молочную железу.


REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Бессмертный Д.В. Дифференциальные критерии при клинико-морфологических параллелях прогноза рака предстательной железы: автореф. дис.... Канд. мед. наук.- Ростов/Дону, 2012.- 24 с.
2. Бусько Екатерина Александровна Мультипараметрическое ультразвуковое исследование в ранней диагностике и мониторинге лечения рака молочной железы: автореф. дис... докт. мед. наук.- СПб, 2021.- 43 с.
3. Ковылина М.В. Клиническая и морфологическая характеристика раковых и предраковых заболеваний простаты: автореф. дис... канд. мед. наук.-М., 2007.- 25с
4. Полетаева С.В. Морфологическая оценка результатов лечения рака предстательной железы: Автореф. дис... канд. мед. наук.-Саратов, 2015.- 25 с.
5. Беркут М.В. Предиктивная роль патоморфологического и молекулярного типирования при радикальном лечении больных раком предстательной железы высокого риска. Автореф. дис... канд. мед. наук.- 2020.- 26 с.
6. Охриц, Валерия Евгеньевна Диагностические и прогностические факторы рака предстательной железы: Автореф. дис... канд. мед.наук.- 2012.- 24 с.
7. Shavkatovna, S. S., Maxammatkulovich, R. N., & qizi, S. N. A. (2022). Breast Pathology in Adolescent Girls. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(3), 66-71. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MVD63>
8. Kristiansen G. Markers of clinical utility in the differential diagnosis and prognosis of prostate cancer. // *Mod Pathol.*- 2018 Jan;31(S1):S143-155.
9. Sanguedolce F, Cormio A, Musci G, Troiano F, Carrieri G, Bufo P, Cormio L. Typing the atypical: Diagnostic issues and predictive markers in suspicious prostate lesions. // *Crit Rev Clin Lab Sci.* 2017 Aug;54(5):309-325.
10. Zhao F, Olkhov-Mitsel E, Kamdar S, Jeyapala R. A urine-based DNA methylation assay, ProCuRE, to identify clinically significant prostate cancer. // *Clin Epigenetics.* 2018 Nov 23;10(1):147.
11. Moreira-Barbosa C, Barros-Silva D, Comparing diagnostic and prognostic performance of two-gene promoter methylation panels in tissue biopsies and urines of prostate cancer patients. // *Clin Epigenetics.* 2018 Oct 29;10(1):132.
12. Van Neste L, Partin AW, Stewart GD, Epstein JI, Harrison DJ, Van Criekinge W. Risk score predicts high-grade prostate cancer in DNA-methylation positive, histopathologically negative biopsies. // *Prostate.* 2016 Sep;76(12):1078-87.
13. Sánchez BE, Aguayo A, Martínez B, Rodríguez F. Using Genetic and Epigenetic Markers to Improve Differential Diagnosis of Prostate Cancer and Benign Prostatic Hyperplasia by Noninvasive Methods in Mexican Patients. // *Clin Genitourin Cancer.* 2018 Aug;16(4):e867-e877.
14. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // *Annals of Cancer Research and Therapy.* – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
15. Rizaev Jasur, Norbutayev Alisher, Murtazayev Alisher. Modern methods for detecting oral cavity defects in hemoblastosis, detecting the degree of damage and prediction of the clinical current. *Journal of Biomedicine and Practice.* 2021, vol. 6, issue 5, pp. 45-51

16. Shakhanova Shakhnoza, Rakhimov Nodir, Zaripova Parvina. Breast tumors in adolescent girls // Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 3, pp.266-273
17. Lutfillo Yorov, Mirjalol Djuraev, Nodir Raximov, Shakhnoza Shakhanova. Evaluation of the state of the immune status in patients with breast cancer with the determination of the effectiveness of neoadjuvant polychemotherapy. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 5, pp.211-216

**MINNULIN Irkin Rashidovich**Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University**PLASTIC PROSTHETIC SURGERY OF THE BREAST IN DISEASES OF THIS BODY**

For citation: Minnulin R. Irkin. Plastic prosthetic surgery of the breast in diseases of this body // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 174-179

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835421>**ANNOTATION**

In recent years, both in our country and abroad, there has been an increased interest in surgical interventions that allow preserving the shape of the mammary gland in patients with tumor diseases after the forced removal of this organ. Preserving the shape of this organ allows achieving satisfactory aesthetic results and reducing the level of complications, namely psychological ones for women, because the mammary glands, being one of the integral parts of women's puberty, play an important role in the aspect of their self-awareness and psychology of perception. Thus, as the designs of breast prostheses improve, their implantation becomes an increasingly common method of plastic intervention after mastectomies.

Key words: breast cancer, mastectomy, breast prosthesis.

МИННУЛИН Иркин Рашидович

к.м.н., доцент

Самаркандский государственный медицинский университет

**ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПРОТЕЗИРОВАНИЮ
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДАННОГО ОРГАНА****АННОТАЦИЯ**

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом возрос интерес к оперативным вмешательствам, позволяющий сохранить форму молочной железы у больных с опухолевыми заболеваниями после вынужденного удаления этого органа. Сохранение формы данного органа позволяет достичь удовлетворительных эстетических результатов и снизить уровень осложнений, а именно психологического характера для женщин, ведь молочные железы, являясь одной из неотъемлемых частей полового созревания женщин, играют большую роль в аспекте их самосознания и психологии восприятия. Таким образом, по мере совершенствования конструкций протезов молочной железы их имплантация становится все более распространенным способом пластического вмешательства после мастэктомий.

Ключевые слова: рак молочной железы, мастэктомия, протезирование молочной железы.

МИННУЛИН Иркин Рашидович
Т.ф.н., доцент
Самарқанд Давлат тиббиёт университети

СУТ БЕЗИ КАСАЛЛИКЛАРИДА УШБУ АЪЗОНИ ПРОТЕЗЛАШ БЎЙИЧА ПЛАСТИК ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ

АННОТАЦИЯ

Сўнгги йилларда мамлакатимизда ҳам, хорижда ҳам ўсма касалликлари билан оғриган беморларда ушбу аъзони мажбурий олиб ташлашдан кейин сут безининг шаклини сақлаб қолиш имконини берувчи жарроҳлик аралашувларга қизиқиш ортиб бормоқда. Ушбу органнинг шаклини сақлаб қолиш қоникарли эстетик натижаларга эришиш ва асоратлар даражасини, хусусан, аёллар учун психологик муаммоларни камайтиришга имкон беради, чунки сут безлари аёлларнинг жинсий ривожланишининг ажралмас қисмларидан бири бўлиб, уларнинг ўз-ўзини англаш ва идрок қилиш психологияси жихатидан муҳим рол ўйнайди. Шундай қилиб, мастектомиялардан кейин сут бези протезини имплантация қилиш эстетик кўринишни яхшилаши билан тобора кенг тарқалган пластик аралашув усулига айланмоқда.

Калит сўзлар: кўкрак бези саратони, мастектомия, сут бези протезлари.

Введение. Рак молочной железы является наиболее распространенным видом данной группы патологий (новообразований), что подтверждается данными 2020 г., где зарегистрировано свыше 2,2 миллиона случаев этого заболевания (при этом данное заболевание стало причиной смерти около 700 тысяч женщин). Рак молочной железы является главной причиной смерти женщин от онкологических заболеваний (Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения)

Таким образом, методы хирургического вмешательства, являясь одними из наиболее эффективных мероприятий в борьбе с данным недугом провоцируют всплеск интереса ученых к развитию данного направления в онкологии.

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом возрос интерес к оперативным вмешательствам, позволяющий сохранить форму молочной железы у больных с опухолевыми заболеваниями после вынужденного удаления этого органа. Сохранение формы данного органа позволяет достичь удовлетворительных эстетических результатов и снизить уровень осложнений, а именно психологического характера для женщин, ведь молочные железы, являясь одной из неотъемлемых частей полового созревания женщин, играют большую роль в аспекте их самосознания и психологии восприятия. Таким образом, по мере совершенствования конструкций протезов молочной железы их имплантация становится все более распространенным способом пластического вмешательства после мастэктомий.

Организация онкологической помощи, подготовка врачей-онкологов, применение современных диагностических методов, профилактических осмотров организованного и неорганизованного населения, пропаганда и внедрение методов самообследования обеспечивают возможность выявления рака молочной железы в ранней стадии. Применение современных методов лечения позволило повысить пятилетнюю выживаемость при раке молочной железы в целом до 65 %, а при первой стадии рака до 90 %. За период с 1980 г. в лечении рака молочной железы достигнут значительный прогресс: с 1980-х гг. по 2020 г. в странах с высоким уровнем дохода стандартизированная по возрасту смертность от этого вида рака сократилась на 40%. Многие женщины, обнаружив у себя опухоль небольшого размера, не обращаются к врачу из-за страха потери молочной железы, кроме того деформации грудной стенки после мастэктомии женщины иногда переживают столь тяжело, что в 10-15% наблюдений нарушается образ их жизни. Улучшение итоговых показателей по лечению данной группы новообразований возможно в случае применения комплексного лечения больных на основе сочетания ранней диагностики больных (первичный этап онкологической настороженности может быть осуществлен самой женщиной) и последующих эффективных методов – хирургического вмешательства, лучевой терапии, терапевтического лечения и

психологической помощи при необходимости. Мастэктомия влияет не только на физическое здоровье женщин, но и на их психологическое здоровье, в результате чего у них появляется нежелание общаться ().

Материалы и методы исследования. Одним из решений задачи хирургической реабилитации является разработка и применение пластических операций на молочной железе. Среди многочисленных пластических операций, направленных на реконструкцию молочной железы и применяемых в настоящее время, наиболее рационально пластика с помощью силиконового эндопротеза. Показания по протезированию молочной железы представлены в рисунке 1.



Рисунок 1. Показания к протезированию молочной железы

Несмотря на безусловно отличные эстетические результаты после протезирования молочной железы после мастэктомий существует ряд осложнений после использования протезов. Так, например: В Нидерландах наши коллеги Thijs-Boer и др. сравнили использование «обычных наружных протезов молочной железы (НПМЖ)» с «адгезивным НПМЖ молочной железы». Результаты данного исследования свидетельствуют, что женщины больше предпочитали адгезивный НПМЖ обычному, так как данный вид протезов воспринимался как часть тела, которая «прилипает» к коже, по сравнению с обычным НПМЖ, который даже после относительно длительного ношения все еще провоцирует чувство инородного тела в молочной железе. В Бразилии Borghesan и др. обнаружили, что 56,6% женщин после мастэктомии были удовлетворены НПМЖ; однако часть женщин жаловалась на наличие боли и дискомфорта после операции по поводу протезирования НПМЖ; также распространенной жалобой было смещение протеза во время активности. Аналогичным образом, в Германии Münstedt и др. сообщили, что 90,7% женщин после мастэктомии использовали самоклеящиеся ЭБП для улучшения образа своего тела.

В нашей клинике – РИОиРИАТМСФ применено протезирование молочных желез после мастэктомии у 12 женщин в возрасте от 25 до 40 лет. В зависимости от первичной морфологической формы патологии их можно разделить на 2 группы:

1-ая – 2 больные с диффузными формами мастопатии, ранее неоднократно оперированные (от 2 до 4 раз), 1 больная с гистиоцитами молочной железы, по поводу рецидива опухоли;

3-ая – 9 больных с I и II клинической стадией рака молочной железы (T1N0M0, T2N0M0, T1N1M0, T2N1M0).

Большинство из них поступили в клинику после обследования в других хирургических или онкологических учреждениях в связи с категорическими отказами от предложенной мастэктомии, прошли курс лечения лучевой и химиотерапии.

Принимая во внимание *anamnesis morbi*, полученное до этого лечение и имеющиеся показания, больным были проведены мастэктомии.

Подкожную мастэктомию проводили под эндотрахеальным наркозом. После отсепаровки кожных лоскутов до края железы, последнюю иссекали в блоке с клетчаткой подмышечной области и субпекторального пространства. Особенностью техники вмешательства следует считать особо тщательный гемостаз, при чем для остановки кровотечения. В образовавшуюся после удаления железы полость помещали эндопротез, предварительно подобранный по размерам на основании выполненных до операции измерений. В последнее время эта задача упрощена в связи с унификацией типоразмеров протеза. Края протеза необходимо прочно фиксировать отдельными узловыми швами к подлежащим тканям во избежание смещения его в послеоперационном периоде в связи с активными движениями верхних конечностей. Полезно также одним швом закрепить центр ареолы к вершине протеза. Кожные лоскуты ушивают наглухо, накладывая непрерывный шов полипропиленовой моноволоконной нитью.

Результаты исследования. Результаты подкожного протезирования прослежены в сроки от 5 месяцев до 1,5 лет. Одностороннее протезирование выполнено у 11 (91,6%) женщин, двухстороннее – у 1 (8,3%). Косметический эффект признан вполне удовлетворительным.

Уже через 10-20 дней пациентки привыкали к новому для них ощущению инородного тела, а через 2-3 месяца переставали его замечать. Среди осложнений первое место занимает нагноение, отмеченное у 1 больной. Причиной нагноения следует считать технические погрешности: нарушение асептики, частичный некроз кожного лоскута.

При использовании имплантации протеза у больных со злокачественными новообразованиями процесс заживления не имел особенностей. У 1 (8,3%) оперированной во ПБ стадии заболевания - T2N1M0, спустя полгода обнаружен рецидив в области кожного рубца. Нахождение в этой области протеза не вызывало затруднений в выявлении рецидива. Данное образование было удалено с широким и радикальным иссечением кожи, наложен пластический шов. По данным иранских коллег Kheradmand AA и др. несмотря на фон использования адьювантной терапии во время исследования, частота региональных рецидивов (РР) после мастэктомии составила 20,2%, а для пациенток с РР без признаков отдаленного заболевания оправдано применение агрессивной мультимодальной терапии. Ряд специалистов из Дании (Rikke Nørgaard Pedersen, Buket Öztürk Esen, Lene Mellekjær, Peer Christiansen и др.) подтверждают, что рецидивы продолжают возникать до 32 лет после постановки первичного диагноза. У женщин с большим количеством лимфатических узлов, вовлеченных в патологический процесс, большим размером опухоли и эстроген-рецептор-положительными опухолями риск возникновения поздних рецидивов повышен. Коллеги утверждают, что пациентки могут требовать расширенного наблюдения, более агрессивного лечения или новых подходов к терапии.

Обсуждение результатов исследования.

Наружное протезирование молочной железы у женщин, принявших участие в исследовании, имело удовлетворительный косметический эффект, относительно хороший уровень приживаемости имплантата, а самое приоритетное – пациентки были удовлетворены результатом операции. Данный метод, являясь инвазивным, все еще подразумевает формирование различных послеоперационных осложнений: нагноение раны, некрозы участков лоскута. Также не исключается вероятность развития рецидива первичного патологического процесса – рака (8,3%).

Наружное протезирование молочной железы полностью не решает проблемы реабилитации больных, в связи с чем, возникает необходимость в разработке новых методов социальной, физической и психологической реабилитации данной категории больных.

Ограничения и недостатки исследования: наиболее очевидным недостатком работы служит малое количество больных, принявших участие исследовании. Получение достоверных данных требует дальнейшего мониторинга больных с целью включения их в исследование.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>)
2. Jetha ZA, Gul RB, Lalani S. Women Experiences of Using External Breast Prosthesis after Mastectomy. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2017 Jul-Sep;4(3):250-258. doi: 10.4103/apjon.apjon_25_17. PMID: 28695172; PMCID: PMC5473097.
3. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015; 24(10): 1495-506.
4. Stoltenberg M, Spence D, Daubman BR, Greaves N, Edwards R, Bromfield B, et al. The central role of provider training in implementing resource-stratified guidelines for palliative care in low-income and middle-income countries: Lessons from the Jamaica Cancer Care and Research Institute in the Caribbean and Universidad Catolica in Latin America. *Cancer*. 2020; 126 Suppl 10: 2448-57.
5. Shavkatovna, S. S., Maxammatkulovich, R. N., & qizi, S. N. A. (2022). Breast Pathology in Adolescent Girls. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(3), 66-71. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MVD63>
6. Shaxanova Sh Sh, Raximov N.M. Improving the combined treatment tactics of many osteogen metastases of malignant tumors of the urinary-body system. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal* 2022/4/30, P 1145-1149.
7. Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*. 2020; 126 Suppl 10: 2379-93.
8. Mutebi M, Anderson BO, Duggan C, Adebamowo C, Agarwal G, Ali Z, et al. Breast cancer treatment: A phased approach to implementation. *Cancer*. 2020; 126 Suppl 10: 2365-78.
9. Velazquez Berumen A, Jimenez Moyao G, Rodriguez NM, Ilbawi AM, Migliore A, Shulman LN. Defining priority medical devices for cancer management: a WHO initiative. *Lancet Oncol*. 2018; 19(12): e709-e19.
10. Ilbawi AM, Velazquez-Berumen A. World Health Organization List of Priority Medical Devices for Cancer Management to Promote Universal Coverage. *Clin Lab Med*. 2018; 38(1): 151-60.
11. McCormack V, McKenzie F, Foerster M, Zietsman A, Galukande M, Adisa C, et al. Breast cancer survival and survival gap apportionment in sub-Saharan Africa (ABC-DO): a prospective cohort study. *The Lancet Global health*. 2020; 8(9): e1203-e12.
12. Rositch AF, Unger-Saldana K, DeBoer RJ, Ng'ang'a A, Weiner BJ. The role of dissemination and implementation science in global breast cancer control programs: Frameworks, methods, and examples. *Cancer*. 2020; 126 Suppl 10: 2394-404.
13. Rakhimov N. M., Shakhanova Sh. Sh., Sattorova N. A., Velikanova M. G., Korolev A. Y., & Kalyuta T. Y. (2022). ASSESSMENT OF BLOOD MARKERS AFTER RADIONUCLIDE THERAPY FOR OSTEOGENIC METASTASIS OF KIDNEY AND PROSTATE CANCER . *World Bulletin of Public Health*, 12, 66-69. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1135>
14. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
15. Thijs-Boer FM, Thijs JT, van de Wiel HB. Conventional or adhesive external breast prosthesis. A prospective study of the patients' preference after mastectomy? *Cancer Nurs*. 2001;24:227-30.


16. Cancer Council Australia. Breast Prostheses and Reconstruction: A Guide for Women Affected by Breast Cancer. 2011. [Last accessed on 2014 Jun 04].
17. Borghesan DH, Gravena AA, Lopes TC, Brischiliari SC, de Oliveira Demitto M, Dell Agnolo CM, et al. Variables that affect the satisfaction of Brazilian women with external breast prostheses after mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15:9631–4.
18. Rizaev, J. A., and A. I. Khazratov. "Цитоструктурное изменение слизистой оболочке полости рта при раке толстой кишки." *Journal of Biomedicine and Practice* 6.5 (2020).
19. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом //Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
20. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors //Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
21. Rizaev Jasur, Norbutayev Alisher, Murtazayev Alisher. Modern methods for detecting oral cavity defects in hemoblastosis, detecting the degree of damage and prediction of the clinical current. *Journal of Biomedicine and Practice.* 2021, vol. 6, issue 5, pp. 45-51

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

УДК: 616.12–005.4:616.314.18-001-043.15

KHASANOV Ulugbek
doctor of medical sciences, professor
MUKHAMMADAMINOVA Shoira
doctor of medical sciences
YUSUPBEKOV Akhrorbek
Tashkent Medical Academy**MODERN VIEWS FOR THE PROBLEM OF LARYNGEAL PRECARCINOMA
DISEASES (Literature review)**

For citation: Khasanov S. Ulugbek, MUKHAMMADAMINOVA Shoira, Yusupbekov A. Akhrorbek. Modern views for the problem of laryngeal precarcinoma diseases. // Journal of biomedicine and practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.180-186

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835435>**ANNOTATION**

The authors analyzed the literature data for the last 40 years on the problem of precancerous diseases of the larynx (PRCG). It has been established that today there are 2 types of PRZG. Pachydermia, papillomatosis of the larynx, chronic laryngitis, and leukoplakia deserve special attention among obligate CRPH. According to the data, more than 30% of cases of obligate CRPG transform into cancer of the larynx and are often characterized by the presence of multicentric foci of pathological growth. At the same time, the issues of differential diagnosis of CRH, the identification of early forms of malignancy remain unresolved and require further research in this area.

Keywords. Precarcinoma, Laryngeal cancer, papillomatosis, leucoplakia

ХАСАНОВ Улугбек Саидбрагимович
доктор медицинских наук, профессор
МУХАММАДАМИНОВА Шоира Абдувалиевна
доктор медицинских наук
ЮСУПБЕКОВ Ахрорбек Аброрбек угли
Ташкентская медицинская академия

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГОРТАНИ (Литературные обзор)****АННОТАЦИЯ**

Аспекты диагностики, клинического течения и лечения запущенных стадий рака гортани достаточно изучены. Касательно предраковых заболеваний гортани и раннего рака гортани, то в этой проблеме остается много спорных, нерешенных вопросов. Частота предраковых заболеваний гортани составляет 1-2% от всех заболеваний гортани, но именно они являются определяющим фактором в развитии злокачественной трансформации в ткани

гортани. Возникновение предраковых заболеваний в гортани тесно связано с развитием хронических воспалительных процессов, индуцированных и поддерживаемых комплексным воздействием патогенной микрофлоры и повреждающих факторов внешней среды. Анализированы литературные данные за последние 40 лет по проблеме предраковых заболеваний гортани (ПРЗГ). Имеет место существование различных взглядов, определяющих наличие многогранных процессов, предшествующих малигнизации эпителиальных клеток гортани. Установлено, что на сегодняшний день имеет место 2 типа ПРЗГ. Среди облигатных ПРЗГ особое внимание заслуживает пахидермии, папилломатозы гортани, хронический ларингит и лейкоплакии. Согласно данным более 30% случаев облигатные ПРЗГ трансформируются в рак гортани и часто характеризуются наличием мультицентрических очагов патологического роста. При этом вопросы дифференциальной диагностики ПРЗГ, выявление ранних форм малигнизации остаются нерешенными и требуют дальнейших исследований в этой области.

Ключевые слова. Предрак, гортань, рак гортани, папилломатоз, лейкоплакия.

KHASANOV Ulugbek
tibbiyot fanlari doktori, professor
MUKHAMMADAMINOVA Shoir
tibbiyot fanlari doktori,
YUSUPBEKOV Akhrorbek
Toshkent tibbiyot akademiyasi

HIQILDOQ SARATONI OLDI KASALLIKLARI MUAMMOLARIGA ZAMONAVIY QARASHLAR (Adabiyotlar sharhi)

ANNOTATSIYA

Mualliflar tomonidan hiqildoq saratoni oldi kasalliklariga (HSOK) bag'ishlangan so'nggi 40 yillik adabiyotlar tahlil qilinganda asosan 2 ta turdagi hiqildoqning saraton oldi kasalliklari aniqlangan. Obligat HSOK aksariyat xollarda paxidermiya, hiqildoq papillamatozi, surunkali laringit va leykoplakiyalarda namoyon bo'lgan. Adabiyotlar tahliliga ko'ra, 30% dan ortiq xollarda HSOK ning saratonga transformatsiyasi kuzatilgan va ular aksariyat vaziyatlarda multitsentrik o'choqlar sifatida namoyon bo'lgan. Shunga qaramay, ayni vaqtda HSOK ning asosiy qiyosiy tashxisoti va ularning xavfli transformatsiyasini erta aniqlash borasidagi savollar o'z yechimini topmaganligi hamda bu yo'nalishda kelgusi tadqiqotlar davom ettirilishi lozimligi qayd etilgan.

Kalit so'zlar: saraton oldi kasallikla,hiqildoq saratoni, leykoplakiya, papillamatoz.

На фоне бурной индустриализации за последние двадцать лет частота заболеваемости раком гортани, неуклонно растет (12, 17, 22, 26). Однако, несмотря на бурное развитие медицинских технологий, до 75% больных поступает на лечение с III и IV стадией заболевания, что непосредственно отражается на результатах лечения и качество жизни пациентов. Аспекты диагностики, клинического течения и лечения запущенных стадий рака гортани достаточно изучены. Касательно предраковых заболеваний гортани и раннего рака гортани, то в этой проблеме остается много спорных, нерешенных вопросов (25). Частота предраковых заболеваний гортани составляет 1-2% от всех заболеваний гортани, но именно они являются определяющим фактором в развитии злокачественной трансформации в ткани гортани. Возникновение предраковых заболеваний в гортани тесно связано с развитием хронических воспалительных процессов, индуцированных и поддерживаемых комплексным воздействием патогенной микрофлоры и повреждающих факторов внешней среды. Согласно рекомендациям международного комитета по изучению опухолей головы и шеи при Международном агентстве по изучению рака IACR (Lyon, France, 2005), предраковые заболевания гортани подразделяются на две группы; Облигатные и факультативные [2, 4]. К облигатному предраку гортани, т. е. предраку с высокой степенью вероятности малигнизации

процесса, относят заболевания, с течением времени обязательно переходящие в злокачественное заболевание гортани. К ним относятся: хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ), дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз, пахидермия и т.д.), папилломатоз гортани (при некоторых типах вируса). Факультативные предраковые заболевания гортани - заболевания, при которых малигнизация возможна, но не является обязательной. К ним относятся: контактные гранулемы, рубцовые изменения гортани. Особое внимание следует обратить на случаи, когда заболевание сопровождается дисплазией слизистой оболочки (т.е. структурными изменениями эпителия).

Анализ современной литературы показывает, что концепция ПРЗГ обусловлена на верификации главного вопроса - степени риска злокачественной трансформации эпителиоцитов клеток гортани, подвергшихся процессам дисплазии различной степени вариации, и при состояниях гиперплазии, лейкоплакии, эритроплазии, кератоза, дискератоза, паракератоза, метаплазии и ороговения [3,5,6,13,14].

Согласно современным представлениям фундаментальной онкологии, предопухолевые изменения являются обязательной стадией развития опухолевого процесса, а предраковые патоморфологические изменения являются облигатной фазой развития рака. Данный тезис позволяет говорить о том, что каждому раку предшествует свой предрак [3,23].

Имеет место существование различных взглядов, определяющих наличие многогранных процессов, предшествующих малигнизации эпителиальных клеток гортани. В частности, обосновано выделение т. н. "фоновых" процессов, под которыми подразумевают все возможные диффузные изменения ткани гортани в виде дистрофий, атрофий, дисплазий и гиперплазий, хронического воспаления, приводящие к структурно-функциональной дезорганизации слизистой оболочки гортани. Эти процессы создают фон для последующих очаговых гиперпластических изменений, которые совершенно обосновано можно трактовать как предопухолевые [3,4,7,20]. Типичным примером подобных фоновых процессов является хроническая гиперплазия и лейкоплакия. Факт формирования очаговых гиперпластических изменений служит основанием для создания теории "опухолевого поля", которая позволяет объяснить возможность последовательного развития рака гортани. Согласно этому, очаговые гиперпластические изменения эпителия гортани создают мультицентрические точки роста, которые формируют очаговые пролифераты, обладающие высоким "потенциалом малигнизации" [3,4]. Еще в 1979 году Л.М. Шабаром был дан формулировка "Предрак - это микроскопические, мультицентрически возникающие, частью множественные очаги невоспалительного атипического разрастания незрелого эпителия с склонностью к инфильтративному росту, но ещё без разрушения ткани", которая не теряет актуальности и по сей день (16). Поскольку оценка эпителиальной дисплазии остаётся ведущей в современных классификациях предраковых заболеваний гортани, постепенно определилось представление о том, что опухоли не возникают без предопухолевых изменений и эти изменения являются, прежде всего, молекулярно-генетическими, представленными экспрессией онкогенов и срывом регуляторного влияния генов-супрессоров в отношении процессов клеточной пролиферации [13].

В соответствии с международными стандартами NCCN в практике опухолей головы и шеи, важнейшим критерием оценки тяжести патологического процесса и, соответственно, тактики ведения этих больных является степень дисплазии эпителия [6,7,9,10]. По данным M. Spielman et al, 2010 [3,11] за 15-летний период наблюдений трансформация предраковых заболеваний в рак гортани определялась у 23% больных с лёгкой и средней (mild, moderate) степенью дисплазии эпителия, в то время как при тяжёлой (severe) степени дисплазии этот процент возрос до 53%. У 13 пациентов из 17 (88%) с тяжёлой степенью дисплазии развился рак.

Изучение Ф.И. Чумаковым [20] взаимосвязи степени дисплазий с конкретными предраковыми заболеваниями, показал весьма интересные данные. Из 32 пациентов с предраковыми заболеваниями 13 случаев (41%) были представлены эритематозным (red) хроническим гиперпластическим ларингитом, 7 случаев (22%) были представлены

лейкоплакическим (white) гипертрофическим хроническим ларингитом и 12 случаев (37%) были представлены рецидивирующим папилломатозом гортани (РПГ). Лёгкая, средняя и тяжёлая степень дисплазии эпителия гортани определялась, соответственно, в 62,5%, 22% и 12,5% всех случаев, в 3% случаев определялся рак *in situ*.

По определению группы специалистов ВОЗ, входящих в Международное агентство по изучению рака, IARC (Lyon, France, 2005), под термином "дисплазия" определяется повреждение эпителия гортани, сопровождающиеся цитологическими и структурными изменениями. Подчёркивается, что дисплазия не является синонимом атипии, при которой цитологические изменения могут быть или могут не быть предраковыми [23,25]. Часто атипия сопутствует процессам хронического воспаления и регенераторных изменений. Здесь же даётся и определение термина "гиперплазия", под которым понимается увеличение количества эпителиальных клеток, находящихся на разных стадиях дифференцировки. Термины "лейкоплакия", "эритроплазия" являются производными от выше обозначенных.

Согласно определению И.В. Давыдовского, метаплазия - это "форма регенерации, когда конечным её продуктом оказывается новая ткань, морфологически и функционально отличная от первоначальной". Добавим, что этот процесс происходит в рамках гистогенетически одной и той же ткани. Что касается атипической гиперплазии, то, по сути дела, этот процесс является отражением средней и/или тяжёлой степени дисплазии гортани, согласно классификации ВОЗ.

Изучение литературных данных свидетельствует, что из-за взаимного смыслового перекреста патоморфологических терминов, нечёткость их разделения приводят к терминологической путанице и большим трудностям при сравнении результатов различных исследований. В частности, S. Fleskens and P. Slootweg, 2009 (27) пишут о том, что одни клиницисты считают, что патоморфологическое заключение может помочь в разделении больных на группы, нуждающиеся в различных методах лечения, а другие клиницисты соглашались в той части, что патологи могут помочь в отношении интерпретации характера патологического процесса, но однозначности в их позиции не наблюдается. Очевидно, что подобное положение дел также отражает недостаточность глубоких знаний о патогенезе раковой трансформации эпителия гортани.

В связи с неполноценной ясностью патогенеза малигнизации ПРЗГ, принципы их дифференциальной диагностики, а также прогноза остаются нерешёнными. Уникальность ситуации состоит в том, что многим предраковым заболеваниям предшествует, либо имеет место, сочетание с основным заболеванием хронического воспалительного процесса слизистой оболочки гортани. Так по данным некоторых авторов [17,20] этот процесс имеет место от 0,5% до 10% от числа всех обследованных пациентов. Верификация этих процессов проводится с позиций клинического обследования пациента и патоморфологической идентификации изменений слизистой оболочки. Сопоставление подобных подходов не всегда сопровождается формированием единого взгляда в отношении постановки клинического диагноза. Все нозологические единицы, подтверждённые уникальной клинической картиной, такие как пахидермия, лейкоплакия, полипы голосовых складок, папилломатоз гортани, хронический ларингит и др. сопровождаются типовыми патоморфологическими изменениями, не имеющими признаков специфичности. Речь идёт о хорошо известных процессах дисплазий эпителия различной степени, кератозов, дискератозов, гиперкератозов, хронического продуктивного воспаления. Нередко клиницисты используют сочетание нозологических единиц при постановке клинического диагноза. В частности, считается, что развитие лейкоплакии слизистой оболочки гортани, также, как и пахидермии (патоморфологически определяемые как очаговый дискератоз), происходит на фоне ХГЛ [14,16,17]. Более того, некоторые исследователи не видят принципиальных различий, в частности, между пахидермией и лейкоплакией гортани, считая, что эти заболевания отражают различные стадии процесса дискератоза эпителия гортани [16].

Связь хронического воспаления и канцерогенеза хорошо изучена и результаты многочисленных исследований в этой области не позволяют сделать однозначный вывод о трансформации очага хронического продуктивного воспаления в рак [12,13,19,21]. Хотя

считается, что активированные клетки и их растворимые продукты, находящиеся в очаге хронического воспаления - все популяции и субпопуляции лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD20+), клетки макрофагально-моноцитарного происхождения (CD68+, CD14+, CD35+), нейтрофилы (CD66+), естественные киллеры (CD56+), дендритные клетки (CD208+), эозинофилы (CD36), фибробласты потенцируют раковую трансформацию эпителия [28,29]. Эти факты позволяют провести определённую разграничительную линию между хроническим воспалением и процессами малигнизации.

Согласно среднестатистическим данным большинство исследований, частота малигнизации хронического гиперпластического ларингита может достигать 30% и более. При этом большинство авторов утверждают, что трансформация ХГЛ в ранний рак гортани в сроки наблюдения от 5 до 10 лет происходит в 22,4% случаев [16]. Известна связь ХГЛ с повреждающими воздействиями факторов внешней среды (работа в каменноугольной, нефтеперерабатывающей промышленности, вдыхание пыли и газа, ионизирующая радиация); курение и потребление алкоголя, голосовая нагрузка, а также несомненная связь с воздействием патогенной микрофлоры респираторного тракта позволяет говорить об этом заболевании как о заболевании с уникальным патогенезом и клинической картиной, но имеющим высокий «потенциал малигнизации», что и позволяет отнести ХГЛ к облигатным предракам [30,44].

Связь между пахидермией и раком гортани не подвергается сомнению. Однако оценка частоты опухолевой трансформации носит разноречивый характер. Согласно данным Барадзулина [2,15] из 36 наблюдавшихся в течение 14 лет больных пахидермией трансформация в рак гортани наблюдалась у 5 больных (14%). Согласно данным других авторов в 16% случаев определялась раковая трансформация пахидермии за срок наблюдения от 1 до 4 лет [15]. Некоторые авторы считают, что пахидермия - это есть первый этап малигнизации и её вероятность пропорциональна длительности процесса. Имеются публикации, в которых процент трансформации пахидермии в рак гортани варьирует от 2% до 37% [30] Заподозрить малигнизацию пахидермии гортани на основании клинических данных крайне трудно. И этот факт подчёркивает необходимость разработки новых критериев, основанных на последних достижениях научной медицины.

Лейкоплакию многие авторы относят к дискератозам и среди всех дискератозов лейкоплакия встречается от 8 до 33% случаев [16] Трансформация лейкоплакии в рак определяется от 3 до 35% случаев в сроки наблюдения до 9 лет по данным разных авторов [16,18]. По другим данным этот процент колеблется от 8% до 53% [16]. Столь широкая вариабельность результатов проспективных исследований малигнизации лейкоплакий, также как и при других предраковых заболеваниях гортани, подчёркивает отсутствие более или менее надёжных прогностических критериев, а также необходимость их дальнейшей разработки.

Таким образом, анализ современной литературы свидетельствует, что в развитии раннего рака гортани в подавляющем большинстве случаев имеет место наличие облигатных предраковых заболеваний.

Выводы: Большинство хронических воспалительных заболеваний гортани являясь облигатными предраковыми заболеваниями, играют определяющую роль в развитии рака гортани.

ПРЗГ во всех случаях выражаются различной степени дисплазией и в период до 10 лет имеют склонность к злокачественной трансформации.

Хронический гиперпластический ларингит более 30% случаев малигнизируется и характеризуется образованием мультицентрических очагов роста опухолевых клеток.

Анализ современной литературы свидетельствует о необходимости проведения дальнейших исследований в этой области с учетом молекулярно-генетических и географических особенностей у населения Узбекистана.


REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Балукова О.В. Папилломавирусная инфекция в предопухолевых и опухолевых образованиях гортани /О.В.Балукова, Л.Н.Щербак, Н.А.Савёлов // Вестник Российской Академии медицинских наук -2004 - N 12 - С.36-39.
2. Барадулина М.Г. Предраковые процессы в гортани /М.Г.Барадулина, Т.Е.Гош, Г.М.Орлов // Москва, 1980 - 72 с.
3. Барсук В.П. Предраковые заболевания и ранний рак гортани /В.П.Барсук, В.О.Ольшанский, М.Г.Сандул// - Кишинёв: Штиинца, 1989 - 135 с.
4. Демченко Е.В. Современные аспекты клинко-лабораторной диагностики и лечения хронического гиперпластического ларингита / Е.В.Демченко, Г.Ф.Иванченко, Д.Л.Новаковский // Качество жизни. Медицина 2007 - N 1(18) - С.35-38.
5. Иванченко Г.Ф. Клинические особенности и терапия больных хроническим гиперпластическим ларингитом. Метод рекомендации / Г.Ф.Иванченко, Е.В.Демченко, В.П.Быкова и др.// Москва - 1998-11 с.
6. Каримова Ф.С. Клинико-морфологические аспекты папилломатоза гортани у взрослых / Ф.С. Каримова, В.П. Быкова // Российская оториноларингология - 2003 - N3(6) - С.2-14.
7. Коваленко С.Н. Клинико-морфологические аспекты гиперпластических процессов гортани. Автореф. дис.....канд. мед. наук - Москва - 2008 - 25 с.
8. Кожанов Х.Г. Принципы ранней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов / Х.Г.Хожанов, Н.Х.Шацкая, А.А.Лучихин // Вестник оториноларингологии - 2008 - N 5 - С.7-10.
9. Козлова Е.П. Комплексное лечение папилломатоза гортани с применением индол-3-карбинола. Автореф. дис.....канд. мед. наук - Санкт-Петербург - 2009 - 23 с.
10. Кузнецов В.С. Распространённость хронических заболеваний верхних дыхательных путей и органа слуха среди взрослого населения и подростков, проживающих в Москве /В.С.Кузнецов, И.А.Вознесенская, А.Б.Морозов и др. // Вестник оториноларингологии - 1982 - N2 -С.55-59.
11. Кулагин Р.Н. Цитокератиновые полипептиды в плоскоклеточном раке гортани /Р.Н.Кулагин, С.В.Петров, Д.Э.Цыплаков // Актуальные вопросы патологической и нормальной морфологии: мат-лы Респ. Науч.-прак. Конф. - Ижевск, 2005 - вып.4 - С.114-116.
12. Макаров В.И. Хронический гиперпластический ларингит, его клинко-морфологические особенности и тактика лечения. Дис.....канд. мед. наук - Москва - 1986 - 143 с.
13. Махов В.А. Патогенетическое значение острофазных белков и про-воспалительных цитокинов в диагностике предраковых заболеваний и рака гортани. Дис.....канд. мед. наук - Новосибирск - 2004 - 125 с.
14. Машкова Т.А. Уточняющая диагностика предопухолевых заболеваний и рака гортани с выраженным фоновым процессом. Дис.....канд. мед. наук - Воронеж - 1998 - 128 с.
15. Мирошникова Е.З. Пахидермия и папилломы гортани / Е.З.Мирошникова, Л.А.Черкасский // Библиотека практического врача, оториноларингология. Киев, Здоровье, 1982, 76 с.
16. Осипов В.Д. Роль неспецифических опухолевых маркёров и клинко-морфологические показатели в диагностике и лечении предрака и раннего рака гортани. Дис.....докт. мед. наук - Томск - 2006 - 288 с.
17. Ремакль М., Эккель Х.Э. Хирургия гортани и трахеи / БИНОМ, М., 2014. 352с.
18. Черемисина О. В. Возможности эндоскопической диагностики предопухолевых заболеваний и рака гортани в современной онкологии / О.В. Черемисина, Е.Л. Чойнзонов // Сибирский онкологический журнал - 2007 - N3 (23) - С. 5-10.
19. Черешнев В.А. Иммунологические механизмы локального воспаления /В.А.Черешнев, М.В.Черешнева // Медицинская иммунология -2011 - Т.13 - N 6 - С.557-568.

20. Чумаков Ф.И. О распространённости и некоторых особенностях хронического гиперпластического ларингита /Ф.И.Чумаков, Т.А.Рогатчикова // Вестник оториноларингологии - 2002 - N2 - С.31-33.
21. Fleskens S. Grading systems in head and neck dysplasia: their prognostic value, weaknesses and utility/ S. Fleskens P. Slootweg // Head & Neck On-cology-2009-1:11 <http://www.headandneckoncology.org/content/1/1/11>
22. Gadducci A. The serum assay of tumour markers in the prognostic evaluation, treatment monitoring and follow-up of patients with cervical cancer: a review of the literature. / A.Gadducci, R.Tana, S.Cosio et al.// Crit. Rev. Oncol. Hematol.- 2008 - V.66 - N 1 - P.10-20.
23. Lewis R. Dysplasia of the Upper Aerodigestive Tract Squamous Epithelium / R.Lewis// Head and Neck Pathol. - 2009 - V.3 - P.63-68
24. Lin H.W. Malignant transformation of a highly aggressive human papillomavirus type 11-associated recurrent respiratory papillomatosis. / H.W.Lin, J.D. Richmon, K.S.Emerick et al.// Am. J. Otolaryngol.- 2010 -V.31 - N 4 - P.291-296.
25. Ragin C.C. The Epidemiology and Risk Factors of Head and Neck Cancer: a Focus on Human Papillomavirus / C.C.Ragin, F. Modugno,S.M. Gollin // J. Dent. Res. - 2007 - V. 86 - N 2 - P.104-114.
26. Szczepajski M. Assessment of expression of toll-like receptors 2, 3 and 4in laryngeal carcinoma / M.Szczepajski, M. Stelmachowska, G.Stryczyjski // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. - 2007 - V. 264 - P.525-530.
27. Torrente M.C, Molecular detection and typing of human papillomavirus in laryngeal carcinoma specimens / M.C.Torrente, S. Ampuero, M. Abud et al.// Acta Otolaryngol. - 2005 - V.125 - N 8 - P.888-893.
28. Wallis L. Vocal fold nodule vs. vocal fold polyp: answer from surgical pathologist and voice pathologist point of view / L.Wallis, C.Jackson-Menaldi, W.Holland et al.// J. Voice - 2004 - V.18 - N 1 - P.125-129.
29. Waters H.H. Does HPV have a presence in diffuse high grade pre-malignant lesions of the larynx? / H.H.Waters, R.Seth, A.P.Hoschar et al.//Laryngoscope - 2010 - V.120 - Suppl 4:S201.
30. Polatova Djamila, Madaminov Ahmad, Raximov Nodir. Significance of expression of PD-L1 and p53 proteins in human papillomavirus-associated oropharyngeal squamous cell carcinoma. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 4, pp. 144-151

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE**SHAKHANOVA Shakhnoza Shavkatovna**
PhD**RAKHIMOV Nodir Makhammatkulovich**
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University**TURSUNOV Sherali Sirojiddinovich****ERGASHEV Abdulatif Ernafasovich****DAVRONOV Eshboy Egamqulovich**Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific
and practical medical center of Oncology and Radiology**MELANOMA OF THE SKIN AND PREGNANCY**

For citation: Shakhanova Sh Shakhnoza, Rakhimov M. Nodir, Tursunov S. Sherali, Ergashev E. Abdulatif, Davronov E. Eshboy. Melanoma of the skin and pregnancy// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 187-196

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835440>**ANNOTATION**

The effect of pregnancy on the clinical course and prognosis in melanomas is the subject of contradictory observations and conclusions. There are known data on the effect of certain hormones on the pigment system and the relationship between sex hormones and malignant melanoma. It was found that there are special receptors for estrogens in the cytoplasm of primary melanoma cells (Bruli S., 2010). In the United States, it is possible to determine to what extent this is the case (Sadoff L. and others, 2013; Lerner L. et al., 2019). However, A. Adam. (2011) did not find a link between the use of hormonal contraceptives and the occurrence of melanoma. To. Sutherland. (2013) indicate an increase in hormone levels during pregnancy, and then a rapid decrease after childbirth.

Keywords: melanoma, skin, pregnancy.

ШАХАНОВА Шахноза Шавкатовна
PhD**РАХИМОВ Нодир Махамматкулович**
Д.м.н., доцент

Самаркандский Государственный медицинский университет

ТУРСУНОВ Шерали Сирожиддинович**ЭРГАШЕВ Абдулатиф Эрнафасович****ДАВРОНОВ Эшбой Эгамкулович**

Самаркандский филиал РСНПМ ЦО и Р

МЕЛАНОМА КОЖИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

АННОТАЦИЯ

Влияние беременности на клиническое течение и прогноз при меланоме является предметом противоречивых наблюдений и заключений. Известны данные о влиянии некоторых гормонов на пигментную систему и связи между половыми гормонами и злокачественной меланомой. Было установлено, что в цитоплазме клеток первичной меланомы существуют специальные рецепторы к эстрогенам (Bruley c.,2010). Имеются указания на быстрый рост и развитие метастазов у больных меланомой кожи, совпавший с приемом эстрогенов (Sadoff L, et al., 2013; Lerner A.B. et al., 2019). Однако A.Adam и соавт. (2011) не нашли связи между приемом гормональных контрацептивов и возникновением меланомы. C.Sutherland и соавт. (2013) указывают на повышение уровня гормонов в течении беременности, а затем на быстрое их уменьшение после родов.

Ключевые слова: меланома, кожа, беременность.

ШАХАНОВА Шахноза Шавкатовна
PhD

РАХИМОВ Нодир Махамматкулович
Тиббиёт фанлари доктори, доцент
Самарқанд давлат тиббиёт университети

ТУРСУНОВ Шерали Сирожидинович

ЭРГАШЕВ Абдулатиф Эрнафасович
ДАВРОНОВ Эшбой Эгамкулович
РИО ва РИАТМ Самарқанд филиали

ТЕРИ МЕЛАНОМАСИ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК**АННОТАЦИЯ**

Ҳомиладорликнинг меланоманинг клиник кечиши ва башоратига таъсирини ўрганишда қарама-қарши кузатишлар ва хулосалар мавжуд. Баъзи гормонларнинг пигмент тизимига таъсири ва жинсий гормонлар билан меланома ўртасидаги боғлиқликлар ҳақида кўплаб маълумотлар келтирилган. Бирламчи меланома ҳужайралари цитоплазмасида махсус эстроген рецепторлари мавжудлиги аниқланди (Bruley c.,2010). Тери меланомаси бўлган беморларда эстрогенни қабул қилиш билан бир вақтда метастазларнинг тез ривожланиши белгилари мавжуд (Sadoff L, et al., 2013; Lerner A.B. et al., 2019). Бироқ, A.Adam ва бошқалар. (2011) гормонал контрацептив воситалардан фойдаланиш ва меланома ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик йўқ дея таъкидлади. C.Sutherland ва бошқалар. (2013) ҳомиладорлик даврида гормонлар даражасининг ошишига, кейин эса туғилгандан кейин тез пасайишига ишора қилади.

Калит сўзлар: меланома, тери, ҳомиладорлик.

Совершенно очевидно, что изменение гормонального статуса, связанного с беременностью, вызывает активацию пигментных невусов человека (Нивинская М. М., 2010; Tucker s.B. et al., 2010). Так, описаны наблюдения, где указывается, что во время беременности отмечалось увеличение размеров врожденного невуса и его изъязвление, а после родов или аборта невус подвергался обратному развитию (Иконописов Р.л. и соавт., 2010; Riberti c. et al., 2011). Эти изменения, по данным большинства исследователей, свидетельствуют о стимулирующем эффекте беременности на меланому (Summer W.C., 2013; Byrd B.P. et al., 2014; Stewar J., 2015; Kreysel Haw. et al., 2015; Allen E.P., 2017; Nathanson n., 2016; Bork K. et al., 2015).

Р.Д. Иконописов и соавт. (2010) описали наблюдения полной спонтанной регрессии меланомы кожи молочной железы с метастазами в подмышечные и надключичные лимфатические узлы у молодой женщины, наступившей после благополучного завершения беременности.

В отношении влияния беременности на прогноз у женщин, больных меланомой кожи, мнение исследователей разноречиво. А., Naughton и соавт. (2011) провели подробный ретроспективный анализ 12 беременных и 175 небеременных женщин детородного возраста с меланомой кожи, при котором отметили низкую трех- и пятилетнюю Выживаемость (65% и 55%) у беременных женщин по сравнению с небеременными (86% и 83%). На то обстоятельство, что беременность неблагоприятно влияет на течение меланомы, также указывают и другие исследователи (Ильин И.А., 2019; Лобода И.Д. и соавт., 2010; Нивинская И.Ш., 2010; Landthaler M. et al., 2015). Напротив, некоторые авторы считают, что беременность никакого влияния на прогноз при меланоме кожи не оказывает (Бохан Я.В. и соавт., 2011; Shacker E.c. et al., 1958; George P.A. et al., 2010; White L.P. et al., 2011; Nathanson L. et al., 2017; Haßler N. et al., 2019; Reintgen D.s. et al., 2015; Holly E.A., 2016; Fiedler H. et al., 2016).

Ряд исследователей считают, что при оценке влияния беременности на течение и прогноз при меланоме кожи необходимо учитывать степень распространения опухолевого процесса. А.П. Шанин (2017) указывает, что, с одной стороны, при локальной меланоме беременность не влияет на 5- и 10-летнюю выживаемость; с другой стороны, при наличии регионарных метастазов явно ведет к диссеминации процесса. E.G.Jung (2019) отметил, что беременность при локальной меланоме I клинической стадии не ухудшает прогноз, при стадии заболевания отрицательно влияет на прогноз, при III стадии может распространиться на плод. По данным автора, пятилетняя выживаемость при I стадии составляет от 50 до 90%, при I стадии – 10-20а, при I стадии - 5%. M.H.shin и соавт. (2016) также выявили, что беременность при I стадии ухудшает прогноз заболевания. Имеются данные, что ранние сроки беременности не влияют на прогноз заболевания, а при сочетании со ланомы и беременности в поздних сроках прогноз ухудшается (Smith R.S., Randall P., 2019).

В отношении сохранения беременности у женщин, больных меланомой кожи, мнения исследователей разноречивы. По данным И.Д.Лободы и соавт. (2010), прерывание беременности как в ранних, так и в поздних сроках не улучшает клинического течения меланомы. Однако авторы предполагают, что терапевтический аборт в поздние сроки беременности может значительно ускорить процесс метастазирования, в связи с чем они рекомендуют сохранение беременности в поздних сроках. с.01аen (2017) также не считает прерывание беременности абсолютно показанным во всех случаях. E.G.Jung (2019), H.Fiedler и соавт. (2016) указывают, что вопрос о сохранении беременности в I клинической стадии должен решаться индивидуально. Когда же есть регионарные метастазы, беременность значительно ухудшает прогноз, и поэтому должна обязательно прерываться. В то же время Нивинская и соавт. (2012) указывают, что ни роды, ни аборты не дадут прогрессировать лечению меланомы, когда она возникла на фоне беременности.

Учитывая большой интерес к данной проблеме и неясности в ряде вопросов, касающихся течения болезни, мы решили ретроспективно проанализировать истории болезни 102 беременных женщин, страдавших меланомой кожи, находившихся на обследовании и лечении в ВОВ АН СССР с 2010 по 2014 г., включительно, что в целом составило 5 от всех 2018 больных меланомой женщин, лечившихся в это": период. 3-, 5- и 10-летняя выживаемость среди этой группы из 102 беременных женщин сравнивалась по выживаемости с группой из 42 женщин, заболевших меланомой кожи в период лактации, и с группой из 599 женщин, заболевших в детородном возрасте, с нормальным менструальным циклом, у которых во время заболевания беременности не было (контрольная группа).

Диагноз у всех больных был подтвержден данными гистологического исследования. Все группы больных при сравнении их по возрасту, локализации первичной опухоли, уровню инвазии и толщине опухоли были аналогичными.

Таблица 1

Распределение беременных женщин и больных контрольной группы в зависимости от локализации первичной опухоли

| Локализация опухоли | Беременные женщины | | Контрольная группа | |
|---------------------|--------------------|---|--------------------|---|
| | абс | % | абс | % |
| | | | | |

| | | | | |
|--------------------|-----|------|-----|------|
| Голова, шея | 15 | 14,7 | 68 | 11,3 |
| туловище | 34 | 33,3 | 194 | 32,2 |
| Верхние конечности | 5 | 4,9 | 70 | 11,7 |
| Нижние конечности | 48 | 47,1 | 267 | 44,6 |
| Всего | 102 | 100 | 599 | 100 |

Распределение беременных женщин с меланомой кожи по возрасту было следующим: до 19 лет - 3 (3%), от 20 до 29 лет - 55 (54%), от 30 до 39 лет - 40 (39%), 40 лет и старше - 4 (4%). Самой молодой женщине было 18 лет, самой старшей - 43 года. Средний возраст больных составил 28,7±0,6 года. Самой молодой женщине в контрольной группе было 18 лет, самой старшей - 40 лет. Средний возраст в этой группе составил 32,0±0,2 года.

Следует отметить, что, как и обычно у генция с целанохой кожи, у беременных наиболее часто опухоль локализовалась на нижних конечностях и тулозаце. В группе беременных женщин, больных меланомой, з однок наблюдении одухоль была первично-множественной, причем обе опухоли долализовались на нижней конечности.

При гистологическом исследовании препаратоз наиболее часто (79,13) встречалась уздолая меланома. Уровень инвазии Опухолевых цетох по йдарку определен у 4 беременных из 131 больной контрольной группа. Толщина одухоли по Бреслоу определена у 32 беременных и у 129 больных контрольной группы.

Таблица 2.

Распределение дереченных женщин и больных контрольной группы в зависимости от уровня инвази и толщины опухоли (3 мм)

| Морологические признаки | Беременные женщины | | Контрольная группа | |
|-----------------------------|--------------------|------|--------------------|------|
| | абс | % | абс | % |
| Уровень инвазии | | | | |
| I | 0 | 0 | 1 | 0,8 |
| II | 3 | 6,8 | 13 | 9,9 |
| III | 20 | 45,5 | 55 | 2 |
| IV | 15 | 34,1 | 51 | 38,9 |
| V | 6 | 13,6 | 11 | 8,4 |
| Толщина опухоли в мм | | | | |
| 0,74 | 1 | 3,1 | 4 | 3,1 |
| 0,75-1,49 | 5 | 15,7 | 27 | 20,9 |
| 1,50-2,99 | 9 | 28,1 | 41 | 31,8 |
| 3,00-4,99 | 8 | 25 | 34 | 26,4 |
| 5,00 и более | 9 | 28,1 | 23 | 17,8 |

Из табл. видно, что, как у беременных, так и в контрольной группе наиболее часто встречался 2 1 0 Уровни инвазии (79,5% 80,9% соответственно), так же, как и у дереченных, в контрольной группе преобладали опухоли толщиной более 1,5 мм — 81,1% и 76%.

При поступлении на лечение у 82 (80,4%) беременных и у 477 (79,6%) больных контрольной группы процесс был локальных (I клиническая стадия). У 13 (12,7%) беременных и у 91 (15,2%) больной КОнтрольной группы процесс был локально-регионарным (II стадия). А у 7 (6,9%) беременных и у 31 (5,2%) больной контрольной группы уже имелись отдаленные метастазы (III стадия).

Для изучения влияния беременности на прогноз при меланоме кожи, как было указано выше, мы провели анализ выживаемости 102 женщин, у которых меланома возникла на фоне беременности, и у 599 женщин в детородном возрасте, у которых во время заболевания меланомой беременности не было (контрольная группа).

Как видно из табл. при меланоме кожи в I стадии, у беременных женщин 3-, 5- и 10-летняя выживаемость составила 65,2; 44,4, и 26,0%, а у небеременных – соответственно 70,9; 53,6 и 43,0%. Выживаемость у беременных женщин локальной меланомой I стадии была ниже, чем у небеременных, однако достоверные различия между при выявлены только в 10-летние сроки ($p < 0,05$). Как при II, так и при III стадии между беременный и небеременных женщинами, больными меланомой, достоверных различий в выживаемости во все сроки наблюдения нами не выявлено. Независимо от клинической стадии в целом выявлена достоверно низкая 10-летняя выживаемость у всех беременных женщин по сравнению с небеременными женщинами контрольной группы - соответственно 22% и 35,8% ($p < 0,05$).

Таблица 3

Выживаемость больных меланомой кожи в зависимости от сроков беременности и от клинической стадии болезни

| Группы больных | Клин. Стадия болезни и | Число больных (%) | Выживаемость | | | Медиана выживаемости (мес) |
|---------------------------|------------------------|-------------------|--------------|-----------|-----------|----------------------------|
| | | | 3 года | 5 лет | 10 лет | |
| 1-я половина беременности | I | 60(79) | 70,1±6,1 | 50,6±7,8 | 35,1±8,7 | 60,8±15,2 |
| | II | 12(15,8) | 40,9±15,6 | 40,9±15,6 | - | 21,3±5,1 |
| | III | 4(5,2) | - | - | - | 8,0±4,0 |
| 2-я половина беременности | I | 22(84,6) | 52,5±11,7 | 27,0±12,2 | 18,0±11,0 | 40,0±30,2 |
| | II | 1(3,9) | - | - | - | 18,0±6,0 |
| | III | 3(11,5) | - | - | - | 6,0±3,4 |
| Период лактации | I | 31(73,8) | 75,4±8,7 | 54,4±10,9 | 28,5±12,8 | 75,6±15,0 |
| | II | 9(21,4) | 29,1±17,2 | 14,5±13,4 | - | 22,2±5,6 |
| | III | 2(4,8) | - | - | - | - |
| Контрольная группа | I | 477(76,6) | 70,9±2,2 | 53,6±2,6 | 43,0±2,8 | 69,8±11,2 |
| | II | 91(15,2) | 29,6±5,0 | 23,6±4,8 | 17,9±4,6 | 23,3±3,1 |
| | III | 31(5,2) | 5,6±4,4 | 5,6±4,2 | - | 8,3±1,5 |

Таким образом, полученные результаты показали, что беременность неблагоприятно влияет на прогноз при меланоме кожи. Выявлена достоверно низкая выживаемость как при локальной меланоме I клинической стадии, так и в целом у всех беременных женщин независимо от стадии заболевания по сравнению с небеременными женщинами контрольной группы.

Таблица 4

Выживаемость больных меланомой кожи беременных и небеременных

| Группа больных | Клин. Стадия болезни | Число больных (%) | Выживаемость, % | | | Медиана выживаемости (мес.) |
|----------------|----------------------|-------------------|-----------------|-----------|----------|-----------------------------|
| | | | 3 года | 5 лет | 10 лет | |
| Беременные | I | 82(80,4) | 65,2±5,8 | 44,4±6,7 | 26,0±7,4 | 55,0±8,2 |
| | II | 13(12,7) | 37,0±14,6 | 37,0±14,6 | - | 20,6±4,3 |
| | III | 7(6,9) | - | - | - | 7,0±2,6 |

| | | | | | | |
|------------|------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| Контроль | I | 477(79,6) | 70,9±2,2 | 53,6±2,6 | 43,0±2,8 | 69,8±11,2 |
| | II | 91(15,2) | 29,6±5,0 | 23,6±4,8 | 17,9±4,6 | 23,3±3,1 |
| | III | 31(5,2) | 5,6±4,4 | 5,6±4,2 | - | 8,3±1,5 |
| Беременные | Все стадии | 102(100) | 57,0±5,3 | 37,7±6,9 | 22,0±6,3 | 48,8±8,7 |
| Контроль | | 599(100) | 61,0±2,1 | 46,4±2,3 | 36,8±2,4 | 49,6±10,2 |

Все 102 беременные женщины, больные мелановой кожи, в завиоимости от сроков беременности были разделены на 2 группы:

- 1) 76 (74,5%) больных, у которых клинические проявления меланомы возникли в 1-й половине беременности;
- 2) 26 (25,5%) больных, у которых меланома возникла во 2-й половине беременности.

Мы проанализировали выживаемость больных меланомой женщин в 1- и 2-й половине беременности по стадия и эти результаты сравнили с выживаемостью больных в контрольной группе и в группе, где меланома возникла в период лактации. Результаты этих исследований представлены в табл. . Как видно из табл. , выживаемость во всех стадиях у больных меланомной кожи в 1-й половине беременности и в период лактации была выше, чем у больных во 2-й половине беременности, однако различия оказались статистически не достоверными. Можно также отметить, что показатели выживаемости при I клинической стадии в 1-й половине беременности существенно не отличались от данных больных контрольной группы, а во 2-й половине беременности выявлена достоверно низкая 5- и 10-летняя выживаемость по сравнению с небеременными женщинами, больными меланомо, в контрольной группе.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что во всех стадиях меланомы кожи Выживаемость была ниже во 2-й половине беременности по сравнению с 1-й половиной и периодом лактации. Выриваемость больных с т клинической стадией в 1-й половине беременности существенно не отличалась от таковой в контрольной группе, а во 2-й половине беременности имела достоверно низкую 5- - и 10-летнюю выживаемость. Следовательно, низкие показатели выживаемости у больных меланомой кожи т стадии следует отнести за счет тех женщин, у которых меланома проявилась во 2-а половине беременности. Возможно, имеет значение высокий уровень эстрогенов и соматотропина, наблюдавшийся именно в этот период беременности, а действие этих гормонов проявляется в стимуляции и пролиферации, в том числе и опухолевой.

Из 102 беременных женщин с меланой кожи судьбу последней беременности нам не удалось выяснить только у 2 больных. Из 100 больных беременность была сохранена у 60 и прерзана у 40. в 1-й половине беременность была сохранена у 36 и прервана у 39, а во половине беременность была сохранена у 2+ и прерзана только У одной больной, которая удерла спустя 42 мес. от метастазов меланомой в головной мозг. Анализ выживаемости в зависимости от прерывания беременности в 1-й и во 2-й ее половине, а также в целом независимо от сроков беременности представлен в табл. и на рис. окно отметить, что в 1-й половине беременности в группе больных, где ое решенность была сохранена, выживаемость была выше по сравнению с больной, который проводилось прерывание беременности, однако статистически значимые различия имели место лишь при оценке 5-летней выживаемости, что составило соответственно 56,5% и 28% (p<0,05).

Таблица 5

Выживаемость больных меланомой кожи в зависимости от сроков беременности и временные ее прерывания, а также в целом независимо от сроков беременности

| Клинические признаки | Прервания беременнос | Число больных | Выживаемость, % | | | Медиана выживаемости (мес.) |
|----------------------|----------------------|---------------|-----------------|-------|--------|-----------------------------|
| | | | 3 года | 5 лет | 10 лет | |

| | ти была +, не была - | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1-я половина беременности | + | 36 | 66,0±8,8 | 55,5±9,7 | 39,5±11,3 | 68,3±18,3 |
| | - | 39 | 56,4±8,5 | 28,0±9,5 | 18,6±9,9 | 42,6±13,5 |
| 2-я половина беременности | + | 24 | 38,7±11,0 | 19,3±11,1 | 9,6±8,8 | 29,8±8,1 |
| | - | 1 | 100±0,0 | - | - | 42,0±6,0 |
| Все беременные | - | 60 | 54,8±7,1 | 41,6±7,1 | 22,6±8,1 | 52,7±11,6 |
| | + | 40 | 57,7±8,4 | 26,7±9,2 | 17,8±9,5 | 42,2±10,8 |

В целом, независимо от сроков беременности, 5- и 10-летняя выживаемость и медиана были выше у всех женщин, больных меланомой, которым беременность была сохранена, по сравнению с тем, который беременность прервали, однако различия между ними были статистически недостоверными.

Нами также проведен анализ выживаемости беременных женщин, больных меланомой, в зависимости от клинической стадии, сроков беременности и времени ее прерывания.

Таблица 6.

Выживаемость больных меланомой кожи в зависимости от сроков беременности стадии болезни и прерывания беременности

| Группа больных | Клин. Стадия болезни | Прерывания беременности была +, не была - | Число больных | Выживаемость, % | | | Медиана выживаемости (мес.) |
|---------------------------|----------------------|---|---------------|-----------------|-----------|-----------|-----------------------------|
| | | | | 3 года | 5 лет | 10 лет | |
| 1-я половина беременности | I | + | 31 | 72,1±9,0 | 66,5±9,9 | 45,4±12,7 | 90,5±25,3 |
| | | - | 29 | 67,8±9,4 | 33,3±11,2 | 22,2±11,7 | 49,9±10,6 |
| | II | + | 5 | 25,0±21,6 | 25,0±21,6 | - | 20,0±4,0 |
| | | - | 6 | 42,4±22,0 | 42,4±22,0 | - | 19,7±16,3 |
| | III | + | 0 | - | - | - | - |
| | | - | 4 | - | - | - | 8,0±4,0 |
| 2-я половина беременности | I | + | 20 | 46,6±12,4 | 23,3±13,2 | 11,6±10,5 | 34,5±6,8 |
| | | - | 1 | 100±0,0 | - | - | 42,0±6,0 |
| | II | + | - | - | - | - | 18,6±6,0 |
| | | - | 0 | - | - | - | - |
| | III | + | 3 | - | - | - | 6,0±3,4 |
| | | - | 0 | - | - | - | - |
| Все беременные | I | - | 51 | 61,9±7,6 | 51,0±8,5 | 27,1±9,6 | 61,0±14,6 |
| | | + | 30 | 69,1±1,0 | 31,6±10,8 | 21,1±11,2 | 48,4±11,0 |
| | II | - | 6 | 20,0±17,9 | 20,0±17,9 | - | 19,5±3,3 |
| | | + | 6 | 42,4±22,0 | 42,4±22,0 | - | 19,7±16,3 |
| | III | - | 3 | - | - | - | 6,9±3,4 |
| | | + | 4 | - | - | - | 8,0±4,0 |

Можно отметить, что при I клинической стадии в 1-й половине беременности 3-, - и 10-летняя выживаемость и ее медиана были выше у тех больных, где беременность была сохранена, по сравнению с теми больными, чья беременность прервана, однако достоверные различия между ними выявлены только при оценке 5-летней выживаемости, что составило соответственно 66, 5. и 33,3% (p < 0,05). Напротив, при II клинической стадии болезни в эти

же сроки беременности доказатели 3- и 5-летней выживаемости были выше у женщин, которым было произведено прерывание беременности, по сравнению с больными, которым беременность сохранена; различия статистически достоверны. Выявить достоверные различия в выживаемости у больных П-Ш клинической стадии заболевания из-за малого числа наблюдений в сравниваемых группах не представилось возможным.

Из табл. также видно, что при изучении выживаемости независимо от сроков беременности показатели 3-летней выживаемости I стадии были выше у больных, которым произведено прерывание беременности. Напротив, 5- и 10-летняя выживаемость была выше у больных, которым беременность сохранена, однако все эти различия оказались недостоверными. Также не выявлены достоверные различия 3- и 5-летней выживаемости во II стадии, хотя выживаемость была выше у больных, которым произведено прерывание беременности. При I стадии показатели выживаемости по медиане были выше у больных, которым производилось прерывание беременности, по сравнению с больными, которым беременность сохранена, однако вновь различия оказались статистически недостоверными. На основании этих данных можно предполагать, что прерывание беременности при III стадии как в 1-й, так и во 2-й половине беременности не изменяет прогрессирующего течения заболевания.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют, что беременность оказывает неблагоприятное влияние на прогноз при меланоме кожи. Выявлена статистически значимая низкая 10-летняя выживаемость у беременных женщин как при локальной меланоме, так и в целом независимо от клинической стадии ($P < 0,05$). Прогноз у беременных женщин, больных меланомой, во многом зависит и сроков беременности и клинической стадии болезни. Выживаемость в 1-й половине беременности и в период лактации выше, чем выживаемость до 2-й половине беременности. Показатели выживаемости при I стадии в 1-й половине беременности существенно не отличаются от показателей контрольной группы, а во 2-й половине беременности имеют достоверно низкую 5- и 10-летнюю выживаемость по сравнению с небеременными женщинами, больными меланомой ($p < 0,05$).

Прерывание беременности в 1-й ее половине у больных меланомой в I стадии ухудшает, а при II стадии улучшает прогноз заболевания. Выявлена статистически значимая высокая 5-летняя выживаемость у больных в 1-й половине беременности при меланоме I стадии, которым беременность была сохранена, по сравнению с больными, которым произведено прерывание беременности ($p < 0,05$). Прерывание беременности у больных меланомой III стадии как в 1-й, так и во 2-й половине беременности не изменяет прогрессирующего течения меланомы.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Aceves, C. The extrathyronine actions of iodine as antioxidant, apoptotic, and differentiation factor in various tissues / C.Aceves, B. Anguiano, G. Delgado // *Thyroid*.- 2013. - Vol.23, №8. - P.938-46. doi: 10.1089/thy.2012.0579.
2. Addor, F.A.S. Beyond photoaging: additional factors involved in the process of skin aging. / Addor, F.A.S. // *Clin Cosmet Investig Dermatol*. - 2018. - Vol.20, №11. -P.437-443. doi: 10.2147/CCID.S177448.
3. Amaravadi, R. Mouse models address key concerns regarding autophagy inhibition in cancer therapy. / R.Amaravadi, J.Debnath // *Cancer Discov*. - 2014. -Vol.4, №8. - P.873-875.
4. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2021. P. 24. Available at: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2021.html>.
5. Banchereau J., Palucka A.K., Dhodapkar M., Burkeholder S., Taquet N., Rolland A., Taquet S., Coquery S., Wittkowski K.M., Bhardwaj N. Immune and clinical responses in patients with

- metastatic melanoma to CD34+ progenitor-derived dendritic cell vaccine. *Cancer Res.* 2001; 61 (17): 6451-8.
6. Bandovkina, V.A. Effect of estrogens on growth factors in melanoma and nevi / V.A. Bandovkina, O.I. Kit, E.M. Frantsiyants, V.A. Sustretov et al. // ASCO Annual Meeting J. Clin. Oncol. - 2018. - Vol. 36, Suppl. - abstr. e21628.
 7. Ben-Kasus T., Schechter B., Lavi S., Yarden Y., Sela M. Persistent elimination of ErbB-2/HER2-overexpressing tumors using combinations of monoclonal antibodies: relevance of receptor endocytosis. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2009 Mar 3; 106 (9): 3294-9. doi: 10.1073/pnas.0812059106.
 8. *Cancer Immunol Immunother.* 2010; 59 (6): 863-73. doi: 10.1007/s00262-009-0811-7.
 9. Capatina A.L., Lagos D., Brackenbury W.J. Targeting Ion Channels for Cancer Treatment: Current Progress and Future Challenges. In: *Reviews of Physiology, Biochemistry and Pharmacology.* Berlin, Heidelberg: Springer; 2020: 1-43.
 10. Denat, L. Melanocytes as instigators and victims of oxidative stress. / L. Denat, A.L. Kadekaro, L. Marrot, S.A. Leachman et al. // *J Invest Dermatol.* - 2014. - Vol.134, №6. - P.1512-1518. doi: 10.1038/jid.2014.65.
 11. Eells J.T., Wong-Riley M.T., VerHoeve J. Mitochondrial signal transduction in accelerated wound and retinal healing by near-infrared light therapy. *Mitochondrion.* 2004; 4 (5-6): 559-567.
 12. El-Safadi S., Estel R., Maysner P., Muenstedt K. Primary malignant melanoma of the urethra: a systematic analysis of the current literature. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289(5):935-43. DOI: 10.1007/s00404-013-3130-3.
 13. Pesapane F. et al. Imaging diagnosis of metastatic breast cancer // *Insights into imaging.* – 2020. – T. 11. – №. 1. – С. 1-14.
 14. Robert C., Thomas L., Bondarenko I., ODay S., Weber J., Garbe C., Lebbe C., Baurain J.F., Testori A., Grob J.J., Davidson N., Richards J., Maio M., Hauschild A., Miller W.H.Jr., Gascon P., Lotem M., Harmankaya K., Ibrahim R., Francis S., Chen T.T., Humphrey R., Hoos A., Wolchok J.D. Ipilimumab plus dacarbazine for previously untreated metastatic melanoma. *N Engl J Med.* 2011; 364 (26): 2517-26. doi: 10.1056/NE-JMoa1104621.
 15. Shavkatovna, S. S., Maxammatkulovich, R. N., & qizi, S. N. A. (2022). Breast Pathology in Adolescent Girls. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(3), 66-71. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/MVD63>
 16. Shaxanova Sh Sh, Raximov N.M. Improving the combined treatment tactics of many osteogen metastases of malignant tumors of the urinary-body system. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal* 2022/4/30, P 1145-1149.
 17. Бандовкина, В.А. Нейроэндокринные и метаболические аспекты патогенеза злокачественного роста перевивной меланомы В16 / В.А. Бандовкина, О.И. Кит, Е.М. Франциянц, С.С. Тодоров // *Злокачественные опухоли.* - 2015. - №4, спец вып. 2. - С.266-267.
 18. Гриднева Я.В. Меланома уретры. *Онкоурология* 2005;1(3):66-70. [Gridneva Ya.V. Urethral melanoma. *Onkourologiya = Cancer Urology* 2005;1(3):66-70. (In Russ.)].
 19. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность).
 20. Клинические рекомендации. Меланома кожи и слизистых оболочек. / Российское общество клинических онкологов // 2021.
 21. Поляков А.П., Мордовский А.В. Современная стратегия терапии метастатической BRAF-положительной меланомы кожи. *Фарматека* 2020;11:14-20. [Polyakov A.P., Mordovskiy A.V. Current therapy strategy for metastatic BRAF-positive cutaneous melanoma. *Farmateka = Pharmateca* 2020;11:14-20 (In Russ.)]. DOI: 10.18565/pharmateca.2020.11.14-20.
 22. Шаханова Ш.Ш., Рахимов Н.М., Эсанкулова Б.С., Корабоев Ф.Т., Хахимов А.А. Осложнения таргетной терапии при лечении почечно-клеточного рака с метастазами в костях и лимфоузлах. *Журнал вестник врача* 2021, Том 1, Номер 2 (99), P116-120.

23. Шаханова Ш.Ш., Рахимов Н.М. Мультиmodalный подход к лечению множественных остеогенных метастазов рака почки и предстательной железы. Клиническая и экспериментальная онкология 2020, №4 Стр 50-56.
24. Шаханова Ш.Ш., Рахимов Н.М., Корабоев Ф.Т. Buyrak va prostata bezi ko'plab osteogen metastazlarida davolash samaradorligini oshirish. Журнал Репродуктивного Здоровья и Уро-Нефрологических Исследований 2022/6/27, Том 3, Номер 2.
25. Rizaev, J. A., and A. I. Khazratov. "Цитоструктурное изменение слизистой оболочке полости рта при раке толстой кишки." Journal of Biomedicine and Practice 6.5 (2020).
26. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2–диметилгидразина на организм в целом //Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
27. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors //Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
28. Rizaev Jasur, Norbutayev Alisher, Murtazayev Alisher. Modern methods for detecting oral cavity defects in hemoblastosis, detecting the degree of damage and prediction of the clinical current. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 5, pp. 45-51



УДК 611.91+616-053.5

ULUGBEKOVA Gulrukh Jurayevna


Associate professor, Ph.D.

ADKHAMOV Shokhjakhon Abdullajon ugli

Andijan State Medical Institute

COMPARATIVE ANALYSIS OF GROWTH INDICATORS OF THE EYE SOCKET IN SUBJECTS AGED 7-12 YEARS LIVING IN ANDIJAN CITY AND IZBOSKAN DISTRICT

For citation. Ulugbekova J. Gulrukh, Adkhamov A. Shokhjakhon. COMPARATIVE ANALYSIS OF GROWTH INDICATORS OF THE EYE SOCKET IN SUBJECTS AGED 7-12 YEARS LIVING IN ANDIJAN CITY AND IZBOSKAN DISTRICT// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.197-201

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835454>

ANNOTATION

The craniometrics indicators of the eye socket of the head of children of small school age (7-12 years old) living in the conditions of Andijan city and Izboskan district grow intensively according to the age of the children. The fastest development periods of all craniometrics parameters in the subjects of the studied regions are observed between 7-10 years of age. It is observed that parameters of growth indicators change faster in girls than in boys.

Keywords: head area, eye socket, craniometry, height of the eye socket, growth, the width of the eye socket, external width of the eye socket.

ULUGBEKOVA Gulrukh Jo'rayevna

t.f.n.

ADHAMOV Shohjahon Abdullajon o'g'li

Andijon davlat tibbiyot instituti

ANDIJON SHAHRI VA IZBOSKAN TUMANIDA ISTIQOMAT QILUVCHI 7-12 YOSHDAGI SUB'EKTLARDAGI KO'Z KOSASI PARAMETRLARINING O'SISH KO'RSATKICHLARI QIYOSIY TAHLILI**ANNOTATSIYA**

Andijon shahri va Izboskan tumani sharoitida yashaydigan kichik maktab yoshidagi (7-12 yosh) bolalar boshining ko'z kosasi kraniometrik ko'rsatkichlari bolalar yoshiga mos, intensiv ravishda o'sib boradi. O'rganilayotgan hududlardagi sub'ektlarda hamma kraniometrik ko'rsatkichlarning eng tez rivojlanish davrlari 7-10 yosh oralig'ida kuzatiladi. O'sish ko'rsatkichlarining parametrlari qiz bolalarda o'g'il bolalarga qaraganda tezroq kechishi kuzatiladi.

Kalit soʻzlar : bosh sohasi, koʻz kosasi, kraniometriya, koʻz kosasi balandligi, koʻz kosasi kengligi, oʻsish, koʻz kosasi oraliq kengligi, koʻz kosasi tashqi kengligi.

УЛУҒБЕКОВА Гулрух Жўраевна

Доцент, к.м.н.

АДҲАМОВ Шохжаҳон Абдуллажон угли

Андижанский государственный медицинский институт

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРАМЕТРОВ ГЛАЗНИЦЫ
У СУБЪЕКТОВ В ВОЗРАСТЕ 7-12 ЛЕТ ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ
г.АНДИЖАН И ИЗБОСКАНСКОГО РАЙОНА**

АННОТАЦИЯ

Краниометрические показатели глазницы детей младшего школьного возраста (7-12 лет), проживающих в условиях города Андижана и Избосканского района, интенсивно растут соответственно возрасту детей. Наиболее быстрые сроки развития всех краниометрических показателей у испытуемых изучаемых регионов наблюдаются в возрасте 7-10 лет. Отмечено, что параметры ростовых показателей изменяются быстрее у девочек, чем у мальчиков.

Ключевые слова: головы, глазница, краниометрия, высота глазницы, ширина глазницы, рост, межглазничная ширина, наружная ширина глазницы.

MAVZUNING DOLZARBLIGI

Barchaga maʼlumki respublikamizda aholi salomatligini yaxshilash, tibbiy xizmat koʻrsatish sifatini yanada yaxshilash borasida qator say-harakatlar, chora-tadbirlar, dasturlar amalga oshirilib kelinmoqda. Xususan, yaqin oʻtgan yillarga nazar tashlaydigan boʻlsak, Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2021-yil 3-fevralda PF-6155-sonli “2017-2021-yillarda Oʻzbekiston Respublikasini rivojlantirishning beshta ustuvor yoʻnalishi boʻyicha Harakatlar strategiyasini “Yoshlarni qoʻllab-quvvatlash va aholi salomatligini mustahkamlash yilida amalga oshirishga oid davlat dasturi toʻgʻrisida”gi farmonining tasdiqlanishi va ushbu farmon doirasida aholi salomatligini mustahkamlashga qaratilgan qator say-harakatlar amalga oshirildi.

Jumladan:

- hududlarda koʻrsatilayotgan tibbiy xizmat sifatini yaxshilash maqsadida respublika ixtisoslashgan tibbiyot markazlari va ularning filiallari oʻrtasida telemeditsina tizimini ommalashtirish ;

- 6-23 oylik bolalar uchun uy sharoitida tayyorlangan ovqatlarni boyitish maqsadida mikronutrient kukuni bilan, 6 oylikdan 5 yoshgacha boʻlgan bolalarni “A” vitamin bilan va 2-10 yoshdagi bolalar gelmintoz profilaktikasi boʻyicha maxsus preparatlar bilan bepul taʼminlash ;

- respublikada 5 yoshgacha bolalar, tugʻish yoshidagi va homilador ayollar, nogironligi boʻlganlar, qon-tomir, onkologik, endokrin kabi kasalliklarga moyilligi boʻlgan fuqarolar bilan ishlashning alohida tizimini joriy etish kabi islohotlar amalga oshirildi.

Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 25-apreldagi PQ-216-sonli “2022-2026-yillarda onalik va bolalikni muhofaza qilishni kuchaytirish toʻgʻrisida”gi qarori doirasida ham bu boradagi qator chora-tadbirlari amalga oshirish rejasi belgilab olindi. Xususan, birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarida bolalarga manzilli va malakali tibbiy xizmatlar koʻrsatish ;

- bolalar uchun profilaktik koʻriklar dasturini qayta koʻrib chiqib, 18 yoshgacha boʻlgan bolalarni pediatr, stomatolog, endokrinolog, ortoped kabi zarur mutaxassislar tomonidan manzilli koʻrikdan oʻtkazish tizimini joriy qilish ;

-hududiy bolalar koʻp tarmoqli tibbiyot markazlarining maslahat-tashxislash poliklinikalari faoliyatini bir tomondan birlamchi tizim bilan, ikkinchi tomondan respublika bolalar tibbiyot muassasalari bilan tizimli integratsiyalash kabi chora-tadbirlarni amalga oshirish

shular jumlasidandir. Yuqoridagi islohotlardan ko'rish mumkinki, har bir dastur va maqsadlar doirasida bolalar salomatligini saqlash, ularning salomatligini mustahkamlash va bunga qaratilgan ishlarni amalga oshirish bosh maqsadlardan biri qilib olingan. Shu o'rinda bolalarning jismoniy o'sish va rivojlanish ko'rsatkichlarini aniq, to'g'ri baholash, ularni tahlil etish, o'sish va rivojlanish ko'rsatkichlaridan orqada qolish holatlarini erta aniqlash muhimdir.

ILMIY TADQIQOTNING MAQSADI- Andijon shahri va Izboskan tumanida istiqomat qiluvchi 7-12 yoshdagi sub'ektlardagi ko'z sohasi o'sish ko'rsatkichlari parametrlarining qiyosiy tahlili.

ILMIY ISHNING MATERIALI VA TEKSHIRISH USHLUBLARI

Ilmiy tadqiqotning materiali siaftida Andijon shahri xalq ta'limi bo'limiga qarashli 44-, 46- umumta'lim maktablari va Izboskan tumani xalq ta'limi bo'limiga qarashli 7- va 41- umumta'lim maktablarining 1-6 sinlarida tahsil olayotgan kichik maktab Yoshi (7-12 yosh) dagi jismoniy va aqliy jihatdan sog'lom bo'lgan 200 nafar o'g'il va qiz bolalar olindi.

Ba'zi mualliflarning takidlashlaricha 7-12 yoshdagi bolalarning morfologik hamda funksional ko'rsatkichlari ularning kalendar yoshiga bog'liq. Tekshirishlarni o'tkazishda bolalar E.G.Matrisov (1982) tavsiyasiga asosan ya'ni yoshi va jinsiga qarab alohida guruhga ajratiladi.

Boshning antropometrik ko'rsatkichlarini o'lchashda Speranskiy V.S., Zaychenko A.I. (1980, 1988) va Avtandilov G.G. (1990) usullaridan foydalanildi. Ko'rsatkichlarni o'lchash jarayoni bolalar tik turgan holatda amalga oshirildi. Kranimetrik ko'rsatkichlarni o'lchash jarayonida Marthin R. (1928) tomonidan tavsiya etilgan kranimetrik nuqtalardan foydalanildi.

Ko'z sohasining o'lchamlarini aniqlashda ko'z kosasining tashqi kengligi va oraliq kengligi nisbatan ko'proq ma'lumot beradi. (Orlov. S.A., Sosin D.G., 1997). Ko'z kosasiga oid ko'rsatkichlar ichida ko'z kosasining uzunligi nisbatan intensiv o'sadigan ko'rsatkich hisoblanadi (V.V.Shut, 2008). Ko'z kosasi morfologiyasining o'zgarishi kalla suyagi kranimetrik ko'rsatkichlari bilan uning kraniotipiga bog'liq. (A.F.Tsipyashuk, 2005).

OLINGAN NATIJALAR VA ULARNING TAHLILI

O'tkazilgan tadqiqot natijalari shuni ko'rsatmoqdaki, ko'z kosasining kengligi o'lchami 7 yoshli o'g'il bolalarda $3,10 \pm 0,04$ smga teng bo'lsa, 10 yoshda $3,48 \pm 0,05$ smga va 12 yoshda esa ushbu ko'rsatkich $3,86 \pm 0,08$ smga teng. Aytib o'tilgan yoshlar oralig'idagi davrlarda ushbu ko'rsatkich 24,5 % ga oshib, 13 % 7-10 yoshlar orasiga, qolgan 11,5 % 10-12 yoshlar oralig'iga to'g'ri kelishi tadqiqot natijalarida o'z aksini topmoqda. Qiz bolalarda esa bu ko'rsatkich 7-12 yoshgacha bo'lgan davrlarda bir maromda o'sishda davom etishi aniqlandi. 7 yosh qiz bolalarda $3,04 \pm 0,07$ smga teng bo'lsa, 10 yoshda $3,39 \pm 0,11$ smga va 12 yoshda $3,77 \pm 0,09$ smgacha kattalashadi va bu davr oralig'ida ko'z kosasi kengligi 24 % ga ortishi aniqlandi.

O'g'il bolalarda ko'z kosasining balandligi 7-12 yoshlar orasidagi davrda 24 % ga oshadi ($2,46 \pm 0,02$ sm dan $3,06 \pm 0,09$ smga). Qiz bolalarda esa 7-12 yoshda 21 % ga oshadi. Yuqorida aytib o'tilgan ko'rsatkichlarning eng jadal o'sish davrlari Andijon shahri sharoitida yashaydigan o'g'il va qiz bolalarda ham, Izboskan tumani sharoitida yashaydigan o'g'il va qiz bolalarda ham 7-10 yoshlar orasiga to'g'ri kelishi olib borilgan tadqiqot davomida o'z tasdig'ini topdi.

Ko'z kosasining tashqi kengligi o'lchami 7 yosh o'g'il bolalarda $9,36 \pm 0,16$ smni tashkil etsa, 10 yoshda $9,69 \pm 0,24$ smga va 12 yoshda esa $10,13 \pm 0,33$ smga tenglashadi. Bu davrda ushbu ko'rsatkich 8,2 % ga ortadi. Qiz bolalarda esa, 7-12 yoshda mos ravishda: $9,17 \pm 0,14$ smga; $9,56 \pm 0,23$ smga va $9,98 \pm 0,19$ sm ga teng. Bu davrda ko'rsatkich 1,2 barobar ortadi. Jadal o'sish davri 7-10 yoshlar orasiga to'g'ri kelishi olingan natijalar tahlili davomida aniqlandi.

Tadqiqot natijalarining ko'rsatishicha, ko'z kosalararo oraliq kenglik o'lchami 7 yoshli o'g'il bolalarda shu yoshdagi qizlarga nisbatan kattaroq bo'ladi. (7 yosh o'g'il bolalarda $2,17 \pm 0,06$ sm; 7 yosh qiz bolalarda $1,86 \pm 0,05$ sm). Bu ko'rsatkich 7-12 yoshgacha bo'lgan davrda o'g'il bolalarda 25 % ga oshsa, qiz bolalarda esa 38% ga kattalashadi. Yuqorida aytib o'tilgan ko'z kosasining o'sish ko'rsatkichi qiz bolalarda 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan

davr orasida o'g'il bolalarga nisbatan jadalroq kechishi o'tkazilgan tadqiqot natijalaridan ko'rinib turibdi.

1-jadval.

Andijon shahrida yashovchi 7-12 yoshdagi o'g'il va qizlarning ko'z kosasiga tegishli kranimetrik ko'rsatkichlarning o'sib borish dinamikasi ($X \pm m$, sm da).

| Yoshi | Jinsi | Ko'z kosasining kengligi | Ko'z kosasining balandligi | Ko'z kosasining tashqi kengligi | Ko'z kosasining oraliq kengligi |
|-------|--------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 7 | O'g'il | 3,10±0,04 | 2,46±0,02 | 9,36±0,16 | 2,17±0,06 |
| | Qiz | 3,04±0,07 | 2,37±0,12 | 9,17±0,14 | 1,86±0,05 |
| 8 | O'g'il | 3,28±0,03 | 2,60±0,01 | 9,45±0,27 | 2,27±0,09 |
| | Qiz | 3,16±0,06 | 2,45±0,03 | 9,28±0,20 | 2,19±10,08 |
| 9 | O'g'il | 3,36±0,02 | 2,76±0,12 | 9,53±0,28 | 2,28±0,11 |
| | Qiz | 3,28±0,03 | 2,58±0,13 | 9,41±0,13 | 2,08±0,07 |
| 10 | O'g'il | 3,48±0,05 | 2,88±0,03 | 9,69±0,24 | 2,43±0,05 |
| | Qiz | 3,39±0,11 | 2,65±0,03 | 9,56±0,23 | 2,36±0,08 |
| 11 | O'g'il | 3,65±0,13 | 2,96±0,07 | 9,85±0,19 | 2,57±0,09 |
| | Qiz | 3,54±0,15 | 2,77±0,08 | 9,77±0,14 | 2,44±0,06 |
| 12 | O'g'il | 3,86±0,08 | 3,06±0,09 | 10,13±0,33 | 2,73±0,07 |
| | Qiz | 3,77±0,09 | 2,87±0,05 | 9,98±0,19 | 2,58±0,07 |

2-jadval.

Izboskan tumanida yashovchi 7-12 yoshdagi yoshdagi o'g'il va qizlarning ko'z kosasiga tegishli kranimetrik ko'rsatkichlarning o'sib borish dinamikasi ($X \pm m$, sm da).

| Yoshi | Jinsi | Ko'z kosasining kengligi | Ko'z kosasining balandligi | Ko'z kosasining tashqi kengligi | Ko'z kosasining oraliq kengligi |
|-------|--------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 7 | O'g'il | 3,08±0,02 | 2,44±0,01 | 9,32±0,11 | 2,14±0,02 |
| | Qiz | 3,02±0,05 | 2,34±0,08 | 9,12±0,12 | 1,82±0,03 |
| 8 | O'g'il | 3,26±0,01 | 2,56±0,01 | 9,42±0,24 | 2,24±0,06 |
| | Qiz | 3,14±0,04 | 2,43±0,02 | 9,22±0,20 | 2,15±10,05 |
| 9 | O'g'il | 3,34±0,01 | 2,73±0,10 | 9,50±0,24 | 2,24±0,08 |
| | Qiz | 3,26±0,02 | 2,54±0,11 | 9,38±0,11 | 2,04±0,05 |
| 10 | O'g'il | 3,46±0,03 | 2,82±0,02 | 9,65±0,21 | 2,40±0,05 |
| | Qiz | 3,36±0,10 | 2,62±0,03 | 9,52±0,20 | 2,34±0,06 |
| 11 | O'g'il | 3,62±0,11 | 2,92±0,05 | 9,82±0,16 | 2,54±0,07 |
| | Qiz | 3,52±0,13 | 2,74±0,04 | 9,75±0,12 | 2,42±0,04 |
| 12 | O'g'il | 3,84±0,04 | 3,04±0,06 | 10,10±0,30 | 2,70±0,05 |
| | Qiz | 3,74±0,07 | 2,84±0,04 | 9,96±0,16 | 2,54±0,07 |

XULOSA

Andijon shahri va Izboskan tumanida yashovchi 7-12 yoshdagi sub'ektlardagi ko'z kosasi parametrlarining o'sish ko'rsatkichlari qiyosiy tahlil qilish maqsadida olib borilgan

tadqiqot natijlaridan shuni xulosa qilish mumkinki, har ikkala hududlarda yashaydigan o'g'il va qiz bolalarning ko'z kosasining yuqorida tahlil etilgan parametrlarining eng jadal o'sish davrlari 7-10 yoshlar orasiga mos keladi. Biroq Andijon shahri sharoitida yashaydigan o'g'il va qiz bolalarning ko'z kosasining kraniometrik ko'rsatkichlari Izboskan tumanida yashovchi o'g'il va qiz bolalarnikiga qaraganda sezilarli farq qilmoqda. Bunga asosiy omillar sifatida Andijon shahri sharoitida yashaydigan o'g'il va qiz bolalardagi akseleratsiya jarayonlari jadallashganligi, ijtimoiy yashash sharoitlaridagi tafovutlarni ko'rsatish mumkin.

IQTIBOSLAR | ЧОШКИ | REFERENCES:

1. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 28-yanvardagi PF-60-sonli "2022-2026-yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonning taraqqiyot strategiyasi to'g'risida"gi farmoni.
2. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 25-apreldagi PQ-216-sonli "2022-2026-yillarda onalik va bolalikni muhofaza qilishni kuchaytirish to'g'risida"gi qarori.
3. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2021-yil 3-fevraldagi PF-6155-sonli "2017-2021-yillarda O'zbekiston Respublikasini rivojlantirishning beshta ustuvor yo'nalishi bo'yicha Harakatlar strategiyasini "Yoshlarni qo'llab-quvvatlash va aholi salomatligini mustahkamlash yilida amalga oshirishga oid davlat dasturi to'g'risida"gi farmoni.
4. Shokirov, X.U., Andijon viloyati Andijon shahri sharoitida yashovchi kichik maktab yoshidagi bolalarning kraniometrik korsatkichlari. Magistrlik dissertatsiya. Andijon- 2016.
5. Raimjonov, R.R., Abdullaxo'jayev, X.N. (2021). Ko'krak yoshidagi bolalar ko'z kosasiga oid kraniometrik ko'rsatkichlarning o'sish dinamikasi. Вестник магистратуры № 5-5 (116), 85-86 b.
6. Kakharov, Z., Sattibaev, I., Salieva, M., Abdurakhimov, A., Boboev, M., (2018). Anthropometric indices of physical growth of children in Andizhan region. Universum : медицина и фармакология, №9 (54).
7. Ulugbekova, G.J., Adkhamov, Sh.A. (2023). The role of "ANATOMAGE SMART TABLE", "SMART BOARD" in 3D, 4D format in the study of physical development indicators of children and adolescents. Tibbiyotda yangi kun ilmiy referativ, ma'rifiy-ma'naviy jurnal. 2 (52), 202-206 b.
8. <https://lex.uz>
9. <https://www.president.uz>
10. <https://www.7universum.com>.
11. Ризаев Ж., Туйчибаева Д. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛАУКОМОЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН //Stomatologiya. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (82). – С. 102-107.
12. Туйчибаева, Д., Ризаев, Ж., & Янгиева, Н. (2022). Совершенствования системы диспансеризации пациентов с первичной глаукомой путём внедрения электронной программы. Медицина и инновации, 1(3), 11–19. <https://doi.org/10.34920/min.2021-3.001>


БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

КХАМРАЕВА Lola Salimovna
КХАМРОЕВА Yulduz Abdurashidovna
БЕКЖАНОВА Gulmira Mirzabek qizi
Tashkent Pediatric Medical Institute

REASONS FOR LATE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL CATARACTS

For citation: Khamraeva S. Lola, Khamroeva A. Yulduz, Bekjanova M. Gulmira. Reasons for late surgical treatment of patients with congenital cataracts// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 202-205

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835460>

ANNOTATION

On the basis of the eye department of the TashPMI clinic, a retrospective study of the case histories of 42 (84 eyes) patients with congenital cataracts was carried out. The age of the patients ranged from 1 month to 13 years. All patients underwent a comprehensive clinical, ophthalmological, laboratory and instrumental examination and consultations of related specialists. The reasons for the late surgical treatment of children with congenital cataracts are: late diagnosis associated with clinical forms of cataracts that are difficult to detect during external examination, the presence of concomitant somatic pathology, which is a contraindication to surgical treatment.

Key words: congenital cataract; congenital cataract surgery; disability; blindness and low vision.

ХАМРАЕВА Лола Салимовна
ХАМРОЕВА Юлдуз Абдурашидовна
БЕКЖАНОВА Гульмира Мирзабековна
Ташкентский педиатрический медицинский институт

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТОЙ

АННОТАЦИЯ

На базе глазного отделения клиники ТашПМИ проведено ретроспективное исследование историй болезни 42 (84 глаза) пациентов с врожденной катарактой. Возраст пациентов варьировал в пределах от 1 месяца до 13 лет. Всем пациентам было проведено комплексное клиничко-офтальмологическое, лабораторно-инструментальное обследование и консультации смежных специалистов. Причинами позднего хирургического лечения детей с врожденной катарактой являются: поздняя диагностика, связанная с трудно выявляемыми при наружном осмотре клиническими формами катаракт, наличием сопутствующей соматической патологии, являющейся противопоказанием к оперативному лечению.

Ключевые слова: врожденная катаракта; хирургия врожденной катаракты; инвалидность; слепота и слабовидение.

**KHAMRAEVA Lola Salimovna,
KHAMROEVA Yulduz Abdurashidovna,
BEKJANOVA Gulmira Mirzabek qizi**
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti oftalmologiya,
bolalar oftalmologiyasi kafedrası, O'zbekiston.

TUG'MA KATARAKTALI BEMORLARDA KECHIKTIRILGAN XIRURGIK DAVO SABABLARI

ANNOTATSIYA

ToshPMI klinikasi ko'z bo'limi negizida tug'ma katarakta bilan og'rikan 42 (84 ko'z) bemorning kasallik tarixi retrospektiv o'rganildi. Bemorlarning yoshi 1 oydan 13 yoshgacha bo'lgan. Barcha bemorlar keng qamrovli klinik, oftalmologik, laboratoriya va instrumental tekshiruvdan o'tkazildi va tegishli mutaxassislarining maslahati oldi. Tug'ma kataraktasi bo'lgan bolalarni jarrohlik yo'li bilan davolashning kech o'tkazilishi sabablari quyidagilardir: tashqi tekshiruv vaqtida aniqlash qiyin bo'lgan kataraktaning klinik shakllari bilan bog'liq kech tashxis, jarrohlik davolashga qarshi ko'rsatma bo'lgan birga keladigan somatik patologiyaning mavjudligi.

Kalit so'zlar: tug'ma katarakta; tug'ma katarakt jarrohligi; nogironlik; ko'rlik va past ko'rish.

До настоящего времени врожденная катаракта является одной из основных причин инвалидности по зрению у детей раннего возраста и занимает ведущее место в структуре слепоты и слабовидения. Симптомы врожденных катарактах (ВК) выявляются как при рождении, так и в более позднем возрасте, при проявлении у детей признаков нарушения зрительных функций вследствие лейкокории, косоглазия, нистагма. Если катаракта проявляется в течении первых 2 лет жизни, то ее относят к инфантильным катарактам, а если в первые 10 лет то к ювенильным [1]. При этом структурные изменения помутневшего хрусталика характеризуются значительным разнообразием в зависимости от интенсивности, вида, конфигурации и локализации его помутнений [2]. В связи с тем, что сенситивный период развития зрения приходится на период от 2-го до 6-го месяца жизни ребенка, указанный период считается оптимальным для удаления ВК при отсутствии противопоказаний к ранней операции. По данным некоторых авторов (Э.С. Аветисов, Е.И. Ковалевский, А.В. Хватова, 1987) [2,3], хирургические вмешательства в раннем возрасте необходимо производить в следующих случаях: когда у пациента имеется одна из ниже перечисленных форм катаракты: полной, полурассосавшейся, пленчатой, зонулярной, центральной и атипичной, с диаметром помутнения более 3 мм, при невозможности обследовать глазное дно на широкий зрачок; наличие ригидного зрачка при всех формах ВК, появление спонтанных колебательных движений глазного яблока при любой форме катаракты. Ранняя хирургия у детей первых месяцев жизни также необходима при возникновении грубых органических и функциональных нарушений в различных структурах зрительного анализатора ребенка в результате зрительной депривации [4]. Учитывая клинико-функциональный полиморфизм ВК, не может быть единой тактики к показаниям и срокам операций [5,6,7]. Таким образом, в данных литературы мало уделяется внимания дифференцированной тактике ведения пациентов с частичной ВК, нет четких показаний к срокам проведения оперативных вмешательств, что в свою очередь может необоснованно задержать сроки оперативного лечения. Поэтому считаем, что для своевременного лечения детей с ВК необходимо проводить мониторинг причин поздней хирургии.

Цель. Анализ причин позднего хирургического лечения детей с врожденной катарактой.

Материал и методы. На базе глазного отделения клиники ТашПМИ проведено ретроспективное исследование историй болезни 42 (84 глаза) пациентов с врожденной катарактой. Возраст пациентов варьировал в пределах от 1 месяца до 13 лет.

Проведены комплексные клиничко-офтальмологические, лабораторные, инструментальные обследования, консультация смежных специалистов. Всем пациентам проводилась экстракапсулярная экстракция катаракты с и без (при наличии противопоказаний) имплантации ИОЛ.

Результаты и их обсуждение. При сборе клинического материала нами были изучены следующие факторы: возраст ребенка, время когда и кем впервые были замечены признаки ВК такие как: лейкокория, косоглазие, нистагм; сроки установления диагноза и хирургического лечения в стационаре. По данным литературы в настоящее время общепризнанной является тактика ранней экстракции ВК, которая при выраженном помутнении хрусталика должна осуществляться в критический сенситивный период развития зрительного анализатора, ограниченный первым полугодием жизни ребенка, с адекватной коррекцией афакии и плеоптическим лечением [8]. В наших исследованиях своевременным сроком хирургии ВК мы считали возраст ребенка до 1 года, позже 1 года – поздним сроком.

Распределение детей согласно возрасту, когда впервые были выявлены признаки ВК представлено в таблице 1.

Таблица 1

Сроки выявления признаков врожденной катаракты

| Возраст пациента | | | | | | | |
|--------------------|----|---------------------|----|------------------|----|----------------------|----|
| До 1 месяца (n) | | До 6 месяцев (n) | | До 1 года (n) | | Старше 1 года (n) | |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 5 | 12 | 15 | 36 | 10 | 24 | 12 | 28 |

n- количество пациентов

Из 42 детей в 96 % случаях симптомы ВК впервые были выявлены родителями, в 4 % - офтальмологами в поликлинике по месту жительства во время диспансеризации. Чаше помутнения хрусталика выявлялись в возрасте от 0 до 6 месяцев (64%), в этом возрасте операция проведена в 5% случаях. От 6 месяцев до 1 года ВК диагностирована в 12% случаях, в указанном возрасте катаракта удалена в 33% случаях. Среди детей старше 1 года диагноз помутнения хрусталика установлен в 24%, оперативное лечение в данной возрастной группе проведено в 62% случаях (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по срокам выявления и экстракции врожденных катаракт

| До 6 месяцев (n) | | До 1 года (n) | | Более 1 года (n) | |
|---------------------|----|------------------|----|---------------------|----|
| абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 27* | 64 | 5* | 12 | 10* | 24 |
| 2** | 5 | 14** | 33 | 26** | 62 |

n- количество пациентов

*- сроки установления диагноза ВК

** - сроки экстракции ВК

Среди причин поздней госпитализации (62% случая), следовательно, позднего хирургического лечения ВК, лидирующие позиции занимали поздняя диагностика и наличие сопутствующей соматической патологии, такой как врожденные пороки сердца, острые респираторные заболевания. Поздняя диагностика, по видимому, была связана с клиническими формами (ядерные, заднекапсулярные) катаракт, которые редко выявляются

при наружном осмотре и поздно приводят к значительному снижению зрительных функций (табл. 3).

Таблица 3

Причины позднего обращения детей в стационар после установления диагноза врожденных катаракт

| № | Причины | (n) | |
|----|---------------------------------------|-----|----|
| | | Абс | % |
| 1. | Поздняя диагностика | 16 | 38 |
| 2. | Сопутствующие изменения организма | 6 | 14 |
| 3. | Семейные обстоятельства | 5 | 12 |
| 4. | Сопутствующие изменения органа зрения | 4 | 10 |

n- количество пациентов

Вывод. Причинами позднего хирургического лечения детей с ВК по материалам глазного отделения клиники ТашПМИ являются: поздняя диагностика, связанная с трудно выявляемыми при наружном осмотре клиническими формами катаракт и наличием сопутствующей соматической патологии, являющейся противопоказанием к оперативному лечению.

IQTIBOSLAR | CHOСКИ | REFERENCES:

1. Хватова А.В. Заболевания хрусталика глаза у детей. Л.: Медицина; 1982.
2. Trivedi R.H., Peterseim M.M., Wilson M.E. Jr. New techniques and technologies for pediatric cataract surgery. *Curr. Opin. Ophthalmol.* 2005; 16 (5): 289—293.
3. Аветисов Э.С., Кащенко Т.П., Шамшинова А.М. Зрительные функции и их коррекция у детей. М.: Медицина; 2005.
4. Круглова Т.Б., Кононов Л.Б. Особенности расчета оптической силы интраокулярной линзы, имплантируемой детям первого года жизни с врожденными катарактами. *Вестник офтальмологии.* 2013; (4): 66–69.
5. Круглова Т.Б., Кононов Л.Б. Особенности экстракции врожденных катаракт с имплантацией ИОЛ у детей первого года жизни. *Российская педиатрическая офтальмология.* 2008; (4): 32–35.
6. Круглова Т.Б., Кононов Л.Б., Егиян Н.С. Особенности экстракции врожденных катаракт с имплантацией ИОЛ у детей первого года жизни. *Российский общенациональный Офтальмологический Форум.* М.; 2010; 2: 334–338.
7. Катаргина Л.А., Круглова Т.Б., Егиян Н.С. и др. Федеральные клинические рекомендации: диагностика, мониторинг и лечение детей с врожденной катарактой. *Российская педиатрическая офтальмология.* 2015;3:55-57.
8. Боброва Н.Ф. Современное состояние проблемы хирургического лечения врожденных катаракт у детей. *Вестник офтальмологии.* 2005; (2): 45–47.
9. Ризаев Ж., Туйчибаева Д. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛАУКОМОЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН // *Stomatologiya.* – 2021. – Т. 1. – №. 1 (82). – С. 102-107.
10. Туйчибаева, Д., Ризаев, Ж., & Янгиева, Н. (2022). Совершенствования системы диспансеризации пациентов с первичной глаукомой путём внедрения электронной программы. *Медицина и инновации,* 1(3), 11–19. <https://doi.org/10.34920/min.2021-3.001>




УДК:616.248+:615.036-084

KHALMATOVA Barno Turdikhodjayevna
ABDUJALILOVA Maftuna Shukhrat qizi.
Tashkent Medical Academy

EVALUATION OF THE EFFICACY OF THE USE OF MAGNESIUM B6 IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA ON THE BACKGROUND OF COVID-19

For citation: Khalmatova T. Barno, Abdujalilova Maftuna. Evaluation of the efficacy of the use of magnesium b6 in children with bronchial asthma on the background of covid-19// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.206-212

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835469>

ANNOTATION

Purpose of the study. Evaluation of the effectiveness of the use of the drug Magnesium B6 in children with bronchial asthma on the background of COVID-19.

Materials and research methods. 87 children aged 7 to 12 years who had COVID-19 during an exacerbation of asthma were studied. The sex ratio was: girls 42% (n=37), boys 58% (n=50). All children were divided into three groups: 1 - a group of children with BA who did not have COVID-19 (n=55); 2 – a group of children with BA who recovered from COVID-19 (n=32); Group 3 - control group (40 children), practically healthy children of the same age.

Results. The results of the study showed that in children with asthma who underwent COVID-19, the most noted were: stressful situations in society.

Conclusion. Psychosomatic status in children of the first and second groups of children was respectively: 36 and 46 points.

Keywords: bronchial asthma, psychosomatics, magnesium preparation, corona virus infection.

ХАЛМАТОВА Барно Турдиходжаевна
АБДУЖАЛИЛОВА Мафтуна Шухрат кизи
Ташкентская медицинская академия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИЙ Б6 У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ФОНЕ COVID-19

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Оценка эффективности применения препарата Магний Б6 у детей с бронхиальной астмы на фоне COVID-19.

Материалы и методы исследования. Было изучено 87 детей в возрасте от 7 до 12 лет перенесших COVID-19 в период обострения БА. Соотношение по полу составила: девочки 42% (n=37), мальчики 58% (n=50). Все дети были разделены на три группы: 1 – группа дети с БА, которые не болели COVID-19 (n=55); 2 – группа дети с БА, которые переболели COVID-19 (n=32); 3- группа контрольная группа (40 детей), практически здоровые дети того же возраста.

Результаты. Результаты исследования, показали, что у детей с БА перенесших COVID-19, больше всего отмечались: стрессовые ситуации в социуме.

Заключение. Психосоматическое статус у детей первой и второй группы детей составила соответственно: 36 и 46 баллов

Ключевые слова: бронхиальная астма, психосоматика, препарат магния, корона вирусная инфекция.

XALMATOVA Barno Turdixodjayevna
ABDUJALILOVA Maftuna Shuhrat qizi
Toshkent tibbiyot akademiyasi

KOVID-19 FONIDA BRONXIAL ASTMASI MAVJUD BOLALARDA MAGNE B6 PREPARATINING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

ANNOTATSIYA

Tadqiqot maqsadi: COVID-19 fonida bronxial astma bilan og'rigan bolalarda Magniy B6 preparatini qo'llash samaradorligini baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari: BA xuruj qilgan paytida COVID-19 bilan kasallangan 7 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan 87 bola o'rganildi. Jinsiy nisbat: qizlar 42% (n=37), o'g'il bolalar 58% (n=50). Barcha bolalar uch guruhga bo'lingan: 1 - COVID-19 (n=55) bo'lmagan BA bilan kasallangan bolalar guruhi; 2 – COVID-19 dan tuzalgan BA bilan kasallangan bolalar guruhi (n=32); 3-guruh - nazorat guruhi (40 bola), xuddi shu yoshdagi deyarli sog'lom bolalar.

Natijalar: COVID-19 bilan kasallangan bolalarda eng ko'p qayd etilganlar: jamiyatdagi stressli vaziyatlar.

Xulosa: Birinchi va ikkinchi guruh bolalaridagi psixosomatik holat mos ravishda: 36 va 46 ball.

Kalit so'zlar: bronxial astma, psixosomatika, magniy preparati, korona virus infeksiyasi.

Введение. Начало 2020 года во всем мире начался корона вирусная пандемия. И казалось новым видом вируса для многих ученых. Данный возбудитель вируса коснулась не только взрослое население планеты, так же и детей. Корона вирус (COVID-19) детей с наличием хронической бронхиальной астмой (БА) вызывало нарушение психологического статуса. [1,2, 3, 4].

Во время приступов БА, дети часто испытывает беспокойство, смущение, грусть и раздражительность, иногда чувство страха смерти. Есть научные данные о том, что, тревожно-панические атаки и состояния БА во время пандемии возникало из-за недостаточного поступление в организм некоторых минеральных элементов [3, 5,6].

Причиной этого является потери аппетита ребенка, большой энергозатрат организма во время приступов БА. Известно, что COVID-19 вызывает ещё больше затрат энергии нарушает обменные вещества и рацион питания организма, все это приводит к нарушению энергетического баланса. Нарушение поступления пищи в организм приводит к дефициту макро- и микро элементов и витаминов. Основным макроэлементам являются: калий, кальций, магний, хлор, фосфор, сера. Эти макроэлементы участвуют в процессах обмена веществ и необходимы для нормальной работы всех органов и систем. К микроэлементам относят медь, хром, селен, молибден, марганец, фтор. При COVID-19 организм постоянно теряет минералы. Для поддержания нормальной жизнедеятельности и правильного развития этот дефицит необходимо ежедневно пополнять. Кроме этого наблюдается нарушение

баланса витаминов микроэлементов, которые участвуют в регуляции и ферментативном обеспечении большинства метаболических процессов.

Макро и микроэлементы участвуют в важных процессах функционирования, обеспечивают усваиваемость пищи. Нехватка того или иного элемента негативно отображается на общей работе систем организма, психическому статусу ребенка. [3, 4, 5,6].

Все выше сказанное стало причиной изучения роли макро и микроэлементов, особенно, магния при лечении и профилактике COVID-19.

Имеется много научных исследований об эффективности магния в лечение и профилактике БА. Дефицит не только магния, но и цинка, омега-3 и других витаминов в организме является фактором риска заражения COVID-19. [5,6,7,8].

Магний – это незаменимый микроэлемент, занимающий в организме субпозицию для основной биохимической реакции, энергетического обмена, синтеза белков и нуклеиновых кислот, также, оно обладает противовоспалительным, антиоксидантным, антиспазматическим действием и участвует в нейропротекции [2,3,4,5,6].

В многочисленных исследованиях, говорится о том, что магния имеет большое значение в развитие депрессией и тревожных состояний у детей. Истощение запасов магния в организме приводит к усилению депрессии [2,7, 8].

Цель работы: Оценка эффективности применения препарата Магний Б6 у детей с бронхиальной астмы на фоне COVID-19.

Материалы и методы исследований: нами было изучено 87 детей в возрасте от 7 до 12 лет перенесших COVID-19 в период обострения БА. Соотношение по полу составила: девочки 42% (n=37), мальчики 58% (n=50).

Все дети были разделены на три группы: 1 – группа дети с БА, которые не болели COVID-19 (n=55); 2 – группа дети с БА, которые переболели COVID-19 (n=32); 3- группа контрольная группа (40 детей), практически здоровые дети того же возраста.

Мы определили психосоматическое состояние всех исследуемых детей и уровень интровертности и экстравертности с помощью методикой Г.Айзенко. Определение психосоматического статуса больного, определили с помощью, специально разработанной нами анкеты:

Ф.И.О: _____

Возраст: _____ место учебы/работы _____

| Вопросы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|
| 1. Как много информации вы знаете о болезни COVID-19? | Очень плохо | плохо | хорошо | Очень хорошо | у меня нет информации |
| 2. Члены вашей семьи инфицированы COVID-19? | Нет | Да, все заболели | Только родители заболели | Только я заболел | Мои бабушка и дедушка заболели |
| 3. ты инфицировался с COVID-19? | Да | Нет | Не знаю | | |
| 4. Что вы чувствовали, когда члены вашей семьи заболели COVID-19? | Очень плохо | Плохо | Хорошо | Очень хорошо | Мне все равно |
| 5. Что вы чувствовали, когда заболели COVID-19? | Очень плохо | Плохо | Хорошо | Очень хорошо | Мне все равно |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| 6. Беспокоит ли Вас кашель по ночам? | Да, всегда | часто | Иногда | Нет, никогда | Мне все равно |
| 7. Знаете ли вы о своей болезни? | Очень плохо | Плохо | Хорошо | Очень хорошо | Мне все равно |
| 8. Вы кашляете из-за болезни? | Да, всегда | да, часто | да, иногда | Нет никогда | Нет, мне все равно |
| 9. Что вы чувствуете, если постоянно кашляете? | Очень плохо я чувствую себя бесполезным | я разочарован в себе | , я совсем себе не доверяю, | я нервничаю, | мне все равно. |
| 10. Ваша болезнь (бронхиальная астма) не подрывает вашу уверенность в себе? | Я расстроен, я злюсь на себя, | я не знаю, я всегда нервничаю | я совсем не доверяю себе | я не очень уверен в себе | Я верю в себя. |
| 11. Ваше заболевание (бронхиальная астма) беспокоит Вас при физических нагрузках? | Это так изнурительно, я вообще не могу тренироваться | Не всегда | Разрушительный, но не проблема | Меня это не беспокоит | я этого не замечаю. |
| 12. Что вы чувствуете, если ваше заболевание вам беспокоит при физических нагрузках? | Очень плохо, ненужным | я разочарован в себе | я совсем себе не доверяю | я нервничаю | мне все равно. |
| 13. Можете ли вы почувствовать или обнаружить приступы болезни раньше времени? | Нет, потому что я совсем не верю в себя | Я не могу дать определенного ответа, | я всегда нервничаю | Я не могу дать четкий ответ, я не очень уверен в себе. | Не могу дать однозначного ответа, но я верю в себя |
| 14. Как вы ведете себя во время приступа болезни? | Очень плохо, ненужно, не хочу использовать мои лекарства | Я совсем себе не доверяю, я не хочу употреблять мои лекарства | Я злюсь на себя, я употребляю мои лекарства по принуждению | Я нервничаю, но быстро принимаю лекарство | Мне все равно, я немедленно использую лекарство |
| 15. Просыпаетесь ли вы ночью от приступа вашей болезни? Как ты себя чувствуешь? | Очень плохо, ненужно, не хочу использовать мои лекарства | Я совсем себе не доверяю, я не хочу употреблять мои лекарства | Я злюсь на себя, я употребляю мои лекарства по принуждению | Я нервничаю, но быстро принимаю лекарство | Мне все равно, я немедленно использую лекарство |
| 16. В каких случаях усиливаются приступы болезни? | Когда я сплю | Весной, осенью, в холода | Когда я злюсь | Когда мои родители или братья и сестры дерутся дома | Когда я бегу, когда я прыгаю |

| | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------------|------------------------------------|-------------------|---------------|
| 17. Знаете ли вы, что существует школа «бронхиальной астмы»? | Мне все равно | Я не знаю | Я заинтересован | Нет | Я знаю |
| 18. Вы посещаете «Школу астмы»? | Нет | Мне не интересно | Мне все равно | Иногда | Да всегда |
| 19. Знаете ли вы, что есть много других детей с астмой? | Мне все равно | Я не знаю | Я заинтересован | Нет | Я знаю |
| 20. Что вы чувствуете, когда видите или слышите о детях, больных астмой? | Я буду очень счастлив | Только у меня эта болезнь | Нет, у меня астма хуже, чем у них. | мне будет грустно | Мне все равно |

Подпись матери:

Результаты оценивали следующим образом:

25-45 баллов и менее - Если ваш ребенок набрал 20 баллов или меньше, это означает, что у него очень низкая самооценка или низкая самооценка, данная ситуация означает, что вам необходимо полностью изменить свое внимание к ребенку, отношение к ребенку, некоторые изменения в лечебных процедурах, кроме того, следите за регулярным приемом лекарств вашим ребенком, строго следуя курсу лечения, назначенному вашим лечащим врачом и психоневрологом.

45-55 баллов и более - если у вашего ребенка 28 баллов или выше, это означает, что у него низкая уверенность в себе или низкая самооценка, эта ситуация означает, что вам необходимо изменить свое внимание к ребенку, свое отношение к ребенку и некоторые изменения в лечебных процедурах, кроме того, следите за тем, чтобы ваш ребенок регулярно принимал лекарства, следуя курсу лечения, назначенному врачом и психоневрологом.

65 баллов и более - поздравляем!!! Вы очень хорошо работаете со своим ребенком. Прежде всего, это зависит от доверия вашего ребенка и принятия происходящих вокруг него событий, продолжайте в том же духе, и вскоре вы достигнете больших высот.

Всем больным детей (1-я и 2-я группа, n=87) в схему лечения добавили препарат Магний Б6, по 1 таблетки 2-3 раза в сутки в течение 30 дней.

Обследуемым детей определяли уровень магния в сыворотки крови до лечения и 44 сутки после лечения.

Результаты исследований и обсуждение. Результаты исследования, показали, что у детей с БА перенесших COVID-19, больше всего отмечались: стрессовые ситуации в социуме (например, перемена школы 32,15%). Психосоматическое статус у детей первой и второй группы детей составила соответственно: 36 и 46 баллов. У исследуемых детей, в семьях наблюдались в 1,5-2,0 раз больше конфликтных ситуации, ссоры между родителями и другими членами семьи. Эти показатели были выше по сравнению с показателями 1 группы и здоровых детей. После применения препарата Магний Б6 психосоматическое статус у детей первой и второй группы детей составила соответственно: 48 и 59 баллов.

Кроме этого, до лечения магний содержащим препаратом было характерно следующие показатели: дети которые на фоне БА перенесли COVID-19 более характерным было интровертность, тогда как для детей БА без COVID-19 в основном регистрировалась экстравертность. Дети II группы были более замкнутыми, раздражительными, часто проявляли испуг. Дети I группы реагировали адекватно на обострение болезни. После применения Магний Б6 у больных 2 группы появление конфликтных ситуации уменьшились в семье в 1,3-1,5 раза (табл.1).

Табл.1.

Психоэмоциональные состояние до и после лечения с применением Магний Б6 детей с БА которые не болели COVID-19 (1-я группа) и детей с БА которые переболели COVID-19 (2-я группа)

| Группа | интровертность | | Экстравертность | |
|-------------------|----------------|--------|-----------------|--------|
| | До | после | До | после |
| 1-я группа (n=55) | 32,77% | 30,43% | 67,23% | 69,57% |
| 2-я группа (n=32) | 71,53% | 59,34% | 28,47% | 40,72% |

Примечание:* - достоверно по отношению к контролю (p<0,05)

По шкале «экстраверсии – интроверсии» у детей с БА, которые перенесли COVID-19 (2-я группа) до лечения преобладала интровертность которое составило 71,53%, а экстравертность было лишь у 28,47%. У больных 1 группы интровертность было ниже чем у больных 2 группы 67,23%. После лечение у детей с БА, которые перенесли COVID-19 (2-я группа) интровертность снизилось и составило 59,34%, и этот же показатели составила у 1 группы детей 30,43% (p<0,05).

Табл.2.

Содержание магния в сыворотке крови детей до и после лечения с применением Магний Б6 с БА которые не болели COVID-19 (1-я группа) и детей с БА которые переболели COVID-19 (2-я группа)

| Группа | Уровень Магния (ммоль/л) в сыворотке крови | |
|-------------------|--|-------------|
| | До | После |
| 1-я группа (n=55) | 0,41 - 0,57* | 0,7 - 0,78* |
| 2-я группа (n=32) | 0,43 - 0,55* | 0,68 - 0,7* |
| Контроль (n=40) | 0,7-0,86* | |

Примечание:* - достоверно по отношению к контролю (p<0,05)

Результаты исследования количества магния в сыворотке крови, до лечение составило I и II групп, соответственно 0,41-0,57 и 0,43-0,55*ммоль/л (у детей от 6 до 12 лет в норме 0,7-0,86 ммоль/л). После лечение количество магния в сыворотке крови свойственно группам было: 0,7-0,78 и 0,68-0,7 ммоль/л. (p<0,05) (табл.2).

Результаты исследований, показало, что снижение уровня магния не зависело от перенесенной коронавирусной инфекции.

Заключение. У исследуемых групп детей до того как применяли магний содержащего препарата, течение заболевания было более тяжелым, степень выраженности экстраверсии было выше, чем у больных БА не переболевших COVID-19. Это особенно было заметно среди чувствительных, тревожных, мнительных детей, с развитым чувством ответственности, сострадания и сопереживания, как правило, дети с заниженной самооценкой и частые вегетативные расстройства.

У детей преобладающие чувствительность, тревожность, сострадания и сопереживания, заниженной самооценкой и частые вегетативные расстройства, после применение Магний Б6 показатели степень выраженности интроверсии было ужи незначительно выше, чем у больных БА не переболевших COVID-19, но показатели тревожности, мнительность, сострадания и сопереживания, заниженная самооценка и частые вегетативные расстройства остались не измененными.

IQTIBOSLAR | ЧОККИ | REFERENCES:

1. Abdujalilova M. Sh., Khalmatova B. T. Correction of the Treatment of Psychosomatic Diseases in Children with Bronchial Asthma on the Background of COVID-19. //American Journal of Medicine and Medical Sciences. -2022.-№12.-P.1267-1268. <http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20221212.21>.
2. Abiri B., Vafa M., Effects of vitamin D and/or magnesium supplementation. -2020.-№5.-P.5. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4122-9>.
3. Bachnas M.A., Akbar M.I., Dachlan E.G., Dekker G., The role of magnesium sulfate (MgSO₄) in fetal neuroprotection. //J. Matern. Fetal Neonatal Med.-2019.-№1.-P.1-13. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619688>.
4. Choi J. W. et al., The prevalence of symptoms of allergic diseases in children residing in industrial regions of Uzbekistan. //International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2020. – T. 24. – №. 4. – P. 2105-2115.
5. Güzel A. et al., Dexmedetomidine and magnesium sulfate: a good combination treatment for acute lung injury? //J.Invest. Sug.-2020.- № 32.- P. 331–342. <https://doi.org/10.1080/08941939.2017.1422575>.
6. Han F. et al., Magnesium sulphate can alleviate oxidative stress and reduce inflammatory cytokines in rat placenta of intrahepatic cholestasis of pregnancy model. //Arch. Gynecol. Obstet.-2018.-№298.-P.631–638. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4850-1>.
7. Mirrahimova M. K. et al. Bronchial asthma: prevalence and risk factors in children living in the industrial zones of the Tashkent region. //Central Asian Journal of Medicine. – 2020. – №. 1. – C. 29-35.
8. Ohyama, T., New aspects of magnesium function: a key regulator in nucleosome self-assembly, chromatin folding and phase separation. //Int. J. Mol. Sci.-2019.- №2.- P. 20-21. <https://doi.org/10.3390/ijms20174232>.
9. Umirzakov Zokir, Rizaev Jasur, UMIROV Safar. The phenomenon of the epidemic covid-19 process and their leading determinants. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 6, pp. 286-295




УДК: 616.94-07-08-036.865.053.3

KARJAVOVA Gulnoza Abilkasimovna
PhD
Samarkand State Medical University

VALUE OF CARDIAC MARKERS IN SICK CHILDREN COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA WITH MYOCARDITIS

For citation: G.A. Karzhdavova, value of cardiac markers in sick children community acquired pneumonia with myocarditis //Journal of biomedicine and practice. 2023. vol. 8, issue 1, pp.213-220

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835518>

ANNOTATION

Currently, in cardiology, it is important to determine troponins as a biochemical marker of cardiomyocyte necrosis. The aim of this work was to identify markers of myocardial damage and identify the most significant of them in children with pneumonia. On the basis of the SF RSCEMA, 150 patients aged from 6 months to 7 years old were examined. The parameters of troponin I, α -HBDG, MVKK were determined. The parameters of troponin I, α -HBDG, MVKK were determined. The exclusion criteria were congenital heart defects (CHD), cardiac arrhythmias, genetic anomalies, chronic bronchopulmonary diseases, if changes in troponins in the blood were observed. This is due to the absence of episodes of acute hypoxia and death of cardiomyocytes. The results of the study showed that studies of clinical symptoms, echocardiography, hemostasis and cardiac markers indicate the peculiarities of the course of community-acquired pneumonia with myocarditis in children and need further confirmation, including analysis of the correlation relationships between them.

Key words: myocarditis, children, cardiac troponins I, pneumonia, heart failure.

КАРДЖАВОВА Гулноза Абилкасимовна
PhD

Самаркандский государственный медицинский университет

ЗНАЧЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ С МИОКАРДИТОМ

АННОТАЦИЯ

В настоящее время в кардиологии актуальным является определение тропонинов как биохимического маркера некроза кардиомиоцитов. Целью данной работы явилось выявление наиболее значимых маркеров поражения миокарда у детей с внебольничной пневмонией с миокардитами. На базе СФ РНЦЭМП обследовано 150 больных в возрасте от 6 мес до 7 лет. Определяли показатели тропонина I, α -ГБДГ, МВКК. Критерием исключения служили врожденные пороки сердца (ВПС), нарушения сердечного ритма, генетические аномалии,

хронические бронхо-легочные заболевания, при которых закономерно отмечается изменение тропонинов в крови. Это связано с отсутствием эпизодов острой гипоксии и гибели кардиомиоцитов. Результаты исследования показали, что исследования клинической симптоматики, эхокардиографии, показателей гемостаза и кардиальных маркеров свидетельствуют об особенностях течения внебольничной пневмонии с миокардитом у детей и нуждаются в дальнейшем подтверждении, в том числе анализе корреляционных связей между ними.

Ключевые слова: миокардит, дети, сердечные тропонины I, пневмония, сердце.

КАРЖАВОВА Гулноза Абилқосимовна
PhD, Самарқанд давлат тиббиёт университети

ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯ ВА МИОКАРДИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЮРАК МАРКЕРЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ

АННОТАЦИЯ

Ҳозирги вақтда кардиологияда тропонинларни кардиомиоцитлар некрозининг биокимёвий белгиси сифатида аниқлаш долзарб ҳисобланамоқда. Ушбу ишнинг мақсади миокардит фонига кечувчи шифохонадан ташқари пневмония билан касалланган болаларда миокард зарарланишининг энг муҳим белгиларини аниқлаш бўлди. 6 ойликдан 7 ёшгача бўлган 150 нафар бемор РШТЁИМ СФ базасида текширилди. Тропонин I, α -ГБДГ, МВКК параметрлари аниқланди. Истисно мезонлари туғма юрак нуқсонлари (ТЮН), юрак аритмиялари, генетик аномалиялар, сурункали бронхо-ўпка касалликлари бўлиб, уларда табиий равишда қондаги тропонинлар ўзгариши кузатилади. Бу ўткир гипоксия эпизодларининг йўқлиги ва кардиомиоцитларнинг ўлими билан боғлиқ. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, клиник симптомлар, эхокардиография, гемостаз ва юрак маркерларини ўрганиш болаларда миокардит билан кечувчи томонидан ортирилган пневмония кечишининг ўзига хослигини кўрсатади ва улар ўртасидаги корреляцияни таҳлил қилиш, шу жумладан қўшимча тасдиқлашни талаб қилади.

Калит сўзлар: миокардит, дети, юрак тропонинлари I, пневмония, юрак.

Relevance. In recent years, in cardiology, increasing importance is attached to the composition of the troponin complex of cardiomyocytes as the most sensitive and specific biochemical marker of myocardial necrosis.

Troponins (I, T and C) in a ratio of 1:1:1 are part of the troponin complex associated with tropomyosin, which, together with actin, forms small filaments of myocytes - the main component of the contractile apparatus of striated muscle cells. All three troponins arise in the calcium-dependent regulation of the release-relaxation act.

Cardiac troponins T and I were differentiated from similarity of skeletal muscle proteins by an immunological method using monoclonal antibodies, which are used in their immunoassay methods. Cardiac troponin C is opposite to troponin T and is completely identical in its restriction to muscle troponin C and therefore is not a cardiospecific protein [4].

Over the past few years, the use of troponins in pediatrics, mainly in neonatology, has also begun to be determined [2,6]. In the discovered works, the detected newborns were carried out at the 1st week of life; in the study, children with CNS pathologies, premature, underweight were found. In domestic intelligence, the determination of troponin T in children with CHD was carried out by P.I. Slobin [3] noted elevated values of troponin T in this group of patients in the first days of life and a decrease in its level at 2–3 weeks. Yu.V. Shmatkova in the field of application [7] received an increase in the level of troponin I in children aged 3 to 16 years with symptoms of circulatory failure (CK) IIВ-III degree and subsequently died.

Troponins and cardiospecific enzymes MVKK and α -HBDG are the most sensitive and specific organ biomarkers for various anxiety disorders, allowing for diagnostic and prognostic

capabilities in myocarditis. However, at present, studies of this problem in pediatric practice are used only indicative.

The aim of the study was to identify the most diagnostic significant cardiospecific markers of heart damage (troponin I, α -HBDG, MVCC) in children with community-acquired pneumonia.

Materials and methods of research

The study included 150 children who were hospitalized with community-acquired pneumonia at the age of 6 months to 7 years, including 120 patients with concomitant myocarditis who were hospitalized in departments I, II of emergency pediatrics and pediatric resuscitation of the Samarkand branch of the Republican Scientific Emergency Medical Center from 2019 to 2022.

Patients at the 1st stage of the study were divided into 4 groups:

Group A included 30 children with community-acquired pneumonia without myocarditis.

Group B included 60 patients with uncomplicated community-acquired pneumonia with myocarditis.

Group C included 60 patients with complicated course of community-acquired pneumonia with myocarditis.

Group B + C, consisting of groups B and C, referred to as a group of children with community-acquired pneumonia with myocarditis (120 patients).

In the study of troponin I, we used gradations of the level of the cardiac marker. So the interval with a low level of troponin I 0-0.1 ng / ml - was regarded as a variant of the norm; an interval with an average level of 0.2-0.3 ng/ml indicated moderate myocardial damage and at a level of troponin I in the blood of 0.4 ng/ml and above, a severe lesion, up to severe organic damage to the myocardium

When quantifying the level of troponin I in children with CAP (Table 3.3.1), the content did not exceed the limit of reference values (0-0.1 ng / ml) was observed in 36.7% of patients, in the range of 0.2-0.3 ng/ml in 6.7% and 0.4 ng/ml and > in 3.3% of patients in comparison with uncomplicated course of CAP with myocardites in which it was detected in 10.0% (P=0.002), 58.3% (P= 0.0010.266) and 10.0% (P=0.266) of cases, respectively, according to our gradations.

It is important to note that the high frequency of detecting an elevated troponin I value (78.3%) in patients with CAP with myocardites , compared with SV, can be explained by damage to cardiomyocytes during the development of myocarditis, followed by an increase in specific proteins in the blood.

Table 1

The frequency of detection of troponin I in patients with community-acquired pneumonia and uncomplicated course of community-acquired pneumonia with myocarditis

| index | Detection frequency (%) | | χ^2 | P | OR | ДИ min | ДИ max |
|----------------------------|-------------------------|---------|----------|-------|------|--------|--------|
| | Group A | Group B | | | | | |
| troponin I 0-0.1 ng/ml | 10,0 | 36,7 | 9,28 | 0,002 | 0,48 | 0,06 | 0,59 |
| troponin I 0.2-0.3 ng/ml | 58,3 | 6,7 | 22,05 | 0,001 | 2,01 | 4,27 | 89,94 |
| troponin I 0.4 ng/ml and > | 10,0 | 3,3 | 1,24 | 0,266 | 1,32 | 0,37 | 28,07 |
| discovered | 78,3 | 46,7 | 9,18 | 0,002 | 1,72 | 1,61 | 10,62 |
| Not found | 21,7 | 53,3 | 9,18 | 0,002 | 0,58 | 0,09 | 0,62 |

Note: indicators χ^2 , P, OR, CI min and CI max between groups

The results of the study of determining the level of troponin I presented in Table 3.3.2 show that in the complicated course of CAP with myocardites, the overall detection rate of troponin I (93.3%), so distributed gradations: at 0-0.1 ng / ml in 3.3% patients, 0.2-0.3 ng/ml in 65.0% and at 0.4 ng/ml and more in 25.0%, significantly differed from the frequency of detection in CAP (P=0.001), indicating a more pronounced myocardial injury.

Table 2

The frequency of detection of troponin I in patients with community-acquired pneumonia and complicated course of community-acquired pneumonia with myocarditis

| index | Detection frequency (%) | | χ^2 | P | OR | ДИ min | ДИ max |
|----------------------------|-------------------------|---------|----------|-------|------|--------|--------|
| | Group B | Group C | | | | | |
| troponin I 0-0.1 ng/ml | 3,3 | 36,7 | 17,98 | 0,001 | 0,20 | 0,01 | 0,29 |
| troponin I 0.2-0.3 ng/ml | 65,0 | 6,7 | 27,44 | 0,001 | 2,22 | 5,63 | 120,02 |
| troponin I 0.4 ng/ml and > | 25,0 | 3,3 | 6,42 | 0,011 | 1,54 | 1,21 | 77,17 |
| discovered | 93,3 | 46,7 | 25,20 | 0,001 | 4,00 | 4,62 | 55,42 |
| Not found | 6,7 | 53,3 | 25,20 | 0,001 | 0,25 | 0,02 | 0,22 |

Note: indicators χ^2 , P, OR, CI min and CI max between groups

As shown in Table 3, in the group of patients CAP with myocardites (group B + C), the frequency of troponin I was registered in 85.8% of patients, in the range of 0.2-0.3 ng / ml in 61.7% of children and in interval of 0.4 and more ng/ml in 17.5% of patients, which is significantly higher than in children with CAP. These results indicate that the concentration of troponin I in patients with myocarditis increases significantly and the possibility of determining the frequency of detection of troponin I in patients as an objective diagnostic marker of CAP with myocarditis.

Table 3

The frequency of detection of troponin I in patients with community-acquired pneumonia and community-acquired pneumonia with myocarditis.

| index | Detection frequency (%) | | χ^2 | P | OR | ДИ min | ДИ max |
|----------------------------|-------------------------|---------|----------|-------|------|--------|--------|
| | Group B +C | Group A | | | | | |
| troponin I 0-0.1 ng/ml | 6,7 | 36,7 | 12,96 | 0,001 | 0,36 | 0,04 | 0,43 |
| troponin I 0.2-0.3 ng/ml | 61,7 | 6,7 | 24,64 | 0,001 | 2,10 | 4,90 | 103,60 |
| troponin I 0.4 ng/ml and > | 17,5 | 3,3 | 3,89 | 0,048 | 1,46 | 0,80 | 53,06 |
| discovered | 85,8 | 46,7 | 16,36 | 0,001 | 2,36 | 2,64 | 20,89 |
| Not found | 14,2 | 53,3 | 14,65 | 0,001 | 0,46 | 0,06 | 0,42 |

Note: indicators χ^2 , P, OR, CI min and CI max between groups

Considering the results of a comparative analysis (Table 4), it should be stated that in patients with a complicated course of CAP WITH MYOCARDITES, only in the range of 0.4 and > ng/ml, there were significant differences of 25.0% ($\chi^2=4.23$, P=0.040) in comparison with an uncomplicated

course of the disease, probably due to the fact that as the disease worsens, the degree of myocardial damage increases.

Table 4

The frequency of detection of troponin I in patients with uncomplicated and complicated course of community-acquired pneumonia with myocarditis

| index | Detection frequency (%) | | χ^2 | P | OR | ДИ min | ДИ max |
|----------------------------|-------------------------|----------|----------|-------|------|--------|--------|
| | Группа А | Группа С | | | | | |
| troponin I 0-0.1 ng/ml | 10,0 | 3,3 | 1,24 | 0,266 | 1,32 | 0,37 | 28,07 |
| troponin I 0.2-0.3 ng/ml | 58,3 | 65,0 | 0,58 | 0,445 | 0,89 | 0,28 | 1,75 |
| troponin I 0.4 ng/ml and > | 10,0 | 25,0 | 4,23 | 0,040 | 0,60 | 0,09 | 0,98 |
| discovered | 78,3 | 93,3 | 3,24 | 0,072 | 0,72 | 0,05 | 1,23 |
| Not found | 21,7 | 6,7 | 3,24 | 0,072 | 1,38 | 0,81 | 18,44 |

Note: indicators χ^2 , P, OR, CI min and CI max between groups

The study showed the detection of the frequency of troponin I in 85.8% of patients with CAP with myocardites ($\chi^2 = 16.36$, $P=0.001$), determination in the range of 0.2-0.3 ng/ml in 31.7% of cases ($\chi^2 = 24.64$, $P=0.001$), in the range of 0.4 and more ng/ml in 17.5% of cases ($\chi^2=3.89$, $P=0.048$), which allows us to recommend this indicator as a diagnostic criterion and determine the severity of the course diseases.

The study of indicators of cardiospecific enzymes in children with CAP (table 5) revealed a significant increase in the level of α -HBDG by 15.34% and MVKK by 14.4% compared with the control group ($P<0.001$), which are the result of the negative effect of hypoxic, toxic and other pathological changes pathogenetically arising from pneumonia in the CCC in patients.

Table 5

Indicators of cardiospecific enzymes in patients with community-acquired pneumonia.

| index | Control (M \pm m) | Group A (M \pm m) | P |
|--------------------|---------------------|---------------------|--------|
| α -HBDG u/l | 115,1 \pm 6,1 | 132,8 \pm 7,8 | <0,001 |
| MVKK u/l | 18,2 \pm 1,1 | 20,7 \pm 1,2 | <0,001 |

Note: P - significance of differences between groups

In children with uncomplicated course of CAP with myocardites (Table 3.3.6), the levels of α -HBDG were significantly higher - 173.6 \pm 8.6 U/l and MVCC 54.3 \pm 3.5 U/l ($P<0.001$) in comparison with patients with CAP, which naturally indicates more pronounced changes in the myocardium in this group of patients.

Table 6

Parameters of cardiospecific enzymes in patients with community-acquired pneumonia and uncomplicated course of community-acquired pneumonia with myocarditis.

| Index | Group A (M \pm m) | Group B (M \pm m) | P |
|--------------------|---------------------|---------------------|--------|
| α -HBDG u/l | 132,8 \pm 7,8 | 173,6 \pm 8,6 | <0,001 |
| MVKK u/l | 20,7 \pm 1,2 | 54,3 \pm 3,5 | <0,001 |

Note. P - significance of differences between groups

As indicated in table 7, among children with a complicated course of CAP with myocardites, significantly high values of cardiospecific enzymes were observed, as for α -HBDG u/l - 215.3 ± 10.3 u/l and MVKK - 69.2 ± 3.8 u/l in comparison with the group of patients with CAP ($P < 0.001$).

Table 7
Parameters of cardiospecific enzymes in patients with community-acquired pneumonia and complicated course of community-acquired pneumonia with myocarditis (M \pm m).

| Index | Group A (M \pm m) | Group C (M \pm m) | P |
|--------------------|---------------------|---------------------|--------|
| α -HBDG u/l | 132,8 \pm 7,8 | 215,3 \pm 10,3 | <0,001 |
| MVKK u/l | 20,7 \pm 1,2 | 69,2 \pm 3,8 | <0,001 |

Note. P - significance of differences between groups

As shown in Table 8, in children with uncomplicated and complicated course of CAP with myocardites, the results of the examination, confirming myocarditis and revealing higher levels of both cardiospecific enzymes ($P < 0.01$, $P < 0.001$), confirmed their diagnostic significance in determining the state of the myocardial system and the course of the disease.

Table 8
Parameters of cardiospecific enzymes in patients with uncomplicated and complicated course of community-acquired pneumonia with myocarditis (M \pm m).

| Index | Group B (M \pm m) | Group C (M \pm m) | P |
|--------------------|---------------------|---------------------|--------|
| α -HBDG u/l | 173,6 \pm 8,6 | 215,3 \pm 10,3 | <0,001 |
| MVKK u/l | 54,3 \pm 3,5 | 69,2 \pm 3,8 | <0,01 |

Note. P - significance of differences between groups

In HLM (group B + C), pathological manifestations of CVS (table 9) are accompanied by a significant increase in the level of cardiospecific enzymes in α -HBDG by 46.4% and in MVKK by 298.9% ($P < 0.001$) compared with VP, indicating about pronounced pathogenetic changes in the myocardium, aggravating the course of hypoxic processes in the body with community-acquired pneumonia.

Table 9
Parameters of cardiospecific enzymes in patients with community-acquired pneumonia and community-acquired pneumonia with myocarditis (M \pm m).

| Index | Group A (M \pm m) | Group B+C (M \pm m) | P |
|--------------------|---------------------|-----------------------|--------|
| α -HBDG u/l | 132,8 \pm 7,8 | 194,6 \pm 10,6 | <0,001 |
| MVKK u/l | 20,7 \pm 1,2 | 61,8 \pm 2,7 | <0,001 |

Note. P - significance of differences between groups

Research results. Thus, the state of cardiac markers in CAP with myocardites in children is characterized by an increase in the frequency of detection of troponin I in 85.8% ($\chi^2 = 16.36$, $P = 0.001$), in the range from 0.2-0.3 ng/ml to 31.7% ($\chi^2 = 24.64$, $P = 0.001$), from 0.4 and more ng/ml in 17.5% of cases ($\chi^2 = 3.89$, $P = 0.048$), the presence of cardiospecific hyperenzymemia according to α -HBDG - $194, 6 \pm 10.6$ u/l and CPK MB-fraction - 61.8 ± 2.7 u/l ($P < 0.001$) in comparison with VP. The study allows us to recommend the frequency of detection of troponin I, the levels of α -HBDG and CPK MB-fraction as diagnostic criteria, to determine the severity of community-acquired pneumonia with myocarditis, and the need for corrective measures.

The results of the study of clinical symptoms, echocardiography, hemostasis and cardiac markers indicate the peculiarities of the course of community-acquired pneumonia with myocarditis

in children and require further confirmation, including an analysis of the correlation relationships between them.

The discussion of the results.

The range of diagnostic significance of the troponin I level (diagnostic window) is mainly limited to 3–7 days, varying significantly in individual patients. For troponin T, this period is longer and can be prolonged up to 12–14 days [8]. Therefore, troponins T and I can also be regarded as late diagnostic markers that allow the detection of “missed” myocardial dysfunction. The diagnostic sensitivity of troponins reaches 100% if they are measured in the range of more than 12-14 hours from the onset of symptoms of heart failure. Such sensitivity of troponins with a high degree of specificity allows us to consider these myocardial markers as "gold standards" in the diagnosis of myocarditis, which have clear advantages over CPK-MB and LDH₁ [1,9].

For the reliability of the results, we carried out a correlation analysis, in which we used the values of bed-days, ejection fraction, D-Dimer and MVKK, as the most demonstrative criteria for PPM, with a high degree of significant differences in the comparison of PEP. A correlation analysis was carried out in patients of groups A, B, C and BC, followed by the construction of a correlation graph, a trend line and an approximation reliability value. Correlation analysis data for EP show that between bed-days, EF, D-dimer and MVKK that between bed-days, EF, D-dimer and MVKK there were very weak and weak correlation negative and positive relationships between themselves and the correlation graph between In terms of bed-days to EF and EF to D-dimer, there is a rather sharp divergence of points on both sides of the trend line, with insufficient approximation accuracy $R^2=0.0726$ and $R^2=0.0883$.

Conclusions

The analysis of cardiac markers revealed the frequency of troponin I in 85.8% of patients with CAP with myocardites (group B + C), in the range of 0.2-0.3 ng / ml in 31.7% of cases, in the range of 0.4 and more ng/ml in 17.5% of cases, in comparison with EP in which it was determined in 36.7%, 6.7% and 3.3% of patients, respectively, gradations, which allows us to recommend them as a diagnostic criterion and determine the severity of the course diseases.

Community-acquired pneumonia with myocarditis is accompanied by a significant increase in the level of cardiospecific enzymes by α -HBDG by 46.4% and by MVKK by 298.9% ($P<0.001$) in comparison with EP and indicates more pronounced pathogenetic changes developing with myocardial damage, which in in turn exacerbates the course of hypoxic processes in the body with community-acquired pneumonia.

The results of the frequency of detection of troponin I and the level of α -HBDG - and MB-fraction of CPK allow us to recommend them as diagnostically significant markers of severity and the need for corrective measures of the disease.

To make a diagnosis of myocardial dysfunction in patients with acute heart failure caused by community-acquired pneumonia, the determination of serum proteins-markers of cardiomyocyte damage (α -HBDG and CPK MB-fractions) is indicated. Evaluation of troponin I elevation in infants should be carried out after the development of guidelines for this age group.

IQTIBOSLAR | ЧОККИ | REFERENCES:

1. Amelyushkina V.A., Kotkina T.I., Titov V.N. Troponin: structure, properties and mechanism of functioning. chemical markers of the affected myocardium. Wedge. and lab. Biochemistry. 1999; 64(9): 1155–1174
2. Galysheva N.V. Optimization of approaches to the diagnosis of heart pathology in newborns”: Abstract of the thesis. diss. ... cand. honey. Sciences. Yekaterinburg, 2009
3. Slobin P.I. Clinical and biochemical features of the adaptation of cardiac activity in congenital heart defects in newborns: Abstract of the thesis. diss. cand. honey. Sciences. Astrakhan, 2000
4. Filatov V.L., Katrukha A.G., Bulargina T.V., Gusev N.B. Bio diagnostics. 1999; 7:25–32
5. Chaulin A. M., Duplyakov D. V. An increase in cardiac troponins not associated with acute coronary syndrome. Part 1-2 //Cardiology: News. Opinions. Education. – 2019. – no. 2 (21)

6. Shibaev A.N. The value of clinical and functional methods of research and determination of serum troponin T in the diagnosis and rationale for the treatment of cardiovascular disorders in newborns who have undergone perinatal hypoxia: Abstract of the thesis. diss. cand. honey. Sciences, Tver, 2004.
7. Shmatkova Yu.V. Clinical significance of the dynamics of the content of troponin I, myoglobin and cytokines in chronic heart failure in children: Abstract of the thesis. diss. honey. Sciences. M., 2006.
8. Apple FS, Christenson RH, Valdes RJ. Simultaneous rapid GEOTAR-Media, 2008. measurement of whole blood myoglobin, creatine kinase MB, and cardiac troponin I by the triage cardiac panel for detection of myocardial infarction. Clin. Chem. 1999; (45): 199–205
9. Rifai N, Douglas PS, Toole MO. Cardiac troponin T and I, electrocardiographic wall motion analysis and ejection fraction. J. Cardiovasc. Pharmacol. 1985; 7(3): 424–436
10. Ризаев, Ж. А., Агабабян, И. Р., Ярашева, З. Х., & Мухамедова, М. Г. (2022). Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста. Достижения науки и образования, (1 (81)), 75-79.



УДК: 616-08-039.71

SHARIPOV Rustam Xaitovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

RASULOVA Nodira Alisherovna

Candidate of Medical Sciences, a.a. Professor


RASULOV Alisher Sobirovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Samarkand State Medical University

CORRECTION OF VITAMIN D LEVELS IS THE KEY TO PREVENTING HYPOCALCEMIC CONDITIONS

For citation: Sharipov Rustam, Rasulova Nodira, Rasulov Alisher. Correction of vitamin d levels is the key to preventing hypocalcemic conditions. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 221-228

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835523>

ANNOTATION

Objective: Determination of the level of 25(OH)D₃ in blood serum and its effect on the prevention of rickets in Uzbekistan.

Methods: There were 466 children under observation, aged from 1 to 12 months, the children were considered practically healthy and did not receive vitamin D within a month before blood sampling. The level of vitamin 25(OH)D₃ less than 30 mmol/l was considered an existing biochemical deficiency.

Results: Despite the traditional prevention of rickets, 27.8% had mild and moderate severity, while 72.1% had no clinical signs of rickets. In 86.1% of children with rickets, a low level of 25(OH)D₃ in the blood serum was detected. Thus, after the modified prevention of rickets, only in 9.2% of the examined children with signs of rickets, did the level of 25(OH)D₃ remain low, while in 90.7% it returned to normal. At the same time, in children without signs of rickets, 14.3% had a low content of 25(OH)D₃ in the blood serum, and in 85.7% of children, the level returned to normal. As a result, the correct administration of vitamin D makes it possible to reduce severe forms of rickets and improve the psychomotor development of the child.

Conclusions: The proposed correction with vitamin D allows us to normalize the level of 25(OH)D₃, reduce severe forms of rickets, improve psychomotor development in the 1st year of life and can be recommended in the conditions of Uzbekistan.

Key words: rickets, 25(OH)D₃ in blood serum, prevention, children, vitamin D.

ШАРИПОВ Рустам Хайтович

Доктор медицинских наук, доцент

РАСУЛОВА Нодира Алишеровна

Кандидат медицинских наук, и.о. доцент

РАСУЛОВ Алишер СобировичКандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет**КОРРЕКЦИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА D – КЛЮЧ К ПРОФИЛАКТИКЕ
ГИПОКАЛЬЦИЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ****АННОТАЦИЯ**

Цель: Определение уровня 25(OH)D₃ в сыворотке крови и его влияние на профилактику рахита в Узбекистане.

Методы: Под наблюдением находилось 466 детей в возрасте от 1 до 12 месяцев, дети считались практически здоровыми и не получали витамин D в течение месяца до забора крови. Уровень витамина 25(OH)D₃ менее 30 ммоль/л расценивали как имеющийся биохимический дефицит.

Полученные результаты: Несмотря на традиционную профилактику рахита, 27,8% имели легкую и среднюю степень тяжести, а 72,1% не имели клинических признаков рахита. У 86,1% детей с рахитом выявлен низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови. Так, после проведения модифицированной профилактики рахита только у 9,2% обследованных детей с признаками рахита уровень 25(OH)D₃ оставался низким, а у 90,7% возвращался к норме. В то же время у детей без признаков рахита у 14,3% было выявлено пониженное содержание 25(OH)D₃ в сыворотке крови, а у 85,7% детей уровень нормализовался. В результате правильный прием витамина D позволяет уменьшить тяжелые формы рахита и улучшить психомоторное развитие ребенка.

Выводы: Предлагаемая коррекция витамином D позволяет нормализовать уровень 25(OH)D₃, уменьшить тяжелые формы рахита, улучшить психомоторное развитие на 1-м году жизни и может быть рекомендована в условиях Узбекистана.

Ключевые слова: рахит, 25(OH)D₃ в сыворотке крови, профилактика, дети, витамин D.

SHARIPOV Rustam Xaitovich

Tibbiyot fanlar doktori, dotsent

RASULOVA Nodira Alisherovna

Tibbiyot fanlar nomzodi, v.b. dotsent

RASULOV Alisher Sobirovich

Tibbiyot fanlar nomzodi, dotsent

Samarkand Davlat tibbiyot universiteti

**D VITAMINI DARAJASINI TUZATISH GIPOKALSEMIK HOOLLARNI OLDINI OLISH
KAROIDIR****ANNOTATSIYA**

Maqsad: Qon zardobida 25(OH)D₃ miqdorini aniqlash va uning O'zbekistonda raxit kasalligining oldini olishga ta'siri.

Material va metodlar: Nazorat ostida 466 nafar 1 oydan 12 oygacha bo'lgan bolalar bo'lib, ular deyarli sog'lom deb topilgan va qon olishdan bir oy oldin D vitamini olmagan. 25(OH)D₃ vitaminining 30 mmol / l dan past bo'lishi mavjud biokimyoviy tanqislik sifatida qabul qilindi.

Natijalar: Raxitning an'anaviy profilaktikasiga qaramasdan, 27,8% engil va o'rtacha og'irlikda bo'lgan va 72,1% raxitning klinik belgilari yo'q edi. Raxit bilan og'rigan bolalarning 86,1 foizida qon zardobida 25(OH)D₃ ning past darajasi aniqlangan. Shunday qilib, raxitning o'zgartirilgan profilaktikasidan so'ng, raxit belgilari bo'lgan tekshirilgan bolalarning atigi 9,2% 25(OH)D₃ darajasi pastligicha qoldi va 90,7% normal holatga qaytdi. Shu bilan birga, raxit belgilari bo'lmagan bolalarda 14,3% qon zardobida 25(OH)D₃ miqdori kamaygan va 85,7% bolalarda bu daraja normal holatga qaytgan. Natijada, D vitaminini to'g'ri qabul qilish raxitning og'ir shakllarini kamaytirishi va bolaning psixomotor rivojlanishini yaxshilashi mumkin.

Xulosa: D vitamini bilan tavsiya etilgan korreksiya 25(OH)D₃ darajasini normallashtirish, raxitning og‘ir shakllarini kamaytirish, hayotning 1-yilida psixomotor rivojlanishni yaxshilash imkonini beradi va O‘zbekistonda tavsiya etilishi mumkin.

Kalit so‘zlar: raxit, qon zardobida 25(OH)D₃, oldini olish, bolalar, D vitamini.

Introduction. Rickets has been dealt with for decades, but the frequency does not tend to decrease and averages 30% [4,5]. Rickets belongs to a group of deficient diseases, the main etiological factor in the development of which is insufficient intake of food or the formation of vitamin D in the skin in growing children [2,17].

Despite the abundance of sun in our country, rickets is widespread. In Uzbekistan, rickets occurs in 27% of children’s first year of life [6,16]. This dictates the need to develop and improve methods of its prevention, taking into account current situations, and environmental and ethnic characteristics.

If early diagnosis is carried out and the correct treatment is prescribed, then the disease proceeds without complications. And in the absence of treatment for moderate and severe rickets, flattening and deformities of the pelvis, chest deformities, flat feet, myopia, and multiple caries are often formed. Children under one- year- old is very often prone to respiratory diseases, and pneumonia, and thus the inflammatory process has a protracted course, leading to gastrointestinal upset [10,14]. For girls who have suffered rickets due to lumbar lordosis, the size of the entrance and exit from the small pelvis may be narrowed, and thus have to resort to caesarean section during childbirth [11,12].

Consequently, with rickets, there is a violation of phosphorus-calcium metabolism. This is a consequence of changes in the rate of absorption, utilization and elimination of these minerals [1,7]. Determination of the content of calcium and phosphorus in the blood is used by many researchers as a diagnosis of rickets and to monitor the effectiveness of therapy for this disease [8,13]. Of course, this method is much cheaper, but for the diagnosis of rickets. it is necessary to use a more accurate indicator - to determine the active metabolites of vitamin D in the blood.

It should be said that to determine the dosage of vitamin D to adequately carry out prevention and treatment in many countries, the level of 25 (OH) D₃ is determined.

Many authors give different levels of vitamin D in serum: 20-40 ng/ml; 10-30 ng/ml; 36.2 ng/l [5,10]. But at the same time, some authors [3,9,15] believe that the normative values are subject to fluctuations depending on race, age, season and diet. And they also depend on the peculiarities of the method by which the level of vitamin D is determined.

Studies to determine the active metabolite of vitamin D, which is a direct indicator of deficiency, have not been conducted in Uzbekistan.

Purpose of the study: determination of the level of 25(OH)D₃ in blood serum and its effect on the prevention of rickets in Uzbekistan.

Material and methods of research: 466 children, aged from 1 to 12 months, were under observation, whose parents considered them to be practically healthy and did not receive vitamin D within a month before blood sampling. Children under the age of 6 months were 35.6%, up to 12 months - 43.7%, up to 3 months - 20.6%.

The predominance of boys was noted - 258 (55.3±2.3%), while the number of girls was 208 (44.6±2.3). The determination of 25(OH)D₃ in blood serum was carried out in the laboratory of the Santa Clara Hospital in Rotterdam, Holland, using the radioimmunoassay method.

Each child took 2 ml of venous blood. The Serum was separated by centrifugation at 3000 rpm for 10 minutes. and stored at -200C. Children with 25(OH)D₃ less than 30 mmol/l were considered as an existing biochemical deficiency.

Results: Thus, it was found that vitamin D deficiency occurs in 77.2% of children, including clinically pronounced rickets in 27.8% of children in the 1st year of life, which indicates the insufficient effectiveness of traditional methods of preventing rickets.

The effectiveness of measures to prevent the disease significantly depends on the timeliness of the prophylactic administration of vitamin D₃ preparations, taking into account the degree of the adverse effect of risk factors on the child's body.

Because, despite the recommendations of the local paediatrician to give vitamin D₃, on the one hand, and the obligatory implementation of the doctor's recommendations by parents, on the other hand, the children we observed had signs of rickets.

By collecting personal data, we found that during the standard prevention of rickets, out of the total number of children, only 128 children (27.4%) received vitamin D. It should be said that the local doctor prescribed vitamin D by writing a prescription, but the mother forgot to give the child daily vitamin D.

Consequently, during the traditional prevention of rickets, out of 466 children, 27.8% had mild and moderate degrees, while 72.1% had no clinical signs of rickets. In 86.1% of children with rickets, a low level of 25(OH)D₃ in the blood serum was detected, while in the rest they fluctuated within the normal range. Paradoxically, in 73.8% of children without signs of rickets, we also found a low level of the main metabolite of vitamin D (Fig. 1). This was due not only to the lack of preventive measures but also to the peculiarities of the lifestyle and nutrition of children and their mothers. In 22.7% of children, the level of 25(OH)D₃ in the blood serum was within the normal range, of which 26.1% of children had no signs of rickets, and 13.8% had signs of rickets.

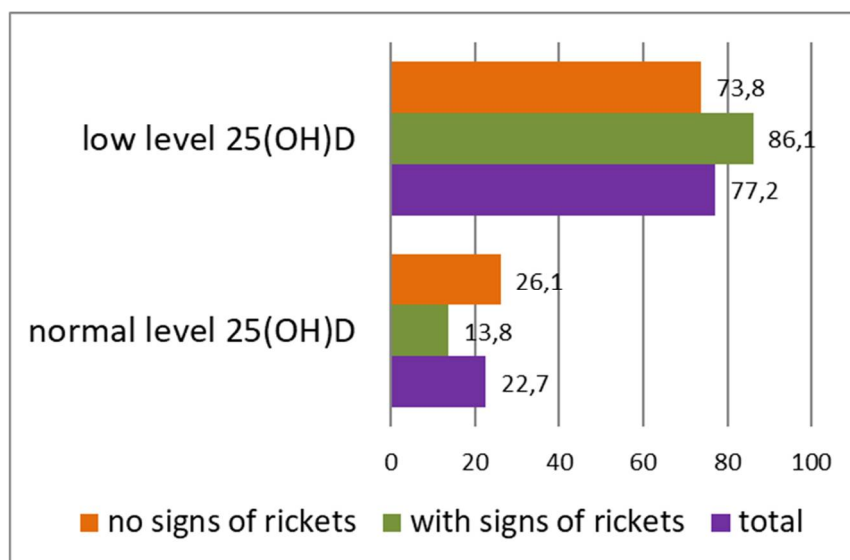


Fig. 1 The level of 25(OH)D₃ in the blood serum of children at the time of traditional rickets prophylaxis

Despite the ongoing traditional prevention of rickets, its effectiveness remains low, as evidenced by the high incidence of rickets and low levels of 25(OH)D₃ in the blood serum of children. In our opinion, the constant employment of mothers and the inadequate implementation of preventive measures by mothers are also of no small importance.

In this regard, we decided to modify the intake of vitamin D, and assign all responsibility for the implementation of modified prophylaxis to visiting nurses. This was because daily intake of vitamin D is inconvenient, and sometimes, parents simply forget. In this regard, to increase the reliability of the ongoing prophylaxis, it was decided to change not only the scheme but also the method of administering this drug. An analysis of the condition of the children proved the truth of our assumption. In this regard, for 3 months, all children were given vitamin D directly by the district nurse according to the following scheme: vitamin D (aqua trim, devon) 4000 IU once a week from the age of one month until the end of the 1st year of life with patronage observation of the child (course dose 160000-180000 ME).

It should be noted that the implementation of modified prophylaxis made it possible to normalize the level of 25(OH)D3 in the blood serum in 89.8% of children. 82.2% had initial rickets and rickets during the peak period, and 17.7% had no clinical signs of rickets (Fig. 2).

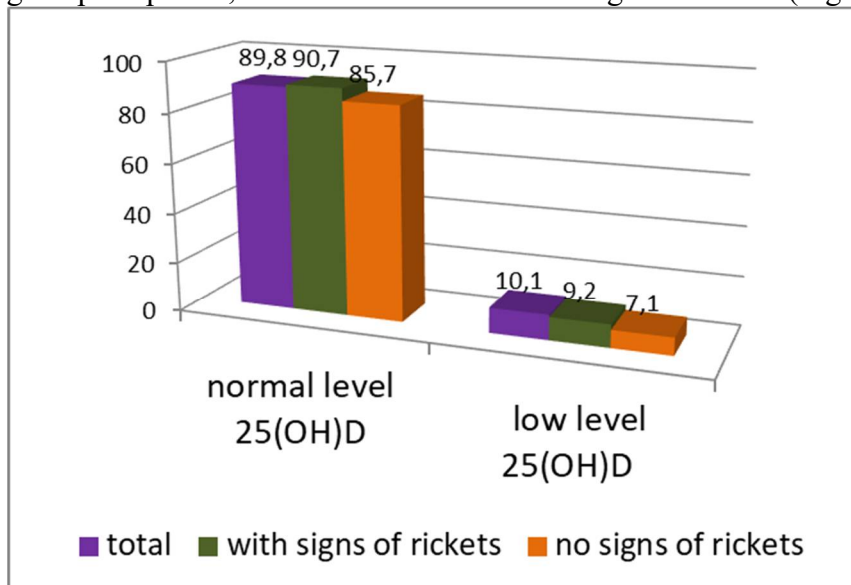


Fig. 2. The level of 25(OH)D3 in the blood serum of children during modified rickets prophylaxis

After the modified prevention of rickets, only in 9.2% of the examined children with signs of rickets, did the level of 25(OH)D3 remain low, while in 90.7% it returned to normal. At the same time, in children without signs of rickets, 14.3% had a low content of 25(OH)D3 in the blood serum, and in 85.7% of children, the level returned to normal.

In children, there was an improvement in well-being, normalization of appetite and sleep, cessation of profuse sweating during feeding, and improvement in weight gain. The general condition of the children during the examination after the course of preventive measures was satisfactory. We have not identified the development of side effects and overdose from the drug used.

During the traditional and modified prevention of rickets in the city of Samarkand and the Akdarya region, they showed their results. In the Akdarya region, rickets occurred in children in 56.7% of cases, and in Samarkand - 28.5%.

At the time of the study, we determined the level of 25(OH)D3 in the blood serum of children, depending on the place of residence. The data obtained showed that in the Akdarya region, the low level of 25(OH)D3 in the blood serum of children with signs of rickets was 80.2%, and the normal level of 25(OH)D3 in the blood serum was 19.7%. In the city of Samarkand, a low level of 25(OH)D3 in the blood serum of children with signs of rickets was noted at 82.9%, and a normal level of 25(OH)D3 in the blood serum was 17%.

At the time of the traditional prevention of rickets in the Akdarya district, the level of 25(OH)D3 in the blood serum was low in 96.4% of children, and normal - 3.4%. A similar situation was in the city of Samarkand. The low level of 25(OH)D3 in the blood serum of children with signs of rickets was 80%, normal - in 20% of children.

After carrying out modified prophylaxis according to the scheme proposed by us, the studies showed an excellent result. So in the Akdarya district, only 9.5% of children had a low level, while in 90.5% this level returned to normal. In the city of Samarkand, a low level was also observed in 16.6% of children with signs of rickets, and a normal level of 25(OH)D3 in the blood serum was in 83.4% of children.

One of the indicators of the effectiveness of therapeutic and preventive measures is the medical activity of the family. The medical activity of the family is the actions of parents that are aimed at the health of the family and the child. According to our data, the prevalence of rickets among children determined the need for an analysis of the family activity in the implementation of preventive

measures for the development of rickets with the controlled implementation of current recommendations based on the informed consent of parents. On fig. 3. presents the results of the frequency of certain diseases in groups with the different medical activities of the family during the traditional prevention of rickets.

The results of controlled preventive observation of 466 children aged 1 to 12 months showed that more than 90% of mothers ignore doctors' prescriptions for the mandatory intake of vitamin D by children in the first year of life. At the same time, in families where rickets was prevented, the incidence of anaemia, NPSNS and rickets was 2 times lower than in families where rickets was not prevented. This indicates the need for patronage nurses to work with families, and to conduct explanatory work on the benefits of prevention.

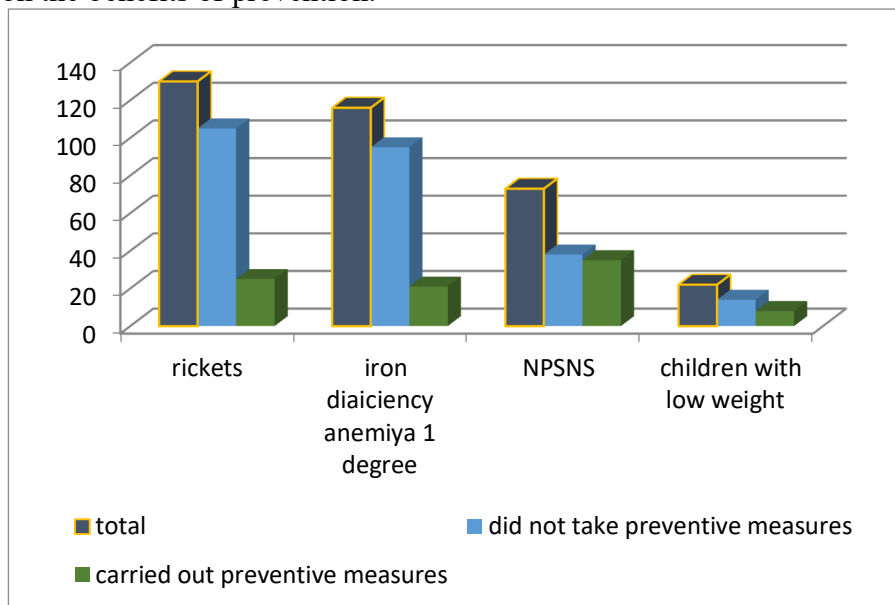


Fig. 3 Influence of medical activity of the family in the development of certain diseases during the traditional prevention of rickets.

Usually, the evaluation of the effectiveness of a particular treatment or preventive measure is carried out after 6-12 months from their start, i.e. in catamnesis. When conducting a follow-up examination of children, it turned out that the repeated determination of the level of Ca in the blood after 12 months showed that out of 466 children examined earlier, the level of Ca in the blood below 2.0 mmol / l remained low only in 20 (4.2 ± 0, 92%) children. The data obtained prove the need for repeated determinations of 25(OH)D3 in the blood serum, or at least the level of calcium and phosphorus in these children, which makes it possible to correct the dose of vitamin D3 promptly.

Therefore, an individual approach is needed in the selection of the dose and duration of vitamin D3 administration. All of the above proves that it is necessary to carry out timely prevention not only by writing prescriptions but also by nurses themselves should administer vitamin D to children.

Together with the doctors of the polyclinic, a follow-up observation of these children was carried out. It should be noted that children began to develop better, get sick less, and parents gained confidence in the high reliability of preventive measures. Moreover, according to them, they informed their acquaintances about the effectiveness and the need for the timely appointment of vitamin D3. In our opinion, the chain of the effectiveness of preventive measures will be lengthened precisely due to an increase in the number of women who are convinced of the reliability of preventive measures in general, and rickets, according to our methodology, as well.

It can be concluded that a woman shares more about the growth and development of her child with her friends and acquaintances who have older children. In this regard, if we can specify, based on not only clinical but also laboratory data (in particular, 25 (OH) D3 in blood serum in rickets), show the result of our work to a certain group of mothers, then they, in turn, contribute to the emergence of confidence in the treatment, even more parents.

It was found that only the appointment of prophylactic doses of vitamin D does not prevent the development of severe forms of rickets. The modified method of preventing rickets contributes to a significant reduction in the number of children suffering from respiratory and diarrheal diseases.

Conclusions: It was found that among the surveyed, rickets occurs in 27.8% of young children, including in urban children in 19.8%, and rural children in 37.7% of cases. Latent deficiency of 25(OH)D₃ was detected in 77.2% of children, while clinical rickets was determined only in 27.8% of children, although these children received traditional rickets prophylaxis. Modification of methods of prevention and differentiated treatment of rickets contributes to a significant reduction in latent vitamin D deficiency by 4 times and recovery. For prophylactic purposes, children should be given vitamin D₃ directly by the district nurse with the participation of parents according to the following scheme: vitamin D (aqua trim, devon) 4000 IU once a week from the age of one month until the end of the 1st year of life.

Thus, significant achievements in the prevention of rickets in young children, the elimination of its social causes, and the expansion of our knowledge of the essence of the disease have allowed us to approach the issue of the significance of rickets in the pathology of young children from a new perspective. The proposed correction with vitamin D allows us to normalize the level of 25(OH)D₃, reduce severe forms of rickets, improve psychomotor development in the 1st year of life and can be recommended in the conditions of Uzbekistan.

REFERENCE/ ЛИТЕРАТУРА/ ИКТИБОСЛАР:

1. Агейкин, А. В. (2003). Спорные теоретические и практические вопросы рахита у детей на современном этапе. Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского, 82(4), 84-86.
2. Дёмин, В. Ф. (2003). К вопросу о рахите (по поводу статьи ЕВ Неудахина и ВА Агейкина «Спорные теоретические и практические вопросы рахита у детей на современном этапе»). Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского, 82(4), 90-92.
3. Захарова, И. Н., Коровина, Н. А., & Дмитриева, Ю. А. (2010). Роль метаболитов витамина D при рахите у детей. Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского, 89(3), 68-73.
4. Коровина, Н. А., Захарова, И. Н., & Дмитриева, Ю. А. (2008). Современные представления о физиологической роли витамина D у здоровых и больных детей. Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского, 87(4), 124-130.
5. Коровина, Н. А., Чебуркин, А. В., & Захарова, И. Н. (2000). Лечение рахита препаратами витамина D. Педиатрия, 5, 79-83.
6. Лукьянова, Е. М., Антипкин, Ю. Г., & Омельченко, Л. И. (1991). О современной классификации рахита у детей (в ответ на дискуссию). Педиатрия, 7, 103-105.
7. Новиков, П. В. (2006). Рахит и наследственные рахитолодобные заболевания у детей: диагностика, лечение, профилактика. Триада-Х.
8. Ожегов, А. М., Королева, Д. Н., & Петрова, И. Н. (2009). Особенности минерального обмена и костного метаболизма у новорожденных детей с пренатальной гипотрофией. Вопросы практической педиатрии, 4(3), 23-27.
9. Расулова, Н. А. (2010). Многофакторная оценка нарушений фосфорно-кальциевого обмена в прогнозировании и предупреждении последствий рахита. Автореферат дисс.... канд мед. наук. Ташкент, 19.
10. Расулов, А. С. (2001). соавт. Реабилитация детей первого года жизни с рахитом и анемией. International journal on immunorehabilitation, 3, 17.
11. Расулова, Н., Шарипов, Р., Расулов, А., Ахмедова, М., & Ирбутаева, Л. (2017). Взаимосвязь факторов риска развития рахита с уровнем 25 (он) d₃ в сыворотке крови у детей. Журнал вестник врача, 1(1), 41-44.
12. Расулова, Н. А., Расулов, А. С., Шарипов, Р. Х., Ахмедова, М. М., & Ирбутаева, Л. Т. (2019). Оценка значимости уровня 25 (он) d₃ в сыворотке крови и его влияние на профилактику рахита у детей 1-го года жизни. Достижения науки и образования, (11 (52)), 45-49.


13. Шварц Г.Я. (2009). Дефицит витамина Д и его фармакологическая коррекция. Русский медицинский журнал, Т.17, №7, 477-486
14. Шабалов, Н. П. (2003). Рахит: дискуссионные вопросы трактовки. Педиатрия, 81(4), 98.
15. Ibatova, S. M., Mamatkulova, F. K., & Islamova, D. S. (2020). Efficiency of combined application of apricot oil and aevit as a regulator of lipase activity of blood serum in children with vitamin D-deficiency rickets. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(2), 787-796.
16. Güngör, D., Biçer, I., Pereira, R. R., Rasulov, A. S., Rachimov, A. U., Mavlyanov, S., ... & Brabin, B. J. (2008). Prevalence of vitamin D deficiency in Samarkand, Uzbekistan. *Journal of Nutritional & Environmental Medicine*, 17(4), 223-231.
17. Sharipov, R. K., Akhmedova, M. M., Rasulova, N. A., & Erbutayeva, L. T. (2021). Interaction of correction of lipid peroxidation disorders with oxibral. *International Journal of Current Research and Review*, 13(3), 2-5.



УДК: 616.89-008.484

OCHILOV Ulugbek UsmanovichCandidate of medical sciences, associate professor
Samarkand State Medical University**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE
DEVELOPMENT OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS**

For citation: Ochilov U. Ulugbek. Clinical and psychopathological characteristics of the development of anxiety-depressive disorders in adolescents //Journal of Biomedicine and Practice. 2023 vol. 8, issue 1, pp. 229-237

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835533>

ANNOTATION

In the course of our research, we studied the clinical and psychopathological dynamics of the development of mood-depressive disorders in adolescents. Methods: We studied adolescents aged 12 to 16 years. The total number was 240 adolescents. All patients underwent pre-psychiatric and psychiatric out-patient care in Samarkand region. Studies were conducted between 2020 and 2023. Children were first assessed in sixth grade (age $M = 11.86$ years, $SD = 0.56$) and then annually through 11th grade. The ethnic composition of the sample was 61.5% Uzbek, 34.8% Tajik, and the remaining 3.7% were of different ethnicity. Families were mostly working class (e.g., chauffeurs, cleaners, nurses, unemployed) or middle class (e.g., entrepreneur, teacher) with an average socioeconomic status of 41.67 ($SD = 13.29$). Results: The results showed that, anxiety and depressive symptom scores were positively correlated in each class and positively correlated across time. There were significant differences in the mean scores of depression or anxiety symptoms between boys and girls. Conclusions: Thus, this study examined the dynamic temporal relationships between anxiety and depressive symptoms in adolescence, from early to middle adolescence. We found that anxiety symptoms were a reliable predictor of subsequent increases in depressive symptoms over time in adolescents. This research has enormous implications for the resolution of many medical problems.

Keywords: adolescents, anxiety symptoms, depressive symptoms, psychiatry

Очилов Улугбек УсмановичКандидат медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗВИТИЯ
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ**

АННОТАЦИЯ

В ходе нашего исследования мы изучали клинико-психопатологическую динамику развития аффективно-депрессивных расстройств у подростков. **Методы:** Нами были исследованы подростки в возрасте с 12 до 16 лет. Общее количество было 240 подростков. Все больные проходили допсихиатрическую и психиатрическую амбулаторно-стационарную помощь в Самаркандской области. Исследования проводились в период 2020 -2023 г. Детей сначала оценивали в шестом классе (возраст $M = 11,86$ года, $SD = 0,56$), а затем ежегодно до 11 класса. Этнический состав выборки был 61,5% узбеки, 34,8% таджики, а остальные 3,7% были различной нации. Семьи в основном принадлежали к рабочему классу (например, шофёры, уборщицы, медсестры, безработные) или среднему классу (например, предприниматель, учитель) со средним социально-экономическим статусом 41,67 ($SD = 13,29$). **Полученные результаты:** показали, что, показатели тревожных и депрессивных симптомов положительно коррелировали в каждом классе и положительно коррелировали во времени. Были существенные различия в средней оценке симптомов депрессии или тревоги у мальчиков и девочек. **Выводы:** таким образом, в данном исследовании изучались динамические временные связи между тревожными и депрессивными симптомами в юношеском возрасте, от раннего до среднего подросткового возраста. Нами было обнаружено что симптомы тревоги являются надежным предиктором последующего усиления депрессивных симптомов с течением времени у подростков. Данные исследования имеют огромные значения для разрешения многих задач в области медицины.

Ключевые слова: подростки, тревожные симптомы, депрессивные симптомы, психиатрия

Ochilov Ulugbek Usmanovich
Tibbiyot fanlari nomzodi, dosent
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

O'SMIRLARDA XAVOTIRLI-DEPRESSIV BUZILISHLAR RIVOJLANISHINING KLINIK VA PSIXOPATOLOGIK XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

Tadqiqotimiz davomida o'smirlarda havotirli-depressiv buzilishlar rivojlanishining klinik va psixopatologik dinamikasini o'rgandik. Tadqiqot usullari: biz 12 yoshdan 16 yoshgacha bo'lgan o'spirinlarni o'rgandik. Umumiy soni 240 o'spirin edi. Samarqand viloyatida barcha bemorlarga psixiatrik va psixiatrik ambulatoriya yordami ko'rsatildi. Tadqiqotlar 2020 yildan 2023 yilgacha o'tkazildi. Bolalar dastlab oltinchi sinfda (yoshi $M = 11,86$ yosh, $SD = 0,56$), so'ngra har yili 11-sinfgacha psixiatrik baholandi. Nazorat guruhining etnik tarkibi 61,5% o'zbek, 34,8% tojik, qolgan 3,7% esa turli millatga mansub edi. Oilalar asosan ishchilar sinfi (masalan, haydovchilar, farroshlar, hamshiralar, ishsizlar) yoki o'rtacha ijtimoiy-iqtisodiy holati 41,67 ($SD = 13,29$) bo'lgan o'rta sinf (masalan, tadbirkor, o'qituvchi) edi. Natijalar: shuni ko'rsatdiki, tashvish va depressiv simptomlar ballari har bir sinfda ijobiy korrelyatsiya qilingan va vaqt o'tishi bilan ijobiy korrelyatsiya qilingan. O'g'il bolalar va qizlar o'rtasida depressiya yoki tashvish belgilarining o'rtacha ko'rsatkichlarida sezilarli farqlar mavjud edi. Xulosalar. shunday qilib, ushbu tadqiqot o'spirinlik davrida, erta yoshdan o'rta yoshgacha bo'lgan davrda tashvish va depressiv alomatlar o'rtasidagi dinamik vaqtinchalik aloqalarni o'rganib chiqdi. Biz aniqladikki, tashvish belgilari o'smirlarda vaqt o'tishi bilan depressiv simptomlarning keyingi kuchayishini ishonchli bashorat qiladi. Tadqiqot ma'lumotlari tibbiyot sohasidagi ko'plab muammolarni hal qilishda katta ahamiyatga ega.

Kalit so'zlar: o'smirlar, tashvish belgilari, depressiv alomatlar, psixiatriya

Введение. Симптомы тревоги и депрессии широко распространены у детей и подростков и связаны со значительными нарушениями во многих областях, включая социальное и академическое функционирование, плохие отношения со сверстниками и семьей. Тревога и депрессия часто сочетаются друг с другом [1, 3]. Приблизительно 25–50 %

детей с депрессией имеют сопутствующее тревожное расстройство, а 10–15 % детей с тревожностью имеют сопутствующую депрессию [2]. Уровень сопутствующих заболеваний может достигать 75% [4]. Таким образом, эпидемиологические исследования подчеркивают, что пожизненная и одновременная коморбидность между симптомами тревоги и депрессии более вероятна, чем нет. Однако остаются вопросы относительно того, как наличие одного расстройства связано с лонгитюдным течением другого расстройства [5, 6]. В настоящем исследовании изучалось, предсказывают ли симптомы тревоги и депрессии последующие изменения друг друга в подростковом возрасте. Тревога, как правило, предшествует депрессии в большинстве сопутствующих заболеваний что наводит исследователей на мысль о том, что тревога может быть фактором уязвимости для развития последующей депрессии [8]. В частности, поведенческие и когнитивные проявления тревоги могут перерасти в модели поведения, которые подвергают детей риску развития симптомов депрессии [7, 16]. Например, тревожные дети могут отстраняться от других, что приводит к большей социальной изоляции, неприятию сверстников и снижению чувства собственной компетентности. Нарушенная социальная компетентность, в свою очередь, предсказывает повышенный риск депрессии [9, 11]. Продольные исследования также показали, что тревога предсказывает усиление симптомов депрессии с течением времени изучали лонгитюдные отношения между тревожными и депрессивными симптомами в течение трехлетнего периода среди детей третьего и шестого классов [10, 13, 14]. Используя модель авторегрессии с перекрестным запаздыванием, они обнаружили, что тревога предсказывала более высокие уровни последующих депрессивных симптомов, основываясь на сообщениях детей и родителей о симптомах у детей. В исследовании с использованием отчетов учителей о симптомах у детей, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586116/-R68> также обнаружили, что симптомы тревоги предсказывают более высокий уровень симптомов депрессии с течением времени [12, 15]. Лонгитюдные отношения между депрессивными симптомами и социальной тревожностью, а также генерализованными тревожными расстройствами (ГТР) в выборке девочек в возрасте от 6 до 12 лет [17, 18, 19]. Они обнаружили, что изменения депрессивных симптомов с течением времени лучше всего объяснялись предыдущими уровнями депрессии, но социальная тревожность и ГТР также предсказывали более высокие уровни депрессивных симптомов в следующем году [20]. Доказательства обратной связи, то есть между депрессией и последующей тревогой, менее последовательны [21, 22, 24]. Таким образом, исследования показывают, что хотя тревога является надежным предиктором последующего усиления депрессивных симптомов, связь депрессивных симптомов с более поздними симптомами тревоги менее ясна [23, 25]. Первая цель настоящего проспективного исследования состояла в том, чтобы проверить динамические, временные отношения между тревожными и депрессивными симптомами у подростков; то есть, как симптомы тревоги и депрессии одновременно предсказывают изменения друг друга с течением времени.

Цель исследования: Изучение у подростков клинико-психопатологическую динамику развития тревожно-депрессивных расстройств.

Материалы и методы исследования: Нами были исследованы подростки в возрасте с 12 до 16 лет. Общее количество было 240 подростков. Все больные проходили допсихиатрическую и психиатрическую амбулаторно-стационарную помощь в Самаркандской области. Исследования проводились в период 2020 -2023 г. Детей сначала оценивали в шестом классе (возраст $M = 11,86$ года, $SD = 0,56$), а затем ежегодно до 11 класса. Этнический состав выборки был 61,5% узбеки, 34,8% таджики, а остальные 3,7% были различной нации. Семьи в основном принадлежали к рабочему классу (например, шоферы, уборщицы, медсестры, безработные) или среднему классу (например, предприниматель, учитель) со средним социально-экономическим статусом 41,67 ($SD = 13,29$). Дети сначала оценивались в шестом классе (время 1), а затем ежегодно до 11-го класса (время со 2 по 7). Во время исследования, мы не зная о психиатрическом анамнезе матери, опросил мать и подростка и провел ряд опросников отдельно. Процедуры исследования были одобрены институциональным наблюдательным советом по защите людей. Матери дали

информированное согласие, а дети заполнили форму согласия. Ниже описаны только те меры, которые относятся к текущему исследованию.

Результаты исследования Средние значения, стандартные отклонения и двумерные корреляции между исследуемыми переменными. Во все моменты времени баллы по CDI варьировались от 0 до 25–31. Процент подростков с пороговым значением 13 или выше после времени 1 составил 5,6%, 6,6%, 9,6%, 9,3%, 7,4% и 14,2% соответственно, что согласуется с тем, что можно было бы ожидать на основе сравнения с нормы для этого возраста. Показатели тревожных и депрессивных симптомов положительно коррелировали в каждом классе (кроме 8 класса) и положительно коррелировали во времени. Не было никаких существенных различий в средней оценке симптомов депрессии или тревоги у мальчиков и девочек в любой момент времени. Оценивали подмножество симптомов сверхтревожного расстройства во время 3, но не располагали достаточными данными для постановки диагноза. Шкалы симптомов чрезмерной тревожности и генерализованного тревожного расстройства в момент времени 3 были умеренно коррелированы ($R = 0,48$, $P < 0,001$), несмотря на отсутствие перекрытия в пунктах шкалы. Нами было исследовано однофакторные ассоциации во всей выборке, в каждой из двух возрастных страт, построенных путем дихотомии выборки по медианному возрасту, и в каждом поле. Затем мы подгоняем логистические модели для изучения специфики курса с учетом возраста, пола, этнической принадлежности, социального класса и сопутствующих заболеваний.

Нами было изучено все расстройства интернализации подростков, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и расстройство поведения, используя поэтапный подход вперед. Возраст, пол, этническая принадлежность и социальный класс были включены в модель. Для изучения стабильности было подобрано широко определяемых интернализирующих расстройств, включая большую депрессию и 4 тревожных расстройства, рассматриваемых в этом отчете, с учетом влияния возраста, пола и сопутствующих заболеваний на течение. Влияние коморбидности среди интернализирующих расстройств исследовали с использованием 2 схем кодирования: количество расстройств или фиктивные переменные. Поскольку эти анализы дали схожие результаты, мы представляем анализ с использованием первой схемы. В этих анализах используются двусторонние тесты с $A = 0,05$. Из-за ошибки измерения отношения шансов в логистическом регрессионном анализе могут недооценивать величину связей во времени. Недавние исследования экстернализирующих расстройств используют латентные методы Маркова для оценки временных ассоциаций при моделировании ошибки измерения. Это предполагает, что наблюдаемая стабильность отражает (1) взаимосвязь между наблюдаемым и скрытым диагнозом и (2) стабильность скрытого диагноза. Выборка оставалась демографически репрезентативной для населения, из которого она была отобрана. Интернализирующие расстройства чаще встречались у женщин, тогда как поведенческие расстройства чаще встречались у мужчин. Показатели социальной фобии и приступов страха снизились, в то время как показатели простой фобии и большой депрессии увеличились по волнам, особенно среди женщин. Изменения в вероятно, сыграли роль в некоторых из этих изменений. Например, снижение распространенности с момента 1 до 2, особенно для простой фобии, может частично быть результатом повышенного внимания к нарушениям при диагностике времени 2. Распространенность простой фобии во время 2 в младшей трети выборки (5,2%; средний возраст [\pm SD] 13,5 \pm 4,2 года) все еще была менее половины распространенности в полной выборке во время 1 (11,6%). Поскольку эти 2 показателя относятся к группам одинакового возраста, изменения в шкале модификаций строго структурированного графика диагностических опросов для детей, вероятно, способствовали снижению распространенности с момента 1 до 2.

Критерии в шкале модификаций строго структурированного независимо от оценки симптомов или нарушений. Нами представлены отношения шансов для связи между интернализирующим расстройством каждого подростка и взрослого во всей выборке. Количество случаев в анализе, которое меньше, чем указано в, из-за случаев, которые были недоступны для последующего наблюдения или из-за отсутствия данных. Наши результаты

показали что простая фобия подростков предсказывала в первую очередь тревожное расстройство разлуки во время 1 было положительно связано с паническим расстройством взрослых, 95% доверительный интервал для отношения шансов включал 1,0. Тревожное расстройство разлуки во время 1 действительно предсказывало приступы страха во время 3, но не было статистически значимой связи между тревожным расстройством разлуки во время 2 и паническим расстройством или приступами страха во время. А также приступы страха предсказывали паническое расстройство у взрослых, а также генерализованное у взрослых. тревога и большое депрессивное расстройство. Наконец, как и предполагалось, существовала широкая связь между большой депрессией, свертревожным расстройством и социальной фобией. Время 1 большой депрессии предсказало время 3 большой депрессии, но время 2 большой депрессии предсказывало время 3 генерализованного тревожного расстройства. Свертревожное расстройство предсказывало социальную фобию, большую депрессию и генерализованное тревожное расстройство, а также паническое расстройство. Течение подростковой социальной фобии оказалось более специфичным, чем ожидалось, что предсказывало только социальную или простую фобию во время 3. Текущее исследование показало, что депрессивные симптомы сопровождалось усилением тревожных симптомов у подмножества молодых людей, матери которых страдали тревогой в анамнезе, сообщали о низком качестве семейных отношений или имели более негативный стиль атрибуции. Примечательно, что корреляция между этими смягчающими переменными была от небольшой до умеренной. Таким образом, эти три фактора могут вносить относительно независимый вклад в лонгитюдную связь между симптомами депрессии у детей и последующими симптомами тревоги. Однако дети могут столкнуться с несколькими процессами риска. Например, кумулятивный риск подвергнуться как родительской психопатологии, так и плохому качеству семейных отношений может еще больше усугубить отношения тревоги и депрессии. С другой стороны, эти факторы также могут взаимодействовать, придавая большую связь между тревожными и депрессивными симптомами при высоком уровне обоих модераторов. Устойчивая негативная связь между межродительским конфликтом и эмоциональной безопасностью детей в отношении семьи еще больше усиливалась в контексте выраженных депрессивных симптомов у отца. Однако, учитывая скромный размер текущей выборки, мы не исследовали все возможные взаимодействия множественных факторов риска в лонгитюдной связи между тревогой и депрессивными симптомами. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы изучить, как различные факторы риска работают вместе, кумулятивным или интерактивным образом, для прогнозирования психического здоровья детей, тем самым создавая экологически обоснованную модель детского опыта риска. Одним из возможных объяснений связи между депрессией и тревогой является то, что в контексте неблагоприятных условий, таких как плохие отношения в семье или материнская тревога, подросткам с депрессией может не хватать адекватных ресурсов и достаточной социальной поддержки, чтобы помочь им справиться со стрессорами, с которыми они сталкиваются. Такие депрессивные подростки также могли усвоить от своих тревожных матерей использование менее адаптивных реакций на стресс, таких как размышления, чрезмерное беспокойство и повышенная физиологическая реактивность. Эти неконтролируемые реакции на стресс могут усилить и усугубить симптомы тревоги, особенно если сохраняется неуверенность в том, как справляться с текущими или новыми стрессорами. Кроме того, подростки с более пессимистичным стилем объяснения склонны приписывать негативные события и связанные с ними депрессивные симптомы глобальным/стабильным причинам, которые, как они ожидают, сохраняются. В этих условиях подростки с депрессивными симптомами могут становиться все более тревожными, осознавая, что у них нет ни достаточной поддержки, ни адекватных навыков для облегчения своего дистресса или окружающих его обстоятельств. Таким образом, контекстуальные и индивидуальные факторы могут влиять на силу и направление связи между депрессивными и тревожными симптомами. Более того, тот факт, что депрессивные симптомы предсказывали изменения симптомов тревоги только у части детей, тогда как тревога предсказывала более позднюю депрессию независимо от смягчающих

факторов, предполагает, что процессы, посредством которых депрессивные симптомы предсказывают тревогу, вероятно, отличаются от процессов, посредством которых тревога предсказывает более позднюю депрессию. Поэтому потенциальных модераторов, а также посредников этих отношений следует рассматривать отдельно в будущих перспективных исследованиях. Это исследование внесло заметный вклад в наше понимание траекторий развития депрессивных и тревожных симптомов у детей. В то время как предыдущие исследования были сосредоточены на выборке детей среднего возраста, в этом исследовании изучались динамические отношения между симптомами тревоги и депрессии в подростковом возрасте, важном периоде развития, когда такие интернализирующие симптомы нарастают. Наше исследование дает некоторые подсказки для понимания противоречивых результатов относительно связи депрессивных симптомов с последующей тревогой, о которых сообщалось в литературе. При учете определенных индивидуальных и контекстуальных факторов риска дети с депрессивными симптомами имеют последующее усиление симптомов тревоги в подростковом возрасте. Еще одним преимуществом текущего исследования было использование двумерной модели LCS для изучения продольной связи между симптомами тревоги и депрессии во времени. Использование различных моделей изменений дало разные результаты в отношении этих продольных отношений. Положительную корреляцию между сообщениями родителей и учителей о детских тревожных и депрессивных симптомах, однако, когда к модели были добавлены авторегрессивные перекрестные запаздывания, была обнаружена отрицательная связь между депрессией и последующей тревогой. Модели LCS лучше отражают динамические отношения между симптомами тревоги и депрессии, которые были бы упущены при использовании других моделей изменений. В текущем исследовании динамическая связь между симптомами тревоги и депрессии не была бы обнаружена, если бы мы полагались только на модель параллельного процесса или авторегрессивную кросс-лаговую модель. В конечном счете, выбор модели изменения зависит от теории о том, как симптомы должны быть связаны с течением времени. Например, модель параллельного процесса предполагала бы, что темпы изменения тревожных и депрессивных симптомов связаны проспективно, но не учитывала бы каких-либо зависимых от времени отношений между симптомами во времени. Модель авторегрессии с перекрестным запаздыванием будет учитывать зависимость времени от времени, но не систематический рост или индивидуальные различия в изменении тревожных и депрессивных симптомов во времени. Используемая здесь модель LCS более точно представляет теоретическую точку зрения на то, как симптомы тревоги и депрессии связаны во времени. Ограничения этого исследования указывают направления для будущих исследований. Неизвестно, в какой степени результаты этого исследования распространяются на детей с клиническими диагнозами тревожных или депрессивных расстройств. Повторение текущего исследования с клинической выборкой необходимо, чтобы определить, будут ли отношения, наблюдаемые в настоящей выборке населения с высоким риском, такими же у молодежи с более тяжелыми формами этих расстройств. Соответственно, меры тревоги и депрессии в текущем исследовании представляли собой анкеты, а не клинические интервью. Тем не менее, использование разных информантов о депрессивных и тревожных симптомах подростков снижало вероятность того, что корреляции между этими конструктами в первую очередь обусловлены общим методом. Сходным образом, мера симптомов тревоги не включала перекрывающиеся элементы с депрессивными симптомами, что также уменьшало вероятность того, что корреляции между этими переменными были ложными. Меры тревожности оценивала набор симптомов, характерных для целого ряда тревожных расстройств. Однако взаимосвязь между депрессивными симптомами и каждым типом тревожного расстройства может различаться. Например, в то время как многие тревожные расстройства обычно предшествуют депрессии, паническое расстройство и обсессивно-компульсивное расстройство с меньшей вероятностью предшествуют депрессии. Нами оценивались по 6 классу, что отражало воздействие этих факторов риска в подростковом возрасте. Однако эти индивидуальные и контекстуальные факторы, вероятно, также менялись с течением времени. Принятие во

внимание меняющегося во времени характера семейных и индивидуальных процессов риска позволит получить более полное представление о траекториях детских симптомов. Наконец, хотя сильной стороной этого исследования является проспективный лонгитюдный дизайн и метод анализа данных, учитывающий исходные корреляции, что позволяет делать более убедительные заявления относительно временных отношений, могут быть неизмеряемые третьи переменные, такие как общая генетическая уязвимость, что объясняет продольную связь между симптомами тревоги и депрессии, наблюдаемую в этом исследовании. Наконец, клинические последствия этих выводов заключаются в том, что симптомы тревоги и депрессии могут предсказать продольное течение друг друга в подростковом возрасте, и поэтому учет уровней обоих типов симптомов важен для построения траекторий психического здоровья детей. Надежный прогностический характер тревоги для более поздних депрессивных симптомов подчеркивает важность ранних профилактических мер для детей, проявляющих тревожные симптомы, для смягчения возможных негативных последствий детских депрессивных симптомов. Кроме того, среди детей с депрессивными симптомами целевые вмешательства для детей, матери которых в анамнезе страдали тревогой и депрессией, детей из семей с плохим качеством взаимоотношений или детей с пессимистическим стилем атрибуции могут помочь снизить вероятность того, что эти дети будут испытывать последующее повышение тревожности. Симптомы. В то время как результаты настоящего исследования позволяют предположить, на кого следует ориентироваться при вмешательстве, все еще остаются вопросы о том, что нацеливаться в интервенциях, предположили, что отсутствие социальной поддержки и неадекватные реакции на стресс потенциально могут объяснить, как депрессивные симптомы предсказывают более позднюю тревогу; однако проверка этих опосредующих процессов является оправданной. Точно так же вмешательства, направленные на устранение социальной изоляции и низкой самооценки у тревожных детей, могут дать ключ к пониманию механизмов, с помощью которых тревога предсказывает более поздние симптомы депрессии. Чтобы усовершенствовать существующие программы профилактики, а также разработать новые вмешательства для эффективного уменьшения симптомов тревоги и депрессии, ключевым направлением будущих исследований будет изучение конкретных механизмов, с помощью которых симптомы одного расстройства (например, тревоги) связаны с изменениями. при другом расстройстве (например, депрессии) с течением времени.

Выводы: Таким образом, в текущем лонгитюдном исследовании изучались динамические временные связи между тревожными и депрессивными симптомами в юношеском возрасте, от раннего до среднего подросткового возраста. Симптомы тревоги являются надежным предиктором последующего усиления депрессивных симптомов с течением времени у подростков. Ребенок с высоким уровнем тревожности в 6-м классе увеличится на 2,42 балла по шкале симптомов депрессии (т. е. ИКД), или примерно на половину стандартного отклонения, в течение важного 6-летнего периода развития подросткового возраста. Было предложено несколько объяснений того, почему тревога предсказывает более позднюю депрессию. В частности, негативные последствия тревоги могут повышать риск развития или усугубления уже существующих симптомов депрессии. Социально тревожные дети могут пытаться избежать негативных оценок со стороны других, замыкаясь в себе или отказываясь от участия. Такое дисфункциональное поведение может на самом деле увеличить вероятность того самого отторжения, которое они пытаются предотвратить, что затем может привести к ощущению грусти, одиночества и низкой самооценки. Таким образом, эмоциональные, когнитивные и поведенческие проявления тревоги могут создавать те самые условия, которые, вероятно, способствуют повышению уровня депрессивных симптомов. Настоящее исследование выявило устойчивую связь между предыдущими симптомами тревоги и последующими симптомами депрессии, помимо предшествующих симптомов депрессии. Более того, эта связь была действующей среди детей как с высоким, так и с низким риском в отношении нескольких индивидуальных и контекстуальных факторов. Необходимо дальнейшее изучение точных механизмов,

влияющих на тревогу и депрессию, для разработки вмешательств, направленных на предотвращение возникновения депрессии у тревожных детей.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Ashley P. F. et al. Sedation for dental treatment of children in the primary care sector (UK) //British Dental Journal. – 2010. – Т. 208. – №. 11. – С. E21-E21.
2. Auld D. N. T., Wright G. B. The initial management of dento-alveolar trauma in general dental practice //Dental update. – 2010. – Т. 37. – №. 5. – С. 286-294.
3. Azimov M. I., Shomurodov K. E. A technique for Cleft Palate Repair //Journal of research in health science. – 2018. – Т. 1. – №. 2. – С. 56-59.
4. Goes P. S. A., Hardy R. G. W. R., Sheiham A. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 year old Brazilian schoolchildren //Community Dental Health. – 2007. – Т. 24. – №. 4. – С. 217-224.
5. Ilkhomovna K. M., Eriyigitovich I. S., Kadyrovich K. N. Morphological Features of microvascular Tissue of the Brain at hemorrhagic stroke //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 10. – С. 53-59.
6. Khamdamov B. Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lover extremities in patients with diabetes mellitus //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 7. – С. 473-478.
7. Khodjievna D. T., Khaydarova D. K. Clinical and neuroph clinical and neurophysiological ch ological characteristics of teristics of post-insular cognitive disorders and issues of therapy optimization //Central Asian Journal of Pediatrics. – 2019. – С. 82-86.
8. Khodjievna D. T., Khaydarova D. K., Khaydarov N. K. Complex evaluation of clinical and instrumental data for justification of optive treatment activites in patients with resistant forms of epilepsy //American Journal of Research. USA. – 2018. – №. 11-12. – С. 186-193.
9. Pulatov S. S. Efficacy of ipidacrine in the recovery period of ischaemic stroke //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 7. – С. 28-32.
10. Temirpulatovich T. B. et al. Clinical Manifestations of Suicidal Behaviors as a Result of Depressive Disorders During Adolescence //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 8. – С. 55-58.
11. Temirpulatovich T. B. Depressive disorders in alcohol recipients and its socio-economic consequences during the covid-19 pandemic //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2023. – Т. 4. – №. 1. – С. 162-168.
12. Usmanovich O. U. et al. Detection of adrenaline and stress conditions in patients using psychoactive substances with hiv infection //CUTTING EDGESCIENCE. – 2020. – С. 42.
13. Очиллов У. У. и др. Диагностические особенности у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями //Проблемы современной науки и образования. – 2020. – №. 10 (155). – С. 50-52.
14. Очиллов У. У. и др. Диагностические особенности у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями //Проблемы современной науки и образования. – 2020. – №. 10 (155). – С. 50-52.
15. Очиллов У. У. и др. Клинические особенности психопатического поведения у подростков с психическими расстройствами //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 23-3 (101). – С. 71-74.
16. Очиллов У. У. и др. Оптимизация профилактики когнитивных и депрессивных расстройств при алкоголизме //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 1-1 (121). – С. 109-113.
17. Очиллов У. У. и др. Проблемы современной науки и образования //проблемы современной науки и образования Учредители: Олимп. – №. 1. – С. 64-67.

18. Очилов У. У. и др. Эндогенный психоз и расстройства шизофренического спектра в позднем возрасте //Проблемы современной науки и образования. – 2022. – №. 1 (170). – С. 64-67.
19. Очилов У. У., Тураев Б. Т., Жумагелдиев Н. Н. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с акцентуациями характера и личностными расстройствами //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-4 (88). – С. 101-103.
20. Очилов У. У., Тураев Б. Т., Хушвактова Д. Х. Распространенность когнитивных нарушений у пациентов с алкоголизмом //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 17-2 (95). – С. 104-106.
21. Очилов У., Тураев Б., Алкаров Р. Клинические особенности депрессивных расстройств у подростков //Журнал вестник врача. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 75-77.
22. Солодкая Е. В., Логинов И. П. К проблеме депрессивных расстройств у подростков //Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №. 2. – С. 127-133.
23. Тураев Б. Т., Очилов У. У., Алкаров Р. Б. Socio-demographic characteristics of somatized depression //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 231-233.
24. Тураев Б. Т., Очилов У. У., Икромов П. Х. Частота и структура неврологических нарушений у больных подросткового возраста с психическими расстройствами //volgamedscience. – 2021. – С. 462-463
25. Тураев Б. Т., Очилов У. У., Кубаев Р. М. Распределение тревоги и депрессии при аффективных расстройствах соматизированной депрессии //Medicus. – 2020. – №. 3. – С. 58-60.




УДК 316.023.6-21

TURAKULOV Uygun Sagdullaevich
OCHILOV Ulugbek Usmanovich
Doctor of Philosophy (PhD)
Samarkand State Medical University

SOCIAL LONELINESS AND THE IMPACT OF LIVING SPACE ON THE MENTAL STATE OF THEIR ADOLESCENTS

For citation: Turakulov S. Uygun, Ochilov U. Ulugbek. Social loneliness and the impact of living space on the mental state of their adolescents // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 238-245

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835549>

ANNOTATION

In the course of our research, we studied the causes of social isolation, the influence of the family on the mental state of urban and rural adolescents. Materials and Methods: We studied adolescents aged 17-19 years old. The total number was 240 adolescents. All patients underwent pre-psychiatric and psychiatric outpatient inpatient care in the Navaiy region. The research was conducted in the period from 2020 to 2023. To solve the tasks of the study various questionnaires were used to investigate the level of subjective feeling of loneliness, as well as techniques to determine the level of self-esteem and allowing to assess interpersonal emotional connections in the group. The results of the study showed that urban and rural adolescents, taking into account gender and age, are qualitatively different from each other. Conclusions: Thus, the data obtained, taking into account the peculiarities of the sociocultural situation, allow us to refer adolescents, both urban and rural, to the risk group. Considering social loneliness as a complex multifactorial phenomenon, we consider it necessary to further study the following components of social loneliness: intensity, frequency, acuteness and duration of loneliness experience.

Key words: social loneliness, adolescence, urban, rural areas.

ТУРАКУЛОВ Уйгун Сагдуллаевич
ОЧИЛОВ Улугбек Усманович
Доктор философии (PhD)

Самаркандский государственный медицинский университет

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОДИНОЧЕСТВА И СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ

АННОТАЦИЯ

В ходе нашего исследования мы изучали причины социальной изоляции, влияние семьи на психическое состояние городских и сельских подростков. Материалы и методы исследования: Нами были исследованы подростки в возрасте с 17-19 лет. Общее количество было 240

подростков. Все больные проходили допсихиатрическую и психиатрическую амбулаторно-стационарную помощь в Наваинской области. Исследования проводились в период 2020-2022 г. Для решения поставленных задач исследования были применены различные опросники для исследования уровня субъективного ощущения одиночества, а также методики, на определение уровня самооценки и позволяющие оценить межличностные эмоциональные связи в группе. Результаты исследования показали, что городские и сельские подростки, с учетом пола и возраста, качественно различаются между собой. Выводы: Таким образом, полученные данные, с учетом особенностей социокультурной ситуации, позволяют отнести подростков, как городских, так и сельских к группе риска. Рассматривая социальное одиночество как сложный многофакторный феномен, мы считаем необходимым дополнительно изучить следующие компоненты социального одиночества: интенсивность, частоту, остроту и длительность переживания одиночества.

Ключевые слова: социальное одиночество, подростковый возраст, город, сельская местность.

TURAKULOV Uyg'un Sagdullaevich
OChILOV Ulug'bek Usmanovich
Falsafa fanlari doktori (PhD)
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

O'SPIRINLARINING RUHIY HOLATIGA IJTIMOY YOLG'IZLIK VA YASHASH JOYINING TA'SIRI

ANNOTATSIYA

Tadqiqotimiz davomida ijtimoiy yolg'izlikning sabablari, oilaning shahar va qishloq o'spirinlarining ruhiy holatiga ta'sirini o'rgandik. Materiallar va usullar: Biz 17-19 yoshdagi o'spirinlarni o'rgandik. Umumiy soni 240 o'spirin edi. Barcha bemorlar Navoiy viloyatida psixiatrik va psixiatrik ambulator statsionar davolanishdan o'tdilar. Tadqiqot 2020 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda o'tkazildi. Tadqiqot vazifalarini yoritish maqsadida yolg'izlikning sub'ektiv hissi darajasini, shuningdek, o'z-o'zini hurmat qilish darajasini aniqlash va guruhdagi shaxslararo hissiy aloqalarni baholashga imkon beradigan usullari orqali o'rgandik, bundan tashqari turli xil anketalar ishlatdik. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, shahar va qishloq o'smirlari jinsi va yoshini hisobga olgan holda bir-biridan sifat jihatidan farq qiladi. Xulosa: shunday qilib, ijtimoiy-madaniy vaziyatning o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda olingan ma'lumotlar shahar va qishloq o'smirlarini xavf guruhiga yo'naltirishga imkon beradi. Ijtimoiy yolg'izlikni murakkab multifaktorial hodisa sifatida tasavvur qilib, biz ijtimoiy Yolg'izlikning quyidagi tarkibiy qismlarini yanada o'rganish zarur deb hisoblaymiz: yolg'izlik tajribasining intensivligi, chastotasi, keskinligi va davomiyligi.

Kalit so'zlar: ijtimoiy yolg'izlik, o'smirlik, shahar, qishloq joylari.

Актуальность: Социальное одиночество подростков является одной из актуальных проблем современного нашего общества. Учитывая то, что подростковый возраст имеет важное значение для развития личности в целом и является базовым в процессе социализации, проблема социального одиночества подростка в современных условиях требует от науки и практики особого внимания [1].

Социальное одиночество - это состояние, когда человек думает, что его покинули, исключили, оттолкнули, не оценили. Сам себя он видит лишним человеком, одиночкой, посторонним [2]. В нашем обществе в настоящее время наблюдается динамика роста численности подростков, которые находятся в состоянии социального одиночества, приводящее к депрессии, конфликтности, препятствующее установлению доверительных отношений, формирующее негативный тип самовосприятия и приводящее к ощущению психологического надрыва, душевного расстройства [3]. В психологии феномен «одиночество» стал предметом внимания ученых относительно недавно. Основные психологические подходы к изучению одиночества появились и оформились в США:

психодинамический), феноменологический, общесистемный, социологический интеракционистский, интимный, когнитивно-бихевиоральный, когнитивный [4, 5]. В отечественной психологии проблема одиночества начитательно реже выступает в качестве самостоятельного предмета изучения. Интересными являются исследования: феномен социального одиночества и его социально-психологические особенности социально-психологические условия преодоления и коррекции одиночества подростков факторы, вызывающие чувство одиночества у подростков; личностные качества городских и сельских подростков [6]. Анализируя научную литературу по психологии, становится понятным, что комплексный подход по проблеме социального одиночества в подростковом возрасте отсутствует. В ходе анализа теоретических и прикладных источников нами были выделены компоненты социального одиночества подростков: когнитивный, эмоциональный, поведенческий. Учитывая результаты исследователей, мы пришли к выводу о необходимости дополнить модель переживания социального одиночества мотивационно-волевым компонентом [7, 8]. По нашему мнению, четыре проявления одиночества в большей степени отражают процессуальность переживания социального одиночества [9, 10, 11]. Таким образом, на основе принципов системного подхода, возникает необходимость рассматривать социальное одиночество как единую систему, целостность которой обеспечивается тем, что переживание социального одиночества функционирует на основе взаимодействия нескольких компонентов: эмоциональный, когнитивный, мотивационно-волевой и поведенческий [12, 14]. Значительный интерес для понимания сущности социального одиночества в подростковой среде в условиях глобальных трансформационных процессов, происходящих в российском обществе, представляют большие города и сельская местность [13, 15]. Как показывает опыт, наиболее существенную роль социальные изменения играют в судьбе детей подросткового возраста [16, 17, 18].

За последние десять лет произошло сужение «подросткового пространства» больших городов и сельской местности, что негативно влияет на реализацию интересов и потребностей детей [19, 21]. На фоне резкого снижения воспитательного воздействия семьи и ее роли в социализации подростков снижение возможностей для их воспитания по месту жительства приводит к росту числа детей подросткового возраста, которые испытывают социальное одиночество [20, 22, 24].

В нашем исследовании приняли участие подростки города (Навай) и сельской местности. Анализ литературы по проблеме исследования показал, что, несмотря на достаточную разработанность в науке проблемы психологии подросткового возраста и психологических составляющих социального одиночества, остаются недостаточно изученными особенности социального одиночества подростков в условиях большого города и сельской местности.

Цель исследования: заключалась в изучении особенностей социального одиночества в подростковой среде в условиях большого города и сельской местности.

Методы исследования: В исследовании мы предположили, что уровень социального одиночества у подростков, проживающих в сельской и городской местностях, будет различен, а именно: уровень социального одиночества у сельских подростков ниже, чем у подростков, проживающих в большом городе. С целью изучения особенностей социального одиночества в подростковой среде в 2018 г. нами проведено исследование среди подростков, в котором приняли участие 240 человек. В городе проживают 134 человека, в сельской местности - 106 подростков. Из них 111 мальчиков-подростков (61 чел. проживают в городе, 50 чел. - в сельской местности), 129 девочек (73 чел. - городские подростки, 56 чел. - сельские). Из опекунских и неполных семей -42 человека (16 чел. - сельские ребята и 26 чел. - городские), из многодетных семей - 33 подростка (19 чел. - городские подростки, 14 чел. - сельские), из одноподдетных семей - 18 испытуемых, проживающих в городской местности.

Нами был применен следующий диагностический инструментарий:

- опросник «Шкала одиночества» (Д. Рассел, Л. Пепло, М. Фергюсон) для исследования уровня субъективного ощущения одиночества;

- методика Т. В. Дембо и С. Я. Рубинштейна (в модификации А. М. Прихожан) на определение уровня самооценки;
 - методика социометрии Дж. Морено позволяет оценить межличностные эмоциональные связи в группе.

— методика «Шкала тревожности» О. Кондаша оценивает ситуации, которые могут вызвать тревогу;

- опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» для определения подростков, мотивированных на успех и на неудачу; Статистическая оценка различий средних значений компонентов социального одиночества детей подросткового возраста из городской и сельской местности осуществлялась с помощью t-критерия Стьюдента, направленного на оценку различий средних величин двух выборок, которые распределены по нормальному закону. Проверка распределения на нормальность осуществлялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Данные обрабатывались с помощью компьютерной программы (SPSS Statistics 15.0,

Результаты исследования. Сформированность компонентов социального одиночества городских и сельских подростков. На первоначальном этапе представим результаты исследования когнитивного компонента социального одиночества подростков.

Таблица 1

Достоверность различий одиночества сельских и городских подростков

| Характеристики | Мальчики | | Девочки | |
|------------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| | Городские (№=61) | Сельские (№=50) | Городские (№=73) | Сельские (№=53) |
| Среднее значение | 44,11 | 37,34 | 42,45 | 34,04 |
| Эффект исследования | 0,67 | | 0,61 | |
| t-эмпир | 2,7 | | 3,6 | |
| p- уровень | p≤0.01 | | p≤0.01 | |
| Стандартное отклонение | 12,67 | 13,50 | 12,54 | 13,45 |

На основании полученных результатов, представленных в таблице 1, можно заключить, среди городских мальчиков и девочек подросткового возраста высокий уровень одиночества, что подтверждают показатели средних значений. Среди старших подростков с высоким уровнем одиночества большинство девушек. Им свойственно чувствовать покинутость, потеряность, они оценивают свое бытие как оторванное от себя, имеют трудности в выстраивании коммуникативных отношений с одноклассниками и членами семьи, их социальное взаимодействие достаточно поверхностно. Они ищут близкого друга среди ровесников. Среди младших подростков-мальчиков преобладает высокий уровень одиночества.

Сравнивая показатели испытуемых городской и сельской местности, мы приходим к выводу, что в условиях большого города для большинства семей характерен недостаток детско-родительского общения. Высокая загруженность родителей на работе, их дополнительная занятость вне основной работы способствуют тому, что подростки большую часть времени оказываются лишеными родительского внимания и контроля. Еще одна причина отсутствия полноценного общения в семье — интернет-зависимость как у подростков так и у родителей, которые в свободное от работы время посещают социальные сети. Дети «уходят с головой» в просторы «всемирной паутины», прячась от семейных конфликтов, компенсируя собственное одиночество. Обозначенные детерминанты способствуют возникновению и закреплению чувства одиночества среди городских подростков. В ходе

обработки результатов исследования была выявлена взаимосвязь между возникновением чувства одиночества подростков и их близостью с членами семьи. Подростки, у которых сложились неприязненные и безучастные отношения в семье более подвержены одиночеству, чем те, у которых существуют теплые взаимоотношения с родителями. Отсутствие одного из родителей также приводит к возникновению чувства одиночества у подростка. Наиболее значимым фактором в возникновении одиночества у подростков является потеря одного из родителей в результате развода, чем потеря его в результате смерти.

Сельские подростки проживают в населенных пунктах с небольшой численностью населения, где местные жители знают друг о друге все. Этим оправдывается, что много времени ребята проводят в живом общении со сверстниками. В связи с ограниченностью услуг дополнительного образования, ребята чаще создают группы по интересам и в меньшей степени, чем городские ребята находятся в одиночестве. Городские подростки видят положительные стороны, находясь в одиночестве. Данное состояние дает возможность отдохнуть от большого количества людей и вынужденного общения: в школе, на улице, в транспорте и т. д.

Таким образом, сравнительный анализ полученных результатов позволяет заключить, что высокий уровень одиночества подростков большого города обусловлен недостатком должного родительского внимания и контроля, дети много времени проводят в социальных сетях.

Сельские подростки много времени уделяют живому общению со сверстниками и совместной трудовой деятельности с членами семьи, следовательно, более общительны и дружелюбны и менее склонны к состоянию одиночества. Для сельских подростков характерна «открытость» общения. Отсутствие больших социальных и культурных различий между жителями, немногочисленность реальных и возможных контактов делают общение сельских школьников довольно тесным и охватывающим все стороны жизни. Чем меньше село, тем всеохватнее общение ее жителей. После проведения методики, испытуемым были заданы уточняющие вопросы, анализ результатов которых представлен ниже.

Городские подростки рассматривают одиночество как: пустота на душе, когда ты не нужен родителям, отсутствие близких друзей, непонимание членами семьи, когда человеку не к кому обратиться за помощью или советом, хотя в каждой городской школе есть должность психолога или возможность позвонить на телефон доверия. В то время как большинство сельских подростков уверены, что одиночество - это непонимание со стороны близких. Некоторые подростки городской местности отметили одиночество как положительный фактор, находясь наедине с самим собой можно заниматься любимыми делами, несмотря на распорядок дня и правила, принятые в семье. Таким образом, городские подростки видят позитивные стороны одиночества и испытывают положительные эмоции, находясь один на один. Сельские подростки сознательно избегают одиночество. У девушек проблема одиночества находится во взаимосвязи со сферой межличностных отношений. Данное обстоятельство детерминирует возникновение негативного переживания одиночества и стремления избегать ситуации одиночества. Сельские подростки отметили, что одиноким может быть любой человек, по мнению опрошенных к одиночеству приводит отсутствие друзей, замкнутость, плохое здоровье. Городские ребята называют одиноким человека, у которого нет семьи, причиной одиночества может выступать национальность человека, одиночками становятся творческие личности, низкая самооценка, особенности темперамента.

Основными причинами своего одиночества городские опрошенные называют: отсутствие настоящих друзей, любимого человека, внимания со стороны близких, а также отсутствие прародителей и сиблингов, безделье и скука, внешние данные (преимущественно девочки). Большинство сельских подростков выделяют непонимание со стороны родителей, отсутствие любимого человека.

С целью преодоления состояния одиночества ребята предпринимают разные действия: городские подростки: играют в компьютерные игры, общаются в социальных сетях, смотрят телевизор, звонят друзьям, слушают плейер, пишут «дневник», гуляют с друзьями, идут в

бассейн или тренажерный зал, спят, читают книги; сельские подростки: гуляют с друзьями, звонят друзьям, общаются в социальных сетях. сельские подростки: гуляют с друзьями, звонят друзьям, общаются в социальных сетях. Представим результаты исследования особенностей проведения свободного времени испытуемыми подростками. 37,3% городских подростков имеют четыре-пять часов личного времени в будние дни, один-два часа 29,2% сельских подростков; 77,6% городских подростков и 50% сельских подростков - свободные в выходные дни. Более 50% городским подросткам родители разрешают самостоятельно без сопровождения взрослых передвигаться по городу, пользоваться общественным транспортом. При этом таким ресурсом как мобильность, которым располагают подростки, неохотно пользуются 16,4% подростков города. 26,8% испытуемых очень редко посещают другие районы города; 42,5% бывают несколько раз в месяц (навещают родственников), лишь треть подростков регулярно самостоятельно передвигаются по городу с целью посещения учреждений дополнительного образования.

Важно отметить, что желание общаться движет подростками не только при выборе досуга вне дома, но также в практике использования интернета. 87,3% городских и 24,5% сельских испытуемых отметили, что, во время пребывания дома, ребята отдают предпочтение посещению социальных сетей. В ответах на вопрос о целях использования интернета лидируют варианты, которые не связаны с учебной деятельностью (82%). Информацию для учебы и дополнительных занятий ищут лишь треть школьников, а образовательные видео смотрит еще меньшее число подростков.

С помощью методики Дембо-Рубинштейна и Дж. Морено мы исследовали поведенческий компонент социального одиночества, который включает уровень самооценки и социальный статус подростков.

Таблица 2

| Характеристики | Мальчики | | Девочки | |
|------------------------|------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| | Городские (№=61) | Сельские (№=50) | Городские (№=73) | Сельские (№=53) |
| Среднее значение | 1,49 | 1,88 | 1,66 | 1,93 |
| Эффект исследования | 0,84 | | 0,87 | |
| t-эмпири | 2,7 | | 2,1 | |
| p- уровень | p≤0.01 | | Зона неопределенности | |
| Стандартное отклонение | 0,69 | 0,81 | 0,74 | 0,67 |

Анализ результатов, представленных в таблице 2, позволяет прийти к выводам: статус сельских подростков-мальчиков значительно выше по сравнению с городскими сверстниками (p<0.01). Подросткам, проживающим в большом городе, сложнее занять высокое статусное положение в референтной группе. Городские подростки берут во внимание материальной благосостояние семьи сверстников (например, наличие карманных денег, современные гаджеты, дорогие вещи и т. п.) и успеваемость в школе (например, с подростками, обучающимися на «отлично», и «любимчиками» учителя одноклассники практически не общаются). Популярными становятся те городские подростки, которые принимают активное участие во внешкольных мероприятиях (например, волонтерское движение, победитель конкурса или соревнования). Сверстники городских подростков на первое место выдвигают свои интересы и увлечения. Например, если подросток увлекается интернет-играми, то ребята принимают его в круг своего общения. В сельской местности подростки учитывают статус родителей сверстников, с которыми они общаются (учитель в школе, председатель сельского совета и т. п.). В свой круг общения принимают ровесников, которые проживают по соседству, или с которыми есть родственные связи. Городские и сельские девочки-подростки занимают более высокий статус по сравнению со своими ровесниками-мальчиками. Также следует заметить, социальный статус девочек независимо от территории проживания находится в зоне неопределенности (t эмпири.=2,1, t критич.=2,61), поэтому мы можем сказать, что полученные

результаты на уровне значимости $p < 0,05$. Данные, полученные после проведения исследования, показали, что школьники подросткового возраста, испытывающие одиночество, могут занимать любое статусное место, т. е. могут иметь любое количество выборов как положительных, так и отрицательных. Некоторые подростки не удовлетворены своим положением в классе, вне зависимости от того, какой статус они имеют, т. е. одиноки.

Выводы: Таким образом, социальный статус сельских подростков выше, чем у городских ребят. Подростки любыми доступными способами пытаются повысить или сохранить свой статус в обществе, а в городских условиях эти процессы актуализируются наиболее остро. Социальный статус в группе сверстников (предпочитаемые, звезды) обусловлен стремлением к успеху. Среди городских подростков преобладает статус — пренебрегаемые и предпочитаемые, что объясняется мотивом избегания неудач и страхом быть отвергнутыми.

REFERENCES / СНОСКИ / ИКТИБОСЛАР:

1. Albadri S. S. et al. The use of general anaesthesia for the extraction of children's teeth. Results from two UK dental hospitals //European Archives of Paediatric Dentistry. – 2006. – Т. 1. – С. 112-117.
2. Ashley P. F. et al. Sedation for dental treatment of children in the primary care sector (UK) //British Dental Journal. – 2010. – Т. 208. – №. 11. – С. E21-E21.
3. Auld D. N. T., Wright G. B. The initial management of dento-alveolar trauma in general dental practice //Dental update. – 2010. – Т. 37. – №. 5. – С. 286-294.
4. Azimov M. I., Shomurodov K. E. A technique for Cleft Palate Repair //Journal of research in health science. – 2018. – Т. 1. – №. 2. – С. 56-59.
5. Goes P. S. A., Hardy R. G. W. R., Sheiham A. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 year old Brazilian schoolchildren //Community Dental Health. – 2007. – Т. 24. – №. 4. – С. 217-224.
6. Ilkhomovna K. M., Eriyigitovich I. S., Kadyrovich K. N. Morphological Features of microvascular Tissue of the Brain at hemorrhagic stroke //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 10. – С. 53-59.
7. Khamdamov B. Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 7. – С. 473-478.
8. Khodjiev D. T., Khaydarova D. K. Clinical and neurophysiological characteristics of post-insular cognitive disorders and issues of therapy optimization //Central Asian Journal of Pediatrics. – 2019. – С. 82-86.
9. Khodjiev D. T., Khaydarova D. K., Khaydarov N. K. Complex evaluation of clinical and instrumental data for justification of optive treatment activities in patients with resistant forms of epilepsy //American Journal of Research. USA. – 2018. – №. 11-12. – С. 186-193.
10. Pulatov S. S. Efficacy of ipidacrine in the recovery period of ischaemic stroke //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 7. – С. 28-32.
11. Temirpulatovich T. B. et al. Clinical Manifestations of Suicidal Behaviors as a Result of Depressive Disorders During Adolescence //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 8. – С. 55-58.
12. Usmanovich O. U. et al. Detection of adrenaline and stress conditions in patients using psychoactive substances with hiv infection //CUTTING EDGESCIENCE. – 2020. – С. 42.
13. Очилов У. У. и др. Диагностические особенности у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями //Проблемы современной науки и образования. – 2020. – №. 10 (155). – С. 50-52.
14. Очилов У. У. и др. Диагностические особенности у пациентов с эндогенными психическими заболеваниями //Проблемы современной науки и образования. – 2020. – №. 10 (155). – С. 50-52.

15. Очилов У. У. и др. Клинические особенности психопатического поведения у подростков с психическими расстройствами //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 23-3 (101). – С. 71-74.
16. Очилов У. У. и др. Оптимизация профилактики когнитивных и депрессивных расстройств при алкоголизме //Вестник науки и образования. – 2022. – №. 1-1 (121). – С. 109-113.
17. Очилов У. У. и др. Проблемы современной науки и образования //проблемы современной науки и образования Учредители: Олимп. – №. 1. – С. 64-67.
18. Очилов У. У. и др. Эндогенный психоз и расстройства шизофренического спектра в позднем возрасте //Проблемы современной науки и образования. – 2022. – №. 1 (170). – С. 64-67.
19. Очилов У. У., Тураев Б. Т., Жумагелдиев Н. Н. Особенности формирования и течения алкоголизма у лиц с акцентуациями характера и личностными расстройствами //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-4 (88). – С. 101-103.
20. Очилов У. У., Тураев Б. Т., Хушвактова Д. Х. Распространенность когнитивных нарушений у пациентов с алкоголизмом //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 17-2 (95). – С. 104-106.
21. Очилов У., Тураев Б., Алкаров Р. Клинические особенности депрессивных расстройств у подростков //Журнал вестник врача. – 2022. – Т. 1. – №. 4. – С. 75-77.
22. Солодкая Е. В., Логинов И. П. К проблеме депрессивных расстройств у подростков //Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №. 2. – С. 127-133.
23. Тураев Б. Т., Очилов У. У., Алкаров Р. Б. Socio-demographic characteristics of somatized depression //Новый день в медицине. – 2020. – №. 2. – С. 231-233.
24. Тураев Б. Т., Очилов У. У., Икромова П. Х. Частота и структура неврологических нарушений у больных подросткового возраста с психическими расстройствами //volgamedscience. – 2021. – С. 462-463.



УДК: 615.8:616.24-001

MAVLYANOVA Zilola Farhadovna

Doctor of Medical Sciences, associate professor
Samarkand State Medical University


АФАНАСЬЕВА Виктория Владимировна

ПОТАПЧУК Alla Askoldovna

Doctor of Medical Sciences, Professor
First St. Petersburg State Medical University named after I.I.
Academician I.P. Pavlov, Russian Federation

RESPIRATORY REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS SUFFERING NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19

For citation: MAVLYANOVA Zilola Farhadovna, Afanasyeva Victoria Vladimirovna, Potapchuk Alla Askoldovna. RESPIRATORY REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS SUFFERING NEW CORONAVIRUS INFECTION COVID-19. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 246-254

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835571>

ANNOTATION

Purpose: Develop a respiratory rehabilitation program for patients who have had a new coronavirus infection and determine its effectiveness from the standpoint of the International Classification of Functioning, Disability and Health.

Result: A program of respiratory rehabilitation of patients who have had a new coronavirus infection has been developed and theoretically substantiated, including self-study of therapeutic exercises at home, which will allow its use in medical and preventive rehabilitation institutions.

Keywords: rehabilitation, coronavirus infection, therapeutic exercises, International Classification of Functioning, disability and health.

МАВЛЯНОВА Зилола Фархадовна

Доктор медицинских наук, доцент
Самаркандский государственный медицинский университет

АФАНАСЬЕВА Виктория Владимировна

ПОТАПЧУК Алла Аскольдovна

Доктор медицинских наук, профессор
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П.Павлова, Российская Федерация

ПРОГРАММА РЕСПИРАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19

АННОТАЦИЯ

Цель: Разработать программу респираторной реабилитации для пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, и определить ее эффективность с позиций Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

Результат: Разработана и теоретически обоснована программа респираторной реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекции, в том числе самостоятельные занятия лечебной гимнастикой в домашних условиях, что позволит использовать ее в лечебно - профилактических учреждениях реабилитационного профиля.

Ключевые слова: реабилитация, коронавирусная инфекция, лечебная гимнастика, Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

MAVLYANOVA Zilola Farxadovna

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

AFANASYEVA VIKTORIYA Vladimirovna

POTAPCHUK Alla Askoldovna

Tibbiyot fanlari doktori, dotsent

²Akademik I.P.Pavlov nomidagi Birinchi Sankt – Peterburg

Davlat tibbiyot universiteti, Rossiya Federatsiyasi

**YANGI COVID – 19 KORONAVIRUS INFEKSIYASI BILAN KASALLANGAN
BEMORLARNING RESPIRATOR REABILITATSIYA DASTURI**

ANNOTATSIYA

Maqsad: Yangi koronavirus infeksiyasi bilan kasallangan bemorlar uchun nafas olish organlarini reabilitatsiya qilish dasturini ishlab chiqish va uning samaradorligini xalqaro faoliyat, nogironlik va salomatlik tasnifi nuqtai nazaridan aniqlash.

Natija: Yangi koronavirus infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarning nafas olish organlarini reabilitatsiya qilish dasturi ishlab chiqildi va nazariy jihatdan asoslandi, shu jumladan uy sharoitida terapevtik mashqlarni mustaqil o'rganish, undan davolash-profilaktika reabilitatsiya muassasalarida foydalanish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: reabilitatsiya, koronavirus infeksiyasi, terapevtik mashqlar faoliyatning Xalqaro tasnifi, nogironlik va salomatlik.

ВВЕДЕНИЕ. Пандемия, вызванная SARS-CoV-2 (Covid-19) является серьезным вызовом для мировой медицинской науки и практического здравоохранения [7, 8, 9, 12, 13]. Она может охватить несколько миллионов человек во всем мире. Предположительно, 5-15% из них будут нуждаться в медицинской реабилитации после перенесенной пневмонии и острого респираторного дистресс - синдрома, что потребует значительных затрат от здравоохранения, а также разработку инновационных и экономически приемлемых методов медицинской реабилитации. Несмотря на отсутствие значительного опыта в медицинской реабилитации пациентов непосредственно с COVID-19, современная медицина имеет богатый опыт в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении пациентов с болезнями органов дыхания и другими соматическими заболеваниями [5, 7, 16].

Вопросы респираторной реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, вызывают интерес специалистов различных медицинских специальностей во многих странах. Появилось большое количество публикаций ученых всего мира. Подходы и методики респираторной реабилитации различны, но все ученые склоняются к ее необходимости, при этом легочная реабилитация пациентов с COVID-19 должна быть мультимодальной и междисциплинарной [3, 4, 10].

Медицинская реабилитация пациентов, перенесших COVID-19 имеет стратегическое значение для современного здравоохранения и направлена не только на максимальное уменьшение или полную ликвидацию последствий заболевания, но также на повышение качества жизни пациентов [2, 11, 18,19].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработать программу респираторной реабилитации для пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, и определить ее эффективность с позиций Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследование проведено проводилось на базе ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России с сентября 2020 г. по май 2021г. Через 2-3 месяца после выписки из стационара были госпитализированы пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию в среднетяжёлой и тяжёлой степени для проведения курса респираторной реабилитации.

Изучены истории болезни 130 пациентов, из них по критериям включения и исключения для исследования были отобраны 59 пациентов. Средний возраст пациентов составил 56,5 лет, из них - 26 мужчин (средний возраст 59±11,2 лет) и 33 женщин (средний возраст 54,6±14,3 года)

Критерии включения в исследование:

1. Мужчины или женщины, в возрасте от 25 до 85 лет.
2. Пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, в среднетяжёлой и тяжелой степени.

Критерии исключения:

1. Мужчины или женщины, младше 25 лет и старше 85 лет;
2. Пациенты в стадии обострения хронических заболеваний.

Все пациенты, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения. В основную группу вошли 38 пациентов: 12 мужчин 58,8±13,0 лет и 26 женщины 53±14,1 лет. В группу сравнения - 21 пациент: 14 мужчин 59,2±10,05 лет и 7 женщин 60,4±17,7 лет. Проанализированы данные включённых в исследование пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Всем пациентам были проведены ПЦР на коронавирус, КТ легких, клинический и биохимический анализ крови, спирометрия, респираторный мониторинг, ЭХО сердца; функциональные пробы – тест с 6 – минутной ходьбой, проба Штанге, анкетирование по шкале Ренкин, шкале MMSE, SF36, MRS одышка, САТ тест.

Разработана программа респираторной реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, сформирована мультидисциплинарная команда специалистов. Общая характеристика пациентов по возрасту и степени поражения легких представлена в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика пациентов по возрасту и степени поражения легких

| Группа | Пол | Возраст (годы) | Степень поражения легких | | | | Всего | |
|------------------|-------|----------------|--------------------------|------|-----------|-------|-----------|------|
| | | | 0-1-2 | | 3-4 | | | |
| | | | абс.число | % | абс.число | % | абс.число | % |
| Основная группа | м | 58,8±13 | 7 | 30,4 | 5 | 33,3 | 12 | 31,5 |
| | ж | 53±14,1 | 16 | 69,5 | 10 | 66,6 | 26 | 68,4 |
| | итого | 54,8±13,8 | 23 | 60,5 | 15 | 39,4 | 38 | 100 |
| Группа сравнения | м | 59,2±10,05 | 8 | 61,5 | 6 | 75 | 14 | 66,6 |
| | ж | 60,4±17,7 | 5 | 38,4 | 2 | 25 | 7 | 33,3 |
| | итого | 59,6±11,4 | 13 | 61,9 | 8 | 28,09 | 21 | 100 |

Пациенты основной группы получали медикаментозную терапию, выполняли дыхательные упражнения, общеукрепляющие, специальные физические упражнения силовой направленности, скандинавскую ходьбу и физиотерапевтические процедуры. Пациенты группы сравнения получали медикаментозную терапию и физиотерапевтические процедуры.

Наличие сопутствующей патологии определялось в результате опроса больных и анализа медицинской документации (медицинские карты, выписки, заключения специалистов) с результатами проведения плановых рутинных методов обследования.

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, США). Обработку и анализ полученных данных выполняли стандартными методами вариационной статистики.

На основании изучения литературных источников, обобщения полученных данных функциональных, инструментальных и лабораторных исследований нами была разработана программа респираторной реабилитации пациентов после COVID-19, которая соответствует общепринятым в мире подходам к реабилитации для пациентов, перенесших COVID-19, в том числе Временным методическим рекомендациям «Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (covid-19)» версия 2 (31.07.2020) утвержденными Минздравом России.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Для реализации программы респираторной реабилитации была сформирована мультидисциплинарная команда специалистов в составе: врач пульмонолог, врач функциональной диагностики, врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, врач-рентгенолог, врач-терапевт, психолог, медицинская сестра по физиотерапии, медицинская сестра по массажу, инструктор ЛФК. После лабораторного, инструментального обследования и осмотра пациентов врачами специалистами, врач по лечебной физкультуре определял двигательный режим.

Программа респираторной реабилитации включала следующие компоненты:

1. Лечебная гимнастика:
 - А) дыхательные упражнения;
 - Б) общеукрепляющие физические упражнения;
 - С) специальные физические упражнения силовой направленности.
2. Скандинавская ходьба.
3. ФТЛ по показаниям.

Разработанная нами программа (схема 1) была реализована в течение 2-х недель стационарного пребывания пациентов по следующей схеме:

-дыхательные упражнения ежедневно в течение 20-30 минут.

-занятия общеукрепляющими и специальными физическими упражнениями силовой направленности через день в течение 45-50 минут.

-занятия скандинавской ходьбой через день в течение 20-60 минут.

-физиотерапевтические процедуры ежедневно по показаниям.

Дыхательные упражнения назначались пациентам с целью уменьшения симптомов одышки, улучшения вентиляции и эластичности легочной ткани, восстановления тонуса дыхательных мышц, их силы и выносливости.

Общеукрепляющие физические упражнения назначались пациентам с целью повышения толерантности к физическим нагрузкам и улучшения физического состояния. Специальные физические упражнения применялись с целью укрепления мускулатуры туловища, верхних и нижних конечностей, при этом физические упражнения сочетались с дыхательными.

Скандинавская ходьба выполнялась с целью повышения выносливости и толерантности к физическим нагрузкам.

Физиотерапевтическое лечение применялось по назначению врача физиотерапевта индивидуально в зависимости от имеющихся клинических проявлений и имело патогенетическое воздействие. Использовались преимущественно низкочастотная

магнитотерапия, высокочастотная импульсная магнитотерапия, СМТ-терапия и лазерное облучение.

Для достижения длительного положительного эффекта респираторной реабилитации и сохранения полученного результата было рекомендовано пациентам продолжать самостоятельные занятия в домашних условиях: вести дневник самоконтроля, выполнять освоенные упражнения лечебной гимнастики и по возможности заниматься скандинавской ходьбой.

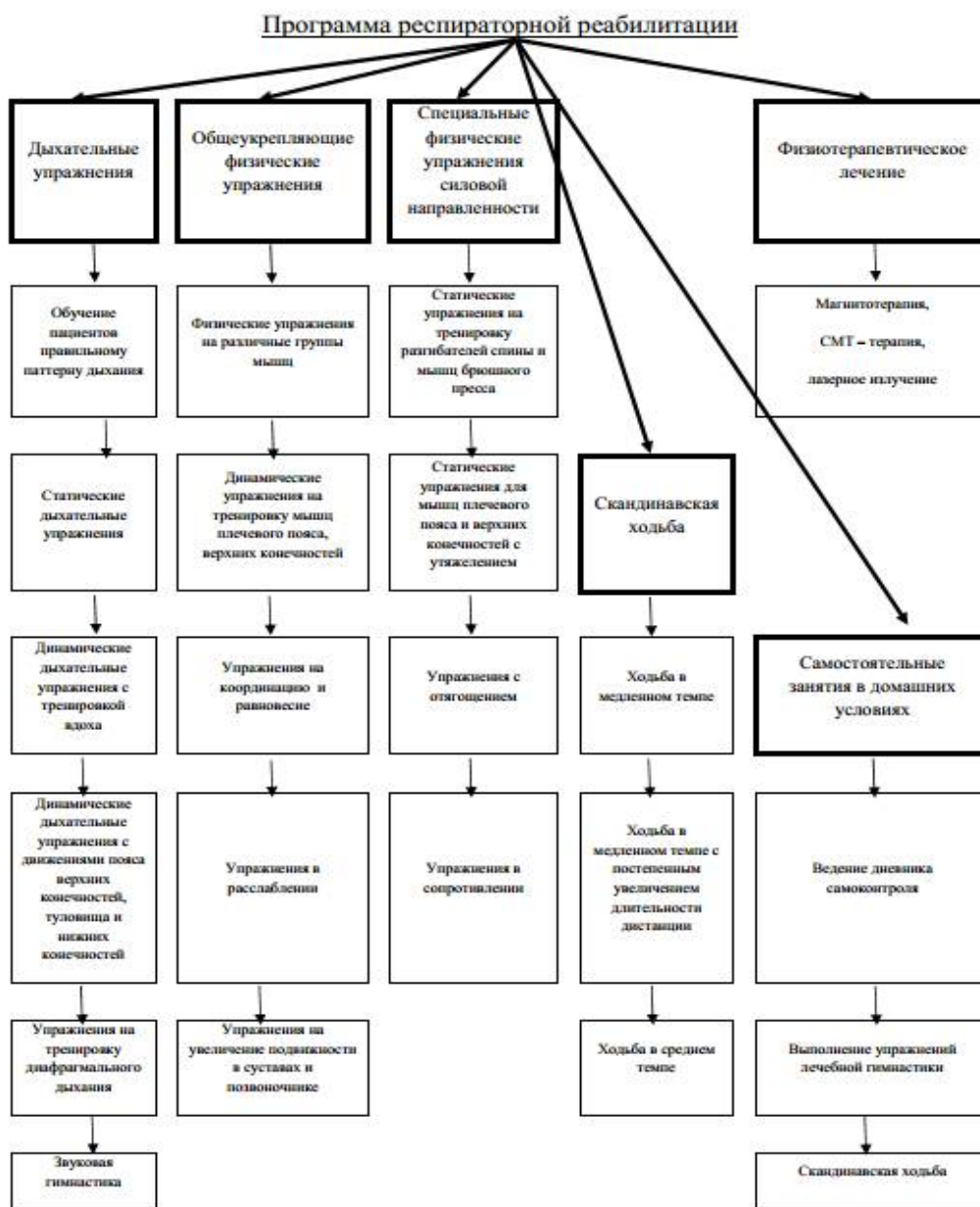


Схема 1. Программа респираторной реабилитации

Оценка эффективности программы респираторной реабилитации.

Для оценка эффективности предложенной программы респираторной реабилитации был составлен категориальный профиль МКФ по разделам: функции (b), структуры (s), активность и участие (d) пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, до и после респираторной реабилитации.

Выбраны домены из категорий МКФ, сформированные в краткую таблицу МКФ с добавлением МКФ – определителя для удобства оценки проводимой реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию [1,6].

Краткий набор категорий Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья и методы оценки функционального статуса больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, представлен в таблице 2.

Таблица 2

Краткий набор категорий Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья и методы оценки функционального статуса больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19

| Код по МКФ | Категория МКФ | Методы оценки |
|------------|---|---|
| b130 | Волевые и побудительные функции | SF 36 |
| b134 | Функция сна | САТ тест |
| b152 | Функции эмоций | (шкала MMSE) |
| b280 | Ощущение боли | Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) |
| b420 | Функция артериального давления | Измерение САД, ДАД |
| b440 | Функция дыхания | проба Штанге индекс А/Г (апное гипопное сна) |
| b455 | Функция толерантности к физической нагрузке | Шкала выраженности одышки Medical Research Council Dyspnoea Scale (MRC) |
| s410 | Структура сердечно-сосудистой системы | ЭХО КГ (ДД в ЛА) |
| s430 | Структура дыхательной системы | Компьютерная томография |
| d230 | Выполнение отдельных задач | Шкала Рэнкин |
| d 450 | Ходьба | Двигательная проба (6МШТ) |

Нарушение структуры дыхательной системы (s430) выявлено у 100% пациентов, функции толерантности к физической нагрузке (b455) - у 98,3%, функции ходьбы (d 450) - у 95,0%, функции дыхания (b440) - у 86,5%. Нарушение выполнения отдельных задач (d230) обнаружено у 86,4% пациентов, волевых и побудительных функций (b130) - у 78,0%, ощущение боли (b280) - у 78,0%, структуры сердечно – сосудистой системы (s410) - у 73,0%, функции сна (b134) - у 69,5%, функции артериального давления (b420) - у 12,0% пациентов.

У пациентов основной группы исходно выявлены нарушения волевых и побудительных функций, функции боли, функции дыхания и функции толерантности к физической нагрузке. Нарушения функции сна и функции АД выявлены незначительно. В категории «структуры организма» у пациентов основной группы наиболее значительные изменения отмечаются в структуре дыхательной системы. Нарушения структуры сердечно - сосудистой системы выявлены незначительно. Отмечается нарушение уровня собственной активности и ходьбы.

При контрольном обследовании основной группы значимые улучшения наблюдаются в домене b440 – функция дыхания, в домене b455 – функция толерантности к физической нагрузке и в домене d450 – ходьба.

В остальных доменах значимых изменений динамики показателей не выявлено.

У пациентов группы сравнения исходно выявлены нарушения волевых и побудительных функций, функции сна, функции АД, функции толерантности к физической нагрузке, функции дыхания. В категории «структуры организма» у пациентов группы сравнения наиболее значительные изменения отмечаются в структуре дыхательной системы. Нарушения структуры сердечно - сосудистой системы выявлены незначительно. Отмечается нарушение уровня собственной активности и ходьбы. При контрольном обследовании группы сравнения значимые изменения в категориях МКФ выявлены в домене b455 – Функция толерантности к физической нагрузке. В остальных доменах значимых изменений динамики показателей не выявлено.

Оценка достижения целевых показателей реабилитации у пациентов основной группы и группы сравнения рассчитывалась как средний балл от суммы индивидуальных показателей пациентов обеих групп. Оценка достижения целевых показателей пациентов обеих групп представлена в таблице 3.

Таблица 3

Оценка достижений целевых показателей пациентов обеих групп

| Основная группа | Группа сравнения |
|---|---|
| Сумма индивидуальных показателей 38 пациентов | Сумма индивидуальных показателей 21 пациентов |
| 84,7 | 25,4 |
| Средний балл - 2,2 | Средний балл – 1,2 |

Нами была проведена оценка эффективности реабилитации у обеих групп на основании ГОСТа Р 57960 – 2017 «Оценка результатов реабилитационных услуг». Сумма индивидуальных показателей у пациентов основной группы составила 84,7 баллов, средний балл - 2,2. Сумма индивидуальных показателей у пациентов группы сравнения - 25,4 балла, средний балл - 1,2. Таким образом, эффективность респираторной реабилитации пациентов основной группы согласно ГОСТу - отличная, у пациентов группы сравнения - удовлетворительная.

Таким образом, выбранные домены из категорий МКФ, сформированные в краткую таблицу МКФ с добавлением МКФ – определителя, удобны для оценки проводимой реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Нарушение структуры дыхательной системы (s430) выявлено у 100% пациентов, функции толерантности к физической нагрузки (b455) - у 98,3%, функции ходьбы (d 450) - у 95,0%, функции дыхания (b440) - у 86,5%. Нарушение выполнения отдельных задач (d230) обнаружено у 86,4% пациентов, волевых и побудительных функций (b130) - у 78,0%, ощущение боли (b280) - у 78,0%, структуры сердечно – сосудистой системы (s410) - у 73,0%, функции сна (b134) - у 69,5%, функции артериального давления (b420) - у 12,0% пациентов.

Эффективность респираторной реабилитации пациентов основной группы можно признать отличной, тогда как у пациентов группы сравнения - удовлетворительной. Оценка проведена на основании ГОСТа Р 57960 – 2017 «Оценка результатов реабилитационных услуг». Сумма индивидуальных показателей у пациентов основной группы составила 84,7 балла, у пациентов группы сравнения - 25,4 балла; по целевым показателям средний балл у пациентов основной группы равен 2,2, у пациентов группы сравнения - 1,2.

REFERENCES / СНОСКИ / ИКТИБОСЛАР:

1. Афанасьева, В.В. Применение категорий Международной классификации функционирования при организации медицинской реабилитации больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 / В.В. Афанасьева, А.А. Потапчук, Н.В. Черныш // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2020. – Т. 27, № 4. – С. 53-61.

2. Афанасьева, В.В. Опыт применения физической реабилитации у пациентов после перенесенной пневмонии, ассоциированной с COVID-19, в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» / В.В. Афанасьева, А.А. Потапчук // Физическая и реабилитационная медицина. – 2021. – Т. 3, № 4. – С. 49-57.
3. Временные методические рекомендации: медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (covid-19). Версия 2 (31.07.2020) / Министерство здравоохранения РФ. – 151 с. – URL: https://xn--80aesfpebagmfb1c0a.xn--p1ai/ai/doc/461/attach/28052020_Preg_COVID-19_v1.pdf.
4. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 9 (26.10.2020)» (утв. Минздравом России). – URL: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/65400.html/>.
5. Вызовы и подходы к медицинской реабилитации пациентов, перенесших осложнения Covid-19 / А.Д. Фесюн, А.А. Лобанов, А.П. Рачин [и др.] // Вестник восстановительной медицины. – 2020. – Т. 97, № 3. – С. 3-13. – <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2020-97-3-3-13>.
6. МАВЛЯНОВА З. Ф. и др. ВАКЦИНАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ (COVID-19), ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ И НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
7. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 346 с.
8. Начало эпидемии COVID-19 / С.Ф. Багненко, Н.А. Беляков, В.В. Рассохин [и др.]. – Санкт-Петербург: Балтийский медицинский образовательный центр, 2020. – 359 с.
9. Полянская О., Полянский И., Мавлянова З. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 (ОБЗОР) //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. SI-1. – С. 20-24.
10. Помыткина Т., Мавлянова З. МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: КРИТЕРИИ И МЕТОДЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОЦЕСС ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ОБЗОР) //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 30-34.
11. Потапчук, А.А. Применение категорий Международной классификации функционирования при организации медицинской реабилитации больных, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 / А.А. Потапчук, В.В. Афанасьева // Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии: традиции и инновации: сборник статей IV национального междисциплинарного Конгресса с международным участием. – Москва 2021. – С. 80-82.
12. Разумов, А.Н. Медицинская реабилитация пациентов с пневмониями, ассоциированными с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 / А.Н. Разумов, Г.Н. Пономаренко, В.А. Бадтиева // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2020. – Т. 97, № 3. – С. 5-13. – <https://doi.org/10.17116/kurort2020970315>.
13. Респираторная реабилитация. Отдельные вопросы понятийной и терминологической гармонизации (научный обзор) / М.Д. Дидур, М.В. Курникова, Д.В. Чередниченко, В.Д. Приданникова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2021. – Т. 3, № 1. – С. 19-27. – doi: 10.26211/2658-4522-2021-3-1-19-27.
14. Смычэк, В.Б. Медицинская реабилитация пациентов с пневмонией, вызванной инфекцией COVID-19, в Республике Беларусь / В.Б. Смычэк, Д.С. Казакевич, С.В. Козлова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т. 2, № 3. – С. 17-26. – doi: 10.26211/2658-4522-2020-2-3-17-26.
15. Эволюция пандемии COVID-19: монография / Н.А. Беляков, С.Ф. Багненко, В.В. Рассохин [и др.]. – Санкт-Петербург: Балтийский медицинский образовательный центр, 2021. – 410 с.

16. European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): increased transmission beyond China – fourth update, 14 February 2020. ECDC. Stockholm. – 2020. – URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/outbreak-severe-acute-respiratory-syndrome-coronavirus-2-sars-cov-2-increased>.
17. Umirzakov Zokir, Rizaev Jasur, UMIROV Safar. The phenomenon of the epidemic covid-19 process and their leading determinants. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 6, pp. 286-295
18. Ризаев, Ж., Шомуродов, К., & Агзамова, С. (2022). МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований, 1(2), 8–11. <https://doi.org/10.26739.2181-0966-2020-2-1>
19. Иногамов Ш. М., Садиков А. А., Ризаев Ж. А. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА СРЕДИ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ КОНТАКТНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА //Биология. – 2021. – №. 1. – С. 125.
20. Раимкулова Д. Ф., Ризаев Ж. А., Садиков А. А. Оценка дисфункции эндотелия и окислительного стресса у спортсменов различного вида спорта //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 5. – №. 122. – С. 109-112.



УДК: 616.12–005.4:616.314.18-002-036.12

RIZAEV Jasur Alimzhanovichdoctor of medical sciences, professor
Samarkand State Medical University**NURMATOV Ortik Sattor ugli**


Samarkand State Medical University

ISMOILOV Rajabboy Mahmayusuf ugli

Samarkand State Medical University

**RELATIONSHIP OF THE LEVEL OF NEUTROPHILS IN PERIODONTITIS
WITH ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR DISEASES.
(Literature review)**

For citation: Rizaev A. Jhasur, Nurmatov S. Ortik, Ismoilov M. Rajabboy. RELATIONSHIP OF THE LEVEL OF NEUTROPHILS IN PERIODONTITIS WITH ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR DISEASES. // Journal of biomedicine and practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.255-262

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835584>**ANNOTATION**

The main cause of cardiovascular disease is atherosclerosis. Atherosclerosis is a chronic inflammatory vascular disease that results in the deposition of lipid plaques in the arterial wall. The accumulation and progression of these plaques can reduce blood flow, leading to ischemia of all organs and tissues, as well as contribute to the formation of blood clots. Major heart diseases associated with atherosclerosis include myocardial infarction, acute coronary syndrome, heart failure, arrhythmias, and cardiomyopathy. Worldwide, cardiovascular disease is the number one cause of death and is the leading cause of death. Because atherosclerosis is a chronic inflammatory disease, researchers sought to understand whether other inflammatory conditions could contribute to atherosclerosis and worsen the course of the disease. One of the little-studied inflammatory conditions was periodontitis. Periodontal disease (including gingivitis) resulting from various types of plaque is estimated by some studies to affect 47.2% of adults in the United States aged 30 years and older. This figure increases to 70% after age 65. In addition to oral care habits, factors that contribute to periodontal disease include socioeconomic status, gender, and smoking. Periodontitis ranks sixth in the world among all diseases. This article on the role of neutrophils, which play a significant role in maintaining inflammation in patients with atherosclerosis in combination with periodontitis, somewhat opens the veil of unexplored problems.

Keywords. Atherosclerotic cardiovascular disease, periodontitis, neutrophils, pro-inflammatory cytokines, hyperuricemia.

РИЗАЕВ Жасур Алимжанович
доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский государственный медицинский университет
НУРМАТОВ Ортик Саттор угли
Самаркандский государственный медицинский университет
ИСМОИЛОВ Ражаббой Махмаюсуф угли
Самаркандский государственный медицинский университет

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЯ НЕЙТРОФИЛОВ ОТ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

АННОТАЦИЯ

Основной причиной сердечно-сосудистых заболеваний является атеросклероз. Атеросклероз — это хроническое воспалительное заболевание сосудов, которое приводит к отложению липидных бляшек в стенке артерий. Накопление и прогрессирование этих бляшек может уменьшить кровоток, что приведет к ишемии всех органов и тканей, а также способствовать образованию тромбов. Основные заболевания сердца, связанные с атеросклерозом, включают инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, сердечную недостаточность, аритмию и кардиомиопатию. Во всем мире сердечно-сосудистые заболевания занимают 1 место и являются ведущей причиной смерти. Поскольку атеросклероз является хроническим воспалительным заболеванием, исследователи стремились понять, могут ли другие воспалительные состояния способствовать атеросклерозу и ухудшать течение заболевания. Одним из малоизученных воспалительных состояний был пародонтит. Заболевания пародонта (включая гингивит), возникающие в результате различных видов зубного налета, по оценкам не которых исследований, затрагивают 47,2% взрослого населения в Соединенных Штатах в возрасте 30 лет и старше. Этот показатель увеличивается до 70% после 65 лет. В дополнение к привычкам ухода за полостью рта, факторы, - способствующие заболеванию пародонта, включают социально-экономический статус, пол, курение. Пародонтит занимает шестое место в мире среди всех болезней. Настоящая статья о роли нейтрофилов, играющих значительную роль в поддержании воспаления у больных атеросклерозом в сочетании с пародонтитом несколько приоткрывает завесу неизученных проблем.

Ключевые слова. Атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания, пародонтит, нейтрофилы, провоспалительные цитокины, гиперурикемия.

RIZAEV Jasur Alimjanovich
tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
NURMATOV Ortiq Sattor o'g'li
Samarqand davlat tibbiyot universiteti
ISMOILOV Rajabboy Mahmayusuf o'g'li
Samarqand davlat tibbiyot universiteti

PARAODONTITDA NEYTROFILLAR DARAJASINI ATEROSKLEROTIK YURAK-QON TOMIR KASALLIKLARI BILAN ALOQASI. (Adabiyotlar sharhi)

ANNOTATSIYA

Yurak-qon tomir kasalliklarining asosiy sababi aterosklerozdir. Ateroskleroz - surunkali yallig'lanishli tomir kasalligi bo'lib, arterial devorda lipid plitalarining cho'kishiga olib keladi. Ushbu plitalarning to'planishi va rivojlanishi qon oqimini kamaytirishi mumkin, bu esa barcha organlar va to'qimalarning ishemiyasiga olib keladi, shuningdek, ateroskleroz bilan bog'liq bo'lgan asosiy yurak kasalliklariga miokard infarkti, o'tkir koronar sindrom, yurak yetishmovchiligi, aritmiya va kardiomiopatiya kiradi. Dunyo bo'ylab yurak-qon tomir kasalliklari o'limning birinchi sababi va o'limning asosiy sababidir. Ateroskleroz surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lganligi sababli,

tadqiqotchilar boshqa yallig'lanish holatlari aterosklerozga hissa qo'shishi va kasallikning kechishini yomonlashtirishi mumkinligini tushunishga harakat qilishdi. Kam o'rganilgan yallig'lanish kasalliklaridan biri paradontit bo'lgan. Ba'zi tadqiqotlarga ko'ra, har xil turdagi blyashka natijasida paydo bo'lgan paradontal kasallik (shu jumladan gingivit, AQShda 30 yosh va undan katta yoshdagi kattalar aholisining 47,2 foiziga ta'sir qiladi. 65 yoshdan keyin bu ko'rsatkich 70% gacha oshadi. Og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish odatlaridan tashqari, paradontal kasallikka hissa qo'shadigan omillar orasida ijtimoiy-iqtisodiy holat, jins va chekish kiradi. Paradontit dunyoda barcha kasalliklar orasida oltinchi o'rinda turadi. Paradontit bilan birgalikda aterosklerozli bemorlarda yallig'lanishni saqlab qolishda muhim rol o'ynaydigan neytrofillarning roli haqidagi ushbu maqola o'rganilmagan muammolarini biroz ochadi.

Kalit so'zlar. Aterosklerotik yurak-qon tomir kasalliklari, paradontit, neytrofillar, yallig'lanishga qarshi sitokinlar, giperurikemiya.

Атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания (АССЗ) и заболевания пародонта (БП) являются глобальными проблемами здравоохранения. АССЗ определяется как ишемическая болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярное заболевание (инсульт) или заболевание периферических артерий (ЗПА) атеросклеротического происхождения [2,3]. АССЗ представляет собой причину номер один заболеваемости и смертности во всем мире [7,23]. Заболеваемость ИБС в 2017 г. во всем мире составила 126 млн (1,655 на 100 000), что составляет 1,72% населения Земли. По оценкам, к 2030 году заболеваемость ИБС увеличится до 1,845 на 100 000 человек. Более того, ИБС является причиной номер один смертности, инвалидности и человеческих страданий во всем мире [12,22]. Заболеваемость БП и инсультом в 2019 году составила 113 млн и 101 млн соответственно [10,14]. Столь высокая частота АССЗ связана с распространением многих факторов риска этих заболеваний. К факторам риска АССЗ относятся неправильное питание, малоподвижный образ жизни, сахарный диабет, гиперлипидемия, ожирение, курение, артериальная гипертензия, неалкогольная жировая болезнь печени, хроническая болезнь почек, артериальная гипертензия, гипергомоцистеинемия, гиперурикемия, чрезмерный стресс, ревматологические заболевания (системная красная волчанка и ревматоидный артрит), воспалительное заболевание кишечника, инфекция вируса иммунодефицита человека, заболевания щитовидной железы, менопауза, тестостерон и генетическая предрасположенность [1,27].

Нейтрофилы являются наиболее распространенными воспалительными клетками у людей и первой линией защиты от инфекции во врожденном звене иммунной системы [5,11]. Они происходят из линии миелоидной дифференцировки гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) в костном мозге. При обнаружении патогенов нейтрофилы захватывают и уничтожают вторгшиеся патогены посредством фагоцитоза и внутриклеточной деградации, дегрануляции и образования нейтрофильных внеклеточных ловушек (NET) [20,21]. Более того, новые данные за последнее десятилетие показывают, что нейтрофилы участвуют в хроническом воспалении и вовлечены в хронические воспалительные заболевания, включая пародонтит и атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваниях [4]. Пародонтит, по-видимому, связан с гиперреактивными нейтрофилами, которые могут, по крайней мере частично, можно объяснить представлением о том, что заболевания полости рта могут влиять на активность кроветворной ткани и тренированный иммунитет [8]. Тренированный иммунитет представляет собой неспецифическую память в клетках врожденного иммунитета, которая индуцируется более ранними контактами с инфекционными или воспалительными стимулами и способствует усилению иммунных ответов на будущие вызовы с теми же или другими стимулами. Между тем, при атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваниях (АССЗ) нейтрофилы участвуют в различных стадиях и клинических проявлениях атеросклероза [25], и литература также предполагает, что адаптированные к воспалению гемопоэтические стволовые клетки и клетки предшественники (HSPC) могут играть значительную роль в патогенезе заболевания .

Пародонтит — распространенное хроническое воспалительное заболевание, вызванное микробным дисбиозом полости рта. Начало и прогрессирование заболевания могут длиться десятилетиями и зависят от генетических факторов и факторов окружающей среды. Это распространенное заболевание полости рта характеризуется прогрессирующим разрушением твердых и мягких тканей, поддерживающих зуб, включая периодонтальную связку и альвеолярную кость. Невылеченный пародонтит неизбежно приводит не только к потере зубов, но и к жевательным нарушениям и отрицательно влияет на качество жизни пациента. Как и АССЗ, пародонтит является серьезной проблемой общественного здравоохранения, поскольку им страдает более половины населения мира, а у 5-15% населения мира наблюдается тяжелая форма заболевания, что приводит к увеличению затрат на лечение полости рта. Доказательства связи пародонтита с системными заболеваниями ранее были сосредоточены на выводах о том, что пародонтальные бактерии и их эндотоксины физически распространяются через кровообращение. Однако пародонтит также вызывает системное воспаление, на что указывает повышенный уровень С-реактивного белка (CRP), TNF α , IL-1 β и IL-6 в сыворотке пациентов [23]. В результате хронического воспаления пародонта, эндотоксемии, бактериемии и системного воспаления в совокупности возникают многочисленные системные заболевания, включая атеросклеротическое сердечно-сосудистое заболевание (АССЗ) [24]. Нейтрофилы являются наиболее распространенными воспалительными клетками у людей и первой линией защиты от инфекции в врожденном звене иммунной системы

Воспаление играет решающую роль в возникновении и развитии атеросклероза. Пародонтит является распространенным хроническим заболеванием, связанным с другими хроническими воспалительными заболеваниями, такими как атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания (АССЗ). Механизмы, лежащие в основе этой ассоциации, еще предстоит полностью понять. Системное воспаление, вызванное пародонтитом, может привести к адаптации гемопоэтических стволовых клеток и клеток-предшественников (HSPC), что приводит к тренированному гранулопоэзу в костном мозге, тем самым увеличивая выработку нейтрофилов и вызывая гиперреактивность этих многочисленных врожденных иммунных клеток. Эти изменения могут способствовать возникновению, прогрессированию и осложнениям атеросклероза. Несмотря на появляющиеся данные, свидетельствующие о том, что лечение пародонтита улучшает суррогатные маркеры сердечно-сосудистых заболеваний, адекватное лечение пародонтита не всегда может приводить к снижению гиперреактивности нейтрофилов. После удовлетворительного лечения периодонтита не всегда может снизить гиперреактивность нейтрофилов, поскольку гипервоспалительное перепрограммирование гранулопоэза может сохраняться еще долгое время после устранения индукторов воспаления. Новые и целенаправленные подходы к манипулированию числом и функциями нейтрофилов оправданы в контексте лечения пародонтита, а также для смягчения его потенциального воздействия на атеросклеротические сердечно-сосудистые заболевания.

Пародонтит и атеросклероз имеют схожие признаки воспалительных механизмов [18], генетических [23, 15] и общих факторов риска [9]. Тем не менее, значительный объем данных поддерживает независимую связь между пародонтитом и АССЗ после поправки на сопутствующие факторы и общие факторы риска. Эту независимую связь можно объяснить способностью периодонтита вызывать слабовыраженное, но стойкое системное воспаление, которое может способствовать развитию АССЗ. У больных пародонтитом отмечается повышенный уровень системных провоспалительных медиаторов, к которым относятся СРБ, ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, а также увеличение количества нейтрофилов в крови. Ретроспективное исследование с участием 60 174 участников показало, что даже после корректировки модифицируемых факторов риска участников с пародонтитом было в 59 раз выше вероятность наличия АССЗ. Ранее 8-летнее проспективное когортное исследование с участием 11 869 участников также показало, что те, кто сообщал о плохой гигиене полости рта, имели повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также повышенный уровень СРБ и фибриногена в сыворотке [16]. Системное воспаление, вызванное пародонтитом,

потенциально возникает в результате бактериальной диссеминации или проникновения в кровотока медиатора воспаления, происходящего из ткани пародонта. Изъязвление эпителия из-за локального воспаления пародонта наряду с поддержкой его богатой васкуляризации может обеспечить больший доступ бактерий и их эндотоксинов, таких как липополисахариды (ЛПС), в кровообращение, что приводит к бактериемии [13]. Об этом явлении сообщалось у пациентов с пародонтитом во время жевания, чистки зубов и удаления зубного камня. Бактериemia вызывает воспалительные изменения в эндотелии, которые вызывают повышенную экспрессию молекул адгезии и продукцию провоспалительных цитокинов.

Атеросклероз является причиной инфаркта миокарда, ишемической кардиомиопатии и ишемического инсульта, которые являются причиной большинства смертей населения во всем мире [14]. Повреждение артериальной стенки из-за дисбаланса профиля липидов в крови, колеблющегося напряжения сдвига и провоспалительных медиаторов инициируют эту основную патологию атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний. Последующим процессом является активация эндотелиальных клеток в артериальной ткани, адгезия миелоидных клеток к эндотелию и инфильтрация в интиму артерий [25]. На поздней стадии атеросклероза накопление воспалительных клеток, отложение липопротеинов и накопление клеточного детрита ответственны за образование артериальных бляшек с последующей нестабильностью бляшек, приводящей к разрыву атеросклеротических бляшек [25]. Начало атеросклероза характеризуется эндотелиальной дисфункцией, которая индуцирует рекрутирование нейтрофилов в эндотелий. В частности, дисфункция повышает экспрессию различных молекул адгезии эндотелиальных клеток, включая E-селектин, P-селектин и молекулу внутриклеточной адгезии-1 (ICAM-1) [28]. Затем тромбоциты доставляют CCL5, первичный лиганд CCR5 на эндотелий, и способствуют секреции катепсина G нейтрофилами, что приводит к прочной адгезии и накоплению клеток в эндотелии [6,17]. Кроме того, нейтрофилы усугубляют эндотелиальную дисфункцию, секретирова активные формы кислорода (АФК), азуроцидин, протеиназу 3, кателицидин, α -дефенсин и катепсин G. Нейтрофилы связывают пародонтит и ССЗ катепсин G в просвете артерии [25,26]. АФК и протеазы активируют и нарушают регуляцию слоя эндотелиальных клеток и разрушают нижележащий внеклеточный матрикс, способствуя инфильтрации лейкоцитов и экстравазации липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [25]. Азуроцидин также способствует повышению проницаемости эндотелия [19,25,26], в то время как азуроцидин, протеиназа 3, кателицидин, α -дефенсин и катепсин G способствуют рекрутированию миелоидных клеток, облегчая проникновение моноцитов в атеросклеротическое поражение.

Пародонтит вызывает системное воспаление, которое может модулировать активность кроветворной ткани в костном мозге, что приводит к тренированному миелопоэзу. Клинические исследования, демонстрирующие увеличение количества нейтрофилов, а также их повышенную воспалительную реакцию, подтверждают это мнение. Данные о стойком повышенном количестве нейтрофилов и их измененных фенотипах, несмотря на разрешение пародонтита после местного лечения, также подтверждают предположение о том, что системное воспаление, вызванное пародонтитом, может индуцировать долговременное отклонение миелопоэза, характерное для врожденных заболеваний [27,29,30].

Количественные и качественные изменения нейтрофилов могут способствовать развитию всех стадий патологии атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний [28,31,32]. Хотя клинические интервенционные исследования предполагают, что пародонтальная терапия улучшает суррогатный маркер атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, долгосрочный эффект этого перорального лечения для поддержания такого улучшения и убедительных доказательств того, что успешное лечение пародонтита может снизить риск или частоту возникновения атеросклероза, еще предстоит изучить. Между тем, направленное воздействие на нейтрофилы необходимо для улучшения местной пародонтальной терапии, эффективно устраняющей пародонтит, что может уменьшить вызванное пародонтитом системное воспаление и обратить в спять вызванные пародонтитом изменения нейтрофилов. Такие целевые подходы могут быть использованы как для прямого

лечения атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, так и для косвенного вмешательства в заболевание за счет снижения повышенного системного воспаления, вызванного пародонтитом[33,34,35].

Целевой терапевтический подход к атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеваниям был разработан с упором на попытки уменьшить воспаление. Первое клиническое испытание, CANTOS, в попытке сократить разрыв между доклиническими исследованиями и клинической практикой, было проведено и предоставило доказательства того, что уменьшение воспаления может иметь значение для лечения атеросклероза у человека. В этом исследовании антитело к IL-1 β , канакинумаб, вводили подкожно лицам с стойким острым инфарктом миокарда. Исследование выявило значительное снижение частоты повторных сердечно-сосудистых событий, госпитализаций по поводу сердечной недостаточности и смертности, связанной с сердечной недостаточностью.

Однако, нежелательные явления в группе, получавшей канакинумаб, заключались в значительно большей смертности из-за инфекции или сепсиса по сравнению с группой плацебо(25.26).

Также, пероральное введение колхицина пациентам с недавно перенесенным инфарктом миокарда значительно снижало риск ишемических сердечно-сосудистых событий (27,28). Преимущества колхицина также наблюдались у пациентов с хронической коронарной болезнью (28). К сожалению, у пациентов в группе колхицина было больше случаев пневмонии и смерти от несердечно-сосудистых заболеваний, чем в группе плацебо (31,34).

Другие клинические исследования по нацеливанию на воспаление при лечении атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний рассмотрены в другом месте (29,33). Эти клинические испытания показывают, что для достижения результатов, при которых преимущества перевешивают риски, необходимы альтернативные пути решения задачи. Дополнительные клинические исследования по нацеливанию на воспаление при лечении атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваниях рассмотрены в других исследованиях (32,35). Эти клинические испытания показывают, что для достижения результатов, при которых преимущества перевешивают риски, необходимо еще неоднократно проверить риски и преимущества терапии колхицином перед канакинумабом.

Выводы: Современные данные показывают, что с медленно прогрессирующей природой атеросклероза лучше всего бороться тремя основными столпами: контролю дислипидемии, гемостазу и воспалительной реакцией, которая в настоящее время лежит в качестве основного фактора как в развитии атеросклероза, так и пародонтита. Кристалл индуцированное воспаление представляет собой взаимодействие интерлейкинов, нейтрофилов и комплемента. И в данном случае колхицин обладает способностью подавлять множественные клеточные пути. Кроме того, препарат безопасен при длительном применении при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Дальнейшие исследования в направлении совместного лечения пародонтита и хронической ишемической болезни сердца атеросклеротического происхождения колхицином для подавления общего воспаления имеет право несомненно на существование.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Agababyan I. R., Ismailov Zh. A., Adilov A. S. Inflammation of adipose tissue is the main predictor in the development of arterial hypertension in patients with metabolic syndrome // Achievements of science and education. – 2020. – no. 3 (57). - S. 88-91.
2. Agababyan I. R., Yarasheva Z. Kh. Echocardiography in predicting early chronic heart failure in elderly patients // Achievements of science and education. – 2022. – no. 2 (82). - S. 103-108.
3. Agababyan, I. R., and Ruziyeva AA. "The diagnostic value of routine research methods electrocardiography and echocardiography in patients with chronic heart failure elderly." International Conference «Process Management and Scientific Developments. 2019.

4. Alard J-E, Ortega-Gomez A, Wichapong K, Bongiovanni D, Horckmans M, Megens RT, et al. Recruitment of Classical Monocytes Can be Inhibited by Disturbing Heteromers of Neutrophil HNP1 and Platelet CCL5. *Sci Transl Med* (2018) 7(317):317ra196-317ra196. doi: 10.1126/scitranslmed.aad5330
5. Alisherovna K. M., Akmalovna K. N., Mamasoliyevna D. N. Kidney dysfunction in chronic heart failure //Texas Journal of Medical Science. – 2022. – Т. 13. – С. 104-109.
6. Alimdjanovich R. J., Rubenovna A. I., Abduvokhidovna I. Y. SPECIALIZED CENTER FOR THE PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE-EXTENSION OF LIFE //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 22 (147). – С. 14-24.
7. Counteracts Chemokine-induced Arterial Myeloid Cell Recruitment. *Circ Res* (2018) 116(5):827-35. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.305825
8. Disease: a Review of Initiators and Protective Factors. *Inflammopharmacology* (2016) 24(1):1-10. doi: 10.1007/s10787-015-0255-y
9. Hajshengallis G, Chavakis T. Local and Systemic Mechanisms Linking Periodontal Disease and Inflammatory Comorbidities. *Nat Rev Immunol* (2021) 21(7):426-440. doi: 0.1038/s41577-020-00488-6
10. Herrera D, Molina A, Buhlin K, Klinge B. Periodontal diseases and association with atherosclerotic disease. *Periodontol 2000* (2020) 83(1):66-89. doi: 10.1111/prd.12302
11. Irina, Agababyan, Sitora Soliyeva, and Yulduz Ismoilova. "Condition of Coronary Arteries and Change of Lipid Profile in Coronary Heart Disease." *Annals of RSCB*, ISSN: 1583-6258.
12. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal Diseases. *Nat Rev Dis Primers* (2017) 3(1):17038. doi: 10.1038/nrdp.2017.38
13. Kobilova N. A., Jabbarova N. M. Effect of cardioprotectors on quality of life of patients with ischemic heart disease complicated with chronic heart failure // journal of biomedicine and practice. – 2022. – т. 7. – №. 1.
14. Kobilova n. Trimetazidine in combined therapy of ischemic heart disease with myocardial infarction // journal of cardiorespiratory research. -2021-т.2.-№.4.-с. 31-33.
15. Konkel JE, O'Boyle C, Krishnan S. Distal Consequences of Oral Inflammation. *Front Immunol* (2019) 10:1403. doi: 10.3389/fimmu.2019.01403
16. Libby P. The Biology of Atherosclerosis Comes Full Circle: Lessons for Conquering Cardiovascular Disease. *Nat Rev Cardiol* (2021) 18(10):683-4. doi: 10.1038/s41569-021-00609-1
17. Loos BG, Van Dyke TE. The Role of Inflammation and Genetics in Periodontal Disease. *Periodontol 2000* (2020) 83(1):26-39. doi: 10.1111/prd.12297
18. Oliveira C, Watt R, Hamer M. Toothbrushing, Inflammation, and Risk of Cardiovascular Disease: Results from Scottish Health Survey. *BMJ* (2017) 27;340:c2451. doi: 720 10.1136/bmj.c2451
19. Ortega-Gomez A, Salvermoser M, Rossaint J, Pick R, Brauner J, Lemnitzer P, et al. Cathepsin 727 G Controls Arterial but Not Venular Myeloid Cell Recruitment. *Circulation* (2019) 134(16):1176-88. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.024790
20. Paul O, Arora P, Mayer M, Chatterjee S. Inflammation in Periodontal Disease: Possible Link to Vascular Disease. *Front Physiol* (2021) 14;11:609614. doi: 10.3389/fphys.2020.609614.
21. Rasmuson J, Kenne E, Wahlgren M, Soehnlein O, Lindbom L. Heparinoid Sevuparin Inhibits Streptococcus-induced Vascular Leak Through Neutralizing Neutrophil-derived Proteins. *FASEB J* (2019) 33(9):10443-52. doi: 10.1096/fj.201900627R
22. Rizaev J. A., Agababyan i. R. Relationship of periodontal diseases with acute coronary syndrome (literature review) //journal of biomedicine and practice. - 2022. - vol. 7. - no. Four.
23. Rosales C. Neutrophil: a Cell with Many Roles in Inflammation or Several Cell Types? *Front Physiol* (2018) 9:113. doi: 10.3389/fphys.2018.00113
24. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol* (2020) 76(25):2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010

25. Sanz M, Marco del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, et al. Periodontitis and Cardiovascular Diseases: Consensus Report. *J Clin Periodontol* (2020) 47(3):268-88. doi: 10.5334/gh.400
26. Schenkein HA, Papapanou PN, Genco R, Sanz M. Mechanisms Underlying the Association Between Periodontitis and Atherosclerotic Disease. *Periodontol 2000* (2020) 83(1):90-106. doi: 10.1111/prd.12304
27. Silvestre-Roig C, Braster Q, Ortega-Gomez A, Soehnlein O. Neutrophils as Regulators of Cardiovascular Inflammation. *Nat Rev Cardiol* (2020) 17(6):327-40. doi: 10.1038/s41569-019-0326-7
28. Soehnlein O. Multiple Roles for Neutrophils in Atherosclerosis. *Circ Res* (2018) 110(6):875-730 88. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.111.257535 731
29. Tadzhiev F. S., Iskandarova F. I., Kobilova N. A. Prevalence and risk factors of arterial hypertension among the population of the Samarkand region // *Тюмен medical journal*. - 2017. - Т. 19. - No. 1. - S. 54-58.
30. Zarbock A, Ley K. Mechanisms and Consequences of Neutrophil Interaction with the Endothelium. *Am J Pathol* (2018) 172(1):1-7. doi: 10.2353/ajpath.2008.070502
31. Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Эффективность амбулаторного контроля больных с хронической сердечной недостаточностью // *Достижения науки и образования*. – 2022. – №. 2 (82). – С. 99-103.
32. Агабабян И. Р., Солеева С. Ш. Место статинов в комплексном лечении SARS-COV-2 // *Вопросы науки и образования*. – 2021. – №. 14 (139). – С. 70-81.
33. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью // *Вестник врача*. – 2021. – №. 3. – С. 100.
34. Ярашева, З. Х., Исмоилова, Ю. А., Абдураимов, Б. М., & Омонов, Х. Ш. (2022). ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*, 2(6), 191-198.
35. Ярашева, З. Х., Ю. А. Исмоилова, and Д. Жураева. "Эффективности оральных антикоагулянтов при неклапанной форме фибрилляции предсердий у лиц пожилого возраста." *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences* 2.6 (2022): 179-184.




УДК: 577.153-[616.311.2-002.2/253:616.36/366

IBRAGIMOVA Malika Xudayberganovna
Doctor of medical sciences (DSc), professor
KAMILOV Khaydar Pozilovich
doctor medical sciences, professor
Tashkent State Dental Institute

IMPROVEMENT OF THE TREATMENT OF CHRONIC CATARRHAL GINGIVITIS IN PATHOLOGY OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM

For citation. Ibragimova X.Malika, Kamilov P.Khaydar. Improvement of the treatment of chronic catarrhal gingivitis in the pathology of the hepatobiliary system// Journal of Biomedicine and Practice. 2023. vol. 8, issue 1, pp.263-267

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835594>

ANNOTATION

Research aim: improving the treatment of chronic catarrhal gingivitis against the background of chronic calculous cholecystitis.

Materials and methods. The study was conducted for the period from 2017 to 2018 at the Department of Hospital Therapeutic Dentistry of the Tashkent State Dental Institute in 97 patients with chronic catarrhal gingivitis of varying severity against the background of chronic cholecystitis. Patients were divided into 3 randomized groups according to age and gender: 1 - into the main group (61 persons); 2-comparison group (36 persons); 3-control group - (20 healthy individuals). Patients of the main group and the comparison group were divided into 3 subgroups according to the severity of catarrhal gingivitis.

Conclusion:

1. Relief of the inflammatory process in periodontal tissues in patients of the main group occurs on average 5.7 ± 0.13 days after the start of rehabilitation measures, while in the comparison group - 10–12 days.

2. During irrigation of the gums with the WaterpikWP and Parodontax apparatus, high clinic results were obtained, in which anti-inflammatory efficacy was determined as a reduction in the PMA index. Thus, the PMA value decreased from $22.16 \pm 1.64\%$ to $11.96 \pm 0.05\%$, the OHI-s index decreased from 2.31 ± 0.22 to 0.91 ± 0.27 ; SBI 2.14 ± 0.11 decreased and amounted to 1.28 ± 0.11 .

Keywords: catarrhal gingivitis, chronic calculous cholecystitis (CCC), WaterpikWP irrigator, metrogil denta, pathology of the hepatobiliary system

ИБРАГИМОВА Малика Худайбергановна
доктор медицинских наук (DSc), профессор

КАМИЛОВ Хайдар Позилевичдоктор медицинских наук, профессор
Ташкентский государственный стоматологический институт**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО
ГИНГИВИТА ПРИ ПАТОЛОГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ****АННОТАЦИЯ**

Цель исследования: Совершенствование лечения хронического катарального гингивита на фоне хронического калькулезного холецистита.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось за период с 2017 по 2018 годы на кафедре госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института у 97 пациентов с хроническим катаральным гингивитом различной степени тяжести на фоне хронического холецистита. Было получено письменное согласие пациентов на проведение исследований.

Пациенты были разделены на 3 рандомизированные группы по возрасту и половой принадлежности: 1-на основную группу (61 лиц); 2-группу сравнения (36 лиц); 3-контрольную групп- (20 здоровых лиц). Пациенты основной группы и группы сравнения были разделены еще на 3 подгруппы по степени тяжести катарального гингивита.

Выводы.

1.Купирование воспалительного процесса в тканях пародонта у пациентов основной группы происходит в среднем через $5,7 \pm 0,13$ дня после начала реабилитационных мероприятий, в то время как в группе сравнения - 10–12 дней.

2.При проведении ирригации десны аппаратом WaterpikWP и Parodontax были получены высокие клинические результаты, при которых противовоспалительная эффективность определялась как редукция индекса РМА. Так, значение РМА снизилось с $22,16 \pm 1,64\%$ до $11,96 \pm 0,05\%$, показатель ОНI-s составил снижение с $2,31 \pm 0,22$ до $0,91 \pm 0,27$; SBI $2,14 \pm 0,11$ снизился и составил $1,28 \pm 0,11$.

Ключевые слова: катаральный гингивит, хронический калькулезный холецистит (ХКХ), ирригатор WaterpikWP, метрогил дента, патология гепатобилиарной системы.

IBRAGIMOVA Malika Khudayberganovna

tibbiyot fanlari doktori (DSc)

KAMILOV Xaydar Pozilovich

tibbiyot fanlari doctori, professor

Toshkent davlat stomatologiya institute

**HEPATOBILIAR TIZIM PATOLOGİYASIDA SURUNKALI KATARAL
GINGIVITNI DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH****ANNOTATSIYA**

Tadqiqot maqsadi: Surunkali kataral gingivitni surunkali kalkulyoz xoletsistit fonida davolashni takomillashtirish.

Materiallar va tadqiqot usullai. Tadqiqot 2017-2018 yillar davomida Toshkent davlat stomatologiya instituti Gospital terapevtik stomatologiya kafedrasida surunkali xoletsistit fonida turli darajadagi surunkali kataral gingivit bilan og'rig'an 97 nafar bemorda o'tkazildi. Tadqiqot uchun bemorlardan yozma rozilik olindi. Bemorlar yoshi va jinsi bo'yicha 3 ta randomizatsiyalangan guruhga bo'lingan: 1 - asosiy guruhga (61 kishi); 2-taqqoslash guruhi (36 kishi); 3-nazorat guruhi - (20 ta sog'lom odam). Asosiy guruh va taqqoslash guruhidagi bemorlar kataral gingivitning og'irligiga qarab 3 ta kichik guruhga bo'lingan.

Xulosalar.

1. Asosiy guruhdagi bemorlarda periodontal to'qimalarda yallig'lanish jarayonining yengilligi reabilitatsiya tadbirlari boshlanganidan keyin o'rtacha $5,7 \pm 0,13$ kundan keyin, taqqoslash guruhida esa 10-12 kun ichida sodir bo'ladi.

2. WaterpikWP va Parodontax apparatlari bilan milklarni sug'orishda yuqori klinik natijalarga erishildi, bunda yallig'lanishga qarshi samaradorlik PMA indeksining pasayishi sifatida aniqlandi. Shunday qilib, PMA qiymati $22,16 \pm 1,64\%$ dan $11,96 \pm 0,05\%$ gacha, OHI-s indeksi $2,31 \pm 0,22$ dan $0,91 \pm 0,27$ gacha kamaydi; SBI $2,14 \pm 0,11$ kamaydi va $1,28 \pm 0,11$ ni tashkil etdi.

Kalit so'zlar: kataral gingivit, surunkali kalkulyoz xoletsistit (KCC), WaterpikWP irrigator, metrogil denta, gepatobiliar tizim patologiyasi.

Введение. Заболевания гепатобилиарной системы являются одним из часто встречаемых хронических заболеваний у населения, занимая 3-е место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. В странах Северной Америки и Европы болезни ГБС составляет 15–25% населения этих стран. В странах Азии и Африки - встречается существенно реже – в 3–6% случаев. Развитию хронических воспалительных явлений в тканях пародонта способствуют нарушения микробиоценоза полости рта, а также нарушения механизмов местной иммунной защиты, при этом не исключается влияние на этот процесс хронического калькулезного холецистита. Дискинезия желчного пузыря может привести к развитию хронического холецистита, когда воспалительный процесс развивается в самом желчном пузыре и обособлено встречается лишь в 6% случаев. [2,3,5,7].

По данным ВОЗ (2002), свыше 90% взрослого населения планеты имеют те или иные признаки пародонтопатий, у 12% людей здоровый пародонт, у 53% отмечены начальные воспалительные изменения. В возрастных группах 35 – 44, 45 – 54, 55 лет и старше число лиц с начальными изменениями пародонта прогрессивно уменьшается до 26 – 15% при одновременном росте изменений средней и тяжелой степени – до 75%. Распространенность заболеваний пародонта, по данным разных авторов, достигает до 98 %. Большая часть заболеваний пародонта приходится на воспалительные процессы [1,4,6,8,9].

Проблема лечения воспалительных заболеваний пародонта в частности, хронического катарального гингивита на фоне хронического калькулезного холецистита (ХКХ) является одной из наиболее актуальных задач в стоматологии. Лечение гингивита в этом случае представляет собой задачу, направленную не только на устранение воспаления в десне, восстановление утраченной функции, но и на профилактику развития осложнений деструктивного характера, характерные для пародонтита.

Цель исследования: Совершенствование лечения хронического катарального гингивита на фоне хронического калькулезного холецистита.

Материал и методы исследования

Материалом исследования служили 97 пациентов с хроническим катаральным гингивитом различной степени тяжести на фоне хронического холецистита. Было получено письменное согласие пациентов на проведение исследований. Пациенты были разделены на 3 рандомизированные группы по возрасту и половой принадлежности: 1-на основную группу (61 лиц); 2-группу сравнения (36 лиц); 3-контрольную групп- (20 здоровых лиц). Пациенты основной группы и группы сравнения были разделены еще на 3 подгруппы по степени тяжести катарального гингивита. В основной группе из 61 больных количество женщин составляло было больше -35 человек ($57,38 \pm 6,33\%$), мужчин было меньше – 26 человек ($42,62 \pm 6,33\%$), средний возраст 39,9. Количество больных в группе сравнения было 36, из них женщины составляли 19 человек ($52,78 \pm 8,32\%$), мужчины – 17 человек ($47,22 \pm 8,32\%$), средний возраст 39,7. Длительность заболевания в основной группе было 3,67; в группе сравнения – 3,66.

В основной группе и группе сравнения больные получали местное и общее лечение. Больные с ХКГ в группе сравнения получали традиционное лечение, состоящее из аппликационного обезболивания 2% раствором лидокаина, им проводилась антисептическая обработка 0,06% раствором хлоргексидина, санация полости рта, аппликации

антибактериального средства. Общее лечение в группе сравнения состояло из иммуномодулирующего средства.

Местное лечение больных ХКГ основной группы проводилась по схеме: после проведения местного аппликационного обезболивания 2% раствором лидокаина, и антисептической обработки 0,06% раствора хлоргексидина, проводили профессиональную санацию полости рта (снятие твердых зубных отложений ультразвуковым скелером, проводили полировку шеек зубов щеткой и абразивной пастой, пользовались флоссами для удаления зубных отложений из межзубных промежутков), затем производили ирригацию десневого края раствором пародонтах аппаратом Waterpik WP, затем проводили аппликацию антибактериального препарата метрогил дента. В зависимости от тяжести хронического катарального гингивита курс лечения длилась от 3 до 10 дней (при легкой форме: лечение проводится 3 дня; при средне-тяжелой форме: лечение длится 7 дней; при тяжелой форме лечение продолжается: 10 дн). Повторные осмотры проводили через неделю, 2 недели, 3 месяца, 6 месяцев и 12 месяцев.

Параллельно с местным лечением, совместно с гастроэнтерологом нами разработана схема общего патогенетического лечения, где учитывали выраженность общих патогенетических механизмов развития хронического холецистита, на фоне которых развились ХКГ.

Использованы следующие методы исследования: индекс гигиены полости рта (ОНИ - S), индекс кровоточивости Muhlemann (SBI), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА). Статистическую обработку данных осуществляли методом вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента. Результаты обработаны при помощи пакета программ STATISTICA.

Результаты.

Пациенты ХКГ жаловались на чувство горечи во рту, зуд, сухость, болезненность, кровоточивость десен при чистке зубов и приеме жесткой пищи. Во время осмотра отмечается гиперемия и отек десневых сосочков и края десны, что приводит к нарушению конфигурации десны. Отмечаются мягкие и твердые зубные отложения, кровоточивость десневых сосочков. Рентгенологические исследования показывают изменения компактной пластинки, смещения зубов и пародонтальных карманов не наблюдается.

Исходные показатели гигиенического индекса ОНИ-s у пациентов основной группы равен $2,31 \pm 0,22$, у пациентов группы сравнения - $2,14 \pm 0,31$. Исходный показатель индекса кровоточивости SBI в основной группе составил $2,14 \pm 0,11$ против $2,15 \pm 0,12$ в группе сравнения. Исходный индекс РМА у пациентов основной группы составил $22,16 \pm 1,64\%$ против $20,42 \pm 2,17\%$ в группе сравнения. Значение индекса соответствует степени воспаления десны.

Клинические наблюдения после проведения комплексного патогенетического лечения показывают снижение показателей индексов РМА в основной группе среднем в 1,9 раза через месяц наблюдения. При применении ополаскивателя «parodontax» у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом также наблюдалось снижение индекса кровоточивости десен в среднем 1,6 раз (Рис.1).

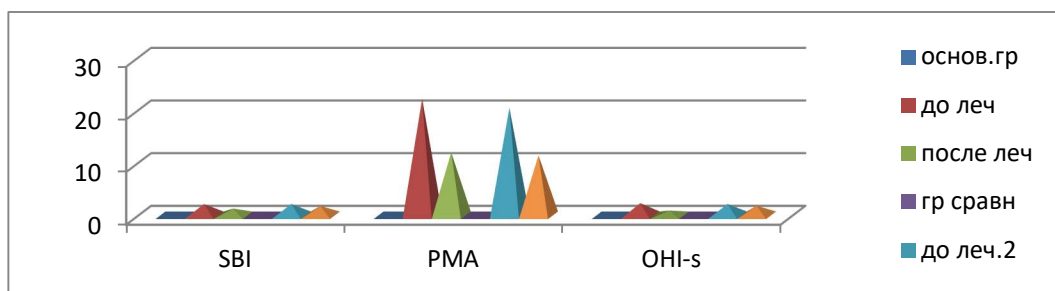


Рис.1. Индексные показатели (SBI, PMA, ОНI-s) до и после лечения

При проведении комплексного патогенетического лечения отмечено улучшение состояния гигиены полости рта, что подтверждаются показателями индекса гигиены. Очищающая эффективность по индексу ОНI-s через месяц применения средств составила в среднем 50,5 %, показатель ОНI-s снизился в среднем в 2,5 раза. В группе сравнения показатели РМА после проведения традиционного лечения снизились в среднем 1,7 раза, показатель кровоточивости снизился в среднем в 1,1 раза и показатель индекса гигиены снизился в 1,12 раза.

Выводы.

1. Купирование воспалительного процесса в тканях пародонта у пациентов основной группы происходит в среднем через $5,7 \pm 0,13$ дня после начала реабилитационных мероприятий, в то время как в группе сравнения - 10–12 дней.

2. При проведении ирригации десны аппаратом WaterpikWP и Parodontax были получены высокие клинические результаты, при которых противовоспалительная эффективность определяли как редукцию индекса РМА. Так, значение РМА снизилось с $22,16 \pm 1,64\%$ до $11,96 \pm 0,05\%$, показатель ОНI-s составил снижение с $2,31 \pm 0,22$ до $0,91 \pm 0,27$; SBI $2,14 \pm 0,11$ снизился и составил $1,28 \pm 0,11$.

IQTIBOSLAR | ЧОСКИ | REFERENCES:

1. Ибрагимова М.Х., Камилов Х.П. Биохимические показатели крови и слюны у больных с патологией гепатобилиарной системы. Журнал Стоматология №3, 2018.с.79-82
2. Ибрагимова М.Х. Поражения слизистой оболочки полости рта и пародонта при патологии гепатобилиарной системы. Монография. Ташкент – 2020.-100с
3. Ибрагимова М.Х. Тактика диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта при патологии гепатобилиарной системы. Автореферат дисс...д-ра мед.наук. –Ташкент, 2019. -62с
4. Камилов Х.П. Системное и локальное состояние перекисного окисления липидов у больных рецидивирующим афтозным стоматитом //Stomatologiya.-2013.-№1-2.-С.30-34.
5. Камилов Х. П. Характеристика микробиоценоза полости рта при рецидивирующем афтозном стоматите: научное издание / Х. П. Камилов, Д. М. Азимова // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент,2014. - №6 МЖУ - С. 9-12.
6. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х. (2019). Особенности диагностики заболеваний пародонта у пациентов с хроническим калькулезным холециститом. Journal of Biomedicine and Practice. vol. 2, issue 1, pp. 68–72.
7. Трухан Д.И., Голошубина В.В., Трухан Л.Ю.(2015). Изменения со стороны органов и тканей полости рта при гастроэнтерологических заболеваниях. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. № 3 (115). -С. 90-93.
8. M. Elahi, M. Telkabadi, V. Samadi, et al.(2012). Association of oral manifestations with ulcerative colitis. Gastroenterol Hepatol Bed Bench. Vol. 5, № 3. – P. 155–160.
9. Lira-Junior R., Figueredo CM. (2016). Periodontal and inflammatory bowel diseases: Is there evidence of complex pathogenic interactions? World J Gastroenterol.21;22(35).-P.7963-72.
10. J. A. Rizaev.,A. A. Shodmonov. EditorJournals and Conferences. (2022, October 2). DENTAL IMPLANTATION USING COMPUTER SOFTWARE FOR ACCURATE PLACEMENT AND LONG-TERM PROSTHETIC RESULTS. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DKC6W19>
11. J. A. Rizaev, & A. A. Shodmonov. (2022). OPTIMIZATION OF THE SURGICAL STAGE OF DENTAL IMPLANTATION BASED ON COMPUTER MODELING. World Bulletin of Public Health, 15, 11-13
12. Rizaev J. A., Shodmonov A. A. Optimizing the Surgical Phase of Dental Implants Optimization of the Surgical Phase of Dental Implantation Based on Computer Modelling //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 12. – С. 84-87.



УДК: 340.6:616-001:617.75.

DAVRANOVA Aziza Erkinovna

PhD

YAKUBOV Munis ZAKIROVICH

RASULOVA Mukhsina ROZIKOVNA

PhD, acting Associate Professor


BOYMANOV Farkhod KHOLBOEVICH

PhD, acting Associate Professor

Samarkand State Medical University

CLASSIFICATION OF MECHANICAL INJURIES OF THE ORGAN OF VISION

For citation: Davranova Aziza, Yakubov Munis, Rasulova Mukhsina, Boymanov Farkhod. Classification of mechanical injuries of the organ of vision. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 268-275

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835599>

ANNOTATION

The purpose. To analyze the most common classifications of mechanical injuries of the organ of vision and identify the rational one for solving the problems of forensic medical examination.

Materials and research methods. The main world scientific and educational literature of recent years on the problem of injuries of the organ of vision has been studied and analyzed. Own research was carried out in the following 2 groups: 1st group - studied and analyzed the data of medical records of a hospital patient in relation to 150 persons, aged from 1 to 74 years, with trauma to the eyeball and its appendages and who were hospitalized in the Samarkand Regional Ophthalmological Hospital of the Republic of Uzbekistan for the period from 2019 to 2021.

Conclusions. To solve forensic problems, the classifications of injuries of the organ of vision, developed by Gundurova R.A., Kashnikov V.V., are more applicable. (2002). At the same time, in addition to these classifications, the nature, localization of damage to the external and internal structures of the eyes, as well as the presence of combined damage to adjacent anatomical structures - the head and zygomatic-orbital zone, should be taken into account. The forensic medical qualification of the severity of the harm caused to health also depends on the complications and long-term outcomes of injuries to the structures of the eyeball and its appendages.

Key words: organ of vision, trauma, classification, forensic medical examination, mechanism, severity.

ДАВРАНОВА Азиза ЭРКИНОВНА

PhD

ЯКУБОВ Мунис ЗАКИРОВИЧ

РАСУЛОВА Мухсина РОЗИКОВНА

PhD, и.о. доцент
БОЙМАНОВ Фарход ХОЛБОЕВИЧ
PhD, и.о. доцент

КЛАССИФИКАЦИИ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

АННОТАЦИЯ

Цель исследования. Проанализировать наиболее распространенные классификации механических травм органа зрения и выделить рациональную из них для решения задач судебно-медицинской экспертизы.

Материалы и методы исследования. Изучена и проанализирована основная мировая научно-учебная литература последних лет по проблеме травм органа зрения. Собственные исследования были проведены в нижеследующих 2-х группах: 1-ая группа - изучены и проанализированы данные медицинских карт стационарного больного в отношении 150 лиц, в возрасте от 1 года до 74 лет, с травмой глазного яблока и его придатков и находившихся на стационарном лечении в Самаркандской областной офтальмологической больнице Республики Узбекистан за период с 2019 по 2021 годы.

Выводы. Для решения судебно-медицинских задач более применимым являются классификаций травм органа зрения, разработанные Гундуровой Р.А., Кашниковым В.В. (2002). При этом, помимо данных этих классификаций, должны быть учтены характер, локализация повреждений наружных и внутренних структур глаз, а также присутствия сочетанных повреждений смежных анатомических структур – головы и скулоорбитальной зоны. Судебно-медицинская квалификация тяжести причиненного вреда здоровью также зависят от осложнений и отдаленных исходов травм структур глазного яблока и его придатков.

Ключевые слова: орган зрения, травма, классификация, судебно-медицинская экспертиза, механизм, степень тяжести.

DAVRANOVA Aziza Erkinovna,
PhD

YOQUBOV Munis ZAKIROVICH,
RASULOVA Muxsina ROZIQOVNA

PhD, dotsent v.b.

BOYMANOV Farxod XOLBOEVICH
PhD

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

KO'RISH ORGANINING MEXANIK JAROHATLARI TASNIFI

ANNOTATSIYA

Maqsad: Ko'ruv a'zosining mexanik shikastlanishlarining eng keng tarqalgan tasniflarini tahlil qilish va sud-tibbiy ekspertiza muammolarini hal qilish uchun ulardan asosiyalarini ajratib olish.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ko'ruv a'zosi jarohatlari muammosiga oid so'nggi yillardagi jahon asosiy ilmiy va o'quv adabiyotlari o'rganildi va tahlil qilindi. Shaxsiy tadqiqotlar quyidagi 2 guruhda o'tkazildi: 1-guruh-2019 yildan 2021 yilgacha O'zbekiston Respublikasi Samarqand viloyati oftalmologik kasalxonasida ko'z olmasi va uning qo'shimchalari shikastlanishi bilan statsionar davolangan 1 yoshdan 74 yoshgacha bo'lgan, 150 bemorning statsionar tibbiy ma'lumotlari o'rganildi va tahlil qilindi.

Xulosa. Sud - tibbiy masalalarni hal qilish uchun Gundurova R. A., Kashnikov V. V. (2002) tomonidan ishlab chiqilgan ko'ruv a'zosi shikastlanishlarining tasnifi ko'proq mos keladi. Shu bilan birga, ushbu tasnifning ma'lumotlariga qo'shimcha ravishda, ko'zning tashqi va ichki tuzilmalari shikastlanishining xarakteri, lokalizatsiyasi, shuningdek yondosh anatomik tuzilmalar – bosh va

skuloorbital zonaning qo'shma shikastlanishlari mavjudligini hisobga olish lozim. Sog'likka etkazilgan zararining og'irlik darajasi sud-tibbiy tavsifi ko'z olmasi va uning qo'shimchalari tuzilmalarining shikastlanishlari asoratlari va kechki oqibatlariga ham bog'liqdir.

Kalit so'zlar: ko'rish organi, travma, tasnif, sud-tibbiy ekspertiza, mexanizm, og'irlik darajasi.

Повреждения органа зрения (ОЗ) в общей структуре травматизма составляет от 2% до 15% от общего количества травм. В результате травм глаза общее число слепых составляет 1.6 миллионов, около 2.3 миллионов людей страдает от низкого зрения и еще 19 миллионов слепы на один глаз, связанными с травматизмом. Травмы ОЗ встречаются у людей всех возрастов, однако дети и подростки, а также люди самого трудоспособного возраста (18-44 лет) являются наиболее уязвимыми к повреждениям [7].

В структуре травмы ОЗ различают повреждения, причиняемые механическими (проникающие и непроникающие ранения, контузии глазного яблока), химическими и термическими (ожоги) факторами, а также комбинированные повреждения, обусловливаемые воздействиями нескольких повреждающих факторов. Основную часть повреждения составляют микротравмы (60%), на долю тупых травм приходится около 30%, проникающих ранений около - 2%, ожогов – 8% всех случаев глазной травмы [8; 14].

В зависимости от обстоятельства травмы различают: производственная, бытовая, спортивная, боевая, криминальная травма и травма ОЗ при экологических катастрофах и чрезвычайных ситуациях [1].

Для изучения пато - и механогенеза травмы ОЗ необходимо систематизации травм структурных частей глаз, чему можно достичь при разработке унифицированной классификации повреждений органа. Разработка унифицированной классификации травм ОЗ необходима не только врачам клиницистам, важна и врачам судебно-медицинским экспертам, как для научных разработок, так и для решения практических судебно-медицинских задач, особенно в случаях экспертизы повреждений механического происхождения.

Цель исследования. Проанализировать наиболее распространенные классификации механических травм ОЗ и выделить рациональную из них для решения задач судебно-медицинской экспертизы.

Материалы и методы исследования. Изучена и проанализирована основная мировая научно-учебная литература последних лет по проблеме травм ОЗ. Собственные исследования были проведены в нижеследующих 2-х группах: 1-ая группа - изучены и проанализированы данные медицинских карт стационарного больного в отношении 150 лиц, в возрасте от 1 года до 74 лет, с травмой глазного яблока и его придатков и находившихся на стационарном лечении в Самаркандской областной офтальмологической больнице Республики Узбекистан за период с 2019 по 2021 годы. Обстоятельства травмы выявлены по анамнезу, регистрационных журналов приемного отделения и вызывных карт скорой медицинской помощи. Выявлено, что обстоятельствами травмы ОЗ были: у детей до 3-х лет несчастные случаи обусловленные воздействиями тупых твердых предметов, а у детей в возрасте от 4 до 7 лет – повреждений возникли во время игр, а также по неосторожности детей при обращении различными предметами, в ряде случаев - при падениях детей; люди трудоспособного возраста травмы ОЗ получали как в быту, так и на производстве, а также во время ссоры другими лицами, в ряде случаях при падении и дорожно – транспортных происшествиях; у лиц пожилого и старческого возраста травмы возникли в основном в бытовых условиях. Распределение клинического материала по видам повреждений структур глазного яблока и его придатков приведены в таблице №1

Таблица 1

Характер повреждений глазного яблока и его придатков в клиническом материале

| № | Характер повреждений | Количество |
|---|------------------------------------|------------|
| 1 | Повреждения наружных структур глаз | 1 |

| | | |
|---|--|-----|
| 2 | Контузии глазного яблока | 63 |
| 3 | Непроникающие раны роговицы | 5 |
| 4 | Проникающие ранения глазного яблока | 54 |
| 5 | Разрывы структуры глазного яблока | 16 |
| 6 | Посттравматические состояния структур глаз | 11 |
| | Всего | 150 |

Из таблицы № 1 следует, что в структуре травм ОЗ по клиническому материалу наибольшее количество составляли контузии глазного яблока (63) и проникающие повреждения глазного яблока (54). Разрывы структуры глазного яблока составляли – 16, непроникающие ранения роговицы – 5, повреждения наружных структур глаз составил 1 случай. В остальных 11 наблюдениях пострадавшие больные обращались за медицинской помощью через определенное время после травмы с различными посттравматическими состояниями структур глаз; **2-ая группа** - изучены и проанализированы анамнез, данные медицинских документов, результаты дополнительных исследований, заключений (актов) судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) в отношении 178 лиц, в возрасте от 4 до 70 лет, связанных с тупой механической травмой глазного яблока и его придатков, выполненных в Самаркандском, Навойинском филиалах научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы МЗ Республики Узбекистан за период 2006-2021 годы. Всем пострадавшим была оказана необходимая медицинская помощь и после проведенного лечения была выполнена судебно-медицинская экспертиза (освидетельствование). Обстоятельства получения повреждений у пострадавших были связаны с бытовыми и производственными травмами, а также ссорами с другими лицами, в ряде случаев были обусловлены падениями и дорожно-транспортными происшествиями.

Распределения случаев по видам повреждений структуры глазного яблока и его придатков в экспертном материале приведены в таблице № 2

Таблица 2

Характер повреждений структур глазного яблока и его придатков по материалам судебно-медицинской экспертизы.

| № | Характер повреждений | Количество случаев |
|-------|---|--------------------|
| 1 | Повреждения наружных структур глаз, без поражения элементов глазного яблока и его придатков | 21 |
| 2 | Повреждения наружных структур глаз, в сочетании с контузией глазного яблока | 60 |
| 3 | Повреждения структур глазного яблока в сочетании с повреждениями структур головы, скулоорбитальной зоны и лицевого отдела | 33 |
| 4 | Повреждения структур глазного яблока и его придатков в сочетании с повреждениями структур головы, лицевого отдела и других частей тела. | 64 |
| Всего | | 178 |

Как видно из таблицы, в экспертном материале наибольшее количество составляли случаи повреждений наружных структур глаз в сочетании с контузией глазного яблока (60) и повреждений структур глаз в сочетании с травмой головы, лицевого отдела и других частей тела (64). В тоже время повреждений структуры глазного яблока, в сочетании с травмой скулоорбитальной зоны и лицевого отдела составили 33 случая и в остальных 21-случаях у пострадавших имелись только повреждений наружных структур глаз.

В современной научно-учебной литературе приводятся множество классификаций травм ОЗ. Ниже приводим наиболее распространенные из них с выделением рациональных классификаций для решения судебно-медицинских вопросов. Так, например, по Бирмингемской терминологии (1998) различают закрытую (контузии, непроникающее повреждение) и открытую (разрыв глазного яблока – тип А и прободные повреждение). По локализации ранения различают три зоны: 1- роговичные повреждения, 2 – роговично-склеральные повреждения, 3 – склеральные повреждения. Такого же характера деления повреждений глаз имеются в работе Б.Л.Поляка (1972) и в современных руководствах по офтальмологии [2]. Установления характера повреждений по указанному принципу приемлема для составления судебно-медицинских заключений (выводов), однако это недостаточно для решения механизма и степени тяжести повреждений структуры глаз.

Федеральная клиническая рекомендация ассоциации врачей-офтальмологов предусматривает деления закрытых механических повреждений структуры глаз: ● по типу сохранности фиброзной капсулы: контузия (ушиб) глазного яблока без повреждений его сторон; непроникающие раны фиброзной капсулы глазного яблока; непроникающие раны с наличием инородных тел в фиброзной капсуле и смешанные случаи; ● по тяжести нарушения зрительных функций: 1-я степень – $\text{visus} > 0,5$; 2 - я степень – $\text{visus} 0,4-0,2$; 3 - я степень – $\text{visus} 0,1-0,02$; 4 - я степень – $\text{visus} < 0,02-1$; 5 - я степень – $\text{visus} = 0 - 1$. [11]. В данной клинической классификации больше уточнен характер повреждений структуры глазного яблока, а также степень остроты зрения позволяет оценить тяжесть травмы, однако приведенная информация в классификации недостаточна для установления механизма и судебно-медицинской степени тяжести травмы.

В соответствии с более современной классификацией механические травмы глазного яблока делятся на открытые и закрытые. По степени травмы различают: $-\text{Vis} \geq 0,2$ - реакция зрачка на свет сохранена; $-\text{Vis} = 0,1-0,03$ - реакция зрачка на свет сохранена; $-\text{Vis}=0,02 - 1/\infty$ - реакция зрачка на свет сохранена, пусть даже сомнительная; $-\text{Vis} = 0$ - афферентная реакция зрачка отсутствует.

По данным других авторов повреждений ОЗ по характеру делятся на: 1.Разрушение глазного яблока; 2.Проникающее повреждение (рана, контузионный разрыв) без внутриглазных инородных тел; 3.Проникающее повреждение с внутриглазным инородным телом; 4.Сквозное повреждение глазного яблока; 5.Повреждение только содержимого глазного яблока при сохранности его стенки; 6.Непрободная травма стенки глазного яблока; 7.Непрободная но с внедрением в толщу стенки инородных тел; 8.Сочетанное повреждение содержимого и стенки но без прободения: По локализациям делятся на травмы: 1.Роговичной области; 2.Корнеосклеральной области в проекции цилиарного тела и базиса стекловидного тела; 3.Склеральной области кзади от места прикрепления наружных прямых мышц [5; 15]. Данная классификация большей степени отражает морфологические аспекты повреждений структур ОЗ, в связи с чем могут быть применены для установления характера, объема, локализации и осложнений травм.

Гундорова Р.А. и Кашников В.В. (2002), опираясь на перечисленные подходы, предлагают нижеследующую классификацию глазной травмы: I. По поражающему фактору на пулевые и осколочные; II. По клинико – анатомическим признакам на изолированные и сочетанные; III. По количественному признаку на одиночные (монокулярные, бинокулярные), множественные (монокулярные, бинокулярные); IV. По локализации повреждений на лимбальные, склеральные, роговично – лимбальные, роговично – склеральные; V. По характеру повреждения на повреждения структуры придатков глаз, непроникающие и непроникающие ранений глазного яблока; VI. По остроте зрения в поврежденном глазу на от 0,5 и выше, от 0,4 до 0,2, от 0,2 до 0,05, от 0,05 до «0». По реакции зрачка на: сохраненная и отсутствие реакции зрачка на свет; VII. По течению травмы на осложненные и не осложнение; VIII. По степени тяжести травмы на легкой, средней степени, тяжелые и крайне тяжелые [8]. В этой классификации учтены: поражающий фактор, клинико-анатомический признак, количества, локализация, характер, функциональные проявления, клиническое течение и

степень тяжести повреждений. По нашему мнению, данная классификация является наиболее рациональной, как для научных разработок, так и по установлению характера, локализации, осложнений, повреждений, оценке механизма и степени тяжести травмы ОЗ. Однако данная классификация неполной мере позволяет квалифицировать степень тяжести изолированных и сочетанных травм ОЗ, в связи с чем в процессе судебно-медицинской экспертизы необходимо учесть и характер сочетанных повреждений смежных анатомических структур, прежде всего повреждений головы и скулоорбитальной зоны.

При тупой механической травме наиболее часто отмечаются повреждения структуры век, которые могут быть поверхностными – в пределах толщи кожи или мышечного слоя и глубокими, захватывающими все слои века с повреждениями конъюнктивы. Повреждения структуры век, при тупой травме могут быть в виде кровоподтеков, ссадин, ушибов мягких тканей и ран различного характера. Ранения структуры век могут быть изолированными с повреждениями кожи век, хрящевой пластинки, конъюнктивы, слезного аппарата или их различные комбинации [10] (таблица №3).

Таблица 3

Тупые повреждения структур век

| Характер повреждений структур век | Одного века или обоих |
|--|---|
| -кровоподтеки, ссадины, ушибы мягких тканей; -ушибленные (рваные, размозженные) раны: -поверхностные, непроникающие, в пределах кожи век; -проникающие но без повреждения свободного края и круговых мышц; -проникающие с повреждением свободного края века и круговых мышц; -проникающие с повреждением или без повреждения слезного канальца; -отрыв века (полный или частичный) | - Одного века: верхнего нижнего -Обоих век |

В зависимости от характера и объёма травмы при повреждениях структур век могут быть применены хирургические и консервативные методы лечения. Хирургическая обработка показана при наличии непроникающих, но обширной зияющей с повреждениями подлежащих мягких тканей и проникающих ранениях с нарушением целостности свободного края века, слезного канальца, а также при частичном или полным отрыве века. Следовательно наличия значительных размеров ранений век и проникающих ран с повреждением слезного канальца или же отрывом частей век сопровождаются расстройством здоровья на определенный срок. Кроме того повреждения века с нарушениями целостности мышц, и при полном и частичном отрывах век могут явиться причиной развития косметических дефектов, что должны быть учтены в процессе судебно-медицинского установления степени тяжести травмы.

Посттравматические изменения при непроникающих и проникающих повреждениях глазного яблока могут быть ранние и поздние. К ранним изменениям относятся: берлиновское помутнение; кровоизлияние в области желтого пятна и периферии; разрывы сетчатки в области желтого пятна; разрывы сосудистой оболочки, гемофтальм; проникающие ранения с наличием и без инородных тел; посттравматические нейропатии; хориоретинопатии. К поздним изменениям относят: посттравматические хориоретинодистрофии; травматическую отслойку сетчатки; последствия проникающих ранений с наличием и без инородных тел; атрофию зрительного нерва; макулодистрофию [8].

По мнению большинства офтальмологов лечение закрытой тупой травмы глаза в зависимости от совокупности патологических изменений или только консервативное, или сочетание хирургического и консервативного компонента, при этом терапия может быть как местной, так и в комплексе с системной. Результат лечения при травме органа зрения зависит от вида и степени повреждения, сроков обращения пострадавшего за помощью, квалификации

медицинского персонала, инструментального и медикаментозного оснащения лечебного учреждения [3; 6; 12].

Особой тяжестью отличается травма глаз, сопровождающаяся внедрением в него одного или нескольких инородных тел, что обуславливает повышенный риск развития внутриглазного воспаления асептического, септического характера и на иммунной основе. Формирование шварт по ходу раневого канала и выраженные пролиферативные процессы, индуцируемые воспалительными реакциями, приводят к развитию тракционного синдрома, отслойке внутренних оболочек, анатомической и функциональной гибели глазного яблока [4; 7]. Более 30 % тяжелых травм глаз, приводящих к слепоте и инвалидности, составляют тупые травмы. Они отличаются большим разнообразием, часто приводят к таким серьезным осложнениям, как вторичная глаукома, вывихи и подвывихи хрусталика, гемофтальм, отслойка сетчатки, субатрофия и атрофия глазного яблока [9].

В Узбекистане судебно-медицинское определение степени тяжести телесных повреждений, независимо от обстоятельства, характера травмы и умысла их причины, производится в соответствии с Уголовным кодексом Республики Узбекистан и Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений [13]. Согласно которых квалифицирующими признаками тяжести причиненного телесного повреждения, являются: 1-в отношении тяжких телесных повреждений: опасность для жизни человека; потеря зрения, речи, слуха или какого-либо органа либо полная утрата органом его функций; психическое расстройство; стойкая утрата общей трудоспособности свыше тридцати трех процентов; прерывание беременности; неизгладимое обезображивание тела; 2-в отношении телесных повреждений средней тяжести: длительное расстройство здоровья продолжительностью более двадцати одного дня, но не свыше четырех месяцев; значительная стойкая утрата общей трудоспособности от десяти до тридцати трех процентов; 3-в отношении легких телесных повреждений: кратковременное расстройство здоровья продолжительностью более шести дней, но не свыше двадцати одного дня; незначительная стойкая утрата общей трудоспособности (до десяти процентов).

Исходя из вышеизложенного для судебно-медицинского определения характера, локализации и степени тяжести телесных повреждений ОЗ опирались на вышеприведенную классификацию Гундуровой Р.А., Кашникова В.В. (2002). При распределении наблюдений, помимо данных классификации учитывали характер и локализацию повреждений наружных и внутренних структур глаз, а также наличия и характер повреждений смежных анатомических структур. Исходя из этого определили осложнения и отдаленные исходы травм глазного яблока и его придатков.

Выводы.

Таким образом, в настоящее время не разработана общепринятая, унифицированная классификация травм ОЗ, охватывающие всех клинко-морфологических аспектов этой проблемы. Для решения судебно-медицинских задач более применимым являются классификаций травм ОЗ, разработанные Гундуровой Р.А., Кашниковым В.В. (2002). При этом, помимо данных этих классификаций, должны быть учтены характер, локализация повреждений наружных и внутренних структур глаз, а также присутствия сочетанных повреждений смежных анатомических структур – головы и сулоорбитальной зоны. Судебно-медицинская квалификация тяжести причиненного вреда здоровью также зависят от осложнений и отдаленных исходов травм структур глазного яблока и его придатков.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетова Л.К., Нероев В.В., Тахчиди Х.П. Офтальмология. Национальное руководство. М. 2008. 944. с.
2. Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетова Л.К., Нероев В.В., Тахчиди Х.П. Офтальмология. Национальное руководство. М. 2019. 752. с.
3. Волков В.В. Открытая травма глаза. Монография. 2016. 280. с.

4. Волков В.В. Судебно-медицинская экспертиза травмы глаза. Судебно-медицинская экспертиза. 2010. № 6. С. 42-43
5. Волков В.В., Бойко Э.В., Шишкин М.М., Саксонова Е.О., Антонюк Т.Н., Чурашов С.В., Титова Г.В., Монахов Б.В. Закрытая травма глаза (понятие, распространённость, эпидемиология, этиопатогенез, госпитализация, диагностика, классификация). Офтальмохирургия. 2005. №1. С. 13-17.
6. Гундорова Р. А., Степанов Д. В. Клинические особенности контузии глазного яблока с гипотоническим синдромом. Офтальмохирургия. 2003. № 3. С. 6-9.
7. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология. Москва. «Медицина». 2007. 256. с.
8. Гундорова Р.А., Кашников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. Монография. Новосибирск. 2002. С. 5.
9. Дячун К.В., Кузнецова Н.А., Семенов Д.А. Контузии глазного яблока. Актуальные проблемы офтальмологии. 2013. С. 82.
10. Касымов Ф.О., Куликов В.С., Николаенко В.П., Зумбулидзе Н.Г. Механическая травма органа зрения. Учебное пособие. 2015. 51. с.
11. Ковалевская М.А., Максименков А.Т., Старикова М.А. Контузии глазного яблока при ДТП. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. № 71. 2018. С. 64-71.
12. Нероев В.В., Катаргина Л. А. Федеральные клинические рекомендации «Травма глаза закрытая». Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов». 2017. С. 45-46.
13. Нормативные документы, регламентирующие судебно-медицинскую экспертную деятельность в республике Узбекистан. Ташкент. 2012. Приложение № 2 к приказу №153 от «1» июня 2012 года. Министра здравоохранения Республики Узбекистан С. 52.
14. Сидоренко Е.И. Офтальмология. Учебник. Москва. 2013. 640. с.
15. Kuhn F., Morris R., Witherspoon C.D., Heimann K., Jeffers J.B., Treister G.A Standardized classification of ocular trauma. Ophthalmology. 1996. Vol. 103. P. 240-243.



УДК: 340.661.616-001

INDIAMINOV Sayit Indiaminovichdoctor of medical sciences, professor
Republican Scientific and Practical Center of Forensic Medical
Examination of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan**ZHURAYEV Ilkhom Gulomovich**

Samarkand State Medical University

FEATURES OF THE COURSE, CONSEQUENCES AND SEVERITY OF INTRA-ARTICULAR FRACTURES FROM THE IMPACT OF BLUNT OBJECTS.

For citation: Indiaminov Sayit, Zhurayev Ilkhom Features of the course, consequences and severity of intra-articular fractures due to the exposure to dull objects. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 276-285

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835609>**ANNOTATION**

The purpose identification of the nature, features of the course, consequences and criteria of forensic qualification of the severity of intra-articular fractures.

Materials and research methods. The results of treatment of 400 patients with intra-articular fractures who were treated in the Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics for 2021 were studied. The largest number of patients with intra-articular fractures were people of working age (18-60 years)- 74.8% and male persons predominate among the victims (58.7%).

The results obtained: in various types of trauma from exposure, intra-articular fractures were most often noted in the ankle and hip joints (44.0 and 20.0%, respectively), then in the wrist (12.0%) and shoulder joints (11.5%). In the knee and elbow joints, such injuries were relatively less frequent (7.7% and 4.75%, respectively). Intra-articular fractures with impaired congruence of articular surfaces were most often formed (66.7%), followed by comminuted intra-articular fractures (28.8%). The smallest number (4.5%) were fractures with preservation of congruence of articular surfaces. The duration of limb immobilization in case of joint structure damage, depending on the nature of the injury, usually ranges from 5-6 to 9-10 weeks. In our observations, in most cases, regardless of the nature of fractures, the immobilization period corresponded to this period. Exceeding the indicated period of immobilization in some patients up to 9-10 weeks was due to the duration of fracture healing, and in some cases - belated appeals of patients to remove plaster splints and bandages.

Conclusions: In the long-term period of trauma, complications in the form of ankylosis, aseptic necrosis and degenerative-dystrophic processes in the joints were noted in fractures with preservation and violation of the congruence of articular surfaces and, for the most part, in comminuted intra-articular fractures. Under these conditions, the duration of the health disorder was up to 5-6 months, and the volume of persistent loss of general disability ranged from 35 to 45%. Such conditions were classified as serious bodily injuries, and uncomplicated fractures were classified as

moderate injuries. An intra-articular fracture of the head of the shoulder, as well as a fracture of the proximal femur and fractures of the ankles of both tibia were classified as life-threatening to serious bodily injury. It has been established that the direct mechanism of trauma prevails in the origin of intra-articular fractures.

Key words: fractures, intra-articular, currents, consequences, severity.

ИНДИАМИНОВ Сайт Индиаминович

доктор медицинских наук, профессор
Республиканский научно-практический центр
судебно-медицинской экспертизы

ЖУРАЕВ Илхом Гуломович

Самаркандский Государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ПОСЛЕДСТВИЯ И СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТУПЫХ ПРЕДМЕТОВ

АННОТАЦИЯ

Цель исследования - выявление характера, особенности течения, последствий и критериев судебно-медицинской квалификации степени тяжести внутрисуставных переломов.

Материалы и методы исследования. Изучены результаты лечения 400 больных с внутрисуставными переломами находившихся на лечение в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии за 2021 год. Наибольшее количество больных с внутрисуставными переломами составляли люди трудоспособного возраста (18-60 лет)- 74,8% и среди пострадавших преобладают лица мужского пола (58,7%).

Полученные результаты: при различных видах травмы от воздействия внутрисуставные переломы чаще всего отмечены в голеностопных и тазобедренных суставах (44,0 и 20,0% соответственно), затем в лучезапястных (12,0%) и плечевых суставах (11,5%). В коленных и локтевых суставах подобные травмы отмечались сравнительно реже (7,7% и 4,75% соответственно). Наиболее часто формировались внутрисуставные переломы с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей (66,7%), после-оскольчатые внутрисуставные переломы (28,8%). Наименьшее количество составили (4,5%) переломы с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей. Сроки иммобилизации конечностей при повреждениях структуры суставов, в зависимости от характера травмы, обычно составляет от 5-6 до 9-10 недель. В наших наблюдениях в большинстве случаев, независимо от характера переломов, иммобилизационный период соответствовал этому сроку. Превышение отмеченного срока иммобилизации у части больных до 9-10 недель, были обусловлены длительностью заживления переломов, и в ряде случаев - запоздалыми обращениями больных для снятия гипсовой лонгеты и повязки.

Выводы: В отдаленном периоде травмы при переломах с сохранением и нарушением конгруэнтности суставных поверхностей и в большей части при оскольчатых внутрисуставных переломах отмечены осложнения в виде анкилоза, асептического некроза и дегенеративно - дистрофических процессов в суставах. В этих условиях длительность расстройства здоровья составляла до 5-6 месяцев, а объем стойкой утраты общей трудоспособности составил от 35 до 45 %. Подобные состояния были квалифицированы к разряду тяжелых телесных повреждений, а неосложненные переломы отнесены к разряду средней степени травмы. Внутрисуставной перелом головки плеча, а также перелом проксимального отдела бедренной кости и переломы лодыжек обеих берцовых костей были квалифицированы по признаку опасных для жизни тяжелых телесных повреждений. Установлено, что в происхождении внутрисуставных переломов преобладает прямой механизм травмы.

Ключевые слова: переломы, внутрисуставные, течения, последствия, тяжесть.

INDIAMINOV Sayit Indiaminovich,Tibbiyot fanlari doktori, professor
Respublika sud-tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazi**JURAEV Ilhom G'ulomovich**

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

**TO'MTOQ PREDMETLAR TA'SIRI BILAN BOG'LIQ BO'G'IM ICHI SINISHLARINING
KECHISHI, OQIBATLARI VA OG'IRLIK DARAJASI XUSUSIYATLARI****ANNOTATSIYA**

Maqsad: bo'g'im ichi sinishlarining og'irlik darajasini sud-tibbiy baxolashning tabiati, xususiyatlari, oqibatlari va mezonlarini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filialida 2021 yil davomida bo'g'im ichi sinishi bilan davolangan 400 nafar bemorlarning davolash natijalari o'rganildi. Bo'g'im ichi sinishi bilan og'rigan bemorlarning eng ko'p soni mehnatga layoqatli yoshdagi (18-60 yosh) - 74,8%, jabrlanganlar orasida esa erkaklar soni ko'p bo'lib, (58,7%) tashkil etdi.

Olingan natijalar: turli xil jarohlarda bo'g'im ichi sinishlari orasida ko'pincha oshiq-boldir va chanoq-son bo'g'imlarida (mos ravishda 44,0 va 20,0%), keyin bilak-kaft (12,0%) va yelka bo'g'imlarida (11,5%) qayd etilgan. Tizza va tirsak bo'g'imlarida bunday jarohatlar nisbatan kamroq kuzatilgan (mos ravishda 7,7% va 4,75%). Eng ko'p uchraydigan bo'g'im ichi sinishlari bo'g'im yuzalarining muvofiqligi buzilgan (66,7%) sinishlar, so'ngra parchalangan bo'g'im ichi sinishlar (28,8%) kuzatilgan. Eng kichik soni (4,5%) bo'g'im yuzalarining muvofiqligi saqlanib qolgan yoriqlar edi. Bo'g'imlarning tuzilishi shikastlanganda oyoq-qo'llarni immobilizatsiya qilish muddatlari shikastlanish xususiyatiga qarab, odatda 5-6 dan 9-10 haftagacha o'zgarib turadi. Kuzatishlarimizda, ko'p hollarda, siniqlar xususiyatidan qat'i nazar, immobilizatsiya davri ushbu davrga to'g'ri keladi. Ba'zi bemorlarda qayd etilgan immobilizatsiya davrining 9-10 haftagacha oshib ketishi sinishning davolanish muddati, ba'zi hollarda esa bemorlarning gipsli longeta va bog'lamni olib tashlash uchun kechiktirilgan murojaatlari bilan bog'liq.

Xulosa: bo'g'im yuzalarining muvofiqligi saqlangan va buzilgan sinishlarda uzoq muddatli shikastlanish davrida va ko'p hollarda parchalangan bo'g'im ichi sinishlarida ankiloz, aseptik nekroz va degenerativ-distrofik jarayonlar shaklida asoratlar qayd etilgan. Bunday holatlarda sog'likning buzilish davomiyligi 5-6 oygacha, umumiy mehnat qobiliyatini doimiy yo'qotilish hajmi esa 35 dan 45% gacha bo'lgan. Bunday holat og'ir tan jarohati, asoratlanmagan sinish esa o'rtacha og'irlikdagi jarohatlar deb tasniflangan. Yelka boshining bo'g'im ichi sinishi, shuningdek, son suyagi proksimal qismining sinishi va ikkala to'piqlarning sinishi hayot uchun xavfliligi jihatidan og'ir tan jarohati sifatida tasniflangan. Bo'g'im ichi sinishlarining kelib chiqishida bevosita shikastlanish mexanizmi ustun ekanligi aniqlangan.

Kalit so'zlar: sinishlar, bo'g'im ichi, kechish, oqibat, og'irlik.

В структуре травм опорно-двигательной системы повреждения структур суставов составляет 40-50%, происхождения которых могут быть обусловлены различными обстоятельствами, среди которых преобладают дорожно-транспортные происшествия (ДТП), падения с высоты, а также падения на плоскость [2; 18]

Среди суставных травм наиболее часто наблюдаются внутрисуставные переломы, являющиеся одним из тяжелых травм этих структур. Показатели инвалидности пострадавших при осложненных внутрисуставных переломах до настоящего времени остается довольно высокой [4; 3; 16; 7; 12; 14; 15].

Суставные травмы являются довольно частыми объектами процесса судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) в отношении живых лиц, так как происхождения этих травм чаще всего связаны с различными видами ДТП или же другими противоправными действиями. Основными задачами СМЭ являются установление механизма формирования, квалификация

степени тяжести и определение давности повреждений. Эти и другие судебно-медицинские аспекты повреждений структур суставов, в литературе весьма фрагментированы [13;6; 19].

В действующих «Правилах» имеются общие указания по квалификации степени тяжести и объем стойкой утраты общей трудоспособности при осложненных внутрисуставных травмах [Приложений №№2 и 9 к приказу №153 Министра Здравоохранение Республики Узбекистан от 01.06.2012]. В тоже время в «Стандартах» практически отсутствует алгоритм производство СМЭ при этих видах травм [8].

Цель исследования - выявление характера, особенности течения, последствий и критериев судебно-медицинской квалификации степени тяжести внутрисуставных переломов.

Материалы и методы исследования.

Изучены результаты лечения 400 больных с внутрисуставными переломами находившихся на лечение в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии за 2021 год. Сведения о поле и возрасте больных приведены в таблице №1

Таблица 1.

Распределения больных с внутрисуставными переломами по полу и возрасту

| Возрастные категории | По полу | | | |
|----------------------|-------------|-------------|-----|------|
| | Мужской | Женский | Абс | % |
| 18-44 | 147 | 47 | 194 | 48,5 |
| 45-60 | 47 | 58 | 105 | 26,3 |
| 61-74 | 35 | 47 | 82 | 20,5 |
| 75-80 | 6 | 13 | 19 | 4,7 |
| Всего | 235 (58,7%) | 165 (41,3%) | 400 | 100% |

Из таблицы следует, что наибольшее количество больных с внутрисуставными переломами составляют люди трудоспособного возраста (18-60 лет)- 74,8% и среди пострадавших преобладают лица мужского пола (58,7%). Сроки обращения больных за медицинской помощью с травмами суставов составили от 1 часа до 3 недели. Обследование и лечение больных проведены в соответствии со стандартом (Клинический протокол, Ташкент, 2018).

Результаты и их обсуждения.

Обстоятельства травм уточнены по анамнезу больных, по записям вызывных карт скорой медицинской помощи, регистрационных журналов и медицинских карт стационарного больного. Выявлено, что в происхождении внутрисуставных переломов преобладают случаев падений на плоскость (71,25%), потом – падение с высоты (12,0%) и столкновений пешеходов с движущимися автомобилями (7,75%). Другие обстоятельства травм составили от 0,75%до 3,0%.

Таблица № 2

Частота встречаемости внутрисуставных переломов в разрезе суставов и их характер

| Суставы | Характер внутрисуставных переломов | | | | |
|----------|--|---|--------------------------------------|----------|------|
| | С нарушением конгруэнтности суставных поверхностей | С сохранением конгруэнтности суставных поверхностей | Оскольчатые внутрисуставные переломы | Абс | % |
| Плечевой | 23 | 2 | 21 | 46±0,004 | 11,5 |
| Локтевой | 17 | | 2 | 19±0,002 | 4,75 |

| | | | | | |
|---------------|-------------|-----------|-------------|----------|------|
| Лучезапястный | 13 | 3 | 32 | 48±0,004 | 12 |
| Тазобедренный | 67 | 3 | 10 | 80±0,005 | 20 |
| Коленный | 17 | 1 | 13 | 31±0,003 | 7,75 |
| Голеностопный | 130 | 9 | 37 | 176±0,05 | 44 |
| Всего | 267 (66,7%) | 18 (4,5%) | 115 (28,8%) | 400±0,05 | 100 |

Внутриуставные переломы чаще всего отмечены в голеностопных и тазобедренных суставах (44,0 и 20,0% соответственно), потом - в лучезапястных (12,0%) и плечевых суставах (11,5%). В коленных и локтевых суставах подобные травмы отмечались сравнительно реже (7,7% и 4,75% соответственно). Эти данные согласуются с данными литературы [11;9]. Следует отметить что, у больных наиболее часто отмечены внутриуставные переломы с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей (66,7%), затем оскольчатые внутриуставные переломы (28,8%). Наименьшее количество больных (4,5%) составили переломы с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей (Таблица № 2).

Таблица № 3

Лечения больных с внутриуставными переломами

| Суставы | Характер внутрисуставных переломов | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|-------------------------------|----------|------|---|-------------------------------|----------|------|--------------------------------------|-------------------------------|----------|------|-------|------|
| | С нарушением конгруэнтности суставных поверхностей | | | | С сохранением конгруэнтности суставных поверхностей | | | | Оскольчатые внутрисуставные переломы | | | | Всего | % |
| | Стационарный (оперативный) | Амбулаторный (консервативный) | Абс | % | Стационарный (оперативный) | Амбулаторный (консервативный) | Абс | % | Стационарный (оперативный) | Амбулаторный (консервативный) | Абс | % | | |
| Плечевой | 21 | 2 | 23±0,003 | 8,6 | 2 | 0 | 2±0,0001 | 11 | 15 | 6 | 21±0,003 | 18,6 | 46 | 11,5 |
| Локтевой | 14 | 2 | 16±0,003 | 6,1 | 0 | 0 | 0 | | 2 | 0 | 2±0,0001 | 1,6 | 19 | 4,75 |
| Лучезапястный | 8 | 5 | 13±0,003 | 4,9 | 3 | 0 | 3±0,0001 | 16,7 | 27 | 6 | 33±0,004 | 28,6 | 48 | 12 |
| Тазобедренный | 47 | 20 | 67±0,004 | 25 | 2 | 1 | 3±0,0001 | 16,7 | 10 | 0 | 10±0,003 | 8,6 | 80 | 20 |
| Коленный | 14 | 4 | 18±0,003 | 6,7 | 1 | 0 | 1±0,0001 | 5,6 | 10 | 3 | 13±0,003 | 11,3 | 31 | 7,75 |
| Голеностопный | 106 | 24 | 130±0,05 | 48,7 | 5 | 4 | 9±0,003 | 50 | 30 | 6 | 36±0,004 | 31,3 | 176 | 44 |
| | 210 (78,6) | 57 (21,4) | 267±0,05 | 100 | 13 (72,2) | 5 (27,8) | 18±0,003 | 100 | 94 (81,7) | 21 (18,3) | 115±0,05 | 100 | 400 | 100 |

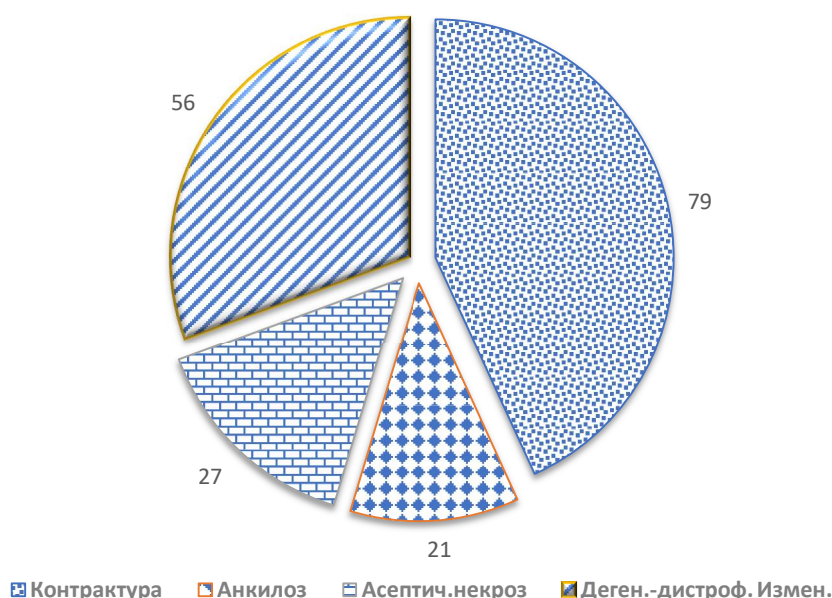
Большинства больным проведены стационарные хирургические лечения с последующей иммобилизацией конечности, которые составили: при переломах с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей –78,6%, при сохранении конгруэнтности суставных

поверхностей – 72,2% и при оскольчатых переломах- 81,7%. Остальным больным проведены амбулаторные лечения (21,4%, 27,8% и 18,3% соответственно) с иммобилизацией пораженной конечности. Сроки иммобилизации конечностей при повреждениях структуры суставов, в зависимости от характера травмы, составили от 5-6 до 9-10 недель. Следует отметить, что при внутрисуставных переломах сроки иммобилизации конечностей по стандарту составляет 7-8 недель. Превышение указанного срока иммобилизации у части больных на 9-10 недель, в основном обусловлено длительностью заживления переломов, а в ряде случаев запоздалыми обращениями больных для снятия гипсовой лонгеты и повязки. Исходя из этого наибольшие сроки иммобилизации были отмечены у 43-х из 267- больных при переломах с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей, и у 3-х больных из 18-при сохранении конгруэнтности суставных поверхностей, а также у 16-ти больных из 115-при оскольчатых внутрисуставных переломах.

Отмечено, что в отдаленном периоде при переломах с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей у 79 больных (из 183) сохранились контрактуры суставов, у 21-отмечены состояний анкилоза, у 27-асептический некроз и у 56-больных выявлены дегенеративно- дистрофические процессы в суставах (Рисунок № 1).

Рисунок №1

Нарушение конгруэнтности суставных поверхностей



При переломах с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей у 6-ти из 14-ти больных отмечена контрактура, у 2-асептический некроз, у 6-дегенеративно-дистрофический процесс суставов. При оскольчатых переломах (из 72) аналогичные осложнения были отмечены у 5-ти, 3-х и у 29-больных соответственно. После проведенной реабилитации в течении 2-2,5 месяцев, у большинства больных (80%) сохранились состояния контрактуры, асептического некроза и дегенеративно-дистрофические заболевания. Этим больным назначено проведение физиотерапевтическое лечение в амбулаторных условиях, отдельным больным рекомендовано эндопротезирование в коленном и тазобедренном суставах. Таким образом, у больных с осложненными оскольчатыми внутрисуставными переломами длительность расстройства здоровья составляла 5-6 месяцев, а объем стойкой утраты общей трудоспособности составил от 35 до 45 %.

Судебно-медицинскими критериями определения степени тяжести повреждений в Узбекистане являются: опасность для жизни травмы; длительность расстройства здоровья; объем (%) стойкой утраты общей трудоспособности; потеря органа или его функции; развитие

душевной болезни; прерывание беременности; наличия признаков неизгладимости лица (Приложений № 2 и 9 к приказу МЗ РУз №153 от 01.06.2012). Исходя из этого, с учетом отдаленных осложнений внутрисуставных переломов, при судебно-медицинской квалификации степени тяжести травма были учтены критерии опасности для жизни, длительность расстройства здоровья и объем (%) стойкой утраты общей трудоспособности.

С учетом этих данных, внутрисуставной перелом головки плеча, а также перелом проксимального отдела бедренной кости и переломы лодыжек обеих берцовых костей были квалифицированы по признаку опасности для жизни к тяжким телесным повреждениям. Другие виды осложненных вид внутрисуставных переломов, вызывавших длительность расстройства здоровья, более 5-6 месяцев и приведших к стойкой утрате общей трудоспособности в объеме от 35% до 45% квалифицированы к разряду тяжких, а остальные неосложненные виды внутрисуставных переломов к средней степени тяжести.

Для решения судебно-медицинской задачи важное значение имеет установление механизма травмы, уточнение длительности расстройства здоровья, а также определение объем стойкой утраты общей трудоспособности у пострадавших с различными видами внутрисуставных переломов. Анализ литературы показывает, что надбугорковые или внутрисуставные переломы проксимального конца плечевой кости обычно возникает вследствие непосредственного удара по наружной поверхности сустава (прямой механизм) и в ряде случаев они могут формироваться при падении на локтевой сустав отведенной руки (непрямой механизм). В этих условиях головка плечевой кости раскалывается на несколько фрагментов, иногда разрушается весь проксимальный отдел эпиметафиза. Наиболее характерным признаком для внутрисуставных переломов проксимальной части плечевой кости является невозможность отведения плеча в связи с нарушением опора о суставную поверхность лопатки, диагноз обосновывается рентгенографией в аксиальной проекции. При переломах с повреждением сосудисто-нервного пучка, а также при открытых и оскольчатых переломах-вывихах проводится хирургическое лечение. После вмешательства конечность фиксируют гипсовой повязкой на 6 недель, трудоспособность обычно восстанавливается в течение 8-10 недель.

Переломы головки мыщелка и блока плечевой кости также являются внутрисуставными, которые чаще всего сопровождается гемартрозом. В происхождении этих переломов также преобладает прямой механизм травмы. Если переломы без смещения, то производят пункцию локтевого сустава, эвакуируют кровь и проводят обезболивание, конечность фиксируют гипсовой повязкой в функционально выгодном положении на 2-3 недели, затем проводят реабилитацию в течение до 4 недель со съемной иммобилизацией.

Многооскольчатые переломы головки мыщелка плечевой кости считается наиболее тяжелым повреждением, приводящим к ограничению или потери функции локтевого сустава. Эти переломы возникают в результате как прямого, так и непрямого механизма травм. При переломах без смещения отломков лечение заключается в устранении гемартроза и обезболивание сочленение. При переломах со смещением проводить закрытую репозицию, конечность фиксируют гипсовой лонгетой на 4-6 недель, затем накладывает съемную повязку на 2-3 недели. При многооскольчатых переломах требуется резекция раздробленной головки мыщелка плеча. Необходимо учесть, что при травмах локтевого сустава наиболее часто повреждаются капсулы и мышц, что приводит к формированию гематомы и с последующем развитом оссификации. Плотность фасции локтевого сустава затрудняют рассасыванию посттравматических гематом и в связи с этим, чаще всего формируется оссификаты и дегенеративные изменения параартикулярных тканей [10; 3; 17].

Переломы локтевого отростка (кроме перелома верхушки отростка) также относятся к внутрисуставным, которые составляют около 3,5% от всех переломов костей скелета. Они наиболее часто возникают при прямом механизме травмы (падение на локоть, удар по отростку), редко отрывные переломы могут формироваться в условиях резкого сокращения трехглавой мышцы плеча (непрямой механизм). Переломы могут быть со смещением и без смещения. При переломах со смещениями и без смещения проводится консервативное

лечение. Срок фиксации конечности составляет 3-4 недель. Однако, при переломах с выраженным смещением отломков проводится оперативное лечение, которое показано при смещении отломков на 2-3 мм и более с нарушением конгруэнтности суставной поверхности, а также при наличии достаточно крупных фрагментов. Полный объем движений в суставе восстанавливается через 3-5 недель, однако проволочную петлю и спицы удаляют через 3-4 месяцев.

Внутрисуставные переломы головки лучевой кости обычно возникают при непрямом механизме травмы. При переломах без смещения гипсовую повязку от пястно-фаланговых суставов до верхней трети плеча накладывают на сроки 1-1,5 недель, после чего лонгеты снимают и проводят реабилитацию в течение 1 недель.

Внутрисуставной перелом дистального эпиметафиза лучевой кости является наиболее частым видом переломов конечностей. Они возникают при падении на вытянутую руку (прямой механизм) и чаще всего сопровождаются отрывом шиловидного отростка локтевой кости с поражением дистального лучелоктевого сустава, переломами головки локтевой кости, костей запястья. При всех видах переломов дистального эпиметафиза лучевой кости проводят консервативное лечение. Сроки иммобилизации и реабилитации при переломах дистального эпиметафиза лучевой кости составляет 2,5-3,0 месяцев.

При внутрисуставных переломах мыщелков бедра и большеберцовой кости проводится консервативное лечение с репозицией и последующей иммобилизацией и наложением скелетного вытяжения, либо остеосинтез шурупом, болтом или гвоздем. При повреждениях менисков необходимо проведение хирургического вмешательства. Сроки иммобилизации и реабилитации при внутрисуставных переломах мыщелков бедра и большеберцовой кости составляет не менее 12 недель.

Переломы лодыжек являются довольно частым видом внутрисуставных травм, которые может быть однолодыжечным, двухлодыжечным и трехлодыжечным то есть с повреждением обеих лодыжек и переднего, заднего краев большеберцовой кости. Они могут быть со смещением и без смещения отломков, а также с подвывихом и без подвывиха. При всех видах переломов обычно проводится консервативное лечение. При необходимости выполняют репозицию и накладывают гипс. Срок иммобилизации – по 4 недели на каждую сломанную лодыжку: для однолодыжечного перелома – 4 недели, для двухлодыжечного – 8 недель, для трехлодыжечного – 12 недель. [9; 1].

Выводы:

1. При различных видах травмы от воздействия тупых предметов внутрисуставные переломы у пострадавших чаще всего отмечены в голеностопных и тазобедренных суставах (44,0 и 20,0% соответственно), затем - в лучезапястных (12,0%) и плечевых суставах (11,5%). В коленных и локтевых суставах подобные травмы отмечались сравнительно реже (7,7% и 4,75% соответственно).

Наиболее часто отмечены внутрисуставные переломы с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей (66,7%), затем - оскольчатые внутрисуставные переломы (28,8%). Наименьшее количество составили (4,5%) переломы с сохранением конгруэнтности суставных поверхностей.

2. Сроки иммобилизации конечностей при повреждениях структуры суставов, в зависимости от характера травмы, обычно составляет от 5-6 до 9-10 недель. В наших наблюдениях в большинстве случаев, независимо от характера переломов, иммобилизационный период соответствовал этому сроку. Превышение отмеченного срока иммобилизации у части больных до 9-10 недель, были обусловлены длительностью заживления переломов, и в ряде случаев - запоздалыми обращениями больных для снятия гипсовой лонгеты и повязки.

3. В отдаленном периоде травмы при переломах с сохранением и нарушением конгруэнтности суставных поверхностей и в большей части при оскольчатых внутрисуставных переломах отмечены осложнения в виде анкилоза, асептического некроза и дегенеративно- дистрофических процессов в суставах. В этих условиях длительность

расстройство здоровья составляла до 5-6 месяцев, а объем стойкой утраты общей трудоспособности составил от 35 до 45 %. Подобное состояния были квалифицированы к разряду тяжелых телесных повреждений, а неосложненные переломы отнесены к разряду средней степени травмы.

4. Внутрисуставной перелом головки плеча, а также перелом проксимального отдела бедренной кости и переломы лодыжек обеих берцовых костей были квалифицированы по признаку опасности для жизни к тяжелым телесным повреждениям.

5. Установлено, что в происхождении внутрисуставных переломов преобладает прямой механизм травмы.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Алгоритм диагностического обследования пациента с травмой коленного сустава / Егоров Д. И., Комогорцев И. Е., Домашевский В. А. // Бюллетень ВШЦ СО РАМН - 2006 - №5
2. Антониади Ю.В. Организация специализированной хирургической помощи пациентам с около- и внутрисуставными переломами костей нижних конечностей. Гений Ортопедии том 24, № 2, 2018. С. 126-133
3. Благодаря разработки методов ранней диагностики и эффективных методов лечения внутрисуставных переломов костей конечностей, значительно повешалась качество и система оказания специализированной помощи больным [дистального отдела большеберцовой кости (переломы "пилона"): учебное пособие / А. Л. Жуликов, О. Г. Тетерин, А. С. Харютин [и др.]. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2020. – 48 с. – EDN ZTVUDQ.
4. Волокитина, Е.А. Повышение качества и система оказания специализированной помощи при внутрисуставных переломах костей нижних конечностей / Е.А. Волокитина, М. В. Гилев, Ю.В. Антониади // Вестник Уральского государственного медицинского университета. – 2016. – № 4. – С. 22-24. – EDN YTKSHB.
5. Нормативные документы, регламентирующие судебно-медицинскую экспертную деятельность в республике Узбекистан. Ташкент. 2012. Приложение № 2 к приказу №153 от «1» июня 2012 года. Министра здравоохранения Республики Узбекистан С. 52.
6. Радыш И.И. Оценка эффективности проведения физической реабилитации у пациентов после ранней и отсроченной артроскопической реконструкции передней крестообразной связки коленного сустава / И. И. Радыш, Л. С. Круглова, В. В. Бояринцев // Курортная медицина. – 2022. – № 3. – С. 121-126. – DOI 10.51871/2304-0343_2022_3_121.
7. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2021620750 Российская Федерация. База данных отдаленных результатов лечения пациентов с внутрисуставными оскольчатыми переломами дистального отдела плечевой кости: № 2021620660: заявл. 14.04.2021: опубл. 16.04.2021 / А. П. Давыдов, А. Б. Петров; заявитель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – EDN VGISFZ.
8. Стандарты производства судебно-медицинских экспертиз и исследований. Приказ МЗ РУз №82 от 04.03.2015
9. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей в 3 томах. Под ред. Ю.Г. Шапошников. «Медицина», 1997, с.624
10. Травматология и ортопедия: Учебник / Под ред. проф. В. М. Шаповалова, проф. А. И. Грицанова, доц. А. Н. Ерохова. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2004. С.311-349
11. Травматология. Национальное руководство/ под ред. Г.П. Котельникова, Миронова С.П. 3-е изда. М. ГЭОТАР. Медиа, 2018. 776 с.

12. Ульянов, И. В. Реабилитация пациентов после внутрисуставных переломов локтевого сустава / И.В. Ульянов // Символ науки: международный научный журнал. – 2022. – № 8-1. – С. 52-53. – EDN VHGLJE.
13. Чирков Н.Н., Николаев Н.С., Алексеева А.В., Яковлев В.Н., Лушин А.В. Эффективность современных методик оперативного лечения передней рецидивирующей нестабильности плечевого сустава в зависимости от анатомо функциональных изменений. Гений Ортопедии, том 27, № 3, 2021, с.337-344
14. Индиаминов С. И., Гамидов С. Ш., Бойманов Ф. Х. Особенности формирования повреждений у пешеходов при их столкновении с движущимися современными легковыми автомобилями //Вестник врача. Самарканд.-2020. – 2020. – Т. 2. – №. 94. – С. 36-40.
15. Индиаминов С. И., Исмоилов Р. А., Бойманов Ф. Х. ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПАДЕНИЯХ С ВЫСОТЫ //The 6 th International scientific and practical conference—Eurasian scientific congress!(June 14-16, 2020) Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain. 2020. 612 p. – 2020. – С. 65.
16. Davis JT, Rudloff MI. Posttraumatic Arthritis After Intra-Articular Distal Femur and Proximal Tibia Fractures. Orthop Clin North Am. 2019 Oct;50(4):445-459. doi: 10.1016/j.ocl.2019.06.002. PMID: 31466661.
17. Klifto KM, Hein RE, Klifto CS, Pidgeon TS, Richard MJ, Ruch DS. Outcomes Associated With Scapholunate Ligament Injury Following Intra-Articular Distal Radius Fractures. J Hand Surg Am. 2021 Apr;46(4):309-318. doi: 10.1016/j.jhsa.2020.12.005. Epub 2021 Jan 30. PMID: 33526293.
18. Kumar J, Siddiqui AA, Katto MS, Jamil M, Wasim MA, Yaqoob U. Treatment of high-energy intra-articular fractures of tibia with Ilizarov external fixator in adults: A tertiary centre experience. Int J Clin Pract. 2021 Sep;75(9):e14488. doi: 10.1111/ijcp.14488. Epub 2021 Jun 21. PMID: 34115438.
19. Zalavras CG, Papasoulis E. Intra-articular fractures of the distal humerus-a review of the current practice. Int Orthop. 2018 Nov;42(11):2653-2662. doi: 10.1007/s00264-017-3719-4. Epub 2018 Feb 5. PMID: 29404666.
20. Chen J, Xia W. Assessment of the responsibility between a road traffic accident and medical defects after the traffic accident injury of knee joint. J Forensic Leg Med. 2012 Apr;19(3):168-70. doi: 10.1016/j.jflm.2011.09.002. Epub 2011 Oct 19. PMID: 22391004.].
21. Zhang W, Wang JW, Hu YL, Zhu JH. [Comparison of four imaging examinations of shoulder joint injury in forensic expertise]. Fa Yi Xue Za Zhi. 2011 Feb;27(1):39-42. Chinese. PMID: 21542226

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

УДК:340.624.3(075.8)

ИНДИАМИНОВ Сайт Индиаминовичдоктор медицинских наук, профессор
РНПЦСМЭ МЗ РУз,**НОРКУЛОВ Урол Фарходович**Самаркандский филиал Республиканского научно-практического центра судебно-
медицинской экспертизы

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СТРУКТУРЫ ГОЛОВЫ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ ТРАВМЫ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТУПЫХ ПРЕДМЕТОВ

For citation: INDIAMINOV Sayit Indiaminovich, NORKULOV Urol Farhodovich. SOME FEATURES OF DAMAGE TO THE HEAD STRUCTURE DURING DIFFERENT TYPES OF INJURY FROM THE IMPACT OF DULL OBJECTS. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 286-293

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835639>

АННОТАЦИЯ

Цель исследования – определение особенности поражения структуры головы, в зависимости от механогенеза травмы от воздействия тупых предметов.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов судебно-медицинской экспертизы трупов, связанных механической травмой от воздействия тупых предметов, выполненные за последние 5 лет в Самаркандском филиале РНПЦСМЭ МЗ РУз. Изучены материалы обстоятельства травмы, заключений СМЭ, медицинские карты и результаты дополнительных исследований. Полученные данные подвергнуты статистической обработке.

Полученные результаты: установлено, что в происхождении ЧМТ ведущее места занимают автомобильная травма (65,4%) и воздействия различных тупых предметов (19,6%). У 30,9% погибших имело место ЧМТ без поражений костных структур, а у 69,1% погибших-ЧМТ протекала с переломами костей черепа. Пострадавшие с ЧМТ в 62,4% случаев погибали на местах травмы, в остальных – 37,6% случаях летальность пострадавших наступила в ближайших лечебно-профилактических учреждениях. У 20,6% пострадавших ЧМТ протекала на фоне алкогольного опьянения различной степени. Переломы костей черепа при ЧМТ в большинстве случаев (36,0%) охватывали всех костей черепа с переходом в основание его, которые сопровождалась подбололочечными кровоизлияниями, а иногда и травматизацией структуры мозга.

Выводы:

ЧМТ наблюдались преимущественно у лиц мужского пола (79,0%), женщины составили – 21,0%, в возрастном аспекте преобладали люди самого трудоспособного возраста – 18-60 лет (70,2 %). При падениях и во всех видах транспортной травмы преобладали случаев ЧМТ с переломами костей черепа. При травмах от воздействия различных тупых предметов

или орудий, обусловленные противоправными действиями, ЧМТ с переломами костей и без поражений костных структур головы, отмечались в одинаковой степени (63 и 64 соответственно). Эпи- и субдуральные гематомы в объеме от 70,0- 80,0% см³ до 80,0-160,0 см³, чаще всего отмечались в лобно-височно-затылочной части. Субарахноидальные кровоизлияния в большинстве случаев были распространенными и в зонах ушибов – наиболее интенсивными, кровоизлияний в веществе мозга охватывали кору и подкорковую часть белого вещества, а при многооскольчатых переломах в зонах ушибов выявлялись и размягчений вещества мозга. В раннем периоде травмы смерть пострадавших с ЧМТ наступила от тяжелого ушиба, отека и набухания мозга, в последующих сроках травмы выявлялись инфекционные осложнения – менингит и менингоэнцефалит. К наступлению смерти способствовали сочетанные травмы груди, живота и опорно-двигательного аппарата.

Ключевые слова: травма, голова, структура, поражения, характер, течения.

INDIAMINOV Sayit Indiaminovich
O'zR SSV RSTEIAM direktor o'rinbosari,
tibbiyot fanlari doktori, professor
NORQULOV Urol Farxodovich
O'zR SSV RSTEIAM mustaqil izlanuchisi

O'TMAS VOSITALAR TA'SIRIDAGI TURLI XIL TRAVMALARDA BOSH TUZILMALARI ZARARLANISHINING AYRIM JIHLARI

ANNOTATSIYA

Tadqiqotning maqsadi – bosh tuzilmalari zararlanish jihatlarining o'tmas vositalar ta'sir mexanizmiga bog'liqligini aniqlash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Respublika sud tibbiy ekspertiza ilmiy-amaliy markazi Samarqand filialida so'nggi 5 yil davomida o'tmas vositalar ta'siridan mexanik shikastlanish bilan bog'liq murdalar sud-tibbiy ekspertizasi natijalari tahlil qilindi. Jarohatlanish holatlariga doir materiallari, CME xulosalari, tibbiy bayonlar va qo'shimcha-laboratorik tekshiruv natijalari o'rganildi. Olingan ma'lumotlar statistik ishlov berildi.

Olingan natijalar: BMJning kelib chiqishida etakchi o'rinlarda avtomobil travmalari (65,4%) va har xil to'mtoq vositalar bevosita ta'siri (19,6%) ekaligi aniqlandi. Vafot etganlarning 30,9%da bosh suyaklarida sinishlarsiz BMJ qayd etilgan bo'lsa, qolgan 69,1%da BMJ suyaklari sinishi bilan kechgan. 62,4% hollarda BMJ olganlar etkazilgan joylarda vafot etgan, qolgan 37,6% hollarda jarohatlanganlar o'limi davolash-profilaktik muassasalarida qayd etilgan. BMJlarning 20,6% holatlarda turli darajadagi alkogol mastlik fonida sodir bo'lgan. 36,0% hollarda BMJlar bosh suyaklarining deyarli barcha sohalari sinishlari va hatto siniq chiziqlarining asosga o'tishi hamda miya tuzilmasining ezilishi bilan kechgan.

Xulosa:

BMJ asosan erkaklarda kuzatilgan (79,0%), ayollarda u 21,0% ni tashkil qilgan, yosh jihatidan eng mehnatga layoqatli 18-60 yoshdagilarda qayd etilgan (70,2%). Yiqilishlarda va transport travmalarining barcha turlarida bosh suyaklarining sinishlari ustunlik qildi. G'ayriqonuniy harakatlar natijasida kelib chiqqan turli xildagi o'tmas vositalar ta'siridan jarohatlanishlarida bosh suyaklari sinishi va suyak tuzilmalarining zararlanmaganligi deyarli bir xil darajada qayd etilgan (mos ravishda 63 va 64). 70,0 - 80,0% dan 80,0 - 160,0 sm³ gacha bo'lgan epi va subdural gematomalar ko'pincha frontal, temporal va oksipital qismlarda qayd etilgan. Subaraxnoidal qon quyilishlar aksariyat hollarda keng tarqalgan xususiyatli bo'lib, miyaning ifodalangan darajali lat eyishi va ayrim hollarda miya tuzilmasi yumshashi bilan kechgan. Travmaning dastlabki davrida bemorlar o'limiga og'ir darajali miya lati, miya shishinishi va bo'kishi sabab bo'lgan, shikastlanishning so'nggi davrlarida yuqumli asoratlar – meningit va meningoensefalit aniqlangan. Ko'krak- qorin va tayanch-harakat tizimining qo'shma jarohatlari o'limni tezlashtiruvchi omil bo'lgan.

Kalit soʻzlar: travma, oʻtmas vosita, bosh tuzilmalari, jarohatlari, tabiati, mexanizmi.

INDIAMINOV Sayit Indiaminovich

doctor of medical sciences, professor
RNPCSME MH RU,

NORKULOV Urol Farhodovich

Samarkand branch of the Republican Scientific
and Practical Center for Forensic Medical
Examination, Samarkand, Uzbekistan

SOME FEATURES OF DAMAGE TO THE HEAD STRUCTURE DURING DIFFERENT TYPES OF INJURY FROM THE IMPACT OF DULL OBJECTS

ANNOTATION

The purpose of the study was to determine the features of the damage to the structure of the head, depending on the mechanogenesis of injury from the impact of blunt objects.

Materials and research methods. The analysis of the results of a forensic medical examination of corpses associated with mechanical trauma from the impact of blunt objects, performed over the past 5 years in the Samarkand branch of the Republican Scientific and Practical Center for Emergencies of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, was carried out. The materials of the circumstances of the injury, the conclusions of the SME, medical records and the results of additional studies were studied. The obtained data are subjected to statistical processing.

The results obtained: it was found that the leading place in the origin of TBI is occupied by a car injury (65.4%) and the impact of various blunt objects (19.6%). In 30.9% of the dead, TBI occurred without damage to bone structures, and in 69.1% of the dead, TBI occurred with fractures of the skull bones. Victims with TBI in 62.4% of cases died at the site of injury, in the rest - 37.6% of cases, the lethality of the victims occurred in the nearest medical and preventive institutions. In 20.6% of the victims, TBI occurred on the background of alcohol intoxication of varying degrees. Fractures of the bones of the skull in TBI in most cases (36.0%) covered all the bones of the skull with a transition to its base, which were accompanied by intrathecal hemorrhages, and sometimes traumatization of the brain structure.

Conclusions:

TBI was observed predominantly in males (79.0%), women accounted for 21.0%, in terms of age, people of the most working age predominated - 18-60 years old (70.2%). In falls and in all types of transport injuries, cases of TBI with fractures of the skull bones predominated. In injuries from the impact of various blunt objects or tools, caused by illegal actions, TBI with bone fractures and without lesions of the bone structures of the head, were noted to the same extent (63 and 64, respectively). Epi- and subdural hematomas in the volume from 70.0-80.0% cm³ to 80.0-160.0 cm³ were most often noted in the frontal-temporal-occipital part. Subarachnoid hemorrhages in most cases were common and in the areas of bruises - the most intense, hemorrhages in the brain substance covered the cortex and subcortical part of the white matter, and with multi-comminuted fractures in the areas of bruises, softening of the brain substance was also detected. In the early period of injury, the death of victims with TBI occurred due to severe contusion, edema and swelling of the brain, in the subsequent stages of the injury, infectious complications were detected - meningitis and meningoencephalitis. Combined injuries of the chest, abdomen and musculoskeletal system contributed to the onset of death.

Key words: trauma, head, structure, lesions, character, course.

В условиях неуклонного роста травматизма, обусловленные транспортными происшествиями, падениями и различными противоправными действиями, по всему миру наблюдается тенденция к росту тяжелой черепно-мозговой травмы – ЧМТ. ЧМТ могут наблюдаться у лиц любой возрастной категории, с преобладанием людей наиболее

трудоспособного возраста – 18 – 60 лет [Фейгин А.В., Золотенкова Г.В., Горелкин Д. П. и др., 2015; С.М. Карпов, А.В. Копылов, Н.И. Мальченко, И.А Вышлов, К.С. Гандылян, 2016].

На современном этапе отмечается изменения в структурах причин ЧМТ, из-за распространения ранее неизвестных или малоизвестных форм ЧМТ, что привело к пересмотру ряда базисных положений имеющей классификации её [Лихтерман Л.Б., 2015]. С учетом этого, в настоящее время разрабатываются эффективные методы ранней диагностики и лечения больных с различными видами и различной тяжести ЧМТ [Потапов А.А. с соавт, 2010; Карпов С.М. с соавт, 2016 и др.].

ЧМТ является не только клинической проблемой, данное состояние представляет значительный интерес для процесса судебно-медицинской экспертизой (СМЭ). Несмотря на обстоятельства происхождения, почти все виды ЧМТ подвергается СМЭ, в процессе которой устанавливаются механизм, давность, степень тяжести, причины смерти и танатогенез её. Следовательно, летальные и нелетальные исходы ЧМТ регистрируется в основном в судебно-медицинских учреждениях. Результаты анализа судебно-медицинских материалов может стать основой для разработки, либо для выбора рациональных способов лечения больных с различными видами ЧМТ, а также для принятия профилактических мер по снижению этой травмы.

Цель исследования – определение особенности поражения структуры головы, в зависимости от механогенеза травмы от воздействия тупых предметов.

Материалы и методы исследования.

Проведен анализ результатов СМЭ трупов, лиц погибших в результате механической травмы, проведенные за последние 5 лет в Самаркандском филиале Республиканского научно-практического центра СМЭ (РНПЦСМЭ). СМЭ трупов проведены в соответствии со стандартом В.1. В процессе анализа изучены данные регистрационных журналов, постановлений о назначении СМЭ, заключений СМЭ, медицинских карт стационарного больного, а также результаты судебно-гистологических и медико-криминалистических исследований органов и тканей. Полученных данных подвергли статистической обработке. В рамках вариационной статистике, с установлением минимальной ошибки (m), критерий достоверности (t) и достоверность различий (p) показателей.

Результаты исследования и обсуждение.

Данные о поле и возрасте погибших от ЧМТ приведены в таблице №1

Таблица 1.

Распределения случаев смерти от ЧМТ по полу и возрасту

| № | Возрастные категории | По полу | | абс. | % |
|-------|----------------------|---------------|---------------|------|-------|
| | | Мужского пола | Женского пола | | |
| 1. | 01-17 | 57 | 33 | 90 | 9,13 |
| 2. | 18-30 | 161 | 34 | 195 | 19,7 |
| 3. | 31-40 | 159 | 40 | 193 | 19,59 |
| 4. | 41-50 | 130 | 16 | 146 | 14,8 |
| 5. | 51-60 | 121 | 32 | 153 | 15,53 |
| 6. | 60 -74 | 185 | 23 | 208 | 21,11 |
| Всего | | 807 (81,2%) | 178 (18,07) | 985 | 100% |

Из таблицы видно, что ЧМТ наблюдались преимущественно у лиц мужского пола (79,0%), женщины составили – 21,0%, в возрастном аспекте преобладали люди самого трудоспособного возраста – 18-60 лет (70,2 %).

Установлено, что за пятилетний период в филиале РНПЦСМЭ выполнено 2256 экспертиз трупов, из них 985 случаев (44,0%) было связано с механической травмой, в составе которой у 58% погибших (566) имело место ЧМТ.

В происхождении механической травмы и соответственно ЧМТ, ведущие места занимает автомобильная травма (65,4%), затем – воздействия различных тупых предметов

(19,6%). Другие виды механической травмы составляли от 0,3% до 8,8% всех наблюдений, среди которых самый низкий показатель (0,1%) составлял случаев огнестрельной травмы. У 30,9% погибших имело место ЧМТ без поражений костных структур, а у 69,1% погибших ЧМТ протекала с переломами костей черепа. У 20,6% пострадавших ЧМТ протекала на фоне алкогольного опьянения различной степени.

Отмечено, что при падениях и во всех видах транспортной травмы преобладали случаев ЧМТ с переломами костей черепа ($p < 0,005$). При травмах от воздействия различных тупых предметов или орудий, обусловленные противоправными действиями, ЧМТ с переломами костей и без поражений костных структур головы, отмечались в одинаковой степени (63 и 64 соответственно). Этим данным необходимо учесть в процессе установления обстоятельства и механизма ЧМТ.

Анализ локализаций переломов костей черепа при ЧМТ показал нижеследующие результаты – (таблица №2).

Таблица 2

Локализация переломов костей черепа при ЧМТ

| Структуры | Абс. | % |
|---|------------|-------------|
| Лобная кость | 59 | 15,1 % |
| Левая височная кость | 56 | 14,3 % |
| Правая височная кость | 48 | 12,3 % |
| Теменные кость | 33 | 8,4 % |
| Затылочная кость | 21 | 5,4 % |
| Лобная, теменные, височные, затылочная кости с переломом в основание черепа | 174 | 44,5 % |
| Всего | 391 | 100% |

Видно, что переломы костей черепа при ЧМТ (44,5%) охватывали всех костей черепа с переходом в основание его. Нередко переломы отмечены в лобной и в височных костях (12,3-15,1%), теменные и затылочная кость повреждались в меньшей степени (8,4 и 5,4% соответственно). Одновременный охват переломов всех костей черепа указывают о наиболее тяжелом течение ЧМТ у 36,0% погибших. Сведения о характере переломов изложены в таблице №3.

Таблица 3.

Характер переломов костей черепа у лиц погибших от ЧМТ

| Характер переломов | вдавлений | Многооскольчатый с переходом в основание ЧМТ | Дырчатый в ступенчатый | Линейный | Абс. |
|--------------------|-----------|--|------------------------|----------|------|
| Абс. | 59 | 161 | 13 | 158 | 391 |
| % | 15,1% | 41,2% | 3,3% | 40,4% | 100% |

Данные таблицы №3 указывают на то, что у лиц, погибших от ЧМТ наиболее часто отмечались многооскольчатые и линейные переломы (41,0 и 40,0%). Вдавленный и дырчатый, либо ступенчатый характер переломов отмечены в 15,0 и 4,0% случаев соответственно. Преобладания многооскольчатых и линейных форм переломов вероятно обусловлены обстоятельствами травмы – транспортной травмой и падениями с высоты.

Следует отметить, что пострадавшие с ЧМТ в 62,4% случаях (359 из 566) погибали на местах травмы, в остальных – 37,6% случаях летальность пострадавших наступила в ближайших лечебно-профилактических учреждениях в течении: 1-2 суток-36 (17,0%), 3-4 суток – 43 (20,0), 5-6 суток – 55 (26,0%), 7-8 суток – 41 (19,0%), 8-10 суток – 17 (8,0%), 11-12 суток – 21 (10,0%). В лечебно-профилактических учреждениях пострадавшим с ЧМТ были

проведены нижеследующие нейрохирургические и хирургические вмешательства: первичная хирургическая обработка – 78 (36,6%), трепанация с удалением гематом, отломков костей – 59 (28,0%), а также торокоцентез – 41 (19,0%), лапаротомия – 35 (16,4%) при сочетанных травмах.

Судя по записям протоколов трепанаций и данных заключений СМЭ трупов, эпи- и субдуральные гематомы в объеме от 70,0- 80,0% см³ до 80,0-160,0 см³, чаще всего отмечались в лобно-височно-затылочной части. В процессе трепанации, гематомы расположенные на своде и в боковых частях больших полушарий были удалены, однако часть гематом, расположенные у основания мозга и в области стволовой части не были удалены, которые и явилось причиной развития лизиса ткани мозга в зонах ушибов. Субарахноидальные кровоизлияния в большинстве случаев были распространенными и в зонах ушибов – наиболее интенсивными, кровоизлияний в веществе мозга охватывали кору и подкорковую часть белого вещества, а при многооскольчатых переломах в зонах ушибов выявлялись и размягчения вещества мозга.

В раннем периоде травмы смерть пострадавших с ЧМТ наступила от тяжелого ушиба мозга, затем – от отека и набухания, а в последующих сроках травмы (недели и более) выявлялись инфекционные осложнения – менингит и менингоэнцефалит. К наступлению смерти способствовали сочетанные травмы груди, живота и опорно-двигательного аппарата.

В современных условиях ЧМТ по всему миру остается наиболее актуальной медико-социальной проблемой современной медицины. По данным литературы, ЧМТ является ведущей причиной инвалидизации среди лиц, наиболее трудоспособного возраста и основной причиной смерти (до 60-80% и более) пострадавших при различных травмах [Сергеев В.А., 2006; А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов и др.], 2002; Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В., 2007; Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Филатова М.М., 2008; Шукри А.А., Берснев В.П., Рябуха Н.П., 2006; Сабиров Д.М., Росстальная А.Л., Махмудов М.А., 2019; Rosstalnaya A.L et al., 2017]. По нашим данным лица погибших в результате ЧМТ в возрасте от 18 до 60 лет составлял 70,2%.

Происхождения ЧМТ и сочетанной травмы (СТ) чаще всего связаны с ДТП и падениями, при этом пострадавшие от 13,0 до 70,0 % случаях травму получают в состоянии алкогольного опьянения. Такое состояние значительно утяжеляет течение и исход ЧМТ, кроме того, затрудняет проведения необходимых лечебно-диагностических и реанимационных мероприятий [Колесников Е.С., 2008; Каримов Р.Х., Данилов В.И., Панкова В.П., 2006; Шеховцова К.В., Шеховцов В.И., Кондаков Е.Н., 2006; В.Г. Валерко, В.П. Берснев, С. А. Морозов и др., 2009]. В наших наблюдениях состояний алкогольного опьянения отмечены у 20,6% пострадавших с ЧМТ.

В клинической и судебно-медицинской практике нередко наблюдается повторная ЧМТ. Следует отметить, что повторная тяжелая ЧМТ, в отличие от первичной подобной травмы, характеризуется более тяжелым течением и более высокой летальностью [Каджая Н.В., Семисалов С.Я., 2005]. В связи с этим, своевременность и качества оказания медицинской помощи пострадавшим с ЧМТ, существенно влияет на течение и исход травмы. Следовательно, изучение качества медицинской помощи, контроль и совершенствование её является основной задачей современной клинической медицины [О.В. Могучая, В.В. Щедренок, Е.В. Хачатурова Тавризян, И.А. Соваков, 2008; Zador P. L, 1991].

В условиях тяжелой ЧМТ в большинстве случаев (98,2%) наблюдается субарахноидальное, затем-субдуральные (60,0%) кровоизлияния. Характер поражений структуры головного мозга (ГМ) могут имеет зависимость от механизма и вида травмы. При падениях с высоты преобладает ушибам ГМ (46,1%), в то же время при ДТП – в основном наблюдается кровоизлияния в веществе мозга (67,7%) и всего желудочках (42,7%) травмах преобладает переломы костей свода черепа [Клевно В.А., Кононов Р.В., Чирков О.Ю., 2001]. В наших наблюдениях эпи-и субдуральные гематомы преобладали в лобно-височно-затылочной части, а субарахноидальные кровоизлияния были распространёнными, многооскольчатые переломы костей черепа протекали размягчениями вещества мозга.

В последние годы совместными усилиями ведущих ученых и специалистов в области нейрохирургии и судебной медицины, впервые разработаны учения о последствиях ЧМТ, даны дефиниции понятий «последствия» и «осложнения» ЧМТ. Разработаны клинкоморфологическая классификация, учитывавшая тканевых, ликвородинамических и сосудистых последствий ЧМТ (Потапов, В.А., Клевно В.А., Охлопков В.А., 2016). К последствиям отнесены стойкие нарушения анатомической целостности головного мозга, его оболочек и костей черепа формируемые при любом виде ЧМТ. Морфологические проявления последствий ЧМТ подразделяется на 3 группы: 1-тканевые или мозговые, например атрофия, рубцы, спайки; 2-ликвородинамические – ликворея, ликворома и др; 3-сосудистые-ишемия, тромбоз и др.. А осложнения ЧМТ-это состояния присоединившиеся к травме, например, гнойно-воспалительные процессы, аневризма, арахноидиты, эпилепсии и т.д [Потапов, В.А., Клевно В.А., Охлопков В.А., 2016]. Эти данные диктует о необходимости регулярного анализа характера, течения, осложнении и последствий ЧМТ.

Выводы:

1. В составе механической травмы ЧМТ составляет 58,0%, в происхождениях которой ведущие места занимают автомобильная травма (65,4%), затем – воздействия различных тупых предметов (19,6%). ЧМТ наблюдались преимущественно у лиц мужского пола (79,0%), в возрастном аспекте преобладали люди самого трудоспособного возраста – 18-60 лет (70,2 %). У 38,9% погибших имело место ЧМТ без поражений костных структур, а у 69,1% погибших-ЧМТ протекала с переломами костей черепа. У 20,6% пострадавших ЧМТ формировались протекала на фоне алкогольного опьянения различной степени;

2. Переломы костей черепа при ЧМТ чаще всего (44,5%) охватывали всех костей черепа с переходом в основание его, что указывают о наиболее тяжелом течение ЧМТ у этой категории. В связи с этим пострадавшие с ЧМТ в 62,4% случаев погибали на местах травмы в остальных – 37,6% случаях летальность пострадавших наступила в ближайших лечебно-профилактических учреждениях в течении от 1-2 суток -до 11-12 суток после травмы;

4. Эпи - и субдуральные гематомы в объеме от 70,0- 80,0% см³ до 80,0-160,0 см³, чаще всего отмечались в лобно-височно-затылочный части. Гематомы, расположенные на своде и в боковых частях больших полушарев были удалены, однако часть гематом, расположенные у основании мозга и в области стволовой части почти во всех случаев не были удалены в процессе нейрохирургических вмешательств, что и привело к лизису ткани мозга в зоне поражения. Субарахноидальные кровоизлияния в большинстве случаев были распространенными и в зонах ушибов – наиболее интенсивными, при многооскольчатых переломах в зонах ушибов выявлялись и размягчений вещества мозга.

5. В раннем периоде травмы смерть пострадавших с ЧМТ наступила от тяжелого ушиба мозга, затем – от отека и набухания, а в последующих сроках травмы (недели и более) выявлялись инфекционные осложнения – менингит и менингоэнцефалит. К наступлению смерти способствовали сочетанные травмы груди, живота и опорно-двигательного аппарата.

6. Приведенные данные могут быть учтены при оказании медицинской помощи больным с ЧМТ, а также в процессе проведения судебно-медицинских экспертиз случаев травмы головы.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Гусев А.О. Научное обоснование повышения эффективности работы стационара в условиях рыночной экономики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб, 1998. 18 с.
2. Егоров А.Ю. Алкоголизм в позднем возрасте: гендерный аспект // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2006. № 9. (106). С. 17–21.
3. Каджая Н.В., Семисалов С. Я. Тяжелая повторная черепно-мозговая травма // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2005. С. 59–60.

4. Каримов Р.Х., Данилов В.И., Панкова В.П. Эпидемиологические аспекты своевременности оказания медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой // Неврологический вестник. 2006. Т. XXXVIII, вып. 1/2. С. 28–34.
5. Карпов С.М., Копыл А.В., Мальченк Н.И., Вышлов И.А, Гандылян К.С. Особенности развития отека головного мозга в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы в разных возрастных группах. Журнал судебная медицина том 2 no1, февраль 2016,с.
6. Клевно В.А., Кононов Р.В., Чирков О.Ю. Анализ структура черепно-мозговой травмы (по данным Алтайского краевого бюро СМЭ за 2000 года) Альманах судебной медицины N 2 (2001), стр.74-78
7. Клинические особенности сочетанной черепно-мозговой травмы / О.В. Могучая, В.В. Щедренко, Е.В. ХачатуроваТавризян, И.А. Соваков // Матер. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2008. С. 61–62.
8. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме: / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов [и др.]. М.: Антидор, 2002. Т. 1. 550 с.
9. Колесников Е.С. Структура тяжелой сочетанной краниоторакальной травмы в городе Омске // Тез. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб., 2008. С. 54–55.
10. Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы // Вопросы нейрохирургии. 2007. № 1. С. 11–16. .
11. Лихтерман Л.Б. Классификация черепно-мозговой травмы. Часть I. Предпосылки и история. Журнал «Судебная медицина», ТОМ 1 №1, 2015 , с. 42-45
12. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Филатова М.М. Сотрясение головного мозга: тактика лечения и исходы. М.: ИП «Т. М. Андреева», 2008. 159с
13. Некоторые аспекты черепно-мозговой травмы у пострадавших с острой и хронической алкогольной интоксикацией / В.Г. Валерко, В.П. Берснев, С. А. Морозов [и др.] // Тез. Всерос. науч.-практ. конф. «Поленовские чтения». СПб.,2009. С. 37–38. 19.
14. Потапов, В.А., Клевно В.А., Охлопков В.А. Последствия черепно-мозговой травмы. Журнал судебная медицина наука | практика | образование. www. Судебная медицина. Рф • ТоМ 2 No4, декабрь 2016
15. Сабилов Д.М., Росстальная А.Л., Махмудов М.А. Эпидемиологические особенности черепно-мозгового травматизма. Шошилинич тиббиёт ахборотномаси, 2019, 12 т., №2 с.61-66
16. Сергеев В.А. Сравнительное клинико-психологическое исследование больных с отдалёнными последствиями черепно-мозговой травмы, осложнёнными алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2006. 32с.
17. Фейгин А.В, Золотенкова Г.В., Горелкин Д.Г., Романько Н.А., Тархнишвили Г.С. Конструкционные переломы свода черепа с резко выраженными дегенеративными изменениями костной ткани. Журнал «Судебная медицина», ТОМ 1 No1, 2015
18. Шеховцова К.В., Шеховцов В.И., Кондаков Е.Н. Эпидемиология черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Ставропольском крае // Нейрохирургия. 2006. № 3. С. 59–63.
19. Шукри А.А., Берснев В.П., Рябуха Н.П. Эпидемиология черепно-мозговой травмы в г. Аден, Йемен // Нейрохирургия. 2006. № 1. С. 50–52.;
20. Rosstalnaya A.L. Effect of respiratory support on cerebral hemodynamics in patients with severe traumatic brain injury; a randomized controlled trial. Wid Sci 2017; 38 (24): 45-9
21. Zador P. L. Alcohol related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex // J. Stud. Alcohol. 1991. Vol. 52. P. 302–310.



УДК: 616.72-004.2:616.12:615

MUKHAMMADIEVA Sevara Murodullayevna
NABIEVA Dildorakhan Abdumalikovna
ZIYAEVA Feruza Kamallidinovna
MIRHAMIDOV Mirziyod Vosilzhonovich
SHIRANOVA Shakhnoza Abdinazarovna
Tashkent medical academy

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF A TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITOR IN THE TREATMENT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS

For citation: Mukhammadieva M. Sevara, Nabieva A. Dildorakhan, Ziyaeva K. Feruza, Mirhamidov V. Mirziyod, Shiranova A. Shakhnoza. Evaluation of the effectiveness of a tumor necrosis factor inhibitor in the treatment of ankylosing spondylitis // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.294-302



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835661>

ANNOTATION

This article is devoted to the effectiveness of treating ankylosing spondylitis (AS), a chronic inflammatory disease of the musculoskeletal system. The study included 53 patients with active AS (BASDAI activity index >4) and failure of standard therapy, which included the TNF- α inhibitor infliximab (INF) at a dose of 3-5 mg/kg intravenously for 0, 2, 6 weeks and next every 8 weeks. In patients treated with INF, a positive clinical effect was achieved by indicators BASDAI and BASMI scores, as well as a remarkable positive result in dynamics vertebral mobility index and BASFI score. Tolerability of INF patients was satisfactory.

Keywords: ankylosing spondylitis, diagnosis, treatment, TNF- α inhibitors, infliximab.

МУҲАММАДИЕВА Севара Муродуллаевна
НАБИЕВА Дилдорахон Абдумаликовна
ЗИЯЕВА Феруза Камаллидиновна
МИРХАМИДОВ Мирзиёд Восилжонович
ШИРАНОВА Шахноза Абдиназаровна
Тошкент тиббиёт академиясининг 1-сон факултет ва
госпитал терапия, касб патологияси кафедраси

АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛОАРТРИТНИ ДАВОЛАШДА ЎСМА НЕКРОЗИ ОМИЛИ ИНГИБИТОРИНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

АННОТАЦИЯ

Ушбу мақола суяк-мушак тизимининг сурункали яллиғланиш касалликларидан бири бўлган анкилозловчи спондилоартрит (АС) касаллигида даволаш самарадорлигини баҳолашга

қаратилган. Тадқиқотга фаол АС (BASDAI фаоллик индекси >4) билан касалланган ҳамда стандарт терапия самара бермаган 53 та беморга ЎНО- α ингибитори - инфликсимаб (ИНФ) дори воситаси 3-5 мг/кг дозада/тана вазнига томир ичига 0, 2, 6 ҳафталада ва кейинчалик ҳар 8 ҳафтада қўлланилди. ИНФ билан даволанган беморларда BASDAI ва BASMI индекслари бўйича аниқ клиник самарага эришилди, умуртқа поғонаси ҳаракатчанлиги индекслари ҳамда BASFI индекси динамикасида ҳам ижобий натижа аниқланди. билан тасдиқланди. ИНФ нинг беморлар томонидан қабул қилиниши қониқарли бўлди.

Калит сўзлар: анкилозловчи спондилоартрит, диагностика, даволаш, ЎНО- α ингибиторлари, инфликсимаб.

МУХАММАДИЕВА Севара Муродуллаевна
НАБИЕВА Дилдорахон Абдумаликовна
ЗИЯЕВА Феруза Камаллидиновна
МИРХАМИДОВ Мирзиёд Восилжонович
ШИРАНОВА Шахноза Абдиназаровна
Ташкентская медицинская академия

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГИБИТОРА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена оценке эффективности лечения анкилозирующего спондилоартрита (АС), одного из хронических воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата. В исследование включены 53 больных с активным АС (индекс активности BASDAI >4) и неэффективностью стандартной терапии, которые получали ингибитор ФНО- α - инфликсимаб (ИНФ) в дозе 3-5 мг/кг внутривенно капельно при 0, 2, 6 недель и далее каждые 8 недель. У пациентов, получавших ИНФ, был достигнут положительный клинический эффект по показателям BASDAI и BASMI, также отмечен положительный результат в динамике показателей подвижности позвоночника и индекса BASFI. Переносимость ИНФ пациентами была удовлетворительной.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, диагностика, лечение, ингибиторы ФНО- α , инфликсимаб.

Анкилозловчи спондилоартрит (АС) - инсон таянч-ҳаракат тизимининг кенг тарқалган сурункали яллиғланиш касалликларидан биридир. АС аҳоли ўртасида учраш частотаси 0,9% га етади [1]. АС билан оғриган беморларнинг аксариятида (81-97%) касалликнинг дастлабки белгилари 40 ёшдан олдин содир бўлади ва 10 ёшгача бўлган болаларда (2%), шунингдек, 50 ёшдан ошган инсонларда (5%) жуда кам учрайди. Эркаклар аёлларга қараганда АС билан 3 марта кўп касал бўлишади [2,3].

Муаммонинг ижтимоий аҳамияти шундан келиб чиқадики, беморларнинг асосий контингентини ёшлар ташкил қилади ва касаллик кўпинча узоқ муддатли ва эрта ногиронликка олиб келади. Дастлабки 5 йилда АС билан оғриган беморларнинг 20%идан ортиғи ногирон бўлиб қолади, касаллик 10 йилдан ортиқ давом этганларда - 45% ва оёқ бўғимлари шикастланган беморларнинг 60-65%ида ногиронлик аниқланади [4]

Ҳозирги вақтда АСни даволаш тамойиллари касаллик кечиш жараёни ва унинг оқибатлари ҳақида батафсил маълумотлар борлиги, диагностика усуллариини такомиллаштириши, таснифлаш мезонларини аниқлаштирилиши ва сурункали яллиғланиш касалликларининг молекуляр механизмларини тушунишга чуқурроқ муносабат сабабли сезиларли ўзгаришларга дуч келмоқда.

Ўтган асрнинг 90-йиллари охирида генетик жиҳатдан яратилган биологик препаратлар (ГИБП) клиник амалиётга киритилиб, инсоннинг турли касалликларида иммун-яллиғланиш

жараённинг энг муҳим воситачиси бўлган ўсма некрози омили-α (ЎНО-α) нинг фаолиятини блоклайди [5, 6].

Ҳозирги вақтда Ўзбекистонда АСни даволаш учун ЎНО-α ингибитори - инфликсимаб (ИНФ), рўйхатга олинган. ИНФ - IgG1 изотипининг ЎНО-α га химерли моноклонал антитанаси.

Тадқиқотимизнинг мақсади АС беморларни даволашда ИНФ дори воситасининг самарадорлигини баҳолаш бўлди.

Беморлар ва усуллар. Тадқиқотда Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг ревматология ва артрологик амбулатор бўлимида 2020 йил сентябридан 2022 йил сентябригача даволанган 53 нафар АСли беморлар (37 эркак, 16 аёл) жалб этилди. АС билан оғриган беморларнинг умумий характеристикаси 1-жадвалда келтирилган. Биз тадқиқотга сўнгги 3 ой давомида максимал дозаларда ностероид яллиғланишга қарши дорилар (НЯҚД), сульфасалазин, метотрексат, глюкокортикоидлар (ГК) қабул қилганига қарамасдан самара бўлмаган ва касалликнинг фаол босқичи (BASDAI фаоллик индекси >4) 4 ҳафта давом этган беморларни жалб этдик. Тадқиқотга киритилган 53 та беморлар ИНФни 3-5 мг/кг дозада/тана вазнига томир ичига 0, 2, 6 ҳафталарда ва кейинчалик ҳар 8 ҳафта олди.

Касалликнинг фаоллигини баҳолаш учун BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) ва ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), функционал ҳолати - BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) ва BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) индекслари ишлатилган. Энтезитлар сонини ҳисоблаш учун тасдиқланган MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) энтезит индекси ишлатилди. Сўнгги ҳафтада умуртқа поғонасида ва бўғимлардаги оғриқлар визуал аналогли шкала (ВАШ) ёрдамида баҳоланди.

Эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) Вестергрэн усули билан ўрганилди [7]. Барча беморларда HLA-B27 антигени аниқланди ва тос суяқларининг рентгенографияси ўтказилди. Kellgren-Lowrens (1987) бўйича бир томонлама ёки икки томонлама сакроилиит (СИ) белгилари 41 беморда аниқланган. Яллиғланишли бел оғриғи ва спондилоартритларнинг бошқа кўринишлари бўлган 34 беморда СИ нинг рентгенологик белгилари аниқланмади; СИ ташхиси учун уларга МРТ текширув ўтказилди. Ўткир яллиғланишни аниқлаш учун СТИР режимида (ёғ бостириш билан) T1 ва T2 режимларидан фойдаланилган (T2 ёғларнинг тўйинганлиги) ёки T2 СТИР. СИ суяк илиги шишининг кетма-кет иккита бўлимда ёки бир кесмада бир нечта яллиғланиш зоналари мавжудлигида ишончли деб ҳисобланди [8,9]. Тадқиқот SIGNANDxt 3.0T қурилмасида (АҚШ) амалга оширилди.

Энг кўп учрайдиган тизимли кўринишлар, бу - кўзнинг шикастланиши (увеит, иридоциклит) 18та беморда (20%), иситма 9 та беморда (10%) ривожланди, гемоглобиннинг 120 г / л гача пасайиши билан камқонлик 29 та беморда (33%) ва аортит аорта етишмовчилиги билан 3та беморда (3%) аниқланди.

Лаборатор текширувлар қон ва сийдик клиник таҳлиллари, биокимёвий қон тестлари, С-реактив оксил (СРО) даражасини аниқлаш, HLA-B27ни аниқлаш орқали тақдим этилди.

Жадвал 1

АС билан оғриган беморларнинг умумий характеристикаси

| Параметрлар | Кўрсаткичлар (ум.беморлар сони 53та) |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Эркаклар/аёллар | 42/11 |
| Беморлар ёши, йилларда | 35±9 |
| Касаллик давомийлиги, йилларда | 13,9±7,5 |
| Периферик артрит, n (%) | 36 (67) |
| Тизимли кўринишлари, n (%) | 37 (69) |
| Сульфасалазин/метотрексат, n | 27/18 |
| ГК ичга қабул қиладиганлар, n | 13 |
| ASDAS бўйича фаоллик ўрта/оғир, n | 23/33 |
| BASDAI индекси (0-10) | 8,3±3,7 |

| | |
|----------------------|----------|
| BASFI индекси (0-10) | 6,2±2,5 |
| BASMI индекси (0-10) | 19,4±8,1 |

Клиник ва лаборатор таҳлиллар динамикаси асосида ЎНО-а ингибиторлари билан терапиянинг ноҳўя томонлари қайд этилди. Терапиянинг самарадорлиги 12, 24 ва 48 ҳафталардан кейин баҳоланди.

АСнинг қисман ремиссияси мезонлари ВАШ (0-10) бўйича беморнинг умумий ҳолатини баҳолашни ўз ичига олади, оғриқ - охириги 2 кун давомида ВАШ балли (0-10), таянч-ҳаракат аппаратининг BASFI функцияси (0-10), эрталабки қарахтликнинг яққоллилиги ва давомийлиги (BASDAI индексининг 5 ва 6-саволларининг ўртача қиймати). Қисман ремиссия - барча тўртта кўрсаткичнинг қийматлари 10 баллик тизимда 2 балл кўп бўлмаслиги лозим [9].

Натижаларни статистик қайта ишлаш Statistica 6.0 дастурий пакети ёрдамида (StatSoft, АҚШ), шу жумладан умумий қабул қилинган параметрик усуллар ва параметрик бўлмаган таҳлил билан биргаликда амалга оширилди. Таққослашда тақсимланиши одатдагидан фарқ қиладиган параметрлар учун иккита гуруҳ учун Mann-Whitney тести ишлатилди, натижалар медиан (Me) сифатида (25; 75 фоизли) тақдим этилади. Корреляция таҳлили Spearman усули бўйича ўтказилди. Фарқлар $p < 0.05$ да статистик аҳамиятга эга деб ҳисобланди.

Натижалар. 53 бемордан 41 нафари (77,3%) АС мезонларига жавоб берди (ўртача ёш $36,4 \pm 0,9$ йил) ва 12 (22,6%) норентгенологик аксиал спондилоартрит (Нр-ахСпА) мезонларига жавоб берди (ўртача ёш $27,0 \pm 1,6$ йил). АС ва Нр-ахСпА билан касалланган беморларнинг умумий хусусиятлари 2-жадвалда келтирилган. Жадвалдан кўриниб турибдики, иккала гуруҳда ҳам эркаклар аёлларга нисбатан кўпроқ. Иккала гуруҳдаги беморлар ўртасида касалликнинг бошланиши ёшида фарқлар кузатилмади. Нр-ахСпА гуруҳида аёл беморларда касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлиш вақтида ёши биров каттароқ эди, аммо бу фарқлар аҳамиятсиз ($p > 0,05$) бўлди. Ташхис қўйиш вақтида сезиларли фарқлар йўқ эди, гарчи аёл беморларда касаллик АСни ўзига қараганда кечроқ аниқланган ($p > 0,05$). Иккала гуруҳдаги беморларнинг 92%ида HLA-B27 антигени аниқланган.

Жадвал 2

АС ва Нр-ахСпА пациентларнинг умумий характеристикаси

| Кўрсаткичлар | АС (n=41) | | Нр-ахСпА (n=12) | |
|-------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| | эркаклар (n=28) | аёллар (n=13) | эркаклар (n=7) | аёллар (n=5) |
| Ёш, йилларда | $36,6 \pm 1,0$ | $36,2 \pm 1,2$ | $25,9 \pm 1,4$ | $29,7 \pm 2,4$ |
| Касаллик бошлангандаги ёш, йилларда | $21,5 \pm 0,6$ | $21,6 \pm 1,0$ | $20,3 \pm 1,4$ | $25,2 \pm 2,1$ |
| Касаллик давомийлиги, йилларда | $14,6 \pm 0,6$ | $15,1 \pm 1,1$ | $3,9 \pm 1,8$ | $4,4 \pm 1,0$ |
| Ташхис қўйиш вақти, йилларда | $11,5 \pm 0,8$ | $12,0 \pm 1,2$ | $2,9 \pm 0,4$ | $4,2 \pm 1,0$ |
| HLA-B27-антиген, n (%) | 25 (89,3) | 12 (92,3) | 6 (85,7) | 5 (100) |

ИНФ билан даволаш учун беморларни танлаш Халқаро ASAS тадқиқот гуруҳи ишчи тавсияларига мувофиқ амалга оширилди, бунда ностероид яллиғланишга қарши дориларни (НЯҚВ) етарли даражада қўллашга қарамай давом этувчи доимий юқори касалликнинг фаоллигига асосланишини тақлиф қилади. Шунингдек, периферик артрит /энтезит билан оғриган беморларда сулфасалазин/метотрексатнинг самарасизлиги ва глюкокортикоидлар (ГС) билан маҳаллий терапия самарасизлиги ҳам қайд этилди.

ИНФ терапияси бошланишидан олдин барча беморларда кенг камровли клиник ва лаборатория текшируви, яъни ўпканинг рентгенологик текшируви ва шу жумладан интрадермал туберкулин тестини баҳолаш ўтказилди. Илгари сил касаллигига чалинганлар,

шунингдек туберкулин тести ижобий бўлган беморлар тадқиқотга киритилмади. Бундан ташқари, ҳар қандай фаол ёки тез-тез такрорланадиган, жиддий инфекциялар билан коморбид ҳолатларда ҳам ИНФдан фойдаланиш истисно қилинди.

ИНФ терапияси бошланганидан 12 ҳафта ўтгач аниқ клиник ва лаборатор динамика аниқланди: ЭЧТ ва СРО концентрациясининг 2 марта пасайиши, гемоглобин даражаси ошди. 24 ва 48 ҳафталик терапия давомида ИНФ қабул қилган беморларда сезиларли даражада лаборатория ўзгаришлари кузатилди ва даволанишнинг 48-ҳафтаси охирида ушбу гуруҳда ЭЧТ 3 мартадан ортик, СРО даражаси - 6 марта (3-жадвал) пасайиш кузатилди.

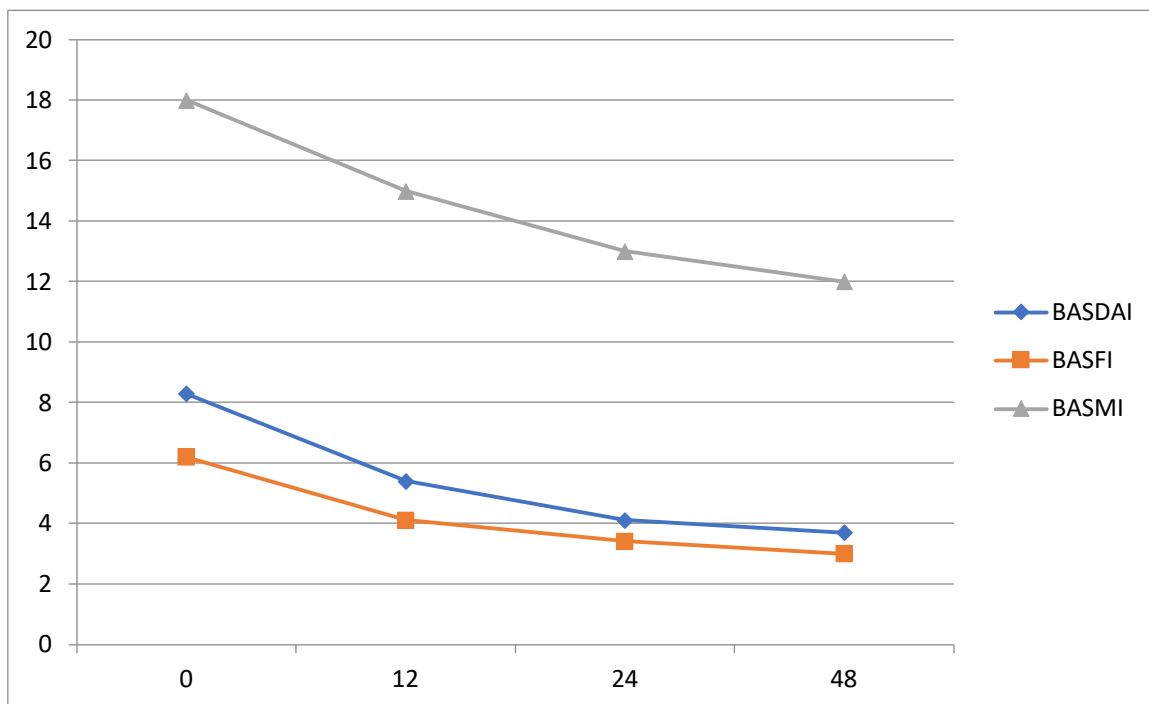
Жадвал 3

Инфликсимаб билан даволаш фонида лаборатор кўрсаткичларнинг динамикаси

| Кўрсаткичла P | Дастлабк и | 12 ҳафта | | 24 ҳафта | | 48 ҳафта | |
|--------------------|---------------|----------------|------------|----------------|------------|----------------|------------|
| | | n=53/33 | P | n=42/24 | P | n=37/15 | P |
| ЭЧТ, мм/соат | 39,6±15,8 | 19,8±12,4 | <0,00 1 | 17,2±13,8 | <0,00 1 | 18,6±10,3 | <0,00 1 |
| СРО, мг/л | 36,8±17,3 | 13,2±10,6 | <0,00 1 | 9,8±11,4 | <0,00 1 | 7,9±14,6 | <0,00 1 |
| Гемоглобин, г/л | 115,7±14,5 | 129,5±10, 8 | <0,00 1 | 133,8±12, 3 | <0,00 1 | 137,6±15, 3 | <0,00 1 |

Дори воситаларини қабул қилишнинг умумий қабул қилинган шартларига қайтгандан сўнг, касаллик фаоллигининг пасайиши қайд этилди. Касаллик BASDAI индексига кўра терапия самарадорлигини таҳлил қилиш, даволаниш бошланганидан 12, 24 ва 48 ҳафта ўтгач ҳам АСнинг клиник фаоллигининг сезиларли пасайишини кўрсатди.

ИНФ қабул қилган беморларда даволашнинг 12-ҳафтаси охирида ўртача BASDAI қиймат $5,5 \pm 2,5$ ни ташкил этди, 24 ҳафтадан кейин - $4,3 \pm 2,0$ ва 48 ҳафтадан кейин - $3,8 \pm 2,0$ балл; 48 ҳафталик терапиядан сўнг янада аниқ динамика қайд этилди. Қисман ремиссия (BASDAI <4 балл) 24 беморда эришилди (64%) (1-расм). Кузатув охирига келиб, фаоллик индекси ИНФ билан даволанган беморларда 2 баробарга камайди.



Расм 1. АС ли беморларда ИНФ билан даво фонида BASDAI, BASFI ва BASMI индекслари динамикаси.

ASDAS индексига кўра дастлаб юқори АС фаоллиги 33та (62%) беморда аниқланган. Терапия бошланганидан 12 ҳафта ўтгач, ИНФ билан даволанган беморларнинг 69 фоизда (53 тадан 37 тасида) АС фаоллиги сезиларли даражада камайди ва 51% (37 дан 19 таси) да минимал бўлди. 24 ҳафтадан сўнг яллиғланиш жараёнининг юқори фаоллиги 2 та (4%) беморда, ўртача – 21 та (50%) ва паст – 19 та (45%) беморларда сақланиб қолди.

BASFI индекси ёрдамида таянч-ҳаракат тизимининг функционал ҳолатини баҳолаш (1-расм). 12 ҳафталик даволанишдан сўнг сезиларли ўзгаришларни кўрсатди. Ўртача қиймат 2 мартадан кўпроқ камайди ва ИНФ гуруҳида $4,2 \pm 2,2$ баллни ташкил этди, 24 ва 48 ҳафталик даволанишдан сўнг, бошланғич кўрсаткичлар билан солиштирганда функционал қобилиятнинг барқарор яхшиланиши кузатилди. ИНФ қабул қилган беморларда BASFI нинг паст даражаси 25 та (67%) беморда аниқланди, 9 та (24%) беморда функционал бузилишлар кузатилмаган.

BASMI индексига кўра функционал ҳолатни баҳолашда ижобий тенденция кузатилди: ИНФ билан 12 ҳафталик даволанишдан кейин индекс $16,1 \pm 7,3$ га камайди, 24 ҳафтадан кейин - $14,1 \pm 5,3$ гача, 48 ҳафтадан кейин - $13,6 \pm 4,8$ гача (1-расм) камайди. Шунингдек, умуртқа поғонаси индексларида ҳам ижобий ўзгаришлар кузатилди (4-жадвал).

Жадвал 4

АС ли беморларда ИНФ билан даво фонидида умуртқа индексларининг динамикаси

| Кўрсаткичлар | Дастлабки | 12 ҳафта | | 24 ҳафта | | 48 ҳафта | |
|-------------------------------------|-----------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| | | n=53/33 | P | n=42/24 | P | n=37/15 | P |
| У.п. бўйин қисми ротация-си, градус | 36,3±12,8 | 42,6±12,4 | <0,001 | 41,3±10,4 | <0,001 | 39,5±16,7 | <0,06 |
| Дахан-тўш симптоми, см | 1,4±0,8 | 1,1±1,7 | <0,01 | 1,1±1,8 | <0,01 | 1,0±1,6 | <0,01 |
| Томайер симптоми, см | 36,3±25,9 | 20,3±27,6 | <0,01 | 14,5±15,3 | <0,002 | 10,6±16,3 | <0,01 |
| Кўкрак қафаси экскурсияси, см | 4,0±1,6 | 4,8±1,8 | <0,001 | 4,6±1,1 | <0,002 | 4,9±1,3 | <0,002 |
| Энса-девор масофаси, см | 3,8±4,8 | 2,9±3,9 | <0,01 | 3,6±3,9 | <0,001 | 3,4±4,0 | <0,001 |
| У.П. ёнга эгилиши, см | 12,4±7,1 | 16,2±6,5 | <0,001 | 15,8±6,9 | <0,001 | 16,6±7,4 | <0,001 |
| Шобер тести, см. | 2,6±1,5 | 3,7±1,3 | <0,05 | 4,0±1,1 | <0,05 | 3,9±0,8 | <0,002 |

Изоҳ: У.П.- умуртқа поғонаси

ИНФ билан даволашнинг дастлабки босқичида, умуртқа поғонасидаги ҳаракатларнинг сезиларли даражада ошиши кузатилди. Статистик жиҳатдан сезиларли даражада яхшиланган ўртача қийматлар бўйин умуртқалари ротацияси (6 ° га), кўкрак қафаси экскурсияси (1 см.га), умуртқа поғонасида ёнга эгилишлар (5 см.га) кузатилди. Бундай ижобий динамика бу беморларда умуртқа поғонаси ҳаракатидаги чекланишлар умуртқалардаги структур ўзгаришлар эмас, балки фаол яллиғланиш жараёни ҳисобига келиб чиққанини тасдиқлайди.

Тадқиқотимизда ASAS мезонларидан фойдаланган ҳолда ИНФ билан даволаш самарадорлигини баҳолаш шуни кўрсатдики, 24 ҳафталик терапиядан сўнг кўпчилик беморларда АСнинг қисман ремиссияси кузатилган. ИНФ гуруҳида 37 та (69%) беморларда қисман ремиссияга эришилди.

Инфликсимабнинг қабул қила олишлик ва хавфсизлигини баҳолаш. Бизнинг тадқиқотимизда ноўя таъсирларнинг (НТ) умумий частотаси 34% ни ташкил этди. ИНФ гуруҳидаги 2 беморда жиддий НТ аниқланди. Даволашнинг 12-ҳафтасида уларнинг бирида аллергия реакция: чап кўз қовоғининг шишиши, томоқ оғриғи қайд этилди, шу сабабли препарат бекор қилинди. Иккинчи беморда 24 ҳафталик даволанишдан кейин периодонтитнинг ривожланиши ИНФни вақтинча, тўлиқ тикланишигача бекор қилиш учун сабаб бўлди.

12 ва 24 ҳафталик терапиядан сўнг, 2 нафар бемор клиник қон тестида лейкоцитлар ва тромбоцитлар сонининг кўпайишини кўрсатди. 9 та беморда, ўткинчи хусусиятга эга бўлган жигар ферментлар даражасининг, норманинг юқори чегараси билан солиштирганда, 2 мартадан кўпроқ ошиши қайд этилди. Гепатопротекторлар билан даволаш курсидан сўнг бу кўрсаткичлар нормал ҳолатга қайтди, ИНФ билан даволаш давом эттирилди. 2 та беморда терапия бошланганидан 24 ҳафта ўтгач ИНФ самарадорлигининг сусайиши ва клиник ва лаборатор фаоллигининг ошиши аниқланди, шу сабаб ИНФ бошқа препаратга алмаштирилди (5-жадвал).

Шундай қилиб, тадқиқотимизда НТ 20та (37%) беморда кузатилди, ўлим ҳолатлари, хавfli ўсмалар ёки сил касаллиги қайд этилмади.

Жадвал 5

Инфликсимаб билан даволаш фонида кузатилган ноўя таъсирлар (n)

| Ноўя таъсирлар | 12 ҳафта | 24 ҳафта | 48 ҳафта |
|--|----------|----------|----------|
| Гепатотоксик: АЛТ, АСТ, ГГТП, ИФ | 3 | 3 | - |
| Гематологик: лейкоцитоз, тромбоцитоз | 1 | - | - |
| Креатинин даражасининг ошиши | 1 | 2 | 3 |
| Инфекцион асоратлар: периодонтит, сийдик йўллари инфекцияси | - | 3 | - |
| Терига хос: эшакми, аллергияк дерматит, ўчоқли аллопеция | - | 2 | 1 |
| Иридоциклит рецидиви | - | - | 1 |

Изоҳ: АЛТ – аланинаминотрансфераза, АСТ-аспартараминотрансфераза, ГГТП-γ-глутаминтрансфераза, ИФ-ишқорий фосфатаза

Мунозара

Бизнинг тадқиқотимиз натижалари АС билан оғриган беморларнинг кўпчилигида ИФН юқори самарадорлигини кўрсатди. ИНФ билан даволашнинг 12-ҳафтаси охирида беморларнинг 69% да ЭЧТни нормаллаштиришга эришилди. 24- ва 48- ҳафтадан кейин беморларнинг 67 фоизиди ЭЧТ доимий равишда паст бўлиб қолди. СРО даражаси 12 ҳафталик терапиядан сўнг 64% беморларда, 24 ҳафтадан кейин - 78% ва 48 ҳафтадан кейин - беморларнинг 72% да нормал ҳолатга қайтди.

ИНФ билан даволаш бошланганидан 12 ҳафта ўтгач, BASDAI касаллик фаоллигининг 50% га камайиши 47% беморларда ($p < 0,05$); 24 ҳафтадан кейин - беморларнинг 66% ида ($p < 0,05$) эришилди, 48-ҳафтадан сўнг терапиянинг ижобий таъсири 70% да сақланиб қолди.

12 ҳафталик терапиядан сўнг, ASDAS индексига кўра АС фаоллиги, 69% беморларда сезиларли даражада камайди ва тадқиқот охирида беморларнинг 51% ида минимал бўлди. Жисмоний функцияни (BASFI индекси) 12 ҳафталик даволанишдан кейин 2 баллга яхшиланиши 56% беморларда ($p < 0,05$), 24 ҳафтадан кейин - беморларнинг 64% ида аниқланди.

ИНФ терапияси пайтида цервикал умуртқа поғонаси айланишининг $36,3 \pm 14,9^\circ$ дан 12 ва 24 ҳафтадан кейин мос равишда $42,5 \pm 14,8^\circ$ ва $41,0 \pm 12,4^\circ$ гача ортиши ($p < 0,001$); кўкрак қафасининг нафас олиш экскурсияси ($4,1 \pm 2,1$ дан $4,9 \pm 1,8$ ва $4,8 \pm 1,5$ см гача, мос равишда 24 ва 48 ҳафталар; $p < 0,003$); бел умуртқа поғонасида эгилиш ($12,2 \pm 6,8$ дан $15,3 \pm 7,3$ гача ва $16,8 \pm 7,2$ см гача) мос равишда 12 ва 48 ҳафталар; $p < 0,001$) қайд этилди.

ИНФнинг беморлар томонидан қабул қилиниш умуман олганда қониқарли бўлди. НТларнинг умумий частотаси беморларнинг 37% да аниқланди (53 тадан 20 таси), бошқа

муаллифларнинг ҳисоботларига қараганда камроқ эди [10,11,12]. М. Vreban ва бошқалар (2002) 80% да (40 дан) НТ кузатилган, М. Schiff ва бошқалар (2008 йил) - 52,1% (165 тадан 86 таси) ва О.А. Румянцева (2010) - беморларнинг 91% (35 дан 32) да [13,14,15]. ИНФ терапиясида оғир НТ ҳолатлари BIOBADASER реестри (Испания) маълумотлари (НТ 5,8% (1915 тадан 102 таси)), билан солиштирганда бизнинг тадқиқотдаги беморларда камроқ аниқланди [16].

ЎНО- α ингибиторларининг кўп клиник тадқиқотлари юқумли асоратларни, шу жумладан сил касаллигини ривожланишига қаратилган. RATIO тадқиқотида кўра, сил касаллигини ривожланиш учун хавф омили ЎНО- α ингибиторлари билан даволашнинг биринчи йилида беморлар ёши бўлган [11]. Шунга ўхшаш маълумотлар Британия биологик маҳсулотлар реестрида келтирилган, бунда ГИБП терапия пайтида яширин сил касаллигининг қайта фаоллашишини ва кейинчалик - туберкулёз de novo ривожланишини қайд этилган.

Бизнинг тадқиқотимизда, ИНФ билан даволаш бошланганидан 24 ҳафта ўтгач, микобактерияли инфекцияни истисно қилиш учун квантиферон тести, диаскинтест ва кўкрак кафаси рентгенограммаси ўтказилди. Таҳлил натижаларига кўра ижобий тест аниқланмади.

Хулоса:

1. ИНФ билан даволанган беморларда BASDAI ва BASMI индекслари бўйича аниқ клиник самарага эришилди, бу ўз навбатида беморларда касалликнинг дастлабки юқори клиник ва лаборатория фаоллиги билан боғлиқ бўлди.
2. Таянч-ҳаракат тизимининг функционал ҳолатида ҳам аниқ ижобий самара қайд этилди, бу умуртқа поғонаси ҳаракатчанлиги индекслари ҳамда BASFI индекси динамикаси билан тасдиқланди.
3. ИНФ нинг беморлар томонидан қабул қилиниши қониқарли бўлди. НТ даволашнинг бутун даври давомида 37% частота билан қайд этилди. Бизнинг тадқиқотимиз натижалари ревматоид артрит билан оғриган беморларда кузатилган дорини яхши қабул қилиш ҳисоботларига мос келди.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Burmester GR, Bijlsma JWJ, Cutolo M, McInnes IB. Managing rheumatic and musculoskeletal diseases – past, present and future. *Nat Rev Rheumatol.* 2017;13(7):443-8. doi: 10.1038/nrrheum.2017.95
2. Jog NR, James JA. Biomarkers in connective tissue diseases. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(6):1473-83. doi: 10.1016/j.jaci.2017.10.003
3. Ivison S, Des Rosiers C, Lesage S, et al. Biomarker-guided stratification of autoimmune patients for biologic therapy. *Curr Opin Immunol.* 2017;49:56-63. doi: 10.1016/j.coi.2017.09.006
4. Giacomelli R, Afeltra A, Alunno A, et al. Guidelines for biomarkers in autoimmune rheumatic diseases – evidence based analysis. *Autoimmun Rev.* 2019;18(1):93-106. doi: 10.1016/j.autrev.2018.08.003
5. Smolen JS. Treat-to-target as an approach in inflammatory arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2016 May;28(3):297-302. doi: 10.1097/BOR.0000000000000284
6. Насонов Е.Л., Олюнин Ю.А., Лиля А.М. Ревматоидный артрит: проблемы ремиссии и резистентности к терапии. *Научно-практическая ревматология.* 2018;56(3):263-71
7. Агафонова ЕМ, Дубинина ТВ, Демина АБ и др. Поражение тазобедренных суставов при анкилозирующем спондилите по данным магнитно-резонансной томографии. *Научно-практическая ревматология.* 2017;55(S1):5.
8. Boonen A, Cruyssen BV, de Vlam K, et al. Spinal radiographic changes in ankylosing spondylitis: association with clinical characteristics and functional out-come. *J Rheumatol.* 2009 Jun;36(6):1249-55. doi: 10.3899/jrheum.080831. Epub 2009 May 15.

9. Агафонова ЕМ, Дубинина ТВ, Демина АБ. и др. Особенности лечения коксита у пациентов с анкилозирующим спондилитом. Современная ревматология. 2018;12(2):88–92.
10. Лапшина С.А., Дубинина Т.В., Бадочкин В.В. и др. Ингибиторы фактора некроза опухоли α в лечении аксиальных спондилоартритов (включая анкилозирующий спондилит) // Научно-практическая ревматология ревматология. — 2016. — 54(Прил. 1). — С. 75-79.
11. Arends S., Lebbink H.R., Spoorenberg A., et al. The formation of autoantibodies and antibodies to TNF- α blocking agents in relation to clinical response in patients with ankylosing spondylitis // Clin.Exp. Rheumatol. — 2010 Sep-Oct. — 28 (5). — P. 661-8. Epub 2010Oct 22.
12. Бунчук Н.В., Румянцева О.А., Логинова Е.Ю. и др. Эффективность и безопасность инфликсимаба у больных анкилозирующим спондилитом: результаты открытого многоцентрового исследования. Тер арх 2014;10:41–6
13. Breban M. Efficacy of infliximab in refractori ankylosing spondylitis results of a six-month open-label stady. Rheumatology 2012;41:1280–5.
14. Schiff M., Keiserman M., Codding C. et al. Efficacy and safety of abatacept or infliximab vs placebo in ATTEST: a phase III, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled study in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate. Ann Rheum Dis 2008;67:1096–103.
15. Carmona L., Gomez-Reino J.J. and on behalf of the BIOBADASER Group Survival of TNF antagonists in spondyloarthritis is better than in rheumatoid arthritis Data from the Spanish registry BIOBADASER. Arthr Res Ther 2016;R:72(doi:10.1186/ar1941).
16. Tubach F., Salmon D., Ravaud P. et al. Research Axed on Tolerance of Biotherapies Group. Risk of tuberculosis is higher with anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody therapy than with soluble tumor tumor necrosis factor receptor therapy: The three-year prospective french research axed on tolerance of biotherapies registry. Arthr Rheum 2009;60(7):1884–94.



UDK 616.728.3-002.2

IBRAGIMOV Sadulla Yusupovich

Samarkand State Medical University, Docent

SALEEV Bakhodur Vaxobovich

Samarkand branch of the Republican specialized scientific and practical medical center of Traumatology and orthopedics

Kholkhudjayev Farrux Ikramovich


Samarkand State Medical University

ABDUSAMATOV Shakhriddin Nuriddinovich**XUSAINBOYEV Shokhrukhbek Davronbekovich**

Samarkand branch of the Republican specialized scientific and practical medical center of Traumatology and orthopedics

SURGICAL TREATMENT AND PREVENTION OF KNEE JOINT WITH DEFORMING ARTHROSIS

For citation: Ibragimov Y. Sadulla, Saleev V. Bakhodur, Kholkhudjayev I. Farrux, Abdusamatov N. Shakhriddin, Khusainbaev D. Shohruxhbek. Surgical treatment and prevention of knee joint with deforming arthrosis Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 303-308

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835667>

ANNOTATION

Objective: In recent times, the surgical treatment method used in arthrosis of the knee joint is to show the results of "arthroscopic imaging chondroplasty".

Materials and methods: 74 patients with various stages of knee arthrosis were observed in the Department of Large Joint Orthopedics of the Samarkand Branch of the Republican Specialized Traumatology and Orthopedic Scientific and Practical Medical Center. 25 (34%) of the patients were men, 49 (66%) were women.

Results: Long-term (2.5-3 years) results of the performed operations were studied in 31 (75.5%) people. Among the 45-59-year-olds with II and III degree of arthrosis before surgery, 5 excellent, 9 good results, and 5 satisfactory results were noted. 5 of the 60-74 year olds had good results, and 7 had satisfactory results. No excellent results were observed. The above data show that operative treatment in this method is easy and light compared to other surgical methods, but it is palliative in nature. With the passing of time, with increasing age, the obtained results decrease relatively.

Conclusions: Deformative arthrosis of the knee joint is a common disease on our planet. Due to the lack of early, visible changes in the articular cartilage, the disease cannot be detected early on X-ray. Depending on the indication of the disease, there are conservative and operative treatment methods. Among operative methods, "imaging chondroplasty" takes the main place. This method is curative and prophylactic, but like most other knee operations, it is palliative. It is advisable to

consider the dispensary of the patients who were treated operatively. In this case, it will be possible to prevent pathological changes in the joint in time.

Keywords: knee joint, deforming arthrosis, abrasive chondroplasty, arthroscopy, endoscopy, palliative, regeneration.

ИБРАГИМОВ Саъдулла Юсупович

Самаркандский Государственный медицинский Университет

Кандидат медицинских наук, доцент

САЛЕЕВ Баходур Вахобович

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

ХОЛХУЖАЕВ Фаррух Икромович

Самаркандский государственный медицинский Университет

АБДУСАМАТОВ Шахриддин Нуриддинович

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

ХУСАИНБОВ Шохрухбек Давронбекович

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

ПРОФИЛАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

АННОТАЦИЯ

Цель: В последнее время метод хирургического лечения, применяемый при артрозе коленного сустава, заключается в том, чтобы показать результаты «артроскопической визуализирующей хондропластики».

Материалы и методы: В отделении ортопедии крупных суставов Самаркандского филиала Республиканского специализированного травматолого-ортопедического научно-практического медицинского центра наблюдали 74 пациента с различными стадиями артроза коленного сустава. 25 (34%) больных были мужчинами, 49 (66%) женщинами.

Результаты. Отдаленные (2,5-3 года) результаты проведенных операций изучены у 31 (75,5%) человека. Среди лиц 45-59 лет со II и III степенью артроза до операции отмечено 5 отличных, 9 хороших и 5 удовлетворительных результатов. У 5 из 60-74-летних были хорошие результаты, у 7 - удовлетворительные. Отличных результатов не наблюдалось. Приведенные данные показывают, что оперативное лечение по этому методу легкое и легкое по сравнению с другими оперативными методами, но носит паллиативный характер. С течением времени, с увеличением возраста полученные результаты относительно уменьшаются.

Выводы: Деформативный артроз коленного сустава является распространенным заболеванием на нашей планете. Из-за отсутствия ранних видимых изменений в суставном хряще заболевание не может быть выявлено на ранней стадии рентгенологически. В зависимости от показаний заболевания различают консервативные и оперативные методы лечения. Среди оперативных методов основное место занимает «визуализирующая хондропластика». Этот метод является лечебно-профилактическим, но, как и большинство других операций на колене, является паллиативным. Целесообразно учитывать диспансерный учет больных, пролеченных оперативно. В этом случае удастся вовремя предотвратить патологические изменения в суставе.

Ключевые слова: коленный сустав, деформирующий артроз, абразивная хондропластика, артроскопия, эндоскопия, паллиативная, регенерация.

ИБРАГИМОВ Саъдулла Юсупович

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Тиббиёт фанлари номзоди, доцент

САЛЕЕВ Баходур ВахобовичРеспублика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия
Илмий Амалий Тиббиёт Маркази Самарқанд Филиали**ХОЛХУЖАЕВ Фаррух Икромович**

Самарқанд давлат тиббиёт университети

АБДУСАМАТОВ Шахриддин НуриддиновичРеспублика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия
Илмий Амалий Тиббиёт Маркази Самарқанд Филиали**ХУСАИНБОВ Шохрухбек Давронбекович**Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия
Илмий Амалий Тиббиёт Маркази Самарқанд Филиали

ТИЗЗА БЎҒИМИ ДЕФОРМАЦИЯЛИ АРТРОЗИНИНГ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

АННОТАЦИЯ.

Тадқиқот мақсади: Кейинги вақтларда тизза бўғими артрозида қўлланилаётган хирургик даволаш усули “артроскопик образив хондроластика”ни натижаларини кўрсатишдир.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Республика ихтисослашган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказининг Самарқанд филиалининг (РИТОИАТМСФ) Ёирик бўғимлар ортопедияси бўлимида 74 та бемор тизза бўғими артрозининг ҳар хил босқичи билан кузатилди. Беморларнинг 25 (34 %) тасини эркаклар, 49 (66%) тасини аёллар ташкил қилдилар.

Натижалар: Ўтказилган операцияларнинг узоқ муддатлардаги (2,5 – 3 йил) натижалари 31 (75,5%) кишида ўрганилди. 45 – 59 ёшдагилар операциягача артрозининг II ва III даража оғирликда бўлганларининг 5тасида аъло, 9таси яхши натижа, 5 тасида эса қониқарли натижа қайд қилинди. 60-74 ёшдагиларнинг 5 тасида яхши, 7 тасида эса қониқарли натижалар кузатилди. Аъло натижа кузатилмади. Юқоридаги маълумотлар шуни кўрсатадики, бу усулда оператив даволаш бошқа хирургик методларга нисбатан осон ва енгил бўлсада, лекин поллиатив характерга эгадир. Вақт ўтиши, ёшнинг улғайиб бориши билан олинган натижалар нисбатан пасайиб боради.

Хулосалар: Тизза бўғимининг деформацияли артрозлари планетамизда кенг тарқалган касалликдир. Б ўғим тоғайида эрта бўладиган, кўринарли ўзгаришлар йўқлиги сабабли касалликни рентгенда эрта аниқлаб бўлмайди. Касалликни кўрсатмасига қараб консерватив ва оператив даволаш методлари мавжуд. Оператив методлар ичида “образив хондроластика” асосий ўрин эгаллайди. Бу усул даволаш ва профилактика вазифасини бажаради, лекин тизза бўғимида ўтказиладиган бошқа кўпчилик операциялар каби поллиативдир. Оператив усулда даволанган беморларни диспансер ҳисобга олиш мақсадга мувофиқдир. Бунда бўғимда бўладиган патологик ўзгаришларни ўз вақтида олдини олиш имконияти бўлади.

Калит сўзлар: тизза бўғими, деформацияловчи артроз, образив хондроластика, артроскопия, эндоскопия, поллиатив, регенерация.

Долзарблиги. Тизза бўғимининг деформацияли артрозлари планетамизда кенг тарқалган полиэтиологик, вақт ўтиши билан кучайиб борадиган, сурункали касалликдир.

Патологиянинг кенг тарқалганлиги, кўтариб юрадиган бўғимларнинг (тизза, чанок-сон) функциясининг тез бузилиши остеоартрозни кейинги йилларда медицина ва ижтимоий муаммолардан бири қилиб қуйди. [1,3]

Тизза бўғимининг артрози планетамизнинг катта ёшдаги аҳолиси ўртасида 3-5% да учрайди.

Бу патология билан аёллар эркакларга нисбатан икки баробар кўп оғришади [2].

Медицинанинг hozirgi rivojlaniшида бу касаллик билан оғриган инсон оғир аҳволга тушмайди, лекин тизза бугимида харакат чегараланади, инсоннинг мехнат қобилияти йўқолади, оғриган кишининг хаётининг сифати пасаяди.

Тизза бугими деформацияли артрозининг рентген белгилари 65 ёшдан ошган кишиларда: аёлларнинг 63 % да, эркекларнинг 58 % да аниқланади [5].

Хозирги кунда бу касалликнинг келиб чиқишида икки фикр устунлик қилади, булар: а) бугим тоғайига узлуксиз юқори нагрузка бериш; б) бугим тоғайининг хар кунги бериладиган нагрузкага бўлган чидамлилигини пасайиши [4].

Бугим тоғайида, эрта кўринарли ўзгариш бўлмагани учун, бу касалликни рентген тасвири ёрдамида, эрта аниқлаш жуда қийин бўлади. Тизза бугими деформацияли артрозини муваффақиятли даволаш ёки олдини олиш учун эса бугим тоғайида бўладиган эрта ўзгаришларни аниқлаш керак. Бунинг учун патологияни ўз вақтида эрта аниқлаш методларини топиш ва бор методларни такомиллаштириш талаб этилади.

Тизза бугими деформацияли артрозини эрта аниқлаш мумкин бўлган методлардан бири – артрoскопиядир [9,11]. Артрoскопиянинг яхши томонларидан бири шундаки, бу усул билан патологиянинг характери ва бугим тоғайининг зарарланиш майдони аниқланади [6].

Хозирги вақтда тизза бугимининг артрозини консерватив (нестероидлар, физикавий методлар, бугим ичига хар хил дори воситалари киритиш, санаторияларда даволаш ва хоказолар) даволаш усули кенг тарқалган. Консерватив усулларда даволашнинг хаммаси хам вақтинча оғрикни қолдирши, бугим тўқималарида булаётган яллиғланишни пасайтириши мумкин, лекин касалликка этиотроп таъсир қилаолмайди.

Бу касалликни кўрсатмасига қараб, комплекс равишда консерватив хамда оператив даво олиб борилса кутилган натижага эришиш мумкин.

Тадқиқот мақсади: Кейинги вақтларда тизза бугими артрозида қўлланилаётган хирургик даволаш усули “артроскопик образив хондропластика”ни натижаларини кўрсатишдир.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Республика ихтисослашган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббёт марказининг Самарқанд филиалининг (РИТОИАТМСФ) Йирик бугимлар ортопедияси бўлимида 74 та бемор тизза бугими артрозининг хар хил босқичи билан кузатилди. Беморларнинг 25 (34 %) тасини эркеклар, 49 (66%) тасини аёллар ташкил қилдилар.

Деформацияловчи гонартрознинг оғирлик даражасига қараб Колгрэн буйича I – даража оғирликдаги беморларнинг 23 (31%) таси, II-даражасини 28 (37%) таси, III-даражасини 13(19%) таси, IV-даражасини эса 10 (14%) бемор ташкил қилдилар. Беморлар ёши буйича: 45-59 ёшдагилар 57 (77%) тани, 60-74 ёшдагилар 17(23%) тани ташкил қилдилар. Деформацияловчи гонартрознинг I ва IV даражаси билан оғриган беморларни операцияга олмадик. I – даражали оғирликдаги беморларни консерватив даволашга харакат қилиш мумкин, IV – даражадаги оғирликдаги беморларни кўпинча эндопротезлаш операциясини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Оператив усулда даволаш учун ётқизилган хамма (II ва III даражадаги оғирликдаги) беморларга бўлимда қабул қилинган комплекс клиник-лаборатор текширишлар ўтказилди.

Операцияга олинган беморлар кўп йиллар давомида консерватив усуллар билан даволанишган. Лекин ўтказилган консерватив даволашдан наф кўрмаганлар.

Абразив хондропластика операциясини 1941-йилда Магнусон таклиф қилган, Фикат эса 1979 йилда бу операцияни эндоскопик техникасини ривожлантирган[7,8].

Операциянинг техникаси шундан иборатки, орка мия оғриксизлантириши остида, зарарланган жойидан кўчган тоғай ва суяк қисмларини бугим юзасидан кесиб олиб ташлаб, бугим юзасида хосил бўлган дефектларни токи суякни спонгиоз қисмигача силлиқлашдан иборат. Касалликнинг оғир даражаларида операцияни микрофрактуринг билан ўтказиш мумкин. Бугим юзасини жароҳатланган бўлаги кесиб олиб ташланиши (бугим юзасини силлиқлаш) натижасида касалликни оғирлашиб боришини олди олинади, яъни бу операция профилактик роль ўйнаши мумкин.

Беморларда бўғим юзасидаги регенерация яхши ривожланиши учун операциядан кейин эрта нофаол (букиш-ёзиш)ҳаракати бажарилди. Операциядан кейинги даврда 6-8 hafta давомида қўлтиқ таёқлар ёрдамида юриш ва ўртача 4-6 ойдан кейин (ишлайдиган беморлар учун) ўз иш фаолиятини бошлашига рухсат берилди.

Операция вақтида ва операциядан кейинги даврда ёмон оқибатлар кузатилмади.

Даволашнинг натижалари халқаро бўлган Лисгольм – Тегнер шкаласи бўйича баҳоланди.

Бу шкала бўйича текширишнинг субъектив ва объектив усуллари бирлаштирилган ва баллар йиғиндиси 100% деб олинган [11,12].

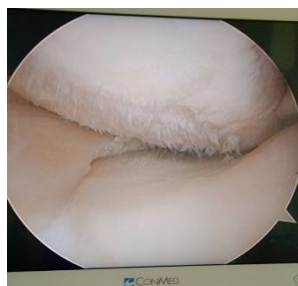
Операциядан кейинги даврда бўлган кузатиш натижаларини қуйидагича баҳоладик: аъло натижа 9та (22%) беморда кузатилди, яъни уларни 100 – 90 балл деб баҳоладик. Буларда бўғимда оғриқ, ҳаракатнинг чегараланиши ва шиш йўқ. Операция натижаси 25 (61%) кишида яхши, буларни 89-80 балл деб топилди. Уларга кўп юк берганда, кам даражада оғриқ сезадилар, бўғимда ҳаракат чегараланмаган, шиш йўқ. 7 (17%) кишида натижа қониқарли деб топилди. Улар шкала бўйича 79 – 70 балл олдилар. Қониқарли натижа деб баҳоланганларда тиззада бир оз оғриқ куннинг иккинчи ярмида, кўп юрганда, хаво ўзгарганда сезадилар. Тиззани ёзиш 5 – 10⁰ чегараланган. Қониқарсиз натижа йўқ. Буларнинг ҳаммасини операциядан олдинги ҳолат билан таққослаб аниқланди.

Ўтказилган операцияларнинг узок муддатлардаги (2,5 – 3 йил) натижалари 31 (75,5%) кишида ўрганилди. 45 – 59 ёшдагилар операциягача артрознинг II ва III даража оғирликда бўлганларининг 5тасида аъло, 9таси яхши натижа, 5 тасида эса қониқарли натижа қайд қилинди.

60-74 ёшдагиларнинг 5 тасида яхши, 7 тасида эса қониқарли натижалар кузатилди. Аъло натижа кузатилмади.

Юқоридаги маълумотлар шуни кўрсатадики, бу усулда оператив даволаш бошқа хирургик методларга нисбатан осон ва енгил бўлсада, лекин поллиатив характерга эгадир.

Вақт ўтиши, ёшнинг улғайиб бориши билан олинган натижалар нисбатан пасайиб боради.



Расм 1а



Расм 1б



Расм 1в

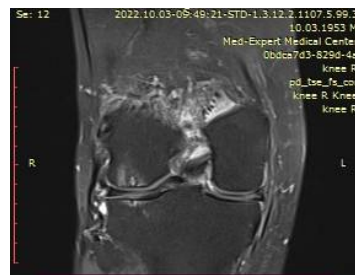
Расм 1 Бемор Х.Н. 1964 й.т. Касаллик тарихи №6318. а – тизза бўғими артрози II – даражаси артроскопик кўриниши, б – образив хондропластика қилинганлиги, в – МРТ кўриниши 1 йилдан кейинги ҳолати



Расм 2а



Расм 2б



Расм 2в

Расм 2. Бемор Э.О. 1953 й.т Касаллик тарихи №1264 а – тизза бўғими артрози III – даражаси артроскопик кўриниши, б – образив хондропластика қилинганлиги, в – МРТ кўриниши 1 йилдан кейинги ҳолати

Операцияни узок муддатлардаги натижаларини билишда ноинвазив усул (МРТ)дан фойдаландик.

Хулосалар:

Тизза бўғимининг деформацияли артрозлари планетамизда кенг тарқалган касалликдир.

Бўғим тоғайида эрта бўладиган, кўринарли ўзгаришлар йўқлиги сабабли касалликни рентгенда эрта аниқлаб бўлмайди.

Касалликни кўрсатмасига қараб консерватив ва оператив даволаш методлари мавжуд.

Оператив методлар ичида “образив хондропластика” асосий ўрин эгаллайди. Бу усул даволаш ва профилактика вазифасини бажаради, лекин тизза бўғимида ўтказиладиган бошқа кўпчилик операциялар каби поллиативдир.

Оператив усулда даволанган беморларни диспансер ҳисобга олиш мақсадга мувофиқдир. Бунда бўғимда бўладиган патологик ўзгаришларни ўз вақтида олдини олиш имконияти бўлади.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Kholkhudjayev F.I., Oripov F.S. Structural components of bones of the hip joint in different periods of life. *International Journal of Pharmaceutical Research* | Jan – Jun 2020 | Vol 12 | Supplementary Issue 1.
2. Kholkhuzhaev F. I., Oripov F. S., Urinbaev P. U. Some indicators of the frequency of combination of bone fractures with diseases of the gastrointestinal tract // *Voprosy nauki i obrazovaniya*. – 2021. – no. 8(133). - P. 4-9.
3. Kholkhuzhaev F.I., Oripov F.S. Changes in the endocrine cells of the epithelium of the small intestine mucosa in the post-reproductive period // *Journal of Biomedicine and Practice*. – 2022.-№4(7). -FROM. 230-237.
4. Magnuson P.B. Joint debridement and surgical treatment of degenerative arthritis. *Surg. Genecol obstat.*, 1941 – vol.73 page 1-9.
5. Swoboda B. Aspekte dez epidemiologischen arthrostorzschung // *Orthopede* – 2001. Bd 30. S 834 -840.
6. Айрапетов Г.А., Воротников Л.А., Коновалов Е.А. Консервативное лечение гонартроза. *Вестник Ивановской мед. Академии*, Т 22, №4, 31-36.
7. Беневоленская Л.И., Бржазовский В.В. Эпидемиология ревматических болезней Москва, 1988 г.
8. Брагина С.В., Матвеев Р.П. Роль локальной инъекционной терапии в улучшение качества жизни пациентов с гонартрозом. *Медицинская экология*, 48 – 52, 2015г.
9. Герасименко М.А., Белецкий А.В. Диагностика и лечение повреждений и ортопедических заболеваний коленного сустава. стр 141 – 148, 2010 г. Москва *Артроскопическая артроскопическая хондропластика, профилактика и лечение гонартроза*.
10. Ризаев, Ж. А., И. Р. Агабабян, and Ю. А. Исмоилова. "Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью." *Вестник врача* 3 (2021): 100.
11. Рябинин С.В., Самидой В.Г. Сравнительный клинический анализ вискозаплементарных и традиционных методов лечения остеоартроза коленных суставов. *Медицинские вести* №20, 131 –133, 2017.
12. Ярашева, З. Х., Исмоилова, Ю. А., Абдураимов, Б. М., & Омонов, Х. Ш. (2022). Тактика ведения больных с хронической сердечной недостаточностью на этапе первичной медицинской помощи. *Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences*, 2(6), 191-198.



УДК: 616.728.2-001.6-053.1-085

АКHTAMOV Azam

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

АКHTAMOV Azim Azamovich

Samarkand State Medical University

FUNCTIONAL TREATMENT OF CONGENITAL HIP DISLOCATION IN NEWBORNS AND INFANTS ON AN OUTPATIENT BASIS

For citation: Ahtamov A'zam, Ahtamov Azim. Functional treatment of congenital hip dislocation in newborns and infants on an outpatient basis. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.309-315



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835686>

ANNOTATION

Objective: To prove the effectiveness of methods of functional treatment of congenital hip dislocation in newborns and infants.

Material and methods: We analyzed the results of outpatient treatment of 102 children with congenital hip dislocation, with a Frame splint and an orthopedic splint of the clinic.

Results: The results of functional treatment of congenital hip dislocation in 32 (31.3%) children were excellent, in 59 (57.9%) children good, in 11 (10.8%) children satisfactory. Unsatisfactory result was not observed.

Conclusions: The results of treatment confirm the need for early detection of congenital hip dislocation and functional treatment. This avoids traumatic closed reduction with the use of a plaster cast and reduces disability.

Keywords: children, hip joint, functional treatment, orthopedic splint, physiotherapy.

AHTAMOV A'zam

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

AHTAMOV Azim A'zamovich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti

CHAQALOQLARDA VA KO'KRAK YOSHDAGI BOLALARDA SONNING TUG'MA CHIQISHINI AMBULATOR SHAROITDA FUNKSIONAL DAVOLASH

ANNOTATSIYA

Maqsad: Chaqaloqlar va ko'krak yoshdagi bolalarda sonning tug'ma chiqishini funksional davolash usullarining samaradorligini asoslash.

Material va usullar: Poliklinika sharoitida sonning tug'ma chiqishi bilan Freyka shinasi va klinikada amaliyotga taklif etilgan ortopedik shinada davolangan 102 bolada davolash natijalarini tahlil qilish.

Natijalar: Sonning tug‘ma chiqishi bilan funksional usulda davolangan bolalarning 32 tasi (31,3%) da a‘lo, 59 tasi (57,9%) da yaxshi, 11 tasi (10,8%) da qoniqarli natijalar kuzatilgan. Qoniqarsiz natijalar kuzatilmagan.

Xulosalar: Davolash natijalari bolalarda sonning tug‘ma chiqishini erta aniqlab erta funksional usulda davolash yopiq travmatik tug‘rilab gipsli bog‘lam qo‘llash usullarini va nogironlik ulushini kamaytiradi.

Kalit so‘zlar: bolalar, chanoq-son bo‘g‘imi, funksional davolash, ortopedik shina, fizioterapiya.

АХТАМОВ Аъзам

Кандидат медицинских наук, доцент

АХТАМОВ Азим Аъзамович

Самаркандский Государственный медицинский университет

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

АННОТАЦИЯ

Цель: Доказать эффективность методов функционального лечения врожденного вывиха бедра у новорожденных и детей грудного возраста.

Материал и методы: Нами проведен анализ результатов лечения в амбулаторных условиях 102 детей с врожденной вывихом бедра, с шиной Фрейка и ортопедической шиной клиники.

Результаты: Результаты функционального лечения врожденного вывиха бедра у 32 (31,3%) детей были отличными, у 59 (57,9%) детей хороший, у 11 (10,8%) детей удовлетворительный. Неудовлетворительный результат не наблюдалась.

Выводы: Результаты лечения подтверждает необходимость раннего выявления врожденного вывиха бедра и функционального лечения. Что позволяет избежать травматического закрытого вправления с применением гипсовой повязки и уменьшает инвалидность.

Ключевые слова: дети, тазобедренный сустав, функциональное лечение, ортопедическое шина, физиотерапия.

Dolzarbligi. Chanoq-son bo‘g‘imi displaziyasi va tug‘ma chiqishini bolalar o‘rtasida keng tarqalganligi, davolashda turlicha yondoshuvlar hamda natijalar mazkur sohada faoliyat ko‘rsatayotgan mutaxassilarning diqqat markazida turibdi. Ilmiy ma‘lumotlarga ko‘ra yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning 10%igacha “chanoq-son bo‘g‘imi displaziyasi” kuzatilsa, har 1000 ta tug‘ilgan chaqaloqlarning 3-4 tasida sonning tug‘ma chiqishi kuzatilmoqda [2,8]. Chanoq-son bo‘g‘imining turli darajadagi displaziyasi aniqlanganda anatomo-funksional jixatdan yaxshi natijalarga erishish uchun erta va samarali davolash usullarini qo‘llash zarurati bo‘ladi. Kasallik kech aniqlanib o‘z vaqtida davolanmasa yoki noto‘g‘ri davolanganda chanoq-son bo‘g‘imida turg‘un anatomik buzilishlar rivojlanib funksional harakatning cheklanib bemorning nogiron bo‘lishiga sabab bo‘ladi [1,3,4].

Kasallik birinchi oyligidan aniqlangan bolalarda davolash maqsadida turli ortopedik shinalar qo‘llash tavsiya etiladi [6,7].

Turli ilmiy adabiyotlarda chanoq-son bo‘g‘imining tug‘ma chiqishi va yarim chiqishi bilan bemorlarni funksional usulda davolash usullari qo‘llanilib yaxshi natijalarga erishilayotganligiga qaramasdan oqibatda ko‘plab asoratlar 68,5% kuzatilayotgan Pachchi-Lorens usulini qo‘llashdan voz kechilayotgani yo‘q [5]. Holbuki, funksional davolash usullari qo‘llanilganda asoratlar ulushi (jumladan son boshchasing aseptik nekrozi) 2,6-6,8% kuzatilgan xolos [1,2].

Ishning maqsadi: chaqaloqlar va ko‘krak yoshdagi bolalarda sonning tug‘ma chiqishini funksional davolash usullarini qo‘llash va natijalarini tahlil qilish.

Material va tekshirish usullari: kasallikni tashxislash va davolash ishlari Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy amaliy tibbiyot markazi Samarqand filialining poliklinikasida bajarildi.

Rejalashtirilgan maqsadni amalga oshirishda poliklinika sharoitida 2018-2021 yillar davomida sonning tug‘ma chiqishi va yarim chiqishi bilan davolangan yoshi bir haftalikdan 12 oylikkacha bo‘lgan 102 bolaning davolash natijalari asos qilinib olindi. Bemorlar jinsiga ko‘ra quyidagicha taqsimlandi: qiz bolalar 76 nafar, o‘g‘il bolalar 26 nafar. Kasallikning nozologik harakteriga ko‘ra bemorlarning 87 tasi (85,3%) tug‘ma chiqish va 15 (14,7%) nafari tug‘ma yarim chiqish bilan davolangan. Shuningdek bemorlarning 19 tasi (18,6%) da avlodida sonning tug‘ma chiqishi bilan davolanganlar kuzatilgan. Ularning 86 tasi (84,2%) boshi bilan tug‘ilgan, 10 tasi (9,8%) dumbasi bilan tug‘ilgan, 6 tasi (5,9%) da kesarevo qo‘llanilgan.

Davolangan barcha bemorlar ikki guruhga bo‘linib o‘rganilgan. Birinchi guruhga yoshi bir haftalikdan to‘rt oylikkacha bo‘lgan bolalar bo‘lib bugungi kunda ommaviylashayotgan Freyka shinasi (Andijon, “Makon Mirzo” firmasi) qo‘llanilgan. Freyka shinasi bir oylikkacha bo‘lgan bolalarda 4 oy, 2-3 oylik bolalarda 5-6 oy davomida qo‘llanilib keyingi 4 oy davomida Vilenskiy shinasiga o‘tkazilib davolangan. Mazkur usulda 32 bemor davolanib kuzatilgan.

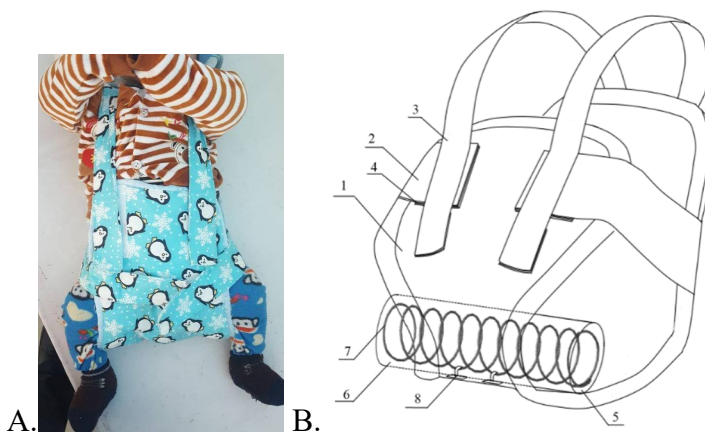
Yoshi 4 oylikdan 12 oylikkacha bo‘lgan 70 bemorga mualliflar tomonidan taklif etilgan ortopedik shina qo‘llanilgan.

Bemorlarga sonning tug‘ma chiqishi tashxis o‘rnatilgach taklif etilgan funksional shina qo‘llanildi (“Bolalarda sonlarning tug‘ma chiqishi va tos son suyaklarini tutashtiruvchi bo‘g‘im displaziyasini davolash uchun uzangi”. Foydali modelga patent UZ FAP 01285. 2018, Toshkent).

Bemor bolalarga tayyorgarlik davrida son bo‘g‘imlariga massaj, jismoniy davolash mashqlari, fizioterapevtik (parafin, yoki ozokerit, elektroforez kalsiy xlor, kaliy yod eritmasi bilan №10 seansdan) muolajalari tavsiya etilib oyoqlari “baqa holati” ga odatlantirilib so‘ng moslama qo‘llaniladi (rasm 1). Funksional ortopedik shina kombinezonga o‘xshash bo‘lib maxsus tasmachalar bilan ta‘minlangan (2,3). Tasmachalar ikkala yelka ustidan o‘tib old va orqa tomondan kombinezonga qistirg‘ichlar (4) yordamida tutashtirilgan. Kombinezonning pastki tomoni ichida ajratgich (7) uchun maxsus cho‘ntak (5,6) bo‘lib kombinezonga mahkamlangan.

Ajratgich yostiqlar bilan ta‘minlangan bo‘lib ichida prujina o‘rnatilgan va har ikki tomondan ushlab turish uchun ilgaklar (8) bilan ta‘minlangan. Oyoqlar orasida o‘rnatilgan purjinani yostiqlar bola oyoqlarni asta-sekinlik bilan sonni muntazam og‘riqsiz uzoqlashtiruvchi harakatlar qilishga imkoniyat beradi. Shu bilan birga son boshchasini quymich kosachasiga to‘g‘rilanib mahkam tutib turishni amalga oshiradi.

Kasallangan bo‘g‘imda yaqinlashtiruvchi kontraktura mavjudligi hisobga olinib avvaliga moslama bola oyoqlariga son va tizza bo‘g‘imidan 90° bukilgan holatda qancha hajmda (40°-45°) kerilsa kuch ishlatmasdan shu holatda qoldiriladi. So‘ng bir-ikki hafta davomida tasmachalar asta-sekinlik bilan “purjinasimon” holatga kelguncha tortiladi. Birinchi uchinchi haftalar davomida bemor har 4-5 kunda oyoqlarga zarur “baqa” holati berulguncha ko‘rikdan o‘tkazilib turiladi. Mazkur davrda bolada moslamani yechish yoki cho‘mltirish taqiqlanadi (Rasm 1 A, B.).



Rasm 1. Ortopedik shina. A. Bemorda taqilgan holatda. B. Sxematik ko‘rinishi.

Sonlar bir yo‘la keng kerilganda bola bezovtalanib ovqatlanishdan bosh tortadi, qo‘lga olinganda bezovtalanish kuchayadi, to‘shakda yotqizilganda tinchlanadi. Mazkur holat mushaklar taranglashuvi, bo‘g‘imda qon aylanishining buzilishidan darak beradiki, mazkur holat son boshchasida aseptik nekroz rivojlanishidan darak beradi.

Agar sonni kerishda bolada bezovtalanish kuzatilganda unda sonning turli darajadagi himoya refleksi namayon bo‘ladi. Mushaklar taranglashuvi sonni kerilish hajmini kamaytirish va davolash muolajalari (uqalash, parafin) tavsiya etiladi. Sonni kerish jarayonida og‘riq alomatini bolaning bezovtalanishi, uyqusining buzilishi, ovqatdan bosh tortishidan baholash mumkin. Bola bezovtalanishida onasiga bolani uzoq ko‘tarmasilik, so‘rg‘ichni berish, qorin sohasini uqalash tavsiya etiladi. Agar bolada bezovtalanish davom etsa sonni kerish hajmi kamaytirilib shifokorga murojaat qilish zarur bo‘ladi. Sonni kerish hajmini ko‘paytirish maqsadida o‘rnatilgan shina hajmini o‘zgartirish faqat shifokor nazoratida bajariladi. Oyog‘i to‘liq (80°) kerilib son boshchalarining quymich kosachasiga to‘g‘rilanganligining klinik belgilari namayon bo‘lgach (o‘rtacha 10-14 kun) chanoq-son bo‘g‘imlari old-orqa yo‘nalishda ortopedik shina yechilmasdan rentgen tasvir qilinadi. Rentgen tasvirda son boshchalarini quymich kosachasida yaxshi to‘g‘rilangan bo‘lsa ortopedik shina doimiy taqilgan holatda ya‘ni qa‘tiy rejim asosida chanoq-son bo‘g‘imida qon aylanishini yaxshilash maqsadida fizioterapevtik issiq (parafin, ozokerit) muolajalar tavsiya etiladi. Son bo‘g‘imlar sohasini, dumba, bel va oyoq panjalarini uqalash bola onasiga uqtirilib kuniga uch-to‘rt marta bajarish tavsiya etiladi. Shuningdek ovqatga qo‘shimcha biologik kalsiy preparatlari va D vitamini tavsiya etiladi.

Nazorat sifatida keyingi rentgen tasvir ortopedik rejim buzilmaganda va bo‘g‘im nostabilligi kuzatilmaganda 4 oydan so‘ng rentgen tasvir qilinadi.

Ortopedik shinada davolash muddati o‘rtacha 5-6 oygacha davom ettirilib so‘ng Vilenskiy shinasiga o‘tkaziladi. Shina taqilgan davrda bola oyog‘ining holatiga e‘tibor berish lozim. Chunki Vilenskiy shinasini taqilganda tizza bo‘g‘imlarida valgusli holat rivojlanishi mumkin. Shuning uchun kuniga ikki-uch marta Vilenskiy shinasini yechilib passiv gimnastik mashqlar va “turkcha” o‘tirish tavsiya qilinadi (rasm 2).



Rasm 2. Turkcha o‘tirish holati.

Uzoqlashtiruvchi ortopedik shina chanoq-son bo‘g‘imining anatomik mutanosibligi klinik va rentgenologik jixatdan to‘la-to‘kis tiklanguncha qo‘llaniladi.

Ortopedik davolash jarayonida chanoq-son bo‘g‘imida qon aylanishini yaxshilash maqsadida kalsiy xlor eritmasi bilan elektroforez (№10-12 seans), organizmda moddalar almashinuvini yaxshilash maqsadida biostimulyatorlar va V guruh vitaminlar tavsiya etiladi.

Biostimulyatorlardan aloe 1 g. dan 20 kun davomida; tiamin xlorid tabletka ko‘rinishida kuniga 2 marta 1 oy davomida tavsiya etiladi.

Son boshchasida aseptik nekroz rivojlanishini oldini olish maqsadida bel dumg‘aza sohasiga trental eritmasi bilan elektroforez (№10 seans) tavsiya etiladi. Rentgen tasvirda son boshchasi epifiz o‘zagining suyaklanish jarayoni sekinlik bilan shakllanayotgan bo‘lsa nikotin kislota, trental yoki kavinton bilan elektroforez (№10-12 seans) tavsiya etiladi.

Ortopedik davolash va reabilitatsiya muolajalari (massaj, mashqlar, fizioterapevtik muolajalar) muntazam ko‘rsatmalar asosida qo‘llanilib 11-12 oydan so‘ng erkin harakat qilishga ruxsat beriladi.

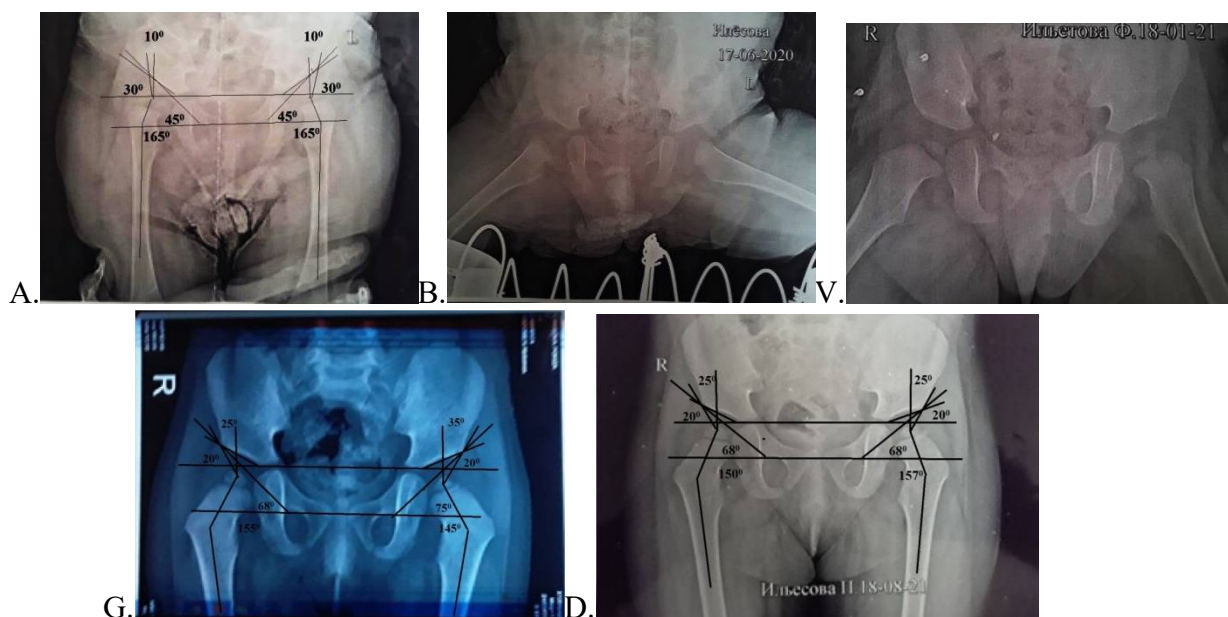
Natijalar va muhokama. Davolash muddati tugab bola mustaqil yura boshlagandan so‘ng dinamikada kuzatilib 12 oydan 36 oy muddat, o‘rtacha (28 oy) o‘tgach davolash natijalari baholanib tahlil qilindi.

Davolash natijalarini baholashda bemor shikoyati, bo‘g‘imlarda faol harakat hajmi va mustaqil yurish jarayoni baholandi. Chanoq-son bo‘g‘imining rentgenologik ko‘rsatkichlaridan asetabulyar burchak, antiverziya burchagi, Viberg burchagi va bo‘g‘im mutanosibliyi ya‘ni son boshchasining sferikligi hamda quymich kosacha holati baholandi. Har bir belgi 5 (mo‘tadil), 4 (klinik mo‘tadil, rentgenologik to‘la-to‘kis mo‘tadil emas), 3 (klinik va rentgenologik jixatdan yengil darajada kasallik alomatlari mavjud) va 2 (klinik va rentgenologik kasallik asoratlarning alomatlari mavjud) ball bilan baholanadi. Yig‘ilgan jami ballar barcha belgilar soniga bo‘linadi. Olingan klinik va rentgenologik natijalarning o‘rtacha bahosi davolash samaradorligini baholash imkoniyatini beradi. Davolanib kuzatilgan 102 bemorning 36 tasi (35,3%) da a‘lo natijalar, 59 tasi (57,9%) da yaxshi natijalar va 7 tasi (6,8%) da qoniqarli natijalar kuzatildi. Qoniqarsiz natijalar kuzatilmagan.

A‘lo natijalar kuzatilgan 32 bemorning 21 nafari (20,6%) kasallik birinchi oyligidan aniqlanib Freyka yostiqlasida davolangan bemorlarda va 11 nafari (10,7%) taklif etilgan ortopedik shina qo‘llanilgan bemorlarda kuzatildi.

Yaxshi natijalar Freyka shinasi qo‘llanilgan 9 (8,9%) bemorda va ortopedik shina qo‘llanilgan 50 (49%) bemorda kuzatildi. Qoniqarli natijalar Freyka yostiqlasida qo‘llanilgan 2 bemorda va ortopedik shina qo‘llanilgan 7 bemorda kuzatildi. Qoniqarli natijalar kuzatilgan 9 (8,9%) bemorda son boshchasining aseptik nekrozi kuzatildi va ortopedik rejimda fizioterapevtik davolash muolajalari davom ettirildi.

Davolangan bemorlardan misol keltiramiz:



Rasm 3. Bemor: Ilyosova P. 2019 y. 5 oy. A/K №418. **A.** Murojaat qilganda rentgen tasviri. Sonlarni tug‘ma chiqishi, 20.03.2020. **B.** Shu bemorning ortopedik shinada rentgen tasviri, 17.06.2020. **V.** Shu bemorning 10 oydan so‘ng rentgen tasviri, 18.01.2021. **G.** Shu bemorning 12 oydan so‘ng rentgen tasviri, 17.03.2021. **D.** Shu bemorning 18 oydan so‘ng rentgen tasviri, 18.08.2021.

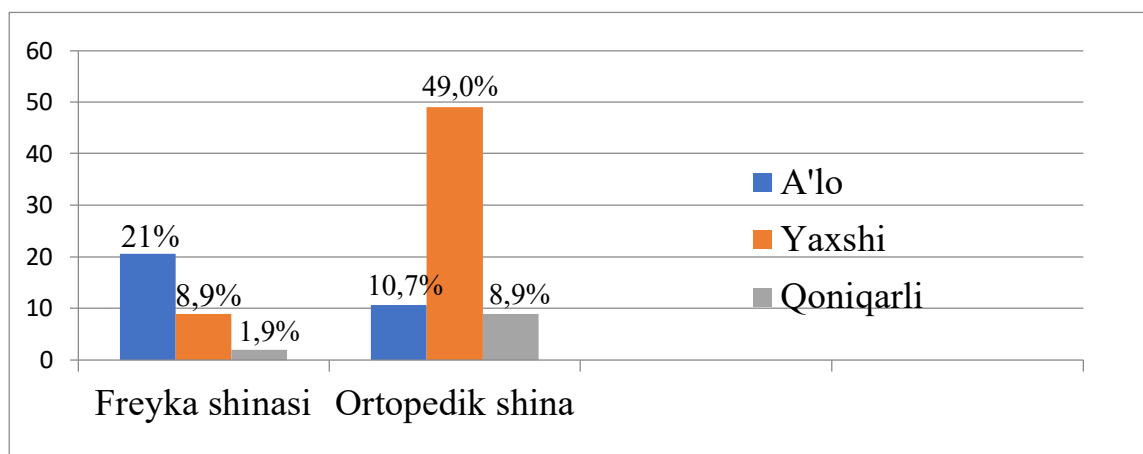
Jadval 1.

Qo‘llanilgan davolash usullariga ko‘ra davolash natijalari.

| Davolash usullari | A‘lo natijalar | Yaxshi natijalar | Qoniqarli natijalar | Qoniqarsiz natijalar |
|-------------------|----------------|------------------|---------------------|----------------------|
|-------------------|----------------|------------------|---------------------|----------------------|

| | Jami bemorlar soni | soni | % | soni | % | soni | % | soni | % |
|------------------|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| Freyka shinasasi | 32 | 21 | 20,6 | 9 | 8,9 | 2 | 1,9 | - | - |
| Ortopedik shina | 70 | 11 | 10,7 | 50 | 49,0 | 9 | 8,9 | - | - |
| Jami | 102 | 32 | 31,3 | 59 | 57,9 | 11 | 10,8 | - | - |

Davolash natijalari o‘g‘il va qiz bolalarda bir xil bo‘lib faqat avlodida tug‘ma ortopedik kasalliklar kuzatilgan bemorlarda qoniqarli natijalar nisbatan ko‘proq kuzatildi. Mazkur bemorlarda son boshchasi o‘zagining shakillanishini kechikishi va quymich peshtog‘ining sekin rivojlanishi tufayli distrofik jarayonlar (aseptik nekroz) ko‘proq kuzatildi.



Rasm 4. Davolash usuliga ko‘ra davolash natijalari.

Xulosalar.

1. Kasallik ertra aniqlanib son boshchasining quymich kosachasiga mutanosib joylashuviga qancha ertra erishilsa shunda yaxshi natijalarga erishish imkoniyati ko‘payadi.
2. Ortopedik shinalarda davolash passiv va aktiv harakatni saqlab qolgan holda son boshchasining erkin to‘g‘rilanishiga erishib bo‘g‘imda qon ta‘minotini buzilmasdan yaxshi natijalarga erishish va nogironlik ulushini kamaytirish imkoniyatini beradi.
3. Jismoniy davolash mashqlari va fizioterapevtik muolajalarning oqilona qo‘llanilishi chanoq-son bo‘g‘imining mutanosib rivojlanishiga ijobiy rol uynaydi.

IQTIBOSLAR | SNOSKI | REFERENCES

1. A. Axtamov, A.A. Axtamov, A.M. Juraev. Rannyaya diagnostika displazii i vrojdenного vьvixa bedra u novorojdenных i detey grudnogo vozrasta // Byulleten assotsiatsii vrachey Uzbekistana. Nauchno-prakticheskiy meditsinskiy jurnal №4. Toshkent 2017. 109-115 s.
2. Axtamov A. A., Axtamov A. Metodika funktsionalnogo lecheniya vrojdenного vьvixa bedra u detey grudnogo vozrasta // Byulleten assotsiatsii vrachey Uzbekistana. Nauchno-prakticheskiy meditsinskiy jurnal №4. Toshkent. 2019. – S. 36.
3. Axtamov A., Juraev A.M., Axtamov A.A. razvitie tazobedrennogo sustava posle funktsionalnogo lechenie vrojdenного vьvixa bedra u detey grudnogo vozrasta // Travmatologiya, ortopediya i reabilitatsiya 2021, №4, 162-164 s.
4. Axtamov A.A. Ko‘krak yoshdagi bolalarda sonning tug‘ma chiqishini funktsional davolashda ortopedik reabilitatsiyaning o‘ziga xos jixatlari // Travmatologiya, ortopediya va reabilitatsiya 2021, №3, 13-16 s.

5. Kralina S.E. Displaziya tazobedrennogo sustava rannaya diagnostika i konservativnoe lechenie na etape ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshi // Poliklinicheskoe delo 2013; 5 (2); 152-155 s.
6. Kusenok Ya.B., Rulla E.A., Melnik V.V. Vrojdennaya displaziya tazobedrennogo sustava. Vrojdennyye podvynix i vynix bedra. // Kiev, Zdorovya, 1992. S.180.
7. Axtamov A., Axtamov A.A., Djuraev A.M. Formation of the hip joint after functional treatment of congenital hip discharge in children // Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation 2021; 32(3), www.turkjphysiotherrehabil.org.
8. Harcke T., Kumar J. The role of ultrasound in the diagnosis and management of congenital dislocation and dysplasia of the hip // Bone joint Surg. 2001; 73A: 622-628 p.



УДК: 616.718.56:616.71-001.516.

GAFUROV Farrukh Abualievich
KHODZHANOV Iskandar Yunusovich

Doctor of Medical Sciences

ERANOV Sherzod Nuralievich


Candidate of Medical Sciences

Samarkand State Medical University

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center
of Traumatology and Orthopedics

INTRAOSSIOUS OSTEOSYNTHESIS FOR INJURIES OF DISTAL INTERTIBIAL SYNDESMOSIS

For citation: Gafurov Farrukh, Khodzhanov Iskandar, Eranov Sherzod. Intraosseous osteosynthesis in damage to distal intertibia syndesmosis. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.316-322

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835702>

ANNOTATION

Target. To improve the anatomical and functional results of treatment with damage to the distal tibiofibular syndesmosis.

Material and methods. For the period 2021–2022, 24 patients with damage to the distal tibiofibular syndesmosis were treated in the acute injury department of the Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Traumatology and Orthopedics.

Results. Good and excellent results when assessed after 3, 6, 12 months (>70 points) were obtained in 18 patients, which accounted for 75%, satisfactory results (50-69 points) were observed in 6 (25%).

Findings. Treatment of patients with MS injuries should be carried out, taking into account the factors of preoperative planning, based on the results of ultrasound and computed tomography, which, together with the existing generally accepted ones, complements the interpretation of the damage picture and facilitates the choice of tactics of the surgical aid. The proposed method of osteosynthesis makes it possible to reduce intraoperative trauma, which creates favorable conditions for wound healing and helps to reduce the number of purulent-necrotic complications.

Key words: tibiofibular syndesmosis, intraosseous osteosynthesis.

ГАФУРОВ Фаррух Абуалиевич
ХОДЖАНОВ Искандар Юнусович

доктор медицинских наук

ЭРАНОВ Шерзод Нуралиевич

кандидат медицинских наук

Самаркандский Государственный медицинский университет

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии

ВНУТРИКОСТНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА

АННОТАЦИЯ

Цель. Улучшить анатомо-функциональные результаты лечения с повреждением дистального межберцового синдесмоза.

Материал и методы. За период 2021–2022 годы в отделении острой травмы Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии находились на стационарном лечении 24 больных с повреждением дистального межберцового синдесмоза.

Результаты. Хорошие и отличные результаты при оценке через 3, 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 18 больных, что составило 75%, удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдалось у 6 (25%).

Выводы. Лечение пострадавших с повреждениями МС следует производить, учитывая факторов предоперационного планирования, на основании результатов ультразвукового исследования и компьютерной томографии, которая совместно с существующими общепринятыми, дополняет интерпретацию картины повреждения и облегчает выбор тактики операционного пособия. Предложенный способ остеосинтеза позволяет уменьшить интраоперационную травму, что создает благоприятные условия для заживления раны и способствует сокращению числа гнойно-некротических осложнений.

Ключевые слова: межберцовый синдесмоз, внутрикостный остеосинтез.

GAFUROV Farrux Abualiyevich
XODJANOV Iskandar Yunusovich

tibbiyot fanlari doktori

ERANOV Sherzod Nuraliyevich

tibbiyot fanlari nomzodi

Samarqand Davlat tibbiyot universiteti
Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya
va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

BOLDIRLARARO DISTAL SINDESMOZ JAROHATIDA SUYAK ICHI OSTEOSINTEZI

ANNOTATSIYA

Maqsad. Boldirlararo distal sindesmoz jarohatini davolashda anatomo-funksional natijalarni yaxshilash.

Materiallar va uslublar. 2021–2022-yillarda Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filialining o'tkir shikastlar bo'limida boldirlararo distal sindesmoz shikastlanishi bilan 24 nafar bemor davolangan.

Natijalar. 3, 6, 12 oydan keyin baholanganda yaxshi va a'lo natijalar (>70 ball) 18 nafar bemorda 75% ni tashkil etgan, qoniqarli natijalar (50-69 ball) 6 nafarida (25%) kuzatilgan.

Xulosalar. Boldirlararo distal sindesmoz jarohati bilan og'rigan bemorlarni davolashda operatsiyadan oldingi rejalashtirgan holda, ultratovush va kompyuter tomografiyasi natijalariga asoslangan holda amalga oshirilishi kerak, bu tashxislashni va jarrohlik yordami taktikasini tanlashni osonlashtiradi. Tavsiya etilgan osteosintez usuli operatsion jarohatni kamaytirishga imkon beradi, davolash uchun qulay sharoit yaratadi va yiringli-nekrotik asoratlar sonini kamaytirishga yordam beradi.

Kalit so'zlar: boldirlararo sindesmoz, suyakichi osteosintez.

Актуальность. Комплекс дистального межберцового синдесмоза (МС) имеет решающее значение для поддержания конгруэнтности голеностопного сустава [1] и является наиболее важной опорой этого сустава [2]. Травмы МС достаточной степени тяжести могут нарушать нормальную стабильность голеностопного сустава, и они могут встречаться во многих случаях, обычно как изолированные или, что чаще, с переломом лодыжки [3]. Переломы голеностопного сустава встречаются с частотой 107–148 случаев на 100000 среди взрослого населения [4-7]. Около 10% всех повреждений связаны с повреждением МС, и этот процент в два раза выше у пациентов, которым требуется внутренняя фиксация [8]. Поэтому очень важно, чтобы хирурги адекватно диагностировали эти поражения, которые присутствуют в до 40% всех травм типа В по классификации Дэниса-Вебера и до 80% всех травм типа С [9]. Постоянная боль в голеностопном суставе, нарушения функций и ранний остеоартрит являются потенциальными проблемами, связанными с неправильно диагностированным или неадекватным лечением [10-12], и по этой причине необходимо установить точный диагноз и поддерживать МС при лечении переломов голеностопного сустава с сопутствующим повреждением МС.

В последние десятилетия были внедрены различные методы фиксации (металлические и биорассасывающиеся винты, скобы, полиэфирные ленты, крючки для синдесмоза, спицы Киршнера и фиксация швами-кнопками) [13]. Статическая фиксация (СФ) одним или несколькими кортикальными винтами является эталонным стандартным методом фиксации. Однако следует рассмотреть некоторые существенные вопросы. Расшатывание винтов, их поломка [14], дискомфорт, боль, связанная с чрезмерной компрессией, необходимость повторной операции по удалению винтов и риск позднего диастаза после раннего удаления являются потенциальными недостатками этого типа фиксации [15].

Цель работы: улучшить анатомо-функциональные результаты лечения с повреждением дистального межберцового синдесмоза.

Материал и методы исследования.

За период 2021–2022 годы в отделении острой травмы Самаркандского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии находились на стационарном лечении 24 больных с повреждением дистального межберцового синдесмоза. Гендерное распределение пострадавших оказалось практически равным: женщин было 11 (46 %), мужчин было 13 (54 %). Возраст обследованных варьировался от 18 до 58 лет, при этом большинство пациентов составляли люди трудоспособного и молодого возраста.

Пациенты с повреждениями МС, связанными с переломами, характеризуются отеком, нестабильностью и болью в покое, что делает невозможным нагрузку и усиливается при пальпации и надавливании.

Описано несколько специфических тестов на синдесмоз. Тест на сдавливание заключается в прижатии большеберцовой кости к малоберцовой в средней точке голени, что вызывает движение, разделяющее две кости дистально. Тест считается положительным, если он вызывает дистальную боль вокруг межкостной связки [15].

Тест Фрика выполняется путем внешней ротации стопы и голеностопного сустава при сгибании колена на 90° [16]. Голеностоп согнут в тыльную сторону, а наружная ротация стопы повторяет механизм травмы. Боль указывает на положительный тест.

В тесте Коттона к таранной кости прикладывают медиальные и латеральные силы; усиление боли в медиально-латеральной плоскости указывает на положительный результат теста [17].

Наконец, в тесте со скрещенными ногами пациент находится в сидячем положении, а средняя малоберцовая кость поврежденной ноги помещается на колено здоровой ноги. Затем колено на поврежденной ноге прижимается к земле; боль в синдесмозах демонстрирует положительный результат.

К сожалению, ни одно из этих обследований не является директивным в диагностике, особенно при наличии перелома, поскольку индуцированная боль может ограничивать его

развитие. По этой причине диагноз следует ставить не только на основании истории болезни и физического осмотра, но и в сочетании с визуализацией (также полезной для предоперационного планирования) и интраоперационной оценкой.

Для определения эффективности проведенного лечения нужно учитывать совокупность всех связок голеностопного сустава, т.к. при большинстве повреждениях вместе с переломами лодыжек разрываются не только межберцовый синдесмоз, но и все связки голеностопного сустава. Поэтому при распределении клинического материала в дальнейшем учитывается повреждение всех связок голеностопного сустава.

Повреждение связок были разделены на группы по типу и частоте возникновения: наружный, дельтовидный и дистальный межберцовый синдесмоз (табл. 1).

Таблица 1.

| Степень обрыва связки | Группа связок | | | Всего (%) |
|-----------------------|----------------------------------|-----------------|---------------------|------------|
| | Дистальный межберцовый синдесмоз | Наружная связка | Дельтовидная связка | |
| I тип | 1 | 3 | 2 | 6 (25%) |
| II тип | 1 | 4 | 2 | 7 (29,2%) |
| III тип | 2 | 6 | 3 | 11 (45,8%) |
| Итого | 4 (16,6%) | 13 (54,2%) | 7 (29,2%) | 24 (100%) |

Как видно из таблицы, при ультразвуковом исследовании, частота повреждений связок голеностопного сустава выглядит иначе, чем, клинические критерии (Рис. 1). Так как, мы всегда это выдели в совокупности отечно- болевого синдрома и решали, что здесь повреждены все связки голеностопного сустава. А на самом деле в нашем клиническом материале это оказалась совсем по-другому: связка межберцового синдесмоза у 4 больных (16,6%), наружная связка у 13 больных (54,2%) и реже у 7 больных (29,2%) дельтовидная связка.

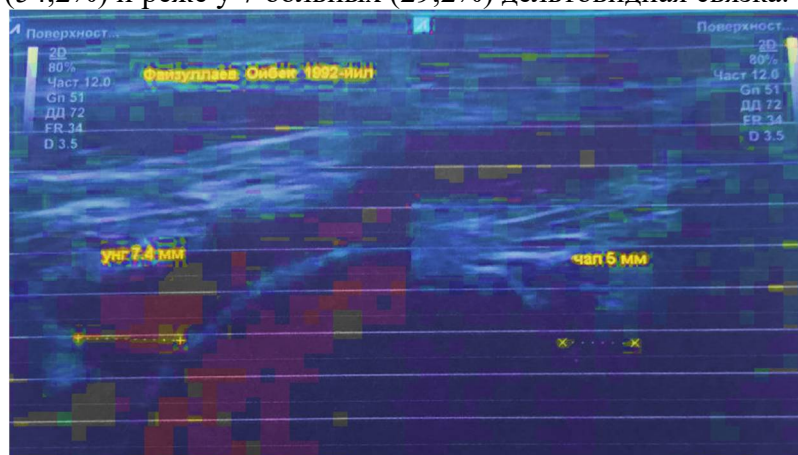


Рис.1. На ультразвуковом исследовании определяется разрыв связки межберцового синдесмоза.

У 18 (62 %) больных операция проведена в первые 24 часа после травмы, 4 (31 %) больным — на 5–7-е сутки после травмы в связи с выраженным отечно-болевым синдромом, 2 (7 %) больным — через 14 дней с момента травмы, в связи с вторичным смещением фрагментов с появлением подвывиха стопы, после одномоментной закрытой коррекции.

Остеосинтез выполняли с помощью, разработанной нами устройства для внутрикостного остеосинтеза при переломах лодыжек с разрывом связок дистального межберцового синдесмоза, (патент РФ, № 211377, от 02.06.2022. авторы: Ходжанов И.Ю., Гафуров Ф.А.). Сущность технического решения: направлено на обеспечение возможности малоинвазивной фиксации положения малоберцовой и большеберцовой кости в дистальном

отделе с обеспечением физиологической подвижности. Обеспечение возможности фиксации костей в анатомически правильном положении с возможностью послеоперационной подвижности в допустимых пределах.

Фиксация межберцового синдесмоза позволяет осуществлять раннюю нагрузку на травмированную нижнюю конечность без средств внешней иммобилизации. Подвижный характер фиксации позволяет снизить риск возникновения осложнений, связанных со статической (жесткой) фиксацией костей. Обеспечивается сохранение физиологической функции, анатомических соотношений в дистальном межберцовом синдесмозе и повышение качества жизни пациента.

Результат достигается тем, что устройство для внутрикостного остеосинтеза при переломах лодыжек с разрывом связок дистального межберцового синдесмоза, содержащее костный винт для фиксации в одной кости, соединенный с канюлированным шурупом для фиксации в другой кости, отличающееся тем, что костный шуруп оснащен резьбовым хвостовиком, на котором установлен канюлированный шуруп, костный шуруп выполнен с винтовой нарезкой с наружным диаметром в диапазоне от 4 до 5 мм, канюлированный шуруп выполнен с винтовой нарезкой с наружным диаметром в диапазоне от 4 до 5 мм, винтовая нарезка шурупов выполнена с идентичными геометрическими параметрами, резьбовой хвостовик выполнен с наружным диаметром в диапазоне от 2 до 2,5 мм, содержит гладкий участок и резьбовую нарезку, канюлированный шуруп оснащен шестигранным участком под ключ и гладким сквозным осевым каналом, причем канюлированный шуруп заблокирован гайкой, установленной на резьбовом хвостовике (Рис. 2).

Таким образом, применяемое нами устройство сохраняет фронтальную, вертикальную и горизонтальную подвижность малоберцовой кости в физиологической норме.

В послеоперационном периоде выполняли иммобилизацию голеностопного сустава задней гипсовой шиной до коленного сустава. Иммобилизация продолжалась 5–7 суток до уменьшения отека и болевого синдрома с последующим назначением ЛФК. Частичную нагрузку на оперированную конечность разрешали через 3 недели, полную — к 6 неделям.

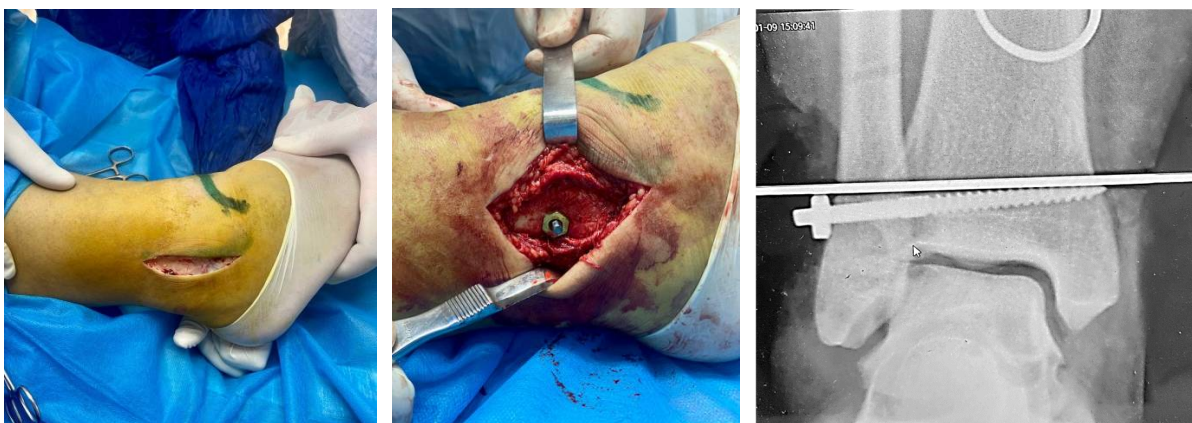


Рис. 2. Ход операции: остеосинтез внутрикостным фиксатором, рентгенограмма после операции.

Результат лечения оценено у 24 больных через 2 недели с момента операции в 3, 6 и 12 месяцев. Для объективизации полученных результатов мы использовали 100-балльную шкалу Н.В. Китаока. Оценка проводилась по следующим критериям: наличие болевого синдрома, функция голеностопного сустава, возможность ношения привычной обуви и опороспособность конечности. Согласно клиническому протоколу коррекция отечно-болевого синдрома требовал медикаментозную коррекцию в течении 3–5 суток. Функция в голеностопном суставе восстанавливалась до физиологической нормы через 2–4 недели в зависимости от степени тяжести повреждения. Опороспособность конечности восстанавливалась через 6–8 недель. Хорошие и отличные результаты при оценке через 3, 6,

12 месяцев (>70 баллов) получены у 18 больных, что составило 75%, удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдалось у 6 (25%).

Обсуждения.

Несмотря на многочисленные анатомические, биомеханические и сравнительные исследования, до сих пор ведутся широкие споры о том, какая хирургическая техника является лучшей. Из анализа литературы выяснилось, что тип, размер и количество винтов, количество пересекаемых кортикальных слоев, расстояние от плафона большеберцовой кости и положение стопы при фиксации существенно не влияют на краткосрочные и долгосрочные результаты.

Выбор хирурга в соответствии с пациентом, удалять или сохранять винт. Удаление показано в тех случаях, которые характеризуются непереносимостью, болью, нарушением репозиции или если необходимо удалить оборудование, имплантированное по поводу сопутствующих переломов лодыжек. В связи с этим важно подчеркнуть, что разрыв винта не оказывает отрицательного влияния на клинические результаты. Если выполняется удаление, то оно должно быть запланировано как минимум через 8 недель, чтобы избежать риска рецидива диастаза. Однако хорошо известно, что при этом типе фиксации следует учитывать возможность расшатывания, поломки, дискомфорта винтов, необходимость повторной операции по удалению винтов и риск позднего диастаза после раннего удаления.

Выводы.

1. Лечение пострадавших с повреждениями МС следует производить, учитывая факторов предоперационного планирования, на основании результатов ультразвукового исследования и компьютерной томографии, которая совместно с существующими общепринятыми, дополняет интерпретацию картины повреждения и облегчает выбор тактики операционного пособия.

2. Разработанный способ лечения, позволяет из одного операционного доступа устранить смещения, выполнить стабильный остеосинтез обеих берцовых костей, а также сократить число послеоперационных осложнений и улучшить анатомо-функциональные результаты оказания помощи. Предложенный способ остеосинтеза позволяет уменьшить интраоперационную травму, что создает благоприятные условия для заживления раны и способствует сокращению числа гнойно-некротических осложнений.

3. Разработанный способ позволяет сократить длительность пребывания в стационаре и улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения. Осложнений, связанных с применением данной конструкции в виде остаточного межберцового диастаза, рецидива межберцового диастаза после удаления винта, не выявлено.

IQTIBOSLAR | ЧОШКИ | REFERENCES:

1. Ходжанов И.Ю., Гафуров Ф.А., Эранов Ш.Н., Ахмедов М.А. Результаты ультразвукового исследования при повреждениях связок голеностопного сустава. Проблемы биологии и медицины. 2022, №5 (139). С. 229-231.
2. Эранов Ш.Н., Уралов Ш.М. Профилактика и раннее лечение плоскостопия у детей. Современная педиатрия: актуальные задачи и пути ее решения. 2015. С. 309-310.
3. Gafurov F., Khojanov I., Eranov Sh. Current understanding of the treatment of patients with injuries of the intertrochanteric syndesmosis (literature review)/ World Bulletin of Public Health (WBPH) Available Online at: <https://www.scholarexpress.net> 2022 - Vol.(6), – P.54–58.
4. Yuen CP, Lui TH. Distal Tibiofibular Syndesmosis: Anatomy, Biomechanics, Injury and Management. Open Orthop J. 2017;11:670–677.
5. Kocadal O, Yucel M, Pepe M, Aksahin E, Aktekin CN. Evaluation of Reduction Accuracy of Suture-Button and Screw Fixation Techniques for Syndesmotic Injuries. Foot Ankle Int. 2016;37:1317–1325.

6. Lubberts B, Guss D, Vopat BG, Johnson AH, van Dijk CN, Lee H, DiGiovanni CW. The arthroscopic syndesmotiс assessment tool can differentiate between stable and unstable ankle syndesmoses. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* . 2020;28:193–201.
7. Pogliacomі F, De Filippo M, Casalini D, Longhi A, Tacci F, Perotta R, Pagnini F, Tocco S, Ceccarelli F. Acute syndesmotiс injuries in ankle fractures: From diagnosis to treatment and current concepts. *World J Orthop*. 2021 May 18;12(5):270-291. doi: 10.5312/wjo.v12.i5.270. PMID: 34055585; PMCID: PMC8152437.
8. Pogliacomі F, Artoni C, Riccoboni S, Calderazzi F, Vaienti E, Ceccarelli F. The management of syndesmotiс screw in ankle fractures. *Acta Biomed* . 2018;90:146–149.
9. Kemler E, van de Port I, Valkenberg H, Hoes AW, Backx FJ. Ankle injuries in the Netherlands: Trends over 10-25 years. *Scand J Med Sci Sports* . 2015;25:331–337.
10. van Zuuren WJ, Schepers T, Beumer A, Sierevelt I, van Noort A, van den Bekerom MPJ. Acute syndesmotiс instability in ankle fractures: A review. *Foot Ankle Surg* . 2017;23:135–141.
11. Xie L, Xie H, Wang J, Chen C, Zhang C, Chen H, Zheng W. Comparison of suture button fixation and syndesmotiс screw fixation in the treatment of distal tibiofibular syndesmosis injury: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg* . 2018;60:120–131.
12. Kim JH, Gwak HC, Lee CR, Choo HJ, Kim JG, Kim DY. A Comparison of Screw Fixation and Suture-Button Fixation in a Syndesmosis Injury in an Ankle Fracture. *J Foot Ankle Surg* . 2016;55:985–990.
13. Schepers T. Acute distal tibiofibular syndesmosis injury: a systematic review of suture-button vs syndesmotiс screw repair. *Int Orthop* . 2012;36:1199–1206.
14. Schepers T, Van Lieshout EM, Van der Linden HJ, De Jong VM, Goslings JC. Aftercare following syndesmotiс screw placement: a systematic review. *J Foot Ankle Surg* . 2013;52:491–494.
15. Tourné Y, Molinier F, Andrieu M, Porta J, Barbier G. Diagnosis and treatment of tibiofibular syndesmosis lesions. *Orthop Traumatol Surg Res* . 2019;105:S275–S286.
16. Mak MF, Gartner L, Pearce CJ. Management of syndesmosis injuries in the elite athlete. *Foot Ankle Clin* . 2013;18:195–214.
17. Mulligan EP. Evaluation and management of ankle syndesmosis injuries. *Phys Ther Sport*. 2011;12:57–69.



УДК 617.583.1

MAMATKULOV Komiljon Mardankulovich

PhD


KHOLKHUJAYEV Farrux Ikramovich

KHUSAINBAEV Shohrukhbek Davronbekovich

Samarkand State Medical University

METHODS OF EXAMINATION OF PATIENTS WITH LATERAL PATELLAR INSTABILITY

For citation: Mamatkulov M. Komiljon, Kholkhudjayev I. Farrux, Khusainbaev D. Shohrukhbek. Methods of examination of patients with lateral patellar instability Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 323-334

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835712>

ANNOTATION

Objective: Improvement of clinical and instrumental methods of examination of patients with lateral instability of the knee cap.

Material and methods: From 2018 to 2021, 74 patients with knee valve instability were examined and treated at the Samarkand branch of the Republican Specialized Traumatology and Orthopedics Scientific and Practical Medical Center.

Results: This article describes the improvement of clinical and instrumental methods of examination of patients with lateral patellar instability in the Samarkand branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics for the period from 2018 to 2021. The main X-ray projections for the diagnosis of knee cap instability include: anteroposterior X-ray of both knee joints, X-ray in the coronary position from the lower hip-femoral joint to the ankle joint; X-ray in lateral projection at a 20-30° bend under pressure; Axial views of both knee joints in 20-30° flexion.

Conclusions: Considering that the lateral instability of the knee cap can damage the soft tissue structures, it can damage not only the soft tissue structures, but also the intra-articular structures of the knee joint at the same time. We used the magnetic resonance imaging method for diagnosis.

Keywords: patellar instability, minimally invasive, Fairbank sensitivity test, McConnell test, Laurin method, Merchant method.

MAMATKULOV Komiljon Mardankulovich

PhD

KHOLKHUJAYEV Farrux Ikramovich

KHUSAINBAEV Shohrukhbek Davronbekovich

Samarkand State Medical University

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ НАДКОЛЕННИКА

АННОТАЦИЯ

Цель: Совершенствование клинико-инструментальных методов обследования больных с боковой нестабильностью надколенника.

Материал и методы. С 2018 по 2021 год в Самаркандском филиале Республиканского специализированного травматологического и ортопедического научно-практического медицинского центра обследовано и пролечено 74 пациента с нестабильностью надколенника.

Результаты. В данной статье описано совершенствование клинико-инструментальных методов обследования больных с латеральной нестабильностью надколенника в Самаркандском филиале Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии за период с 2018 по 2021 гг. К основным рентгенологическим проекциям для диагностики нестабильности надколенника относятся: переднезадняя рентгенография обоих коленных суставов, рентгенография в коронарной позиции от нижнего тазобедренного сустава до голеностопного сустава; Рентгенограмма в боковой проекции при изгибе 20-30° под давлением; Аксиальные проекции обоих коленных суставов при сгибании на 20-30°.

Выводы: Учитывая, что латеральная нестабильность надколенника может повреждать мягкотканые структуры, она может одновременно повреждать не только мягкотканые структуры, но и внутрисуставные структуры коленного сустава. Для диагностики мы использовали метод магнитно-резонансной томографии.

Ключевые слова. Нестабильность надколенника, малоинвазивность, тест чувствительности Fairbank, тест McConnell, метод Laurin, метод Merchant.

MAMATKULOV Komiljon Mardankulovich

PhD

XOLXO'JAYEV Farrux Ikramovich

XUSAINBAYEV Shoxrux Davronbekovich

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

TIZZA QOPQOG'INING LATERAL NOSTABILLIGIDA TEKSHIRISH USULLARI

ANNOTATSIYA

Tadqiqot maqsadi. Tizza qopqog'ining lateral nostabilligi bo'lgan bemorlarni tekshirishning klinik va instrumental usullarini takomillashtirish.

Tadqiqot materiali va usullari. Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Samarqand filialida 2018 yildan 2021 yilgacha tizza qopqog'ir beqarorligi bo'lgan 74 bemorni tekshirish va davolash o'tkazildi.

Natijalar: Ushbu maqolada 2018 yildan 2021 yilgacha bo'lgan davrda respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Samarqand filialida tizza qopqog'ining lateral nostabilligi bo'lgan bemorlarni tekshirishning klinik va instrumental usullarini takomillashtirish tasvirlangan. Tizza qopqog'i nostabillikni tashxislash uchun asosiy rentgenologik proektsiyalarga quyidagilar kiradi: ikkala tizza bo'g'imlarining anteroposterior rentgenogrammasi, pastki chanoq-son bo'g'imlaridan oshiq-boldir bo'g'imigacha tik turgan holda koronar holatidagi rentgenogrammasi; bosim ostida 20-30° egilishda lateral proektsiyadagi rentgenografiya; 20-30° egilishda ikkala tizza bo'g'imlarining aksial tasvirlari.

Xulosa. Tizza qopqog'ining lateral nostabilligi yumshoq to'qima tuzilmalariga zarar yetkazishi mumkinligini hisobga olsak, nafaqat yumshoq to'qima tuzilmalariga, balki bir vaqtning o'zida tizza bo'g'imining intraartikulyar tuzilmalariga ham zarar yetkazishi mumkin. Tashxis qo'yishda biz magnit-rezonans tomografiya usulidan foydalandik.

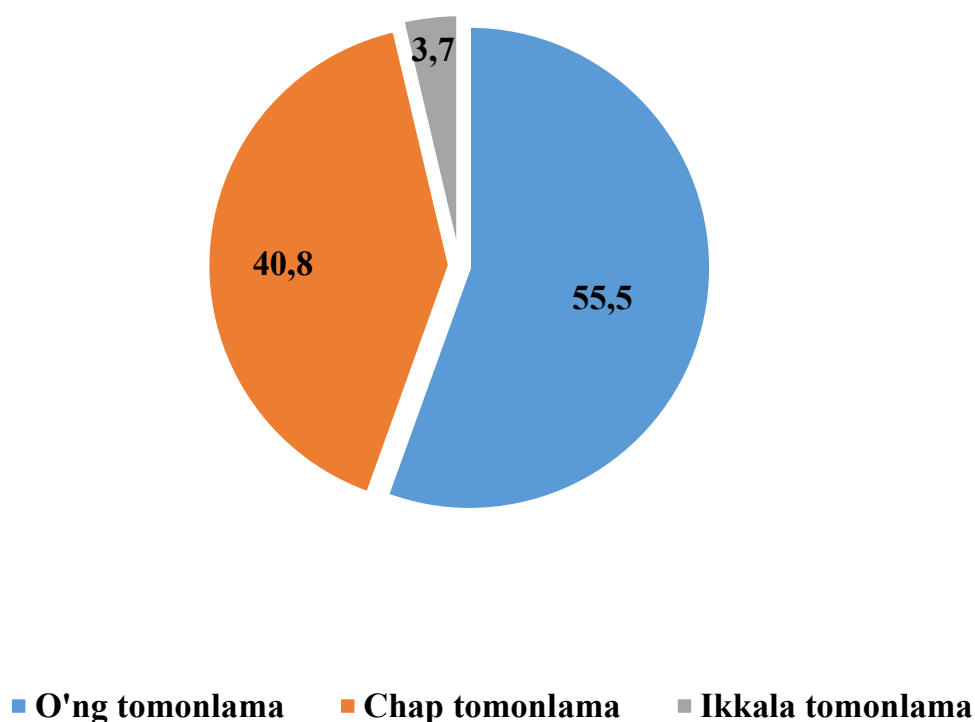
Kalit so'zlar. Tizza qopqog'i nostabilligi, minimal invazivlik, Fairbank sezgirlik testi, McConnell testi, Laurin usuli, Merchant usuli.

Dolzarlighi. Tizza bo'g'irlari shikastlanishlarining o'z vaqtida va mukammal tashxis qo'yilmasligi va keyinchalik patogenetik jihatdan asossiz davolash 47% -60% hollarda tizza bo'g'irining nostabilligi uchun turli xil variantlarning rivojlanishiga va nogironlikka olib keladi[19,20], bemorlarning hayot sifatini yomonlashtiradi[1,5,8,11,16]. Ushbu sohadagi patologik jarayonlarning xilma-xilligi uni tashxislash va davolashning yangi usullarini izlash zarurligini taqozo etadi[3,4,9,12,14]. Jahon miqyosida tizza qopqog'ining lateral nostabilligini jarrohlik davolashning yuqori samarali diagnostika usullari va minimal invaziv usullarini ishlab chiqish bo'yicha ilmiy tadqiqotlar olib borilmoqda[2,7,10,13,15].

Tadqiqot maqsadi. Tizza qopqog'ining lateral nostabilligi bo'lgan bemorlarni tekshirishning klinik va instrumental usullarini takomillashtirish

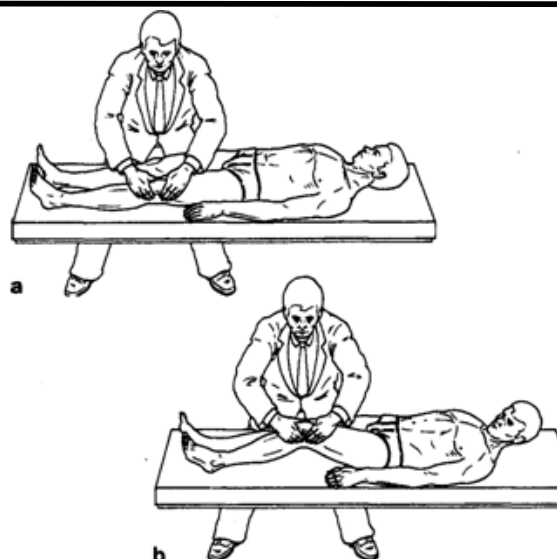
Tadqiqot materiali va usullari. Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Samarqand filialida 2018 yildan 2021 yilgacha tizza qopqog'ir beqarorligi bo'lgan 74 bemorni tekshirish va davolash o'tkazildi.

Barcha bemorlar orasida 41 (55,5%) hollarda o'ng tizza qopqog'ining lateral nostabilligi, 30 (40,8%) hollarda chap tizza qopqog'ining lateral nostabilligi va 3 (3,7%) hollarda tizza qopqog'ining ikki tomonlama nostabilligi kuzatilgan (1 – rasm).



1-rasm Bemorlarda tizza qopqog'ining lateral nostabilligi uchrash ehtimoli

Fairbank sezgirlik testi birinchi navbatda baholandi [6]. Sinov usuli quyidagicha (2-rasm): bemor orqa tomonida yotadi, oyog'i tizza bo'g'irida tekislanadi va son mushaklari bo'shashadi; shifokor medial chetga bosib, tizza qopqog'ini lateral ravishda siljitish orqali tizza qopqog'ini tashqariga chiqarishga urinishni soxtalashtiradi (a); keyin bemorga tizza bo'g'irida oyog'ini bukish so'raladi (b). Agar tizza qopqog'ida lyuksatsiyasi bo'lsa, bemor o'tkir og'riqni va kengayish paytida yoki undan keyin egilish jarayonida dislokatsiya hissi paydo bo'lishini ko'rsatadi. 74 bemorni tekshirishda Fairbank testi 100% hollarda ijobiy bo'ldi (1-jadval), ikki tomonlama tizza qopqog'ir nostabilligida test ikkala bo'g'irlarda ham ijobiy bo'ldi (3 ta holat).



2-rasm. Fairbank testini aniqlash usuli

Ikkinchi sinov McConnell testi edi [6]. Ushbu test tizza bo'gimi patologiyaning ajralmas qismi bo'lgan patellofemoral artrozning og'irligini baholashga imkon beradigan retropatellar og'rig'ini aniqlashga qaratilgan. Sinov usuli quyidagicha (3-rasm): bemor tizzaning bo'g'imlarida egilgan oyoq-qo'llari bilan stol chetida o'tiradi; ushbu test quadrisepsning izometrik kuchlanishi orqali patellofemoral og'riqni keltirib chiqarishga harakat qiladi, test bo'g'imdagi turli fleksiya burchaklarida (0° , 30° , 60° va 120°) amalga oshiriladi.; har bir holatda shifokor pastki oyoq-qo'lni tuzatadi va bemordan tizzaning bo'g'imida oyog'ini cho'zishni so'raydi, shu bilan birga kengayishni oldini oladi (bu quadrisepsning qisqarishiga olib keladi). Sinov baholanadi agar bemor og'riqni his qilsa yoki siqilish hissi paydo bo'lsa, shifokor tizza qopqog'ini medial ravishda siljitmoqchi bo'lsa, ushbu manevr og'riqni kamaytirsa, test ijobiy hisoblanadi. Sinov ikkala tizza bo'g'imlarida ham bajarilishi kerak. Tizza qopqog'ining medial siljishida og'riqni kamaytirish retropatellar og'rig'ini aniqlash uchun diagnostik mezondir. 74 bemorni tekshirganda, McConnell testi 100% hollarda ijobiy bo'ldi (jadval. 1), ikki tomonlama nostabillik bilan test ikkala bo'g'implarda ham ijobiy bo'ldi (3 ta holat).



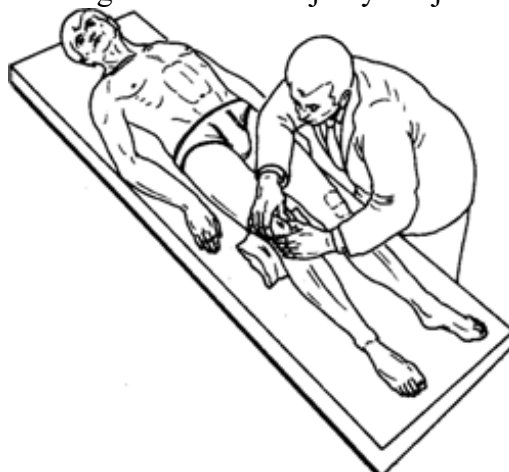
3-rasm McConnell testini aniqlash usuli

Tizza qopqog'ining lateral chiqishiga qarshilik testi baholandi (4-rasm)[6]. Sinov usuli quyidagicha: shifokor ikkala qo'lning ko'rsatkich barmoqlarini tizza qopqog'ining lateral tomonining proksimal yarmiga qo'yadi, so'ngra bemor oyog'ini bukishni boshlaydi; shifokorning barmoqlari lateral sublüksatsiyani oldini oladi; tizzaning oldini olmasdan bukilishi tizza qopqog'ining lateral sublüksatsiyasiga olib kelishi mumkin. 74 bemorni tekshirganda, lateral sublüksatsiyani bostirish testi 100% hollarda ijobiy bo'ldi (jadval 1)



4-rasm. Tizza qopqog'ining lateral chiqishiga qarshilik testini aniqlash usuli

Tizza qopqog'ining yonboshga burilish testini o'tkazishda (5-rasm)[6], lateral retinakulumning tonusi tizza qopqog'ining lateral siljishi kattaligi bilan baholanadi. Kontraktura tufayli zich lateral retinakulum bilan lateral yuzi siljiydi va songa egiladi (salbiy "patologik" moyillik testi). Retinakulumning normal tonusida tizza qopqog'i balandligi bo'yicha o'rnini o'zgartirmaydi (neytral egilish testi). Agar lateral retinakulum va ligament apparati zaif bo'lsa, tizza qopqog'ining lateral qirrasini blokdan yuqoriga ko'tariladi (ijobiy egilish testi). 74 bemorni tekshirishda 18 (24,3%) bemorda tizza qopqog'ining yonboshga burilish testi ijobiy natija berdi (jadval 1).



5-rasm. Tizza qopqog'ining yonboshga egilish testini aniqlash usuli

1-Jadval

Tizza qopqog'ining lateral nostabilligi bo'lgan bemorlarni klinik baholash natijalari

| | Fairbank testi | McConnell testi | Tizza qopqog'ining lateral chiqishiga qarshilik testi | Tizza qopqog'ining yonboshga egilish testi |
|-------------------------------|----------------|-----------------|---|--|
| Tekshirilgan bemorlar soni | 74 | 74 | 74 | 74 |
| Ijobiy natija (bemorlar soni) | 74 | 74 | 74 | 18 |

| | | | | |
|-------------------|-----|-----|-----|------|
| Ijobiy natija (%) | 100 | 100 | 100 | 24,3 |
|-------------------|-----|-----|-----|------|

Tizza qopqog'i lateral nostabilligini nurli tashxislash usullari.

Tizza qopqog'i nostabillikni tashxislash uchun asosiy rentgenologik proektsiyalarga quyidagilar kiradi: ikkala tizza bo'g'imlarining anteroposterior rentgenogrammasi, pastki chanoq-son bo'g'imlaridan oshiq-boldir bo'g'imigacha tik turgan holda koronar holatidagi rentgenogrammasi; bosim ostida 20-30° egilishda lateral proektsiyadagi rentgenografiya; 20-30° egilishda ikkala tizza bo'g'imlarining aksial tasvirlari.

Aksiyal proektsiyalardagi patellofemoral bo'g'im rentgenografiyasi qaytalanadigan tizza qopqog'ining lateral nostabilligi bo'lgan bemorlarni tashxislashning asosiy usuli edi.

Patellofemoral bo'g'imning aksiyal rentgenografiyasini o'tkazish uchun uchta usul mavjud: Laurin usuli[17], tizza bo'g'imining 20° egilishi, Merchant usuli[18], 45° egilishi va Hughston usuli, tizza bo'g'imining 55° egilishi. Eng ma'lumotli va tez-tez ishlatiladigan usullar Laurin usuli va Merchant usuli hisoblanadi. Nurlanish ehtimolini kamaytirish uchun bemorga odatda ushbu proektsiyalardan birida suratga olish kifoya.

Aksiyal proektsiyalarda rentgenografiya o'tkazishda ba'zi qiyinchiliklarga duch kelish mumkin, chunki rentgen kabinetining laboranti har doim ham texnikani yaxshi bilmaydi, egilgan tizza bo'g'imini kerakli burchak ostida ushlab turish qiyin va agar lenta plyonka bilan ushlab turilsa, shifokor nurlanish dozasini oshirib yuborishi mumkin.



6-rasm. Patellofemoral bo'g'imning aksiyal rentgenografiyasini o'tkazish uchun maxsus apparat.

Ushbu kamchiliklarni bartaraf etish uchun ishlab chiqilgan maxsus rentgen apparati ishlatilgan(6-rasm), bemorning ortiqcha mushak harakatsiz tizza bo'g'imini kerakli burchak ostida ushlab turish, kassetani harakatsiz va kerakli holatda ushlab turish imkonini beradi.

Laurin usuli yordamida patellofemoral bo'g'imning aksiyal rentgenografiyasini o'tkazish usuli[17] (7-rasm): o'tirgan yoki yotgan holda, bemor tizza bo'g'imini 20° burchak ostida egadi, chunki tizza qopqog'i nostabilligi va subluksatsiyasining aksariyati 0° dan 20° gacha harakatlanayotganda sodir bo'ladi; rentgen nurlari proksimal ravishda bosh tomon va yuqoriga qarab patellofemoral bo'g'imga parallel ravishda, vertikalidan taxminan 160° masofada joylashgan; bemor tomonidan proksimal ravishda tizza bo'g'imidan 12 sm masofada, yo'naltirilgan nurga perpendikulyar ravishda ushlab turiladi va songa ozgina bosiladi; semirib ketgan bemorlarda, rivojlangan mushak massasi bo'lgan bemorlarda kassetani biroz proksimal ravishda siljitish yoki songa qattiqroq bosish kerak.



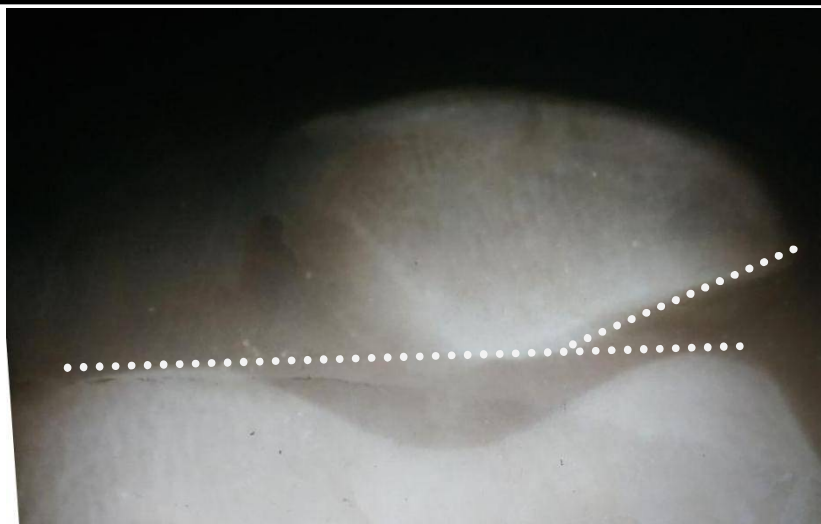
7-rasm. Laurin usuli yordamida patellofemoral bo'g'imning rentgenografiyasini o'tkazish

Patellofemoral bo'g'imning aksiyal rentgenografiyasini Merchant usuli bilan o'tkazish usuli[18] (8-rasm): yotgan holatda, bemor tizza bo'g'imini 45° burchak ostida egadi; rentgen nurlari to'plami 60° burchak ostida, kassetaga esa 90° yo'naltirilgan, patellofemoral bo'g'imga parallel ravishda bosh tomondan distal yo'naltirilgan; plyonkali kasseta laboratoriya yordamchisi tomonidan yo'naltirilgan nurga perpendikulyar ravishda distal ravishda ushlab turiladi.



8-rasm. Merchant usuli yordamida tizza bo'g'imini rentgenografiya qilish

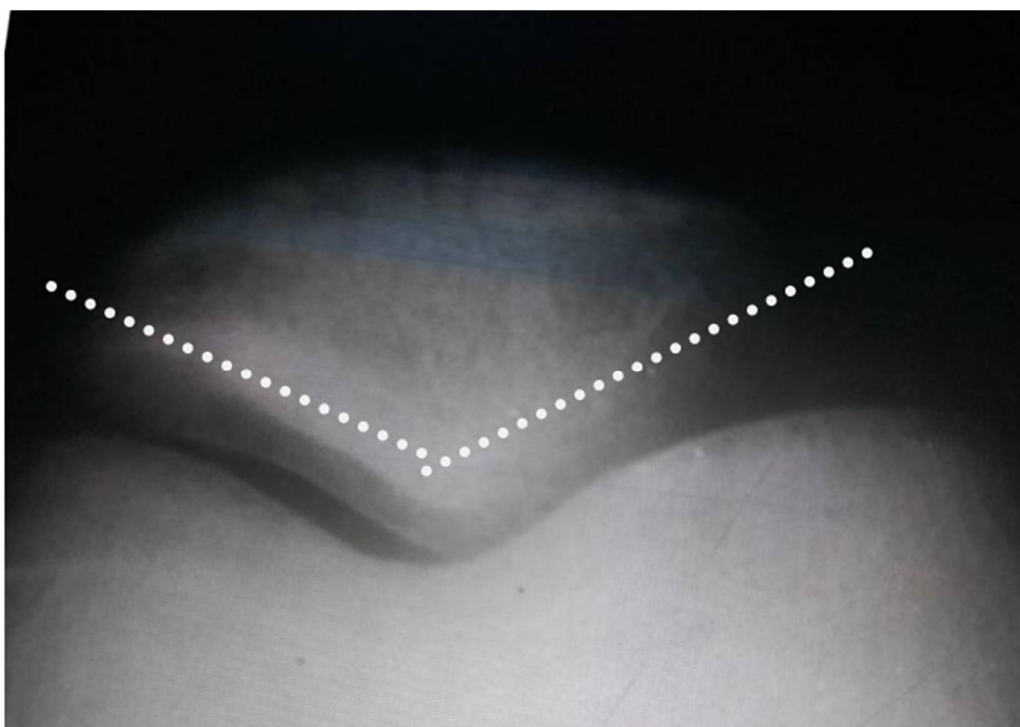
Laurin usuli bilan aksiyal rentgenografiyada lateral patellofemoral burchak femur bloki darajasida chizilgan bitta chiziqni va patellaning lateral tomoni bo'ylab chizilgan boshqa chiziqni qurish orqali aniqlandi[17] (9-rasm). Odatda, lateral patellofemoral burchak har doim tashqi tomondan ochiq bo'ladi. PFB biomexanikasi buzilgan taqdirda, patellar sublüksatsiyasi tizza qopqog'ining lateral nostabilligini keltirib chiqaradi va chiziqlar bir-biriga parallel bo'ladi, patellar dislokatsiyasi bilan chiziqlar medial yo'nalishda ochilgan burchak bilan ajralib turadi. 74 bemorni tekshirishda 71 (96,3%) bemorda patologik patellofemoral burchak aniqlandi (jadval. 2).



9-rasm. Laurin usuli yordamida aksiyal rentgenografiyada lateral patellofemoral burchakni aniqlash

Aksiyal rentgenografiyada femoral sulkusning burchagi Merchant usuli bilan femur blokining medial va lateral qirralari va femur sulkusining eng chuqur nuqtasi orasidagi burchakni qurish orqali aniqlandi[18] (10-rasm). Femoral sulkusning o'rtacha burchagi 138° ga teng, standart og'ish 6° ga teng, 144° dan yuqori ko'rsatkich femoral sulkusning tekislanishini ko'rsatadi. 74 bemorni tekshirganda, 35 (47%) bemorda femoral sulkusning patologik burchagi aniqlandi, uning o'rtacha qiymati 147° (jadval. 2).

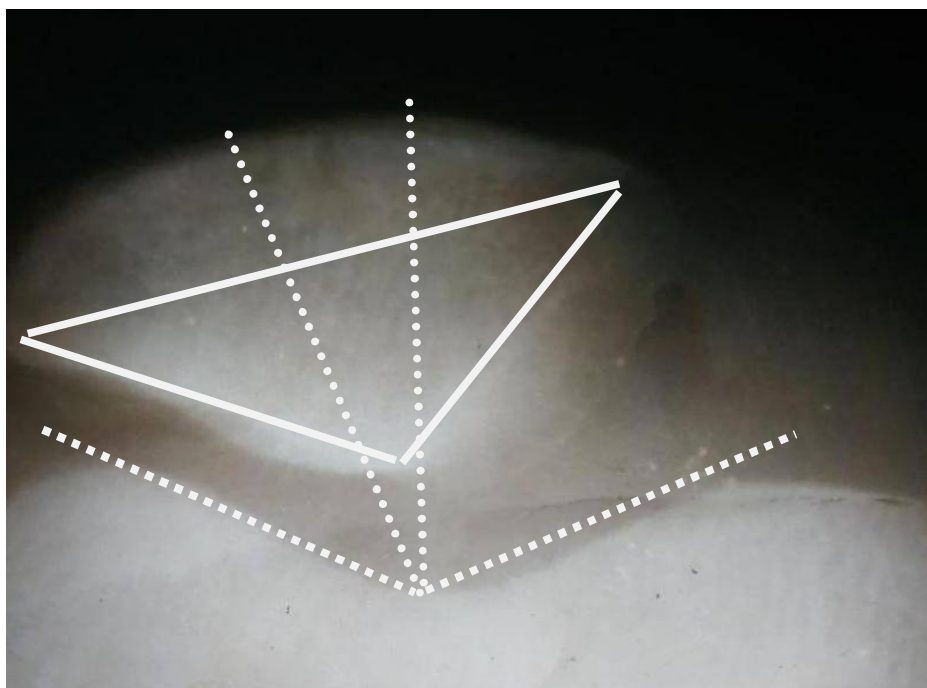
138°



10-rasm. Merchant usuli bo'yicha aksiyal rentgenografiyada femoral sulkusning burchagini aniqlash

Muvofiqlik burchagini aniqlash aksiyal rentgenografiyada Merchant usuli bo'yicha amalga oshirildi[18](11-rasm). Tizza qopqog'ining medial (-) va lateral (+) og'ishini aniqlaydigan: sulkus burchagi femur blokining medial (E) va lateral (C) qirralarining yuqori qismidan femur sulkusining eng past nuqtasiga (D) chizilgan, burchakning yuqori qismidan berilgan burchakning bissektrisasi va tizmaga chizilgan chiziq chizilgan tizza qopqog'i, bu chiziq orasidagi burchak va muvofiqlik burchagi. Tizza qopqog'ining normal holatida muvofiqlik burchagi tizza qopqog'i nostabilligi bo'lgan

bemorlarga nisbatan $-6^\circ (\pm 11^\circ)$ gacha, o'rtacha ko'rsatkich $+23^\circ$. 74 bemorni tekshirishda 28 (38,2%) bemorda patologik muvofqlik burchagi aniqlandi, uning o'rtacha qiymati $+23,4^\circ$ (jadval. 2).



11-rasm Merchant usuli bo'yicha aksiyal rentgenografiyada muvofqlik burchagini aniqlash

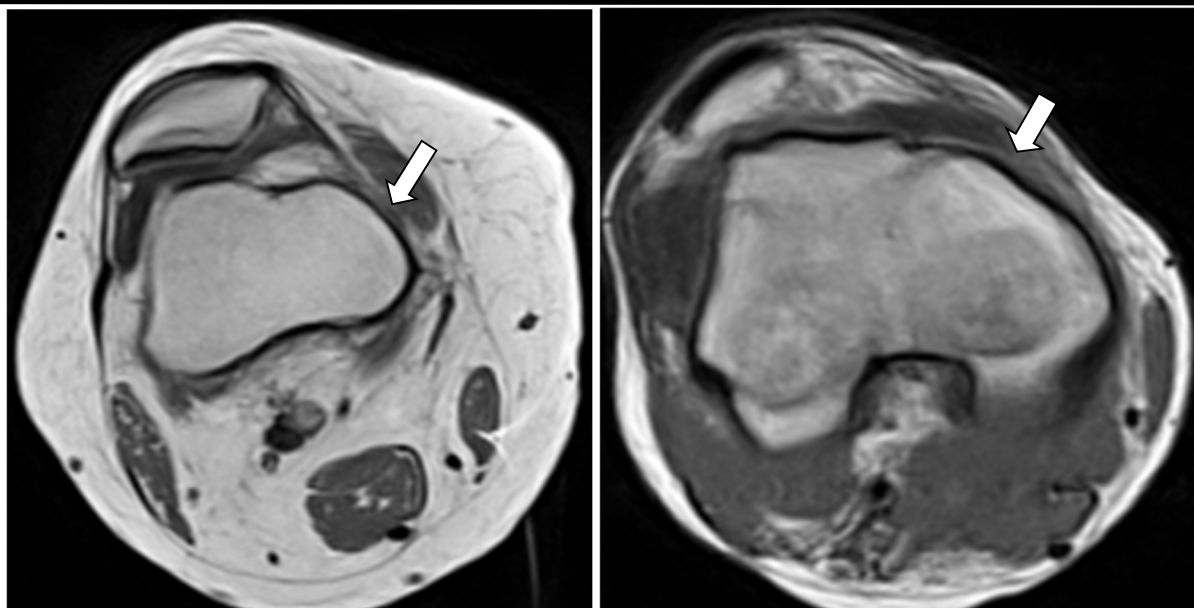
Tizza bo'g'imining biomexanikasi buzilganda aksiyal tasvirlarda, patello-subxondral suyak trabekulalarining kamayishi yoki ko'payishini aniqlashda ham namoyon bo'lishi mumkin.

2-Jadval

Laurin va Merchant usuli yordamida aksiyal proektsiyalarda tizza bo'g'imining rentgenografiyasi natijalari

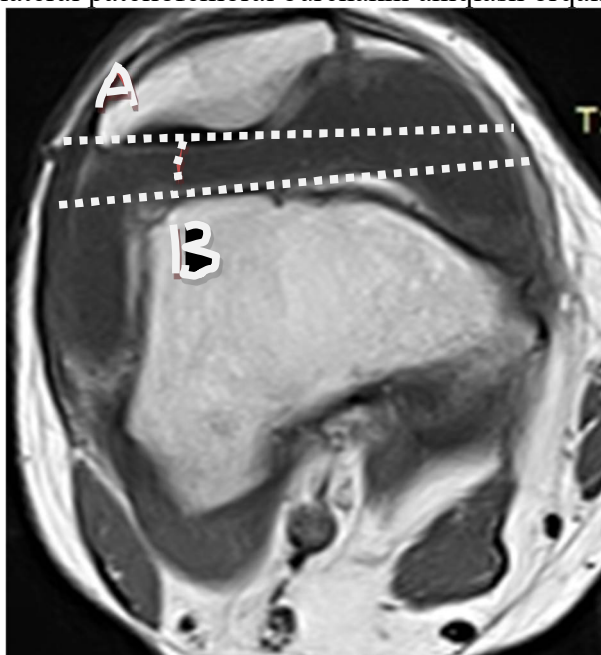
| Rentgenografiya ko'rsatkichlari (umumiy bemorlar soni, n=74) | ijobiy test bo'lgan bemorlarda lateral patellofemoral burchakning o'rtacha ko'rsatkichi, n=71 | ijobiy test bo'lgan bemorlarda son burmasi burchagining o'rtacha ko'rsatkichi, n=35 | ijobiy test bo'lgan bemorlarda muvofqlik burchagining o'rtacha ko'rsatkichi, n=28 |
|--|---|---|---|
| | $> 45^\circ$ | 147° | $23,4^\circ$ |
| Ishonchlilik indeksi | $P>0.05$ | $P<0.05$ | $P>0.05$ |

Tizza qopqog'i va lateral kondulining pastki medial yuzasining deformatsiyasi yoki shishishi, MPFB shikastlanishi va tizza qopqog'i lateralizatsiyasi bilan birgalikda, yangi tizza qopqog'ining lateral nostabilligi uchun tashxis hisoblanadi. MPFB va medial ushlagich kabi medial stabilizatorlarning shikastlanishi (12-rasm). 12) tizza qopqog'inng nostabilligidan keyin bemorlar orasida 70-100% MRT tekshiruvlarida tashxis qo'yilgan.



12-rasm. Chap tomonda MPFB tizza bo'g'imining ajralishi (kichik ko'rsatkich), tizza qopqog'i (ko'rsatkich) ga qisman birliktirilishi ko'rsatilgan. O'ng tomonda medial stabilizatorlarning to'liq yorilishi (ko'rsatkich), tizza qopqog'i ligamenti va sonning qismlari ko'rsatilgan

Medial ligamentlar guruhining yorilishidan so'ng, tizza qopqog'i, odatda, birlamchi holatiga keltirilganidan keyin ham boshlang'ich holatiga to'liq qaytmaydi. Ko'pgina bemorlarda patellar sublüksatsiyasi yoki tizza qopqog'ining qiyshayishi MRTda ko'rinadi. Sublüksatsiya tizza qopqog'ining qisman lateral dislokatsiyasi sifatida aniqlanadi va sub'ektiv ravishda baholanadi. Tizza qopqog'ining qiyshayishi lateral patellofemoral burchakni aniqlash orqali aniqlanadi (13-rasm).



13-rasm. MRTda lateral patellofemoral burchakni hisoblash orqali tizza qopqog'ining lateral nostabilligini aniqlash

Xulosa. Tizza qopqog'ining lateral nostabilligi yumshoq to'qima tuzilmalariga zarar yetkazishi mumkinligini hisobga olsak, nafaqat yumshoq to'qima tuzilmalariga, balki bir vaqtning o'zida tizza bo'g'imining intraartikulyar tuzilmalariga ham zarar yetkazishi mumkin. Tashxis qo'yishda biz magnit-rezonans tomografiya usulidan foydalandik.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Жук Е.В. Диагностика и лечение латеральной нестабильности надколенника: Дисс. канд. мед. наук. - Минск. - 2016. – С. 45.
2. Каримов М.Ю. Шакиров Э.А., Хамраев Ш.Ш. Лучевые методы диагностики поражений пателло-фemorального сустава (Обзор) // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2002. - №4. - С. 93-95.
3. Каримов М.Ю., Маматкулов К.М.// 1. Лучевые методы диагностики поражений пателло-фemorального сустава/ Травматология және ортопедия. – Астана - 2009. – №2. – С. 321-323.
4. Каримов М.Ю., Толочко К.П., Маматкулов К.М.// Нестабильность надколенника: клиничко-лучевая диагностика и хирургическое лечение// Вестник Ташкентской Медицинской Академии - 2015 №4. стр 135-139. Ташкент.
5. Кенес Р. Акильжанов, М.А. Жанаспаев. Диагностика ортопедической патологии пателлофemorального сустава // Наука и здравоохранение. – 2018. – Т. 5. - С. 20.
6. Клаус Букуп. Клиническое исследование костей, суставов и мышц // 2008. - С. 192-196.
7. Маматкулов К.М., Холхужаев Ф.И.// Малоинвазивное восстановление медиопателло-фemorальной связки аутоотрансплантатом из широкой фасции бедра при нестабильности надколенника/ Достижения науки и образования - № 3 (75), 2021 – стр. 80-84.Россия.
8. Саутенко А.А., Огарёв Е.В. Современные методы лучевой диагностики нестабильности надколенника у детей // Журнал Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. – Москва, 2018. - С. 29-36.
9. Ambra L.F., Hinckel B.B., Arendt E.A. Anatomic Risk Factors for Focal Cartilage Lesions in the Tizza qopqog'i and Trochlea: A Case-Control Study // Am J Sports Med. – 2019. – Vol. 47, №10. – P. 2444-2453.
10. Crossley K.M., Stefanik J.J., Selfe J. et al. Patellofemoral pain consensus statement from the 4th International Patellofemoral Pain Research Retreat, Manchester. Part 1: Terminology, definitions, clinical examination, natural history, patellofemoral osteoarthritis and patient-reported outcome measures // Br J Sports Med. – 2016. – Vol. 50. – P. 839-843.
11. Dan M., Parr W., Broe D., Cross M., Walsh W.R. . Biomechanics of the knee extensor mechanism and its relationship to tizza qopqog'i tendinopathy: A review // J. Orthop Res. – 2016. – Vol. 36, №12. - P. 3105-3112.
12. Dietrich T.J., Fucntese S.F., Pfirrmann C.W. Semin Musculoskelet Radiol // Imaging of Individual Anatomical Risk Factors for Tizza qopqog'ir Instability. – 2016. – Vol. 20, №1. - P. 65-73.
13. Elias J.J., Jones K.C., Cyrus R. S., Gabra J.N. Dynamic tracking influenced by anatomy following medial patellofemoral ligament reconstruction: Computational simulation // Knee. – 2018. – Vol. 25, №2. - P. 262-270.
14. Klinge S.A., Fulkerson J.P. Fifteen-Year Minimum Follow-Up of Anteromedial Tibial Tubercle Transfer for Lateral and/or Distal Patellofemoral Arthrosis // Arthroscopy. – 2019. – Vol. 35, №7. – P. 2146-2151.
15. Laurin C.A., Dussault R., Levesque H.P. The tangential X-ray investigation of the patellofemoral joint: X-ray technique, diagnostic criteria and their interpretation // ClinOrthop. – 1979. – Vol. 144. - P. 16–26.
16. Merchant A.C., Mercer R.L., Jacobsen R.H., Cool C.R. Roentgenographic analysis of patellofemoral congruence // J. Bone Joint Surg. Am. – 1974. - Vol. 56. – P. 1391-1396.
17. Rosinski A., Chakrabarti M., Gwosdz J. Double-Bundle Medial Patellofemoral Ligament Reconstruction With Allograft // Arthrosc Tech. – 2019. – Vol. 8, №5. – P. 513-520.
18. Shamrock A.G., Day M.A., Duchman K.R. Medial Patellofemoral Ligament Reconstruction in Skeletally Immature Patients: A Systematic Review and Meta-analysis // Orthop J Sports Med. – 2019. – Vol. 7. – P.7.

19. Kholkhudjayev F.I., Oripov F.S. Structural components of bones of the hip joint in different periods of life. International Journal of Pharmaceutical Research | Jan – Jun 2020 | Vol 12 | Supplementary Issue 1.
20. Kholkhuzhaev F.I., Oripov F.S. Changes in the endocrine cells of the epithelium of the small intestine mucosa in the post-reproductive period // Journal of Biomedicine and Practice. – 2022.-№4(7). -FROM. 230-237.
21. Kholkhuzhaev F. I., Oripov F. S., Urinbaev P. U. Some indicators of the frequency of combination of bone fractures with diseases of the gastrointestinal tract // Voprosy nauki i obrazovaniya. – 2021. – no. 8(133). - P. 4-9.
22. Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Эффективность амбулаторного контроля больных с хронической сердечной недостаточностью //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 2 (82). – С. 99-103.
23. Irina A., Soliyeva S., Ismoilova Y. Condition of Coronary Arteries and Change of Lipid Profile in Coronary Heart Disease //Annals of RSCB, ISSN. – С. 1583-6258.




UDK 616.728.3-089

MAMATKULOV Komiljon Mardankulovich
PhD

KHOLKHUJAYEV Farrux Ikramovich
KHUSAINBAEV Shohrukhbek Davronbekovich
Samarkand State Medical University

**OUR EXPERIENCE OF PLASTIC SURGERY OF THE ANTERIOR CRUCIATE
LIGAMENT USING THE "ALL INSIDE" METHOD WITH THE TENDONS OF THE
POPLITEAL FLEXORS OR THE TENDON OF THE LONG FIBULAR MUSCLE**

For citation: Mamatkulov M. Komiljon, Kholkhudjayev I. Farrux, Khusainbaev D. Shohrukhbek. Our experience of plastic surgery of the anterior cruciate ligament using the "All inside" method with the tendons of the popliteal flexors or the tendon of the long fibular muscle Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.335-339

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835722>

ANNOTATION

Objective: Stable, reliable minimally invasive surgical treatment for damage to the anterior cruciate ligament using the "all inside" method using the tendons of the thin and semi-tendon muscles and (or) the tendon of the long fibular muscle using Ultrabutton Smit-Nephew.

Material and methods: The work is based on the experience of treating 190 patients with anterior cruciate ligament injuries in Samarkand Branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, where the technique of plastic surgery using tendons of thin, semi-tendon muscles and (or) long fibular muscle was used in the period from 2018 to 2020. The patients ranged in age from 18 to 42 years.

Results: Studied in 190 patients on the Lysholm scale. Excellent results – 71 (37,4%) Good results - 109 (57.4%) and Satisfactory – 10 (5,2%)

Conclusions: Autografts from the tendons of the popliteal hip flexors have been successfully used to restore the stability of knee joints with a damaged anterior ligament in both acute and chronic situations. This technique is a highly effective way to prevent the occurrence of complications, especially problems with stiffness and patellar pain.

Keywords: restoration of the ACL, Ultrabutton Smith-Nephew, instability of the knee joint, the "all inside" method

MAMATKULOV Komiljon Mardankulovich
PhD

XOLXUJAYEV Farrux Ikramovich
KHUSAINBAEV Shohrukh Davronbekovich

НАШ ОПЫТ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ПО МЕТОДУ “ALL INSIDE” СУХОЖИЛИЯМИ ПОДКОЛЕННЫХ СГИБАТЕЛЕЙ ИЛИ СУХОЖИЛИЕМ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ.

Цель: Стабильное, надежное малоинвазивное оперативное лечение при повреждении передней крестообразной связки методом «All inside» с использованием сухожилий тонкой и полусухожильной мышц и (или) сухожилия длинной малоберцовой мышцы с использованием ультрабаттона Smith-Nephew. .

Материал и методы: Работа основана на опыте лечения 190 больных с повреждениями передней крестообразной связки в Самаркандском филиале Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, где применялась методика пластических операций с использованием сухожилий тонких, полусухожильных мышц и (или) длинной малоберцовой мышцы применяли в период с 2018 по 2020 г. Пациенты в возрасте от 18 до 42 лет.

Результаты. Проведено исследование у 190 пациентов по шкале Лисхольма. Отличные результаты – 71 (37,4%) Хорошие результаты – 109 (57,4%) и Удовлетворительные – 10 (5,2%)

Выводы. Аутоотрансплантаты из сухожилий подколенных сгибателей бедра успешно применяются для восстановления стабильности коленных суставов с повреждением передней связки как в острых, так и в хронических ситуациях. Этот метод является высокоэффективным способом предотвращения возникновения осложнений, особенно проблем с тугоподвижностью и болью в надколеннике.

Ключевые слова: восстановление ПКС, Ultrabutton Smith-Nephew, нестабильность коленного сустава, метод “ALL INSIDE”.

MAMATKULOV Komiljon Mardankulovich

PhD

XOLXO'JAYEV Farrux Ikramovich

XUSAINBAYEV Shoxrux Davronbekovich

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

TIZZA BO'G'IMINING OLDINGI XOCHSIMON BOG'LAMASINI TIZZA OSTI BUKUVCHI PAYLARI YOKI KICHIK BOLDIR MUSHAGINING UZUN PAYI YODAMIDA “ALL INSIDE” USULIDA PLASTIKA QILISHDA BIZNING TAJRIBAMIZ

Ishning maqsadi: Ultrabutton Smit-Nephew yordamida ingichka va yarim pay mushaklari paylari va (yoki) uzun fibulyar mushak paylari yordamida " All Inside " usuli yordamida oldingi xochsimon bog'lamning shikastlanishini barqaror, ishonchli minimal invaziv jarrohlik davolash. .

Materiallar va usullar: Tadqiqot Respublika Travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Samarqand filialida oldingi xochsimon bo'g'lamlari jarohati bilan og'rigan 190 nafar bemorni davolashga asoslangan bo'lib, unda yupqa, yarim pay paylari yordamida plastik jarrohlik texnikasi qo'llanildi. Mushaklar va (yoki) uzun fibulyar mushak 2018 yildan 2020 yilgacha bo'lgan davrda ishlatilgan. Bemorlarning yoshi 18 yoshdan 42 yoshgacha.

Natijalar: Lisholm shkalasi bo'yicha 190 bemorda o'rganildi. A'lo natijalar – 71 (37,4%) Yaxshi natijalar – 109 (57,4%) va Qoniqarli natijalar esa – 10 (5,2%)ni tashkil qiladi.

Xulosa: Popliteal son fleksorlarining tendonlaridan avtogreftlar o'tkir va surunkali holatlarda shikastlangan oldingi ligament bilan tizza bo'g'imlarining barqarorligini tiklash uchun muvaffaqiyatli qo'llanilgan. Ushbu usul asoratlarni, ayniqsa qattqlik va patellar og'rig'i bilan bog'liq muammolarni oldini olishning yuqori samarali usuli hisoblanadi.

Kalit so'zlar: OXBni tiklash, Ultrabutton Smit-Nephew, tizza bo'g'imining nostabilligi, “ALL INSIDE” usuli.

Relevance. The restoration of the damaged ligaments of the knee joint is still a very serious task for traumatologists and orthopedists. Of particular importance is the arthroscopic restoration of the ligaments of the knee joint, namely the anterior cruciate ligament (ACL), which occupies the first place in terms of the frequency of injuries, among all injuries of the ligaments of the knee joint. Traumatologists and orthopedists often face this problem. Various implants and biodegrading screws are used in the restoration of the ACL. But when using these implants and biodegrading screws, various variants of complications are also noted, such as a possible fracture of the lower edge of the created channel in the femur, migration of implants and screws into the joint cavity, difficulty in creating a channel at the anatomical place of attachment of the ACL. We performed arthroscopic restoration of the ACL using the "all inside" method in 190 patients using Ultrabutton Smith-Nephew, which is easy to do and the above complications are not observed[2].

Injuries to the ligaments of the knee joint occupy the first place in frequency and account for 50 to 75% of all injuries to the knee joint area [1,3,8]. The main contingent of patients with anterior cruciate ligament (ACL) injuries are young people of working age, leading a physically active lifestyle, engaged in sports. Currently, the most optimal method of treating fresh and long-standing injuries of the ligamentous apparatus of the knee joint is operative [2,3,6,12].

The introduction of arthroscopic technologies and modern implants into a wide clinical practice currently allows us to offer the most effective methods of surgical treatment for knee joint instability, as well as to approach the treatment of such patients differentially, using different methods of surgical treatment depending on the requirements of patients for their future lifestyle [2,5]. Despite the successes achieved in recent decades in knee reconstructive surgery, currently from 15% to 25% of patients suffer from instability and (or) pain after reconstructive plastic surgery of the anterior cruciate ligament [1,4,7]. Subsequently, this inevitably leads to the development of osteoarthritis of the knee joint [4,9].

The purpose of the study. Stable, reliable minimally invasive surgical treatment for damage to the anterior cruciate ligament using the "all inside" method using the tendons of the thin and semi-tendon muscles and (or) the tendon of the long fibular muscle using Ultrabutton Smit-Nephew.

Materials and methods. The work is based on the experience of treating 190 patients with anterior cruciate ligament injuries in Samarkand Branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, where the technique of plastic surgery using tendons of thin, semi-tendon muscles and (or) long fibular muscle was used in the period from 2018 to 2020. The patients ranged in age from 18 to 42 years. Among the patients there were 170 men (89.4%), 20 women (10.6%). All patients underwent plastic surgery of the anterior cruciate ligament using the "all inside" method with the tendons of the thin and semi-tendon muscles and (or) the long fibular muscle. The purpose of preoperative planning was to determine the degree of instability of the joint. In addition to the clinical examination, all patients underwent magnetic resonance imaging (MRI). Concomitant meniscal and lateral ligament injuries were found in 172 patients. Isolated rupture of the ACL was diagnosed in 18 patients. In 185 patients, autotendoplasty was performed using the tendons of the thin and semi-tendon muscles, and in 5 patients, the tendons of the long fibular muscle were used. Transplants were fixed on the femoral canal with the help of Ultrabutton Smith-Nephew on the tibial canal with biodegradable Smith-Nephew implants (Figure 1).



Figure 1 Ultra Button Smit-Nephew
The advantages of this fixation technique are as follows:

1. When fixing the Ultra button, the femoral canal is created at the site of anatomical attachment of the anterior cruciate ligament.
2. A possible fracture of the lower wall of the canal in the femur is excluded, which sometimes occurs when fixing with interference screws.
3. The migration of the implant and getting into the joint cavities is excluded.
4. It is easy to perform, and also the fixation will be reliable.

The average length of the femoral canal during its formation from the medial port was 20 (+5) mm, the average length of the tibial canal was 50 ± 5 mm. The diameter of the femoral and tibial canals was 8.5 ± 1.0 mm. The average length of the graft from the tendons of the thin and semi-tendon muscles and (or) the tendon of the long fibular muscle was 105 ± 15 mm.

Research results:

Studied in 190 patients on the Lysholm scale.

Excellent results – 71 (37,4%)

Good results - 109 (57.4%) and

Satisfactory – 10 (5,2%)

10 (5,2%) patients up to 1 year after surgery remained slightly expressed feeling stiffness and discomfort in the joint, which was stopped over time against the background of the rehabilitation program, including physical therapy, physiotherapy, course of chondroprotectors and intra-articular injections protectors synovial fluid.

Conclusions.

Autografts from the tendons of the popliteal hip flexors have been successfully used to restore the stability of knee joints with a damaged anterior ligament in both acute and chronic situations. This technique is a highly effective way to prevent the occurrence of complications, especially problems with stiffness and patellar pain.

The presented experience of using surgical methods of treatment for various forms of instability of the knee joint indicates the need for a differentiated approach to the choice of operational tactics. The proposed tactics of surgical treatment for anterior instability of the knee joint using the "all inside" method provides:

- firstly, the relative simplicity and reproducibility of surgical techniques with minimal risk of intraoperative complications;
- secondly, the maximum possible restoration of the anatomy and function of the knee joint;
- thirdly, the reliability and strength of fixation, which will allow patients to return to their previous level of physical activity in the shortest possible time.

The proposed method is very relevant in modern conditions and should be used in athletes and people leading an active lifestyle.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Azizov M.J., Irismetov M.E., Ismatullayeva M.N., Rasulov M.R. Метод аутопластической операции при диспластическом вывихе надколенника // Материалы Междисциплинарной научно – практической конференции с международным участием (Лечение артрозов всё кроме замены сустава) 13-14 май. – Казань, 2016. - С. 6-8.
2. Azizov M.J., Irismetov M.E., Rasulov M.R. Наш способ оперативного лечения привычного вывиха надколенника // Вопросы теоритической и клинической медицины. – Ереван, 2018. - №12. - С. 17-20.
3. Azizov M.J., Irismetov M.E., Rasulov M.R. Способ хирургического лечения посттравматического привычного вывиха надколенника у спортсменов // Вісник ортопедії, травматології та протрузивання (український науково – практичний журнал). - Киев, 2015. - №1. - С. 56-59.
4. Golovaха M.L. Корреляция данных МРТ и артроскопии при травматических повреждениях коленного сустава. Лікарю, що практикує // ToGeneralPractitioner. – 2011. – Т. 12, №2. - С. 99-104.

5. Irismetov M.E., Ismatullayeva M.N., Rasulov M.R. Хирургические методы лечения привычного вывиха надколенника и анализ результатов // Материалы научно-практической конференции травматологов – ортопедов Узбекистана (Актуальные вопросы травматологии и ортопедии). – Самарканд, 2014. - С. 298.
6. Kholkhudjayev F.I., Oripov F.S. Structural components of bones of the hip joint in different periods of life. International Journal of Pharmaceutical Research | Jan – Jun 2020 | Vol 12 | Supplementary Issue 1.
7. Kholkhuzhaev F. I., Oripov F. S., Urinbaev P. U. Some indicators of the frequency of combination of bone fractures with diseases of the gastrointestinal tract // Voprosy nauki i obrazovaniya. – 2021. – no. 8(133). - P. 4-9.
8. Kholkhuzhaev F.I., Oripov F.S. Changes in the endocrine cells of the epithelium of the small intestine mucosa in the post-reproductive period // Journal of Biomedicine and Practice. – 2022.-№4(7). -FROM. 230-237.
9. Kotel'nikov G.P. Посттравматическая нестабильность коленного сустава // Монография. – Самара, 1998.
10. Kuznetsov I.A. Совершенствование методов лечения повреждений коленного сустава с применением эндоскопической техники: Дисс. д-ра мед. наук. - СПб, 1998. - С. 594.
11. Kuznetsov I.A., Fomin N.F. Современные подходы к хирургическому лечению хронической задней нестабильности коленного сустава // ФГБУ Российской научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Минздрава России. - 2015. 107
12. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р., Исмоилова Ю. А. Мировой опыт работы специализированных клиник по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью // Вестник врача. – 2021. – №. 3. – С. 100.



ABDURAXMANOV Diyor Shukurullaevich

Doctor of philosophy

SHERBEKOV Ulugbek Akhrarovich

Doctor of Medical Sciences

Samarkand State Medical University

SURGICAL CHOICE OF PLASTY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS AND ABDOMINOPTOSIS

For citation: Abduraxmanov Diyor, Sherbekov Ulugbek. Surgical choice of plasty in patients with postoperative ventral hernias and abdominoptosis. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 340-345



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835734>

ANNOTATION

Computed hernioabdominometry (CTGA) was carried out together with the goal of determining the volume of the hernial collar, the size of the covered hernial pack, and in addition, in order to establish in advance the method of hernial allo-as well as abdominoplasty. This method was done in 58 (86.6%) patients with ventral hernias and morbid obesity. The acquired figures of the pathology of the anterior abdominal wall topography made it possible to form a reasonable fee for the patient before the operation, and in addition, to choose the best method of hernioplasty personally for the purpose of any patient.

Key words: Ventral hernias, Computed hernioabdominometry.

АБДУРАХМАНОВ Диёр Шукуруллаевич

Кандидат медицинских наук

ШЕРБЕКОВ Улугбек Ахрарович

Доктор медицинских наук

Самаркандский Государственный медицинский университет

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ВЫБОР ПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И АБДОМИНОПТОЗОМ

АННОТАЦИЯ

Компьютерная герниоабдоминометрия (КТГА) велась вместе с мишенью установления объемов грыжевых воротник, размера охватываемого грыжевого ранца, а кроме того с целью заблаговременного установления способа герниоалло- а также абдоминопластики. Данный способ был сделан 58 (86,6%) больным вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением. Приобретенные фигуры патологии топографии передней абдоминальной стены позволили сформировать разумную сборки пациента пред операцией, а кроме того подобрать наилучший метод герниопластики персонально с целью любого больного.

Ключевые слова: Вентральные грыжи, Компьютерная герниоабдоминометрия.

АБДУРАХМАНОВ Диёр Шукуруллаевич

Тиббиёт фанлари номзоди

DSc Шербеков Улугбек Ахрарович

Тиббиёт фанлари доктори

Самарканд давлат тиббиёт университети

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРА ВА АБДОМИНОПТОЗИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ПЛАСТИКА ТАНЛАШ

АННОТАЦИЯ

Чурра дарвозасининг ўлчамини, чурра халтаси таркибининг ҳажмини аниқлаш, шунингдек, чурра алло- ва абдоминопластиканинг дастлабки усулини аниқлаш учун компьютертомографик герниоабдоминометрия (КТГА) ўтказилди. Ушбу усул қорин бўшлиғи чурраси ва морбид семизлик билан оғриган 58 (86,6%) беморларда амалга оширилди. Қорин олд деворининг топографиясини бузишнинг олинган шакллари операция олдидан беморнинг оқилона тайёргарлигини ишлаб чиқиш, шунингдек, ҳар бир бемор учун индивидуал равишда герниопластиканинг оптимал усулини танлаш имконини берди.

Калит сўзлар: Вентрал чурралар, Компьютертомографик герниоабдоминометрия.

Повышение числа больных вместе с сопутствующими ожирению болезнями, в этом количестве вместе с вентральными грыжами устанавливает потребность раскрытия отличительных черт хирургического излечения грыж при подобных больных, исследования наилучших хирургических способов, раскрытия вероятных осложнений в послеоперационном этапе, исследования граней согласно их предотвращению. Имеющееся на сегодняшний день многообразие хирургических средних учебных заведений, методов герниопластики, в некоторых случаях противоположно обратные убеждения различных докторов в 1 а также эту ведь вопрос, устанавливают потребность систематизации а также верной балла существующих познаний согласно этой вопросу (2,3,4,6).

Подобным способом, несомненно, то что до тех пор пока из числа докторов отсутствует общего взгляды в подборе метода а также размера своевременного вмешательства при больных вместе с излишней весом туловища а также ожирением, обладающих вентральные а также повторные послеоперационные грыжи (1,5). Кроме формирования общей концепции, важны соответствующее проблемы: никак не только лишь осуществить герниопластику при толстого больного в отсутствии рецидива, однако а также никак не игнорировать эстетическим компонентом (7,8,9,10). В взаимосвязи вместе с данным нужна совершенствование а также создание алгоритмов хирургического излечения с целью этой группы пациентов (11,12).

Цель исследования. Предопределить способности компьютерной герниоабдоминометрии (КТГА) с целью установления способа герниоалло- а также абдоминопластики при пациентов вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением.

Материал и методы исследования

Компьютерная герниоабдоминометрия (КТГА) велась вместе с мишенью установления объемов грыжевых воротник, размера охватываемого грыжевого ранца, раскрытия добавочных повреждений апоневроза, раскрытия сопутствующей патологии организаций абдоминальный полости, толщины а также размеренности подкожно-жировой клетчатки передней абдоминальный стены, а кроме того с целью заблаговременного установления способа герниоалло- а также абдоминопластики. Данный способ был сделан 58 (86,6%) больным вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением.

В период изучения проделывалось представление топографии мышечно-апоневротических материалов: роль пребывания недостатка, масштабы грыжевого ранца,

врата, соединительно-тканые сращения среди стенкой грыжевого ранца а также его охватываемым, а кроме того перемены материалов: их состав, насыщенность, слой. Присутствие исполнения больным КТГА акцентировали интерес в состояние больного, что представляет значительную значимость. Присутствие обследовании больного в горизонтальном состоянии вправимое грыжевое выпуклость засовывается а также делается недостижимым с целью исследования, по этой причине пациента изучали на ногах вместе с усилением мускул передней абдоминальной стены. Принимали во внимание толщину а также равномерность распределения подкожножировой клетчатки передней абдоминальной стены, давая оценку присутствию данному вероятности исполнения абдоминопластики.

Результаты и их обсуждение.

При 34 пациентов точно визуализирован повреждение в проекции грыжевого выпячивания. Согласно собственной длине данное существовали воспитания с Пятьдесят вплоть до 250 миллиметров, вместе с шириной с 50 вплоть до 180 миллиметров. В проекции грыжевых воротник обнаруживали компоненты сальника, петли узкой внутренности, а кроме того более подвижные доли жирного кишечного тракта (рис. 1).



Рис. 1. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдонометрия больной П., 56 лет с послеоперационной вентральной грыжей (M₂W₃R₀)

Между содержимым грыжевого мешка и его стенками выявляли спайки. Каркас передней брюшной стенки в зоне грыжевых ворот был истончен, его толщина доходила порой до 3-4 миллиметров (p<0,05). Его основная масса была представлена кожным покровом и париетальным листком брюшины (рис. 2).

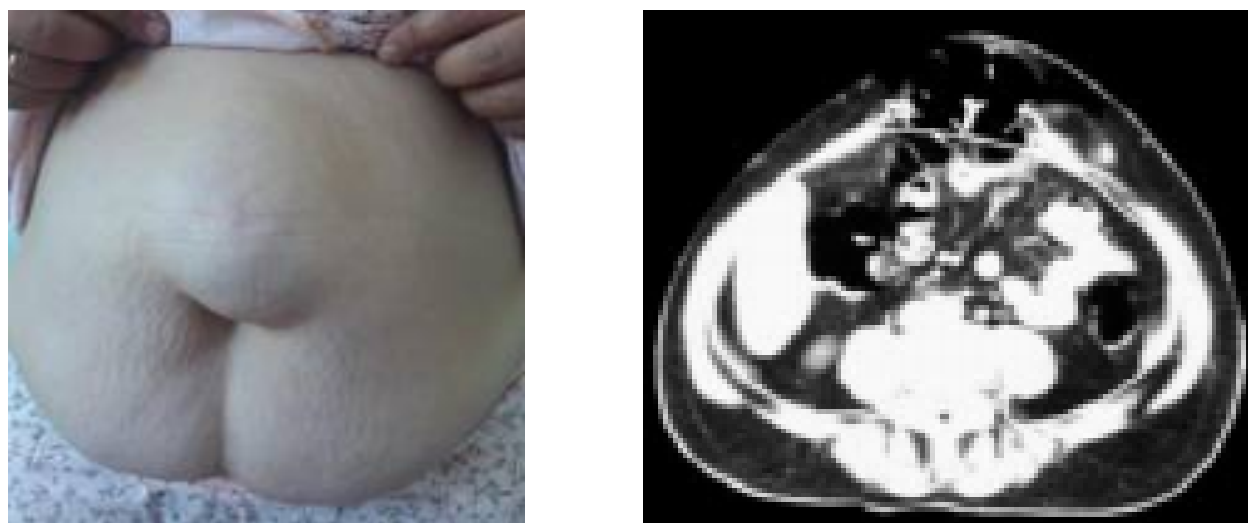


Рис. 2. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдонометрия больной К., 52 лет с послеоперационной вентральной грыжей (M₂W₂R₀)



Рис. 3. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдоминометрия больной С., 62 лет с послеоперационной вентральной грыжей (M₂W₃R₀)

Немодифицированный материал *m. rectus abdominis* непосредственных мускул при 21 (36,2%) пациента вместе с послеоперационной вентральной грыжей визуализировалась гомогенной, насыщенность ее текстуры собрала вплоть до 40-50 единиц HU, шириной наиболее 1-го сантиметра, а также точными, прямыми, немодифицированными силуэтами. При 37 (63,8%) исследуемых в *m. rectus abdominis* отмечалось внезапное утончение, зоны разволокнения материалов (рис. 3). Установлено рассеянное перемена густоты мускульных строений с уменьшением густоты вплоть до 20-30 единиц HU. В фоне рассеянного уменьшения густоты точно складывались зоны замещения мускульных компонентов монтажной материей, а кроме того отмечалось возникновение жирной клетчатки среди группами мускульных волокон непосредственных мускул живота (рис. 4).

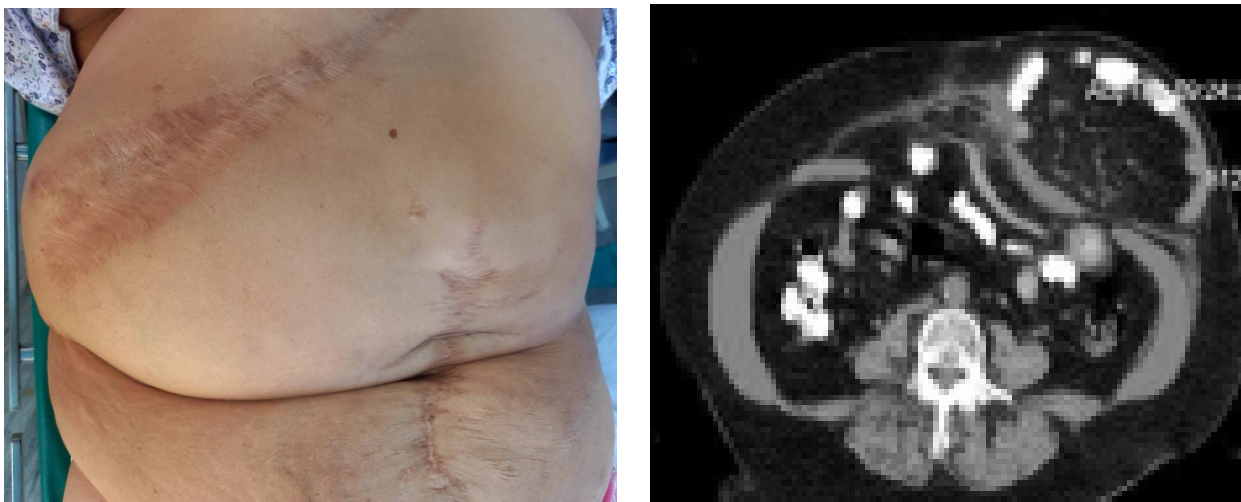


Рис. 4. Вид передней брюшной стенки и компьютерная герниоабдоминометрия больной Г., 54 лет с послеоперационной вентральной грыжей (L₁W₃R₂)

Объем грыжевых воротник расценивали согласно составу $A/2 \times B/2 \times 3,14 = \text{см}^2$, получая грыжевые врата из-за эллипс, в каком месте А – максимальный, В – минимальный диаметр эллипса. Размер грыжи а также абдоминальный полости вместе с тазом мерили согласно непосредственный КТметодике линией обводки любого среза а также строения их итогов. Так как вблизи создателей (Rodrigues A.J., 2003) берется, то что болезнь – данное шарик, в таком случае размер ее мерили согласно составу $a \times b \times c \times 0,52 = \text{см}^3$, в каком месте а, b, c – перпендикулярный, переднезадний масштабы а также протяженность грыжи (рис.5).

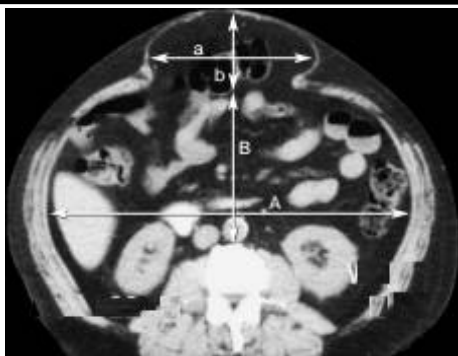


Рис. 5. Измерение объема грыжи и брюшной полости: а – поперечный размер грыжи, b – переднезадний размер грыжи; А – поперечный размер брюшной полости, В – переднезадний размер брюшной полости.

Так как абдоминальную углубление вместе с тазом получают из-за вкрапление, в таком случае размер их надеялись согласно этой ведь составе: $A \times B \times C \times 0,52 = \text{см}^3$, в каком месте А – перпендикулярный объем абдоминальный полости, В – переднезадний объем, Вместе с – протяженность абдоминальный полости вместе с тазом с купола диафрагмы вплоть до тазового низа. Переднезадний объем абдоминальный полости я мерили в степени бифуркации аорты с переднего местности позвонка вплоть до абдоминальный стены либо грыжевых воротник, если такой никак не существовало. В дополнение с целью наглядности осуществляли MPR реконструкцию (сагиттальную либо переднюю) абдоминальный полости а также грыжи.

Присутствие условном размере грыжевого выпячивания меньше 5% с размера абдоминальный полости, грыжи полагали небольшими. В случае если условный размер грыжевого выпячивания сочинял с 5,1% вплоть до Четырнадцать,0% с размера абдоминальный полости их полагали посредственными грыжами а также полагали допустимым осуществление натяжных методов герниоаллопластики – вживление эндопротеза «on lay» вместе с ушиванием недостатка.

Присутствие условном размере грыжевого выпячивания в границах Четырнадцать,1%-18%, болезнь полагали огромным, присутствие данном способом подбора существовали ненапряжные протезирующие пластики, «коррекция» либо «реконструкция» передней абдоминальный стены. Присутствие 18% а также наиболее условного размера грыжевого выпячивания с размера абдоминальный полости болезнь являлась огромной, подбор действия проистекал только лишь в выгоду ненапряжной пластики - вживление эндопротеза «onlay» в отсутствии ушивания недостатка, вживление сочетанным методом «onlay + sublay» эндопротеза в отсутствии ушивания недостатка а также вживление сочетанным методом «onlay + sublay» в отсутствии ушивания недостатка вместе с мобилизацией влагалищ непосредственных мускул живота согласно Ramirez.

Заключение. КТ герниоабдоинометрия считается информативной в диагностике капиталом материалов передней абдоминальный стены при больных вместе с послеоперационной вентральной грыжей. Использование этой технологии дает возможность приобрести наиболее детальное а также точное представление полотна, повлиявшей в перемена топографии а также текстуры компонентов мышечно-апоневротического скелета. Приобретенные фигуры патологии топографии позволили сформировать разумную сборки пациента перед операцией, в связи с объемов грыжи, а кроме того подобрать наилучший метод герниопластики персонально с целью любого больного.

Литература.

1. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E., Davlatov S. S. Criteria for choosing surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity // Electronic innovation bulletin. – 2021. – №. 7. – С. 57-67.
2. Abduraxmanov D. S. et al. Tensioned hernioplasty and abdominoplasty in patients with morbid obesity // Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 88-98.
3. Akhmedov B. A. et al. Advanced long-tension hernioalloplasty method for inguinal hernia // Volgamedscience. – 2021. – С. 335-336.
4. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патологиями // Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.

5. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.
6. Абдурахманов Д., Усаров Ш., Рахманов К. Критерии выбора хирургического лечения больных с вентральными грыжами и ожирением // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 17-22.
7. Бабажанов А. С. и др. Критерии выбора герниоалло-и абдоминопластики по результатам герниоабдоинометрии // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
8. Курбаниязов З. Б., Шербеков У. А., Мардонов Б. А. Обоснование симультанных операций при грыжах живота по результатам исследования «стрессовых» гормонов // Re-health journal. – 2021. – №. 2 (10). – С. 247-255.
9. Курбаниязов З. Б., Шербеков У. А., Мардонов Б. А. Периоперационная динамика «стрессовых» гормонов при симультанных операциях у больных с грыжами живота // Sciences of Europe. – 2021. – №. 70-2. – С. 26-33.
10. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Критерии выбора пластики у больных послеоперационными вентральными грыжами и абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 40-45.
11. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Особенности герниои абдоминопластики у больных с послеоперационной вентральной грыжей и абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 46-53.
12. Юлдашов П. А. и др. Клиническая эффективность эндовидеохирургической герниопластики при вентральных грыжах // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
13. Мамараджабов, С. Э. Роль и место сероэпидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области / С. Э. Мамараджабов, Ж. А. Ризаев, С. Р. Баймаков // Актуальные аспекты медицинской деятельности : сборник статей I Международной научно-практической конференции, Киров - Самарканд, 21 июня 2021 года. – Киров: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 209-212. – EDN DOETDC.
14. Mirdjalol Dehkanovich Djuraev, Nodir Maxammatkulovich Rahimov, Mavluda Nigmatovna Karimova, Shakhnoza Shavkatovna Shakhanova. Current Views On The Pathogenesis Of The Parietal-Visceral Pathway Of Gastric Cancer Metastasis. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2021/3/31. Том 3, № 03, P 94-103.

ISSN: 2181-9904
www.tadqiqot.uz**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ**
ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE**ABDURAXMANOV Diyor Shukurullaevich**

Doctor of philosophy

SHERBEKOV Ulugbek Akhrarovich

Doctor of Medical Sciences

Samarkand State Medical University

**HERNIO- AND ABDOMINOPLASTY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTAL
HERNIA AND ABDOMINOPTOSIS**

For citation: Abduraxmanov Diyor, Sherbekov Ulugbek. Hernio- and abdominoplasty in patients with postoperative ventral hernia and abdominoptosis// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 346-354

<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835740>**ANNOTATION**

A study of the results of a single examination and surgical treatment of 121 patients with ventral hernia and concomitant morbid obesity along with the use of a differentiated layout for the selection of a hernia repair and abdominoplasty method is shown. Improvement in the industrial nuances of non-tension hernia alloplasty, together with the implantation of the endoprosthesis by the combined onlay + sublay method in combination with abdominoplasty, allowed to smooth out the recurrence of the disease (in the comparison team, the recurrence was 12.5%). The presented method of appropriate preoperative preparation, as well as the selection of the method of hernia allo- and abdominoplasty in patients with abdominal hernias and abdominoptosis, allowed to reduce the frequency of postoperative complications from 14.8% down to 8.9% ($p=0.045$), in this number of wounded together with 11.5% up to 4.5%.

Key words: Ventral hernias, morbid obesity, surgical method.

АБДУРАХМАНОВ Диёр Шукуруллаевич

Кандидат медицинских наук

ШЕРБЕКОВ Улугбек Ахрарович

Доктор медицинских наук

Самаркандский Государственный медицинский университет

**ГЕРНИО- И АБДОМИНОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ И АБДОМИНОПТОЗОМ****АННОТАЦИЯ**

Показан исследование итогов единого освидетельствования а также хирургического излечения 121 пациентов вместе с вентральной грыжей а также сопутствующим морбидным ожирением вместе с применением дифференцированного расклада к подбору способа гернио- а также абдоминопластики. Улучшение промышленных нюансов исполнения ненапряжных способов герниоаллопластики вместе с имплантацией эндопротеза сочетанным методом

«onlay+sublay» в комбинации вместе с абдоминопластикой разрешило сглаживать повторение заболевания (в команде сопоставления повторение 12,5%). Представленный метод соответственной предоперационной подготовки а также подбора метода герниоалло- а также абдоминопластики при пациентов вместе с грыжами брюха а также абдоминоптозом разрешило уменьшить частоту послеоперационных осложнений вместе с 14,8% вплоть до 8,9% ($p=0,045$), в этом количестве раневых вместе с 11,5% вплоть до 4,5%.

Ключевые слова: Вентральные грыжи, морбидное ожирение, хирургическая способ.

АБДУРАХМАНОВ Диёр Шукуруллаевич

Тиббиёт фанлари номзоди

DSc Шербек Улуғбек Ахрарович

Тиббиёт фанлари доктори

Самарканд давлат тиббиёт университети

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЧУРРАСИ ВА АБДОМИНОПТОЗИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ГЕРНИО- ВА АБДОМИНОПЛАСТИКАСИ

АННОТАЦИЯ

Герниопластика ва абдоминопластика усулини танлашга дифференциал ёндашувдан фойдаланган ҳолда қорин бўшлиғи чурраси ва қўшма семизлик билан оғриган 121 нафар беморни комплекс текшириш ва жарроҳлик даволаш натижалари таҳлили келтирилган. Абдоминопластика билан биргаликда "onlay+sublay" комбинацияланган усули ёрдамида эндопротезни имплантация қилиш билан чурра аллопластикасининг таранглашмаган усуллари техник жиҳатларини такомиллаштириш касалликнинг қайталанишини тенглаштиришга имкон берди (таққослаш гуруҳида релапс 12,5 ни ташкил етди. %). Қорин бўшлиғи чурралари ва абдоминоптозиси бўлган беморларда операциядан олдинги адекват тайёргарлик ва чурра алло- ва абдоминопластика усулини танлаш учун тавсия етилган алгоритм операциядан кейинги асоратларни 14,8% дан 8,9% гача ($p=0,045$), шу жумладан яра асоратларини камайтиришга имкон берди. 11,5% дан 4,5% гача.

Калит сўзлар: Вентрал чурралар, морбид семизлик, жарроҳлик тактикаси.

Согласно сведениям Мировой компании здравоохранения на сегодняшний день значительную популярность а также направленность к увеличению из числа жителей приобрело болезнь (11,12). Болезнь считается никак не только лишь первой причиной подобных основательных терапевтических болезней, равно как гипертоническая заболелание, ИБС, начальный склероз кровеносный сосуд, сладкий болезнь 2 вида, гормонные патологии, существенно увеличивающих угроза ранней гибели, однако а также содействует возникновению вентральных грыж, равно как основных, таким образом а также уже после разных вмешательств в органах абдоминальный полости (2,5,6). Равно как принцип, такого рода состав пациентов предполагает конкретную трудность с целью докторов согласно фактору существующих основательных сопутствующих болезней, возможных будущих промышленных проблем в период действия, а кроме того значительного зарубежка формирования осложнений в послеоперационном этапе. Зачастую подобные больные приобретают отклонение в плановом эксплуатационном излечении вместе с советами «сначала сбросить лишний вес, затем оперироваться». Процедура, сделанная согласно срочным указаниям, сопутствуется в ряд один раз наиболее большим операторным риском при данных больных (1,3,10). Вызванный присутствием грыжи пониженный обстановка расположения вплотную вплоть до депрессии, гиподинамии содействуют еще наибольшему нарастанию народ туловища, а также, равно как результат, повышению грыжи. Ненормально сделанная процедура вместе с дальнейшим рецидивом еще более усугубляет свойство существования больных, уменьшает религию в вероятность лечения а также возврата к стандартной существования (4,9).

Подобным способом, несомненно, то что до тех пор пока из числа докторов отсутствует общего взгляды в подборе метода а также размера своевременного вмешательства при больных вместе с излишней весом туловища а также ожирением, обладающих вентральные а также повторные послеоперационные грыжи. Кроме формирования общей концепции, важны соответствующее проблемы: никак не только лишь осуществить герниопластику при толстого больного в отсутствии рецидива, однако а также никак не игнорировать эстетическим компонентом. В взаимосвязи вместе с данным нужна совершенствование а также создание алгоритмов хирургического излечения с целью этой группы пациентов (3,7,8).

Целью исследования считается усовершенствование итогов хирургического излечения пациентов вентральными грыжами а также морбидным ожирением линией оптимизации тактико-технических нюансов исполнения соединенной герниоалло- а также абдоминопластики.

Материал и методы исследования. Изучение базируется в итогах освидетельствования а также излечения 121 пациентов вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением, какие резаны в хирургическом филиале больницы Самаркандского государственного медицинского университета в промежутки вместе с 2012 согласно 2021 гг. Все без исключения больные существовали резаны в плановом режиме, а также в связи с подбора стратегии излечения пациенты распределены в 2 категории. Главную категорию, категорию сопоставления собрали 54 пациентов вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением, коим исполнялась только лишь герниоаллоопластика. Другую, главную категорию собрали 67 пациентов, коим герниоаллоопластика дополнено абдоминопластикой.

С 121 пациентов представителей сильного пола существовало 37 (30,6%), девушек – 84 (69,4%). Разделение согласно году: вплоть до 45 года – 22 (18,2%), 46-59 года – 67 (55,4%), 60-74 года - 29 (23,9%), 75-80 года – 3 (2,5%).

Абсолютно всем пациентам проводили антропометрию вместе с раскрытием народ туловища. При абсолютно всех больных было морбидное болезнь - алиментарная, объясненная отличительными чертами кормления, в комбинации вместе с невысокой физиологической энергичностью. Излишнюю народ туловища расценивали согласно систематизации порекомендованной специалистами Масса. Больных согласно уровня птоза передней абдоминальной стены делили согласно систематизации А. Matarasso (1989 г.). Наименьший а также умеренный птозис (I-II степень) установлено при 34 а также 42 пациентов вместе с ожирением III-IV уровня в соответствии с этим в исследуемых группах. Средний а также выявленный птозис (III-IV уровень) установлено при Двадцатый а также Двадцать пять пациентов ожирением III-IV уровня (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов с морбидным ожирением по степени абдоминоптоза

| Ожирение III-IV | Группа сравнения (n=54) | | Основная группа (n=67) | | Всего (n=121) | |
|-----------------|-------------------------|------------|------------------------|------------|---------------|------------|
| | Абдоминоптоз | | | | | |
| | I-II | III-IV | I-II | III-IV | I-II | III-IV |
| | 34 (62,9%) | 20 (37,1%) | 42 (62,7%) | 25 (37,3%) | 76 (62,8%) | 45 (37,2%) |

С 121 пациента вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением при 90 (74,4%) были сопутствующие коморбидные болезни. С их 49 пациентов обладали еще 1 сопутствующую патологию, 29 – 2 а также 12 – 3 сопутствующих болезней иных организаций а также концепций. Из числа сопутствующих патологий зачастую попадались сердечно-сосудистые болезни в 82,6% ситуации, нарушение респираторной концепции при 9 (7,4%) пациентов, варикозная заболевание тельных конечностей при Двадцатый (16,5%) пациентов а также сладкий болезнь при 32 (26,4%) пациентов.

В соответствии с систематизации, Chervel J.P. а также Rath A.M. (1999 г.) при сдерживающего многих пациентов (85 – Семьдесят,2%) существовали надпочечные (M1) а

также околопупочные (M2) грыжи. Минимальное число пациентов существовало вместе с побочными (L) 9 (7,4%) а также соединенными (M+L) 3 (2,5%) вентральными грыжами. При 46 (38,0%) пациентов существовали крупные (W3) а также огромные (W4) грыжи. С 121 пациента при Сорок (33,0%) они существовали основными, при Пятьдесят (41,3%) пациентов существовали послеоперационные вентральные грыжи (R0) а также при 31 (25,6%) пациента - повторные (Rn).

С приборных способов изучения максимальной информативностью располагала компьютернотомографическая герниоабдоминометрия (КТГА) сделанная 58 больным главной категории (рис. 1). КТГА позволило раскрыть недостатки топографии передней абдоминальной стени, установить условный размер грыжи к размеру абдоминальной полости, обозначить соответствующую предоперационную сборки а также подобрать наилучший метод пластики. Согласно нашим изучением присутствие условном размере грыжевого выпячивания вплоть до 14,0% с размера абдоминальной полости допустимо применение натяжных методов герниоаллопластики – имплантации эндопротеза «onlay» вместе с ушиванием недостатка. Присутствие размере наиболее Четырнадцать,1% преимущество давали ненатяжным способам пластики

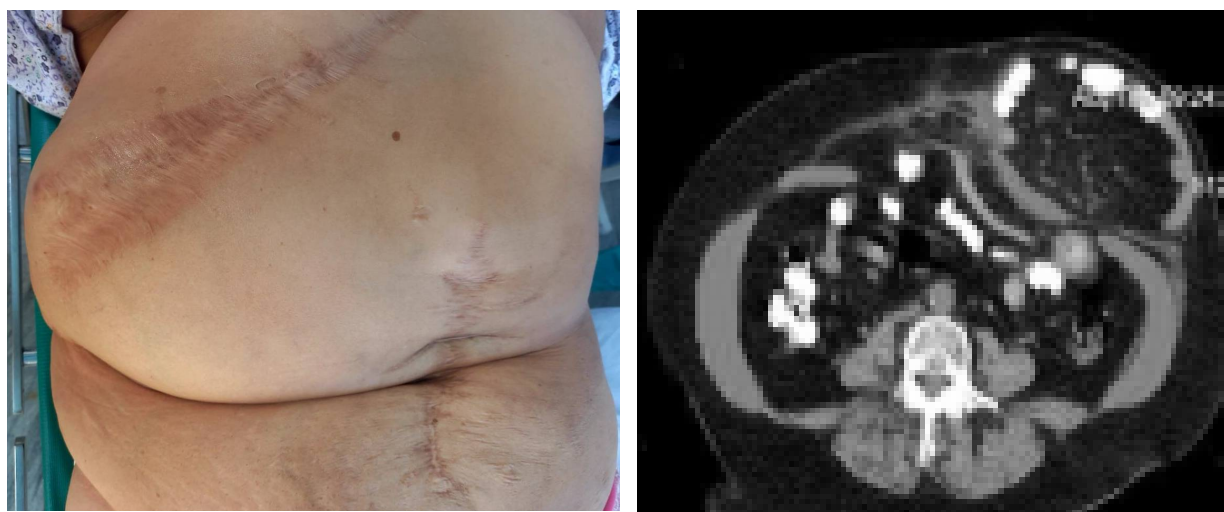


Рис. 1. Вид передней брюшной стени и компьютерная герниоабдоминометрия больной Г., 54 лет с послеоперационной вентральной грыжей (L₁W₃R₂) и абдоминоптозом III ст.

При 46 (68,6%) больных главной категории вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением в предоперационном стадии я проводжали учебную приспособление к увеличению внутрибрюшинного давления вместе с поддержкой порекомендованного улучшенного пневматического пояс-бандажа. Применение технологии при пациентов вместе с вентральными грыжами W3-W4 а также морбидным ожирением позволило уменьшить угроза формирования компартмент синдрома.

Пациентам в команде сопоставления (n=54) герниоаллопластика при Тридцать семь (68,5%) больных сделана натяжными а также при 17 (31,5%) ненатяжными методами.

В главной команде подбор герниоаллопластики был дифференцированным а также дополнена абдоминопластикой в соответствии с порекомендованной нами проекте. Пациенты главной категории согласно итогам проекты существовали распределены в 4 подгруппы.

Больным 1-й подгруппы вместе с итоговым числом взятых баллов вплоть до 5, а кроме того присутствие размере грыжевого выпячивания вплоть до 14% с размера абдоминальной полости согласно сведениям КТ герниоабдоминометрии осуществляли имплантацию эндопротеза «onlay» вместе с ушиванием грыжевого недостатка. Данную категорию собрали 24 (35,8%) больных вместе с морбидным ожирением а также абдоминоптозом III-IV уровня а также им герниоаллопластика дополнена абдоминопластикой.

В 2-й подгруппе вместе с числом баллов с 6 вплоть до 10 вместе с учетом сведений КТ герниоабдоминометрии вместе с размером грыжевого выпячивания наиболее 14,1% с размера абдоминальный полости я осуществляли ненатяжную пластику. Вместе с мишенью повышения размера абдоминальный полости, с целью предотвращения формирования компартмент синдрома, уже после отграничения абдоминальный полости лоскутом грыжевого ранца, пластмассы передней абдоминальный стены проделывалась наложением сетки в болезнь в отсутствии его ушивания. Фиксацию эндопротеза совершали П-образными швами, предварительно совмещенными вместе с захватом абсолютно всех пластов мышечно-апоневротической стены вплоть до брюшины.

При 12 (17,9%) пациентов в 3-й подгруппе главной категории вместе с объемами грыжевого недостатка наиболее Десяти см а также размером грыжевого выпячивания наиболее 18% с размера абдоминальный полости согласно сведениям КТ герниоабдоминометрии существовала сделана сочетанная ненатяжная герниопластика «onlay + sublay», проспектор.буква. единственный имплантат располагали за спиной мышечно – апоневротического покрова уже после отграничения абдоминальный полости лоскутом грыжевого ранца, 2-ой имплантат располагали надо апоневрозом (рис. 2).

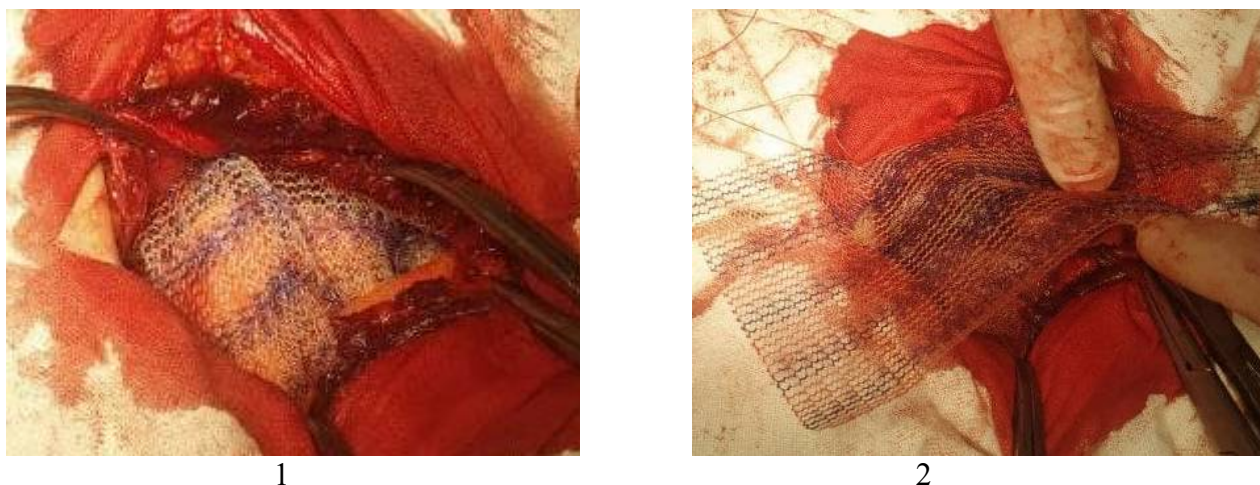


Рис. 2. Этапы фиксации эндопротеза «sublay» (1) и «onlay» (2) заранее наложенными П-образными швами

В 4-й подгруппе при 13 пациентов вместе с абдоминоптозом III-IV уровня а также числом баллов с 16 до 20, в каком месте был большой угроза натяжения материалов а также увеличения внутрибрюшинного давления я использовали ненатяжную аллопластику вместе с мобилизацией влагалищ непосредственных мускул живота согласно Ramirez (табл. 2).

Таблица 2.

Виды герниоалло- и абдоминопластики в основной группе

| Подгруппы | Вид операции | Количество | % |
|---------------------------|---|------------|------|
| Натяжные способы пластики | | | |
| 1-я подгруппа | Имплантация эндопротеза «onlay» с ушиванием дефекта + абдоминопластика | 24 | 35,8 |
| Ненатяжные способы | | | |
| 2-я подгруппа | Имплантация эндопротеза «onlay» без ушивания дефекта + абдоминопластика | 18 | 26,9 |
| 3-я подгруппа | Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» эндопротеза без ушивания дефекта + абдоминопластика | 12 | 17,9 |
| 4-я подгруппа | Имплантация комбинированным способом «onlay + sublay» без ушивания дефекта с | 13 | 19,4 |

| | | | |
|--|--|----|-----|
| | мобилизацией влагалищ прямых мышц живота по Ramirez + абдоминопластика | | |
| | Всего | 67 | 100 |

В главной команде абсолютно всем пациентам уже после окончания пластики передней абдоминальной стенки осуществляли абдоминопластику. Напрямую перед операцией осуществляли «разметку» шкурки, доступную удалению, что обрамляет грыжевое выпуклость, прежний постоперационный шрам а также кожно-жировую складку (рис. 3).



Рис. 3. Разметка кожи типа "якоря" (разрез по Castanares) (1) и передняя брюшная стенка после абдоминопластики (2)

Размещение питающих кровеносный сосуд принимали во внимание присутствие планировании абдоминопластики, для того чтобы исключить пересечения минувших. Данное могло спровоцировать из-за собою обучение граничных некрозов царапины. Рубцы передней абдоминальной стенки уже после разных предшествующих действий не соблюдают снабжение шкурки а также парентеральной клетчатки, по этой причине я непременно высекали их с целью этого, для того чтобы исключить воспитания зон шкурки а также подкожно-жировой клетчатки вместе с неудовлетворительным кровоснабжением, то что способен послужить причиной к разным местным осложнениям в дальнейшем. Вследствие геометральной фигуре якоробразного разреза, местности царапины уже после сшивания ощущают поперечное растяжение только лишь в середине. Согласно грани вытаскивания с середины операторной царапины мощи натяжения распределяются более в горизонтальном направлении, понижая вместе с тем наиболее угроза граничных некрозов а также расхождения швов.

Результаты и их обсуждение.

Необходимо выделить, то что в обычном в 1-го пациента команде сопоставления доводилось 2-3 отягощения в варианте сочетания бронхо-легочных либо (а также) сердечно-сосудистых вместе с раневыми отягощениями. В полном в команде сопоставления существовало 8 (14,8% с 54) пациентов вместе с разными отягощениями, с каковых при 6 (11,1%) замечены раневые отягощения а также при 4 (7,4%) – единые внеабдоминальные отягощения. В главной команде существовало 6 (8,9% с 67) пациентов вместе с разными отягощениями, при 3 (4,5%) – раневые а также еще при 3 (4,5%) - единые. Согласно относительному показателю согласно числу осложнений принято правдивое усовершенствование в главной команде (Критерий $\chi^2 = 4,043$; $Df=1$; $p=0,045$).

Затем, проанализированы дальние итоги при 93 (76,8%) с 121 резанных пациентов, повторение вентральной грыжи замечен при 5 (12,5%) пациентов в команде сопоставления. Установлено, то что главной фактором рецидива грыж возникло сохранение уже после герниоаллопластики существенного кожно-жирового фартука, что из-за внутрибрюшинного давления а также гравитационной мощи сдвигает имплант вниз, оголив небольшие зоны абдоминальной стенки в верхней доли протеза. Кроме того фактором рецидива представились воспаление академия вместе с отторжением импланта при пациентов вместе с проявленным

абдоминоптозом III-IV уровня. Улучшение промышленных нюансов исполнения ненатяжных способов герниоаллопластики вместе с имплантацией эндопротеза сочетанным методом «onlay+sublay» в комбинации вместе с абдоминопластикой разрешило сглаживать повторение заболевания (рис. 4).

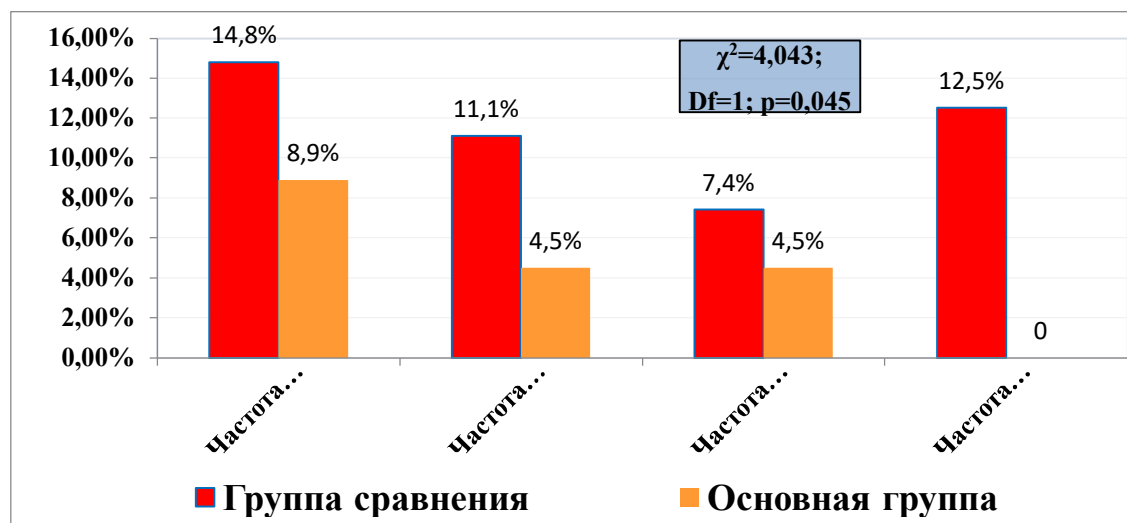


Рис. 4. Сравнительный анализ результатов лечения в исследуемых группах

Медицинская результативность соединенной герниоалло- а также абдоминопластики при пациентов вместе с грыжами брюха а также абдоминоптозом кроме того доказана существенным сокращением уровня полноты, усовершенствованием характеристик наружного дыхания, направленности к уменьшению значительных чисел Преисподняя а также сладкого диабета.

Согласно исследованной проекте установления свойства существования больных оценены 87 (93,5%) с 93 пациентов, следивших в дальнем послеоперационном этапе. С их 36 пациентов с категории сопоставления а также 51 заболевший с главной категории. В команде сопоставления хорошие итоги существовали заработаны при Одиннадцать (30,5%) пациентов, неплохие при Семнадцати (47,2%), неплохие при 5 (13,9%) больных а также недостаточные в 3 (8,3%) вариантах. В собственную очередность в главной команде хорошие итоги существовали заработаны при 28 с 51 (54,9%) пациента, неплохие при 19 (37,2%), неплохие при 3 (5,9%) больных а также недостаточные только лишь в 1 (1,9%) случае.

Выводы

1. КТ герниоабдонометрия дает возможность раскрыть недостатки топографии передней абдоминальной стеной, установить условный размер грыжи к размеру абдоминальной полости, обозначить соответствующую предоперационную сборки а также подобрать наилучший метод пластики.

2. Предоперационная приспособление внутрибрюшинного давления вместе с применением пневмобандажа при пациентов вместе с вентральными грыжами W3-W4 а также морбидным ожирением дает возможность уменьшить угроза формирования компартмент синдрома а также уменьшить частоту послеоперационных внеабдоминальных осложнений вместе с 7,4% до 4,5%.

3. Усовершенствование промышленных нюансов исполнения ненатяжных способов герниоаллопластики вместе с имплантацией эндопротеза сочетанным методом «onlay+sublay» в комбинации вместе с абдоминопластикой разрешило сглаживать повторение заболевания (в команде сопоставления повторение 12,5%).

4. Предложенный метод соответственной предоперационной подготовки а также подбора метода герниоалло- а также абдоминопластики при пациентов вместе с грыжами живота а также абдоминоптозом разрешило уменьшить частоту послеоперационных

осложнений вместе с 14,8% вплоть до 8,9% ($p=0,045$), в этом количестве раневых вместе с 11,5% до 4,5%.

5. Сочетание герниоаллопластики вместе с абдоминопластикой при пациентов вместе с вентральными грыжами а также морбидным ожирением вместе с абдоминоптозом III-IV степени существенно повысило эстетическое а также многофункциональное положение пациентов, нарастило свойство существования вместе с повышением части непохожих а также превосходных дальних итогов вместе с 77,7% вплоть до 92,1% а также сокращением недостаточных исходов вместе с 8,3% до 1,9% ($p=0,030$).

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E., Davlatov S. S. Criteria for choosing surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity // Electronic innovation bulletin. – 2021. – №. 7. – С. 57-67.
4. Abduraxmanov D. S. et al. Tensioned hernioplasty and abdominoplasty in patients with morbid obesity // Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 88-98.
5. Akhmedov B. A. et al. Advanced long-tension hernioalloplasty method for inguinal hernia // Volgamedscience. – 2021. – С. 335-336.
6. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патологиями // Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.
7. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.
8. Абдурахманов Д., Усаров Ш., Рахманов К. Критерии выбора хирургического лечения больных с вентральными грыжами и ожирением // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 17-22.
9. Бабажанов А. С. и др. Критерии выбора герниоалло-и абдоминопластики по результатам герниоабдонометрии // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
10. Курбаниязов З. Б., Шербекоев У. А., Мардоноев Б. А. Обоснование симультанных операций при грыжах живота по результатам исследования «стрессовых» гормонов // Re-health journal. – 2021. – №. 2 (10). – С. 247-255.
11. Курбаниязов З. Б., Шербекоев У. А., Мардоноев Б. А. Периоперационная динамика «стрессовых» гормонов при симультанных операциях у больных с грыжами живота // Sciences of Europe. – 2021. – №. 70-2. – С. 26-33.
12. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Критерии выбора пластики у больных послеоперационными вентральными грыжами и абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 40-45.
13. Махмудов С. Б., Бабажанов А. С., Абдурахманов Д. Ш. Особенности гернио абдоминопластики у больных с послеоперационной вентральной грыжей и абдоминоптозом // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 5 (85). – С. 46-53.
14. Мамараджабов, С. Э. Роль и место серозеидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области / С. Э. Мамараджабов, Ж. А. Ризаев, С. Р. Баймаков // Актуальные аспекты медицинской деятельности : сборник статей I Международной научно-практической конференции, Киров - Самарканд, 21 июня 2021 года. – Киров: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 209-212. – EDN DOETDC.

15. Юлдашов П. А. и др. Клиническая эффективность эндовидеохирургической герниопластики при вентральных грыжах // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
16. Mirdjalol Dehkanovich Djuraev, Nodir Maxammatkulovich Rahimov, Mavluda Nigmatovna Karimova, Shakhnoza Shavkatovna Shakhanova. Current Views On The Pathogenesis Of The Parietal-Visceral Pathway Of Gastric Cancer Metastasis. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2021/3/31. Том 3, № 03, P 94-103.

БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

TEREBAEV Bilim Aldamuratovich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,

MAJIDOV Temur Khamidovich

Head of the Department of Emergency Surgery at the TashPMI clinic

PARPIEV Mirziyod Mirsaitovich

Resident in the emergency surgery department of the TashPMI clinic

ABDUKODIROV Oybek Ahmadzhanovich

Resident in the emergency surgery department of the TashPMI clinic

FOREIGN BODY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT (NEEDLE): CASE STUDY

For citation: Terebaev A. Bilim, Majidov Kh. Temur, Arpiev M. Mirziyod, Abdukodirov A. Oybek. Foreign body of the gastrointestinal tract (needle): Case study// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.355-359

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835746>

ANNOTATION

There are many cases of foreign bodies entering the gastrointestinal tract (GIT) in children. In most cases, even sharp objects come out naturally without causing harm to the body. Such situations were mainly observed in children aged 3-5 years, since at this age children are inquisitive and swallow. Therefore, it is necessary to pay more attention to children at this age.

Key words: Gastrointestinal tract, gastric foreign body, trichobezoar, etiology, clinic, diagnostics, children.

ТЕРЕБАЕВ Билим Алдамуратович

т.ф.н., доцент ТашПМИ Факультет болалар хирургия кафедраси

МАЖИДОВ Темур Хамидович

ТошПТИ клиникаси Шошилинч хирургия бўлими мудир

ПАРПИЕВ Мирзиёд Мирсайтович

ТошПТИ клиникаси Шошилинч хирургия бўлими ординатори

АБДУКОДИРОВ Ойбек Ахмаджанович

ТошПТИ клиникаси Шошилинч хирургия бўлими ординатори

ОШҚОЗОН ИЧАК ТРАКТИ ЁТ ЖИСМИ (ИГНА): АМАЛИЁТДА УЧРАГАН ХОЛАТ

АННОТАЦИЯ

Болаларда ошқозон ичак трактига (ОИТ) ёт жисмларнинг тушиш холатлари кўп кузатилади. Кўпчилик холатларда хатто ўткир жисмлар табиий йўл орқали организмга зарар етказмасдан ўзи чиқади. Бундай холатлар асосан 3-5 ёш орасидаги болаларда кўп кузатилди,

чунки бу ёшда болалар қизиқувчан ва топганини оғзига солишади. Шу сабабли ушбу ёшда болаларга эътиборлироқ бўлиш лозим.

Калит сўзлар: Ошқозон ичак тракти, ошқозон ёт жисми, трихобезоар, этиология, клиника, диагностика, болалик даври.

ТЕРЕБАЕВ Билим Алдамуратович

к.м.н., доцент кафедра Факультетская детская хирургия ТашПМИ

МАЖИДОВ Темур Хамидович

Заведующий отделением экстренной хирургии клиники ТашПМИ

ПАРШИЕВ Мирзиёд Мирсаитович

Ординатор отделение экстренной хирургии клиники ТашПМИ

АБДУКОДИРОВ Ойбек Ахмаджанович

Ординатор отделение экстренной хирургии клиники ТашПМИ

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ИГЛА): СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

АННОТАЦИЯ

Известно много случаев попадания инородных тел в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) у детей. В большинстве случаев даже острые предметы выходят естественным путем, не причиняя вреда организму. Такие ситуации в основном наблюдались у детей 3-5 лет, так как в этом возрасте дети любознательны и проглатывают. Поэтому необходимо уделять больше внимания детям в этом возрасте.

Ключевые слова: Желудочно-кишечный тракт, инородное тело желудка, трихобезоар, этиология, клиника, диагностика, дети.

Болаларда ошқозон ичак трактига (ОИТ) ёт жисмларнинг тушиш холатлари кўп кузатилади. Кўпчилик холатларда хатто ўткир жисмлар табиий йўл орқали организмга зарар етказмасдан ўзи чиқади. Бундай холатлар асосан 3-5 ёш орасидаги болаларда кўп кузатилди, чунки бу ёшда болалар қизиқувчан ва топганини оғзига солишади. Шу сабабли ушбу ёшда болаларга эътиборлироқ бўлиш лозим.

ОИТ ёт жисмлари классификацияси қуйидагича тавсифланади:

1. Ёт жисм ўлчамига кўра: кичик 5 см гача, катта – 5 см дан катта
2. Шаклига кўра: ўткир қиррали ва тўмтоқ
3. Таркибига кўра: металл, магнит, пластмасса, ёҳоч ва хакоза
4. Рентгенологик текшириш бўйича: рентген негатив, рентген позитив
5. Сонига кўра: 1 дона ва кўпламчи
6. Ёт жисм химик активлигига кўра: химик инерт ва химик актив
7. Локализациясига кўра: ошқозон, 12 бармоқли ичак, игичка ичак ва йўғон ичак

ОИТ тига ёт жисм тушгандан кейин унинг клиникаси айнан классификацияда келтирилган характерига боғлиқ. Яъни таркибига, ўлчамига, жойлашган жойига. Ёт жисм қизилўнгачда туриб қолганда болада дисфагия аломатлари ютиниш бузилиши, дискомфорт ва оғриқ, баъзи холатларда қайт кузатилади. Бундай холатларда анамнез яхшилаб суриштириш лозим, ҳамда суюқликми ёки дағал овқат ўтмаётганлигига аниқлик киритиш керак. Инструментал текшириш халқумни ларингоскоп орқали кўздан кечириш ва кейинчалик кўкрак кафаси умумий рентген тасвирига қилиш лозим. Агарда металл предмет бўлса кўринади, акс холда йўқ. Рентген-негатив жисм бўлганда сувда эрувчи контрастлардан фойдаланган холда тасвир олиш лозим мақсадга мувофиқ. Рентген тасвирда “тўлишиш дефекти” бўлади. Агарда эзофагосопияда ёт жисмни қизилўнгачдан олишни иложи бўлмаса, ошқозонга тушириб у ердан олинади. Ўлчами кичик бўлса ва ошқозонга ўтиб кетса табиий йўл орқали чиқиши кутилади. Динамикада кузатганда ёт жисм 2-4 кун ичида чиқади. Бунинг учун клечаткага бой диета ва ичакдан ёт жисм харакатини тезлаштириш учун мой воситалари берилди. Ёт жисмларни эндоскопик олишга кўрсатма: Қизилўнгач, ошқозон ва 12 бармоқли

ичак барча ёт жисмларидир. Ўткир қиррали ёт жисмлар, магнит ва батарейкалар кўпчилик ҳолатларда асорат беришдаи ва оператив давога тўғридан-тўғри кўрсатма ҳисобланади ва лапароскопик ёки лапаротом йўл билан олиб ташлаш амалга оширилади[1, 3, 5, 6, 8,10].

Кўпчилик ҳолатларда ичак ёт жисмлари ўзи табиий йўл билан чиқади. Аммо кўпчилик ҳолатларда инфилтрат, ичаклар аро йиринг ва перфорациялар бўлишига сабаб бўлади. Одатда клиникасига қараб беморлар уч хил бўлади. Шикоятларсиз, қорин соҳасида нисбатан оғриқ, ўткир қорин каби кучли оғриқ билан кечувчи ҳолатлардир. Агар ёт жисм рентгенконтраст бўлса уни ташхислаш қийинчилик туғдирмайди. Агар ёт жисм кичик ўлчамли ва рентгенда кўринмайдиган бўлса контраст моддadan фойдаланиб рентгеноскопия қилиш лозим. Ёт жисм қизилўнғачда бўлганда уни қаттиқ эзофагоскоп ёрдамида олиш мақсадга мувофиқ, агар ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда бўлса фибро эндоскоп орқали олишга кўрсамадир, Ўткир қиррали ёт жисмлар ОИТ тига тушганда уларни олишга тез орада киришиш лозим, сабаби ўткир қиррали жисмнинг қизилўнғачда бир неча соат бўлишининг ўзи перфорацияга ва медиастенитга олиб келиши мумкин. Ёт жисмни ошқозондан эндоскоп орқали олишинг иложи бўлмаса анаънавий усулда олиш масаласи ўйлаб кўрилиши керак. Ёт жисм ингичка ичакка ўтган тақдирда илеоцекал соҳада тикилиши мумкин. Бундай ҳолатларда лапаротомия қилиб олинади[2, 4, 7,9,11].

Мақсад. Амалиёт шифокорларини болаларда энг кўп учрайдиган ОИТ ёт жисмларини текшириш ва даволаш усулларида нималарга эътибор қаратиш лозимги бўйича маълумот бериш.

Амалиётдаги ҳолат: Бемор Г.Д. 2006 йил туғилган. ТошПТИ клиникаси шошилиш хирургия бўлимига 2022 йил 25 феврал куни игна ютиб юборганликка шикоят қилиб келган. Бемор бўлимига Ошқозон ичак тракти ёт жисми (игна) ташҳиси билан госпитализация қилинган. Анамнезидан онасининг сўзидан 23.02.2022 йилдан санасида игна ютиб юборган. Динамикада беморда қориндаги оғриқ, кўнгил айнаши ва безовталиқ кучайганлиги сабабли 25.02.2022 йил ТошПТИ клиникасига олиб келишган. Бемор қабул бўлимида кўрилиб “Ошқозон-ичак тракти ёт жисми (игна)” ташҳиси қўйилган.

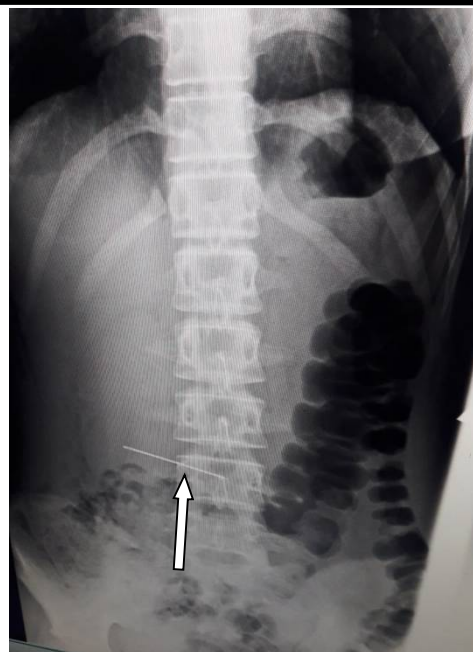
Объектив кўрилганда умумий аҳоли касаллиги бўйича ўртача оғирликда. Хушида, вақти-вақти билан безовта. Териси тоза, қуруқ, пушти рангда. Тили енгил караш билан қопланган. Тери ости ёғ қавати яхши ривожланган. Нафас олиши эркин бурун орқали. Аускультатив ўпкаларида везикуляр нафас эшитилади. Юрак тонлари аниқ, пульси ритмик. Қорин овал шаклда симметрик нафас олиш актида иштирок этади, пальпацияда оғриқли, ўнг ёнбош соҳада оғриқ аниқланади. Қорин мушаклари таранглашмаган. Ичак перистальтикаси эшитилади. Жигар ва талок катталашмаган. Ичи котишга мойил, пешоби адекват.

Текширувлар: Лаборатор тахлилар: Умумий кон тахлили: Нб: 114г/л, Эр. 3,74 x 10¹²/л, Лейкоцитлар – 7,0 x 10⁹/л, тромбоцитлар – 182, Қон ивиш вақти 6-4⁰⁰ т – 4³¹, СОЭ-6 мм/ч. Қон биохимияси: АЛТ- 0.44ммоль/л, Аст-28 u/l. Ум оқсил-75г/л. Пешоб ва ахлат тахлили ўзгаришсиз.

Ультратовуш текширишда ёт жисм игна ичакни тешиб чиқиб жигарга санчилик қолган каби тасвир аниқланди (расм-1.). Клиникасида ўткир қорин аломатлари бўлмаганлиги сабабли кузатиш ечимига келинган. Кейинчалик эртасига қорин бўлшиги умумий рентген тасвирида ёт жисм қорин бўшлиғи ўнг ёнбош соҳасида сояланиши аниқланган, клиниксидям оғриқ айнан ўнг ёнбош соҳада аниқланган (расм-2). Игна ОИТ бўлаб харакатланиб ўнг ёнбош соҳага борган деган ечимга келинган. Динамикада ўнг ёнбош соҳада оғриқ кучайганлиги сабабли Диагностик лапароскопия қилиш лозим топилган.



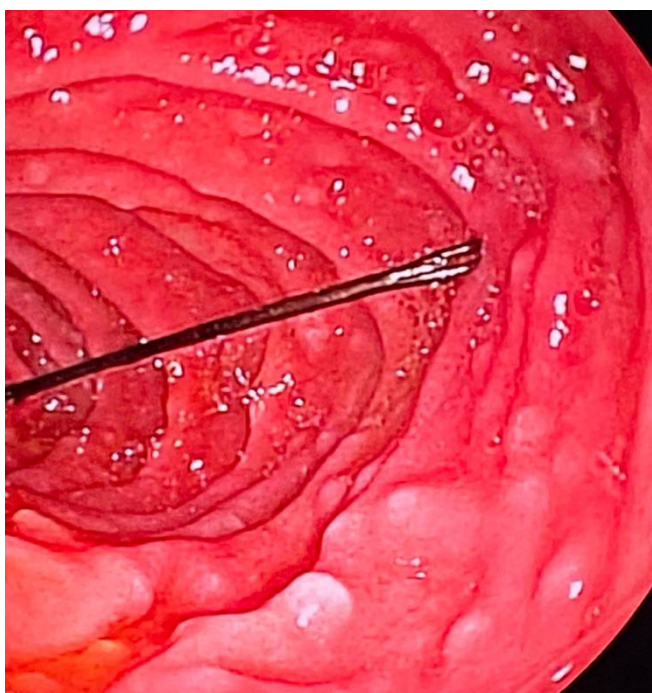
Расм – 1. Жигар III-IV сегментлар проекциясида гиперэхоген игна сояси аниқланади.



Расм-2. Қорин бўшлиғи умумий рентген тасвири. Игна стрелка билан кўрсатилган

Юқоридаги текширишларга асосланган ҳолда 27.02.2022 йил куни Диагностик лапароскопия амалиёти бажарилган. Қорин бўшлиғи ревизиясида игнани топишни иложи бўлмаган. Чувалчангсимон ўсимтада катарал ўзгаришлар бўлганлиги сабабли “Аппендэктомия” амалиёти бажарилган.

Беморга қайта УТТ қилинганда игна ҳалиям жигар проекциясида эканлиги аниқланган, шу сабабли беморга ЭФГДС ошқозонни эндоскопия қилинган. Эндоскопия пайтида игна 12 бармоқли ичакнинг пастга тушувчи қисмида санчилиб турганлиги аниқланган. Бироз қийинчилик билан игна 12 бармоқли ичакдан олиб ташланган (расм-3).



Расм-3. Ўн икки бармоқли ичакдан олинган игна.

Биз келтирган клиник холат амалиёт шифокорларига қизиқиш уйғотиши шубҳасиз. Сабаби ОИТ ёт жисми айниқса игна ютилган холатларда рентгенологик текшириш доимо тўғри маълумот бермаслиги тасдиқланди. Баъзи холатларда игна ўнг ёки чап ёнбош соҳада жойлашгандек кўринади. Аслида игна ошқозон ёки 12 бармоқли ичакда жойлашганлиги бизнинг 2 та кузатувимизда аниқланди. Шу сабабли текшириш УТТ, эндоскопия, рентген ва зарур холатларла МСКТ қилиниши лозим.

Хулоса.

1. Ошқозон ичак трактига ўткир қиррали ёт жисмлар бўлса шартли равишда шифохонага госпитализация қилиш лозим, чунки ҳар қандай вақт асорат бериши мумкин.

2. Ошқозон ичак трактига ўткир қиррали ёт жисмларида диагностик ва даво усули бўлмиш эндоскопиядан бошлаш мақсадга мувофиқ, чунки рентген доимо тўлиқ маълумот бермайди.

3. Энг кўп асорат берувчи ОИТ ёт жисмлари бу магнит бўлаги ва батарейкалардир. Шундай холатларда шошилиш равишда ёт жисми олиш лозим.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Аверин В.И., Голубицкий С.Б., Заполянский А.В., Валек Л.В., Никуленков А.В. Диагностика и лечебная тактика при магнитных инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей. *Новости хирургии*. 2017;25(3):317–324. DOI: 10.18484/2305–0047.2017.3.317
2. Антонова Е.В., Холостова В.В., Халафов Р.В. Случай длительного нахождения инородных магнитных тел в желудке // *Детская хирургия*. 2013. №2. С. 52–53.
3. Бабаева А.А. Множественные инородные тела желудочно-кишечного тракта (клиническое наблюдение) // *Вестник новых медицинских технологий (электронный журнал)*. 2014. № 1. Публикация 2– 92. URL:<http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4876.pdf> (дата обращения 01.10.2014). DOI:10.12737/6009.
4. Бабаева А.А. Лучевая диагностика безоаров в желудочно-кишечном тракте // *Терапевт*. 2015. № 11–12. С. 49–60
5. Игнатъев Р.О., Батаев С.М., Зурбаев Н.Т., Зайцева Т.В., Молотов Р.С. Инородные тела пищеварительного тракта у детей: новые аспекты известной проблемы. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2017;96(6):113–116
6. Исаков Ю.Ф., Разумовский А.Ю. *Детская хирургия: учебник*. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. – 1036 с.
7. Ионов Д.В. Диагностика и лечебная тактика при инородных телах желудочно-кишечного тракта у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2015. – 18 с.
8. ТЕРЕБАЕВ Б. А. и др. ОШҚОЗОН ТРИХОБЕЗОАРИ: АМАЛИЁТДА УЧРАГАН ХОЛАТ // *ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ*. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
9. Халафов Р.В. Инородные магнитные тела желудочно-кишечного тракта у детей (клиника, диагностика и варианты лечения): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2015. – 20 с.
10. Хубезов Д.А., Трушин С.Н., Пучков К.В., Пучков Д.К., Огорельцев А.Ю. Тактика лечения пациентов с инородными телами прямой кишки. *Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова*. 2016;9:57–63. DOI:10.17116/hirurgia2016957–63
11. Шидаков И.Х., Калниязов Б.М., Войтковский А.Е. Лапароскопическое удаление трихобезоара желудка. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. 2019;9(1):110–114. DOI:10.30946/2219–4061–2019–9–1–110–114



УДК 616.2986/5317.12

KHOJIMATOV Gulomidin Minhodzhievich.

D.M.S. professor

AKIMOV Dilshodbek Mamadalievich

D.M.S. associate professor

KHAMDAMOV Khabibullo Khamdamovich

D.Sc. docent

YAHEEV Sardorbek Mamasabir ugli

PhD

BEGZOD Bakhodorovich Karabaev


PhD, senior teacher

NASIRBEK Adhamovich Kasimov

PhD, Andijan State Medical Institute

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH THORACOABDOMINAL INJURIES

For citation: Xodjimatov M. Gulomidin, Xakimov M. Dilshodbek, Xamdakov X. Xabibullo, Yaxyoev M. Sardorbek, Karabaev B. Begzod, Kasimov A. Nosirbek. Results of treatment of patients with thoracoabdominal injuries//Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.360-368

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835770>**ANNOTATION**

Objective: To improve the results of diagnosis and treatment of patients with thoracoabdominal injuries using a developed treatment and diagnosis algorithm that includes the use of minimally invasive methods.

Methods: The results of treatment of patients treated at Andijan branch of Republican Scientific Center of Emergency Medical Care from January 2017 to December 2022 are presented. A retrospective analysis collected data of patients treated with diagnosis and treatment were carried out according to the generally accepted scheme and developed diagnostic and treatment algorithm used for the treatment of the main group of patients.

Results: Retrospective analysis performed for 122 patients and almost in all cases used traditional methods of surgery. A total of 68 patients with thoracoabdominal injuries managed with developed diagnostic and treatment algorithm using thoraco- and laparoscopy. The number of unnecessary diagnostic laparotomies were reduced by 5,2% at the main group of patients. As well as, rates of postoperative complications decreased by 32% (including early complications by 26.1% and late ones by 5.9%), the average hospital stay was reduced by 4.3 ± 0.34 bed-days, and decreased postoperative mortality by 11.7%.

Conclusion: Using developed algorithm leads to successful results in treatment and diagnosing of thoracoabdominal, It allows to avoid inadvisable laparotomies and thoracotomies, postoperative complications and shortens the duration of hospitalization of patients.

Keywords: laparoscopy; thoracoscopy; laparotomy; thoracotomy; thoracoabdominal injuries

XODJIMATOV Gulomidin Minxodjievich

T.f.D., Professor

XAKIMOV Dilshodbek Mamadalievich

T.f.D., dosent

XAMDAMOV Xabibullo Xamdamiyevich

T.f.n., dosent

YAXYOEV Sardorbek Mamasobir o'g'li

PhD

KARABAEV Begzod Baxodirovich

PhD, katta o'qituvchi

KASIMOV Nosirbek Adxamovich

PhD, Andijon Davlat tibbiyot instituti

TORAKOABDOMINAL SHIKASTLANGAN BEMORLARNING DAVOLASH NATIJALARI

АННОТАЦИЯ

Maqsad: an'anaviy va endovideoxirurgik usullardan foydalangan holda ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmidan foydalangan holda torakoabdominal shikastlangan bemorlarni tashxislash va davolash natijalarini yaxshilash.

Usullari: Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filialida 2017-yil yanvar oyidan 2023-yil yanvar oyiga qadar torakoabdominal shikastlanish bilan davolangan bemorlarni davolash natijalari keltirilgan.

Natijalar: nazorat guruxida 122 bemorda retrospektiv tahlil o'tkazildi va deyarli barcha hollarda jarrohlik aralashuvining an'anaviy usullari qo'llanilgan. Asosiy guruxda ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmidan foydalanib, torakoabdominal jarohati bo'lgan 68 bemor davolandi, bunda torakoskopiya va laparoskopiya keng foydalanildi. Asosiy guruxda keraksiz diagnostik laparotomiyalar soni 5,2% ga kamaydi. Shu bilan birga, tashrixdan keyingi asoratlarning chastotasi 32% ga (shu jumladan, erta asoratlar 26,1% va kech asoratlar 5,9% ga), kasalxonada davolanish o'rtacha davomiyligi $4,3 \pm 0,34$ yotoq kuniga kamaydi, tashrixdandan keyingi o'lim esa 11,7% ga kamaydi.

Xulosalar.: Ishlab chiqilgan algoritmdan foydalanish torakoabdominal shikastlangan bemorlarni davolash va tashxislashda muvaffaqiyatli natijalarga olib keldi, keraksiz laparotomiya va torakotomiyalardan, tashrixdan keyingi asoratlardan kamayadi va bemorlarni kasalxonada davolanish muddatlarini qisqartiradi.

Kalit so'zlar: laparoskopiya; torakoskopiya; laparotomiya; torakotomiya; torakoabdominal shikastlanishlar

ХОДЖИМАТОВ Гуломидин Минходжиевич

Д.м.н. профессор

АКИМОВ Дильшодбек Мамадалиевич

Д.м.н. доцент

ХАМДАМОВ Хабибулло Хамдамиевич

Д.м.н. доцент

ЯХЕЕВ Сардорбек Мамасабир угли

PhD

КАРАБАЕВ Бегзод Баходирович

PhD, старший преподаватель

КАСИМОВ Насирбек Адхамович

PhD, Андижанский государственный медицинский институт

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ

АННОТАЦИЯ

Цель: Улучшить результаты диагностики и лечения больных с торакоабдоминальными травмами с помощью разработанного лечебно-диагностического алгоритма, включающего применение малоинвазивных методов.

Методы: Представлены результаты лечения больных, находившихся на лечении в Андижанском филиале Республиканского Научного Центра Экстренной медицинской помощи с января 2017 г. по декабрь 2022 г. Ретроспективный анализ собранных данных пациентов, пролеченных с диагностикой и лечением, проведен по общепринятой схеме и разработанному лечебно-диагностическому алгоритму, использованному для лечения основной группы больных.

Полученные результаты: Ретроспективный анализ выполнен у 122 больных и почти во всех случаях применялись традиционные методы оперативного вмешательства. С помощью разработанного лечебно-диагностического алгоритма с применением торако- и лапароскопии пролечено 68 больных с торакоабдоминальными повреждениями. Количество ненужных диагностических лапаротомий уменьшилось на 5,2% у основной группы больных. При этом частота послеоперационных осложнений снизилась на 32 % (в том числе ранних осложнений на 26,1 % и поздних на 5,9 %), средняя продолжительность пребывания в стационаре сократилась на $4,3 \pm 0,34$ койко-дня, а послеоперационная летальность снизилась на 11,7 %.

Выводы. Использование разработанного алгоритма приводит к успешным результатам в лечении и диагностике торакоабдоминальных заболеваний, позволяет избежать нецелесообразных лапаротомий и торакотомий, послеоперационных осложнений и сокращает сроки госпитализации больных.

Ключевые слова: лапароскопия; торакоскопия; лапаротомия; торакотомия; торакоабдоминальных травм

Dolzarbliigi: tinchlik davridagi jarohatlar orasida alohida, ko'p sonli guruh bu torakoabdominal jarohatlar bo'lib, ular tinch va urush davridagi eng og'ir jarohatlar qatoriga kiradi [2,4]. Torakoabdominal travma bilan og'irgan bemorlarni tashxislash va davolash jarrohlikning dolizarb muammolaridan biridir. Bu holat nafaqat ushbu turdagi jarohatlarning keng tarqalganligi, balki diagnostik xatolar va asoratlar va davolashning yuqori chastotasi bilan bog'liq [1,5].

Diagnostik torakotomiya va laparotomiyalarning juda katta foizi saqlanib qolmoqda, shuning uchun bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, diagnostik laparotomiyalarning chastotasi 24,9% dan 33,5% gacha [2]. Shu bilan birga, 30% hollarda qorin bo'shlig'ining teshib utgan jaroxatlarida ichki organlarning shikastlanishi kuzatilmaydi[7]. Hozirgacha tinchlik davrida ko'krak qafasidagi shikastlanishlar uchun asossiz torakotomiyalarning chastotasi 12-14% ni tashkil qiladi [3]. Asossiz operatsiya ko'pincha organizmning kompensatsiya qobiliyatining buzilishiga va keyinchalik o'limga olib kelishi mumkin [9].

Ko'p xollarda an'anaviy diagnostika va davolash usullarining (invaziv bo'lmagan va minimal invaziv) imkoniyatlari cheklanganligi sababli turli xil diagnostik va taktik xatolar yuzaga keladi. Jarrohlik amaliyotida zamonaviy minimal invaziv usullarning, xususan, endovideojirgik torakoskopiya va laparoskopiyaning paydo bo'lishi, ayniqsa shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatuvchi shifoxonalarning kechayu kunduz xizmatida ushbu usullar joriy etilgandan sung diagnostika va davolash sifatini sezilarli darajada yaxshilamokda [10,12].

Biroq, hozirgi kunga qadar torakoabdominal shikastlanishlar uchun jarrohlik taktikasi bo'yicha juda xilma-xil tavsiyalar mavjud va diagnostika va davolash uchun differentsial algoritmlar ishlab chiqilmagan [6]. Ko'rib chiqilayotgan shikastlanishlar uchun endovideojarrohlik texnologiyalaridan keng foydalanish uchun ko'rsatmalar va karshi kursatmalar aniqlanmagan. Shu sababli torakoabdominal shikastlanishlarni tashxislash va davolashning yangi samarali usullarini izlash va mavjudlarini esa takomillashtirish inkor etilmaydigan zaruratdir [8]. Yangi tadqiqotlar

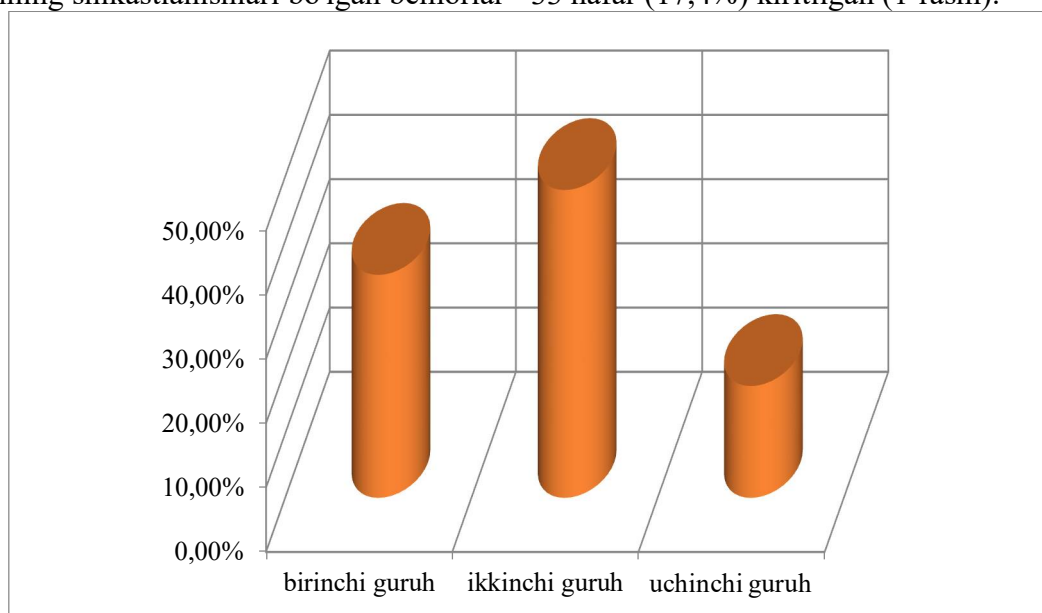
yuqori aniklikdagi informativ va past darajadagi travmatiklikni uziga birlashtirishi kerak. Videoendoxirurgiya imkoniyatlaridan keng foydalanish asosan ushbu talablarga javob beradi [11].

Tadqiqod maqsadi - zamonaviy kam invaziv usullardan foydalangan holda rasional davolash va diagnostika algoritmini ishlab chiqish orqali torakoabdominal jarohatlar bilan shikastlangan bemorlarni tashxislash va davolash natijalarini yaxshilash.

Material va usullar.

2017 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda 6 yil davomida Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filialining shoshilinch xirurgiya bo'limida torakoabdominal shikastlanish olgan 190 nafar bemor davolangan. Torakoabdominal shikastlanishlar bilan og'rigan 122 nafar (64,2%) bemorlarning (nazorat guruhidai 2017 yildan 2020 yilgacha davolangan) kasallik tarixlari retrospektiv tahlil qilingan, ularda tashxislash va davolash bosqichlar umumiy qabul qilingan sxema bo'yicha amalga oshirilgan. Asosiy guruhda torakoabdominal shikastlanishlar bilan og'rigan 68 nafar (35,8%) bemor bo'lib, ular 2021 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda davolangan xamda ularda biz ishlab chiqqan diagnostik va davolash algoritm orqali yangi texnologiyalardan foydalanish xolda tashxislash va davolash amalga oshirilgan. Bemorlarning yoshi 18 yoshdan 88 yoshgacha bo'lgan. Bemorlarning eng katta guruhini 18-30 yoshgacha bo'lgan - 73 nafar bemor (38,4%) tashkil etgan. Erkak bemorlar ayol jinsiga nisbatan 3,2 baravar ko'p edi – 23,7% ga nisbatan 76,3% ustun edi. Travma olgan vaqtiga ko'ra, birinchi soatda shifoxonaga olib kelinganlar - 48 nafar (25,26%), 1 dan 3 soatgacha - 93 nafar (48,94%), 3 dan 6 soatgacha - 16 nafar (8,42%), 6 soatdan keyin - 31 nafar (16,3%) tashkil etgan, 2 nafar (1,05%) bemorda esa vaqt aniqlanmagan.

Instrumental tekshiruvning tabiati va ularni bajarish ketma-ketligi ma'lum klinik vaziyatdan kelib chiqqan xolda aniqlandi. Instrumental tekshiruvlar ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanish xususiyatini tasdiqlash va hujjatlashtirish, shuningdek, travmaning boshqa asoratlarini, xamroh kasalliklarni, hamda turli a'zo va tizimlarning funktsiyalarini kompensasiyalash darajasini aniqlash uchun ishlatilgan. Shikastlanishning yuzaga kelish mexanizmiga ko'ra, 97 nafar (51%) bemorda teshib o'tilgan jarohatlar ustunlik qilgan; YTX hodisasi tufayli lat eyish va yorilishlar - 49 nafar (26%) bemorda, 44 nafar (23%) bemorda yopiq travma natijasida qovurg'alarining bo'lakli jaroxatlanishi qayd etilgan. Bir yoki boshqa simptomning ustunligiga qarab , jarohatlarning turli xil xususiyatlariga ega bo'lgan bemorlar uchta guruhga ajratilgan: 1) birinchi guruh – bu ko'krak qafasi a'zolarining shikastlanishi simptomlari ustunlik qilgan bemorlar - 66 nafar (34,7%); 2) ikkinchi guruh – qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishi simptomlari ustunlik qilgan bemorlar – 91 nafar (47,9%); 3) uchinchi guruh – xuddi shu murakkablik bilan ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining shikastlanishlari bo'lgan bemorlar - 33 nafar (17,4%) kiritilgan (1-rasm).



1-rasm. Torakoabdominal shikastlanish bilan og'rigan bemorlarning simptomlar bo'yicha tavsiflanishi.

Shikastlanish xajmini tashxislash uchun ko'krak qafasi rentgenogiyasidan foydalanildi (o'ta og'ir bemorlar bundan istisno). Rentgenografiya qabulxona bo'limining rentgen xonasida yoki operatsiya xonasida APELEM rentgen uskunasi yordamida amalga oshirildi.

Dominant shikastlanishni tashxislash uchun, parallel ravishda DC-40 Mindray apparati yordamida qorin bo'shlig'i a'zolari va plevra bo'shlig'i, perikard ultratovush tekshiruv (UTT) o'tkazildi. Klinik manzara, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining rentgenografiyasi, jaroxat kanalining dastlabki xirurgik qayta ishlovi va reviziyasi, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining UTT natijalari 90% hollarda xirurgik taktikani va operativ kirishni aniqlashga imkon berdi.

Endoskopik tekshiruv: diagnostik laparoskopiyani, torakoskopiyani, fibroezofagogastroduodenoskopiyani (FEGDS) o'z ichiga olgan. Laparoskopiya bevosita va bilvosita belgilar asosida nafaqat qorin bo'shlig'ida qon mavjudligini yuqori aniqlikda tasdiqlash, balki qon ketish manbasini aniqlash imkonini berdi, shu bilan qorin bo'shlig'i a'zolarini operatsiya qilishga ko'rsatmalar va xirurgik kirish yo'li aniqlandi. Tashxislashning eng etakchi usullaridan biri shoshilinch torakoskopiya bo'lib, bu usul qabulxonaga kelgan 12 nafar (6,3%) bemorda va operatsiyadan keyingi davrda 2 nafar (1,1%) bemorda yuzaga kelgan asoratlarni tashxislash va davolash uchun amalga oshirildi.

Oshqozon-ichak traktining shikastlanishi FEGDS yordamida 13 nafar (6,8%) bemorda qayd etildi va aniqlandi. FEGDS asosan, operatsiyadan oldingi davrda xam, intraoperasion davrda xam gastroduodenal soxadagi kovak a'zolarining shikastlanishi va yorilishiga shubxa qilinganda amalga oshirildi.

Barcha bemorlarda stasionarga kelgan paytida umumiy qon va siydik taxlillarini o'tkazildi. Qolgan laboratoriya taxlillari (elektrolitlar, pti, koagulogramma, qon ivish vaqti, qon fermentlari, umumiy qon va siydik tahlilini kuzatish) bemorni kasalxonaga yotqizish paytida individual ravishda o'tkazildi.

Shikast olgan bemorlarda ichki a'zolarining shikastlanishi ham o'ziga xos edi. 2-jadvalda ko'rinib turganidek, eng ko'p shikastlanishlar quyidagi a'zolarida qayd etilgan: o'pka, jigar, taloq, charvi, oshqozon va yirik qon tomirlar. Bizning bemorlarda ko'p sonli travmalarda ko'pincha o'pka va oshqozon, jigar, ingichka va yo'g'on ichakning shikastlanishi birga kuzatilgan.

1-jadval

Kukrak kafasi va korin bushligi ichki a'zolar shikastlanishining tabiati

| Shikastlanish tabiati | Сони | % |
|---|------|------|
| Shikastlanishlarsiz | 17 | 8,9 |
| Ko'krak qafasi devori arteriyalarining jaroxatlanishi | 27 | 14,2 |
| Perikard/yurakning jaroxatlanishi | 3 | 1,6 |
| O'pkaning jaroxatlanishi/travmasi | 42 | 22,1 |
| Diafragmaning jaroxatlanishi/travmasi | 13 | 6,8 |
| Jigarning jaroxatlanishi/travmasi (kapsulasining yorilishi, jaroxat yuzasi uzunligining 3 sm gacha va chuqurligi 1,5 sm gacha bo'lishi, massiv shikastlanishi – bo'lakchasining uzilishi) | 31 | 16,3 |
| Taloqning jaroxatlanishi/travmasi (kapsulasining yorilishi, qutbining shikastlanishi, darvozasi soxasida shikastlanishi) | 23 | 12,1 |
| Oshqozonning jaroxatlanishi/travmasi (oshqozon visseral qorin pardasining inersion yorilishi) | 16 | 8,4 |
| Ingichka ichakning jaroxatlanishi/travmasi (ichak tutqichining taranglashmagan gematomasi, ichak visseral qorin pardasining yorilishi, ichakning ichak tutqichidan uzilishi, bevosita jaroxatlanishi) | 6 | 3,2 |

| | | |
|---|----|-----|
| Yo'g'on ichakning jaroxatlanishi/travmasi (ichak tutqichi gematomasi, seroz qavatining yorilishi, ichak tutqichining uzilishi, bevosita jaroxatlanishi) | 11 | 5,8 |
| O't pufagining travmasi | 2 | 1,1 |

Shifoxonaga kelgan vaqtda shikastlanishlar bilan og'riganlarning 59 nafari (31%) I darajali, 21 nafari (11%) II darajali, 31 nafari (16,3%) III darajali shok holatida bo'lgan. Qo'shma jarohatning og'irligi Injury Severity Score (ISS) jarohatlarning og'irlik shkalasi bo'yicha baholangan bo'lib, nazorat guruhida bu $17,8 \pm 4,9$ ballni, asosiy guruhda esa $18,2 \pm 4,2$ ballni tashkil etgan.

Tadqiqotning natijalari.

Klinik tajriba shuni ko'rsatdiki, operativ va konservativ chora-tadbirlarni izchil qo'llash bilan eng rasional davolash usulini tanlashda amaliyot shifokorlarining harakatlari uchun qo'llanma bo'lib xizmat qiladigan tasnif va harakatlarning ma'lum davolash va diagnostik algoritmi zarur.

Tadqiqotimiz davomida amaliyot shifokorlarining harakatlari uchun qo'llanma bo'lib xizmat qiladigan harakatlarning davolash va diagnostik algoritmi ishlab chiqildi, jarohatlarning yangi lokalizatsiyasi va ushbu shikastlanish bilan birga keladigan asoratlarni taklif qilindi (O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirligi xuzuridagi intellektual mulk agentligining 24.08.2022 yildagi DGU № 18223 raqamli bayonnomasi).

Algoritmga ko'ra, torakoabdominal shikastlanishlar bilan og'rigan bemorning barchasida jaroxat kanalini reviziya qilish ortidan jarohatning birlamchi xirurgik qayta ishlovi (BXI) amalga oshiriladi. Shuni ta'kidlash lozimki, jaroxat kanalini reviziya qilish qabulxona bo'limi sharoitida yaraning bo'shliqqa kirganligini aniqlash maqsadida o'tkazildi. Teshib o'tilgan jaroxatda BXI operasion xonada olib borildi. Narkoz vaqtida reanimasion chora-tadbirlar bilan parallel ravishda amalga oshirildi. Qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi a'zolarining dominant shikastlanishlarini tashxislash uchun UTT, ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining rentgenografiyasi o'tkazildi, endoskopik tekshiruv usullaridan foydalanildi, bu esa 90% xollarda xirurgik va operativ kirish yo'lini aniqlash imkonini berdi.

Operativ taktika jarohatning tabiati va og'irligiga, jaroxatlanishlar bilan og'rigan bemorlarning umumiy axvoliga bog'liq edi. Torakoabdominal shikastlanishlar bilan og'rigan bemorlarda operativ amaliyotlarning xajmi va kirish yo'llari xamda shikastlanishlar hajmi quyidagi kirish yo'llarining birgaligida amalga oshirildi: (2-jadval)

2-jadval

Operativ amaliyotlar va kirish yo'llarining tabiati

| № | Kirish yo'llarining turi va operativ amaliyot xajmi | Nazorat guruxi | | asosiy gurux | |
|---|---|--|--------------------|--|--------------------|
| | | Shikastlanishlar bilan og'rigan bemorlarlar va tekshiruvdan o'tganlar soni | Bemorlar soni % da | Shikastlanishlar bilan og'rigan bemorlarlar va tekshiruvdan o'tganlar soni | Bemorlar soni % da |
| 1 | Torakotomiya, so'ngra laparotomiya | 9 | 4,7 | 4 | 2,1 |
| 2 | Torakofrenotomiya | 2 | 1,1 | 3 | 1,6 |
| 3 | Laparotomiya va torakotomiyasiz plevra bo'shlig'ini drenajlash | 18 | 9,5 | 7 | 3,7 |
| 4 | Dastlabki bosqichda - laparotomiya, ikkinchi bosqichda - torakotomiya | 9 | 4,7 | 2 | 1,1 |

| | | | | | |
|----|--|-----|------|----|------|
| 5 | Bir vaqtning o'zida torakotomiya va laparotomiya | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 |
| 6 | Torakofrenolaparotomiya | 1 | 0,5 | | |
| 7 | Laparotomiya | 38 | 20 | 16 | 8,4 |
| 8 | Torakotomiya | 10 | 5,2 | 3 | 1,6 |
| 9 | Laparoskopiya | 1 | 0,5 | 10 | 5,2 |
| 10 | Torakoskopiya | 0 | 0 | 8 | 4,2 |
| 11 | Torakotomiyasiz plevra bo'shlig'ini drenajlash | 18 | 9,5 | 12 | 6,3 |
| 12 | BXI | 13 | 6,8 | 2 | 1,1 |
| | Jami | 122 | 64,2 | 68 | 35,8 |

Barcha bemorlarda turli operativ amaliyotlar amalga oshirildi. Ushbu jadvaldagi natijalar orqali, birinchi navbatda torakotomiya, so'ngra laparotomiya - 13 nafar (6,8%); torakotomiya va frenotomiya - 5 nafar (2,6%) mos ravishda; laparotomiya va torakotomiyasiz plevra bo'shlig'ining drenajlash – 25 nafar (13,2%), birinchi bosqichda laparotomiya, ikkinchi bosqichda - torakotomiya - 11 nafar (5,8%), torakofrenolaparotomiya - 1 nafar (0,5 %) bemorda bajarilganligini ko'rish mumkin. Bir vaqtning o'zida torakotomiya va laparotomiya 3 nafar (1,6%) jaroxatlanishlar bilan og'rigan bemorlarlarda amalga oshirilgan. Shu bilan birga, 19 nafar (10%) bemorda operatsiya kam invaziv kirish yo'li, torako - yoki laparotomiyasiz bilan yakunlangan. Bunda defektlarni, turli a'zolarining, shuningdek diafragma tikishga erishilgan. Davolashda endovideoxirurgik usullarini tadbiiq etish orkali, operatsiyaning torakal bosqichi 8 nafar (4,2%) bemorda plevra bo'shlig'ini drenajlashgacha qisqartirildi. Ushbu toifadagi bemorlarda torakotomiyaga ko'rsatmalar yurak yoki yirik qon tomirlarning jaroxatlanishiga shubxa qilinganda yoki qon ketishining davom etishi bilan aniqlangan.

Shuni ta'kidlash lozimki, diagnostik torakoskopiya va laparoskopiya jarayonida qorin bo'shlig'i ichki a'zolari shikastlanishining aniqlanishi yoki yo'qligidan qat'i nazar, barcha holatlarda yolg'on salbiy natijalar olinmadi.

Torakoabdominal shikastlanishda diagnostik torakoskopiyaning amalga oshirishida (umumiy operatsiyalar sonining 6 (3,2%) – barcha torakoskopik operatsiyalarning 8 (4,2%)), ko'krak qafasi a'zolarining patologiyasi aniqlanmadi, bu bemorlarni kuzatish paytida o'z tasdig'ini topdi va chin salbiy natijani qayd etdi.

2 xolatda (1,1%) diagnostik torakoskopiyaning bajarish vaqtida, ko'krak qafasining teshib o'tilgan-kesilgan jaroxatida va o'pkaning ko'p sonli shikastlanishida massiv plevra ichi qon ketish kuzatilganda, operativ kirishning konversiyasiga ko'rsatma aniqlangan. Massiv qon ketishining tavsiflangan sabablari faqat torakotomiya paytida aniqlangan bo'lib, endovideoxirurgik diagnostik operatsiya paytida bunday jarohatlarni ko'rish imkonini bermagan. Torakoabdominal shikastlanishlar bilan og'rigan bemorlarni (intraoperatsion, operatsiyadan keyingi asoratlar, o'lim) tashxislash va davolash uchun endovideoxirurgik texnologiyalardan foydalangan holda olib borilgan tadqiqotlarimiz natijalarini va torakotomiya yoki laparotomiya yordamida bajarilgan operatsiyalarning natijalarini tahlil qilish endovideoxirurgik usullarning klinik samaradorlik darajasini aniqlashga imkon berdi. Shunday qilib, amalga oshirilgan 19 ta endovideoxirurgik diagnostik va davolovchi operatsiyalardan umumiy operatsiyalar sonidan 18 tasi (9,5%) (II guruh operatsiyalari sonidan 26,5%) samarali deb tan olindi. Ochiq operativ kirish yo'li yordamida bajarilgan operatsiyalar guruxida, operatsiyalarning umumiy sonidan 38 xolatda (31,2%), nazora guruxining I guruxidagi operatsiyalar sonidan 74,6%) asoratlar va o'lim, o'zaro mos ravishda 2 (2,9%) va 9 (7,4%) xolatda qayd etilgan. Endovideoxirurgik diagnostik va davolash operatsiyalarining klinik samaradorligi o'rtacha ochiq operativ kirish yo'li yordamida bajarilgan operativ amaliyotlarga nisbatan 1,1 barobar yuqori ekanligi aniqlangan.

Shunda qilib, olingan natijalar torakoabdominal shikastlanishda endovideoxirurgik tashxislash usulining yuqori darajada samaradorlikka ega ekanligidan darak beradi. Olingan

natijalarni taxlil qilish asosida torakoabdominal shikastlanishni tashxislashda endovideoxirurgik usullari o'rtacha sezgirlik darajasi 1,09 barobar, o'ziga xoslik darajasi 1,68 barobar va aniqlilik darajasi 1,16 barobar yuqori ta'minlashini aniqlash imkonini berdi.

Endovideoxirurgik amaliyotlardan foydalangan holda asosiy guruxdagi bemorlarni davolashda yaxshi klinik samaraga erishildi. Shunday qilib, operatsiyadan keyingi davrda og'riq sindromi kamroq namoyon bo'ldi, intensiv terapiya va reanimasiya bo'limlarida uzoq muddatli kuzatuv va davolashga zarurat tug'ilmadi. Bundan tashqari, operatsiyadan keyingi asoratlarning ko'rsatkichi 32% ga (shu jumldan, erta – 26,1% va kechki – 5,9%) kamaydi, yaxshi kosmetik samaraga erishildi, stasionarda davolanishning o'rtacha muddati $4,3 \pm 0,34$ kunga qisqardi xamda operatsiyadan keyingi o'lim 11,7% kamaydi. Ko'krak qafasi va qorin devorida kosmetik defekt kuzatilmadi.

Davolash oqibatlarining asosiy ko'rsatkichlaridan biri o'lim bo'lib, u 25,6 % tashkil etdi. Shokdan 7 nafar (6,4%), 13 nafar - (10,6%) bemor poliorgan etishmovchilikdan, 5nafari (4,1%) – upka arteriyasi tromboemboliyasi (UATE) sababli vafot etgan. Torakoabdominal shikastlanishlarda xirurgik davolashdagi har qanday usulning yutug'i bir qator ob'ektiv holatlar va ularning ko'rsatkichlari bilan izoxlanadi.

Ular orasida: qon yo'qotish hajmi, operatsiyadan keyingi asoratlari soni va ularning tuzilishi, o'lim foizi, shuningdek stasionarda davolash davomiyligi eng muxim hisoblanadi. Bunda natijalarni ishonchli baxolash uchun asosiy va nazorat guruhlaridagi o'zaro qiyoslanadigan bemorlar bir-biriga nisbatan tasodifiy bo'lishi lozimligini hisobga olish kerak.

Shunday qilib, biz tomondan ishlab chiqilgan davolash va diagnostik algoritmi va xirurgik taktika torakoabdominal shikastlanish bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolashda qo'llanilishi mumkin.

Xulosalar.

Ishlab chiqilgan diagnostika va davolash algoritmidan foydalanish asossiz laparotomiyalar sonini (5,2%) va shu orkali tashrix travmatizmini kamaytirishga imkon beradi. Shuningdek, torakoabdominal jarohatlarda endovideojarrohlikdan foydalanishning klinik samaradorligi ochiq jarrohlik yo'li bilan diagnostika va davolash samaradorligidan o'rtacha 1,1 baravar yuqori.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР

1. Алишихов А. М., Богданов Д. Ю., Матвеев Н. Л. Опыт применения эндовидеохирургических технологий в диагностике и лечении торакоабдоминальной травмы // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 5. – С. 7
2. Амарантов Д. Г., Заривчацкий М. Ф., Светлаков А. В. и др. Роль и место внутривидеоскопии в лечении торакоабдоминальных ранений // Здоровоохранение Таджикистана. 2017. № 4. С. 5–10.
3. Дегтярев О.Л., Ситников В.Н., Турбин М.В., Демин К.А. Торакоабдоминальные ранения в неотложной хирургии // Вестн. СанктПетербург. ун-та. Сер. 11 : Медицина. 2010. Прил. : Пирогов. Хирург.неделя : Материалы всеросс. форума. С. 669–670.
4. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Алтыев Б.К., Кучкаров О.О. Хирургия торакоабдоминальных ранений: 15-летний опыт одной клиники. Вестник экстренной медицины, 2019, том 12, №4.с.9-16
5. Al-Mudhaffar M, Hormbrey P. Abdominal trauma. BMJ. 2014 Mar 12;348:g1140. doi: 10.1136/bmj.g1140. PMID: 24622776.
6. Amarantov DG, Zarivchatsky MF, Kholodar AA, Gudkov OS, Kolyshova EV. Modern approaches to the surgical treatment of thoracoabdominal wounds. Bulletin of Surgery 2018;177(5):100-103.
7. Feliciano DV. Abdominal Trauma Revisited. Am Surg. 2017 Nov 1;83(11):1193-1202. PMID: 29183519.

8. Schulz-Drost S. Thoraxtrauma : Aktuelles zum interdisziplinären Management von Thoraxwand- und Organverletzungen [Thoracic trauma : Current aspects on interdisciplinary management of thoracic wall and organ injuries]. Unfallchirurg. 2018 Aug;121(8):594-595.
9. Trejo-Avila ME, Valenzuela-Salazar C, Betancourt-Ferreya J, Fernandez-Enriquez E, Romero-Loera S, Moreno-Portillo M. Laparoscopic versus open surgery for abdominal trauma: A case-matched study. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2017;27:383–387
10. Vyhnánek F. Postup při poranění břicha [Approaches to abdominal injuries]. Rozhl Chir. 2012 Nov;91(11):632-8. Czech. PMID: 23487880
11. Мамараджабов, С. Э. Роль и место сероэпидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области / С. Э. Мамараджабов, Ж. А. Ризаев, С. Р. Баймаков // Актуальные аспекты медицинской деятельности : сборник статей I Международной научно-практической конференции, Киров - Самарканд, 21 июня 2021 года. – Киров: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 209-212. – EDN DOETDC.




УДК 616.279-008.64-089

ABDULLAEV Sayfulla Abdullaevich
MD. professor
Samarkand State Medical University

CURRENT VIEWS ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME

For citation: Sayfulla Abdullayevich Abdullayev // Current views on the diagnosis and treatment of diabetic foot syndrome // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 369-373

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835815>

ANNOTATION

Objective: application of complex, surgical and local tactics of treatment of purulent-necrotic complications of diabetic foot and soft tissues

Methods: in the multidisciplinary clinic of Samarkand City Medical Association and Sam.MU the examination of 45 patients with purulent-necrotic complications of soft tissues at diabetes mellitus type 2, treated in the hospital conditions was carried out. Men-25 (55.5%), women-20 (44.5%). Timely hospitalization of patients in the hospital largely depends on whether the treatment will give a positive result. Timely clinical and laboratory tests, UTI, Doppler sonography, fluoroscopy, radiography, and in some cases MRI, MSCT methods of investigation were performed.

Results: as one group of our patients is late to the hospital, their condition is much more severe than those who have symptoms of sepsis. When treating such patients it is necessary to urgently organize local treatment with laboratory tests, (determination of blood and urine sugar levels) disintoxication, infusion-transfusion, antibacterial therapy. At local treatment we proceeded mainly from 3 principles, which in the recent years were carried out immediately: timely - surgical opening of early purulent cavities (phlegmon and abscesses), sanation of the remaining cavity, necrorectomy and adequate drainage.

Conclusions. Thus, we conclude that it is necessary to use Acerbin fluid in local and complex surgical treatment of purulent necrotic wounds of soft tissues in patients with diabetes mellitus.

Key words: diabetic foot, purulent necrotic wounds, diabetes mellitus, fasciitis

ABDULLAYEV Sayfulla Abdullayevich
T. f. D., professor
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

**QANDLI DIABET PANJA SINDROMINI TASHXISLASH VA DAVOLASH
BO ' YICHA ZAMONAVIY QARASHLAR**

ANNOTATSIYA

Maqsad: Qandli diabetik panja va yumshok tūqimalardagi yiringli-nekrotik asoratlarini kompleks, xirurgik va maxalliy davolash taktikasini qo'llash

Usullari: Samarqand shaxar tibbiyot birlashmasi va Samdtu ko'p tarmoqli klinikasida stasionar sharoitda davolangan 45 ta qandli diabet 2 tip yumshoq to'qimalar yiringli-nekrotik asoratlar kuzatilgan bemorlar ustida tekshirish olib borilgan. Erkaklar-25 ta (55,5%), ayollar 20 (44,5%) kishini tashkil qildilar. Bemorlarning o'z vaqtida stasionarga yotqizilishi davolashning ijobiy natijalar berishiga juda xam bog'lik. O'z vaqtida o'tkazilgan klinik-laborator taxlillari, UTT, dopplerografiya, rentgenoskopiya, rentgenografiya va ayrim xolatlarda MRT, MSKT tekshirish usullari o'tkazildi.

Natijalar: shunday qilib, bizning bemorlarning bir guruxi stasionarga kech kelganligi sababli ularning axvoli ancha og'ir bo'lib sepsis belgilari mavjud bo'lganlar. Bunday bemorlarni davolashda zudlik bilan laboratoriya taxlilari, (qondagi va siydikdagi qand miqdorini aniklash dezintoksikasion, infuzion-transfuzion, antibakterial terapiya o'tkazish bilan maxalliy davolashni to'g'ri tashkil qilish kerak. Maxalliy davolashda asosan oxirgi yillarda zudlik bilan bajariladigan 3ta printsipga asoslandik: o'z vaqtida – erta yiringli bo'shliqlar (flegmona va abscesslar) ni xirurgik yo'l bilan ochish, qolgan bo'shliqni sanasiya, nekroektomiya qilish va adekvat drenajlash lozim topdik.

Xulosalar. Shunday qilib, qandli diabet bilan kasallanganlarda yumshoq to'qimalar yiringli-nekrotik yaralarini maxalliy va kompleks xirurgik davolashda Atserbin suyuqligi bilan foydalanish kerak degan xulosaga keldik.

Kalit so'zlar: diabetik panja, yiringli nekrotik yaralar, qandli diabet, fasiit.

АБДУЛЛАЕВ Сайфулла Абдуллаевич

Д.м.н. профессор

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

АННОТАЦИЯ

Цель: применение комплексной, хирургической и местной тактики лечения гнойно-некротических осложнений диабетической стопы и мягких тканей

Методы: в многопрофильной клинике Самаркандского городского медицинского объединения и Сам.МУ проведено обследование 45 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями мягких тканей при сахарном диабете 2 типа, получавших лечение в стационарных условиях. Мужчин-25 (55,5%), женщин-20 (44,5%). Своевременная госпитализация пациентов в стационар во многом зависит от того, даст ли лечение положительный результат. Были проведены своевременные клинико-лабораторные анализы, ИМП, доплерография, рентгеноскопия, рентгенография, а в отдельных случаях МРТ, МСКТ методы исследования.

Результаты: поскольку одна группа наших пациентов опаздывает в стационар, их состояние намного тяжелее, чем у тех, у кого есть симптомы сепсиса. При лечении таких больных необходимо срочно организовать местное лечение с проведением лабораторных анализов, (определение уровня сахара в крови и моче) дезинтоксикационной, инфузионно-трансфузионной, антибактериальной терапии. При местном лечении в основном мы исходили из 3 принципов, которые в последние годы выполняются немедленно: своевременно – хирургическое вскрытие ранних гнойных полостей (флегмона и абсцессы), санация оставшейся полости, некроэтомия и адекватное дренирование.

Выводы. Таким образом, мы пришли к выводу о необходимости применения Ацербиновой жидкости при местном и комплексном хирургическом лечении гнойно-некротических ран мягких тканей у больных сахарным диабетом.

Ключевые слова: диабетическая стопа, гнойно-некротические раны, сахарный диабет, фасцииты.

Kirish. Butun jaxon bo'ylab eng ko'p tarkalgan kasalliklar soniga qarab qandli diabet yurak qon tomirlar va xavfli o'sma shishlar (rak)dan keyingi uchinchi o'rinni egallaydi. Qandli diabetning tarkalish geografiyasiga qarasaq hozirgi kunda kuproq Janubiy Amerika davlatlarida (15 % dan kuproq), AQSH da (4%), Rossiyada (3-4%) va boshka rivojlangan mamlakatlarda xam kupaymoqda. Xar yili diabet kasalligi bilan kasallanganlar soni (5-6%) ga oshmokda, xar 15 yilda esa ikki baravarga ko'paymoqda[1,3,7]. Ammo shuni aytish kerakki agar o'zimiz o'z tanamiz ustidan yaxshi nazorat qila olsak diabet kasalligi emas balki bu aloxida bizning yashash tarzimiz xolatiga tushib qoladi. Agar faol yashash tarziga o'tsak qandli diabetning kup asoratlaridan qutilamiz [2,4]. Jismoniy faollik odam xayotining ajralmas qismidir. Tabiiyki jismoniy faollikning susayishi ko'pchilikda "sivilizasiya kasalligi"ga olib keladi. Bu stenokardiya, ateroskleroz, me'da va ichaklar yara kasalligi va semizlikdir[5,6]. Xozirgi kunda shu kasalliklar bilan birga qandli diabet turibdi. Yapon olimlarining kuzatuvlari bo'yicha shaxsiy avtomobilga ega kishilarda qandli diabet 2 tipi piyoda yuruvchilarga nisbatan 2 marta kuproq uchrar ekan[1, 3].Jismoniy faollik har bir kishining xayoti uchun eng muxim omili bulishi bilan qandli diabetga esa asosiy xayot tarziga aylanishi kerak. Qandli diabet 2 tipiga olib keladigan asosiy faktorlardan - semizlik va nasliy faktorlar xam muxim xisoblanadilar. Semizlikning I darajasida qandli diabet 2 marta, II darajasida-5 marta, III darajasi kuzatilganda-10 martagacha ko'p uchraydi. Doimiy jismoniy xarakterda bulganlarda yog'larning organizmda parchalanish kuchayadi, tana vazni pasayadi, kondagi yog'larning tarkibi yaxshilanadi. Bu esa o'z navbatida asteroskerozning xar xil tomir kasallarining rivojlanishi faktorlarini bartaraf etadi [8,9]. Xozirgi vaqtda qandli diabet 2 tip kasalligi bilan xastalanganlar sonining ko'payayotganligi bilan ularning asoratlari xam oshmokda. Ayrim asoratlari (yumshoq to'qimalardagi yiringli-nekrotik yalliglanishlar) qandli diabet bilan chalingandan keyin bir va ikki oy ichida kuzatilmoqda.. Vaxolanki amaliyotda qandli diabet bilan xozirgi kunda 10-15 yil xastalangan bemorlarda kuzatilmoqda. Butun dunyo buyicha qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning 30-70 % da diabetik panja sindromi uchramoqda. Qandli diabet kasalligi bilan xastalangan kishilar orasida yosh nogiron bo'lishlar va o'lim natijalari bilan tugallash xolatlari kupaymoqda. Butun dunyoda 3 milliondan ko'prok kishilarda oxir oqibatda gangrena va oyoklar amputasiyasiga olib kelmoqda[1, 2]. Umumiy amputasiyalar soniga nisbatan 50-70% oyoqlar amputasiyasi qandli diabet kasalligida qilinmoqda. Dunyoda har 30 sekunda bitta qilinadigan amputasiyalar qandli diabet natijasida bo'lmoqda[4].

Ilmiy ishning maqsadi: qandli diabetik panja va yumshoq to'qimalardagi yiringli-nekrotik asoratlarini kompleks, xirurgik va maxalliy davolash texnologiyalarini takomillashtirish.

Material va tashxislash usullari: Samarqand shaxar tibbiyot birlashmasi va SamDTU ko'p tarmoqli klinikasida stasionar sharoitda davolangan 45 ta qandli diabet 2 tip yumshoq to'qimalar yiringli-nekrotik asoratlar kuzatilgan bemorlar ustida tekshirish olib borildi. Erkaklar-25 ta (55,5%), ayollar 20 (44,5%) kishini tashkil qildilar.

Qandli diabet bilan xastalangan bemorlarga yumshoq to'qimalarining yiringli yalliglanishiga asosiy sabablari bo'lib dumba soxasi in'ektsiyasidan keyin rivojlangan flegmona, abscesslar, paraproktitlar, panjalardagi yiringli yaralar,operasiyadan keyingi yaralarning yiringlashi ekanligi aniqlandi. Yumshok to'qimalarning yiringli nekrotik yalliglanishlarini to'g'ri va o'z vaktida diagnoz qo'yish muhim deb xisoblaymiz.To'g'ri va aniq diagnoz qo'yishda anamneziga e'tibor berish, bemorlarning yoshi va yashash tarzini aniqlash, ayniqsa qari yoshli bemorlardagi yo'ldosh kasalliklarini aniqlash lozim. Bemorlarning o'z vaqtida stasionarga yotqizilishi davolashning ijobiy natijalar berishiga juda xam bog'lik. O'z vaqtida o'tkazilgan klinik-laborator taxlillari, UTT, dopplerografiya, rentgenoskopiya, rentgenografiya va ayrim xolatlarda MRT, MSKT qilish to'g'ri diagnoz qo'yishning muxim omillari hisoblanadi. Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik asoratlari bilan bemorlarni ikki guruhga bo'lindi, birinchi asosiy guruhga 25 ta (55,5%) bemor kiritilib maxalliy kompleks davolashning yangi usullari qo'llanildi. Ikkinchi guruxda 20 ta (44,5%) bemorda maxalliy davolashning an'anaviy usuli qo'llanilgan.

Ishning natijalari va muhokamasi: qandli diabet bilan bemorlarga yumshoq to'qimalardagi yiringli-nekrotik asoratlarning tez rivojlanishidan asosiy sabablari fassiitlarning paydo bulishidir.Fassiitlarning rivojlanishida eng avvalo yuzaki fassiyalar jaroxatlanadi va keyinchalik teritagi yog'to'qimalariga o'tadi. Kasallikning bu davrida birlamchi belgilari paydo bo'lmaydi va

diagnoz qo'yishda ancha qiyinchiliklar tug'diradi. Nekrotik fassiitlarning maxalliy klinik belgilari aloxida xususiyatlarga ega bo'lib, teri qoplamasida maxsus maxalliy simptomlar vizual aniqlanmaydi. Ayniqsa fassiitlar tez rivojlanadi, intoksikasiya holati yuzaga keladi va bemorlar og'ir axvolga tushib qoladi. Oxirgi yillarda in'ektsiyadan keyingi yumshoq to'qimalardagi flegmona va abscesslar ko'p uchramoqda. Yo'ldosh kasalligi bilan bemorlarga dumba sohasiga qilinadigan xar xil dorivor moddalar juda chuqur qilingani uchun ana shunday og'ir asoratlarga sabab bo'lmoqda. Biz kuzatgan bemorlarning bir guruxi stasionarga kech kelganligi sababli ularning axvoli ancha og'ir bo'lib sepsis belgilari mavjud bo'lganlar. Bunday bemorlarni davolashda zudlik bilan laboratoriya taxlilari, (qondagi va siydikdagi qand miqdorini aniklash dezintoksikasion, infuzion-transfuzion, antibakterial terapiya o'tkazish bilan maxalliy davolashni to'g'ri tashkil qilish kerak. Maxalliy davolashda asosan oxirgi yillarda zudlik bilan bajariladigan 3ta printsipga asoslandik: o'z vaqtida – erta yiringli bo'shliqlar (flegmona va abscesslar) ni xirurgik yo'l bilan ochish, qolgan bo'shliqni sanasiya, nekroektomiya qilish va adekvat drenajlash.

Biz yiringli-septik bo'limda oxirgi yillarda bemorlarni maxalliy davolashda "Atserbin" suyuqligini tatbiq qildik. Qolgan bo'shliq sanasiya va nekroektomiya qilingandan keyin yaraga atserbin preparatini sepish va bog'lam qo'yildi. Atserbin suyuqligi keratolitik, antiseptik va yarani bitkazish xususiyatlariga ega. Uning tarkibida quyidagi komponentlar mavjud: salisil kislotasi (yarani nekrotik tuqimalardan tozalash xususiyatiga ega), benzol kislotasi (antibakterial va zamburug'larga karshi ta'siri) va olma kislotasi (yarada granulyasiya hosil qilishiga va epiteliyani kuchaytirishdan iborat). Atserbindagi komponentlarning asosini suv tashkil qiladi, toksik xususiyatiga ega emas. Bizning kuzatuvimizda bo'lgan asosiy guruh bemorlariga yiringli-nekrotik flegmona va abscesslar ochilib sanasiya qilingandan keyin yaraga atserbin suyuqligi sepilib va shu suyuqlik bilan namlangan bog'lam qo'yildi. Qo'yilgan bog'lama namlikni saqlab atserbinning qurib qolishidan ximoya qiladi. Yaraga qo'yilgan atserbin bilan okklyuzion bog'lam yarada sho'r muhitni saqlaydi va nekrotik tuqimalarning erishiga olib keladi. Yiringli nekrotik yaralar yuzidagi fibrin va nekrotik tuqimalar yumshab gelsimon konsistentsiyaga aylanib yarani keyingi yuvish paytida ajrala boshlaydi. Yaradagi eksudasiya holati pasayadi, yaradan ajralaetgan loyqa seroz suyuqlik tiniq holga o'tib yara yuzasi qizil rangli granulyasiya paydo qiladi. Ana shu holat yaraning ikkinchi bosqichga o'tishidan darak beradi. Bundan tashqari katta va chuqur flegmona va abscesslar ochilgandan keyin qolgan bo'shliq sanasiya qilinib qisman nekroektomiya qilingandan keyin yaraga kombinasiya holatida atserbin suyuqligi sepilib, levomikol bilan salftka xam qo'yildi. Fikrimizcha levomekol eksuddatni adsorbtsiya qilish xususiyatiga ega bo'lib o'zaro ta'sir kuchini oshiradi. Ochilgan yaralarning xajmiga qarab bir sutkada ikki marta bog'lam qo'yildi.

Ikkala guruh bemorlarinin gdavolash natijalari taqqoslangan an'anaviy levomekol moyi va loroben aralashmasi maxalliy ishlatilgan bemorlarga nisbatan atserbin ishlatilgan guruh bemorlarda yaralar 4-5 kun oldin nekrotik tuqimalardan tozalandi. Natijada 7-8 kun oldinroq yaralar II chi - fazasiga o'tdi va ikkilamchi choklar qo'yish imkoniyatiga ega buldik. Bemorlarning stasionarda davolanish muddati 5-6 kunga qisqardi.

Xulosa: qandli diabet bilan kasallanganlarda yumshoq to'qimalar yiringli-nekrotik yaralarini maxalliy va kompleks xirurgik davolashda Atserbin suyuqligining qo'llanishi yaraning nekrotik to'qimalardan tezroq tozalanishiga va stasionardagi o'rtacha davolanish muddatini qisqartirishga olib keladigan eng optimal usul xisoblanadi.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР

1. Ахмедов Р.М., Хамдамов Б.З. Оценка способов ампутации на уровне голени при тяжелых формах синдрома диабетической стопы. Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2019, №4 (113). – С. 29-32.
2. Бубнова Н.А., Шляпников С.А. Инфекции кожи и подкожной клетчатки, хирургические инфекции. Рук. (Под ред. Ергохина И.А., Гельфандя Б.Р., Шлепникова С.А. СПб: 2004. с. 379-409

3. Корейба К.А. Современные препараты комплексного воздействия как альтернатива этапным некрэктомиям в гнойно-септической хирургии. Азербин. Сборник материалов о препарате. Москва:2018. С-28-33.
4. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы. (В кн. «50 лекций по хирургии» под ред. Савельева В.С.М-2004. с 752)
5. Хамдамов Б.З. Оптимизация методов местного лечения гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете. Журнал. Тиббиётда янги кун. 2018, №4 (24) стр.-112-115.
6. Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А., Хамдамов А.А. Место лазерной фотодинамической терапии в профилактике послеоперационных осложнений синдрома диабетической стопы. Самарканд. Биология ва тиббиёт муаммолари. №1, 2019., (107) стр. 112-114.
7. Хамдамов Б.З. Диабетик товон синдромида бажариладиган юкори ампутациялардан сунг беморларнинг хаёт кечириш сифатидаги узгаришлар тахлили. Самарканд. Биология ва тиббиёт муаммолари. №1, 2019., (107) стр. 115-117
8. Хамдамов Б.З. Комплексное лечение синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2020, Специальный выпуск. 5 часть. –С.801-814.
9. Хамдамов Б.З. Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы. Биология ва тиббиёт муаммолари №1 (116) 2020. – С.142-148



УДК: 616.366-002. 616-053.9


Rizaev Ezozbek Alimdzhanovich,
assistant

Kurbaniyazov Zafar Babadzhanovich,
Doctor of Medical Sciences, Professor

Mamaradzhbov Sobir Ergashevich
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Samarkand State Medical University

FEATURES OF THE CLINIC OF COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

For citation: Ezozbek A. Rizaev, Zafar B. Kurbaniyazov, Sobir E Mamaradzhbov. Features of the clinic of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile patients. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 374-379

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835847>

ANNOTATION

The features of the clinic of complicated forms of cholelithiasis in 171 elderly and senile patients are presented. The clinical picture of the disease depended not only on the severity of the inflammatory process in the gallbladder and ducts, the presence of biliary or pancreatic hypertension, but also on age factors. In older age groups, there is a frequent discrepancy between the main clinical symptoms of the disease and the severity of pathomorphological changes in the biliary tract in 37.7% with acute destructive cholecystitis and 39.0% with obstructive cholangitis.

Key words: cholelithiasis, complications, elderly and senile age.

Ризаев Эъзозбек Алимджанович,
ассистент

Курбаниязов Зафар Бабаджанович,
Доктор медицинских наук, профессор

Мамараджабов Собир Эргашевич
Доктор медицинских наук, доцент

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

Представлены особенности клиники осложненных форм желчнокаменной болезни у 171 больного пожилого и старческого возраста. Клиническая картина заболевания зависела не только от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре и протоках, наличии

билиарной или панкреатической гипертензии, но и от возрастных факторов. В старших возрастных группах наблюдается частое несоответствие основных клинических симптомов заболевания тяжести патоморфологических изменений в желчных путях у 37,7% при остром деструктивном холецистите и 39,0% при обструктивном холангите.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, пожилой и старческий возраст.

Rizaev E'zobek Alimdjanovich,
assistant

Kurbaniyazov Zafar Babadjanovich,
Tibbiyot fanlari doktori, professor

Mamaradjabov Sobir Ergashevich
Tibbiyot fanlari doktori, dotsent
Samarqand Davlat tibbiyot universiteti

KEKSA VA QARI YOSHDAGI BEMORLARDA O'T TOSH KASALLIGI ASORATLI SHAKLLARI KLINIKASINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

ANNOTATSIYA

171 nafar kekxa va qari yoshdagi bemorlarda o't tosh kasalligi asoratli shakllari klinikasining xususiyatlari keltirilgan. Kasallikning klinik ko'rinishi nafaqat o't pufagi va kanallarida yallig'lanish jarayonining og'irligiga, safro yoki oshqozon osti bezi gipertenziasining mavjudligiga, balki yosh omillariga ham bog'liq edi. Katta yoshdagi guruhlarda kasallikning asosiy klinik belgilari va o't yo'llaridagi patomorfologik o'zgarishlarning og'irligi o'rtasida tez-tez nomuvofiqlik mavjud 37,7% bemorlarda o'tkir destruktiv xoletsistit va 39,0% bemorlarda obstruktiv xolangit bilan kechadi.

Kalit so'zlar: o't tosh kasalligi, asoratlar, kekxa va qari yoshdagi bemorlar.

Актуальность. У больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) старше 70 лет тяжесть основного заболевания усугубляется сопутствующей патологией. При этом в остром периоде заболевания проявляется эффект взаимного отягощения основного и сопутствующего заболевания. Последнее по тяжести своего течения нередко приобретает конкурирующий характер. К 75 годам жизни сопутствующие заболевания встречаются практически у 100% больных ЖКБ. Основное место среди сопутствующих заболеваний занимает патология сердечнососудистой системы. От 48% до 66% больных страдают заболеваниями органов дыхания. Сахарный диабет наблюдается у 41-56% больных. Больные острым холециститом старше 60 лет в 28-62% случаев страдают ожирением 3-4 степени [10, 11].

В работах Брискина и соавт. (2015), Н.А. Майстренко и соавт. (2015) установлено [3, 6, 7, 8], что нарушение постоянства и адаптации различных физиологических процессов у лиц старческого возраста вызывает изменение адекватной местной и общей реакции организма на патологический процесс, атипичности и сглаженности его клинических проявлений. Полиморбидность, характерная для старых людей, заставляет сосредоточить внимание на сопутствующих заболеваниях, расценивая их как противопоказания к операции. Недооценка сопутствующих заболеваний и отсутствие их профилактического лечения ведет к прогрессированию осложнений с высокой вероятностью летального исхода [1, 2, 4, 5, 9].

Цель исследования. Изучить особенности клиники ЖКБ осложненной острым холециститом и поражениями желчных протоков у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Предметом исследования послужили 171 больных с осложненными формами ЖКБ.

Острый холецистит, осложненный патологией желчных протоков, проявлялся либо симптоматикой острого воспаления желчного пузыря, либо признаками нарушения проходимости гепатикохоледоха или их сочетанием. В связи с этим мы сочли целесообразным

раздельно проанализировать клинические проявления острого холецистита и патологии желчных протоков.

Симптоматику заболевания изучали в зависимости от возраста, предварительно разделив всех больных на две группы: первая включает в себя пациентов 60 - 74 лет (n=143), вторая - больных старше 75 лет (n=28); при описании симптоматики принималась во внимание тяжесть воспалительного процесса в билиарной системе.

Результаты и их обсуждение. Основным в клинической диагностике у больных с превалированием клиники острого холецистита (n=105) являлся болевой синдром, в понятие которого мы включали как самостоятельные боли, так и вызываемые пальпаторно. Этот важный диагностический тест был ярко выражен у 69 больных, у 36 боли были слабее (табл. 1). У больных старше 75 лет слабые боли отмечены почти в два раза чаще, чем у лиц 60-74 лет.

Таблица 3.1

Клинические проявления острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

| Клинические проявления | Всего больных n=105 (100%) | Возраст больных | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | | 60-74 лет n=89 (100%) | старше 75 лет n=16 (100%) |
| Боль: выраженная | 69(65,7%) | 62(69,7%) | 7 (43,7%) |
| Слабая | 36(34,3%) | 27(30,3%) | 9 (56,2%) |
| В правом подреберье | 65(61,9%) | - | - |
| В верхних отделах живота | 28(26,6%) | - | - |
| По всему животу | 3(2,8%) | - | - |
| Иррадиация в правую лопатку | 33(31,4%) | 21(23,6%) | 12(75%) |
| В поясницу | 24(22,8%) | 14(15,7%) | 10(62,5%) |
| В сердце | 12(11,4%) | 4(4,5%) | 8(50%) |
| Рвота | 51(48,6%) | 40(44,9%) | 11(68,75%) |
| Напряжение мышц живота | 50(47,6 %) | 43(48,3%) | 7(43,75%) |
| Увеличенный желчный пузырь | 49(46,6%) | 38(42,7%) | 11(68,75%) |
| Симптом Ортнера | 82(78,1%) | 70(78,6%) | 12(75%) |
| Симптом Щеткина-Блюмберга | 11(10,5%) | 7(7,8%) | 4(25%) |

Постоянной локализацией болевых ощущений была область правого подреберья (65-61,9% больных). Наряду с этим у 28 (26,6%) больных боль ощущалась в верхнем этаже живота и у 3 (2,8%) - по всему животу. У больных старше 75 лет болевой синдром имел выраженную тенденцию к распространению в верхних отделах и по всему животу.

Неоднородность локализации болевых ощущений была обусловлена экстрапузырными осложнениями острого холецистита (инфильтрат, перитонит), вовлечением

в патологический процесс поджелудочной железы (панкреатит) и другими сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости (язва желудка и двенадцатиперстной кишки и др.).

Анамнестически установлено, что у 57 больных заболевание началось с острого приступа болей, у остальных оно развивалось постепенно. Такое начало было более характерно для больных старше 75 лет.

Как представлено в таблице 1, у 33 больных боли иррадиировали в правую лопатку, у 24 - в поясницу, у 12 - в область сердца. Заметно чаще иррадиация боли в правую лопатку и поясницу наблюдалась у больных первой возрастной группы, тогда как иррадиация в область сердца - второй. Появление боли в животе у 51 (48,6%) больного сопровождалось рвотой. Вместе с выраженной болезненностью живота у 50 (47,6%) пациентов определялось защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Появление этого симптома и его выраженность не всегда соответствовали тяжести патоморфологических изменений в желчном пузыре. Так, у 31 (29,5%) больного с деструктивным холециститом напряжение мышц брюшной стенки не определялось, из них 7 (43,7%) больных были старше 75 лет.

Достоверный симптом острого холецистита - увеличенный напряженный болезненный желчный пузырь - выявлен у 49 (46,6%) больных.

Более частое выявление увеличенного желчного пузыря во второй возрастной группе было обусловлено меньшей выраженностью защитного напряжения мышц в области правого подреберья, что позволяло проводить более свободную пальпацию желчного пузыря

Один из постоянных клинических признаков острого холецистита - симптом Ортнера - выявлен у 82 (78,1%) больных. Он выявляется гораздо чаще (78,6% против 75,0%) и выражен ярче, чем у больных старше 75 лет. Симптом Щеткина-Блюмберга диагностирован у 11 (10,5%) больных с деструктивным холециститом, осложненным перитонитом.

Симптоматика острого холецистита была выражена и соответствовала форме воспаления желчного пузыря у 78,7% больных моложе и 47,6% больных старше 75 лет.

Основными клиническими проявлениями поражений желчных протоков при остром холецистите у больных старших возрастных групп были симптомы холестаза (желтушность кожи и склер, потемнение мочи, светлый кал), которые проявлялись при частичном или полностью нарушенном оттоке желчи в кишечник. Желтухой страдали 66 (38,6%) больных. Более чем у половины больных желтухой уровень билирубинемии превышал 60 ммоль/л. При поступлении в хирургический стационар продолжительность желтухи до 3-х суток с момента возникновения отмечена у 37 (56,0%) больных, от 3 до 7 суток - у 20 (30,3%), свыше 7 суток - 9 (13,6%). Установлено, что у 22 (33,3%) больных желтуха возникла впервые, а у 44 (66,6%) наблюдалась повторно.

Характерное для острого холецистита, осложненного доброкачественными поражениями желчных протоков, появление желтухи на фоне интенсивного болевого синдрома отмечено у 80,7% больных. Вместе с тем, у 19 (28,8%) больных боли, предшествующие и сопровождающие желтуху, были слабыми, а у 3 (4,5%) пациентов почти полностью отсутствовали.

Существенное значение в клинической диагностике острого холецистита у больных старческого возраста, осложненного поражениями желчных протоков, имели показатели температурной реакции и уровень лейкоцитов в периферической крови, которые, как правило, являются отражением степени тяжести воспалительных процессов. Оценку указанных диагностических тестов давали по данным, полученным в течение первых суток с момента поступления больных в хирургический стационар. Лихорадочное состояние отмечено у 52 (30,4%) больных. Так, при деструктивном воспалительном процессе в желчной системе (флегмонозный и гангренозный холецистит, гнойный холангит) у больных 60-74 лет температурная реакция отмечена в 62,5% случаев, у больных же старше 75 лет - в 51,7%. На высоте лихорадки у 83,1% наблюдался озноб, степень выраженности которого была различной.

Увеличение количества лейкоцитов в периферической крови до 15×10^9 /л и более зарегистрировано у 61,5% больных при поступлении в стационар. В лейкоцитарной форме у

52,5% больных имел место нейтрофильный сдвиг. Как правило, и в первой и во второй возрастных группах лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг нарастали параллельно тяжести воспалительных изменений.

Вместе с тем, у 14 из 27 больных с нормальным количеством лейкоцитов в крови (менее $10,0 \times 10^9$ /л) был деструктивный холангит или гнойный холангит. Отсутствие лейкоцитоза при деструктивных воспалительных процессах в желчной системе чаще наблюдалось у больных старше 75 лет - у 6 (20,7%) из 29 против 8 (16,6%) из 48. Следовательно, лейкоцитарная реакция так же, как и температура тела, не всегда достоверно отражали и соответствовали тяжести воспалительного процесса в желчной системе у больных старческого возраста. При изучении клинических проявлений патологии желчных протоков установлена характерная для гнойного холангита триада симптомов (боль, желтуха, лихорадка) у 61,0% больных с этим осложнением. Как правило, стертая клиническая картина холангита наблюдалась у больных со слабо выраженным болевым синдромом.

Таким образом, чем старше больной, тем выше был риск ошибки клинической диагностики и неправильной лечебной тактики. В возрастных группах 60-74 лет и старше 75 лет острое воспаление желчного пузыря проявляется слабо и нетипично в 37,7%. Вместе с тем характерная для острого холангита триада симптомов (боль, желтуха, лихорадка) отсутствовали в 39,0%. Лейкоцитарная реакция и температура тела не достоверно отражают тяжесть воспаления в 31,1%.

Выводы:

1. Для осложненных форм ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста, характерно разнообразие клинических проявлений. Клиническая картина заболевания зависит не только от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре и протоках, наличии билиарной или панкреатической гипертензии, но и от возрастных факторов.

2. В старших возрастных группах по мере увеличения возраста снижается уровень функциональной лабильности нервных механизмов, а в результате этого наблюдается частое несоответствие основных клинических симптомов заболевания тяжести патоморфологических изменений в желчных путях у 37,7% при остром деструктивном холецистите и 39,0% при обструктивном холангите.

IQTIBOSLAR | СНОСКИ | REFERENCES:

1. Алмазов А. А. и др. Современные методы лечения желчекаменной болезни у пациентов пожилого и преклонного возраста // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2019. – Т. 19. – №. 9. – С. 3-7.
2. Анарбаев С. А., Шамсиев Ж. З. Острый холецистит у больных пожилого и старческого возраста // Научный журнал. – 2018. – №. 7 (30). – С. 46-50.
3. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. 2011. №9. С. 30–34.
4. Дибиров М. Д. и др. Алгоритм диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой // Журнал им. НВ Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2017. – Т. 6. – №. 2. – С. 145-148.
5. Ш.И. Каримов и соавт. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском // Анналы хирургической гепатологии, 2018, том 15, № 1. – С. 53-56.
6. Курбаниязов З. и др. Современное состояние вопроса хирургического лечения острого холецистита // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 181-184.
7. Назаров З. Н. и др. Миниинвазивные вмешательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста (Обзор литературы) // International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2019. – С. 115-123.

8. Budipranama V.S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilTion in generic peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation// Case Reports in Medicine. -2020. -Т. 2020.
9. Teshaev O. R. et al. Modern approach to the treatment of cholelithiasis complicated by obstructive jaundice //European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 10. – С. 413-418.
10. Yu H. et al. Is it safe to give laparoscopic cholecystectomy (LC) treatment of acute cholecystitis in senile patients 3 months after percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGD)? A case-control study //Int J Clin Exp Med. – 2017. – Т. 10. – №. 9. – С. 13766-13771
11. Zhou Y. et al. Two-stage versus single-stage procedure for the management of cholecystocholedocholithiasis in elderly patients: a retrospectively cohort study //Rev Esp Enferm Dig. – 2019. – Т. 111. – №. 3. – С. 176-81.
12. Мамараджабов, С. Э. Роль и место серозэпидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области / С. Э. Мамараджабов, Ж. А. Ризаев, С. Р. Баймаков // Актуальные аспекты медицинской деятельности : сборник статей I Международной научно-практической конференции, Киров - Самарканд, 21 июня 2021 года. – Киров: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 209-212. – EDN DOETDC.
13. Shavkatovna, S. S. ., & Rakhimov, N. M. . (2021). Morphological Verification Of Malignant Neoplasm Of The Urinary System With Multiple Bone Metastases. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(06), 145–149. <https://doi.org/10.37547/TAJMSPR/Volume03Issue06-23>



УДК: 616.37-001.366-089.-02-614.8.026.1.

KURBANIYAZOV Zafarjon Babajanovich

Doctor of Medical Sciences, Professor

MARDONOV Bobosher Amirovich

Doctor of Philosophy, Associate Professor

Samarkand State Medical University

**SURGERY FOR IATROGENIC INJURIES MAIN BILE DUCTS: CLINIC, DIAGNOSIS
AND SURGICAL TREATMENT
(LITERATURE REVIEW)**

For citation: Zafarjon B.Kurbaniyazov, Bobosher A.Mardonov SURGERY FOR IATROGENIC INJURIES MAIN BILE DUCTS: Clinic, diagnosis and surgical treatment. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 380-391



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835884>

ANNOTATION

The article discusses the literature data of the last decade devoted to aspects of surgical tactics in intraoperative injuries of the bile ducts. It was noted that the main reasons for failures in the treatment of bile duct injuries are the late diagnosis and the performance of inadequate reconstructive operations in terms of volume by surgeons who do not have proper experience in biliary surgery. There is no unity in the choice of the method of operation for injuries of the bile ducts diagnosed intraoperatively or in the immediate postoperative period.

Keywords: cholelithiasis, cholecystectomy, damage to the bile ducts.

KURBANIYAZOV Zafarjon Babajanovich

Tibbiyot fanlari doktori, Professor

MARDONOV Bobosher Amirovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

Samarkand Davlat tibbiyot universiteti

**MAGISTRAL O'T YO'LLARI YATROGEN JAROHATLANISHLARI XIRURGIYASI:
KLINIKASI, DIAGNOSTIKASI VA XIRURGIK DAVOLASH
(ADABIYOTLAR SHARHI)**

ANNOTATSIYA

Maqolada o't yo'llarining intraoperativ shikastlanishlarida jarrohlik taktikasining aspektlariga bag'ishlangan so'nggi o'n yillikdagi adabiyot ma'lumotlari muhokama qilinadi. Qayd etilishicha, o't yo'llari jarohatlarini davolashdagi muvaffaqiyatsizliklarning asosiy sabablari o'z vaqtida tashhis qo'yilmagani hamda hajmi jihatidan yetarli bo'lmagan rekonstruktiv jarrohlik amaliyotlarning o't yo'llari jarrohligi bo'yicha tegishli tajribaga ega bo'lmagan jarrohlar tomonidan o'tkazilayotgani.

Operatsiya paytida yoki operatsiyadan keyingi davrda tashhis qo'yilgan safro yo'llarining shikastlanishlari uchun operatsiya usulini tan-lashda birlik yo'q.

Kalit so'zlar: o't tosh kasalligi, xoletsistektomiya, o't yo'llari jarohati.

Magistral o't yo'llarining (MO'Y) shikastlanishlarini davolash tobora muhim muammoga aylanib bormoqda. Bu o't yo'llari kasalliklari bilan og'rigan bemorlar sonining va ular tufayli operatsiyalar ko'payishi bilan bog'liq bo'lib, shuningdek o't tosh kasalligi tashxisining yaxshilanishi bilan bog'liq. Har yili Rossiyada 100 000 dan ortiq, AQSHda 700 000 ga yaqin, O'zbekistonda 20 000 dan ortiq xoletsistektomiya o'tkaziladi [2,4,6,7,11,12,14,17,22,24,36,37].

Xoletsistektomiya paytida jigardan tashqari o't yo'llarining (JTO'Y) yatrogenik shikastlanishi juda tez-tez sodir bo'ladi, buni turli tibbiy nashrlardagi hisobotlar va o'rtacha statistik ma'lumotlar tasdiqlaydi. Ochiq xoletsistektomiyada 0,1-1,0% [4,5,9,12,17,24,31,40,41], laparoskopik operatsiyalarda - 0,4-3,5% va hatto 7% ni tashkil qiladi [2,7,8,9,14,22,28,29,36,38,50,60]. Shunday qilib, laparoskopik operatsiyalar jigardan tashqari o't yo'llarining shikastlanish xavfini istisno qilmadi. Xarakterli xususiyat shundaki, laparoskopik aralashuv paytida o't yo'lining devori elektr shikastlanishiga, ya'ni termal kuyishga duchor bo'ladi [2,7, 9, 13, 14,24,57,62]. S.I. Emelyanov va boshq. quyidagi ma'lumotlarni berdi: an'anaviy xoletsistektomiya paytida JTO'Yning shikastlanish chastotasi 0,06%, laparoskopik bilan - 0,6% [12].

A.I. Nechay va boshq. (2006) o't pufagida (100) yoki oshqozonda (12) ochiq operatsiya paytida o't yo'llari tasodifan shikastlangan 112 bemorni davolash natijalari haqida xabar berdi. Xoletsistektomiya paytida ushbu asoratning chastotasi 0,13%, oshqozon rezektsiyasi paytida - 0,06% ni tashkil etdi [24].

F.G. Nazirov va boshq. (2005) yatrogen shikastlanishi tufayli rivojlangan JTO'Yning chandiqli strikturalari va tashqi oqmalari bo'lgan 336 bemorni jarrohlik davolash tahlilini taqdim etdi. Chandiqli strikturalar va tashqi oqmalarning paydo bo'lishining sabablari xoletsistektomiya, oshqozon rezektsiyasi va exinokokkektomiya paytida intraoperativ jarohatlar hisoblanadi [23].

JTO'Yga yatrogenik shikastlanishning sabablari va oldini olish masalasi juda muhim va katta qiziqish uyg'otadi. Yatrogen jarohatlarning sabablari va moyillik qiluvchi holatlarini ajratish taklif etiladi [30,43,51,60].

Bir nechta shifoxonalardan olingan juda katta klinik materialni tahlil qilib, A.R. Moossa va boshq. (1990) JTO'Yning shikastlanishi har qanday jarrohlik muassasasida, kunning istalgan vaqtida va eng qizig'i, har qanday malakali jarrohda sodir bo'lishi mumkin degan xulosaga keldi [53]. Xuddi shunday fikr N.N. Artemyevada (1996), na kasallikning davomiyligi, na operatsiyaning tabiati (shoshilinch yoki rejalashtirilgan), na kanalning diametri, na jarrohning professional tajribasi o't yo'llarining shikastlanish ehtimoliga ta'sir qilmaydi [1].

Operatsiya vaqtida o't yo'llarining beixtiyor shikastlanishini sabablar sifatida talqin qilish tubdan noto'g'ri, bunday holatlarni N.A. Maistrenko va boshq. (2005) tomonidan qayta-qayta xabar qilingan [18]. Bu haqda N.A. Mizurov va boshq. (2010) ham yozadi, mutaxassis ma'lum anatomik tuzilmalarning strukturaviy xususiyatlari va yallig'lanish jarayoni tufayli odatiy topografik va anatomik munosabatlardagi o'zgarishlar bilan bog'liq bo'lgan turli xil vaziyatlarni yodda tutishi kerak [21].

Yuqorida aytilganlarga muvofiq, I.V.Fyodorov va boshqalarning (2003) laparoskopik xoletsistektomiya (LXE) paytida o't yo'llarining shikastlanishiga bag'ishlangan ishlarini ajratib ko'rsatish o'rinlidir [30]. Mualliflar jarrohlarni o't yo'llarining mumkin bo'lgan shikastlanishidan ogohlantiradilar va R. Martin et R. Rossi tasnifiga ko'ra ushbu asorat uchun xavf omillarini nomlashadi [51]: xavfli anatomiya, xavfli patologik o'zgarishlar va xavfli jarrohlik (ekspozitsiyaning yetishmasligi, o't pufagini tortishning noto'g'ri yo'nalishi, elektrokoagulyatsiya shikastlanishi va boshqalar).

Xavfli anatomiya:

- JTO'Y anatomik variantlari va rivojlanishidagi nuqsonlar
- jigar darvozasidagi yog' kletchatksi.

Xavfli patologik o'zgarishlar:

- o'tkir xoletsistit
- o'tkir xoletsistitning susaygan huruji
- o't pufagi skleroatrofiyasi
- Mirizzi sindromi
- jigar kistalari va o'smalari
- jigar sirrozi
- oshqozon osti bezi o'smalari va pankreatit
- o'n ikki barmoq ichak yara kasalligi.

Xavfli jarrohlik:

- noto'g'ri traksiya
- mahalliy qon ketishi yoki safro oqishi
- o't pufagini mobilizatsiya qilishning noto'g'ri ketma-ketligi
- issiqlik va lazerli shikastlanish
- texnologiyani o'qitish va o'zlashtirish bosqichi
- xolangiografiya va xoledoxotomiya.

E.I. Galperin xoletsistektomiya paytida o't yo'llarining shikastlanish xavfi va uni oldini olish usullariga e'tibor qaratadi (2003). Muallif xoletsistektomiya paytida qiyinchiliklar yuzaga kelganda, birinchi navbatda kirishni kengaytirish va umumiy o't yo'lini aniq aniqlash orqali yaxshi ekspozitsiyaga erishishni tavsiya qiladi, gemostatik qisqichni ko'r-ko'rona qo'llash mumkin emasligini ta'kidlaydi [9].

F.G. Nazirovning (2006) so'zlariga ko'ra, o't yo'llaridagi operatsiyalar kabi ko'plab kutilmagan hodisalar, xavf bilan bog'liq boshqa operatsiyalar deyarli yo'q. Texnik xato va jarrohning bir lahzalik e'tiborsizligi bemorga shunchalik ko'p zarar yetkazishi mumkinki, uni umrining oxirigacha bartaraf etib bo'lmaydi. Biroq, bir qator texnik va taktik qoidalarga puxta amal qilinsa, aksariyat xatolarning oldini olish mumkin [21].

Shikastlanish tasnifi.

O't yo'llari shikastlanishining ko'plab tasniflari taklif qilingan. Mahalliy va xorijiy jarrohlarning tadqiqotlarni birlashtirish va natijalarni baholash uchun o't yo'llarining shikastlanishlari tasnifini yaratishga bir necha bor urinishgan. Qoidaga ko'ra, shikastlanishning tabiati asos qilib olingan [9,10,11,30,31,33,39,40,64].

JTO'Yga yetkazilgan shikastlanishning tabiati S.M.Strasberg - H.Bismutning (1995) tasnifida eng aniq aks ettirilgan [64], unda 5 tur ajratiladi:

A turi. Kichik o't yo'llaridan safro oqishi

- o't pufagi yotog'i (Lyushko yo'li)
- o't pufagi yo'li.

B turi. Biliar daraxtning qisman yoki to'liq yopilishi (klipirlash).

- Ushbu turdagi shikastlanishda o'ng bo'lak qo'shimcha yo'li tez-tez zararlanadi.

C turi. Qo'shimcha bo'lak yo'lining bittasidan safro oqishi.

- Ko'pincha o'ng aberrant kanalning kesilishi.

D turi. Safro yo'llarining lateral (devorining) shikastlanishi.

- Bo'lak yo'llari, umumiy jigar yo'li (UJY) yoki umumiy o't yo'li (UO'Y) shikastlanishi.

E turi. Umumiy jigar yo'li (UJY) yoki umumiy o't yo'li (UO'Y) ning to'liq kesilishi yoki shikastlanishi.

- E₁. Pastki shikastlanishi - UJY cho'ltog'ining 2 smdan ko'p saqlanishi bilan.
- E₂. O'rta darajadagi shikastlanish - UJY cho'ltog'i 2 smdan kam.
- E₃. Yuqori (konflyuens) shikastlanish, bo'lak yo'llarining qo'shilishi saqlanib qolgan.
- E₄. 3-turdan farqli o'laroq, konflyuens ajralgan, bo'lak yo'llari uzilgan.
- E₅. Kombinirlangan shikastlanish - E₁ E₄da sanab o'tilgan variantlardan biri bilan jigar va o'ng aberrant yoki bo'lak yo'lining birgalikda shikastlanishi.

Ushbu tasnif "yangi" jarohatlar va ularning oqibatlarini ajratib turadi, topografik va anatomik xususiyatlarga ko'ra tuziladi, shikastlanishning xarakterini aks ettiradi, bu esa oxir-oqibatda davolash taktikasini belgilaydi.

Amsterdamdagi Akademik tibbiyot markazida ishlab chiqilgan tasnif (1996) keng qo'llanilgan bo'lib, unga ko'ra shikastlanishning tabiati bilan bir qatorda birlamchi shikast darajasini hisobga olgan holda 4 turdagi shikastlanish ajratilgan:

A turi – o't pufagi yo'lidan yoki periferik jigar shoxlaridan safro oqishi.

B turi - safro oqishi bilan (UJY yoki o'ng jigar yo'lining aberrant jigardan tashqari shoxlaridan) o't yo'llarining katta shikastlanishi, safro strikturalari bilan yoki ularsiz.

C turi – UO'Y ning o'tkazuvchanligining buzilishi, safro oqishi yo'q.

D turi - UO'Y ning to'liq kesilishi, uning parsial uzilishi bilan yoki uzilmasligi bilan.

Tasniflash jarrohga jarohatlanishni tuzatish usulini tanlashga yordam berishi kerak, E.I. Galperin va boshq. (2003) ning Amsterdam tasnifi bilan o'zgartirilgan tasnifi keyingi jarrohlik davolash taktikasiga e'tibor qaratadi:

A. O't yo'llarining erta «yangi» shikastlanishi.

I. Shikastlanish og'irligi va safro oqishi xarakteriga ko'ra.

A turi – o't qopi yo'li yoki periferik jigar yo'li shoxlaridan safro oqishi.

B turi – o't yo'llarining katta jarohatlanishi safro oqishi bilan (UO'Y yoki o'ng jigar yo'lining jigardan tashqari aberrant segmentar shoxlari), hamroh o't yo'llari strikturasi bilan yoki usiz.

C turi – UO'Y yoki jigar yo'llarining bog'lanishi yoki klipsalanishi oqibatida o'tkazuvchanligining yo'qolishi.

D turi – UO'Yning to'liq kesilishi, uning parsial kesilishi bilan yoki usiz.

E turi – UO'Yning jarohatlanishi safroning tashqi va qorin bo'shlig'iga (peritonit) oqishi.

II. Jarohatlanishni aniqlash vaqtiga ko'ra.

1. Operatsiya paytida aniqlangan jarohatlar.
2. Operatsiyadan keyingi davrda aniqlangan jarohatlar.

B. Operatsiyadan keyingi o't yo'llari chandiqli strikturasi tasnifi.

| Striktura turi | Strikturaning tavsifi |
|----------------|--|
| +2 | O'rta va pastki - UJY 2 sm dan ortiq |
| +1 | Yuqori - UJY 1-2 sm |
| 0 | Bifurkatsion- UJY 0-1 sm |
| -1 | Transbifurkatsion – jigarining bo'laklar o't yo'llari aloqasi saqlangan |
| -2 | Duktal - jigarining bo'laklar o't yo'llari aloqasi uzilgan |
| -3 | Segmentar - jigarining bo'laklar o't yo'llari (ko'proq o'ng) chandiqli o'zgarishi, segmentar saqlangan |

Yuqoridagi tasnif odatda kundalik amaliyot uchun qabul qilinadi. Safro yo'llarining shikastlanishi uchun operatsiyani tanlashni belgilovchi barcha omillar hisobga olinadi:

- Jarohatlanishni aniqlash vaqti: «yangi» jarohatlanish – operatsiya paytida va operatsiyadan keyingi erta davrda; uzoq muddatda (xoletsistektomiyadan keyin 30 kundan ortiq);
- Jarohatlanish lokalizatsiyasi: UO'Y, UJY va bo'lak yo'llari, o't pufagi yo'li hamda o't pufagi yotog'ida mayda shoxlar;
- MO'Y jarohatlanish xarakteri: kesish, klipsalash yoki bog'lash oqibatida okklyuziya [9,31].

MO'Y shikastlanishining diagnostikasi.

MO'Y jarohatlanishini davolashning yaqin va uzoq muddatli natijalari qoniqarli emas. Rekonstruktiv aralashuvlardan so'ng erta o'lim darajasi 8-10%, kechki bosqichlarda esa 13-17% ni tashkil qiladi [17,18,23,46]. Muvaffaqiyatsizliklarning asosiy sabablari diagnostikaning

kechikishi va jarrohlikning ushbu sohasida tegishli tajribaga ega bo'lmagan shifokorlar tomonidan murakkab rekonstruktiv operatsiyalarni bajarishdir [12,47].

MO'Yning shikastlanishini aniqlash vaqti jarrohlik paytida yoki operatsiyadan keyingi erta davrda - davolash natijalari nuqtai nazaridan hal qiluvchi ahamiyatga ega [1,4,7,9,10,11,16,29,31,48,59].

A.I. Nechay va K.V. Novikova (2006)ning so'zlariga ko'ra 30% hollarda jarrohlik paytida MO'Y yatrogenik zarar etkazilgan. 20% gacha jarohatlar operatsiyadan keyingi erta davrda obstruktiv sariqlikning paydo bo'lishi va tez rivojlanishi yoki jarohat yoki drenaj orqali safro oqishining davom etishi fonida tashxis qo'yilgan. Bemorlarning 37,5 foizida jarrohlik paytida yuzaga kelgan o't yo'llarining shikastlanishi uzoq vaqt davomida rivojlanayotgan striktura belgilariga asoslanib aniqlangan. Kuzatishlarning bir qismida (12,5%) UJY yoki UO'Yning shikastlanishi faqat autopsiyada, bemorlar progressiv peritonit, ko'payib boruvchi sariqlik yoki o'z vaqtida tan olinmagan boshqa operatsiyadan keyingi asoratlardan vafot etganida aniqlangan [24].

MO'Y zararlanishining intraoperatsion belgilari:

1. Jarrohlik sohasi hududida manbasi noaniq safro paydo bo'lishi.
2. O't pufagining bo'yin qismida qo'shimcha naysimon tuzilmalar paydo bo'lishi.
3. Operatsiya oxirigacha o't pufagi yo'lining taxmin qilingan cho'ltog'ining kengayishi.
4. Intraoperatsion xolangiografiyaga ko'ra o't yo'llari butunligining buzilishi.

Intraoperatsion xolangiografiya (IXG).

IXG – Jigardan tashqari o't yo'llarining yatrogenik shikastlanishlarini erta tashxislash uchun almashib bo'lmaydigan diagnostika usuli. U o't yo'llarining tuzilishi, funktsional yoki organik o'zgarishlari haqida qimmatli ma'lumotlarni beradi. Malakali bajarilgan tadqiqot usuli bilan intraoperatsion xolangiografiyaning asoratlari juda kam uchraydi yoki umuman yo'q [2,12,28,38,43,54].

IXG anatomik jihatdan murakkab vaziyatlarda va MO'Yning intraoperatsion shikastlanishiga shubha qilingan hollarda mutlaqo ko'rsatma hisoblanadi.

Konversiya, shuningdek, MO'Yning shikastlanishini tashxislash va oldini olish chorasi sifatida ham ko'rib chiqilishi kerak. Konversiya qilish to'g'risida qaror qabul qilishning asosiy tamoyillari ikkita holatni o'z ichiga oladi: ehtiyotkorlik va zarurat. Ehtiyotkorlik tamoyilida o'tish operatsiyadan oldin kutilganidan ko'ra murakkabroq anatomik va topografik tuzilmalarning ochilishi bilan bog'liq (o't pufagining bo'yni yaqinida yaqqol yallig'lanish o'zgarishlari, JTO'Yni farqlashda qiyinchilik). Zaruriyat tufayli o'tish asoratlanganda, to'satdan boshlangan qon ketishida, laparoskopik to'xtatish mumkin bo'lmaganda yoki safro oqishi paytida uning manbai aniqlanmaganda amalga oshiriladi. Laparotomiya bilan MO'Yni to'g'ri aniqlash va kuzatish, shuningdek, punksiyon IXG qilish kerak [7,28].

Operatsiyadan keyingi erta davrda MO'Y jarohatlanishi diagnostikasi.

Jarrohlik vaqtida aniqlanmagan o't yo'llarining shikastlanishlari operatsiyadan keyingi davrda quyidagi klinik ko'rinishlarga ega: a) drenajdan safro oqishi, b) xolangit bilan kuchayib boruvchi sariqlik, c) safroli peritonit klinikasi.

JTO'Yning shikastlanishi o'ng qovurg'a yoyi osti sohasida og'riq va to'liqlik hissi, gipertermiya, sariqlik, ishtahaning yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qusish, peritoneal belgilar, drenaj orqali safro oqishi shaklida namoyon bo'ladi. Xoletsistektomiyadan keyingi kun qorinda kuchli og'riqlar haqida shikoyatlar operatsiyadan keyingi davrning silliq kechishiga xos emas va jarrohni ogoh qilishi kerak. Agar og'riqlar tarqoq bo'lsa yoki hech bo'lmaganda tarqalishga moyil bo'lsa, shuningdek, qorin old devori mushaklarida taranglashish paydo bo'lishi bilan birga bo'lsa, safro oqishi yoki kovak a'zoning shikastlanishi haqida o'ylash kerak. Jigar sohasidagi og'riqning to'mtoq bo'lishi, ko'pincha safro oqimining buzilishida kuzatiladi. Sariqlik va xolangitning paydo bo'lishi nihoyat tashxisni tasdiqlaydi [5,9,16,25,29,50,52,55,57,58,62].

Ultra-tovushli tekshiruv (UTT). Eng qulay va oddiy tadqiqot usuli bo'lib, qorin bo'shlig'ida, jigar ostida suyuqlik mavjudligini aniqlashga imkon beradi. Shu bilan birga, ultratovush ma'lumotlarini klinik ko'rinish bilan solishtirish kerak, chunki suyuqlikning o'zi aniqlanishi asoratning rivojlanishini ko'rsatmaydi. Obstruktiv sariqlikning rivojlanishida eng

ma'lumot beruvchi, biliar gipertenziyaning echografik rasmi bilvosita MO'Yning kesilishini (klipsalanishini) tasdiqlashi mumkin [5,13].

Kompyuter tomografiyasi (KT).

Ultratovushga qo'shimcha ravishda, KT suyuqlikni aniqlash uchun ishlatilishi mumkin. KT o't yo'llarini o'rganish usullaridan ularning to'g'ridan-to'g'ri kontrasti bilan farq qiladi, chunki kengaygan o't yo'llarini vizualizatsiya qilish ularda gipertenziya hosil qilishni talab qilmaydi va KTda safro tabiiy kontrast moddadir, bu sizga jigar parenximasi fonida, gepatoduodenal boylam bo'ylab va oshqozon osti bezi boshida kengaygan o't yo'llarini ko'rishga imkon beradi. Kompyuter tomografiyasining maqsadi obstruktiv sariqlik asosini aniqlash, o't yo'llarining obstruksiya darajasi va sabablarini aniqlashdir. Safro gipertenziyasida KT ishonchli tadqiqot usuli hisoblanadi. Obstruktiv sariqlik bilan birgalikda tashqi safro oqishining mavjudligi usulning sezgirligini pasaytiradi.

KT ultratovushga qaraganda ob'ektivroqdir va uning natijalari shifokorning sub'ektiv bahosiga kamroq bog'liq, bu ikkala usulning ham umumiy kamchiliklari bor.

1. Aniqlangan suyuqlikning sifat tarkibiga nisbatan xos emas.
2. Suyuqlik oqishi manbasini aniqlab bo'lmaydi.
3. Safro oqishi davom etmoqdam yoki yo'qmi degan savolga javob bermaydi.

Ushbu usullarning asosiy afzalligi invaziv emas, ammo yakuniy tashxis qo'yish uchun qo'shimcha muolaja talab qilinadi - ultratovush yoki KT nazorati ostida suyuqlik to'plangan joyni teri orqali punksiya qilish. Diagnostik punksiya suyuqlikning sifatli tarkibini aniqlashga imkon beradi va ba'zi hollarda bo'shliqni davo maqsadida drenajlashni amalga oshiradi [12,41].

Magnit-rezonans tomografiya (MRT). Hozirgi vaqtda MRT katta ahamiyatga ega, bu usul jarohatlanishning o'ziga xos topik tavsifini, darajasini va atrofdagi to'qimalarning holatini aniqlab beradi.

Magnit-rezonans xolangiografiya - nisbatan yangi noinvaziv usul, faqat bir nechta markazlarda qo'llaniladi. MRTning istiqbollari juda katta, ammo uni qo'llash yuqori narx va ma'lumotlarni talqin qilishning murakkabligi bilan sezilarli darajada cheklanishi mumkin [2,26,57].

Endoskopik retrograd xolangiopankreatografiya (ERPXG). ERPXG MO'Yni kontrastlashning eng keng tarqalgan usuli sifatida tan olingan. Tekshirish MO'Yga yetkazilgan zararining joylashuvi va karakterini aniqlash imkonini beradi. Safro oqishi bilan ERPG o't pufagi yo'li cho'ltog'ining yetishmovchiligini, magistral o't yo'llari cheti shikastlanishini, ularning to'liq kesilishini tashxislash uchun ishlatilishi mumkin. Jigarning qo'shimcha o't yo'lidan yoki o't pufagi yotog'idan safro oqib chiqsa, usul ma'lumot bermasligi mumkin. Bundan tashqari, ERPXG ba'zi hollarda nafaqat diagnostika, balki terapevtik muolajaga ham aylanishi juda qimmatlidir. Shunday qilib, o't pufagi yo'lidan safro oqishi kuzatilsa yoki magistral o't yo'llari cheti shikastlanishini bo'lsa, dekompressiya qilish uchun o't yo'llarining nazobiliar drenaji va stentlash amalga oshiriladi. Operatsiyadan keyingi erta davrda "yangi" jarohatlar tashxisida eng informatsion [27,34,35,50,57].

Teri orqali jigar orqali xolangiografiya (TJXG). TJXG va TJXS qimmatli diagnostika va terapevtik tadbirlardir. TJXG shuningdek, safro oqishini tashxislash uchun ham qo'llaniladi. Ushbu usul o't pufagiga oqib tushadigan qo'shimcha o't yo'llaridan safro oqishini aniqlash imkonini beradi [2,3,26,34,48].

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik bosqichi sifatida biliar gipertenziyani bartaraf etish uchun o't yo'llarining teri orqali jigar orqali drenajlanishi mumkin [3,34].

MO'Y jarohatlanishini davolash.

E.I. Galperin (2009) ning so'zlariga ko'ra operatsiyani tanlash va uni amalga oshirish usuliga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan bir qancha omillar mavjud:

- 1) jarohatlanishning tabiati;
- 2) endoskopik stentlash imkoniyati;
- 3) lokalizatsiyasi;
- 4) kesilgan kanal holati: devor qalinligi va diametri;

- 5) jarohatlanishni aniqlash vaqti: xoletsistektomiya paytida yoki operatsiyadan keyingi erta davrda;
- 6) operatsiyadan keyingi davrda peritonitning mavjudligi;
- 7) o't yo'llarining rekonstruktiv jarrohliligida tajribaga ega bo'lgan jarrohning mavjudligi [10].

Turli operatsiyalar uchun ko'rsatmalarni aniqlashda jarohatlanishning tabiati katta ahamiyatga ega. M.E. Nichitailo va boshq. (2008) "uchma-uch" anastomoz bilan tiklash yo'li bilan to'liq kanal kesilishining jarrohlik davolash natijalari tahlilini taqdim etdi. Mualliflar bemorlarning 91 foizida anastomoz havzasi chandig'ining yuqori chastotasini va qayta operatsiya qilish 6 oydan 4 yilgacha bo'lgan davrda zarurligini kuzatdilar [25].

Jarrohning o't yo'lining uzluksizligini tiklash istagi juda tushunarli, ammo bu istalmagan holda biliar anastomozdan keyin chandiqli striktura paydo bo'lish ehtimoli juda yuqori (70-100%) [9,10,44,45,55]. O't yo'llari anastomozining chandig'iga olib keladigan asosiy omillar - bu kanal uchlarining diastazasi, kanallarning kichik diametri (agar ilgari safro gipertenziyasi bo'lmagan bo'lsa), UO'Yning proksimal segmentida qon ta'minoti buzilganligi sababli, chunki gepatikokoledox qon ta'minotining aksillar ko'tarilgan turiga ega [9].

E.I. Galperin va A.Yu. Chevokin (2009) asosiy o't yo'llarining "yangi" jarohatlanishi bo'lgan 61 bemorni davolash tahlilini taqdim etdi va o't yo'llarining qirrasi shikastlanishdan farqli o'laroq, kanalning to'liq kesilishi bo'lgan bemorlar rekonstruktiv operatsiyalardan so'ng yomon natijalarga erishgan degan xulosaga keldi. Ehtimol, o't yo'llarining qirrasi shikastlanishida kanal devorining keng yoki hatto tor "ko'prigi" mavjudligi mahalliy qon aylanishining bunday keskin buzilishiga olib kelmaydi, bu hatto peritonit sharoitida ham yaxshi natijalarni beradi [10].

Diametrining 1/2 qismidan ko'p bo'lmagan o'lchamdagi shikastlanishi yoki kanalning qirrasi shikastlanishi bo'lgan taqdirda jarrohlik aralashuvga alternativ kanalga stentni endoskopik joylashtirish bo'lishi mumkin, bu kanal jarohatini to'g'ri holatda davolashni ta'minlaydi va chandiqli torayishni oldini oladi. Shikastlangan kanalga stentlarni endoskopik yoki jigar orqali kiritish, shubhasiz, jarrohlikning ushbu sohasidagi taraqqiyotini ko'rsatadi. Stentni endoskopik olib tashlash imkoniyati, "yo'qolgan" drenajdan farqli o'laroq, bu muolajani maqbul va boshqariladigan qiladi [9,10,34,35].

Shubhasiz, to'liq kesilishni lokalizatsiya qilish rekonstruktiv jarrohlik usulini aniqlashda katta rol o'ynaydi. N.N. Artemyeva va boshq. (2006) LXE dan keyin JTO'Y jarohatlangan 54 bemorni davolash natijalari haqida xabar beradi. Jarohatlanish darajasini aniqlash uchun mualliflar S.M. Strasberg – H. Bismuth tasnifidan foydalanadilar. Ularning fikriga ko'ra, shikastlanish darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, turli xil modifikatsiyalarda karkasli drenajlaridan foydalanish to'g'ri bo'ladi [2].

So'nggi yillarda karkas drenajidan foydalanmasdan anastomozlarga ustunlik berildi, chunki jigar orqali drenajning uzoq vaqt turishi o't yo'llari strikturasining shakllanishiga olib keladi yoki hech bo'lmaganda ularning rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi [6,10,11,15,26,33,46,56,61].

Nichitailo M.E. va boshq. (2008) o't yo'llarining bifurkatsiyasi darajasida, 30 mm va undan ortiq kanal segmentlari orasidagi diastaz bilan, shuningdek distal umumiy o't yo'lini topib bo'lmaydigan shikastlanganda II-III turdagi shikastlanishlar uchun rekonstruktiv operatsiyalarni o'tkazdilar. Yuqori jarohatlar va strikturalar bo'lsa A.A. Shalimov yoki Ru usuli bo'yicha ingichka ichak bilan jigar yo'li cho'ltog'i o'rtasida, kanalning pastki jarohatlari bo'lsa o'n ikki barmoqli ichak bilan anastomoz hosil qilinadi [25].

Bilioduodenoanastomozni bajarish oddiy va kamroq shikastli operatsiya hisoblanadi. Gepatikoduodenostomiyaning jiddiy kamchiliklaridan biri surunkali xolangiohepatitning saqlanishiga va ko'pincha ko'plab jigar absseklarining paydo bo'lishiga olib keladigan doimiy duodeno-biliar reflyuksdir. Bemorlarning 30 foizida takroriy xolangit va anastomoz stenozi takroriy operatsiyalarga sabab bo'ldi [9,18,20,25].

Kanalning proksimal segmentining kichik diametri va uning ingichka devori gepatikoyeyunoanastomozni qo'llashda katta qiyinchiliklar tug'diradi. S.I. Emelyanov 9 bemordan 8 tasida yomon natijalarni kuzatdi; muvaffaqiyatsizlikning sababi, uning fikricha, kanalning kichik

diametri va uning ingichka devori bo'ldi. Muallif kanalning to'liq kesilishi bo'lgan bemorlarning ko'pchiligida ikki bosqichli davolanishni qo'llash kerak deb hisoblaydi: birinchi bosqichda, kesilgan kanalning proksimal qismiga drenaj trubkasini joylashtirish, ikkinchisida - rekonstruktiv operatsiyani bajarish. H. Bismuth ham davolashning deyarli bir xil tamoyiliga amal qiladi [10,12,40].

Kanalning proksimal segmentining kichik diametri va shikastlanishning yuqori joylashuvi bilan, Hepp-Couinaud bo'yicha jigarning xiliar plastinkasi ostida mobilizatsiya qilingandan so'ng, chap jigar yo'lini kesib, joyni hosil qilish tavsiya etiladi [10,15,20,26,32,46,48,49].

O't yo'llarining "yangi" shikastlanishlarini davolash taktikasida hal qiluvchi omil - uni aniqlash vaqti - jarrohlik paytida yoki operatsiyadan keyingi erta davrda aniqlanganligiga bog'liq [1,4,7,9,10,11,16,29,31,48,59].

MO'Yga zarar yetkazish vaqtini aniqlashga qarab jarrohlik aralashuvini tanlash e'tiborga olinishiga V.N. Chernishev va boshq. e'tibor qaratdilar. Mualliflar davolashning eng yaxshi uzoq muddatli natijalari operatsiya stolida o't yo'llari to'liq kesilgan bemorlarda yatrogenik shikastlanishi aniqlangandan so'ng darhol o't yo'llarini qayta tiklash amalga oshirilganda kuzatdilar. Operatsiyadan keyingi davrda aniqlanganlar o't yo'llarida kesilishida rekonstruktiv operatsiyalar safro peritonit va boshqa yiringli asoratlarning hodisalarini bartaraf etgandan so'ng, imkon qadar tezroq amalga oshirilishi kerak, ya'ni. ikki bosqichli davolanishni qo'llash kerak [32]. N.N.Artemyeva va boshq. (2006) ham xuddi shunday davolash tamoyiliga amal qiladi. Peritonit sharoitida har qanday rekonstruktiv operatsiyalar anastomozlarning chandiqlari bilan tugaydi [2].

E.I. Galperin va A.Yu. Chevokin (2009) o't yo'llarining rekonstruktiv jarrohligi bo'yicha tajribaga ega bo'lgan jarrohning mavjudligini o't yo'llari jarohatlarini davolashda asosiy ijobiy omil deb hisoblaydi. Peritonit va safro to'planishi fonida jigar bifurkatsiya va bo'lak yo'llarining shikastlanishi bilan, tor kanal va ingichka devor bilan operatsiyani muvaffaqiyatli bajarishi mumkin [10].

L. Styuart va L.V. Way o't yo'lini jarohatlagan jarroh tomonidan operatsiyani davom ettirgan bemorlarning atigi 17 foizida aralashuvning muvaffaqiyati haqida xabar beradi. G. Nuzzo va boshq. xoletsistektomiya paytida jigar yo'li jarohatlangan va jarroh tomonidan operatsiya davom ettirilgan 27 nafar bemor to'g'risidagi ma'lumotlarni keltirib, ulardan 26 nafarining natijasi yomon bo'lgan, qayta operatsiya talab qilingan [10,63].

Shunday qilib, hatto MO'Yning yengil jarohatlari kech tashxis qo'yilgan bo'lsa ham, hayot uchun xavf tug'dirishi va operatsiyadan keyingi davrda og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin: tarqalgan yoki chegaralangan peritonit, jigar osti abscesslarning shakllanishi, tashqi o't yo'llarining oqmalari, travmadan keyingi chandiqli strikturalar. O't yo'llarining og'ir shikastlanishida uni davolash juda qiyin bo'lib, erta va uzoq muddatli natijalarni yaxshi deb hisoblash mumkin emas. Rekonstruktiv jarrohlikdan keyingi o'lim 8-17% ni tashkil qiladi [6,17].

Jarrohlikning ushbu eng murakkab sohasida erishilgan ma'lum yutuqlarga qaramay, hatto eng tajribali jarrohlarda ham qoniqarsiz natijalar o'rtacha 10% hollarda qayd etiladi [11,19,42,46].

Bugungi kunda muhokama qilinadigan asosiy mavzular quyidagilardir: operatsiya vaqtida yoki operatsiyadan keyingi davrda MO'Y ning shikastlanishini aniqlashga qarab jarrohlik usulini tanlash, o't yo'llarining rekonstruksiya qilishning optimal usulini tanlash, anastomozning karkasli drenajiga ko'rsatmalar va uning davomiyligi, biliodigestiv anastomozlar stenozi rivojlanishining xavf omillari, ushbu toifadagi bemorlarni davolashda endoskopik usullarning o'rni.

Mazkur holatlar ushbu muammoga qarashlar tizimini yanada takomillashtirish zarurligidan dalolat beradi.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР

1. Артемьева Н.Н. Повреждения желчных протоков во время операции и способы их исправления // Анналы хирургической гепатологии. 1996. Т. 1. (Приложение). С. 269.

2. Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, том 11, №2. С.49-56.
3. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Бебезов Б.Х., Раимкулов А.Э., Ермеков Т.А. Результаты чрезкожных чраспеченочных эндобилиарных вмешательств в хирургии желчных путей. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, том 11, № 4. С. 50-53.
4. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н. и др. Интраоперационные повреждения желчевыводящих протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2000. Т.5. №2. С.96
5. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Акинчиц А.Н., Веденин Ю.И. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2009, том 14, № 3. С. 18-21.
6. Бебуришвили А.Г. Зюбина Е.Н. Строганова Е.П. Качество жизни у больных после повторных операций на желчных протоках. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10. № 2. С. 49-50.
7. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Вуколов А.В. Особенности хирургической тактики при повреждениях желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. Т. 8. №2. С. 85-86.
8. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю. Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии. // *Хирургия*. 2001, №1. С. 51-53
9. Гальперин Э.И. Что должен делать хирург при повреждении желчных протоков. // 50 лекций по хирургии. 2003. С. 422-436.
10. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2009, том 14, № 1. С. 49-56.
11. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. *Хирургия* 10, 2010. С. 4-10.
12. Емельянов С.Л., Патенков Д.Н., Мамалыгина Л.А. и др. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10, № 3. С. 55-61.
13. Журавлев В.Н., Абрамов О.Е., Иванова Е.В. Ультразвуковая диагностика рубцовых стриктур гепатикохоледоха. // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т.1 (приложение). С.284-285.
14. Зюбина Е.Н. Хирургическое лечение доброкачественной непроходимости желчных протоков: диссертация ... доктора медицинских наук. Волгоград, 2008.
15. Курбаниязов З.Б. и др. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // *Вестник науки и образования*. – 2020. №13-3(91). С.70-74.
16. Кузовлев Н.Ф. Рубцовая стриктура печеночных протоков (стриктура 0). Прецизионный желчно-кишечный анастомоз без каркасного дренажа. // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т.1. С. 108-114
17. Курбонов К.М., Даминава Н.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита // *Хирургия*. 2007. №8. С. 38-42.
18. Лабия А.И., Багмет Н.Н., Ратникова Н.П., Скипенко О.Г. Результаты хирургического лечения доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2007. С. 26-29.
19. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Шейко С.Б. Новые технологии в реконструктивной хирургии «свежих» повреждений желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10. № 2. С. 59.

20. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Современный шовный материал и прецизионная техника шва в хирургии доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. // М, Изд-во РУДН, 2000. С.201.
21. Мамараджабов, С. Э. Роль и место серозидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области / С. Э. Мамараджабов, Ж. А. Ризаев, С. Р. Баймаков // Актуальные аспекты медицинской деятельности : сборник статей I Международной научно-практической конференции, Киров - Самарканд, 21 июня 2021 года. – Киров: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 209-212. – EDN DOETDC.
22. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Икрамов А.И., Омонов О.А. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2010. т.5, №2. С.33-37.
23. Назыров Ф.Г., Газиев Р.Р. Оптимизация тактики реконструктивных операций при «высоких» рубцовых стриктурах желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10. № 2. С. 60-61.
24. Нечай А.И., Новиков К.В. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка. // Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11, №4. С.95-100.
25. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. Т3, №3, 2008. С. 71-76.
26. Прудков М.И., Титов К.В., Шушанов А.П. Хирургическое лечение больных с рубцовыми стриктурами общего печеночного протока. // Анналы хирургической гепатологии, 2007, том 12, № 2. С. 69-74.
27. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // Вопросы науки и образования. – 2020. №13(97). – с.131-135.
28. Ревякин В.И., Василенко Ю.В. и др., Методы повышения разрешающей способности РПХГ при синдроме внепеченочного холестаза. // Анналы хирургической гепатологии. 1996. Т.1. (приложение). С. 106-107.
29. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. Лапароскопическая холецистэктомия – конверсия. Проблема выбора доступа. // Эндоскопическая хирургия, 4, 2008. С. 15-17.
30. Тимербулатов М.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия, 2010. №1. С. 25-27.
31. Славин Л.Е., Федоров И.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия. М., 2003. С.183-209.
32. Уроков Ш.Т. и др. Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени (обзор литературы) // Достижения науки и образования. – 2018. - №12(34). – с. 56-61.
33. Чевокин А. Ю. Хирургическое лечение повреждений желчных протоков при холецистэктомии. //Анналы хирургической гепатологии, 2003, том8, №1,С.80-87.
34. Чернышев В.Н., Романов В.Е., Сухоруков В.В. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. // Хирургия. 2004. №11. С. 41-49.
35. Шалимов А.А., Копчак В.М., Сердюк В.П., Хомяк И.В., Дронов А.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков: наш опыт хирургического лечения. // Анналы хирургической гепатологии. 2002.№1. С. 85-89.
36. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Матросов А.Л., Мыльников А.Г. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11, № 2. С. 57-64.

37. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Мыльников А.Г. и др. Эндоскопические возможности в лечении «свежих» повреждений желчных протоков //Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 3. С. 50-54.
38. Aduna M. Bile duct leaks after laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP // J. Radiol. 2007. V. 100. N 2. P. 61-69.
39. Ahrend S.A., Pin HA. Surgical Therapy of Iatrogenic Lesions of Biliary¹ Tract //World J. Surg. 2001. V. 25. P. 1360-1365.
40. Archer S.B. Brown D.W., Smith CD. et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of a National Survey//Ann. Surg. 2001. V. 234. N 4. P. 549-559.
41. Bergman J.J.G.H.M., van den Brink G.R., Rauws E.A.J, et al. Treatment of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy //Gut. 1996. V. 38. P. 141-147.
42. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment // Wrld J. Surg. 2001. V. 25. N 10. P. 1241-1244.
43. Christoforidis E. A single center experience in minimally invasive treatment of postcholecystectomy bile leak, complicated with bilomaformation//J. Surg. Res. 2007. V. 141. N 2. P. 171.
44. Cieslicki J, Drews M, Marciniak R, et. al. Reconstructive surgery of bile ducts from personal material Wiad Lek. 1997;50 Suppl 1 Pt 2:323P.5
45. Davidoff F.F., Papas T.N., Murray A.E. et al. Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy //Ann. Surg. 1992. V. 215. P. 196-202.
46. Gazzaniga G.M., Filauro M., Mori L. Surgical treatment of jatrogenic lesion // Wrld J. Surg. 2001. V. 25. N 10. P. 1254-1259.
47. Hashimoto N, Ohyanagi H. Hepatobiliary scintigraphy after biliary reconstruction - a comparative study on Roux-Y and ESCD. Hepatogastroenterology. 2000 Sep-Oct;47(35):P.1210
48. Hosch SB, Zornig C, Izbicki JR, et. al. Surgical correction of bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy Zentralbl Chir. 1996; 121(4).290-3.
49. Hossain MA, Hamamoto I, Wakabayashi H, et. al. Long-term follow up of heterotopic liver allograft survival with or without hepatic arterial reconstruction. Transplant Proc. 2000 Nov; 32(7):254-7.
50. Mac-Fayden B.V.Jr., Vecchio R., Ricardo A.E., Mathis C.R. Bile injury after laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. 1998. V. 12. P. 351.
51. Martin R.F., Rossi R.L. Bile duct injuries.Spectrum, mechanisms of injury and their prevention. Surg Clin North Am 1994. 74\4: P. 65-75, 781-803
52. Mirdjalol Dehkanovich Djuraev, Nodir Maxammatkulovich Rahimov, Mavluda Nigmatovna Karimova, Shakhnoza Shavkatovna Shakhanova. Current Views On The Pathogenesis Of The Parietal-Visceral Pathway Of Gastric Cancer Metastasis. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 2021/3/31. Том 3, № 03, P 94-103.
53. Moossa A.R., Mayer A.B., Stabile B. Iatrogenic injury to the bile duct. Who. how, where? // Arch. Surg. 1990. V. 125. P. 28-130.
54. Paczvnski A., Koziarski T., Stanowski E., Krupa J. Extrahepatic bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy - own material. Med Sci Monit. 2002 Jun; 8(6):CR4 P.38-40.
55. Parlak E. Treatment of biliary leakages after cholecystectomy and importance of stricture development in the main bile duct injury//Turk. J. Gastroenterol. 2005. V. 16. N 1. P. 21.
56. Piecuch J., Witkowski K. Biliary tract complications following 52 consecutive orthotopic liver transplants. Ann Transplant. 2001; 6(1):36-8.
57. Quirt S.F. Biliary complications releted to laparoscopic cholecysectomies: radiologic diagnosis and management // Surg. Laparosc. Endosc. 2002. V. 2. P. 279-286.
58. Raakow R., Schmidt S., Knoop M., Neuhaus P. Surgical interventional endoscopic treatment concept of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd. 1998; 115:1541-3.

59. Robinson T.N. Management of bile duct injury associated with laparoscopic cholecystectomy // *Surg. Endosc.* 2001. V. 15. P.1381-1385.
60. Schiano Di Visconte m. Analysis of pathogenetic mechanisms of common bile duct iatrogenic lesion during laparoscopic cholecystectomy//*Minerva Chir.* 2002. V. 57. № 5. P. 663-667.
61. Shaxanova Sh Sh, Raximov N.M. Improving the combined treatment tactics of many osteogen metastases of malignant tumors of the urinary-body system. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal* 2022/4/30, P 1145-1149.
62. Schlitt H.J., Meier P.N., Nashan B. et. al Reconstructive surgery for ischemic-type lesions at the bile duct bifurcation after liver transplantation. *Ann Surg.* 1999 Jan; 229 (1):137-45.
63. Slater K., Strong R.W., Wall P.R., Lynch S.V. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. *ANZ J Surg.*2002 Feb; 72(2):83-8.
64. Stewart L., Way L.W. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy//*Arch. Surg.* 1995. V. 130. P. 1123-1129.
65. Strasberg S.M., Herd M., Soper N.J. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy // *J. Am Coll. Surg.* 1995. V. 180. NN 1-2. P. 101-125.




УДК 616.25-003.219-089.87

MURTAZAEV Zafar Israfulovich
Candidate of Medical Sciences, dotsent
BAYSARIYEV Shovkat Usmonovich
Department assistant
Samarkand State Medical University

SURGICAL TACTICS IN SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

For citation: Murtazaev I. Zafar, Baysariyev U.Shovkat. Surgical tactics in spontaneous pneumothorax. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp.392-398

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835902>

ANNOTATION

Purpose of the study. Improving the results of treatment of spontaneous pneumothorax.

Material and methods. We have analyzed the results of treatment of 102 patients with spontaneous pneumothorax.

In 68 (66.6%) patients spontaneous pneumothorax was caused by bullous emphysema, in 10 (9.8%) patients there was a rupture of the postpneumonic cyst of the lungs, in 7 (6.9%) patients the rupture of an echinococcal cyst into the pleural cavity and in 17 (16.7%) pneumothorax developed due to unclear circumstances.

In our patients, a history of a single recurrence was noted in 10 (9.8%) patients, a two-time relapse in 8 (7.8%) and a three-time relapse in 5 (4.9%) patients. Complicated pneumothorax in the form of hydropneumothorax was noted in 17 (16.7%) patients.

Results. Pleural puncture was performed in 12 patients with apical pneumothorax and 5 patients with middle pneumothorax. The remaining 12 patients with middle pneumothorax underwent active drainage of the pleural cavity.

Videothoroscopic (VTS) surgeries were performed in 58 (56.9%) patients with spontaneous pneumothorax. 7 patients underwent video-assisted thoracoscopic surgery. And only 8 cases were performed through wide thoracotomy accesses.

Video-assisted atypical lung resection and pleurectomy were performed in 8 (13.8%) cases, using a UO-40 stapler through a minithoracotomy access.

Postoperative complications were noted in the group (n = 8) who underwent surgery through thoracotomy access: 1 (12.5%) patient had a residual pleural cavity and 1 (12.5%) had pleurisy. Recurrent spontaneous pneumothorax occurred in 5 (17.2%) patients treated with aspiration and drainage procedures (n = 29).

Conclusions. It has been established that video-assisted and video-assisted operations through mini-access with the elimination of the cause of spontaneous pneumothorax and mandatory pleurodesis is the operation of choice. Aspiration and drainage procedures for spontaneous pneumothorax remain the main preliminary tactical treatment.

Keywords: Spontaneous pneumothorax, videothoracoscopy, pleurodesis.

МУРТАЗАЕВ Зафар Исрафулович

кандидат медицинских наук, доцент

БАЙСАРИЕВ Шовкат Усмонович

Ассистент кафедры

Самаркандский Государственный медицинский университет

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

АННОТАЦИЯ

Цель. Улучшение результатов лечения спонтанного пневмоторакса.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 102 больных со спонтанным пневмотораксом.

У 68(66,6%) пациентов причиной спонтанного пневмоторакса явилась буллезная эмфизема, у 10 (9,8%) разрыв постпневмонической кисты легких, у 7(6,9%) прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость и у 17(16,7%) пневмоторакс развился по невыясненным обстоятельствам.

У наших пациентов в анамнезе однократный рецидив отмечен у 10(9,8%), двукратный – у 8(7,8%) и трехкратный – у 5(4,9%) больных. Осложненный пневмоторакс в виде гидропневмоторакса отмечен у 17(16,7%) больных.

Результаты. Плевральная пункция проведена 12 пациентам с верхушечным пневмотораксом и 5 больным средним пневмотораксом. Остальным 12 пациентам со средним пневмотораксом производилось активное дренирование плевральной полости.

Видеоторакоскопические (ВТС) операции выполнены у 58(56,9%) больных со спонтанным пневмотораксом. 7 больным проведены видеоассистированные торакоскопические операции. И только 8 случаях операции проведены через широкие торакотомные доступы.

Видеоассистированная атипичная резекция легкого и плеврэктомиа были выполнены в 8(13,8%) случаях, с помощью сшивающего аппарата УО-40 через миниторакотомный доступ.

Послеоперационные осложнения отмечены в группе(n = 8), которым выполнены операции через торакотомный доступ: у 1(12,5%) больного -остаточная плевральная полость и у 1(12,5%) - плеврит. Рецидивы спонтанного пневмоторакса имели место у 5 (17,2%) больных, лечившихся с помощью аспирационных и дренирующих процедур(n = 29).

Выводы. Установлено, что видеоторакоскопические и видеоассистированные операции через мини доступ с ликвидацией причины спонтанного пневмоторакса и обязательным плевродезом является операцией выбора. Аспирационные и дренирующие процедуры при спонтанном пневмотораксе остаются основным предварительным тактическим методом лечения.

Ключевые слова: Спонтанный пневмоторакс, видеоторакоскопия, плевродез.

MURTAZAEV Zafar Israfulovich

Tibbiyot fanlari nomzodi, dotsent

BAYSARIYEV Shovkat Usmonovich

Kafedra assistenti

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti

SPONTAN PNEVMOTORAKSDA JARROHLIK TAKTIKASI

ANNOTATSIYA

Maqsad. Spontan pnevmotoraksni davolash natijalarini yaxshilash.

Material va metodlar: Biz spontan pnevmotoraksi bor bo'lgan 102 bemorning davolash natijalarini tahlil qildik. Bemorlarning 68 (66,6%) da spontan pnevmotoraksni sababi bullyoz emfizema, 10 (9,8%) nafar bemorda o'pkaning postpnevmonik kistasining yorilishi, 7 (6,9%) nafar bemorda exinokokk kistasining plevra bo'shlig'iga yorilishi bo'lgan, va 17 (16,7%) nafar bemorda noaniq holatlar tufayli pnevmotoraks rivojlangan. Bemorlarimizni anamnezidan 10 (9,8%) nafar bemorda bir marta, 8 (7,8%) nafar bemorda ikki marta va 5 (4,9%) bemorda uch marta residivlar qayd etilgan. 17 (16,7%) bemorda gidropnevmtoraks shaklidagi asoratlangan pnevmotoraks kuzatildi.

Natijalar: 12 nafar bemorda o'pkani chuqqi qismi va 5 nafar o'rta darajali pnevmotoraksi bor bemorlarda plevral punksiya amalga oshirildi. Qolgan o'rta pnevmotoraks bilan kasallangan 12 nafar bemorni plevra bo'shlig'i aktiv drenajlandi.

Spontan pnevmotoraks bilan og'rigan 58 (56,9%) bemorlarda videotorakoskopik operatsiyalar o'tkazildi. Ularning 23 nafari (39,6%) ikkinchi marta spontan pnevmotoraks kuzatilgan va oldin ushbu bemorlarga konservativ davu muolajalari qo'llanilgan. 7 nafar bemorga video assistent yordamida torakoskopik jarrohlik operatsiyasi o'tkazildi. Va faqat 8 ta holatlarda operatsiyalar keng torakotomik kirishlar orqali amalga oshirildi.

Minitorakotomik kirish yo'li orqali video assistent yordamida 8 (13,8%) holatda atipik o'pka rezeksiyasi va plevrektomiya UO-40 tikuvchi apparati yordamida amalga oshirildi.

Torakotomiya orqali operatsiya qilingan guruhda (n = 8) operatsiyadan keyingi asoratlar qayd etildi: 1 (12,5%) bemorda qoldiq plevra bo'shlig'i va 1 (12,5%) nafar bemorda plevrit kuzatildi. Torakotomiyaga shoshilinch konversiya kuzatilmadi. Spontan pnevmotoraks residivlari aspiratsion va drenajlovchi davu muolajalari bilan davolangan 5 (17,2%) bemorlarda (n = 29) kuzatildi.

Xulosa: Ma'lum bo'lishicha, spontan pnevmotoraks sabablarini bartaraf etish va majburiy plevrodez uchun mini kirish orqali bajariladigan videotorakoskopiya va video assistent yordamida bajariladigan operatsiyalar tanlov operatsiyasi hisoblanadi. Spontan pnevmotoraksda aspiratsiya va drenajlash muolajalari asosiy dastlabki taktik davolash usuli bo'lib qolmoqda.

Kalit so'zlar: Spontan pnevmotoraks, videotorakoskopiya, plevrodez

Ushbu ishimizda spontan pnevmotoraks bilan og'rigan 102 bemorni davolash natijalari keltirilgan. Spontan pnevmotoraksning kelib chiqish sababi 68 ta bemorda (66,6%) bullyoz emfizema, 10 nafar bemorda (9,8%) postpnevmonik kistaning yorilishi, 7 xolatda (6,9%) exinokokk kistasining plevra bo'shlig'iga yorilishi va yana 17 ta bemorda (16,7%) noma'lum holatlar bo'lgan. Plevral punksiya 12 ta xolatda o'pkaning cho'qqisida va 5 ta xolatda o'rta pnevmotoraks bilan og'rigan bemorlarda amalga oshirildi. O'rta pnevmotoraks mavjud 12 bemorda plevra bo'shlig'ini faol drenajlash o'tkazildi. Spontan pnevmotoraks bilan og'rigan 58 (56,9%) nafar bemorlarda videotorakoskopik operatsiyalar o'tkazildi. Video assistent yordamida atipik o'pka rezeksiyasi va mini kesma orqali plevrektomiya 8 (13,8%) holatda amalga oshirildi. Shu narsa ma'lum bo'ldiki, spontan pnevmotoraksda plevra bo'shlig'ini drenajlash davolashning asosiy taktik usuli bo'lib qolishi aniqlandi. Biz spontan pnevmotoraks sababini bartaraf etishda videotorakoskopik operatsiya va majburiy plevrodezni tanlov operatsiyasi deb hisoblaymiz.

Kirish. Bugungi kunda torakal jarrohlikning dolzarb muammolaridan biri spontan pnevmotoraksni jarrohlik yo'li bilan davolash taktikasi hisoblanadi. Chunki bu jarayonga olib keladigan sabablar ko'p: asosan bullalarning, o'pkaning yupqa devorli kistalarining, exinokokk kistalarining plevra bo'shlig'iga yorilishi va o'pkadagi boshqa patologik jarayonlar tufayli plevra bo'shlig'iga havo kirib borishi va buning natijasida o'pkani bujmayishiga olib kelishidir [1, 4].

Pnevmtorakslarni birlamchi, ikkilamchi, travmatik va yatrogen kabi turlarga ajratish davolash strategiyasini aniqlashda muhim ahamiyatga ega, ammo birlamchi pnevmotoraks bilan og'rigan bemorlarni keyingi tekshiruvlarida belgilari sust namoyon bo'lgan o'pka patologiyalarini aniqlanishi mumkinligi sababli, birlamchi va ikkilamchi o'rtasidagi farqlarni aniqlash tobora qiyinlashib bormoqda [2, 10].

Spontan pnevmotoraksni davolashda yagona taktika hali ham ishlab chiqilmagan. Konservativ davolash usullarning tarafdorlari (plevral punksiya havo aspiratsiyasi bilan, drenajlash) ushbu usullarning soddaligi, qulayligi, xavfsizligi va arzonligini ta'kidlaydilar. Biroq, konservativ davu

natijalarini qoniqarli deb hisoblash mumkin emas, chunki bemorlarning 10-30% da spontan pnevmotoraksning residivlanishi kuzatiladi. Jarrohlik davolash usullari samaraliroq bo'lib, davolanishdan keyin 3,5-5,0 % residivlar kuzatilganligini o'zi takrorlanish darajasi ancha past bo'lganidan dalolat beradi [3,6].

Jarrohlik operatsiyalarining maqsadi pnevmotoraksning sababini bartaraf etish va kasallikning qaytalanishini oldini olish hisoblanadi, bu esa o'pkaning bullyoz qismini rezeksiya qilish yoki bullalarga ta'sir qilishning boshqa usullarini qo'llash, shuningdek plevrodez (plevrani parietal va visseral varaqlarining yopishishi) hosil qilish, ya'ni parietal plevrage ta'sir qilish orqali hal qilinadi. Ushbu manipulyatsiyalarni standart yon torakotomik kirishlar orqali amalga oshirilishi mumkin. Biroq, zamonaviy minimal invaziv jarrohlik usullarining rivojlanishi bilan videotorakoskopik operatsiyalar spontan pnevmotoraksni davolashda keng va tan olingan usullarga aylanib qoldi. Videotorakoskopiya yordamida endostaplerlarni ishlatgan holda sof endoskopik operatsiyalarni, shuningdek kichik operativ kirishlarni shakllantirish orqali video assistent yordami bilan operatsiyalarni amalga oshirish mumkin. Bunday hollarda, spontan pnevmotoraksni davolash uchun zarur bo'lgan barcha jarrohlik manipulyatsiyalar amalga oshiriladi va minimal invaziv jarrohlik yondashuvlar uning sifatini pasaytirmasdan operatsiyalarning travmatikligini sezilarli darajada kamaytiradi [7, 8, 9].

Maqsad. Spontan pnevmotoraksni davolash natijalarini yaxshilash.

Material va metodlar. Biz spontan pnevmotoraksi bor bo'lgan 102 bemorning davolash natijalarini tahlil qildik. Bemorlarning 87 nafari erkak, 15 nafari ayol. Bemorlarning barchasi mehnatga layoqatli yoshda edi. O'ng tomonlama pnevmotoraks 59 bemorda, chap tomonlama esa 43 nafar bemorda kuzatildi. Barcha bemorlarning 55% dan ortig'i jismoniy mehnat bilan shug'ullangan. Bemorlarning 34 nafari 30 yoshgacha, 64 nafari 40 yoshgacha va 4 nafari 20 yoshgacha bo'lgan bemorlardir.

O'pkaning bujmayish darajasiga qarab pnevmotoraksni quyidagi turlari aniqlandi: kichik pnevmotoraks (o'pka cho'qqisi) 12 (11,8%), o'rtacha 18 (17,6%), katta pnevmotoraks 34 (33,3%) va total pnevmotoraks 38 (37,3%) nafar bemorlarda kuzatildi. Bemorlarning 68 (66,6%) da spontan pnevmotoraksni sababi bullyoz emfizema, 10 (9,8%) nafar bemorda o'pkaning postpnevmonik kistasining yorilishi, 7 (6,9%) nafar bemorda exinokokk kistasining plevra bo'shlig'iga yorilishi bo'lgan, va 17 (16,7%) nafar bemorda noaniq holatlar tufayli pnevmotoraks rivojlangan.

Bemorlarimizni anamnezidan 10 (9,8%) nafar bemorda bir marta, 8 (7,8%) nafar bemorda ikki marta va 5 (4,9%) bemorda uch marta residivlar qayd etilgan. 17 (16,7%) bemorda gidropnevrotaks shaklidagi asoratlangan pnevmotoraks kuzatildi. Bemorlar bizga asosan uzoq vaqt o'tkazib murojaat qilishdi: 69 nafar bemor jarayon boshlanganidan keyin bir hafta ichida; 23 nafar bemor bir oy ichida; 6 nafar bemor uch oy ichida; 4 nafar bemorda 6 oydan ortiq muddatlarda murojaat qilishdi.

Bemorlarni tekshirishda asosiy va hal qiluvchi diagnostika usuli bo'lib polipozitsion rentgen tekshiruvini xisoblandi, va ma'lum darajadagi gemitoraksda o'pka rasmining yo'qligini aniqladi. Ushbu diagnostik usul spontan pnevmotoraksiga shubha qilingan barcha bemorlarda o'tkazildi. MSKT tekshiruvini rejali ravishda operatsiyadan oldingi davrda qarama-qarshi o'pkaning holatini baholash uchun amalga oshirildi. Bemorlarni kliniko-rentgenologik tekshirishning asosiy vazifasi spontan pnevmotoraksni bo'lajak jarrohlik operatsiyalari bilan bog'liq muammolarni (pnevrotaksni borligini, taranglashgan pnevmotoraks, rigid pnevmotoraks, gidropnevrotaks va sog'lom o'pka tomonidagi holatni aniqlash) hal qilish edi.

Natijalar. 12 nafar bemorda o'pkaning chuqqi qismi va 5 nafar o'rtacha darajali pnevmotoraksi bor bemorlarda plevral punksiya amalga oshirildi. Bemorlar asosan to'satdan to'sh ortidagi og'riqqa, hansirashga shikoyat qildi, ba'zi bemorlar hansirashsiz fakat og'riqdan shikoyat qildi. Ba'zi bemorlar o'pkaning kasallangan tomonida yelkani yuqori qismida og'riq sezganlar, ayrim bemorlarda simptomlar minimal yoki hatto umuman kuzatilmagan. Qolgan o'rtacha pnevmotoraks bilan kasallangan 12 nafar bemorni plevra bo'shlig'i aktiv drenajlandi.

Spontan pnevmotoraks bilan og'riq 58 (56,9%) bemorlarda videotorakoskopik operatsiyalar o'tkazildi. Ularning 23 nafari (39,6%) ikkinchi marta spontan pnevmotoraks kuzatilgan

va oldin ushbu bemorlarga konservativ davu muolajalari qoʻllanilgan. 7 nafar bemorga video assistent yordamida torakoskopik jarrohlik operatsiyasi oʻtkazildi. Va faqat 8 ta holatlarda operatsiyalar keng torakotomik kirishlar orqali amalga oshirildi.

Videotorakoskopik operatsiyalar paytida plevra boʻshligʻini boʻylab xamma soxalari tekshirildi. Oʻpkadagi bullyoz oʻzgarishlar koʻpincha yuqori segmentlarda, 7 (12,1%) ta holatda esa oʻpkaning boshqa qismlarida ham borligi aniqlandi. Ushbu bullalar kistasimon yoki uzum shingili shaklida ekanligi aniqlandi. Oʻpkadan plevra boʻshligʻiga xavoning kirish manbasi 19 (32,7%) nafar bemorda aniqlandi va bu manbalar bulla defekti yoki yorilgan, puchayib qolgan bullalar koʻrinishida boʻldi. 6 (10,3%) holatda bullalar topilmadi, ammo oʻpkaning yuqori segmentlarida apikal fibrozlar qayd etildi. Plevra boʻshligʻini tekshirishda parietal plevra holatiga, giperemiya koʻrinishidagi yalligʻlanish belgilariga, fibrin choʻkmalarga, oʻpka va plevrani yopishgan va chandiqli joylariga alohida eʼtibor berildi. Plevra boʻshligʻida aniqlangan ekssudat va fibrinlar olib tashlandi. Plevra boʻshligʻidagi keyingi manipulyatsiyalarga toʻsqinlik qiladigan plevrani yopishgan joylari elektrokoagulator yordamida ajratildi.

Visseral plevranning holatini baholash operatsiyalarning juda muhim etapi deb hisoblandi. Spontan pnevmotoraks boshlanganidan keyin bir necha kun yoki hafta oʻtgandan keyin, oʻpkaning adekvat kengayishiga toʻsqinlik qiladigan visseral plevranning qalinlashishi qayd etilgan. Bemorlarimizning 9 (15,5%) nafarida torakoskopik oʻpka dekortikatsiyasi bajarildi. Video assistent yordami bu jarayonni juda aniq nazorat qilish va oʻpkaning kortikal qatlamining shikastlanishini oldini olish imkonini berdi. Torakoskopiya paytida plevra bitishmalari ajratildi yoki koagulyatsiya qilindi. Bulla va oʻpka toʻqimalarining nuqsonlari tikildi yoki diatermokoagulyatsiya qilindi. Kichik bullalar koagulyatsiya qilindi yoki endoqovuzloqlar bilan bogʻlab ketildi. Spontan pnevmotoraksi bor 2 nafar bemorni videotorakoskopiya vaqtida, hatto toʻliq sinchiklab tekshirilganda ham oʻpkada hech qanday oʻzgarishlar topilmadi. 3 nafar bemorda izolyatsiyalangan shakldagi yopishish va plevral shvartalar aniqlandi. Bunday hollarda diatermokoagulyatsiya yordamida apikal plevrodez amalga oshirildi. Operatsiyalar mavjud torakoportlardan biri orqali plevra boʻshligʻiga drenajni kiritish va jarohatni tikish bilan yakunlandi.

Minitorakotomik kirish yoʻli orqali video assistent yordamida 8 (13,8%) holatda atipik oʻpka rezeksiyasi va plevrektomiya UO-40 tikuvchi apparati yordamida amalga oshirildi. Mini kirishlar IV - V qovurgʻalar oraligʻidan amalga oshirildi. Old va oʻrta qoʻltiq osti chiziqdari boʻyicha qovurgʻalar oraligʻi boʻylab 4-5 sm uzunlikdagi teri kesmasi bajarildi. Oldingi tishsimon mushak tolalari boʻylab ajratilib, qovurgʻa yuzasi ochildi. Orqaning keng muskuli zaruriyatga qarab orqa tomonga tortildi. Qovurgʻalar oraligʻidan uzunasiga pastki qovurgʻaning yuqori qirrasini boʻylab ochildi. Teri osti yogʻ klechatkasi, oldingi tishsimon va qovurgʻalararo mushaklar sinchkovlik bilan gemostaz qilindi. Gemostazning sifati jarohatni tashqi tomondan vizual tekshirish, shuningdek, jarohatning ichki qirgʻoqlaridan plevra boʻshligʻiga qon ketishini nazorat qilish uchun torakoskop orqali nazorat qilindi. Shunday qilib, ikkita mavjud troakar orqali kirish (port) ga qoʻshimcha ravishda, uchinchi kesma, yaʼni mini kirish yaratildi.

Bemorlarimizni 7 nafarini rentgenologik tekshiruvda gidropnevmotoraks aniqlangan. Exinokokk kistalarini plevra boʻshligʻiga yorilishi aniqlangan barcha bemorlarda dastlabki torakoskopiya bilan soʻng minitorakotomiya yoʻli bilan jarrohlik operatsiyalari bajarildi. Exinokokk kistalari plevra boʻshligʻiga yorilgan barcha xolatlarda plevra boʻshligʻi ozonlangan fiziologik eritma bilan sanatsiya qilinib, xitin qobigʻi olib tashlandi va qoldiq boʻshliq kapitonaj qilindi.

Shuningdek, gidropnevmotoraksi bor 8 nafar bemorda MSKT tekshiruvda parietal va visseral plevranning qalinlashishi aniqlandi. Plevra punksiya qilinib loyqa suyuqlik olindi va faol aspiratsiyada rigid qoldiq plevra boʻshligʻi aniqlandi. Ushbu bemorlarda torakotomik kirish orqali oʻpkaning dekortikatsiyasi bilan qisman plevrektomiya amalga oshirildi. Barcha bemorlarda plevra boʻshligʻini faol aspiratsiya tizimi bilan drenajlashlandi va videotorakoskopiya bilan keyin sogʻayishiga erishildi. Shuni taʼkidlash kerakki, birinchi haftada 4 nafar bemorni (50%) sogʻayishiga erishildi, qolgan 4 nafar bemorni oʻpkasi 9-10 sutkalarda kengaydi.

Oʻpka defekti bartaraf etilgandan soʻng pnevmotoraksning residivlanishinig profilaktikasi uchun mini kirish va mavjud torakoportlardan video nazorati ostida qovurgʻalar oraligʻi boʻylab

termokauter bilan parietal plevrani kesish orqali cheklangan plevrodez amalga oshirildi. Bunday holda, ko'krak qafasining ichki yuzasi (I – IV qovurg'alar oralig'idan) kengligi 0,5-1 sm gacha bo'lgan egatlar shaklida deplevriatsiyalangan joylarni hosil qiladi.

Torakotomiya orqali operatsiya qilingan guruhda (n = 8) operatsiyadan keyingi asoratlar qayd etildi: 1 (12,5%) bemorda qoldiq plevra bo'shlig'i va 1 (12,5%) nafar bemorda plevrit kuzatildi. Torakotomiyaga shoshilinch konversiya kuzatilmadi. Spontan pnevmotoraks residivlari aspiratsion va drenajlovchi davo muolajalari bilan davolangan 5 (17,2%) bemorlarda (n = 29) kuzatildi. Videotorakoskopik operatsiyalar o'tkazgan 58 bemorni uzoq muddatli davolanish natijalari kuzatildi. Kasallikning qaytalanishi qayd etilmadi.

Muhokama. Birlamchi va ikkilamchi spontan pnevmotoraksni aniqlashda MSKT hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ldi [10]. Biroq, bujmaygan o'pkada destruktiv o'zgarishlarning xarakterini farqlash qiyin. Bunga asoslanib, o'pka kengayishidan keyin ushbu tekshiruvlardan foydalanishni tavsiya qilamiz.

Videotorakoskopiya spontan pnevmotoraksni tashxislash va davolashning zamonaviy usuli bo'lib, uning rivojlanishining sababini aniqlashga, o'pka zararlanishining mavjudligi va darajasini, plevra ichi chandiqlanishning jarayonining rivojlanganligi va o'pkani bujmayish darajasini vizual ravishda aniqlashga 91,5-95% imkon beradi. Biroq, operatsiyalarning taxminan 12% hali ham ochiq jarrohlik usullari yordamida amalga oshiriladi. Buning sababi shundaki, jarrohlar residivlanishlar yoki o'pkadani chandiqlik jarayonlarda minimal invaziv usullardan torakotomiyaga intraoperativ o'tish kabi muayyan holatlardan ko'ra ochiq muolajalarni shaxsan afzal ko'radilar. Ochiq operatsiyalardan ko'ra minimal invaziv amaliyotlar afzalroqdir, chunki bu operatsiyadan keyingi og'riqni kamaytirish va organizmni tezroq tiklanish bilan bog'liqdir [1, 5].

Bizning fikrimizcha, bullyoz o'zgarishlar o'pka cho'qqisi sohalarida lokalizatsiyalanganida, mavjud torakoportlar orqali video nazorati ostida va I – IV qovurg'alar oralig'idan mini kirishlar yordamida cheklangan plevrodez hosil qilish kifoya qiladi. Keng tarqalgan bullyoz emfizema mavjud 7 ta holatda plevra gumbazidan diafragma gacha plevrodez shakllantirildi. Deplevriatsiya diatermokoagulyatsiya orqali amalga oshirildi. Biz plevrodezning ushbu usulini afzalroq deb hisoblaymiz, chunki u samaradorlik jihatidan plevrektomiyadan kam emas, balki texnik jihatdan ham sodda hisoblanadi.

Xulosalar. Ma'lum bo'lishicha, spontan pnevmotoraks sabablarini bartaraf etish va majburiy plevrodez uchun mini kirish orqali bajariladigan videotorakoskopiya va video assistent yordamida bajariladigan operatsiyalar tanlov operatsiyasi hisoblanadi. Spontan pnevmotoraksda aspiratsiya va drenajlash muolajalari asosiy dastlabki taktik davolash usuli bo'lib qolmoqda.

REFERENCES / СНОСКИ/ ИҚТИБОСЛАР:

1. Бисенков Л.Н., Гладышев Д.В., Лищенко В.В., Чуприна А.П. Оценка эффективности видеоторакоскопии в лечении спонтанного пневмоторакса // Клиническая патофизиология. - 2003. - №2 - С.20-25.
2. Медведев А.П., Павлушин А.В., Горшков В.Ю. и др. Опыт видеоторакоскопических вмешательств при заболеваниях легких, плевры и средостения // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2001. - №1. - С.40-46.
3. Мотус И.Я., Неретин А.В. Вариант хирургического эндоскопического вмешательства при спонтанном пневмотораксе // Грудная и сердечнососудистая хирургия. 1999. №5. С.73-76.
4. Мамараджабов, С. Э. Роль и место серозэпидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области / С. Э. Мамараджабов, Ж. А. Ризаев, С. Р. Баймаков // Актуальные аспекты медицинской деятельности : сборник статей I Международной научно-практической конференции, Киров - Самарканд, 21 июня 2021 года. – Киров: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Кировский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. – С. 209-212.

– EDN DOETDC.

5. Baumann MH. Management of spontaneous pneumothorax. *Clin Chest Med* 2006; P.369–381.
6. Chen JS, Chan WK, Tsai KT, et al. Simple aspiration and drainage and intrapleural minocycline pleurodesis versus simple aspiration and drainage for the initial treatment of primary spontaneous pneumothorax: an open-label, parallel-group, prospective, randomised, controlled trial. *Lancet* 2013; P.1277–1282.
7. MacDuff A, Arnold A, Harvey J. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax* 2010; Suppl. 2,P.18 –31.
8. Massongo M, Leroy S, Scherpereel A, et al. Outpatient management of primary spontaneous pneumothorax: a prospective study. *Eur Respir J* 2014; P. 582–590.
9. Lee P. Primary spontaneous pneumothorax: to pleurodesis or not? *Lancet* 2013; P. 1252–1254.
10. Bridevaux PO, Tschopp JM, Cardillo G, et al. Short-term safety of thoracoscopic talc pleurodesis for recurrent primary spontaneous pneumothorax: a prospective European multicentre study. *Eur Respir J* 2011; P. 770–773.
11. Casali C, Stefani A, Ligabue G, et al. Role of blebs and bullae detected by high-resolution computed tomography and recurrent spontaneous pneumothorax. *Ann Thorac Surg* 2013; P. 249–255.
12. Nakanishi K. Long-term effect of a thoracoscopic stapled bullectomy alone for preventing the recurrence of primary spontaneous pneumothorax. *Surg Today* 2009; P. 553–557.
13. Loubani M, Lynch V. Video assisted thoracoscopic bullectomy and acromycin pleurodesis: an effective treatment for spontaneous pneumothorax. *Respir Med* 2000; P. 888–890.




УДК: 616.8 - 009.7 - 089.5 - 089.844

TURSUMETOV Abdusattar Abdumalikovich
ZUPAROV Kamoliddin Farxadovich
AGZAMOVA Maxmuda Nabiyeвна
Doctor of Medical Sciences, Professor
Tashkent Pediatric medical institute

EVALUATION OF THE RESULTS OF NADAPONEUROTIC ALLOHERNIOPLASTY USING THE VISUAL-ANALOGUE SCALE

For citation: Tursumetov A. Abdusattar, Zuparov F. Kamoliddin, Agzamova N. Maxmuda. Evaluation of the results of nadaponeurotic allohernioplasty using the visual-analogue scale. Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 1, pp. 399-406

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.7835930>

ANNOTATION

Objective: to study in the observed aspect the frequency of postoperative chronic pain and sensations of a foreign body after allohernioplasty using Esfil-heavy and Esfil-light polypropylene endoprotheses.

Materials and Methods: Postoperative control visits were carried out in the first week (for a number of patients in the clinic before discharge), the first month and the 6th month after surgery. The most simple, convenient and widely used in everyday practice scale that assesses the severity of pain is the visual analog pain scale (VAS).

Results: Our study shows that, compared with heavy mesh, light mesh has some advantages in reducing chronic surgical site pain after allohernioplasty. There were no statistically significant differences in other criteria (pain on coughing, on getting up from lying to sitting position), but there was an obvious trend towards fewer patients with pain in the light mesh group than in the heavy mesh group. The use of scales in everyday practice allows us to evaluate the effectiveness of the treatment, analyze our own experience and compare it with domestic and foreign colleagues.

Conclusions: The use of a visual analogue scale allows one to evaluate the effectiveness of the treatment, analyze one's own experience and compare it with domestic and foreign colleagues.

Keywords: postoperative ventral hernias, polypropylene mesh, visual analog scale of pain.

TURSUMETOV Abdusattar Abdumalikovich
ZUPAROV Kamoliddin Farxadovich
AGZAMOVA Maxmuda Nabiyeвна
Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti

VIZUAL-ANALOG SHKALA BO'YICHA APONEVROZ USTI ALLOGERNIOPLASTIKA NATIJALARINI BAHOLASH

ANNOTASIYA

Maqsad: Esfil-og'ir va Esfil-yengil polipropilen endoprotezlari yordamida allogernioplastikadan so'ng operatsiyadan keyingi surunkali og'riq va yot jismni sezish chastotasini qiyosiy jihatdan o'rganish.

Tadqiqot materiallari va usullari: Operatsiyadan keyingi nazorat tashriflari birinchi haftada (klinikada bo'lgan bir qator bemorlar uchun shifoxonadan chiqishidan oldin), operatsiyadan keyingi birinchi oy va 6 oyda o'tkazildi. Og'riqning og'irligini baholaydigan eng oddiy, qulay va kundalik amaliyotda keng qo'llaniladigan shkala vizual analog og'riq shkalasi (VASH).

Natijalar: Bizning tadqiqotimiz shuni ko'rsatadiki, og'ir to'r bilan solishtirganda, engil to'r allogernioplastikadan keyin jarrohat joyida surunkali og'riqni kamaytirishda ba'zi afzalliklarga ega. Boshqa mezonlar bo'yicha statistik jihatdan sezilarli farqlar yo'q edi (yo'talda og'riq, yotoq holatdan o'tirish holatiga ko'tarilish), ammo og'ir to'rli guruhga qaraganda engil to'r guruhida og'riqli bemorlarning kamroq bo'lishi tendentsiyasi aniqlandi. Kundalik amaliyotda shkaladan foydalanish davolash samaradorligini baholash, o'z tajribamizni tahlil qilish va mahalliy va xorijiy hamkasblar bilan solishtirish imkonini beradi.

Xulosa: Vizual-analog shkaladan foydalanish davolash samaradorligini baholash, o'z tajribasini tahlil qilish va mahalliy va xorijiy hamkasblar bilan solishtirish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: amaliyotdan keying qorin churrasi, polipropilen to'r, vizual-analog og'riq shkalasi

ТУРСУМЕТОВ Абдусаттар Абдумаликович
ЗУПАРОВ Камолитдин Фархадович
АГЗАМОВА Махмуда Набиевна
Ташкентский Педиатрический медицинский институт

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИЗУАЛЬНО-АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ

АННОТАЦИЯ

Цель: изучить в сравнительном аспекте частоту послеоперационной хронической боли и ощущения инородного тела после аллогерниопластики с использованием полипропиленовых эндопротезов Эсфил-тяжелой и Эсфил-легкий.

Материалы и методы исследования: Послеоперационные контрольные визиты проводились в первую неделю (у ряда пациентов в клинике перед выпиской), первый месяц и 6-й месяц после операции. Наиболее простой, удобной и широко используемой в повседневной практике шкалой, оценивающей тяжесть боли, является визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

Полученные результаты: Наше исследование показывает, что по сравнению с тяжелой сеткой легкая сетка имеет некоторые преимущества в уменьшении хронической боли в месте операции после аллогерниопластики. Статистически значимых различий по другим критериям (боль при кашле, при вставании из положения лежа в положение сидя) не было, но была очевидна тенденция к меньшему количеству пациентов с болью в группе с легкой сеткой, чем в группе с тяжелой сеткой.

Применение шкал в повседневной практике позволяет оценивать эффективность проводимого лечения, анализировать собственный опыт и сравнивать его с отечественными и зарубежными коллегами.

Вывод: Применение визуально-аналоговой шкалы позволяет оценивать эффективность проводимого лечения, анализировать собственный опыт и сравнивать его с отечественными и зарубежными коллегами.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, полипропиленовая сетка, визуально-аналоговой шкалы боли

ВВЕДЕНИЕ: В статье представлены результаты применения полипропиленовых эндопротезов Эсфил легкий и Эсфил тяжелый при послеоперационных вентральных грыжах. Результаты хирургического лечения пациентов оценивались с использованием визуально-аналоговой шкалы боли, т.е. пациенты сами оценивали свое состояние по степени субъективного ощущения болевого синдрома в области аллопластики. Установлено, что по сравнению с тяжелой сеткой легкая сетка имеет некоторые преимущества в уменьшении хронической боли в месте операции после аллогерниопластики.

Применение шкал в повседневной практике позволяет оценивать эффективность проводимого лечения, анализировать собственный опыт и сравнивать его с отечественными и зарубежными коллегами.

Известно, что использование для пластики грыжевых ворот сетки снизило частоту рецидивов грыжи, однако остаются опасения по поводу таких проблем, как хроническая боль и ощущение инородного тела в области аллопластики, которые могут влиять на качество жизни пациента [2].

Причина такой боли часто не ясна, но существует связь между частотой боли и типом материала, используемого для пластики грыжевых ворот. Некоторые исследования показали, что пациенты с легкой сеткой испытывали меньше боли после операции, чем те, кто получил тяжелую сетку [7], однако некоторые исследования не подтвердили это наблюдение [5]. Большинство хирургов отдают предпочтение легкому синтетическому материалу, который имеет меньшую материалоемкость по сравнению со стандартным и тяжелым эндо протезом. Считается, что чем больше диаметр синтетических нитей материала, имплантированного в брюшную стенку, тем больше толщина капсулы вокруг эндо протеза [2].

Тяжелые и стандартные сетки после имплантации в ткани брюшной стенки через 1–2 месяца сокращаются на 30–40 % от своего размера, что ограничивает подвижность брюшной стенки, вызывает развитие хронического болевого синдрома, парестезии [3].

Стремление повысить качество жизни больных потребовало внедрения в клиническую практику легких синтетических материалов. Репрезентативная оценка боли является первым шагом в комплексе мер противоболевого лечения, влияет на адекватность и эффективность лечения и обезболивания. И хотя ответы пациентов по некоторым шкалам представляют их весьма субъективные ощущения, тем не менее создают целостную картину восприятия пациентом интенсивности боли и эффективности лечения, объективизируя картину болезни в глазах врача. [1].

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дала следующее определение понятию «боль»: «Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения, а боль, продолжающаяся более 3 месяцев была определена как хроническая боль» [4,6]. Описать боль в данный момент и ее изменение в процессе лечения помогают оценочные шкалы боли [1]. Оценочные шкалы затрагивают оценку как острой боли, так и хронического болевого синдрома.

Репрезентативная оценка боли является первым шагом в комплексе мер противоболевого лечения, влияет на адекватность и эффективность лечения и обезболивания. И хотя ответы пациентов по некоторым шкалам представляют их весьма субъективные ощущения, тем не менее создают целостную картину восприятия пациентом интенсивности боли и эффективности лечения, объективизируя картину болезни в глазах врача. В настоящем исследовании нами было проведено сравнительное изучение болевой реакции на имплантацию эндопротезов «Эсфил» («Линтекс», Россия).

Данные сетки не резорбируются и не теряют прочность и эластичность при нахождении в тканях организма. Специальное плетение обеспечивает сетчатому эндопротезу высокую прочность, стабильность размеров и нераспускаемость краев при разрезании. Эсфил легкий

протез получают плетением из монофиламентной поливинилиденфторидной нити. Поверхностная плотность – 38 г/м², диаметр мононити – 0,09 мм, толщина 0,3-0,4 мм, размер пор – 1,5 мм, объемная пористость 85-90%. Протез Эсфил тяжелый представляет собой полипропиленовые мононити диаметром 0,12 мм, толщина: 0,4-0,6 мм, объемная пористость: 80-85 %, поверхностная плотность: 65-80 г/м².

ЦЕЛЮ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить в сравнительном аспекте частоту послеоперационной хронической боли и ощущения инородного тела после аллогерниопластики с использованием полипропиленовых эндопротезов Эсфил-тяжелой и Эсфил-легкий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Послеоперационные контрольные визиты проводились в первую неделю (у ряда пациентов в клинике перед выпиской), первый месяц и 6-й месяц после операции. Наиболее простой, удобной и широко используемой в повседневной практике шкалой, оценивающей тяжесть боли, является визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).

ВАШ предназначен для определения субъективного ощущения боли в момент исследования. Длительность измерения интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале занимает меньше 1 мин. Послеоперационный уровень боли мы определяли по десятибалльной визуальной аналоговой шкале. ВАШ представляет собой прямую линию длиной 10 см (100 мм). Пациенту предлагается сделать на линии отметку, соответствующую интенсивности, испытываемой им боли (рис). На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация: нет боли (0-4 мм), слабая боль (5-44 мм), умеренная боль (45-74 мм), сильная боль (75-100 мм). Баллы боли измеряли по визуальной аналоговой шкале.

Перед пластикой послеоперационных вентральных грыж, а также на 7-е сутки, через месяц и 6 месяцев после операции измеряли балльную оценку боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в диапазоне от 0 мм (отсутствие боли) до 100 мм (самая сильная воображаемая боль).

Средние баллы по ВАШ (и диапазоны) представлены на рис.1

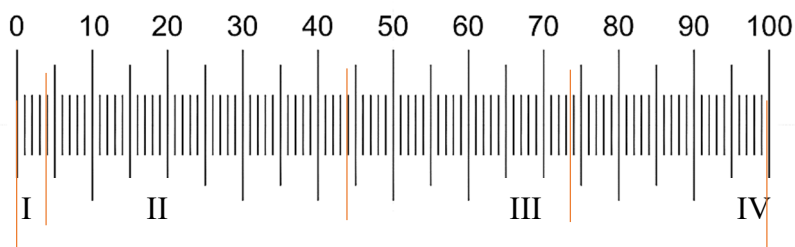


Рисунок. 1. Визуально-аналоговая шкала

На основании распределения баллов рекомендована следующая классификация: I - нет боли (0-4 мм), II - слабая боль (5-44 мм), III - умеренная боль (45-74 мм), III - сильная боль (75-100 мм).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: На первом этапе исследования мы изучали наличие болей в области грыжевого выпячивания и в животе вообще у больных с ПОВГ до операции (рис. 2). Для чего была составлена анкета опроса больных на наличие болей в животе до операции.

В основной группе после операции связь была установлена с 67 (%) больными из 73, а в контрольной у 55 (%) из 64 пациентов. Пациенты, которые были потеряны во время наблюдения, были исключены из анализа, были включены только пациенты, заполнившие анкету. В связи с этим ВАШ была изучена у 55 пациентов контрольной группы и у 61 пациента основной группы.

Характер и наличие болей до операции представлена в рисунок 2.

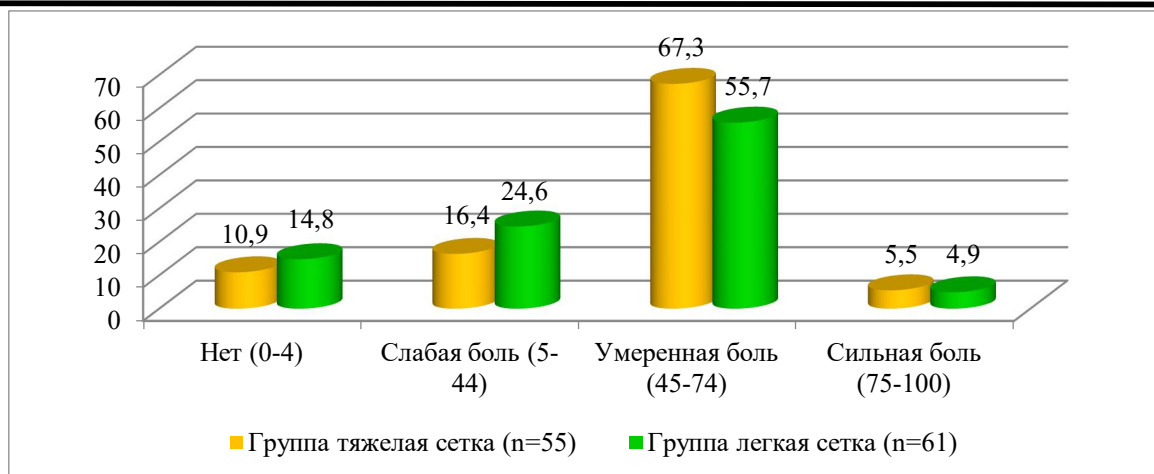


Рисунок.2 Выраженность боли по визуально-аналоговой шкале до операции

Как видно из рисунка 2 отсутствие болей в области грыжевого выпячивания отмечено в контрольной группе больных у 10,9%, а в основной группе – у 14,7%. Слабая боль в контрольной и основной группе наблюдали соответственно у 16,4% и 24,5%. Умеренная боль наблюдалось в контрольной и основной группе больных соответственно: 67,2% и 55,7%. Следует отметить, что у 5,6% в контрольной и у 4,9% мы наблюдали сильные боли и это было связано с наличием гигантских и невраваемых ПОВГ. В первые сутки после операции выраженность болевого синдрома и дискомфорта были почти одинаковыми, поэтому мы их не анализировали, так как больше они на наш взгляд были связаны с субъективными факторами.

В рисунке 3 представлены результаты изучения выраженности боли через 7 суток после операции у больных контрольной и основной группы.

На 7 сутки послеоперационного периода отсутствие боли в области послеоперационной раны отмечено в контрольной группе у 10,9% больных, а в основной у 18,0%, т.е. больные с отсутствием болей больше в контрольной группе. Слабые боли также в контрольной группе меньше, чем в основной группе, соответственно – 27,3% и 32,7%, такие же показатели в группе больных с умеренной болью в основной и контрольной группе больных соответственно - 50,9% и 45,9%. Однако больные с сильными болями в контрольной группе наблюдались более, чем в 3 раза больше в сравнении с основной группой. Мы связываем это с весом тяжелой ПП сетки, вследствие ее непосредственного контакта с подкожной клетчаткой, болевой синдром сохранялся долго, что обусловлено длительно сохраняющимся инфильтратом, последний подтверждалось на ультразвуковом исследовании области послеоперационной раны.

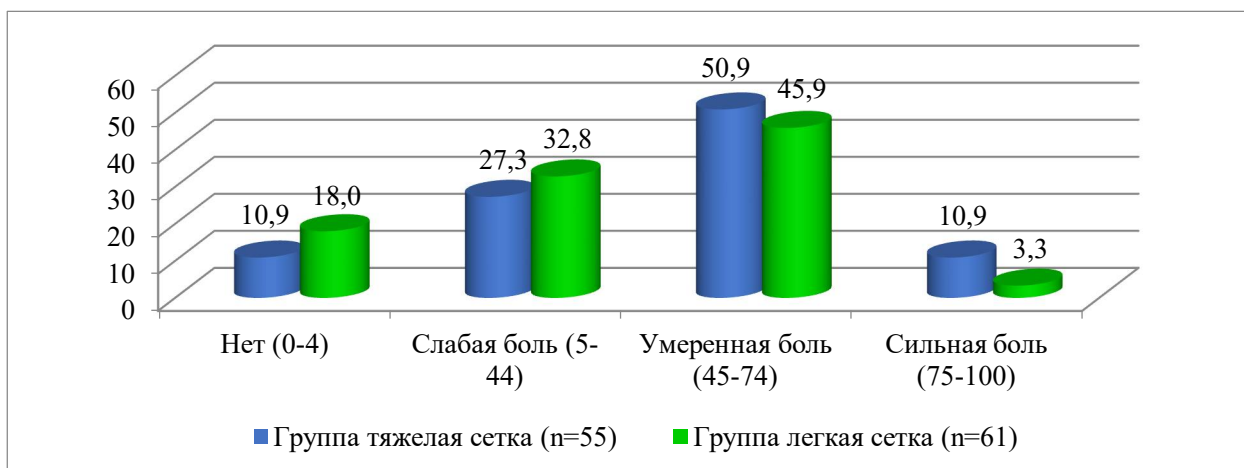


Рисунок.3 Выраженность боли по визуально-аналоговой шкале на 7 сутки после операции.

В рисунке 4 представлены показатели выраженности боли в области протезной пластики через месяц после операции. Следует отметить, что через месяц операции в основной группе больных показатель отсутствия боли наблюдается заметно больше (31,1%), чем в контрольной группе (21,8%). Слабая боль сохраняется почти одинаково в обеих группах (контрольная – 45,4% и основная – 45,9%). Умеренная боль в контрольной группе наблюдалась у 17 (30,9%), т. е. у каждого третьего больного, а в основной у 14 (22,9%), т.е. у каждого пятого больного. Сильные боли (75-100 балл) в основной группе не наблюдались, а в контрольной у 1,8% больных.

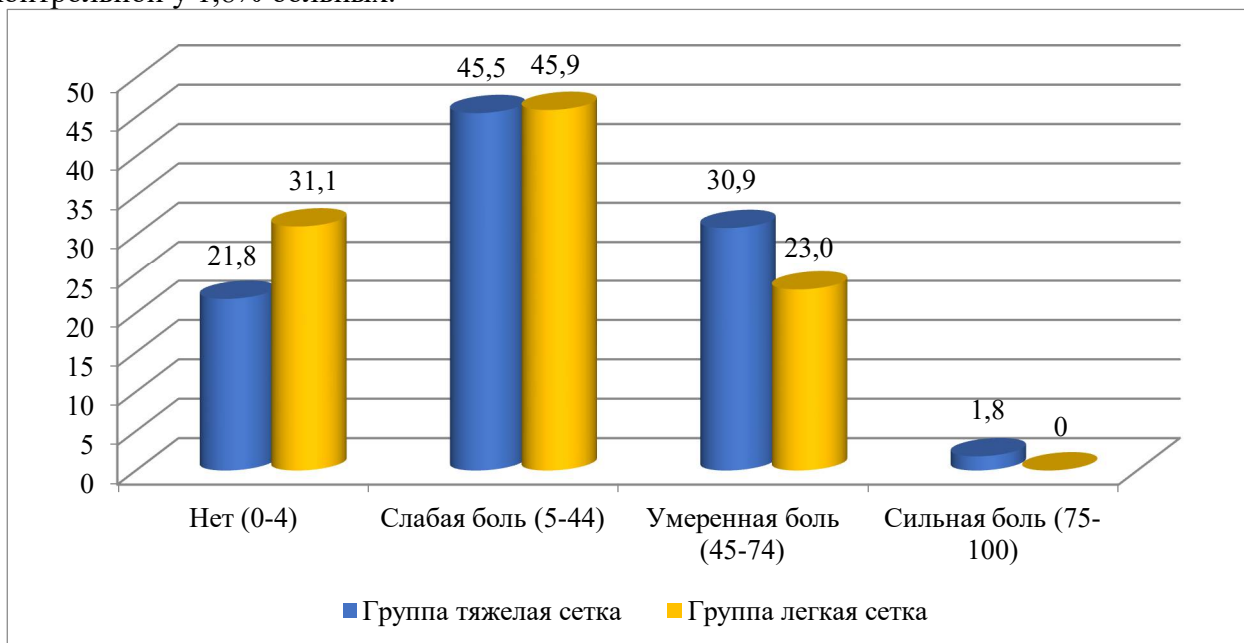


Рисунок4. Выраженность боли по визуально-аналоговой шкале в 1 месяц после операции.

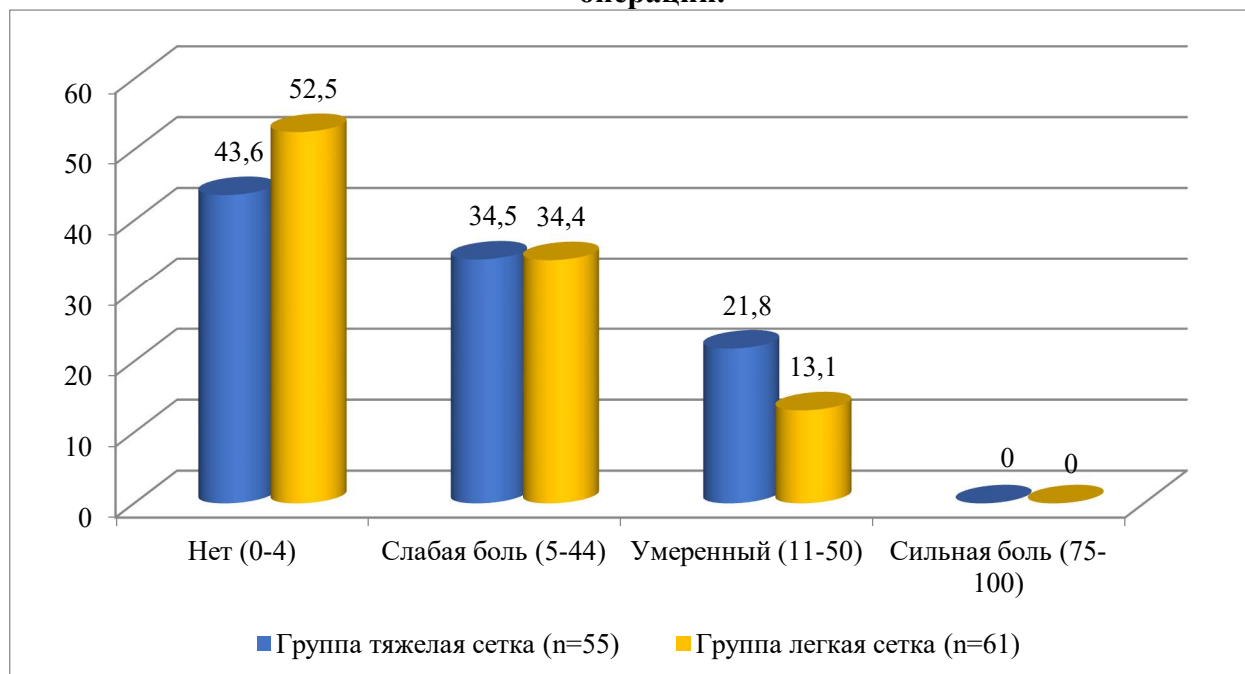


Рисунок.5 Выраженность боли по визуально-аналоговой шкале через 6 месяцев после операции.

Наши исследования показали, что через 6 месяцев после операции отсутствие боли отмечено у 43,6% больных в контрольной группе и у 32 (52,4%) в основной группе. Показатель слабой боли в обеих группах были близкими. Однако умеренная боль сохранялось в

контрольной группе у 21,8% больных, а в основной у 13,1%. Следует отметить, что сильная боль в обеих группах не наблюдалось. Ощущение инородного тела в области операции через 6 месяцев после операции испытывали 32,8% больных в группе тяжелых сеток и 20,9% в группе легких сеток ($p=0,123$). Только у 2,8% больных, обратившихся с жалобами на ощущение инородного тела в области аллогерниопластики через 6 месяцев наблюдения, отмечалась также боль в покое. Различий в потреблении анальгетиков между группами не было. В целом 93,8% пациентов в группе тяжелых сеток и 98,5% пациентов в группе легких сеток не применяли никаких анальгетиков через 6 месяцев.

Таким образом, низкая частота боли после аллогерниопластики отмечена у 43,6% пациентов в группе тяжелых сеток и у 52,4% пациентов в группе легких сеток, т.е. боли не были отмечены через 6 месяцев наблюдения. В то же время частота возникновения боли в области аллогерниопластики при любых физических нагрузках была высокой в обеих исследуемых группах (53,4% в группе тяжелых сеток против 37,9% в группе легких сеток).

Мы обнаружили, что только хроническая боль в области аллогерниопластики в покое зависела от использования сетки, однако наблюдалась положительная тенденция к снижению частоты боли в области аллогерниопластики в группе легких сеток при любой физической нагрузке.

Следует отметить, хотя частота хронической боли при физической нагрузке была высокой в обеих исследуемых группах, низкий расход анальгетиков через 6 месяцев после операции факт то, что боль в области операции не мешала повседневной деятельности большинства пациентов, указывает на то, что боль, которую они испытывали, не беспокоила их значительно. Больше пациентов испытывали ощущение инородного тела после герниопластики с использованием тяжелой сетки по сравнению с легкой сеткой (34,4% против 17,9%), но разница была статистически не достоверна.

Наше исследование показывает, что по сравнению с тяжелой сеткой легкая сетка имеет некоторые преимущества в уменьшении хронической боли в месте операции после аллогерниопластики. Статистически значимых различий по другим критериям (боль при кашле, при вставании из положения лежа в положение сидя) не было, но была очевидна тенденция к меньшему количеству пациентов с болью в группе с легкой сеткой, чем в группе с тяжелой сеткой. Применение шкал в повседневной практике позволяет оценивать эффективность проводимого лечения, анализировать собственный опыт и сравнивать его с отечественными и зарубежными коллегами.

Выводы

1. Анализ результатов надпоясничной аллогерниопластики с использованием визуально-аналоговой шкалы показали, что легкая сетка по сравнению с тяжелой сеткой сопровождается с меньшим болевым синдромом. При этом, ощущение инородного тела в области операции через 6 месяцев после операции испытывали 32,8% больных в группе тяжелых сеток и 20,9% в группе легких сеток.
2. Применение визуально-аналоговой шкалы позволяет оценивать эффективность проводимого лечения, анализировать собственный опыт и сравнивать его с отечественными и зарубежными коллегами.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Александрович, Ю.С. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний /Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев. – ЭЛБИ-СПБ 2015; С. 10–15.
2. Суковатых Б. С., Иванов А. В., Жуковский В. А. и др. Выбор полипропиленового эндопротеза для пластики брюшной стенки // Вестн. хир. им. И. И. Грекова 2013; 6:С. 41–45.
3. Anurov M. V., Titkova S. M., Oettinger A. P. Biomechanical compatibility of surgical mesh and fascia being reinforced: dependence of experimental hernia defect repair results on anisotropic surgical mesh positioning. *Hernia* 2012; 2 (16); P. 199–210.

4. International Association for the Study of Pain (1986) Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl 3: S1–S226.
5. Koch A, Bringman S, Myrelid P, Smeds S, Kald A (2008) Randomized clinical trial of groin hernia repair with titanium-coated lightweight mesh compared with standard polypropylene mesh. Br J Surg 95:1226–1231.
6. Sommer, C.L. Pain 2016: Refresher Courses /C.L. Sommer, M.S. Wallace, S.P. Cohen, M. Kress // 16th World Congress on Pain. – 2016; 1: P. 12–16.
7. O’Dwyer PJ, Kingsnorth AN, Molloy RG, Small PK, Lammers B, Horeysek G (2005) Randomized clinical trial assessing impact of a lightweight or heavyweight mesh on chronic pain after inguinal hernia repair. Br J Surg 92:166–170.

БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

8 ЖИЛД, 1 СОН

ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 8, НОМЕР 1

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 8, ISSUE 1

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

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