



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLYI TALIM, FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI



FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI
TIBBIYOT INSTITUTI

FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

UMUMIY XIRURGIYA, TRAVMATOLOGIYA VA
ORTOPEDIYA, STOMATOLOGIYA VA
OTORINOLARINGOLOGIYA KAFEDRALARI



**YUQORI TEXNOLOGIYALI JARROHLIK
AMALIYOTINING AHAMIYATI**

**RESPUBLIKA ILMIY- AMALIY
KONFERENSIYASI**

ILMIY ISHLAR TO'PLAMI



**FARG'ONA
25 Yanvar 2025 yil**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI**

**FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI
TIBBIYOT INSTITUTI**

**UMUMIY HIRURGIYA, TRAVMATOLOGIYA VA
ORTOPEDIYA, STOMATOLOGIYA VA
OTORINOLARINGOLOGIYA KAFEDRALARI**

**YUQORI TEXNOLOGIYALI JARROHLIK
AMALIYOTINING AHAMIYATI
RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI**

ILMIY ISHLAR TO‘PLAMI



FARG‘ONA-2025

**YUQORI TEXNOLOGIYALI JARROHLIK
AMALIYOTINING AHAMIYATI**
RESPUBLIKA ILMIY-AMALIY KONFERENSIYASI
FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

Tahririyat kengashi raisi	Sidikov A. A.	FJSTI rektori, t.f.d., Professor.
Tahririyat kengashi raisi o‘rinbosari	Kadirova M.N.	Ilmiy ishlar va innovatsiyalar boyicha prorektor, p.f.d., Professor.
Tahririyat kengashi raisi o‘rinbosari	Yuldashev F.Yu.	Davolash ishlari bo‘yicha prorektor t.f.d.
Tahririyat kengashi a‘zolari	Saydaliyev S.S.	Umumiy xirurgiya kafedrası mudiri, t.f.n.
	Umarov O.M.	“Stomatologiya va otorinolarologiya” kafedrası mudiri PhD dotsent
	Xaydarov A.Q.	Travmatologiya va ortopediya kafedrası mudiri PhD.
	Mirzaev B.B.	Umumiy xirurgiya kafedrası t.f.d. dotsenti
	Usmonov S	Stomatologiya va otorinolarologiya” kafedrası assistenti.
	Maxmudov B.E.	Travmatologiya va ortopediya kafedrası assistenti.
Kompyuter grafikasi mutaxassisi	Valitov E.A	Axborot texnologiyalari mutaxassisi.

Muharrirlik kengashi anjuman materiallarining mazmuniga mas‘ul emas.

Ilmiy to‘plamlar mualliflar tomonidan topshirilgan original holda chop etilmoqda.

* * *

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов
конференции. Материалы публикуются в соответствии с оригиналами авторских текстов.

Xazm yo'lida yot jism bo'lgan bemorlarda diagnostida va davolashning o'ziga xosligi.

¹Saydaliyev S.S., ¹Xaydarov N.S., ²Sapoxonov X.S., ²Usmonov O.M. ¹I.I.Rustamov

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

²Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Farg'ona filiali.

Annotatsiya:

Maqolada RSHTTYOIMFF da xazm yo'lida yot jism tashxisi bilan murojat qilgan bemorlarning kasallik tarixidan olingan ma'lumotlar muxokamali va statistikasi jamlangan. Klinik ko'rinishlari, kechiga, diagnostik usullariga qarab muhokama qilinadi. Davolashdan uchragan qiyinchiliklar va asoratlari haqidagi ma'lumotlar keltirilgan.

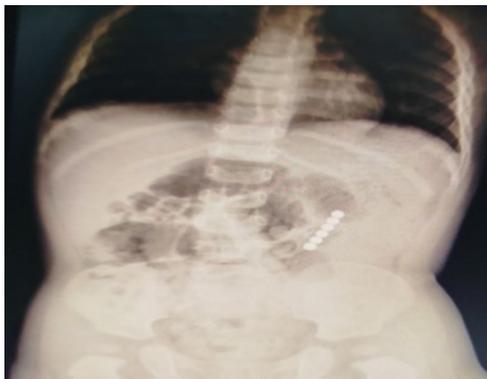
Kalit so'zlar: endoskopiya, FGDS, atrapinizatsiya.

Dolzarbli: Zamonamiz rivojlanishi bilan bir vaqtning o'zida tibbiyotda xam muamolarning o'ziga xos shakillari paydo bo'lmoqda. Jarroxlik kasalligini davolash va profilaktikasiga muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi dolzarb bo'lib qolmoqda. Xozirda bizning imkoniyatlarimiz ovqat xazm qilish traktining endoskopik ko'rish chegarasi o'ng ikki barmoqli ichakning ingichka ichakka o'tish qismigacha bo'lib ba'zi xollatlarda buning imkoniyati chegaralangan. Ingichka ichakning real anatomofunksional xolatini ko'rishning va undagi yot jismlarni olishning endoskopik usulda dayarli imkoni yo'q. Yot jism ingichka ichakda qolib ketganda (obturatsiya, invaziya yoki sanchilib qolish)

Tadqiqotimizning maqsadi; Xazm yo'lida yot jism aniqlangan bemorlarda davolash taktikalarini takomillashtirish.

Materiallar va usullar: RShTTYoIMFF shoshilinch xirurgiyasi bo'limida xar yil 150-200 nafar bemorlar xazm yo'lida yot jism tashxisi bilan murojat qilishmoqda. Ular asosan meral jismlar(tanga,igna qadaq,igna,miq,soat va o'yinchoq batarekalari va boshqalar...), plastmassa bo'laklari,baliq qiltanoqlari

kabilar tashkil etgan. Ammo so`ngi 2-3 oy davomida o`yinchoq magnit sharchalari bizning diqqatimizni tormoqda va o`ziga xos muammolarni olib kelmoqda. Quyida ularning rentgen suratlarini xavola etmoqchimiz.



1-rasm Kelgan kuni



2-rasm. 24 soatdan keyin

Ikkinchi bemorimiz

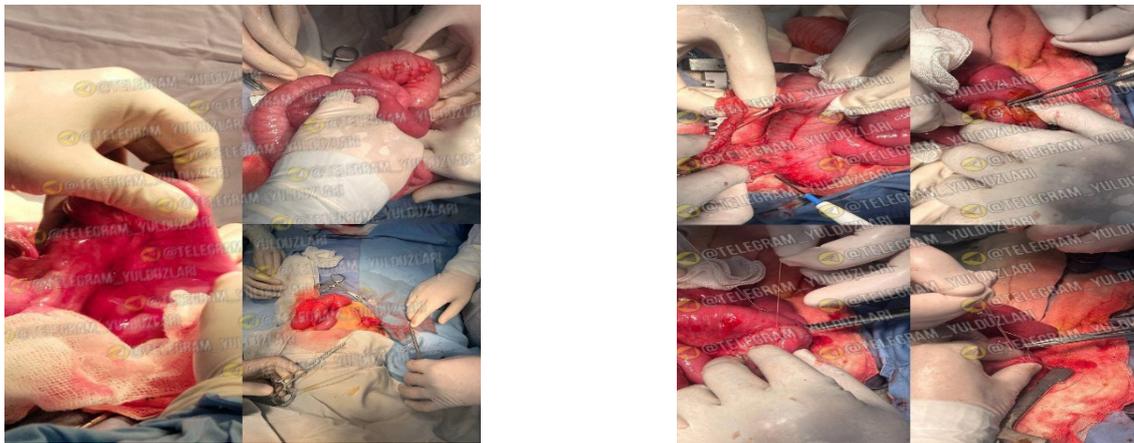


3-Rasm . Umumiy rentgen



4- rasm. Magnit sharchalar

Operatsiya jarayoni (SSV saytidan olingan):



Natijalar shuni ko'rsatadiki magnit sharchalari ingichka ichakda o'zaro qutiblani bir biriga tortilib ichak bo'ylab xarakatlanishi qiyinlashmoqda xatto xarakati to'xtamoqda. Ota onalaridan olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki magnit sharchalar bir necha kun davomida yutilganligi aniqlandi. Bu xolat esa sharchalarning bir biriga tortilmay oshqazon va o'ng ikki barmoqli ichak orqali o'tgan. Bizning fikrimizcha magnit sharchalari ichak ichi bir-biriga ko'ndalang xolatda xamda ichak egriliklarida bukilgan soxa tashqi tomonidan qutublanib bir biriga tortilmoqda. Bu esa sharchalarni ichakda o'zaro fiksatsiyalab xarakatini to'xtatmoqda. Yuqoridagi xolat ichak xarakatini va passaj xarakatlanishini qiyinlashiga olib keladi. O'z o'zida bu vaziyatda ichak tutilishiga olib kelmoqda. Bemorlarda yuqoridagi rentgen tasvirlaridan ko'rinib turibdiki kuzatuv davomida retgen tekshiruvida sharchalar deyarli xazm trakti bo'ylab xarakati to'xtagan. Bu esa bemorda xirurgik aralashuvni talab ermoqda. Operatsita ananaviy usulda 'Laporatomiya' operatsiyasi orqali amalga oshirilgan. Operatsiya davomiyligi esa 4-5 soatni tashkil etgan.

Xulosa: Yuqoridagi xolar bizni ingichka ichak diagnostikasi va uning endoskopik yondashuvlarni takomillashtirishni talab qilmoqda. Xazm qilish traktining yuqori qismi FGDS orqali diagnostika va tashrixlar o'tkazilsa, quri qismi kolonoskopiya orqali bajarilmoqda. Ammo xazm traktining o'rta qismi yani ingichka ichakni endoskopiyasi xozirgi vaqtda deyarli takomillashmagan. Bu esa

bu yo`nalishda qilinadigan ishlar zamonaviy tibbiyotning dolzalb va qilinadigan ishlar ko`pligini ko`rsatmoqda.

Biznig yana bir taklifimiz shundan iboratki bo`lajak ota-onalarga va yosh farzandli oilalarga yuqoridagi xolatlar xaqida matbuot va televideniya xamda ishtimoiy tarmoqlar orqali tushuntirish va targ`ibot ishlarini olib borish kerakligini ko`rsatmoqda.

BOLALARDA BITISHMALI KASALLIK.

Saydaliyev S.S., Xaydarov N.S., Asqarov D.A., Shokirov M.N.

Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi Farg`ona Filiyali

ANNOTATION

Laparoskopik operatsiyalar laparotomiyaga nisbatan afzalliklarga ega. Pediatriya amaliyotida bolalarda bitishmali kasallikni davolashda laparoskopiyaning etakchi roliga faqat bir nechta tadqiqotlar ishlari olib borilgan. Tadqiqotimizning maqsadi bolalarni bitishmali ichak tutilishi (BIK) kasalligini davolashda laparoskopiyaning afzalliklarini baholash.

Natijalar. Ushbu tadqiqot 35(71.4%) nafar bemorni an'anaviy usulda va 14 nafarini (28.6%) laparoskopik usulda davolash natijalari tahliliga asoslangan. Laparoskopik yondashuv o`tkir bitishmali ichak tutilishi (O`BIT) bilan xastalangan 3 oylikdan 18 yoshgacha bo`lgan bemorlarda olib borilgan . O'g'il bolalar - 9 (64.3%), qizlar - 5 (35.7%). O`BIT bilan og'rigan bemorlarimiz orasida 8 nafarida bitta jarrohlik aralashuvi, 6 nafarida esa ikkitasi va undan ortiq jarroxlik aralashuvi anamnezida olib borilgan.

Xulosa. Laparoskopik jarrohlik an'anaviy jarrohlikdan aniq afzalliklarga ega, u oz shikastli aralashuvdir va takroriy bitishmalar ehtimoli kamayadi, ammo keyingi chuqur o'rganish va retrospektiv tahlilni talab qiladi.

Kalit so'zlar: bolalar, o'tkir yopishqoq ichak tutilishi, laparoskopiya, davolash.

Dolzabligi . O'tkir bitishmali ichak tutilishi (O`BIT) qorin bo'shlig'i jarrohligidagi eng keng tarqalgan va jiddiy kasalliklardan biridir. Ichak tutilishining boshqa turlari orasida bitishmali ichak tutilishi (O`BIT) ulushi 30-40% ni tashkil qiladi. Bolalardagi barcha relaparotomiyalarning 60% gacha BIT uchun amalga oshiriladi. Bolalarning 75 foizida BIT operatsiyadan keyingi dastlabki 2 yil ichida rivojlanadi. Ochiq jarrohlikdan so'ng yangi tug'ilgan chaqaloqlarda BIT kasalligi jarrohlik kasalligiga qarab 5,7% dan 14,2% gacha o'zgarib turadi. Kattaroq bolalarda BIT pyloromiotomiyadan keyin 0,1% dan kolorektal jarrohlikdan keyin 14% gacha bo'lgan insidans bilan yuzaga keladi. Apandektomiyadan so'ng BIT asoratlangan appenditsitli bolalarning 3% va asoratlanmagan appenditsit bilan 0,35% da kuzatiladi. BIT bilan kasallanish jarrohlik turiga qarab o'zgaradi: ingichka ichakdagi operatsiyalar uchun 5,4% va yo'g'on ichakdagi operatsiyalar uchun 2,1%. Ileostomiya hosil bo'lishi yoki yopilishidan keyin BIT ning ayniqsa yuqori darajasi 25% ni, ichak malrotatsiyasi uchun Ledd operatsiyasi 24% ni tashkil qiladi. BIT bilan kasallangan bemorlarning o'rtacha yoshi 12,6 yosh bo'lib, ularning 63% o'g'il bolalardir.

Tadqiqotimizning maqsadi: bolalarni bitishmali kasallik (BK) bilan davolashda laparoskopiyaning afzalliklarini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Ushbu tadqiqot 35(71.4%) nafar bemorni an'anaviy usulda va 14 nafarini (28.6%) laparoskopik usulda davolash natijalari tahliliga asoslangan. O`BIT 3 oylikdan boshlab. 18 yoshgacha . O'g'il bolalar - 9 (64.3%), qizlar - 5 (35.7%). O`BIT bilan og'rigan bemorlarimiz orasida 8 nafarida bitta jarrohlik aralashuvi, 6 nafarida esa ikkitasi va undan ortiq jarroxlik aralashuvi anamnezida olib borilgan.

O'rganilayotgan bemorlarda O`BIT sabablari: 5 tasida appendektomiya (35.7%); ichak tutilishi - 3 ta (21.7%); laparotomiya (turli etiologiyali qorin bo'shlig'i shikastlanishi) - 6 ta (42.6%).

O`BIT bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligi ilgari appendektomiya yoki laparotomiya (turli xil etiologiyalarning qorin bo'shlig'i travmasi) qilingan. O`BIT

diagnostikasi klinik va laborator tekshiruvi ma'lumotlariga, qorin bo'shlig'i organlarining rentgen va ultratovush tekshiruvlariga asoslangan. Davolash taktikasini aniqlash uchun eng ob'ektiv tadqiqot usuli ultratovush edi. Sonografik belgilar: ichak devorining diametri va qalinligining oshishi, shilliq qavatning ko'rinadigan reliefi, mayatniksimon peristaltikasi, ichakdagi exogensiz tarkibning mavjudligi.

Tadqiqot natijalari va muhokamasi. Tadqiqot davomida video laparoskopik aralashuv uchun ko'rsatmalar ishlab chiqildi: qorin old devorida keng ko'lamli laparotomiya izlari yo'qligi; qorin bo'shlig'i organlarida oldingi keng ko'lamli va takroriy operatsiyalarning yo'qligi; anamnezda ichak oqmalarining yo'qligi; xomiladorlikning daslabki 3 oylikligi; o'rtacha meteorizm (ingichka ichakning diametri 5 sm dan oshmaydi) (ultratovush tekshiruvi bo'yicha). To'plangan tajribamizga asoslanib, biz laparoskopik adhezeolizga qarshi quyidagi kontrendikatsiyalarni aniqladik: qorin bo'shlig'ida massiv yopishqoqlik; katta maydonda parietal qorinparda bilan ichak devorining planar yopishqoqligi; ichakning bitishmalar orqali degeneratsiyasi belgilari; butun ingichka ichak diametrining keskin o'sishi (ingichka ichak diametri 5 sm dan ortiq); ingichka ichak halqasining nekrozi; ichakning nekroziga shubha; nodulatsiya, invaginatsiya.

Xulosa. O`BIT ni davolashda videoendolaparoskopiya usuli past shikastli, texnik jihatdan to'g'ri qo'llanilganda xavfsizligi, diagnostika algoritmidam ham, bolalarda ushbu patologiyani davolashda ham yuqori ma'lumotli va istiqbollidir.

Traditsion laparotomiya usulidan foydalanish: ko`p travmatik bo'lib, qorin bo'shlig'ida yallig'lanishga va bitishmali jarayonning kuchayishiga, uzoq vaqt reabilitatsiya davrini talab qilishi, endogen intoksikatsiya va natijada asoratlarning yuqori foizili bo`lishiga olib keladi. .

Videolaparoskopiya ichak tutilishining tashxisini aniq belgilash, obstruksiyaning joylashuvi , obstruksiya mexanizmini aniqlash va obstruksiyani keltirib chiqaradigan, shuningdek, uning qaytalanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan bitishmalarni ajratish bilan adekvat viserolizni amalga oshirish imkonini beradi.

РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

*Хайдаров Н.С., Аскарлов Д.А., А.И.Каххоров., Адулхафизов А.А.
Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.
Фергана*

Целью проведённого исследования явились оптимизация диагностики и выработка рациональной хирургической тактики при СНК у детей, разработка комплексного подхода к реабилитации и профилактике заболевания.

Материалы и методы. За период с 2018-2023 г.г. в клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и многопрофильной клиники находились на лечении 231 больной со СНК в возрасте от 3 мес. до 18 лет. Девочек было 93 (40,7%), мальчиков – 138 (59,3%).

Диагностика базировалась на клинических признаках и данных рентгенологического обследования (обзорная рентгенография живота вертикально в прямой проекции), в отдельных случаях для обследования использовались возможности КТ- и УЗИ-диагностики.

Используемые методы лечения состояли из консервативных мероприятий или оперативного пособия (лапаротомия с висцеролизом и адгеолизисом либо лапароскопическое устранение непроходимости кишечника). Консервативное лечение включало в себя следующий комплекс: декомпрессия ЖКТ, отмена перорального кормления, инфузионная терапия с коррекцией уровня калия и электролитных нарушений, медикаментозная стимуляция кишечника, клизмы. Критерием к выбору того или иного метода лечения служили форма спаечной непроходимости, а также особенности её клинических проявлений и острота течения.

Результаты и их обсуждение. Консервативные мероприятия служили стартовым лечением у всех пациентов с ранней формой и у больных с подострым течением поздней формы спаечной непроходимости. В качестве контроля эффективности консервативного разрешения непроходимости кишечника служило рентгеноконтрастное исследование пассажа по пищеварительному тракту.

В дальнейшем тактика у этих детей определялась клинической эффективностью проводимого лечения - при безуспешности консервативных мероприятий в течение 2-3 часов, либо обострении клинических проявлений на фоне стимуляции кишечника решался вопрос об оперативном вмешательстве. У пациентов с острой и сверхострой формами поздней спаечной непроходимости выставлялись показания к экстренному вмешательству сразу при поступлении.

Усилия, направленные на своевременную диагностику, и дифференциальный подход в выборе тактики и метода разрешения спаечной непроходимости кишечника позволили добиться хороших результатов в лечении данного контингента больных детей. Из общего числа больных оперировано всего 98 человек (из них 29 - лапароскопически): 27 детей с ранней формой и 71 ребёнок с поздней формой спаечной непроходимостью кишечника.

Большое значение в клинике уделяется вопросам профилактики спаечной болезни. Интраоперационная профилактика заключается в максимально щадящем отношении к тканям брюшной полости. В послеоперационном периоде основной целью профилактики являются быстрее купирование воспаления в брюшной полости, минимизация времени стояния дренажей в брюшной полости. Разработанный в клинике комплекс противоспаечного восстановительного лечения включает в себя регламентацию диеты, курсы противоспаечного физиолечения, диспансерное наблюдение за больными. Основными задачами восстановительного лечения

и профилактики спаечного процесса в брюшной полости являются обеспечение адекватной моторики кишечника, исключая длительный копростаз, рассасывание внутрибрюшных сращений и укрепление мышц передней брюшной стенки. Проведение противоспаечной терапии предусматривает в течение года не менее четырех курсов физиолечения с интервалом между ними в полтора-два месяца.

В последние годы в комплексную программу реабилитации и профилактики СНК включаем препарат «лонгидаза 3000 МЕ». Препарат назначается внутримышечно с интервалом в 2 дня, курс составляет 5 инъекций. Обладая ферментативной протеолитической (гиалуронидазной) активностью, хелатирующими и противовоспалительными свойствами, лонгидаза 3000 МЕ помимо этого оказывает иммуномодулирующее, детоксицирующее и антиоксидантное действие. Препарат обладает не только способностью деполимеризовать матрикс соединительной ткани в фиброзногранулематозных образованиях, но и подавлять обратную (регуляторную) реакцию, направленную на синтез компонентов соединительной ткани.

Все больные после выписки из стационара получали комплексную противоспаечную реабилитацию по отработанной схеме и состояли на диспансерном учёте в течение 3 лет.

Выводы. Результаты лечения детей со спаечной непроходимостью кишечника и дальнейший прогноз определяются своевременностью диагностики заболевания, организацией оказания лечебной помощи и правильным выбором метода лечения при соблюдении основных принципов его проведения. Возможности лапароскопической хирургии расширяют перспективы малоинвазивного подхода в лечении данной патологии. Большое значение для отдалённых результатов имеет комплексный подход к противоспаечной реабилитации и профилактике, позволяющий существенно снизить число рецидивов заболевания и обеспечить стойкое восстановление

CONSERVATIVE TREATMENT FOR ADHESIVE DISEASE (AD) IN CHILDREN.

Saydaliev S.S., Umarov S.O., Khaidarov N.S., Z.B.In'omova
Fergana branch of the Republican Emergency Medical Center

Purpose of the study - unification of the approach to patients with suspected SB and development of a method of conservative resolution.

Materials and methods. The study was carried out in the clinic of the Fergana branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care and a multidisciplinary clinic, where 231 patients with SB aged 7 months and older were treated. up to 18 years old. There were 93 girls (40.7%), 138 boys (59.3%). 174 (75.3%) patients were hospitalized once, 36 (15.6%) twice, and more than 21 (9.1%) patients were hospitalized from 3 to 11 times. The diagnostic algorithm included a clinical study, survey X-ray of the abdominal organs, ultrasound, X-ray control with barium passage and CT.

Results and its discussion. Regardless of the timing of admission and the combination of clinical symptoms, all patients in the emergency department were prescribed a complex of conservative therapy. Based on our assumptions that adhesive disease is an independent, polycyclic, progressive disease, which is based on a generalized, hyperergic reaction of connective tissue to external stimuli (dieting disorders, inflammatory processes, colds, exacerbation of chronic diseases), our scheme of conservative therapy for The initial stage of adhesive disease consisted of the following fundamental points.

1. In order to carry out decompression of the upper gastrointestinal tract (GIT), gastric probing was performed (it is known that an increase in pressure in the lumen of the intestinal tube with subsequent disruption of the blood supply to the intestinal

wall plays an important role in the pathogenesis of intestinal obstruction of any etiology).

2. To reduce swelling and inflammation of the connective tissue of the intestine and planar adhesive inflammatory formations of the abdominal cavity, hormonal therapy was carried out, consisting of intravenous drip administration of hydrocortisone at the rate of 4-6 mg/kg body weight or prednisolone 3 mg/kg body weight at 5% or 10 % glucose solution.

3. Because any disturbance of intestinal motility is directly dependent on the tone of smooth muscle muscles and the content of K⁺ ions in the circulating fluid, adequate blood supply to the intestinal tube, we consider it fundamentally important to restore the volume of circulating blood with the indispensable inclusion in the volume of infusion therapy of 7.5% potassium chloride solution at the rate of 1 mEq/kg body weight.

After correction of the hydroion balance (KCl solution), administration of prednisolone or hydrocortisone into the vascular bed, the remaining aspects of therapy were carried out according to the traditional scheme (administration of glucose-saline solutions, stimulation of peristalsis with anticholinesterase drugs - proserin, use of drugs that improve blood supply - trental, pentoxifylline, etc.) .

After a single course of therapy in 99 (74.4%) and a double course in 23 (17.3%), more than 11 (8.3%) patients underwent inpatient treatment from 3 to 11 times, the patients' condition significantly improved , abdominal pain disappeared, vomiting and bloating stopped, peripheral blood counts improved, and intoxication decreased.

We consider it important to note that our proposed treatment regimen can be considered not only an integral part of conservative therapy and preoperative preparation of the patient, but also included in the algorithm for the differential diagnosis of organic and functional gastrointestinal diseases.

Conclusions. The results of treatment of intestinal adhesive disease depend on timely hospitalization. The proposed scheme of conservative therapy allows us

to exclude the diagnosis of acute adhesive intestinal obstruction. Our proposed treatment regimen promotes conservative resolution of SB in 57.6% of cases.

BITISHMALI KASALLIKNING BOLALARDAGI PROFLAKTIKASI

¹Xaydarov N.S., ²Yuldashev N.N., Nabijonov X.N., Yuldoshev F.J.

¹Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot institute

²Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi Farg'ona Filiyasi

ANNOTATION

Maqolada bollarda qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi bilan davolangan 2019-2022 yillar mobaynida davolangan 101 nafar bemorning kasallik tarixidan olingan ma'lumotlar muxokamali va statistikasi jamlangan. Klinik ko'rinishlari , kechiga , diagnostik usullariga qarab muhokama qilinadi. Davolashdan keyingi statistika va natijalari keltirilgan.

Kalit so`zlar: Bitishmali kasallik, destruktiv appendisit, qorin bo`shlig`i yiringli kasallilari, loparaskopik yondashuv.

Dolzarbliigi: Bolalarda qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligini davolash va praflaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi , ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi tufayli dolzarb bo'lib qolmoqda. Asosiysi bitishmali kasallikning yoshga nisbatan yosharib borayotgani albatta bu kasallikning kelib chiqishiga jiddiy qarash kerak ekanligini talab etmoqda.

Tadqiqotimizning maqsadi qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi bilan og'rigan bolalarda ularning asoratlar xavfini bashorat qilish va oldini olish uchun proflaktik choralari va davolash taktikasini takomillashtirish. Kasallikning asosiy qaysi o`tkir xirurgik kasalliklardan keyin kelib chiqishi va ularni kechishini operatsiyadan oldingi ,operatsiya vaqtida xamda operatsiyadan keyingi davrlarda proflaktikasiga kompleks yondashuvdav iborat edi.

Materiallar va usullar: 2019 -yildan 2022- yilgacha RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limida 101 nafar qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligi bilan kasallangan bolalar davolandi. 61(60.4%) o'g'il va 40(39.6%) qiz. Bemorlarning qilingan operatsiya turi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi. O'tkir ichak tutulishidan so'ng -35 (34.7%)nafar bemor , destruktiv appendisitlardan so'ng 52(51.5%) nafar, Qorin bo'shlig'i yiringli kasallilari (Meekkel divertikuli va kron kasalligi ,exinakkokoz)-3(15%) nafar , qorin bo'shlig'ining asoratlangan boshqa kasalliklaridan so'ng -5(3%) nafar , Qorin bo'shlig'i travmalari 4(3.96%)bemorda kuzatildi.

Natijalar : O'tkazilgan tadqiqotlar qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligini kelib chiqishida operatsiyalardan so'ng bemorlarning qon bioximik taxlilida Na^+ va K^+ ionlari balansining o'zgarishlari aniqlandi.Bundan tashqari bemorlarda oshqazon ichak faoliyatining funksional buzulishlari(ovqatlanish tartibining buzulishlari) maqsadida, ular uchun funktsional jihatdan qulay holatda ichak qovuzloqlarining yopishishi erta yordam ko'rsatish kuzatildi. Bu o'zgarishlarni nazorat qilish bitishmalar xosil bo'lish xafini oldindan taxmin qilishga imkon beradi va xavf omillarini tahlil qilish , ulardagi asoratlarni rivojlanishi va davolashni optimallashtirish imkonini berdi.

Xulosa:Bitishmalar asoratlari bo'lgan bemorlarda proflaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko'rsatmoqda. Asosiy e'tiborni:

1. Operatsiyadan oldingi profilaktika - jarrohlik soni va hajmini kamaytirish turli patologiyalarda qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvlar kamaytirish yani diagnostikani to'liq amalga oshirish. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni loperaskopik yondashuv.
2. Operatsiyadan keyingi bevosita davr bosqichida profilaktika - erta yordam qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayoni va tezda normal tiklanish oshqozon-ichak traktining funktsiyalari, va qulay holatda ichak qovuzloqlarining yopishishiga erta yordam ko'rsatish.

3. Uzoq muddatli profilaktika - takomillashtirish orqali bilvosita ta'sir : ratsional ovqatlanish, fizioterapiya, massaj, terapevtik vositalar orqali ovqat hazm qilish traktining ishlashi.jismoniy tarbiya va boshqalar.

LAPORASKOPIK OPERATSIYALARNING BOLALARDAGI AXAMIYATI.

*Begijonov B.Q., Samsaqov F.T., Xojiev X.M., Axmadaliyev Q.Q.Jo`rayeva
M.M.*

¹*Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi Farg`ona Filiyali*

²*Farg`ona jamoat salomatligi tibbiyot institute*

Dolzarbliqi: Bolalarda qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligini davolash va proflyaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi tufayli dolzarb bo'lib qolmoqda. .

Tadqiqotimizning maqsadi qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi oldini olish va ularning asoratlari xavfini bashorat qilishda traditsion va laparoskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2019 yildan 2023- yilgacha RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limida 1500 dan ortiq qorin bo`shlig`i kasalligi bilan kasallangan bolalar operatsiya qilindi. Shulardan laparoskopik operatsiya qilinganlar soni 95 nafar bolalarda qilingan.Laparoskopik operatsiyalardan 42 nafar bemorda (44.7%)-o`tkir appendisitning xar xil shakillari ; 38 nafar bemorda (40.4%)-qiz bollarda turli gnikologik kasallilar (tuxumdon kistasi yorilishi, appoleksiyasi, bachadon bo`ynining buralishi kabilar); 15 nafar bemorda (15.9%)-diagnostik laparaskopiya muolajalari o`tkazilgan.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligi, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko`ra ikki guruxga bo`lib olingan natijalar taxlil qilindi . Traditsion usulda opertasiya qilingan bemorlarning opertasiyadan keyin turli vaqtlarda 300 nafarida turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan .Shu

bemorlarning bitishmali ichak tutulishi bilan 68 nafar bemor qaytatdan murojat qilib ulardan kasalxonaga yotqizilgan bo`lib ularning 35(51.5%) tasida birishmalarni ajratish opertasiyasi bajarilgan.Bu bemorlarni shifoxonada o`rtacha davolanish kuni 7-10 kuni davom etgan. Laparaskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda bizga qayta murojat qilganlar bo`lmadi va laparaskopik operatsiya qilingan bemorlarni o`rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan.

O'tkazilgan tadqiqotlar qorin bo`shlig`i bitishmali kasalligini kelib chiqishida operatsiyalardan so`ng bemorlarning qon bioximik taxlilida Na^+ va K^+ ionlari balansining o`zgarishlari aniqlandi.Bundan tashqari bemorlarda oshqazon ichak faoliyatining funksional buzulishlari(ovqatlanish tartibining buzulishlari) kuzatildi. Bu o`zgarishlarni nazorat qilish bitishmalar xosil bo`lish xafini oldindan taxmin qilishga imkon beradi va xavf omillarini tahlil qilish , ulardagi asoratlarni rivojlanishi va davolashni optimallashtirish imkonini berdi.

Xulosa:Asoratlari bo'lgan bemorlarda proflaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko`rsatmoqda.

Asosiy e'tiborni:

1. Operatsiyadan oldingi profilaktika - jarrohlik soni va hajmini kamaytirish turli patologiyalarda qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvlar kamaytirish yani diadnostikani to`liq amalga oshirish.

2. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni loaparaskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish.

3. Uzoq muddatli profilaktika - takomillashtirish orqali bilvosita ta'sir : ratsional ovqatlanish, fizioterapiya, massaj, terapevtik vositalar orqali ovqat hazm qilish traktining ishlashi.jismoniy tarbiya va boshqalar..

БОЛАЛАРДА БИТИШМА КАСАЛЛИГИ

¹Сатторов Ж.Б. ²Хайдаров Н.С., ²Хусанов А.А.

¹Тошкент педиатрия институти

²Республика Шошилинч Тиббий Ёрдам Илмий Маркази Фаргона Филияли

Тадқиқотнинг мақсади – қорин бўшлиғи битишма касаллиги билан оғриган беморларда ташхислаш ва даволаш.

Тадқиқотнинг материалари ва услублари. Тадқиқот иши 2018-2023 йиллар мобайнида клиникада даволанган 231 нафар жарроҳликдан аралашувидан кейинги қорин бўшлиғида битишмали асоратларга учраган беморларни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Беморларнинг ёши 3 ойдан 18 ёшгачани ташкил этди. 174 (75,3%) нафар бемор шифохонага бир марта, 36 (15,6%) нафар бемор – икки марта, 21 (9,1%) нафар бемор – 3 мартадан 11 мартагача ётиб даволанган.

Қорин бўшлиғи аъзоларида бажарилган жарроҳлик аралашувларидан сўнг ривожланган қорин оғриғи синдроми бўлган барча беморлар умумий клиник текширувлар билан бир қаторда қорин бўшлиғининг ультратовуш текширувидан ўтказилди. Битишма жараёнининг эхографик белгилари аниқланмаган ҳолатларда, оғриқ синдромининг сабабини аниқлашга қаратилган қўшимча инструментал ва лаборатория текширувлари ўтказилди (қорин бўшлиғи аъзолари рентгенографияси, ошқозон ичак тракти пассажи, ирригография, ФЭГДС, урография, КТ ва бошқалар).

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Кузатувимиздаги БК билан оғриган 231 нафар бемордан 29 (12,5%) нафарида лапароскопик адгезиолиз режали равишда амалга оширилди, 8 (27,6%) беморда конверсия талаб қилинди, қолган 133 (57,6%) нафар беморда консерватив даво ўтказилди.

Патология аниқланганда, беморлар тегишли мутахассисларга юборилди: гастроэнтеролог, нефролог ва бошқалар. Эхографик текширувда

битишмалар мавжудлиги аниқланган беморларни даволаш тактикаси оғриқ синдромининг оғирлиги ва касаллик анамнезига боғлиқ бўлди. Енгил ва ўртача интенсивликдаги оғриқларда битишмага қарши давонинг тўлиқ курси белгиланди, кейин ультратовуш текшируви ўтказилди. Кучли оғриқ синдроми бўлган беморлар, шунингдек, сўнгги 3 ой давомида битишмали ичак тутилиши хуружи кузатилган беморлар – битишмага қарши даво курси бир вақтнинг ўзида режали операцияга тайёргарлик кўриш билан бирга олиб борилди.

Битишмага қарши давонинг биринчи курсидан сўнг қорин бўшлиғининг такрорий ультратовуш текшируви ўтказилди. Агар қориндаги оғриқнинг йўқолиши битишмаларни эхографик белгиларининг йўқолиши билан бирга бўлса, парҳезга риоя қилган ҳолда беморлар 3-5 йил давомида ва ҳар 6 ойда бир марта ультратовуш текширувини ўтказиш билан амбулатория кузатувиغا чиқарилди.

Оғриқ синдромининг ижобий динамикаси ва битишмаларни эхографик белгилари мавжуд ёки йўқ бўлган беморларга 1 ойдан кейин битишмага қарши давонинг иккинчи курси белгиланди. Клиник белгиларнинг намоён бўлишига қараб, такрорий даволаш курслари ўтказилди.

Битишмага қарши даво курси клиник самара бермаган ҳолатлар лапароскопик адезиолизни амалга ошириш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланди. Лапароскопик адезиолиз аралашувидан сўнг беморларга 7 кун давомида рецидивга қарши даво курслари ўтказилди. Адезиолизни бошда кечирган беморларга 3 ойлик оралиқ билан 10 кун давомида 2-3 курс битишмага қарши даво буюрилди, сўнгра эхографик мониторинг ўтказилди. Кейинчалик, бу болалар биринчи йил давомида ҳар 3 ойда, кейинчалик 3-5 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта мажбурий такрорий тиббий кўрик ва ультратовуш текшируви билан амбулатория шароитида кузатилди. Консерватив даво курслари сони индивидуал равишда белгиланди, бу жарроҳлик аралашувининг ҳажмига, клиник самарадорликнинг даражасига ва эхографик белгиларнинг динамикасига боғлиқ.

Лапароскопик аралашув пайтида яққол битишмали жараён ва ички аъзоларга зарар етказиш хавфи юқори бўлган ҳолатлар конверсия ва видео-ассистентлик усуллари ёрдамида очик лапаротомия учун кўрсатма бўлди. Шу билан бирга, қорин бўшлиғини визуал текшириш аралашувнинг травматик хусусиятини кучайтирадиган кераксиз кенгайтирилган лапаротомиялардан воз кечиш имконини берди.

БК билан 231 нафар беморда битишмага қарши 1-2 даволаш курсининг узоқ муддатли натижаларини ўрганиш шуни кўрсатдики, 133 (57,6%) нафар бемор оғриқнинг давом этиши ёки қайталаниши сабабли касалхонага қайта ётқизилди, улардан 98 (42,4%) нафари ўткир битишмали ичак тутилиши белгилари билан ётқизилиб, шошилиш кўрсатмаларга биноан кўра операция қилинди. Қорин бўшлиғида тарқоқ (диффуз) битишмали жараён аниқланган 24 нафар беморнинг умумий ҳолатини барқарорлаштириш, оғриқларни бартараф этиш ва овқатланишини нормаллаштиришга эришилди, аммо ичак тутилиши ривожланиш хавфининг мавжудлиги беморларни домий равишда диспансер кузатувиغا олишни тақозо қилди.

Хулоса. БК билан оғриган беморларни режали жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар – консерватив даволаш клиник самарадорлигининг қониқарсизлиги ва ичак қовузлоқларини париетал ёки висцерал қорин пардага ёпишганлигини кўрсатувчи эхографик белгиларининг мавжудлиги ҳисобланади. Яққол ижобий клиник самарага эришилган беморларда, париетал ёки висцерал қорин пардага ёпишиб турган конгломератни эхографик белгилари бартараф этилганда, оғриқ синдроми батамом йўқолгунча бир нечта консерватив даво курслари ўтказилиши шарт.

BOLALARDA O`TKIR APPENDISIT KASALLIGINING DAVOLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUV.

*Valiyev A.S., A.Jaxongirxonov., Umarjonov Y.Y., Shokirov X.F., S.O.Saidova
Respublika Shoshilinch Tibbiy Yordam Ilmiy Markazi Farg`ona Filiyali*

Dolzarbliigi: Bolalarda o`tkir appendisit kasalligini davolash va profilaktikasiga kompleks yondashuv muammosi jarayonning og'irligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi tufayli dolzarb bo'lib qolmoqda.

Tadqiqotimizning maqsadi : O`tkir appendisit kasalligi oldini olish va ularning asoratlari xavfini bashorat qilishda traditsion va laparoskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2022- yildan 2023- yilgacha RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limida 1000 dan ortiq qorin bo'shlig'i o`tkir kasalliklari bilan kasallangan bolalar operatsiya qilindi. Shulardan 1-18 yoshgacha bo'lgan bolalarda laparoskopik operatsiya qilinganlar soni 80 tada ko'proq bolalarda qilingan. Laparoskopik operatsiyalardan 25 nafar bemorda (31.25%)-o`tkir appendisitning xar xil shakillari ; 42 nafar bemorda (52.5%)-qiz bollarda turli ginekologik kasallilar (tuxumdon kistasi yorilishi, appoleksiyasi, bachadon bo`ynining buralishi kabilar); 13 nafar bemorda (16.25%)-diagnostik laparaskopiya muolajalari o`tkazilgan. Qolgan bemorlar traditsion usulda turli operatsiyalar qilindi. Traditsion usulda appendektomiya operatsiyasi o`tkazilgan bemorlarning soni 500 nafardan ortig`ini tashkil etdi.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, o`tkir appendisit kasalligi bilan qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko`ra ikki guruxga bo`lib olingan natijalar taxlil qilindi . Traditsion usulda operatsiya qilingan bemorlarning operatsiyadan keyin turli vaqtlarda 150 nafarida turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan .Shu bemorlarning bitishmali ichak tutulishi bilan 68 nafar bemor qaytatdan murojat qilib ulardan kasalxonaga yotqizilgan bo`lib ularning 35(51.5%) tasida birishmalarni ajratish operatsiyasi bajarilgan. Bu bemorlarni shifoxonada o`rtacha davolanish kuni 7-10 kuni davom etgan. Laparoskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda

bizga qayta murojat qilganlar bo'lmadi va laparoskopik operatsiya qilingan bemorlarni o'rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan. Bemorlarda laparoskopik davolash tanlangan bemorlarda olib borildi. Davolashga qarshgi ko'rsatmalar bo'lib qorin bo'shlig'ida ko'p miqdorda chiziqli suyuqliklarning bo'lishi, tarqalgan yaqqol peritonit, o'simtaning lizisi va perfaratsiyasi, boladagi yurak va nafas yo'llaridagi tug'ma nuqsonlar bo'ldi.

Xulosa: O'tkir appendisit bo'lgan bemorlarda proflaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko'rsatmoqda.

Asosiy e'tiborni:

1. Operatsiyadan oldingi profilaktika - jarrohlik soni va hajmini kamaytirish turli patologiyalarda qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvlar kamaytirish yani diagnostikani to'liq amalga oshirish.
2. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni laparoskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish.

LASER PHOTOCOAGULATION FOR DIABETIC RETINOPATHY

Ashurov A.Kh.

Fergana Medical Institute of Public Health

A B S T R A C T

Diabetic retinopathy is a complication of diabetes in which high blood sugar levels damage the blood vessels in the retina. Sometimes new blood vessels grow in the retina, and these can have harmful effects; this is known as proliferative diabetic retinopathy. Laser photocoagulation is an intervention that is commonly used to treat diabetic retinopathy, in which light energy is applied to the retina with the aim of stopping the growth and development of new blood vessels, and thereby preserving vision.

Objectives

To assess the effects of laser photocoagulation for diabetic retinopathy compared to no treatment or deferred treatment. Search methods We searched CENTRAL (which contains the Cochrane Eyes and Vision Group Trials Register) (2014, Issue 5), Ovid MEDLINE, Ovid MEDLINE In-Process and Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE Daily, Ovid OLDMEDLINE (January 1946 to June 2014), EMBASE (January 1980 to June 2024), the metaRegister of Controlled Trials (mRCT) (www.controlled-trials.com), ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov) and the World Health Organization (WHO) International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (www.who.int/ictip/search/en). We did not use any date or language restrictions in the electronic searches for trials. We last searched the electronic databases on 3 June 2024.

Selection criteria

We included randomised controlled trials (RCTs) where people (or eyes) with diabetic retinopathy were randomly allocated to laser photocoagulation or no treatment or deferred treatment. We excluded trials of lasers that are no longer in routine use. Our primary outcome was the proportion of people who lost 15 or more letters (3 lines) of best-corrected visual acuity (BCVA) as measured on a logMAR chart at 12 months. We also looked at longer-term follow-up of the primary outcome at two to five years. Secondary outcomes included mean best corrected distance visual acuity, severe visual loss, mean near visual acuity, progression of diabetic retinopathy, quality of life, pain, loss of driving licence, vitreous haemorrhage and retinal detachment.

Main results

We identified a large number of trials of laser photocoagulation of diabetic retinopathy (n = 83) but only five of these studies were eligible for inclusion in the review, i.e. they compared laser photocoagulation with currently available lasers to no (or deferred) treatment. Three studies were conducted in the Andijan. A total of 786 people (1503 eyes) were included in these studies. The majority of participants in four of these trials were people with proliferative diabetic retinopathy; one trial

recruited mainly people with non-proliferative retinopathy. Four of the studies evaluated panretinal photocoagulation with argon laser and one study investigated selective photocoagulation of non-perfusion areas. Three studies compared laser treatment to no treatment and two studies compared laser treatment to deferred laser treatment. All studies were at risk of performance bias because the treatment and control were different and no study attempted to produce a sham treatment. Three studies were considered to be at risk of attrition bias. At 12 months there was little difference between eyes that received laser photocoagulation and those allocated to no treatment (or deferred treatment), in terms of loss of 15 or more letters of visual acuity (risk ratio (RR) 0.99, 95% confidence interval (CI) 0.89 to 1.11; 8926 eyes; 2 RCTs, low quality evidence). Longer term follow-up did not show a consistent pattern, but one study found a 20% reduction in risk of loss of 15 or more letters of visual acuity at five years with laser treatment. Treatment with laser reduced the risk of severe visual loss by over 50% at 12 months (RR 0.46, 95% CI 0.24 to 0.86; 9276 eyes; 4 RCTs, moderate quality evidence). There was a beneficial effect on progression of diabetic retinopathy with treated eyes experiencing a 50% reduction in risk of progression of diabetic retinopathy (RR 0.49, 95% CI 0.37 to 0.64; 8331 eyes; 4 RCTs, low quality evidence) and a similar reduction in risk of vitreous haemorrhage (RR 0.56, 95% CI 0.37 to 0.85; 224 eyes; 2 RCTs, low quality evidence). None of the studies reported near visual acuity or patient-relevant outcomes such as quality of life, pain, loss of driving licence or adverse effects such as retinal detachment. We did not plan any subgroup analyses, but there was a difference in baseline risk in participants with non-proliferative retinopathy compared to those with proliferative retinopathy. With the small number of included studies we could not do a formal subgroup analysis comparing effect in proliferative and non-proliferative retinopathy. Authors' conclusions This review provides evidence that laser photocoagulation is beneficial in treating proliferative diabetic retinopathy. We judged the evidence to be moderate or low, depending on the outcome. This is partly related to reporting of trials conducted many years ago, aDer

which panretinal photocoagulation has become the mainstay of treatment of proliferative diabetic retinopathy. Future Cochrane Reviews on variations in the laser treatment protocol are planned. Future research on laser photocoagulation should investigate the combination of laser photocoagulation with newer treatments such as anti-vascular endothelial growth factors (antiVEGFs).

Is laser photocoagulation an elective treatment for diabetic retinopathy?

Key results

We found that moderate vision loss at 12 months was similar in eyes treated with laser and eyes that were not treated, but similar assessments made at a later date showed that eyes treated with laser were less likely to have suffered moderate vision loss. Treatment with laser reduced the risk of severe visual loss by over 50% at 12 months. There was a similar effect on the progression of DR. None of the studies reported patient-relevant outcomes such as pain or loss of driving licence.

Quality of the evidence

We did not find very many studies and those we found were done quite a long time ago when standards of trial conduct and reporting were lower. We judged the quality of the evidence to be low, with the exception of the results for severe visual loss, which we judged to be moderate quality evidence.

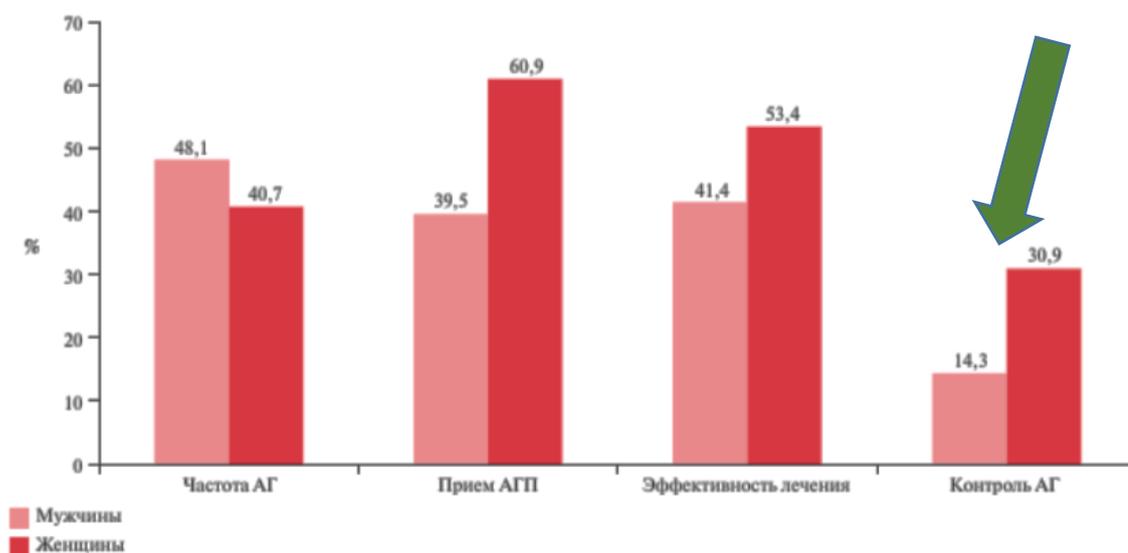
ОШИБКИ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

*Ахмадулина Галия Марсовна – ассистент кафедры «Науки терапевтического направления» Ферганского Медицинского Института
Общественного Здоровья. Узбекистан Город Фергана тел.
+998905859139 эл почта ahgaliya@ya.ru*

Артериальная гипертония - это хроническое заболевание основным проявлением которого является длительное стойкое повышение артериального давления (систолического 140 и выше и диастолического 90 и выше мм рт. ст.) На сегодняшний день более 1 миллиарда населения нашей планеты страдает артериальной гипертонией. Кроме того, 7,1 миллиона

смертельных исходов в год, связано с повышением АД. Артериальная гипертония носит характер мировой эпидемии. Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20–30 % взрослого населения. С возрастом распространённость болезни увеличивается и достигает 50–65 % у лиц старше 65 лет. Узбекистан находится в популяции высокого риска. Артериальной гипертензией страдает 32% населения Узбекистана. Из них, у 76% больных высока вероятность умереть в течение 10 лет. Артериальная гипертония является важнейшим фактором риска сосудистых катастроф. Недаром АГ называют убийцей номер 1. С чего начинается диагностика артериальной гипертонии? Конечно, с измерения АД. Важность точного измерения артериального давления трудно переоценить. Как недооценка, так и переоценка его уровня может иметь далеко идущие последствия. Если показатели окажутся заниженными, то пациент не получит должного лечения, которое способно предотвратить серьезные осложнения в будущем. Если, напротив, данные будут завышены, то пациент будет обречен на прием ненужных ему препаратов, понижающих нормальное АД, что, как минимум, не принесет ему пользы. Все это делает такое обыденное и простое действие, как измерение АД, весьма ответственным мероприятием. О правилах измерения АД много написано и сказано. Хочется остановиться на проблеме - Как не надо измерять АД. Главные ошибки при измерении АД. Ошибка первая – это не измерять АД вовсе. Это не шутка, это очень серьёзно. Часто на приеме, при опросе, можно услышать от пациентов, что АД не измеряется, а таблетки принимают только при появлении каких-то жалоб, характерных, якобы, для повышенного АД. А еще ужаснее слышать о том, что дома вообще нет своего портативного тонометра, и АД измеряется у соседей, либо только на приеме врача. Поэтому ошибка первая, это не измерять давление вовсе, как бы ни смешно это не звучало. Проведено крупное эпидемиологическое исследование, проведенное в 2012 – 2014 в

России - ЭССЕ-РФ. Оно проводилось в 13 регионах РФ. Исследование ЭССЕ-РФ выявило **КРАЙНЕ НИЗКИЙ КОНТРОЛЬ АД В РОССИИ**



Это исследование показывает, что из тех пациентов, которым уже установили диагноз ГБ, лишь 15% мужчин и 30% женщин контролируют своё АД. Т.е., только каждая третья женщина, и только каждый восьмой мужчина, которым установлен диагноз ГБ, контролируют своё АД. И здесь еще не идет речь о том, достигнуты ли целевые показатели АД. Это ужасающие цифры. Поэтому, правило номер 1 – пациент обязан контролировать свое АД ежедневно, и не судить о состоянии только по своему самочувствию. Не надо думать так, что, если ничего не беспокоит, значит, все нормально. К сожалению, эта фраза «все нормально» не распространяется на СС Заболевания, особенно на такие заболевания, как артериальная гипертония и атеросклероз. Они могут протекать, в большинстве ситуаций, бессимптомно, и редко человек может почувствовать свое высокое артериальное давление. Очень часто люди привыкают к своему высокому давлению. Отсюда следует, что отсутствие контроля за АД приводит к сосудистым катастрофам, таким как инфаркт миокарда или инсульт, которые могут закончиться очень плачевно. Поэтому, измерять АД необходимо обязательно, если установлен диагноз - Артериальная Гипертония. Ошибка 2 – измерение АД сразу с порога, когда

человек возвращается с работы. Или сразу, войдя в кабинет врача. Или, после нервного перенапряжения. Или, после просмотра неприятных новостей, после горячего обсуждения, после ссоры с кем-то. После пробежки, после прогулки, после секса. Не стоит измерять АД после выкуренной сигареты или употребления каких-либо энергетических напитков. Т.е., тогда, когда активирована симпатическая нервная система, когда идет выброс адреналина. Необходимо 5 – 10 – 15 минут посидеть в спокойном состоянии, расслабиться, чтобы ничего не раздражало. И только после этого измерить АД. И, даже если на фоне указанных причин, зафиксирован подъем САД до 160 - 180 мм рт.ст., не нужно сразу кидаться за аптечку. Нужно посидеть, расслабиться. И, через 20 – 30 минут перемерить АД, и тогда судить об истинных цифрах АД. Сколько раз нужно измерять АД? АД необходимо измерять трехкратно на обеих руках. Первое измерение всегда выше последующих. Если первое измерение выше, чем второе и третье, то на цифры первого измерения не нужно обращать внимание. У второго и третьего измерения берем среднее значение. И уже принимаем решение, что нужно делать дальше. Почему нужно измерять на обеих руках? Чем человек становится старше, тем жестче становятся его артерии, сосуды, образуется кальциноз, атеросклероз сосудов. И разница между измерениями на обеих руках становится выше 15 мм рт. ст. (разница в 15 мм рт.ст. считается нормой). Именно атеросклероз периферических артерий может давать большую разницу АД. Если даже, на одной руке измеряется АД 80/60, а на другой руке 140/90, что наблюдается при мультифокальном атеросклерозе, то за истинное АД берем максимальное АД. Следующая - ошибка при измерении давления, это какую человек принимает позу при измерении АД. Необходимо измерять АД, в основном, сидя. Причем, человек должен сидеть на стуле, а не на табуретке, чтобы спина упиралась о спинку стула. Тогда у мышц спины не будет напряжения. При напряжении мышц спины, это напряжение может давать ложные цифры АД. Поэтому, при измерении АД нужно сидеть спокойно, опираясь на спинку стула. Рука должна

находиться на столе, на уровне сердца, а не на весу. Стопы ног должны быть на полу, параллельно друг другу, не нужно закидывать ногу на ногу, скрещивать ноги, что тоже может повышать цифры артериального давления. Очень важно, чтобы манжета тонометра не утягивала руку. Нужно, чтобы между манжетой и плечом проходило два пальца. Т.е., манжета тонометра на руке должна быть не сильно перетянута, но и не в очень свободном состоянии. Сильно сжатые сосуды могут давать не совсем точные цифры АД. Одна из главных ошибок – измерять АД поверх одежды: поверх свитера, кофты и т.д. Это может показать более высокие цифры АД. Также неправильно скатывать одежду в валик, поднимать этот валик повыше. Это тоже будет дополнительно зажимать сосуды, а затем сверху еще накладывать манжету тонометра. Такие цифры будут неправильные. Для пояснения 4 ошибки нужно остановиться на «Синдроме белого халата» – когда человек не измеряет свое АД дома, а ориентируется только на показания АД у врача. Это неправильно. Около 40% людей страдают «Синдромом белого халата». Особенно у людей старше 60 – 65 лет «Синдром белого халата» встречается в 70% случаев, особенно у людей, которые не страдают артериальной гипертонией изначально. Основные цифры, на которые нужно ориентироваться, это АД, которое измерили дома, в родных стенах, в спокойном состоянии. Это нужно для того, чтобы всем подряд не назначать лечение АГ. И, главная ошибка – измерение АД манжетой, которая не подходит по размеру плеча. У очень худых пациентов нужно использовать небольшого размера манжету, может быть, даже детскую, а не наматывать манжету в несколько кругов вокруг плеча. При использовании манжеты большего размера, цифры АД могут отличаться на 5 – 10 мм рт.ст. от истинных. В большинстве ситуаций, мы используем манжету меньшего размера. Манжета стандартного размера – это 22 x 38 см. (arm size). Когда люди, например, весом 150 кг, имея большой размер плеча, измеряют АД обычного размера манжетой, и все рядом находящиеся медсестры держат эту манжету, затем каким-то образом надувают эту манжету. В этом случае,

разница с истинным давлением может составлять 20 мм рт.ст., и тонометр показывает цифры выше, чем они на самом деле являются. Для таких больших пациентов необходимо использовать манжету (arm size) – 34 – 50 см. Такая манжета с охватом плеча в 50 см хватит для любой подобной ситуации. Это было доказано в исследовании, проводимом в Америке:

Original Investigation August 7, 2023 **Effects of Cuff Size on the Accuracy of Blood Pressure Readings** The Cuff(SZ) Randomized Crossover Trial [Junichi Ishigami, MD,MPH¹](#); [Jeanne Charleston, RN¹](#); [Edgar R. Miller III, MD, PhD^{1,2}](#); et al [Kunihiro Matsushita, MD, PhD^{1,2}](#); [Lawrence J. Appel, MD, MPH^{1,2}](#); [Tammy M. Brady, MD, PhD²](#) Author Affiliations [Article Information](#) JAMA Intern Med. 2023;183(10):1061-1068.

Брали людей с гипертонией и без гипертонии, измеряли АД разными тонометрами, разными манжетами. Измеряли у худых, у толстых. И было доказано, что у худых людей, используя нестандартную для них манжету, разница составляла около 10 мм рт.ст. от истинного. А у людей с большим объемом плеча, измерение нестандартной для них манжетой, разница с истинным АД составляла большая – 20 мм рт.ст. От этой погрешности очень многое зависит – диагноз, терапия, и, в конечном итоге, прогноз болезни. Поэтому, измерять АД нужно соответствующей для конституции человека манжетой тонометра. Желаю всем измерять своё артериальное давление правильно и быть здоровыми.

Используемая литература:

1. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). List of authors Task Force Members; Mancia, Giuseppe; Fagard Robert; Narkiewicz Krzysztof; Redón Josep; Zanchetti Alberto; Böhm Michael; Christiaens Thierry; Cifkova Renata; De Backer Guy; Dominiczak Anna; Galderisi Maurizio; Grobbee Diederick E.; Jaarsma Tiny; Kirchhof Paulus;

- Kjeldsen Sverre E.; Laurent Stéphane; Manolis Athanasios J.; Nilsson Peter M.; Ruilope Luis Miguel; Schmieder Roland E.; Sirnes Per Anton; Sleight Peter; Viigimaa Margus; Waeber Bernard; Zannad Faiez // *Journal of Hypertension*. 2013. Vol. 31(7). P. 1281–1357.
2. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов). Авторы (рабочая группа): И.Е.Чазова, Л.Г. Ратова, С.А. Бойцов, Д.В. Небиеридзе // Системные гипертензии. 2010. № 3. С. 5–26 [Diagnostika i lecheniye arterial'noy gipertenzii (Rekomendatsii Rossiyskogo meditsinskogo obshchestva po arterial'noy gipertonii i Vserossiyskogo nauchnogo obshchestva kardiologov) Avtory (rabochaya grupa): I.Ye. Chazova, L.G. Ratova, S.A. Boytsov, D.V. Nebiyeridze // Sistemnyye gipertenzii. 2010. №. 3. S. 5–26. (in Russian)].
3. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical Guideline 127. Methods, evidence, and recommendations. August 2011. <http://guidance.nice.org.uk/CG127>
4. Смирнова М.Д., Цыгарейшвили Е.В., Агеев Ф.Т., Свирида О.Н., Кузьмина А.Е., Фофанова Т.В. Наличие домашнего тонометра как фактор, повышающий приверженность терапии больных артериальной гипертензией. Результаты исследования ВОПРОС // Системные гипертензии. 2012. №4. С. 44–49 [Smirnova M.D., Tsygareishvili Ye.V., Ageyev F.T., Svirida O.N., Kuz'mina A.Ye., Fofanova T.V. Nalichiye domashnego tonometra kak faktor, povyshayushchiy priverzhennost' terapii bol'nykh arterial'noy gipertenziyey. Rezul'taty issledovaniya VOPROS // Sistemnyye gipertenzii. 2012. № 4. S. 44–49 (in Russian)]
5. РКО. Клинические рекомендации – Артериальная гипертензия у взрослых – 2020-2021-2022 (20.01.2023) – Утверждены Минздравом РФ
6. <https://youtu.be/CRobxLyBiWg?si=Bm5izd19GYqeNeRF> 7.
- Влияние размера манжеты на точность показаний артериального**

давления - Рандомизированное кроссоверное исследование Cuff(SZ)-
<https://jamanetwork.com/journals/jama>.

[8. European guidelines for the treatment of arterial hypertension 2023: new trends.](#)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Фаттахов Н.Х., Туйчибеков Ш., Абдулхакимов А.Р.,

Хомидчонова Ш.Х., Хайдаров Г.Н.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Послеоперационные гнойные осложнения (ПОГО) остаются одной из основных причин длительного пребывания пациентов в стационаре и ухудшения их состояния в детской хирургии. Эти осложнения требуют своевременной диагностики и эффективной профилактики, поскольку инфекционные процессы могут значительно замедлить восстановление и повысить риски для здоровья ребенка. Особенности профилактики ПОГО у детей обусловлены анатомическими, иммунологическими и физиологическими характеристиками детского организма.

Принципы предотвращения ПОГО основываются на нескольких ключевых аспектах, направленных на минимизацию вероятности инфекций.

1. Подготовка пациента к операции играет решающую роль в снижении риска инфекционных осложнений. Необходимы следующие мероприятия:
 - Обработка кожи и слизистых оболочек с использованием антисептиков, таких как хлоргексидин или йодоповидон, а также очищение кишечника с помощью клизм.
 - Антибактериальная профилактика, включающая введение антибиотиков широкого спектра за 30-60 минут до операции.

- Оценка общего состояния пациента и возможные меры по стабилизации иммунной системы, например, назначение иммуностимуляторов, при наличии сопутствующих заболеваний.
2. Качество выполнения операции также влияет на снижение вероятности инфекции. Современные подходы включают:
 - Применение менее инвазивных методов, таких как эндоскопия или лазерные технологии, что помогает снизить травматизм и воспаление.
 - Соблюдение стерильности в операционной, использование стерильных материалов и антисептиков для минимизации риска инфицирования.
 3. Послеоперационный уход важен для предотвращения инфекционных осложнений:
 - Регулярная обработка раны, смена повязок и использование антисептиков для профилактики инфекций.
 - Подбор антибиотиков с учетом микрофлоры и состояния пациента при признаках воспаления или в случае высокого риска инфекционных осложнений.
 4. Комплексный подход к профилактике ПОГО включает:
 - Коррекцию питания, обеспечивающую необходимые питательные вещества для нормализации процесса заживления.
 - Иммуностимуляцию, если иммунная система ребенка ослаблена. Препараты, усиливающие иммунный ответ, могут снизить вероятность инфекций.
- Современные технологии, такие как антисептические пленки и медицинские гели с длительным антимикробным эффектом, играют важную роль в улучшении результатов хирургического лечения.

Вывод: Профилактика послеоперационных гнойных осложнений в детской хирургии требует комплексного подхода, включая тщательную подготовку пациента, соблюдение высоких стандартов асептики, использование антибактериальной терапии и эффективный послеоперационный уход. Современные методы и технологии позволяют

существенно уменьшить риск ПОГО, что способствует быстрому восстановлению ребенка и сокращению времени его пребывания в больнице.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ УХОДЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Фаттахов Н.Х., Туйчибеков Ш., Абдулхакимов А.Р.,

Хомидчонова Ш.Х., Хайдаров Г.Н.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Послеоперационные гнойные инфекции остаются одной из главных причин осложнений в хирургии. Чтобы предотвратить их развитие, важнейшую роль играет качественный послеоперационный уход, который включает в себя различные методы и средства. Одними из наиболее эффективных технологий в этом направлении являются дренажи и антисептические средства. Современные достижения в этих областях значительно повысили эффективность профилактики гнойных инфекций и улучшили результаты хирургических вмешательств.

Дренажи являются ключевым элементом в предотвращении инфекций после операций. Они способствуют удалению патологических жидкостей, таких как кровь, лимфа или экссудат, из раны, что помогает снизить вероятность инфицирования. Современные дренажи обладают рядом преимуществ:

- Предотвращают застой жидкости в ране, что минимизирует риск инфекционных осложнений.
- Снижают давление в области раны, способствуя нормализации кровообращения и ускорению заживления.
- Легкость установки и замены. Современные материалы, такие как силикон и полиуретан, делают дренажи более мягкими, прочными и менее травматичными для тканей.

Современные дренажи часто оборудованы системами контроля давления и встроенными фильтрами, что снижает риск бактериальной колонизации.

Антисептические средства играют важную роль в профилактике инфекций на всех стадиях послеоперационного ухода. В последние годы были разработаны новые препараты, которые не только эффективно уничтожают микроорганизмы, но и обладают длительным антимикробным эффектом. Среди таких новинок:

- Антисептические пленки. Эти покрытия, накладываемые на рану, защищают от внешних инфекций и активно подавляют рост патогенов. Пленки могут оставаться на ране несколько дней, что снижает необходимость частой смены повязок.
- Антисептические гели и кремы. Эти средства обеспечивают продолжительное антисептическое действие, образуя защитную пленку на ране и ускоряя процесс заживления.
- Нанотехнологии. Использование наночастиц серебра и меди позволяет создавать более эффективные и безопасные средства для обработки ран, действующие на клеточном уровне, уничтожая микроорганизмы и предотвращая инфекции.

Инновационные методы ухода включают синергетическое использование дренажей и антисептических средств. Например, сочетание антисептических гелей с дренажами помогает не только удалять лишнюю жидкость из раны, но и снижает риск инфицирования, создавая дополнительный барьер для бактерий.

Применение этих технологий помогает эффективно контролировать инфекционные риски, ускорить заживление и повысить комфорт пациента в послеоперационный период.

Преимущества инновационных методов послеоперационного ухода, включая дренажи и антисептические средства:

- Снижение частоты послеоперационных инфекций.

- Уменьшение срока госпитализации, что ускоряет восстановление и сокращает потребность в длительном наблюдении.
- Улучшение качества жизни пациента за счет уменьшения болевых ощущений, быстрого заживления и снижения вероятности осложнений.

Вывод: Современные инновации в послеоперационном уходе, такие как использование передовых дренажей и антисептических средств, значительно повышают эффективность профилактики гнойных инфекций. Внедрение этих методов в клиническую практику помогает не только снизить риски осложнений, но и ускорить восстановление пациента после операции, обеспечивая более безопасное и эффективное лечение, что в конечном итоге улучшает результаты хирургического вмешательства и качество жизни пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р., Хомидчонова Ш.Х.,

Садиков Д., Хужаниёзова М.О.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Операции на органах брюшной полости относятся к наиболее сложным вмешательствам в хирургии и требуют повышенного внимания. Одним из самых серьезных и опасных последствий таких операций являются гнойные инфекции, которые могут вызвать сепсис, затруднить восстановление и даже привести к летальному исходу. Профилактика этих осложнений играет критическую роль в улучшении клинических результатов и повышении качества жизни пациентов.

Гнойные инфекции после операций на органах брюшной полости могут возникать по различным причинам, включая инфицирование раны, нарушения стерильности во время вмешательства, неэффективную очистку органов и тканей от микробных агентов и другие. Основные факторы риска включают:

- Контаминация во время операции, особенно при манипуляциях с кишечником, желчным пузырем или другими полыми органами.
- Несоответствующий уход в послеоперационный период, например, недостаточная обработка раны или недостаточный уровень антибактериальной защиты.
- Ослабление иммунной системы пациента, особенно у людей с хроническими заболеваниями или после сложных операций.

Для предотвращения осложнений требуется комплексный подход, который включает современные методы на этапах подготовки пациента, проведения операции и ухода после нее.

Одним из основных методов профилактики является адекватная антибактериальная терапия. Антибиотики широкого спектра назначаются за 30-60 минут до операции для предотвращения инфицирования раны и внутренних органов. Выбор препаратов зависит от типа микрофлоры, с которой может столкнуться хирург. В послеоперационный период антибактериальная терапия может продолжаться в зависимости от клинической ситуации.

Хирургическая техника:

- Снижение травматизма тканей. Важно избегать ненужных повреждений органов и тканей, что помогает уменьшить воспаление и ускорить заживление. Современные методы, такие как эндоскопия, помогают уменьшить травматичность операций.
- Соблюдение стерильности в операционной. Строгие правила асептики и антисептики, а также использование стерильных инструментов и материалов значительно снижают риск инфицирования.

В некоторых случаях для предотвращения инфекций устанавливаются дренажи, которые помогают отводить лишнюю жидкость из полости и уменьшают вероятность абсцессов. Дренажи помогают избежать застоя экссудата и крови, что снижает риск инфекции.

Постоперационный уход:

- Регулярная обработка раны. Рану следует постоянно обрабатывать антисептиками, а повязки менять своевременно, чтобы предотвратить заражение.
- Ранняя активация пациента. Важно поддерживать нормальное кровообращение и дыхание, а также рано мобилизовать пациента, чтобы предотвратить застойные явления и инфекции.

Современные разработки, такие как антисептические пленки, антибактериальные покрытия для швов и дренажные системы с антисептическим эффектом, помогают значительно снизить риск послеоперационных инфекций. Эти методы не только защищают от микробов, но и ускоряют процесс заживления.

Применение этих профилактических стратегий дает заметные улучшения в клинических результатах. Современные подходы к профилактике гнойных инфекций снижают частоту осложнений, сокращают срок госпитализации и уменьшают необходимость повторных операций. Например, в клиниках, где применяются комплексные протоколы антибактериальной профилактики и качественная послеоперационная обработка, частота инфицирования раны снизилась до 3-5%.

Использование дренажей и современных антисептических средств значительно снижает вероятность абсцессов и перитонита, что улучшает прогноз для пациента.

Вывод: Профилактика гнойных осложнений при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости требует комплексного подхода, включающего адекватную антибактериальную терапию, применение

современных хирургических методов, установку дренажей и качественное послеоперационное лечение. Внедрение инновационных технологий в клиническую практику значительно улучшает результаты операций и снижает риски для пациентов.

УХОД ЗА ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Иргашева Махбуба Давлатовна

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Актуальность. На сегодняшний день, современные методы протезирования помогают решить проблему с потерей зубов, при этом количественное их отсутствие у человека уже не играет значимой роли для процесса лечения. Искусственные зубы, может и не подвержены стоматологическим заболеваниям, такие как, например кариес, но способны собирать на своей поверхности остатки пищи, которая способствует росту бактерий, а следовательно это дает начало воспалительному процессу в полости рта, что может положить начало появлению неприятного запаха изо рта. Поэтому уход за ортопедическими конструкциями не менее важен, чем за обычными зубами. Срок эксплуатации зубных имплантатов, коронок, мостовидных и съёмных протезов напрямую зависит от качества гигиены полости рта. В данной статье я расскажу о правильном уходе за ортопедическими конструкциями.

Ключевые слова. гигиена, ортопедические конструкции, искусственные зубы, методы ухода

В последнее время установка ортопедических конструкций набирает все большую популярность в связи с улучшением их качества и увеличением разновидностей. Они позволяют воссоздать целостность зубочелюстной системы, восстановить ее эстетику и функциональные особенности, а также привести в норму окклюзионные взаимоотношения зубных рядов. Использо-

вание в ортопедическом лечении конструкций съемного и несъемного типа помогают восстановить целостность зубов с сильным очагом разрушения, решить проблему зубо-челюстных аномалий, полного или частичного отсутствия зубов [1-3]. В связи с возросшей популярностью ортопедических конструкций, возникает вопрос о правильном уходе за тем или иным видом конструкции [4-6].

Цель статьи: рассказать, как правильно ухаживать за различными видами протезов, так как это не только увеличивает их срок службы, но предотвращает различные осложнения, связанные с жизнедеятельностью различных микроорганизмов накапливающихся под ортопедическими конструкциями.

Уход за съемными протезами. В уходе за съемными протезами используются механические, физические и химические методы их очищения, включаемо разные комбинации. Механическую очистку производят при помощи специальной зубной щетки, щетина на которой располагается с обеих сторон головки: с одной стороны щетина более длинная и имеет зигзаговидную форму (ее задача обрабатывать наружную поверхность протеза), а с другой - закругленная (очищает внутреннюю поверхность протеза). Сама головка может быть прямой или серповидно изогнутой. Щетина в различных моделях щеток отличается по степени жесткости (обычно она жестче, чем в обычных щетках). Для обработки пластмассовых частей зубного протеза отдается предпочтение зубной щетке средней жесткости, для металлических элементов - жесткая. Для чистки нейлоновых съемных протезов лучше всего применять специальные средства, которые предназначены именно таких ортопедических конструкций. Съёмный протез нужно очищать вне полости рта зубной щеткой с пастой два раза в день (утром после приема пищи и вечером перед сном), а также после каждого приема пищи по мере возможности .

Химическая очистка заключается в замачивании в разнообразных растворах, которые продаются в аптеках. Они направлены на очищение и дезинфекцию протеза, а также на устранение неприятных запахов. Для

проведения химической обработки протезов, могут использоваться как готовые растворы. так и их концентрированные формы, а также средства в виде таблеток, которые используют непосредственно для приготовления таких растворов. Съёмные протезы химическим путем очищают несколько раз в месяц. Недопустимо мыть зубной протез горячей водой это может повлиять на его форму. Довольно эффективной очисткой ортопедических и ортодонтических конструкций является использование приборов, которые генерируют ультразвуковые колебания. Ультразвуковая очистка применима для ухода за любым типом съёмных протезов, но особенно актуальна при уходе за нейлоновыми протезами. Выше перечисленные способы очистки могут привести к повреждению и нарушению целостности протеза, возникновению царапин и микротрещин, которые не только снижают функциональные и эстетические характеристики протеза, но и являются элементом, где размножаются различные микроорганизмы.

Правила хранения съёмной ортопедической конструкции:

После того как произошла полная адаптация, протез рекомендовано снимать на время ночного сна (слизистой полости рта необходим отдых от давления протеза). Съёмная ортопедическая конструкция подлежит хранению в герметично закрывающейся емкости, завернутая во влажную салфетку

Правила приема пищи при использовании съёмного протеза:

Необходимо убрать из ежедневного рациона твердые продукты: орехи, семечки твердого качества, сухари, сушки и другие. При употреблении фруктов и овощей нужно их резать, также желательно ограничить прием очень горячей пищи и напитков (для того, чтобы предотвратить сколы и трещины на ортопедической конструкции) . Чтобы ускорить привыкание к съёмному протезу, первое время рекомендуется откусывать пищу боковой, а не центральной группой зубов.

Съёмная ортопедическая конструкция должна регулярно эксплуатироваться по своему назначению, иначе она станет непригодной для восстановления

жевательной функции (перестанет одеваться, будет спадать). Чтобы избежать поломки протеза, нельзя допускать его падение на твердые поверхности (плитка, керамические поверхности). Ни в коем случае не нужно самостоятельно пытаться провести исправление поломки или другие воздействия на съемную ортопедическую конструкцию.

Уход за зубными протезами несъемного типа.

Уход за несъемными ортопедическими конструкциями (коронками, мостовидными протезами, конструкциями на имплантатах) фактически одинаков с уходом за естественными зубами. Для их чистки применяется зубная щетка и паста, зубная нить. При уходе за несъемными протезами рекомендовано применение зубных щеток с мягкими щетинами. Чтобы очистить труднодоступные места, рекомендовано использование межзубных ершиков или однорядные зубных щеток и флоссов. Зубные ёршики представляют собой миниатюрные щеточки, которые вычищают остатки пищи из межзубных промежутков и в области подвесных зубов в мостовидных протезах. Также они незаменимы в дороге. Размер этого предмета гигиены подбираются индивидуально врачом .

Хорошо в уходе за несъемными протезами зарекомендованы электрические зубные щетки (в том числе и ультразвуковые), однако для высокоэффективного удаления остатков еды, особенно в труднодоступных местах, лучше всего применять ирригатор полости рта.

Ирригатор это прибор, подающий под напором маленькую струю воды, которая позволяет удалять остатки пищи и мягкий налет с эмали, из межзубного пространства. Особенно он эффективен при очистке мостовидных конструкций. С его помощью обрабатывают зубодесневые карманы, проводят массаж тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта, улучшают микроциркуляцию. Также ирригатором вполне эффективно можно промывать носовые пазухи при заболеваниях верхних дыхательных путей .

Также к средствам дополнительного ухода, за несъемными ортопедическими конструкциями, рекомендовано регулярно использовать ополаскиватель для полости рта, лечебно - профилактические спреи и т.п. Они улучшают очищение поверхностей зубов, предупреждают образование зубного налета, дезодорируют полость рта. В их состав входят биологически активные компоненты, которые оказывают противокариозное, противовоспалительное и дезинфицирующее действие. Особенно они незаменимы в профилактике заболеваний пародонта.

Завершаться ежедневная очистка зубов должна очищением спинки языка, потому что язык является неким резервуаром для бактерий. Сосочки на спинке языка создают большую по площади и неровную поверхность, которая способствует аккумуляции микроорганизмов и остатков пищи. Разная их величина создает углубления и возвышения, поэтому язык идеальное место для размножения бактерий. Остатки еды, которые скапливаются в углублениях между сосочками, используются ими как питательный субстрат. В настоящее время имеются различные приспособления для очищения языка, которые производят из металла или пластика, механически тем самым очищая данный орган.

В заключение данной статьи хотелось бы сказать, что правильный уход за ортопедическими конструкциями является неотъемлемой частью их эксплуатации. Корректный уход за конструкцией продлевает срок ее службы и предотвращает заболевание других структур полости рта.

Список литературы:

1. Гумилевский Б.Ю., Жидовинов А.В., Денисенко Л.Н., Дервянченко С.П., Колесова Т.В. Взаимосвязь иммунного воспаления и клинических проявлений гальваноза полости рта // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 7-2. - С. 278-281.

2. Данилина Т.Ф., Жидовинов А.В. Гальваноз как фактор возникновения и развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2012. - № 3. - С. 37-39.
3. Mashkov A.V., Sirak S.V., Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V. Variability index of activity of masticatory muscles in healthy individuals within the circadian rhythm. International Journal Of Applied And Fundamental Research. - 2016. - № 5.
4. Matveev S.V., Sirak S.V., Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V. Rehabilitation diet patients using the dental and maxillofacial prostheses. International Journal Of Applied And Fundamental Research. - 2016. - № 5.
5. Virabyan V.A., Sirak S.V., Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V. Dynamics of immune processes during the period adaptation to non-removable prosthesis. International Journal Of Applied And Fundamental Research. - 2016. - № 5.
6. Zhidovinov A.V., Sirak S.V., Sletov A.A., Mikhalchenko D.V. Research of local adaptation reactions of radiotherapy patients with defects of maxillofacial prosthetic with removable. International Journal Of Applied And Fundamental Research. - 2016. - №

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАШЛЯ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Эгамбердиева Гулнора Нематовна

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность: В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются главной причиной смертности населения в большинстве развитых стран мира, в том числе, и в Узбекистане. Наиболее частой причиной смерти у подавляющего числа умерших является ИБС. Чаще смертельные исходы наступают у лиц с ранее диагностированными ССЗ, что, очевидно, связано с недостаточной эффективностью применяемых мер вторичной профилактики. Подавляющее число пациентов с ССЗ наблюдается в условиях амбулаторного

звена здравоохранения и, следовательно, их выживаемость во многом определяется качественным мониторингом клинического состояния посредством инструментально-лабораторных методов, своевременной стратификацией риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО), назначением адекватной лекарственной терапией.

Цель этой статьи — объяснить, почему возникает кашель при сердечной недостаточности, как его распознать и что делать для его лечения. Мы рассмотрим причины и патофизиологические процессы, лежащие в основе этого симптома, а также предложим рекомендации по диагностике и лечению. Эта информация поможет как медицинским специалистам, так и пациентам в более эффективном управлении состоянием и улучшении качества жизни.

Сердечная недостаточность (СН) — это состояние, при котором сердце не может эффективно перекачивать кровь, чтобы удовлетворить потребности организма. Это приводит к недостаточному кровоснабжению органов и тканей, что вызывает различные симптомы и осложнения. Кашель при сердечной недостаточности (СН) — это распространенный, но часто недооцененный симптом, который может значительно ухудшить качество жизни пациентов. Сердечная недостаточность — серьезное состояние, при котором сердце не справляется с нагрузкой, что приводит к застою крови в легких и появлению кашля. Понимание механизма развития и правильного подхода к лечению кашля при СН является важной задачей для врачей и пациентов. Кашель при сердечной недостаточности (СН) возникает по нескольким основным причинам, связанным с нарушением работы сердца и легких. Вот ключевые механизмы, приводящие к развитию этого симптома:

1. Повышенное давление в легочных капиллярах:

- o Сердечная недостаточность приводит к снижению способности сердца эффективно перекачивать кровь.
- o В результате кровь застаивается в легочных венах, что вызывает повышение давления в легочных капиллярах.

о Повышенное давление приводит к пропотеванию плазмы из сосудов в интерстициальное пространство и альвеолы, вызывая раздражение рецепторов кашля.

2. Легочный отек:

о Скопление жидкости в легочной ткани (интерстициальный и альвеолярный отек) является прямым следствием застойных явлений.

о Отек легких вызывает механическое раздражение бронхов и альвеол, что стимулирует кашлевой рефлекс.

о Кашель, связанный с легочным отеком, часто усиливается в положении лежа и ночью.

3. Раздражение дыхательных путей:

о При СН может происходить активация воспалительных процессов в легких, что увеличивает чувствительность дыхательных путей.

о Хроническая гипоксия и воспаление приводят к гиперреактивности бронхов, вызывая частый и мучительный кашель.

4. Лекарственные побочные эффекты:

о Некоторые препараты, применяемые для лечения СН, могут вызывать кашель как побочный эффект.

о Наиболее известными из них являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), которые вызывают сухой, непродуктивный кашель у некоторых пациентов.

о Механизм этого кашля связан с накоплением брадикинина и субстанции Р в дыхательных путях.

5. Нейрогенные механизмы:

о СН может приводить к активации симпатической нервной системы, что вызывает бронхоспазм и способствует возникновению кашля.

о Повышенная активность симпатической нервной системы и связанных с ней рефлексов может дополнительно усугублять кашель. Понимание этих механизмов помогает в диагностике и выборе наиболее эффективного подхода к

лечению кашля при сердечной недостаточности. Правильное управление этим симптомом способствует улучшению общего состояния и качества жизни пациентов.

Диагностика кашля при сердечной недостаточности (СН) требует комплексного подхода, включающего клиническую оценку, инструментальные исследования и лабораторные тесты. Важно не только подтвердить связь кашля с СН, но и исключить другие возможные причины.

1. Клиническая оценка:

о Анамнез. Врач выясняет характер кашля, его продолжительность, наличие сопутствующих симптомов (одышка, отеки, усталость), а также факторы, усугубляющие или облегчающие кашель.

о Физикальное обследование. Осмотр включает оценку признаков застойной сердечной недостаточности (отеков, венозного застоя), аускультацию легких для выявления хрипов или признаков легочного отека, а также аускультацию сердца для выявления шумов или аритмий.

2. Инструментальные исследования:

о Эхокардиография. Основной метод для оценки структуры и функции сердца. Позволяет выявить снижение фракции выброса, гипертрофию миокарда, нарушения клапанов и другие патологии.

о ЭКГ (электрокардиография). Помогает обнаружить аритмии, ишемические изменения и другие нарушения электрической активности сердца.

о Рентгенография грудной клетки. Выявляет признаки легочного застоя, кардиомегалию (увеличение размеров сердца) и легочный отек.

3. Лабораторные тесты:

о Измерение натрийуретических пептидов (BNP, NT-proBNP). Уровни этих маркеров повышаются при сердечной недостаточности и помогают подтвердить диагноз.

о Анализы крови. Общий анализ крови, биохимический профиль, уровень электролитов и функция почек могут помочь оценить общее состояние пациента и выявить сопутствующие заболевания.

4. Дополнительные исследования:

о Тесты функции легких. Проводятся для исключения других причин кашля, таких как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) или астма.

о Спирометрия. Оценивает объемы и скорость дыхания, что помогает исключить бронхолегочные заболевания.

5. Анализ лекарственного анамнеза:

о Врач оценивает принимаемые пациентом лекарства, особенно ингибиторы АПФ, которые могут вызывать кашель как побочный эффект. При подозрении на лекарственную природу кашля возможно проведение пробной отмены или замены препарата. Тщательная диагностика позволяет точно установить причину кашля, связанного с сердечной недостаточностью, и разработать эффективный план лечения. Этот подход улучшает прогноз и качество жизни пациентов, страдающих от СН. Лечение кашля при сердечной недостаточности (СН) направлено на устранение основной причины — сердечной дисфункции, а также на облегчение симптомов и улучшение качества жизни пациента. Подход к лечению должен быть комплексным и индивидуализированным.

1. Основное лечение сердечной недостаточности:

о Диуретики. Используются для уменьшения объема циркулирующей жидкости и снижения давления в легочных капиллярах. Это помогает уменьшить застой в легких и облегчить кашель.

о Ингибиторы АПФ. Снижают нагрузку на сердце и артериальное давление, улучшают функцию сердца. Однако, если кашель связан с приемом этих препаратов, может потребоваться их замена на антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II).

о Бета-блокаторы. Замедляют сердечный ритм и снижают нагрузку на сердце, улучшая его работу и снижая риск симптомов, включая кашель.

о Антагонисты альдостерона. Помогают снизить задержку жидкости и уменьшить симптомы застойной сердечной недостаточности.

2. Симптоматическое лечение кашля:

о Муколитики и отхаркивающие средства. Могут использоваться для облегчения выведения мокроты, если кашель влажный.

о Противокашлевые препараты. Применяются в редких случаях и только под контролем врача, чтобы не подавлять рефлекс кашля, важный для очищения дыхательных путей.

3. Коррекция образа жизни:

о Снижение потребления соли. Помогает уменьшить задержку жидкости и снизить нагрузку на сердце.

о Контроль веса. Снижение избыточного веса уменьшает нагрузку на сердечно-сосудистую систему.

о Физическая активность. Умеренные упражнения, рекомендованные врачом, могут улучшить сердечную функцию и общее состояние здоровья.

о Отказ от курения. Улучшает функцию легких и снижает риск развития легочных осложнений.

4. Мониторинг и регулярные осмотры:

о Регулярный контроль симптомов. Важно отслеживать изменения в симптомах и корректировать лечение при необходимости. Симптоматическое лечение может включать муколитики и противокашлевые препараты

о Частые визиты к врачу. Регулярные осмотры позволяют своевременно выявлять ухудшение состояния и корректировать терапию.

5. Психологическая поддержка:

о Консультации психолога. Помогают справиться с тревогой и стрессом, связанными с хроническим заболеванием.

о Группы поддержки. Общение с другими пациентами, страдающими от СН, может быть полезным для обмена опытом и получения эмоциональной поддержки.

о Комплексный подход к лечению кашля при сердечной недостаточности, включающий медикаментозную терапию, изменение образа жизни и психологическую поддержку, позволяет эффективно контролировать симптомы и улучшить качество жизни пациентов.

Для диагностики кашля при сердечной недостаточности используются клиническая оценка, инструментальные исследования (эхокардиография, ЭКГ, рентгенография грудной клетки) и лабораторные тесты (уровень натрийуретических пептидов). Комплексный подход к диагностике позволяет точно установить причину кашля и исключить другие заболевания. Лечение кашля при СН направлено на улучшение сердечной функции и облегчение симптомов. Основное лечение включает диуретики, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы и антагонисты альдостерона.

Заключение

Своевременные методы диагностики и комплексное лечение кашля при сердечной недостаточности помогают улучшить прогноз и качество жизни пациентов. Регулярное наблюдение у врача и соблюдение рекомендаций по лечению являются ключевыми факторами успешного управления этим состоянием.

Важную роль играют изменение образа жизни, регулярный мониторинг состояния и психологическая поддержка.

Литературы:

1. Волынец Г.В., Панфилова В.Н. Хронический вирусный гепатит В у детей и подростков: современный взгляд на проблему. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020г.
2. Турсунов Э.А., Дустматов А.Т., Муротов О.У., Назаров Т.А. Цитофункциональные критерии оценки стадии адаптации гепатобилиарной системы при хронических воздействиях пестицидов: научное издание // Морфология. – СПб., 2006. -№. – С. 126.3.Carvalho-3.

3. Эгамбердиева Г. Н. УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ ПЕРСОНАЛОВ В ЛПУ //PEDAGOG. – 2024. – Т. 7. – №. 11. – С. 247-249.
4. Filho R. J., Schiavon L. L., Narciso-Schiavon J. L. et al. Optimized cutoffs improve performance of the aspartate aminotransferase to platelet ratio index for predicting significant liver fibrosis in human immunodeficiency virus/hepatitis C virus co-infection // *Liver. Int.* – 2008. – Vol. 28, №4. – P. 486–493.
5. Фомичева А.А., Мамонова Н.А., Пименов Н.Н., Комарова С.В., Уртиков А.В., Горячева Л.Г., Лобзин Ю.В., Чуланов В.П. Состояние и перспективы терапии хронического гепатита С у детей в Российской Федерации. *Журнал инфектологии.* 2021
6. Эгамбердиева, Г. Н. (2024). OPPORTUNITIES FOR APPLICATION OF PERSONALIZED EDUCATION IN MEDICAL SCHOOLS. *IMRAS*, 7(1), 771-773.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДУЛЬНОЙ СХЕМЫ ИМИТАЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ КАК СИСТЕМАТИЧЕСКОГО СИМУЛЯЦИОННОГО СЦЕНАРИЯ В ОСВОЕНИИ СЕСТРИНСКИХ НАВЫКОВ

Хайдарова Б.А.

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения

Аннотация: представлены модульная схема обучения навыкам ухода способствует высокой мотивации, эффективного обучения и развития практических навыков медсестер среди студентов медицинских. Эта схема является критерием для перехода к следующему, более сложный этап развития и регулирует право доступа к летней практической подготовки в больницах.

Ключевые слова: моделирование медицина, модульная схема обучения моделирования.

Актуальность: в настоящее время существующая система подготовки медицинских сестер уделяет слабое внимание практическим мануальным навыкам. Только теоретическое обучение не позволяет подготовить специалиста для самостоятельной работы у постели больного. А возникающие проблемы — такие как страх перед пациентами, ограниченный доступ к проведению манипуляций, нежелание пациентов проводить манипуляцию у менее опытного медицинского персонала, недостаток времени для отработки каждого практического навыка — ведут к высокому риску для здоровья пациента. Самым эффективным и безопасным методом решения данной проблемы является клиническое моделирование и работа в симулированных условиях с абсолютной безопасностью для пациента, с возможностью быстрого получения обратной связи и повторения манипуляции до достижения успешного результата. Симуляционное обучение в освоении сестринских навыков на этапе подготовки в вузе должно быть конкретным: технические (манипуляционные) и нетехнические навыки; и предметным: базовые навыки (манипуляции по уходу за пациентом), средней степени сложности (мониторинг и различные методы оценки

состояния больного, неинъекционное применение лекарственных препаратов) и высокотехнологичные навыки (требующие специальной профессиональной подготовки, знаний анатомо-топографических особенностей, физиологии и патофизиологии, сопряженность манипуляций с нарушением целостности кожных покровов, контактом со слизистыми оболочками пациента). Симуляционные методики отрабатываются на симуляторах I–IV уровня реалистичности для отработки базовых и V–VII уровня для отработки высокотехнологичных сестринских навыков.

Цель исследования: изучение эффективности использования модульной системы у студентов медицинского института .

Материалы и методы: группу наблюдения составили студенты 2 (n=151) и 3 (n=106) курсов медицинского института, обучающихся по специальности «сестринское дело». В качестве методик использовались модули симуляционного обучения по освоению сестринских навыков, с последующей аттестацией студентов, регламентирующей право прохождения летней производственной практики в медицинских учреждениях города. Надо заметить, что модуль имитационного обучения отличается от обычного использования манекена наличием определенных характеристик учебного процесса для обучающихся, а именно наличием условия (устно или с помощью антуража обучающимся сообщается информация о выполняемой профессиональной деятельности и о наличии оснащенности), вызова (получение «пациента» и задания к действию), активности (возможность самому действовать в полученных условиях, отвечая на вызов), разбора (получение обратной связи устно или с помощью других способов получения информации о результатах своей активности, например, с помощью специальных функций симуляторов).

Симуляционное обучение включало следующие основные этапы:

1. «Теоретическая подготовка» - наличие теоретической подготовки до начала симуляционного тренинга или после него, с использованием разных форм: от видеофильмов до дистанционных форм;

2. «Базовые навыки» - общие (оказание первой помощи согласно) общие медицинские (должны владеть все медицинские работники вне зависимости от категории, специальности и уровня образования), общие сестринские (обязаны владеть все медицинские сестры вне зависимости от специальности и уровня образования);

3. «Отдельные манипуляции» - специальные (наличие специального обучения и аттестации, что влечет за собой персональную ответственность и обязывает владельца к качественному выполнению процедуры);

4. «Имитация индивидуальной профессиональной деятельности» - тренинги, связанные с формированием и совершенствованием деятельности в целом, а не с отработкой техники конкретных навыков; конкретные навыки при этом становятся средством решения профессиональной задачи в ходе приобретения собственного опыта (компетентности);

5. «Имитация командной деятельности» - тренинги, связанные с формированием и совершенствованием деятельности в целом, где важны не только действия конкретного работника, а взаимодействие команды в целом в процессе оказания медицинской помощи. Для аттестации навыков лидера возможно использование данной технологии с использованием конфедератов (специально обученных сотрудников, имитирующих действия подчиненных);

6. «Стандартизированный пациент» -использование технологии «стандартизированный пациент» для аттестации обучаемых перед допуском к участию в оказании медицинской помощи пациентам (перед практикой, стажировкой);

7. «На рабочем месте (in situ)» -обучение у постели больного - важный этап в системе вузовского медицинского образования.

С внедрением симуляционных технологий появилась возможность проходить этот этап на рабочем месте, без участия пациентов (с использованием манекенов, роботов-пациентов или стандартизированных пациентов).

Система оценивания проводилась с использованием чек - листов (лист экспертной оценки), разработанного для каждого навыка с учетом особенностей каждой манипуляции. Для оценки сложных умений обучающихся (сочетание клинического мышления, знаний и навыков) использовалась интеграционная объективная оценка с помощью виртуальных систем и роботов-симуляторов пациента, дополненная структурированным оценочным листом, заполненным экспертом, типа OSCE.

Результаты и выводы: по результатам итогового испытания 51,7% студентов получили отличные оценки (86–90), 33,1% – хорошие (69–85) и 15,2% – удовлетворительные (51–68), средний балл в группе наблюдения составил 82,6 по 100-балльной системе. Таким образом, использование модульной схемы имитационного обучения способствует эффективному изучению и освоению сестринских практических навыков у студентов медицинского института, высокой мотивации и успеваемости обучающихся, о чем свидетельствует средний балл (82,6) в группе наблюдения по итогам сдачи практических навыков. Формирование модульной системы симуляционного обучения в освоении сестринских навыков должно осуществляться с чередованием модулей (этапов), причем критерием перехода на следующий этап являются показатели достаточного уровня мастерства предыдущего модуля, оцениваемые экспертами по разработанному чек листу.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА КАФЕДРАХ ХИРУРГИИ

Хайдарова Б.А.

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения

Актуальность проблемы. Приоритетной задачей современного здравоохранения является достижение высокого профессионального уровня медицинских работников.

Сегодня существует потребность в медицинских специалистах, способных отвечать требованиям времени к профессиональной деятельности в сфере здравоохранения.

Одной из ключевых профессиональных компетенций, в которых нуждаются для своей профессиональной деятельности медицинские работники, является владение информационными технологиями.

Однако, как вырос уровень профессиональной подготовленности медицинских кадров к работе в условиях активной информатизации отрасли, в литературе не отражено.

В связи с этим, в самостоятельном научном исследовании планируется провести анализ элементов последиplomного обучения медицинских работников информационным технологиям, систематизировать эти элементы в целостной системе и дать оценку эффективности процесса обучения и достигнутым результатам.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности последиplomного обучения медицинских работников информационным технологиям на основе разработанной системы приоритетов и показателей.

Для достижения намеченной цели решены следующие задачи:

1. Разработать методику решения исследовательской задачи.
2. Проанализировать этапы формирования ИТ-обучения медицинских работников.
3. Оценить качество ИТ-обучения как процесса и систематизировать

направления его улучшения.

4. Организовать и провести эксперимент по использованию электронных образовательных ресурсов и дистанционных технологий в ИТ-обучении.

5. Разработать систему оценок эффективности ИТ-обучения по его результату.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые:

- разработаны с учетом накопленного опыта и самостоятельных исследований критерии оценки эффективности ИТ-обучения по критериям менеджмента качества (процессный подход) и по результату - индивидуальные, групповые и обобщенные оценки;

- определены меры улучшения качества ИТ-обучения по техническим, технологическим и организационным направлениям;

- представлена динамика эффективности последиplomного обучения при переходе от компьютерной грамотности к овладению информационными технологиями;

- в условиях модернизации здравоохранения определен уровень компьютерной подготовки специалистов отрасли;

- разработан индекс эффективности обучения как произведение индексов результативности (объективный контроль) и успешности обучения (субъективные самооценки обучающихся);

Научно-практическая значимость исследования. Заключается в разработке и внедрении методики оценки эффективности ИТ-обучения, применяемой для решения задач ППМО.

Технология анкетного опроса показала свою работоспособность при оценке электронных образовательных ресурсов (ЭОР) и дистанционных технологий в ИТ-обучении, а при совместном применении с работой в фокус-группах выявила неиспользованный потенциал системы последиplomного образования как экспертной площадки ведомства.

Наибольшая заинтересованность в специальных навыках, умениях и знаниях связана с требованиями занимаемой должности, что следует использовать как побудительный мотив к ИТ-обучению.

Достигнутый в ходе ИТ-обучения уровень компьютерной подготовки, растущая степень удовлетворенной потребности в ИТ и все возрастающие возможности работы в информационной среде способствуют активному участию медицинских работников в модернизации отрасли.

Достигнутая эффективность ИТ-обучения стала новым рубежом следующего цикла развития системы непрерывного профессионального образования медицинских работников.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Иргашева М.Д.

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения

Актуальность проблемы. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии, имеющей большую медицинскую и социальную значимость [47,154,221]. Данная патология поражает 2-10% населения экономически развитых стран [57,69]. Лечение больных с перфоративной гастродуоденальной язвой должно включать раннюю диагностику и быстрое начало реанимационных мероприятий [259]. Перфорация гастродуоденальных язв является тяжелым осложнением, непосредственно угрожающим жизни больного, ввиду развития перитонита, и требующим немедленного оперативного лечения. Этим обусловлена необходимость быстрого установления правильного диагноза, который во всех случаях является абсолютным показанием к операции. При

подтверждении диагноза целью экстренного оперативного вмешательства является-устранение перфорации полого органа и санация брюшной полости. С.С.Юдин писал: «Прогресс в лечении прободных язв обуславливается главным образом тем, что врачи стали лучше и раньше диагностировать перфорации и своевременно направлять больных для срочных операций» [155]. В срок от 6 часов до суток, при этой патологии, смертность прогрессивно возрастает от 1 до 100%. Заболеваемость перфоративной гастродуоденальной язвой в мире составляет 3,8-10 на 100 000 населения [221]. Летальность после операции варьирует от 15,5 до 31% [53,221]. В 2006 г. в США по поводу осложнений язвенной болезни было госпитализировано более 150 тыс. пациентов, общая доля осложнений язвенной болезни в виде прободений была в 7 раз меньше числа кровотечений, но прободная язва стала причиной 37 % всех смертей, связанных с язвенной болезнью [259]. Перфоративная язва в России продолжает занимать ведущие место в структуре летальности при язвенной болезни, которая уже многие годы составляет от 5 до 17% [53]. В зависимости от различных клинических ситуаций применяется разнообразная хирургическая тактика в лечении пациентов с перфоративной гастродуоденальной язвой. Показания к операциям при перфоративной язве, выбор методики и техники оперативного вмешательства до сих пор остаются предметом обсуждения [40,175]. В России хирургическая тактика при прободной гастродуоденальной язве разнообразна. Наиболее часто применяется операция простого ушивания перфорации, как наиболее простая и надежная, позволяющая спасти жизнь пациенту [54]. Выполнение ваготомии с пилоропластикой или дистальной резекции желудка, как наиболее радикальных методов лечения при прободной язве, ограничивается временем давности заболевания, степенью распространенности перитонита, тяжестью состояния больного, сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью [10,118,162,215,229]. В случае, когда перфоративное отверстие большое (более 2 см) или воспалительные ткани

вокруг рыхлые, бывает проблематично добиться безопасного заживления ушитой язвы первичным натяжением. Если первая попытка закрытия дефекта оказалась неудачной, вторая также может быть несостоятельной, в таких случаях переход на резекцию желудка будет более безопасным вариантом [141]. Некоторые подходы являются альтернативными, между консервативным и хирургическим лечением, например, эндоскопическое наложение клипс или стентирование, использование биоразлагающегося материала для закрытия дефекта в области язвы, применение мезенхимальных стволовых клеток для улучшения заживления, хотя последние методы оценены пока только экспериментально и не проверены клиническими испытаниями [239,259].

С внедрением инновационных технологий одним из вариантов миниинвазивного вмешательства при перфоративной гастродуоденальной язве является сочетанное использование эндовидеохирургических методик для ревизии и санации брюшной полости, с последующим применением минидоступа для ушивания перфорации [1,12,34,129]. Видеоассистированные операции по радикализму и возможностям не уступают традиционным вмешательствам, при этом сохраняя все преимущества миниинвазивных операций [1,12]. Однако, до сих пор не определены показания к ним, возможности их применения у различной категории больных.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами путем использования современных методов диагностики и миниинвазивных технологий.

Задачи исследования. 1. Изучить распространенность, морфологические особенности и критерии риска возникновения перфоративных гастродуоденальных язв.

2. Оценить возможности современных методов диагностики перфорации гастродуоденальных язв и распространенности перитонита.

3. Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами с использованием лапароскопических и миниинвазивных методов оперативных вмешательств.

4. Разработать показания и противопоказания для применения каждого из указанных методов хирургического лечения и определить алгоритм их последовательности.

Научная новизна. Внедрен диагностический алгоритм, позволяющий установить раннюю диагностику прободных пилородуоденальных язв. Сформулированы показания и противопоказания к выполнению эндовидео-ассистированного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы с разработкой технических приемов оперативного пособия из минидоступа с помощью набора инструментов «Мини-ассистент». Изучены отдаленные результаты миниинвазивного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы с последующим проведением противоязвенной эрадикационной терапии. Проведена оценка качества жизни пациентов и определена частота рецидива язвенной болезни после традиционного и миниинвазивного ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы.

Практическая значимость работы. На основании изучения роли и значения различных методов оперативных вмешательств доказано обоснованное применение ушивания перфоративных гастродуоденальных язв из минидоступа. Определено, что операцией выбора при перфоративной гастродуоденальной язве, в случаях невозможности применения лапароскопической методики, является ее ушивание из мини-доступа, что не теряет преимуществ миниинвазивных вмешательств. Проведение противоязвенной терапии в послеоперационном периоде позволяет значительно сократить число рецидивов язвенной болезни, что значительно улучшает качество жизни больных в послеоперационном периоде. Качество жизни пациентов, перенесших ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа, с последующей эрадикационной терапией, в

сопоставимых группах характеризуется более высоким уровнем, чем у больных, перенесших традиционное ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы.

POSSIBILITIES OF THE LAPAROSCOPIC METHOD AND ITS SAFETY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ADVANCED APPENDICULAR PERITONITIS

Egamberdieva G.N.

Ferghana public health medical institute

Relevance. According to Revishvili A.Sh. (2019), acute appendicitis still ranks first in incidence. With the introduction of diagnostic laparoscopy, the share of acute appendicitis in the practice of a surgeon decreased from 40.3% in 2000 to 26.4% in 2017. The number of deaths also decreased by half, but the absolute mortality rate did not change and is 0.13%.

However, it is well known that destructive forms of acute appendicitis lead to the development of peritonitis in 20% of cases. Mortality with the development of widespread purulent peritonitis can reach 58%, and with the development of sepsis and multiple organ failure can exceed 70% [Sartelli M. et al. (2013), Zatevakhin I.I. et al. (2018)].

The 2020 national clinical guidelines “Acute appendicitis in adults” emphasize that appendectomy for peritonitis can be performed through a laparoscopic approach in the absence of contraindications to increased intra-abdominal pressure.

Despite the proven advantages of laparoscopic appendectomy, there are opponents of its use for widespread peritonitis of appendiceal origin.

In a randomized controlled trial, Markides G. et al. (2010) noted a correlation between the development of postoperative intra-abdominal abscesses using the laparoscopic method. At the same time, Sartelli M. (2010) and Wei B. et al. (2011) published studies that proved that this was most likely due to insufficient surgical experience. In their studies, they also demonstrated the same incidence of

postoperative intra-abdominal complications in the group of laparoscopic and open methods, as well as a lower incidence of wound infection with laparoscopic access. Masoomi H. et al. (2014), Isaksson K. et al. (2014) and Di Saverio S. et al. (2016), in their works noted a decrease in the number of postoperative complications and a better cosmetic effect after the laparoscopic approach for appendiceal peritonitis compared to the open method. Moreover, based on data from Di Saverio S. et al. (2016), the use of peritoneal lavage during the laparoscopic method did not show any advantages in the prevention of postoperative intra-abdominal complications. Peritoneal irrigation increased the total operative time with no proven benefit over simple aspiration of exudate. Research by Tiwari M.M. et al. (2011) and Dasari B.V.M. et al. (2015) confirm that for patients over 65 years of age with a comorbid background, the laparoscopic method for appendiceal peritonitis helps reduce postoperative mortality. V nekotorykh publikatsiyakh bol'shoje vnimaniye udelyayetsya kompleksnomu podkhodu lecheniya peritonita appendikulyarnogo geneza, kotoryy vklyuchayet pomimo operativnogo vmeshatel'stva ratsional'nyu antibakterial'nyu terapiyu, napravlennuyu na profilaktiku razvitiya posleoperatsionnykh oslozhneniy [Coccolini F. i soavt. (2016), SánchezSantana T. i soavt. (2017)].

Some publications pay much attention to the complex approach to the treatment of peritonitis of appendiceal origin, which includes, in addition to surgery, rational antibacterial therapy aimed at preventing the development of postoperative complications [Coccolini F. et al. (2016), Sánchez Santana T. et al. (2017)]. In addition, domestic authors report the need for adequate treatment of endogenous intoxication syndrome, which develops against the background of dynamic intestinal obstruction in peritonitis [Darwin V.V. et al. (2006); Sukovatykh BS, et al. (2012)].

Thus, questions regarding the advantages of the laparoscopic method over the open method are currently debatable, and there are no uniform approaches to the intraoperative protocol for common forms of peritonitis of appendiceal origin. As in the protocols, the most common reason for refusing the laparoscopic treatment

method is verification of widespread peritonitis during diagnostic laparoscopy. At the same time, there is a clear trend towards standardization of indications and contraindications for the possibility of using minimally invasive techniques for the treatment of common forms of appendiceal peritonitis. The above predetermined the purpose of this study.

Purpose of the study. To improve the results of treatment of patients with common forms of appendiceal peritonitis by developing a differentiated approach to the choice of surgical treatment tactics.

Research objectives. 1. Based on retrospective material, study and clarify the indications for choosing a surgical approach in conditions of widespread appendiceal peritonitis, taking into account the form and phase of the peritonitis.

2. To improve the technique of performing laparoscopic sanitation and drainage of the abdominal cavity, depending on the form of widespread appendiceal peritonitis.

3. To develop an intraoperative scale for assessing the severity of widespread appendiceal peritonitis to optimize the choice of surgical approach.

4. To compare the results of treatment of patients with widespread peritonitis of appendiceal origin who underwent surgical interventions from open and laparoscopic approaches to assess the effectiveness and safety of the laparoscopic method.

Object and subject of the study The object of the study was patients (146) operated on by laparoscopic and open methods with common forms of peritonitis of appendiceal origin. The subject of this dissertation is to assess the effectiveness and safety of the use of laparoscopic treatment in patients with acute appendicitis complicated by common forms of peritonitis.

Scientific novelty. It has been established that the use of intraoperative diagnostic criteria during laparoscopic exploration of the abdominal cavity helps determine the optimal surgical tactics for common forms of peritonitis of appendiceal origin.

It was revealed that the developed options for laparoscopic sanitation and drainage of the abdominal cavity for common forms of peritonitis of appendiceal origin help

reduce the number of complications in the postoperative period. An original differentiated intraoperative scale for assessing the severity of widespread appendiceal peritonitis has been created, which makes it possible to determine the indications for the laparoscopic method of treatment, the tactics of programmatic relaparoscopic sanitation, or the conversion of the method to an open one.

An original differentiated intraoperative scale for assessing the severity of widespread appendiceal peritonitis has been created, which makes it possible to determine the indications for the laparoscopic method of treatment, the tactics of programmatic relaparoscopic sanitation, or the conversion of the method to an open one.

Theoretical and practical significance of the dissertation work A scientific concept has been developed, which consists in determining the indications and contraindications for the laparoscopic method of treating widespread appendiceal peritonitis, helping to improve results and improve the quality of life of patients. The diagnostic and treatment algorithm has been optimized for widespread peritonitis of appendiceal origin, which improves patient treatment outcomes. It was found that the use of the original severity scale in combination with an improved laparoscopic sanitation technique, infiltration anesthesia of the postoperative wound area and complex treatment (antibacterial therapy, treatment of acute intestinal insufficiency syndrome and extracorporeal detoxification methods according to indications) makes the laparoscopic method effective and safe in the treatment of patients with advanced appendicular peritonitis.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Г.Н.Райимов, Ш.Х.Косимов, Ф.З.Абдусаломов, О.М.Охунов

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Выбор способа лечения острого холецистита и его осложнений у больных старше 60 лет является до настоящего времени сложной и окончательно не решенной проблемой. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении этого весьма распространенного заболевания, летальность среди больных пожилого и старческого возраста остается достаточно высокой и в 5 раз превышает аналогичные показатели у лиц молодого и зрелого возраста.

Нами проведено комплексное изучение особенностей клинической картины, диагностики, лечения острого осложненного холецистита и состояния гомеостаза организма по показателям биогенных аминов и аминокислотного состава крови 304 больных пожилого и старческого возраста. На основании проведенного исследования нами разработаны весьма эффективные хирургические пособия (лазерное и криовоздействие на ткань поджелудочной железы: способы дренирования общего желчного протока и холецистостомии; лапароскопическое орошение брюшной полости большими дозами антибиотиков, ингибиторов протеаз и нитрофуранов; способ предупреждения несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза; смесь, корригирующая нарушения гомеостаза).

Результатами исследования установлено, что патогенез и своеобразие клинического течения острого осложненного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста обусловлены особенностями возрастных изменений организма, происходящих при старении, наличием сопутствующих заболеваний и тяжестью воспалительного процесса во внепеченочных желчевыводящих протоках. Поэтому улучшение результатов хирургического

лечения этого заболевания представляет гериатрическую проблему, решение которой возможно лишь путем всестороннего изучения гомеостаза организма с учетом возрастных изменений и сопутствующей патологии. В комплексе мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения острого осложненного холецистита, на первом месте должны стоять: своевременность выявления, диспансеризация и плановое хирургическое лечение этих больных, а также разработка новых и усовершенствование существующих оперативных пособий, лечебно-диагностических схем и программ.

Изучение биохимических показателей у больных острым осложненным холециститом старше 60 лет выявило грубые нарушения гомеостаза организма, проявляющиеся иммунной недостаточностью, повышением уровня серотонина, гистамина и дизаминаемией, угнетением адаптационно-компенсаторных механизмов. Острый осложненный холецистит у этой группы больных наиболее часто проявляется деструкцией тканей желчного пузыря с вовлечением в патологический процесс поджелудочной железы вследствие обтурации общего желчного протока конкрементом или развития стенозирующего папиллита.

Преодолеть диагностические трудности помогают инструментальные и аппаратные методы исследования (лапароскопия, эзофагоскопия, ультразвуковая эхолокация и др.), которые позволяют в короткий срок осуществить диагностику острого осложненного холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Наиболее доступным и простым методом диагностики в ургентной хирургии является лапароскопия, которая при необходимости может переходить в лечебную манипуляцию.

Выбор способа лечения и объем операции у больных острым осложненным холециститом старше 60 лет должен осуществляться с учетом многообразия выявленных нарушений со стороны функционального состояния органов и систем, а также гомеостаза организма.

На основании проведенного комплексного исследования мы разработали

программу диагностики и лечения лиц пожилого и старческого возраста, больных острым осложненным холециститом, которая заключается в следующем: больным острым холециститом без признаков деструкции желчного пузыря производят срочную лапароскопию, налаживают орошение брюшной полости раствором фурацилина с большими дозами антибиотика аминогликозидной группы, ингибитором протеаз и новокаином с одновременной коррекцией гомеостаза и последующим выполнением плановой операции в зависимости от тяжести сопутствующих заболеваний. Больным с гангренознодеструктивными изменениями желчного пузыря, его перфорацией и перитонитом производят срочную операцию (в течение 2 ч с момента поступления). Больным острым холециститом, у которых появились клинические и лапароскопические признаки деструкции желчного пузыря, несмотря на проводимую целенаправленную корригирующую терапию, производят раннюю операцию (спустя 12—24 ч). Отсроченную операцию (через 3—5 сут) выполняют больным механической желтухой и больным, у которых после клинического улучшения вследствие проводимого консервативного лечения появились признаки обострения заболевания или деструкции желчного пузыря.

Хороший терапевтический эффект оказывает разработанная нами схема целенаправленной коррекции нарушений гомеостаза путем внутривенного капельного введения смеси незаменимых аминокислот (альвезина), ингибиторов протеаз (контрикала и эпислон-аминокапроновой кислоты), иммуностимулятора (продигиозана) и препарата неспецифической гипосенсибилизации (димедрола). Перечисленные мероприятия уменьшили послеоперационную летальность до 9,5 %.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Н.А.САЛОХИДДИНОВ¹, Ш.Х.КОСИМОВ²

1-Ферганский филиал РНЦЭМП

2-Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Повреждения паренхиматозных органов брюшной полости относятся к числу относительно нечастых, но, как правило, сложных для диагностики и тяжело протекающих повреждений. Они встречаются у 1-8% пострадавших с травмой живота (Агаханова К.Т., соавт. 2018 г.). Летальность при изолированной травме поджелудочной железы высокая – от 17,5 до 32,3%, а при сочетанных повреждениях она достигает 40-57% (Степанов Е.В., соавт. 2018 г.; O.J.Garden et al., 2013). Современная диагностика и лечение пострадавших с травмами паренхиматозных органов брюшной полости является актуальной проблемой хирургии повреждений (Норкузиев Ф.Н., соавт. 2018 г.; Kjetil Soreide et al, 2018, S.Dave 2020).

Цель работы. Показать возможности консервативного и минимально-инвазивного лечения пострадавших с повреждением паренхиматозных органов при закрытых травмах живота.

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения неоперативных и мини-инвазивных хирургических методов лечения у 32 пострадавших с закрытой травмой живота, получавших стационарное лечение в отделении 1-Экстренной абдоминальной хирургии ФФРНЦЭМП. Обстоятельства получения травмы: дорожно-транспортное происшествие - 17 [53,1%], падение с высоты - 13 (40,6%), прочие - 2 (6,3%). Мужчин - 17 (53%), женщин - 15 (47%). Средний возраст - 35,1±14,3 лет. Пострадавшие изучаемой группы имели стабильную гемодинамику, среднее систолическое АД при поступлении - 111,2±23,1 мм. рт. ст. Оценку тяжести травмы проводили по шкале 155, средний балл - 25,1±9,0. При поступлении пострадавшим выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. Для

верификации источника кровотечения применяли спиральную компьютерную томографию (СКТ) с контрастным усилением, ангиографию, лапароскопию. Тяжесть повреждения органов брюшной полости оценивали по классификации Американской ассоциации хирургов-травматологов (AAST). На всем протяжении лечения пострадавшим выполняли контрольные УЗИ брюшной полости.

Полученные результаты и выводы. По данным УЗИ брюшной полости при поступлении у всех пострадавших выявлен небольшой объем (<500 мл) свободной жидкости. Диагностированы повреждения печени у 17, селезенки - 13, почек - 5 пострадавших. Наиболее часто диагностировали повреждения селезенки и печени 1-III степени (по AAST). У двоих пострадавших было отмечено повреждение нескольких паренхиматозных органов.

Показаниями к консервативному лечению 18 пострадавших были: отсутствие признаков повреждения сосудов при СКТ-исследовании с контрастным усилением и перитониальных симптомах. Ангиография с эмболизацией выполнена 6 пострадавшим, у которых по результатам СКТ выявлены признаки экстравазации контрастного вещества. Показанием к лапароскопии у 11 пациентов было отсутствие экстравазации контраста при СКТ-исследовании живота и подозрение на повреждение полых органов и диафрагмы.

В одном случае в связи с увеличением объема подкапсульной гематомы по данным УЗИ органов брюшной полости и болевого синдрома в левом подреберье выполнена лапароскопическая спленэктомия. У другого пострадавшего в связи с неэффективным гемостазом после проведенной эндоваскулярной эмболизации и увеличением объема гемоперитонеума на контрольном УЗИ выполнена лапаротомия, спленэктомия.

Выводы. Консервативное и минимально-инвазивное лечение пострадавших с сочетанной закрытой травмой живота позволяет избежать выполнения более травматичных оперативных вмешательств. На сегодняшний

день не существует четких критериев отбора пациентов для применения консервативного и минимально-инвазивного лечения пострадавших с закрытой травмой живота, что требует дальнейшего изучения и обсуждения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Г.Н.Райимов, Ш.Х.Косимов, Ф.У.Нигматова

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Диагностика заболеваний желудка у больных сахарным диабетом (СД) представляет значительные трудности, так как поражение желудка встречается значительно чаще, чем можно предположить по жалобам больных. Большинство исследователей утверждает, что при СД наблюдается дисфункция желудка, которая выражается чаще всего замедлением моторики, нарушением эвакуации, депрессией секреторной и кислотообразующей и ослаблением пепсинообразующей функции желудка. Данные гистологического, гистохимического и электронно-микроскопического исследования биоптатов слизистой желудка, полученные у больных СД, свидетельствуют о том, что в основе дисфункции желудка лежит глубокая дезорганизация сосудистого русла, приводящая к развитию дистрофических процессов в железистом аппарате и строме желудка. Доказано, что функционально-морфологические изменения желудка у больных СД находятся в прямой зависимости от микроциркуляторного русла организма.

Целью нашей работы явилось изучение функционального состояния органов желудочечно-кишечного тракта больных Сахарным диабетом 2-типа при различных функциональных нарушениях со стороны желудка.

Под наблюдением находилось 160 больных СД (79 мужчин и 31 женщина) в возрасте преимущественно от 25 до 55 лет (122 человека). Легкая форма заболевания наблюдалась у 28 больных, средняя — у 62 и тяжелая — у 70. Длительность заболевания от 5 до 10 лет была у 90 больных, до 2 — у 21, более

10 лет — у остальных.

Вес тела был пониженным или нормальным у 98 больных, повышенным — у 62. Повышение артериального давления зарегистрировано у 41 больного. Лишь у 36 из общего числа обследованных были жалобы, указывающие на наличие желудочной либо кишечной дисфункции: боли в области эпигастрия — у 20 больных, чувство переполнения после еды — у 31, вздутие живота — у 16, отрыжка — у 16, неустойчивый стул — у 11. В анамнезе у 9 больных — хронический гастрит с секреторной недостаточностью до развития СД. Все больные поступили в стационар с декомпенсацией углеводного обмена. У 91 больного нарушен липидный обмен (гиперхолестеринемия, гиперлипопротеинемия).

У 98 больных клинически выявлены сосудистые изменения в виде микроангиопатий (ретинопатия, нефропатия), у 32 установлено ослабление пульсаций артерий стоп, у 24 — наличие трофических расстройств дистальных отделов нижних конечностей (атрофия мышц, гиперкератоз, деформация и ломкость ногтей, гиперпигментация), у 6 больных — сухая гангрена, у 3 — ампутация пальцев стоп по поводу гангрены, у 38 — начальные явления полинейропатии, а у 32 — выраженные.

У больных, имевших жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (36 человек), исследовали желудочно-кишечный тракт (рентгенологически) и желудочный сок. У 31 больного констатировано нарушение секреторной функции желудка в виде уменьшения объема как базального, так и выделенного в ответ на инъекцию гистамина. Снижение концентрации свободной соляной кислоты выявлено у подавляющего числа обследованных (29 больных). При рентгенологическом исследовании желудка у 16 больных обнаружено нарушение моторики (замедление или ускорение эвакуации). У 2 больных рентгенологически и клинически выявлена язва двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, у больных СД выявлена патология желудка,

характеризующаяся ослаблением секреторной, кислотообразующей и моторной функций, что позволяет объективизировать важнейшее осложнение СД — микроангиопатию, наличие которой неизбежно выражается в патологии желудка.

Изменения функции желудка у больных СД могут быть обусловлены как прогрессированием сахарного диабета, так и применяемым лечением.

РОЛЬ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛТУХ

Ш.Ш.Дехконов, М.Х.Абдуллаев

Несмотря на большие достижения в диагностике заболеваний гепатобилиарной системы, практические возможности дифференциального диагноза интра- и экстрапеченочного холестаза остаются крайне неудовлетворительными. В условиях практической работы нередко весьма затруднительно на основании клинико-биохимических исследований определить вид желтухи. Особенно это касается длительно протекающих, терапевтически резистентных желтух неясного генеза. Клинико-биохимические трудности разграничения внутри- и внепеченочных холестазов объясняются тем, что компонент гепатоцеллюлярного поражения либо присутствует с самого начала, либо рано присоединяется. Именно по этой причине не всегда с уверенностью можно разграничить характер желтухи по активности печеночных ферментов. Отсюда наблюдаемая нередко гипердиагностика обструктивной желтухи, приводящая к неоправданной лапаротомии.

Внедрение в практику эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) позволило значительно улучшить диагностические возможности.

Под нашим наблюдением находилось 87 больных с синдромом холестаза

(женщин — 58, мужчин — 29 в возрасте от 43 до 78 лет).

У 18 больных на основании клинико-биохимического исследования и данных ЭРХПГ установлена паренхиматозная желтуха, и они были переведены в соответствующие лечебные учреждения.

В соответствии с диагностическими задачами, которые ставились перед исследованием, больные разделены на две группы.

Первую составили 28 больных, клинико-биохимические данные которых не позволяли судить о причине холестаза и которые длительное время находились в терапевтических стационарах с предполагаемым диагнозом болезни Боткина или хронического гепатита.. При ЭРХПГ у 10 диагностирован холедохолитиаз, у 3—рак внепеченочных желчных протоков, у 2 — рак большого дуоденального сосочка, у 8— рак поджелудочной железы. У 3 больных не было выявлено нарушения проходимости желчных протоков.

У 41 больного второй группы наличие механической желтухи не вызывало сомнений. Требовалось лишь определить уровень и характер обструкции желчных протоков.

У 28 больных выявлен холедохолитиаз, в том числе у 8 — в сочетании со стенозирующим папиллитом, а у 2 — со структурой гепатико-холедоха. Непроходимость дистального отдела холедоха, характерная для рака головки поджелудочной железы, на холангиограммах определялась у 11 больных. Рентгенологический диагноз совпал с операционным у 8 больных, у 3 больных обнаружен хронический индуративный панкреатит. У 2 больных данной группы при эндоскопии обнаружен рак большого дуоденального сосочка.

У 15 больных с клиническими проявлениями гнойного холангита осуществлено эндоскопическое ретроградное дренирование гепатико-холедоха. Заметное улучшение общего состояния и снижения уровня билирубина отмечено у всех больных. Через назобилиарный дренаж вводили в желчные протоки антибиотики и растворы антисептиков.

Таким образом, использование ЭРХПГ у 87 больных в сочетании с

клинико-биохимическими данными позволило дифференцировать характер холестаза и избежать лапаротомии у 21 больного. Перспективным является эндоскопическая назобилиарная декомпрессия у больных обструктивным холангитом, позволяющая в короткое время улучшить клинические и биохимические показатели данной категории больных.

PRP terapiya (Platelet-Rich Plasma): Zamonaviy davolash usuli.

Qoraboyev Jasurbek Mavlonjonovich

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot instituti asistenti.

Annotatsiya: PRP terapiya (Platelet-Rich Plasma) – bu trombositlarga boyitilgan qon plazmasidan foydalanib, shikastlangan to‘qimalarni tiklash va shifo berish maqsadida qo‘llaniladigan innovatsion usul. Bu usul tabiiy va xavfsiz bo‘lib, turli jarohatlar, kasalliklar va hatto go‘zallik muammolarini hal qilish uchun keng qo‘llanilmoqda.

Kalit so‘z: PRP terapiya, Trombositlarga boy plazma, Biologik davolash, Innovatsion tibbiyot, Soch to‘kilishi, Yallig‘lanishni kamaytirish, To‘qimalarni tiklash, Qon plazmasi, Minimal invaziv terapiya, PRP inyeksiyasi.

PRP qanday tayyorlanadi?

PRPni tayyorlash maxsus jarayonni talab qiladi:

1. Qon olish: Bemordan kichik miqdorda qon olinadi (odatda 20-30 ml).
2. Sentrifugadan o‘tkazish: Olingan qon maxsus qurilmada aylantiriladi. Bu jarayon natijasida qon tarkibida trombositlarga boy qatlam ajratiladi.
3. Inyeksiya tayyorlash: Trombositlarga boy plazma (PRP) maxsus usulda shikastlangan yoki muammoli sohalarga yuboriladi.

PRP terapiya qanday ishlaydi?

Trombositlar tarkibida to‘qimalarni tiklashni tezlashtiruvchi biologik faol moddalar – o‘shish omillari mavjud. Ular: Yangi qon tomirlarini hosil qilish,

Kollagen ishlab chiqarishni rag‘batlantirish, Yallig‘lanishni kamaytirish, Hujayra yangilanishini tezlashtirishda muhim rol o‘ynaydi.

PRP terapiya qayerda qo‘llaniladi?

PRP terapiya bir nechta sohalarda muvaffaqiyatli qo‘llaniladi. Quyida uning asosiy qo‘llanilish yo‘nalishlari keltirilgan:

1. **Ortopediya:** Tizza, elka va boshqa bo‘g‘imlardagi yallig‘lanish va og‘riqlarni kamaytirishda. Pay va mushaklarning jarohatlarini davolash. Artrit va artroz kasalliklarini yengillashtirish.

2. **Kosmetologiya:** Soch to‘kilishini davolash: PRP bosh terisiga kiritilganda soch follikulalarini rag‘batlantiradi va yangi soch o‘sishini ta‘minlaydi. Terini yoshartirish: Ajinlarni kamaytirish, teri elastikligini oshirish va husnbuzar izlarini yengillashtirish uchun. Yaralarni tiklash: Akne, keloid yoki boshqa jarohatlar qoldirgan izlarni yo‘qotishda yordam beradi.

3. **Sport tibbiyoti:** Sportchilar orasida mushak va pay jarohatlarini davolashda keng qo‘llaniladi. PRP mushak to‘qimalarining tiklanishini tezlashtiradi. Boshqa jarrohlik davolash usullaridan oldin yoki keyin rehabilitatsiya jarayonini tezlashtirish maqsadida.

4. **Dermatologiya:** Terining quruqligi, pigmentatsiya va boshqa teri muammolarini yengillashtirish uchun.

5. **Stomatologiya:** Tish implantatsiyasidan keyin jarohatlarning tez bitishini ta‘minlash. Og‘iz bo‘shlig‘idagi yumshoq to‘qimalarni tiklash.

PRP terapiya jarayoni qancha davom etadi?

PRP inyeksiyasi odatda 30-60 daqiqa davom etadi. Bemor birinchi seansdan keyin o‘zini yengil his qilishi mumkin, lekin optimal natijaga erishish uchun odatda bir nechta seans tavsiya etiladi.

PRP terapiyaning afzalliklari:

Tabiiy usul: PRP bemorning o‘z qoni asosida tayyorlanadi, bu esa xavf va allergik reaksiyalar ehtimolini kamaytiradi.

Davolanish tezligi: PRP tananing tabiiy tiklanish jarayonlarini rag‘batlantiradi, bu esa bemorning tezroq tiklanishiga yordam beradi.

Minimal invazivlik: Ushbu usul jarrohlik aralashuvisiz amalga oshiriladi.

Universallik: Har xil kasallik va jarohatlarni davolash imkoniyati mavjud.

Nojo‘ya ta’sirlar va xavfsizlik masalalari,

PRP terapiya odatda xavfsiz hisoblanadi. Ammo ba’zida quyidagi nojo‘ya ta’sirlar kuzatilishi mumkin: Inyeksiya joyida og‘riq, shish yoki qizarish. Kamdan-kam hollarda yallig‘lanish yoki infektsiya. Shuning uchun PRP terapiya faqat malakali mutaxassis tomonidan bajarilishi lozim.

PRP terapiya kimlarga mos emas?

Qon kasalliklari bilan og‘rigan bemorlar.

Qonda trombositlar darajasi past bo‘lganlar.

O‘tkir infeksiyalar yoki yallig‘lanishlar mavjud bo‘lgan holatlar.

Xulosa

PRP terapiya bugungi kunda tibbiyot va kosmetologiyada inqilobiy usullardan biri hisoblanadi. Uning tabiiy va xavfsizligi, keng ko‘lamda qo‘llanilishi uni zamonaviy davolash vositasiga aylantirdi. Agar siz sog‘lom va sifatli tiklanishni istasangiz, PRP terapiya siz uchun qulay va samarali yechim bo‘lishi mumkin.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Б.О.Ахмадбеков.¹ И.И.Маматов²

¹Ферганский институт общественного здоровья

²Кушитетинский районный медицинский союз Врач Хирург

Введение

Язвенные кровотечения из двенадцатиперстной кишки представляют собой серьезную медицинскую проблему, особенно у пожилых пациентов, у которых повышен риск осложнений из-за сопутствующих заболеваний и возрастных изменений. Эффективная хирургическая тактика требует комплексного подхода и индивидуального подхода к каждому пациенту.

Цели и задачи

Цель данного исследования заключается в анализе современных подходов к хирургической тактике лечения язвенных кровотечений из двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста. Задачи включают:

- Оценку клинических проявлений и диагностики.
- Определение показаний к хирургическому вмешательству.
- Анализ современных методов хирургического лечения и их эффективности.

Клинические проявления

Язвенные кровотечения могут проявляться следующими симптомами:

- Гематомезис (рвота с кровью).
- Мелена (черный стул).
- Абдоминальная боль и признаки шока.

Диагностика

Для диагностики используются:

- Эндоскопия для визуализации источника кровотечения и возможного вмешательства.
- Лабораторные исследования для оценки уровня гемоглобина и коагуляции.

- КТ или УЗИ для оценки состояния органов брюшной полости.

Хирургическая тактика

Современные подходы к хирургической тактике включают:

1. Эндоскопическая гемостаза - предпочтительный метод для остановки кровотечения, особенно в стабильных пациентах.
2. Хирургическое вмешательство - показано при неэффективности эндоскопии или при рецидивирующих кровотечениях.

методы исследования.

- Резекция двенадцатиперстной кишки - показана при больших язвах или при наличии злокачественных изменений.
- Сшивание язвы (пептидная гастроэнтеростомия) - может быть выполнено у стабильных пациентов с хорошим прогнозом.
- Параллельные методы - такие как антрактомия, могут быть использованы в зависимости от клинической ситуации.

Результаты и обсуждение

Современные методы лечения язвенных кровотечений демонстрируют высокую эффективность и низкую летальность при условии раннего обращения за медицинской помощью и адекватного хирургического вмешательства. Однако необходимо учитывать возрастные изменения и сопутствующие заболевания, которые могут влиять на выбор метода лечения и его результаты.

Заключение

Современные подходы к хирургической тактике лечения язвенных кровотечений из двенадцатиперстной кишки у пожилых пациентов должны быть индивидуализированы с учетом общего состояния здоровья, сопутствующих заболеваний и степени кровопотери. Мультидисциплинарный подход и сотрудничество между гастроэнтерологами и хирургами являются ключевыми для достижения оптимальных результатов лечения.

Указатель литературы

ENDOSCOPIC METHODS OF HEMOSTASIS AND SURGICAL TACTICS FOR
ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING IN THE ELDERLY
(LITERATURE REVIEW)

B Abdullajanov, A Botirov, B Akhmadbekov, N Bozorov, F Khamidov

Science and innovation 3 (D7), 21-31

ОСОБЕННОСТИ ТИПОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ
РЕЦИДИВНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

БР Абдуллажанов, БО Ахмадбеков, АК Ботиров, АЗ Отакузиев

INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY 1 (2), 64-71

РОЛЬ СОСТОЯНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И НТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ
СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ЯГДК У ПОЖИЛЫХ

БО Ахмадбеков, БР Абдуллажанов, АК Ботиров, АЗ Отакузиев

INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY 1 (2), 7-14

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОЖИЛОМ
ВОЗРАСТЕ

БЖА Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ахмадбеков Б.О., Отакузиев А.З ...

РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ
ТИББИЁТ ВА СПОРТ MEDICINE ANDIJAN ...

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ БЫСТРЫХ ИСХОДОВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

¹Б.О.Ахмадбеков. ²Ж.Тошматов

¹Ферганский институт общественного здоровья

²Кушитетинский районный медицинский союз Врач Хирург

Введение

Гастродуоденальные кровотечения представляют собой одно из наиболее серьезных осложнений язвенной болезни, особенно у пожилых людей. Учитывая возрастные изменения в организме, а также наличие сопутствующих заболеваний, клиническая оценка и быстрое реагирование на такие состояния имеют решающее значение для снижения смертности и улучшения качества жизни пациентов. В данной статье рассматриваются современные методы клинической оценки быстрых исходов гастродуоденальных кровотечений у пожилых пациентов.

Актуальность проблемы

Язвенная болезнь является распространенным заболеванием среди пожилых людей, и гастродуоденальные кровотечения могут возникать из-за различных факторов, включая длительное применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), курение, алкоголь и стресс. По данным исследований, частота гастродуоденальных кровотечений у пожилых людей может достигать 20-30%, что требует особого внимания со стороны медицинских работников.

Методы клинической оценки

Современные методы клинической оценки гастродуоденальных кровотечений включают:

1. Клинические шкалы оценки:

- Шкала Блэка (Blatchford Score): используется для первоначальной оценки риска у пациентов с верхними гастроинтестинальными кровотечениями.

- Шкала А-И (AIMS65): позволяет оценить прогноз пациентов на основе клинических параметров, таких как возраст, уровень гемоглобина, наличие сопутствующих заболеваний и др.

2. Лабораторные исследования:

- Общий анализ крови для определения уровня гемоглобина и гематокрита, что позволяет оценить степень анемии.
- Коагулограмма для выявления нарушений гемостаза.

3. Инструментальные методы:

- Гастроскопия: является золотым стандартом для диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений. Позволяет не только визуализировать источник кровотечения, но и проводить терапевтические вмешательства (коагуляция, клипирование).
- Компьютерная томография (КТ): используется в случаях, когда гастроскопия невозможна или требуется дополнительная информация о состоянии органов.

4. Мониторинг и динамическая оценка:

- Регулярный мониторинг жизненно важных показателей (артериальное давление, частота сердечных сокращений) для оценки состояния пациента.
- Оценка клинического состояния и динамики гемодинамических показателей.

Результаты и обсуждение

Современные методы клинической оценки позволяют быстро и точно определить степень тяжести гастродуоденальных кровотечений, а также адаптировать лечение в зависимости от индивидуальных особенностей пациента. Исследования показывают, что использование шкал оценки и ранняя гастроскопия значительно снижают риск повторных кровотечений и улучшают исходы.

Важно отметить, что у пожилых пациентов часто наблюдаются сопутствующие заболевания, которые могут усложнять клиническую картину. Поэтому индивидуализированный подход к лечению и мониторингу

состояния является ключевым фактором в успешном управлении этими пациентами.

Заключение

Современные методы клинической оценки гастродуоденальных кровотечений у пожилых людей включают использование клинических шкал, лабораторных и инструментальных исследований, а также динамический мониторинг состояния. Эти подходы позволяют своевременно выявлять и эффективно лечить осложнения язвенной болезни, что существенно улучшает прогноз для данной группы пациентов. Необходимы дальнейшие исследования для оптимизации методов диагностики и лечения, а также для разработки протоколов, учитывающих возрастные особенности и сопутствующие заболевания.

Указатель литературы

[ENDOSCOPIC METHODS OF HEMOSTASIS AND SURGICAL TACTICS FOR ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING IN THE ELDERLY \(LITERATURE REVIEW\)](#)

В Abdullajanov, A Botirov, В Akhmadbekov, N Bozorov, F Khamidov
Science and innovation 3 (D7), 21-31

[ОСОБЕННОСТИ ТИПОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА](#)

БР Абдуллажанов, БО Ахмадбеков, АК Ботиров, АЗ Отакузиев
INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY 1 (2), 64-71
[РОЛЬ СОСТОЯНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И НТИСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ЯГДК У ПОЖИЛЫХ](#)

БО Ахмадбеков, БР Абдуллажанов, АК Ботиров, АЗ Отакузиев
INTERNATIONAL JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY 1 (2), 7-14

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОЖИЛОМ
ВОЗРАСТЕ

БЖА Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ахмадбеков Б.О., Отакузиев А.З ...
РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ
ТИББИЁТ ВА СПОРТ MEDICINE ANDIJAN ...

**Бронхиал астма ва сурункали ўпка обструктив касаллиги билан
хасталанган беморларни бронхообструктив синдромини фармакологик
даволашда учталик турғун комплекс универсал усули**

**Фиксированная тройная комбинация как универсальный инструмент
фармакотерапии бронхообструктивного синдрома у пациентов с
бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких**

Р.Э.Мамаджанов

Фаргона шаҳар жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Аннотация: Бронхиал астма ва сурункали ўпка обструктив касаллигини даволашда бекламетазон / гликопиррония бромид / форматерол фуморат комбинацияни қўллаганда ингаляцион глюкокортикостероидлар максимал дозанинг ишлатилиши сақланиб қолади.

Илмий изланишлар шуни кўрсатадики, ингаляцион глюкокортикостероид + узок таъсир этувчи бетта 2-агонист + узок таъсир этувчи антихолинергик препаратларининг бир вақтда қулланилиши сурункали ўпка обструктив касаллиги ва бронхиал астмада ижобий натижа беради.

Калит сўзлар: бронхиал астма, ингаляцион глюкокортикостероид, обструкция.

Аннотация: назначение комбинации беклометазон / гликопиррония бромид / формотерола фумарат позволяет избежать назначения ингаляционных глюкокортикостероидов в максимальных дозах.

Научные исследования показывают, что одновременное применение ингаляционного глюкокортикостероида, длительно действующего бета 2-агониста и длительно действующего антихолинергического препарата при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких даёт положительный эффект.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ингаляционный глюкокортикостероид, обструкция.

Сурункали ўпка обструктив касаллиги билан хасталанган беморларнинг айримларида ингаляцион глюкокортикостероидга таъсири бўлмади, бир неча ҳолатларда эса препаратлар қабул қилинганда ноҳуш оқибатлар келиб чиқиши мумкин. Аввал ингаляцион глюкокортикостероидларни тавсия қилишда оддий маркер сифатида ЖХЧХ₁ талаб этилгандан <50% олинган эди. Кейинчалик бу маркернинг тўғри эмаслиги аниқланган, чунки бунинг учун маълумотлар етарли даражада бўлмаган. Шу маълумотларга асосланиб, сурункали ўпка обструктив касаллигида қон таҳлилида эозинофиллар сонига боғлиқ ингаляцион глюкокортикостероидлар дозасини қуллашга алоҳида эътибор қаратилди. Аммо илмий изланишлар шуни кўрсатдики, қон таҳлилидаги эозинофиллар сонининг ингаляцион глюкокортикостероидларга бўлган эҳтиёжини боғлаб бўлмади. Охириги клиник тавсияларга кўра, СЎОКда иккита препаратлар қўлланилганда кутилган натижа бўлмаганлиги ёки эозинофиллар сони 300 хужайра/мкл ва ундан ортиқ бўлганда глюкокортикостероидлар қулланиши вазиятли зарурат деб ҳисобланмаганлиги аниқланди.

1 жадвал. СЎОК беморларга тайинлаш учун учталиқ комбинациялар

Параметрлар	БДП/ФОРМ/ГЛИ	БУД/ФОРМ/ГЛИ	ФФ/ВИЛ/УМЕ
Етказиш воситаси	ЭМД ДАИ	ДАИ	ПИ
Таъсир этувчи модданинг тури	Эритма	Косуспензия	Кристалллар
Ўрта аэродинамик заррача диаметри, мкм	1,1	3,2	3,4
Периферик депозиция, % дозадан	67,6	50,0	43,3
Белгилар: ЭМД – экстрамайдадисперсли, БУД- будесонид, ВИЛ-вилантерол, УМЕ-умеклидиния бромид, ФФ- флутиказона фураат.			

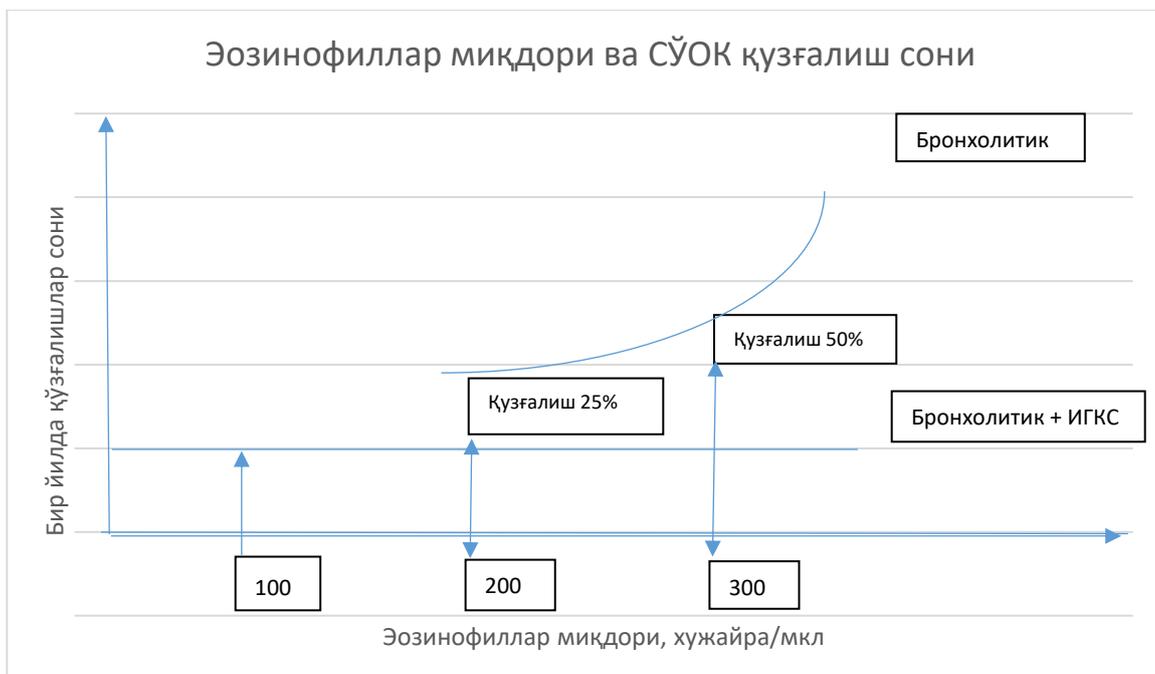
2 жадвал. СЎОК беморларда учталиқ комбинация қўлашда асосий тадқиқотлар

Параметры	БДП/ФОРМ/ГЛИ	БУД/ФОРМ/ГЛИ	ФФ/ВИЛ/УМЕ
III даврнинг асосий тадқиқоти	TRIBUTE	ETHOS	ИМРАСТ
Солиштирув препарати	ИНД/ГЛИ	ФОРМ/ГЛИ ва БУД/ФОРМ	ВИЛ/УМЕ ва ФФ/ВИЛ
Иштироқчилар сони, абс	1532	8509	11355
Кузатув муддати, хафта	52	52	52
ЖХЧХ ₁ , % талаб этилгандан	<50 (ўртача 36)	25-65 (ўртача 43)	<80 (ўртача 46)

ЖХЧХ ₁ билан беморлар қисми <50 талаб этилгандан, %	100	71	64
Анамнезида БА мавжуд бўлган пациентлар	Киритилмаган	Киритилиш мумкин эди	Киритилиш мумкин эди
Киритилишдан олдин ИГКС қабул қилган беморлар қисми, %	66	80	71
Киритилишдан олдин учталик даво қабул қилган беморлар қисми, %	0	39	39
Ўрта ва оғир кузғалишларни пасайиш сони, хавф дахлдорлиги	0,85 (p=0,043)	0,76 (p<0,001) vs ФОРМ/ГЛИ 0,87	0,78 (p<0,001) vs ВИЛ/УМЕ 0,85
ИНД -индакатерол			

Ўтказилган илмий тадқиқотлар натижасида аниқландики, СЎОКда фақат бронхолитиклар қўлланганда эозинофиллар миқдорининг ривожланиши кузғалишлар сонига боғлиқ бўлган.

Масалан, периферик қонда эозинофиллар миқдори 200 хўжайра/мкл бўлса, касаллик қузғалишлари тахминан 25%га ортади, 100 хўжайра/мкл га нисбатан. Агар бронхолитик восита ва ингаляцион глюкокортикостероид бир вақтда қўлланса, қон тахлилидаги эозинофиллар сони баланд ва паст бўлган беморларда келажакда касаллик қузғалишининг ривожланишида фарқи бўлмайди, бир даражада пасаяди.



Нега учталик комбинация эозинофилия паст бўлган беморларда эффективлиги сақланмоқда? Балки, бир ингаляторда учта препарат - бу қулай жамланмасидир. Шу қаторда таркибидаги ҳар бир препарат синергист сифатида қатнашади, яъни бир-бирининг таъсирини кучайтиради.

Шунинг учун, агар ГКС эозинофилларга таъсир этмаса (масалан, беморда бу хужайралар жуда кам), улар бета 2-агонист ва антихолинергик препаратлар таъсирини кучайтиради.

P.Rogliani et al. тажрибаларда аниқлашдики, беклометазон дипропионатни форматерол фумарат билан гликопиррония бромид комбинациясига қўллаганда ўрта бронхлар 17,5%, майда бронхларда эса 15,2% мушак релаксациясини таъминлайди.

Биринчидан, ингаляцион глюкокортикостероид бета 2-рецепторлар сонини оширади, бета 2-агонист эффектини кучайтиради. Иккинчидан, ингаляцион глюкокортикостероид аденилатциклаза фермент фаоллигини кучайтириш хусусиятига эга. Бета 2-адренорецепторлардан сигнал ўтказувида мухим роль уйнайди. Ва ниҳоят, ингаляцион глюкокортикостероид сезиларли даражада M₃-холинорецепторлар таъсирчанлигини пасайтиради. Экспертлар биринчи навбатда касалликнинг кузғалиши ва ЖХЧХ₁ ошишига эътибор қаратиб, кўпинча бу комплекслар: узок таъсир этувчи бета агонистлар + узок таъсир этувчи антихолинергик препаратлар қўллашини назардан чиқарган.

Ингаляцион тез таъсир этувчи бета 2-агонистлар ҳамда ингаляцион M-холинолитиклар комбинацияси			
Халқаро патентлан-маган номланиши (ХПН)	Препаратнинг савдо номланиши	Ишлаб чиқариш шакли	Ёши бўйича чегараланиши
Фенотерол+ Ипратропия бромид (таъсир бошланиши 5-15 дақиқадан сўнг, таъсир давомийлиги - 6-8 соатгача)	Беродуал Н Беродуал	Аэр. инг. дозалаш у/н (200доза) фенотерол 50 мкг/доза +ипратропия 20 мкг/доза Инг. у/н эритма фл. кап. 20 мл фенотерол 0,5 мг/мл + ипратропия 0,25 мг/мл (1 кап. = фенотерол 25 мкг+ ипратропия 12,5 мкг)	ДАИ – 6 ёшдан сут/3махал 6 ёшгача эхтиёткорлик билан 2 кап/кг тана вазнига 1 доза МСД =1,5мл

Салбутамол +ипратропия бромид	Ипрамол Стери-неб	Небулы – ингаляция у/н эритма сал. 1 мг/мл+ипр.0,25 мг/мл ПЭТ ампулада 2,5 млдан	12 ёшдан
-------------------------------------	----------------------	---	----------

СЎОК базали даволашда асосий дори воситалари

Препаратлар	Бир марталик доза			Таъсир давомийлиги (соат)
	Ингаляция учун (ускуна,	Небулайзер даволаш учун	Ичиш учун (мг)	
Қисқа таъсир этувчи бета 2-агонистлар				
Фенотерол	100-200			4-6
сальбутамол	200 (ДАИ)	2,5-5,0	4	4-6
Узоқ таъсир этувчи бета 2-агонистлар				
Формотерол	4,5-12,0 (ДАИ ДПИ)			12
Индакатерол	150-300 ДПИ			24
Қисқа таъсир этувчи антихолинергик препаратлар				
Ипратропия	40-80 ДАИ	0,25-0,50		6-8
Узоқ таъсир этувчи антихолинергик препаратлар				
Тиотропия	18 ДПИ,			24
Гликопиррония	50 ДПИ			24
Аклидиния	322 ДПИ			12
Умеклидиния	55 ДПИ			24
Ингаляцион глюкокортикостероидлар				
Беклометазон	50-500 ДАИ	0,2-0,4		12
Будесонид	100,200,400	0,25; 0,5; 1,0		12
Флутиказона	50-500 ДАИ			12
Комбинация ҚТЭАХ+УТЭАХ				
Фенотерол + ипратропия	100/40-200/80 ДАИ	1,0-0,5		6-8
Сальбутамол + Ипратропия		2,5-0,5		6-8
Комбинация УТЭАХ+УТЭБА				
Гликопиррония бромид +	50-110 ДПИ			24
Тиотропия бромид +	2,5/2,5 Респимат			24

Адабиётлар:

1. Практическая пульмонология. 2024 г. | № 2
2. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Архипов В.В., Белевский А.С., Визель А.А., Демко И.В., Емельянов А.В., Зайцев А.А., Игнатова Г.Л., Княжеская Н.П., Куделя Л.М., Лещенко И.В., Овчаренко С.И., Синопальников А.И., Трофименко И.Н., Федотов В.Д., Хамитов Р.Ф. Назначение/отмена ингаляционных глюкокортикостероидов у больных хронической обструктивной болезнью легких как терапевтический континуум в реальной клинической практике. Пульмонология 2023;33(1):109-18.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2024 Report. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/> Accessed 2024 Aug 27.
4. Barnes PJ. Oxidative stress in chronic obstructive pulmonary disease. Antioxidants (Basel, Switzerland) 2022 May;11(5):965.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ ЭРИТЕМАТОЗНОГО ГАСТРИТА У МОЛОДЫХ С НЕПРАВИЛЬНЫМ ОБРАЗОМ ЖИЗНИ И ПУТИ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ.

Косимова Зухра Мадаминжановна

Шамсидинова Мафтуна Баширжон кизи

Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья

Введение: Эритематозный гастрит — это воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка, которое характеризуется изменениями, включая покраснение и отёк. У молодых людей, ведущих неправильный образ жизни (нерегулярное питание, злоупотребление алкоголем, курение и стресс), риск развития этого заболевания возрастает. Эритематозный гастрит может вызывать серьёзные осложнения, если его не диагностировать своевременно и не назначить соответствующее лечение. Настоящая статья посвящена современным подходам к диагностике этого заболевания, а также его профилактике и лечению.

Актуальность

Эритематозный гастрит, характеризующийся воспалением слизистой оболочки желудка с покраснением и отёком, становится всё более распространённым заболеванием среди молодёжи, особенно среди людей, ведущих неправильный образ жизни

По данным Всемирной организации здравоохранения, гастрит и другие заболевания желудочно-кишечного тракта занимают одно из первых мест среди заболеваний у молодёжи. В частности, исследование показало, что около 30-40% молодых людей в возрасте от 18 до 30 лет испытывают симптомы, связанные с гастритом, включая боль в животе и изжогу.

Хронический характер заболевания и его прогрессирование могут приводить к более серьёзным состояниям, таким как язвенная болезнь и рак желудка, что делает своевременную диагностику и лечение особенно важными.

Исследования показывают, что неправильный образ жизни может усугублять воспалительные процессы, вызывая дальнейшие изменения в слизистой оболочке и способствуя развитию хронических гастритов. Это подчёркивает необходимость комплексного подхода к проблеме, который включает в себя как диагностику, так и профилактику заболевания.

Кроме того, недостаток системных исследований, направленных на изучение специфических факторов риска и эффективных стратегий профилактики и лечения эритематозного гастрита у молодежи, делает данную тему крайне актуальной для дальнейших научных изысканий. Образовательные программы и инициативы по повышению осведомленности о значимости здорового образа жизни и ранних признаках заболеваний ЖКТ могут сыграть решающую роль в снижении заболеваемости и улучшении качества жизни молодежи.

Таким образом, изучение перспектив диагностики и эффективных методов лечения эритематозного гастрита у молодых людей с неправильным образом жизни является важной и актуальной задачей, требующей внимания как со стороны научного сообщества, так и со стороны клинической практики.

Цель исследования

Целью данного исследования является:

1. Оценка факторов риска, способствующих развитию эритематозного гастрита у молодёжи с неправильным образом жизни.
2. Определение современных методов диагностики данного заболевания.
3. Разработка рекомендаций по профилактике и лечению эритематозного гастрита у данной группы пациентов.

Материалы и методы

Дизайн исследования

В исследовании приняли участие 150 молодых людей в возрасте от 18 до 30 лет, обратившихся в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на

диспепсические расстройства. Все пациенты прошли тщательное клиническое обследование и анкетирование для выявления факторов риска.

Критерии включения и исключения

Критерии включения:

- Возраст от 18 до 30 лет.
- Наличие симптомов гастрита (боль в эпигастральной области, изжога, диспепсия).
- Положительный результат гастроскопии

Критерии исключения:

- Наличие других заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, опухоли).
- Инфекционные заболевания в анамнезе.
- Беременность и лактация.

Методы исследования

- **Анамнез:** опрос пациентов о пищевых привычках, уровне стресса, наличии вредных привычек (курение, употребление алкоголя).
- **Гастроскопия:** проведение эзофагогастродуоденоскопии для визуализации слизистой оболочки желудка.
- **Биопсия:** проведение биопсии для гистологического исследования и исключения других заболеваний.
- **Лабораторные исследования:** общий анализ крови, тест на *Helicobacter pylori*, исследование желудочного сока.

Результаты и обсуждение

Факторы риска

По результатам анкетирования 80% респондентов указали на нерегулярное питание, 60% — на стрессовые ситуации, а 55% — на злоупотребление алкоголем. Эти факторы значительно повышают риск развития гастрита.

Диагностика

Гастроскопия была проведена всем участникам, у 70% из них были выявлены характерные изменения, такие как покраснение и отёк слизистой оболочки. Гистологическое исследование подтвердило наличие воспалительных изменений, включая лимфоцитарную инфильтрацию, что является основным признаком эритематозного гастрита. У некоторых пациентов также были обнаружены признаки хронического гастрита, что свидетельствует о более длительном воспалительном процессе.

Дополнительно для оценки функционального состояния желудка проводились функциональные тесты, в том числе анализ на уровень желудочной кислоты и тесты на наличие хеликобактерной инфекции. У 30% пациентов была выявлена инфекция *Helicobacter pylori*, что потребовало назначения соответствующей терапии. Исследование уровня пепсина и гастрина у пациентов показало переменные результаты, что позволяет предположить различия в функциональной активности желудка.

Важным аспектом диагностики стали также опросники для оценки симптомов, связанных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, включая шкалы для определения уровня боли, изжоги и дискомфорта в области живота. Это позволило глубже понять клинические проявления и связь между симптомами и выявленными изменениями при гастроскопии и гистологическом исследовании.

Результаты диагностики показали необходимость комплексного подхода к лечению, включающего как медикаментозную терапию, так и изменения в образе жизни. Это подтверждает важность раннего выявления и адекватного лечения эритематозного гастрита, особенно у молодёжи с неправильным образом жизни, которая может быть более подвержена риску развития этого заболевания.

Профилактика и лечение

Профилактические меры:

- Образовательные программы о правильном питании и здоровом образе жизни.
- Психологическая поддержка для снижения уровня стресса.
- Регулярные медицинские осмотры для раннего выявления заболеваний ЖКТ.

Лечение:

Эффективное лечение эритематозного гастрита требует комплексного подхода, включающего медикаментозную терапию, коррекцию питания и применение дополнительных методов. Основные аспекты лечения включают:

- **Медикаментозная терапия:**

- **Антациды:** эти препараты помогают нейтрализовать желудочную кислоту, уменьшая симптомы изжоги и дискомфорта. Примеры включают антациды на основе алюминия, магния и кальция.

- **Ингибиторы протонной помпы (ИПП):** ИПП, такие как омепразол и лансопразол, снижают секрецию кислоты, что способствует заживлению слизистой оболочки и уменьшает воспаление.

- **Препараты, снижающие кислотность:** в некоторых случаях могут применяться блокаторы гистамина H₂ (например, ранитидин или фамотидин), которые помогают контролировать уровень кислотности в желудке.

- **Питательная терапия:**

- **Дробное питание:** рекомендуется соблюдать режим частого и дробного питания, что позволяет снизить нагрузку на желудок и предотвратить избыток кислоты. Питание должно включать легкоусвояемые продукты, такие как каши, варёные овощи и нежирное мясо.

- **Отказ от алкоголя и курения:** Алкоголь и никотин

- **Исключение раздражающих продуктов:** необходимо избегать острой, жирной, жареной пищи, а также газированных напитков и кофе, которые могут усугубить симптомы.

- **Физиотерапия:**

- Применение методов физиотерапии, таких как магнитотерапия и ультразвуковая терапия, может помочь улучшить кровообращение и

восстановление тканей слизистой оболочки, способствуя более быстрому заживлению.

- **Альтернативные методы лечения:**

- Использование фитотерапии и пищевых добавок, таких как экстракты алоэ вера, ромашки или корня солодки, может положительно повлиять на состояние слизистой оболочки желудка. Однако перед применением любых альтернативных методов необходимо проконсультироваться с врачом.

- **Психологическая поддержка:**

- Учитывая, что стресс и эмоциональное состояние могут оказывать значительное влияние на здоровье желудка, важно также включать элементы психологической поддержки

Таким образом, комбинированное лечение эритематозного гастрита, включающее медикаментозную терапию, коррекцию питания, физиотерапию и психологическую поддержку, обеспечивает более эффективный подход к борьбе с заболеванием и способствует улучшению качества жизни пациентов.

Клинический пример

Пациент 25 лет обратился с жалобами на постоянную боль в верхней части живота и изжогу. При гастроскопии был выявлен эритематозный гастрит. План лечения включал назначение ингибиторов протонной помпы, изменение режима питания и контроль стресса. Через 3 месяца симптомы значительно уменьшились, и повторная гастроскопия подтвердила улучшение состояния слизистой оболочки.

Выводы

Эритематозный гастрит является серьёзной проблемой среди молодёжи, ведущей неправильный образ жизни. Важно проводить раннюю диагностику и применять комплексный подход к лечению и профилактике этого заболевания. Образовательные программы и индивидуальный подход к

лечению могут существенно повысить осведомлённость молодых людей о значении здорового образа жизни и профилактических мерах.

Основные выводы исследования включают:

1. **Необходимость ранней диагностики:** ранняя гастроскопия и гистологическое исследование позволяют выявить изменения слизистой оболочки на ранних стадиях, что критически важно для предотвращения прогрессирования заболевания.
2. **Комплексный подход к лечению:** эффективная терапия должна включать не только медикаментозное лечение, но и коррекцию образа жизни, в частности рациональное питание, отказ от алкоголя и курения, а также управление стрессом.
3. **Образовательные инициативы:** проведение образовательных программ для молодежи по вопросам здоровья и правильного питания может способствовать снижению заболеваемости и повышению качества жизни.
4. **Индивидуализация терапии:** учитывая разнообразие клинических проявлений и факторов риска, лечение должно быть адаптировано к индивидуальным особенностям пациента, включая его образ жизни и сопутствующие заболевания.
5. **Долгосрочные результаты:** необходимы дальнейшие исследования, чтобы оценить долгосрочные результаты лечения эритематозного гастрита и его влияние на здоровье молодых людей.

Таким образом, для успешной борьбы с эритематозным гастритом у молодёжи необходимо объединить усилия медицинских работников, образовательных учреждений и общественных организаций, направленные на формирование здорового образа жизни и профилактику заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Список использованной литературы

1. Achilov, F. K., Khashimov, A. A., Abdukadirova, N. M., Bakaev, I. K., Tulaboeva, G. M., & Sh, T. Y. (2022). SOME PATHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF

- THE COURSE OF COVID-19 IN ELDERLY PERSONS AND OLD AGE. *British Medical Journal*, 2(1).
2. Achilov, F. K., Khashimov, A. A., Tulaboeva, G. M., & Sh, T. Y. (2022). ASPECTS OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN ELDERLY AND SENILE AGE. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 2(1).
 3. Khashimov, A. A., Sh, T. Y., Tulaboeva, G. M., Abdukadirova, N. M., & Akhmadaliev, B. K. (2022). PROGNOSTICATING THE RISK OF FATAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WHO UNDERWENT COVID-19. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 2(1).
 4. Tulaboeva, G. M., Sh, T. Y., Sagatova, X. M., Xusanov, A. A., & Abdukodirova, N. M. (2021). EFFICACY OF EMPAGLIFLOZIN IN OLDER PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH PRESERVED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION. *Art of Medicine. International Medical Scientific Journal*, 1(2).
 5. Tulaboeva, G. M., Sh, T. Y., Kamalov, B. B., Kh, S. K., & Abdukodirova, N. M. (2021). Efficacy of calcium antagonists in the treatment of older patients with arterial hypertension and diabetes mellitus. *British Medical Journal*, 1(1.2).
 6. **Основы гастроэнтерологии: европейский взгляд (2024)** — книга, написанная командой экспертов в области гастроэнтерологии, освещает ключевые аспекты диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. В частности, в ней обсуждаются современные подходы к лечению гастрита, в том числе эритематозного гастрита, а также роль образа жизни в развитии заболеваний.
 7. **Лечение гастрита у молодых людей: клиническое руководство (2024)** — в этой книге рассматриваются клинические случаи и рекомендации по лечению гастрита с акцентом на молодое население.
 8. **Руководство Европейского общества гастроэнтерологов по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (2024)** —

9. Важная роль правильного питания в профилактике гастрита. Медицинский журнал, 2023.
10. Helicobacter pylori и его роль в патогенезе гастритов. Международный журнал общественного здравоохранения, 2023.

Информация об авторах

Косимова Зухра Мадаминжановна

(ассистент кафедры “Предметов терапевтического направления”)

Шамсидинова Мафтуна Баширжон кизи

(Студентка 2021 группы лечебного факультета ФМИОЗ)

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ ПОДХОДЫ.

Азимова Гулноза Равшановна

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Одним из грозных осложнений портальной гипертензии (ПГ), развивающийся на фоне цирроза печени (ЦП), являются кровотечения из варикозных расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), приводящее к высокой летальности [1-7]. Множество предложенных различных методов лечения данного осложнения свидетельствует о низкой эффективности предложенных подходов и неудовлетворенности результатами их применения. Несмотря на прогрессивное развитие медицинских технологий, до сих пор остаются спорными и противоречивыми вопросы выбора лечебной тактики. Летальность после первого эпизода кровотечения достигает до 50%,

у 30% больных в течение первых 6 месяцев отмечается повторное кровотечение, в сроки наблюдения до 1 года – у 70%.

Арсенал лечебных методов включает в себя малоинвазивные эндоваскулярные и эндоскопические вмешательства, который обладают достаточно высокой эффективностью. Однако, несмотря на их высокую эффективность, открытые хирургические вмешательства остаются операцией выбора при неэффективности малоинвазивных методик.

Первые попытки хирургической коррекции ПГ были предприняты во второй половине XIX века Н.В. Экком, который впервые наложил анастомоз между *vena portae* и *vena cava inferior* [3].

В литературе приводятся множество различных вариации и методик хирургического лечения ПГ, большая часть которых не имеют клинической ценности и являются частью исторической хроники развития хирургии ПГ.

В зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства выделяют ургентные, проводимые по экстренным показаниям непосредственно во время кровотечения из ВРВПЖ, экстренно-отсроченные, проводимые после остановки кровотечения, и плановые, проводимые с целью профилактики кровотечения без эпизодов последнего в анамнезе [4, 5]. Логично, что наиболее предпочтительными являются плановые оперативные вмешательства, в то время как экстренные являются операцией «отчаяния» и сопряжены с высокими показателями летальности и осложнений.

В настоящее время методики хирургического лечения ПГ можно разделить на следующие виды:

- 1 – «непрямые», при которых формируются обходные венозные анастомозы, которые позволяют снизить давление в системе портальной вены;
- 2 – оперативные методики, заключающиеся в перевязке ВРВПЖ;
- 3 – пересадка печени.

Самыми часто применяемыми методики в настоящее время является наложение селективных вено-венозных анастомозов, в частности дистального

спленоренального анастомоза и мезентерико-кавального Н-образного анастомоза с использованием аутовенозной заплаты или аллопротеза. Положительными сторонами данных методик являются сравнительно невысокая частота летальных исходов и рецидивных кровотечений, надежность гемостаза [6, 7].

Наиболее частым осложнением данных методик является развитие тромбоза в зоне наложенного анастомоза, частота которого остается высокой. Рецидив кровотечения из ВРВ пищевода после данных операций колеблется от 24% до 45% случаев, а частота летальных исходов после плановых вмешательств доходит до 8%, в то время как после urgentных достигает 50 % [4, 6, 8-11].

В целом, операции по формированию сосудистых анастомозов рекомендованы к выполнению у пациентов класса А по Child-Pugh со стабильной гемодинамикой и отсутствием когнитивных нарушений [3, 6, 12].

Наиболее широкое применение на практике получили операции, направленные на разобщение гастроэзофагеального коллектора. Наиболее частыми осложнениями этих операций являются несостоятельность швов (частота достигает до 12%) и рецидив кровотечения (встречаемость колеблется от 8 до 20%). Частота летальных исходов варьирует от 8 до 30% [13].

Пионерами оперативных вмешательств по перевязке варикозных вен пищевода были J. Voerema (1949г.) и G. Crile (1950г.), которые предложили из торакотомного доступа производить продольную эзофаготомию с последующей перевязкой ВРВ пищевода отдельными (Voerema) или непрерывным (Crile) швами. Частота рецидивных кровотечений после данных вмешательств достигал 50%, а летальные исходы – 75% [3, 6, 14].

N. Tanner предлагает проводить субкардиальную гастротомию на 5 сантиметров ниже кардиального отдела желудка и сшиванием варикозных вен желудка. Недостатком данной операции, кроме ее травматичности, является

оставление коллатеральных экстрамуральных вен выше уровня гастротомии, что создает условия для рецидива кровотечения из ВРВЖ, частота которого достигает 45% случаев. Ряд авторов модифицировали операцию Таннера, заменив гастротомию клипированием стенки желудка или наложением на нее лигатур [15].

Одним из наиболее распространенных операций в странах СНГ, в том числе в Республике Узбекистан, является операция Пациора М.Д., предложенной в 1959 году. Ход операции состоит в проведении верхне-срединной лапаротомии, гастротомии по передней стенке от дна к малой кривизне, прошивании и перевязке вен кардии, проксимального отдела желудка и дистального отдела пищевода на протяжении 5 см выше кардиального перехода, швы накладываются с интервалом 8-10 мм. В шахматном порядке прошивают и перевязывают вены [4, 7, 14, 16].

Частота рецидивных кровотечений после операции М.Д. Пациора составляет 3-18,1% случаев, при этом возникновение их в раннем послеоперационном периоде связано с прорезыванием швов за счет перистальтики, а в позднем послеоперационном периоде – с язвенными изменениями слизистой на фоне нарушенного кровоснабжения. Частота летальных исходов после операции Пациора М.Д. на высоте кровотечения достигает до 31% [17, 18].

Отечественные авторы, во главе с академиком Назыровым Ф.Г., усовершенствовали операцию Пациора. Авторами производилась гастротомия длиной до 3 см ближе к малой кривизне желудка, не доходя около 3 см до вены Мейо. Через гастротомное отверстие в просвет желудка проводится гофрированная трубка диаметром 2,5 см, на которой как на каркасе ушивается желудок, а гофра сдавливает варикозные сосуды изнутри. Накладываются серо-серозные швы, а также производится скелетизация желудка и перевязка всех венозных коллатералей. Показатели летальности составляют около 25%, а рецидивов кровотечения – 5% [6, 19, 20].

В ряде зарубежных клиник проводится операция М. Sugiura и S. Futagawa, разработанная в 1973 году. Суть операции состоит в обширной деваскуляризации, транссекции пищевода, спленэктомии, ваготомии и пилоропластике. Результаты данной операции в контексте рецидивов кровотечения из ВРВПЖ являются наилучшими среди выживших больных, однако частота летальных исходов крайне высока в отдаленном послеоперационном периоде [21].

Проведен анализ результатов 5000 операций Sugiura, который показал, что частота летальных исходов после urgentных вмешательств достигает 55%, а после плановых - 20%; рецидивные кровотечения отмечались в 18%; 5-летняя выживаемость варьирует от 52 до 78%, что зависело от исходного состояния больного [22, 23].

Некоторые авторы пробовали практиковать изолированно лишь спленэктомию, однако ее выполнение никак не сокращает объем варикозных вен, а только снижает ПГ. Спленэктомия показана лишь при сегментарной внепеченочной ПГ, ведущей к кровотечению из ВРВ желудка из-за окклюзии vena lienalis; при наличии патологического сообщения между arteria и vena lienales [18, 24].

Некоторые авторы относили к показаниям к спленэктомии гиперспленизм, однако по статистике нет данных, подтверждающих улучшение состояния пациентов и снижения летальности [3, 6, 18, 25].

Многие авторы считают, что спленэктомия при разобщении портальной системы обоснована лишь теми ситуациями, когда увеличенная селезенка не дает полноценного доступа к ВРВ, выраженном гиперспленизме. Такие узкие показания обусловлены тем, что выполнение спленэктомии при разобщающих операциях повышает летальность на 30% [19, 26, 27].

Ряд современных клиник внедряют методики лапароскопических разобщающих операций. Суть операции аналогична открытым, однако существенно снижается травматичность вмешательства, несмотря на его

продолжительность, что приводит к снижению частоты летальных исходов и рецидивов кровотечения [10, 18, 20]. Несмотря на это, сложность выполнения данных операций не позволяет их ввести в рутинную практику.

Учитывая множество подходов к хирургическому лечению пищеводных кровотечений и их неудовлетворительные результаты, мы определили **цель исследования**, которая заключалась в усовершенствовании хирургического способа разобщения гастроэзофагеального коллектора и проведении его клинической оценки.

Клинический материал. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 20 пациентов, которые находились на стационарном лечении в отделение экстренной хирургии многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2010 по 2023 годы. В зависимости от лечебной тактики все пациенты были распределены на две клинические группы: контрольная и основная. В контрольную группу вошли 15 больных, которым была выполнена традиционная операция Пациора. В основной группе 5 пациентам произведен предлагаемый нами способ разобщения гастроэзофагеального коллектора.

Полученные результаты. В контрольной группы 15 больных были подвергнутых открытому оперативному лечению (после прошивания кровоточащих вен и операции Пациора).

Показаниями к оперативному лечению были: у 4 пациентов при поступлении отмечено профузное кровотечение, попытки установки зонда Блекмора или выполнения эндоскопического гемостаза были безуспешны; в 5 наблюдениях после установки зонда Блекмора гемостаз не достигнут, несмотря на переустановку зонда Блекмора и попыток выполнения эндоскопического гемостаза; в 3 случаях после лигирования варикозно расширенных вен отмечено рецидив кровотечения, что явилось причиной открытой операции; в 3 наблюдениях отмечено повторная геморрагия после сеансов склеротерапии. Из числа оперированных больных в 5 наблюдениях

отмечен рецидив кровотечения. Все пациенты были повторно оперированы. Интраоперационно источник кровотечения отмечалось поступление крови из средней части пищевода. Операция была завершена интраоперационной установкой зонда Блекмора. В раннем послеоперационном периоде в 3 случаях отмечен летальный исход. 2 больным выполнена чрескожная чреспеченочная портография с эмболизацией левой желудочной вены, что позволило достичь гемостаза и спасти жизнь пациентов.

При анализе результатов селективной флебографии, выявлена резко расширенная левая желудочная вена, питающая ВРВПЖ (рис. 1.).

После селективной установки катетера в левую желудочную вену, выполнена ее эмболизация спиралью Гиантурко и гемостатической губкой. При контрольной рентгенографии ВРВПЖ не заполняются (рис. 2.). При выполнении портоманометрии отмечалось увеличение портального давления, что также свидетельствовало об окклюзии левой желудочной вены.

Проведенные эндоваскулярные вмешательства показали, что во время выполнения открытых операций не всегда прошиваются вены, питающие ВРВПЖ, в частности ветви левой желудочной вены, которые нередко имеют перетоки или могут проходить вне стенок желудка, который прошивается во время операции Пациора (рис. 3.).

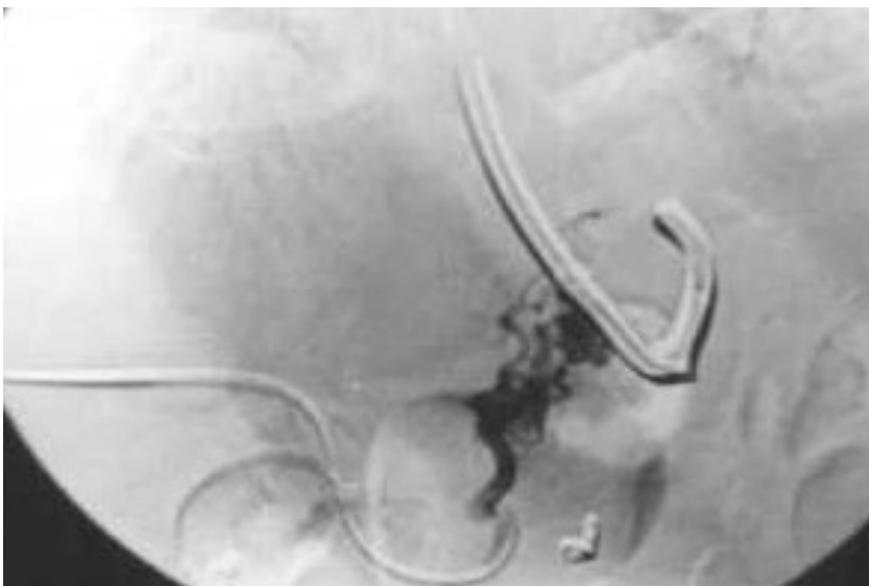


Рис. 1. Селективная флебография, на которой обнаружена резко расширенная левая желудочная вена, питающая ВРВПЖ.



Рис. 2. Контрольная портография ВРВПЖ не заполняются после прерывания гастроэзофагеального коллектора.



Рис. 3. Вены питающий ВРВПЖ от левой желудочной вены.

Свидетельством в пользу данной версии рецидива кровотечения свидетельствовал тот факт, что во время секционных исследований в 3 случаях, когда летальный исход отмечен после повторной операции, по малой

кривизне желудка имеется выраженная сеть варикозно расширенных вен. Все это подчеркивало необходимость совершенствования хирургической тактики выполнения открытых оперативных вмешательств с целью предупреждения рецидива кровотечения.

Учитывая вышеизложенное, нами предложена усовершенствованная методика разобщения гастроэзофагеального коллектора (Патент № IAP 06707 на изобретения агентства по интеллектуальной собственности «Способ разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с портальной гипертензией» от 13.01.2022).

Сущность предложенной нами операции заключается в следующем. Выполняется операция Пациора М.Д. в классическом варианте. Во время выполнения операции Пациора М.Д. прошиваются лишь ВРВ пищевода. При этом нерасширенные вены позволяют сохранить сообщение вен между пищеводом и желудком. Учитывая это, нами по всей окружности накладываются узловые швы через все слои в области гастроэзофагеального перехода (рис. 4.). Это позволяет разобщить гастроэзофагеальный коллектор в стенке пищевода. Однако, это не позволяет полностью предупредить приток крови к венам пищевода из ЛЖВ, который проходит вне стенок желудка и пищевода. Поэтому, после циркулярного наложения швов на пищевод, выполняется прошивание расширенных притоков желудочной вены в области перехода малой кривизны желудка в пищевод.

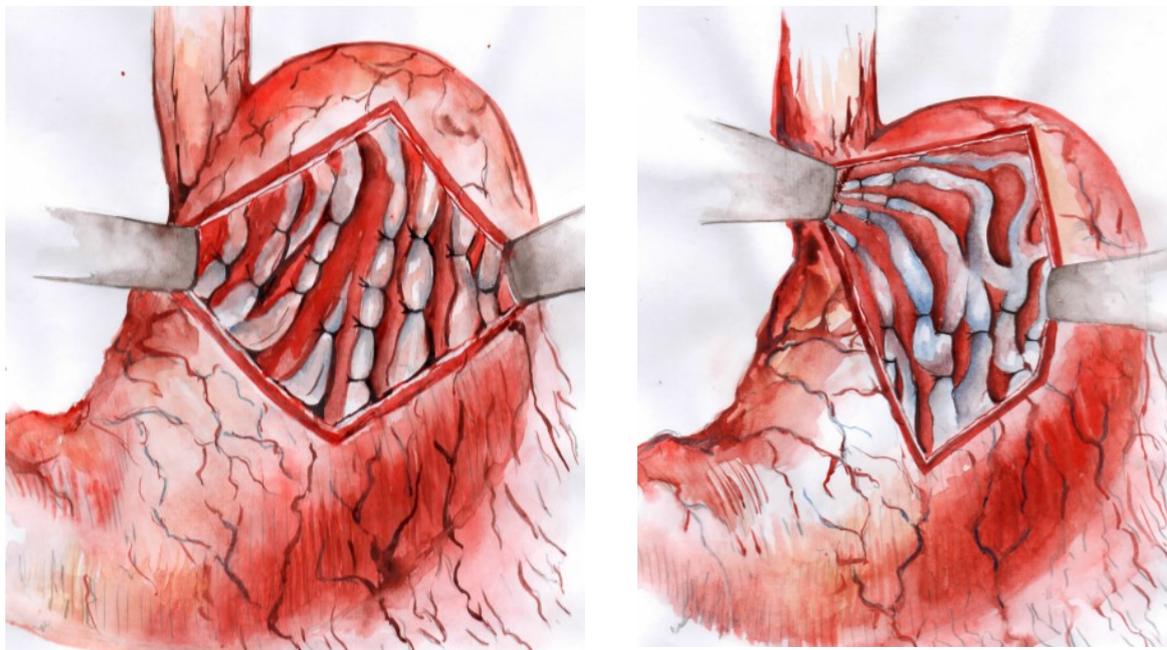


Рис. 4. Схема модифицированной нами операции Пациора М.Д.

В основной группе 5 больным выполнено разобщение гастроэзофагеального коллектора по предложенной нами методике.

В 1 случае во время эндоскопии не удалось идентифицировать источник кровотечения, попытки достичь гемостаза установкой зонда Блекмора не дали эффекта. Больному была проведена открытая операция - разобщение гастроэзофагеального коллектора по предложенной нами методике. В 4 наблюдениях рецидив кровотечения возник после выполнения лигирования варикозно расширенных вен. После выполнения разобщения гастроэзофагеального коллектора по предложенной нами методике рецидивов кровотечения и летальных исходов не отмечено.

Выводы

1. При многообразии арсенала малоинвазивных технологий в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен на фоне портальной гипертензии, при неэффективности последних методом выбора являются

открытые хирургических вмешательства, направленные на разобщение гастроэзофагеального коллектора.

2. Проведенные эндоваскулярные вмешательства показали, что во время выполнения открытых операций не всегда прошиваются вены, питающие ВРВПЖ, в частности ветви левой желудочной вены, которые нередко имеют перетоки или могут проходить вне стенок желудка, который прошивается во время операции Пациора.

3. Предложенная методика разобщение гастроэзофагеального коллектора, заключающаяся в прошивании расширенных притоков желудочной вены в области перехода малой кривизны желудка в пищевод, позволяет снизить частоту рецидива кровотечений с 33% до 0%.

Список литературы

1. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Муродов А.М. Эндоваскулярная эмболизация гастроэзофагеальных вен в комплексе с эмболизацией селезеночной артерии у больных с циррозом печени // Вестник ТМА. – 2017. – № 3. – С. 17-22.

2. Khakimov M. Sh., Matkuliev U.I., Batirov D. Y, Umarov Z., Allanazarov A., Rakhimov A. The factor analysis of the results of modern treatment of patients with liver cirrhosis with portal hypertension // Астана медициналық журналы, Специальный выпуск, Том 116, 2023. - С. 29-34.

3. Dzeletovic I., Baron T. History of portal hypertension and endoscopic treatment of esophageal varices // Gastrointest Endosc. - 2012. - № 6. - P.1244-1249.

4. Щёктова А.П. Циррозы печени //Пермский медицинский журнал. – 2022. – № 4. – С. 41-57.

5. Henry Z., Patel K., Patton H., Saad W. AGA Clinical Practice Update on Management of Bleeding Gastric Varices: Expert Review // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2021. - № 6. – P. 1098-1107.

6. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р. Эволюция технологий азигопортального разобщения в профилактике кровотечений портального генеза // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2018. – № 1. – С. 65–73.

7. Алиева А.Р., Джафаров А.А. Современные методы лечения варикозно расширенных вен желудка у больных с портальной гипертензией // *Известия Российской Военно-медицинской академии*. – 2022. – № 2. – С. 26–31.

8. Жигалова С.Б., Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г., Фандеев Е.Е., Семенова Т.С., Коршунов И.Б., Мартиросян Р.А. Прогностические критерии кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2018. – № 4. – С. 76–85.

9. Turco L., Villanueva C., La Mura V., García-Pagán J. C., Reiberger T. Lowering Portal Pressure Improves Outcomes of Patients With Cirrhosis, With or Without Ascites: A Meta-Analysis // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2020. - № 2. – P. 313-327.

10. Хакимов Д.М. Передовые технологии разобщающих вмешательств: роль и место в современной хирургии портальной гипертензии :Автореф. дис. ... док. мед. наук: 14.00.27. – Ташкент, 2018. – 44 с.

11. Zanetto A., Shalaby S., Feltracco P., Gambato M., Germani G., Russo F.P. Recent Advances in the Management of Acute Variceal Hemorrhage // *J Clin Med.* – 2021. - № 17. - 3818.

12. Pugh R.N., Murray-Lyon I.M., Dawson J.L., Pietroni M.C., Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices // *Br. J. Surg.* – 1973. - № 8. – P. 646-649.

13. Pfisterer N., Unger L.W., Reiberger T. Clinical algorithms for the prevention of variceal bleeding and rebleeding in patients with liver cirrhosis // *World J Hepatol.* – 2021. - № 7. – P. 731-746.

14. Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.Kh., Ruziboev S.A. Results of gastroesophageal collector total dissociation in patients with portal hypertension // J. Life Sci. Biomed. – 2016. - № 5. – P. 115–119.

15. Tanner N.C. Operative management of haematemesis and melaena; with special reference to bleeding from esophageal varices // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 1958. - № 1. – P. 30–42.

16. Кудайбергенов Т.И., Ниязов Б.С., Ашимов Ж.И., Эгенбаев Р.Т. Результаты хирургического лечения кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Бюллетень науки и практики. – 2022. – № 10. – С. 190-195.

17. Дурлештер В.М., Корочанская Н.В., Ковалевская О.В., Серикова С.Н., Мурашко Д.С., Басенко М.А., Сериков С.С. Риски хирургических вмешательств у пациентов с циррозом печени // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2019. – № 4. – С. 26-34.

18. Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Монахов Д.В. Портальная гипертензия: диагностика и лечение. Издательство «Буки Веди», 2015. – 328 с.

19. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Омонов О.А. Сравнительный анализ эффективности различных способов профилактики пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2022. – № 2. – С. 31–38.

20. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Омонов О.А., Усмонов А.А. Стратифицированный анализ кумулятивной выживаемости после различных вмешательств у больных циррозом печени // Вестник экстренной медицины. – 2021. – № 6. – С. 58-64.

21. Zhang Y., Zhang L., Wang M., Luo X., Wang Z., Wang G. Selective Esophagogastric Devascularization in the Modified Sugiura Procedure for Patients with Cirrhotic Hemorrhagic Portal Hypertension: A Randomized Controlled Trial // Can J Gastroenterol Hepatol. – 2020. - № 5. - 8839098.

22. De Franchis R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension // *J Hepatol.* - 2010. - № 4. - P. 762-768.

23. Maruyama H., Shiina S. Collaterals in portal hypertension: anatomy and clinical relevance // *Quant Imaging Med Surg.* – 2021. - № 8. – P. 3867-3881.

24. Saad W.E. Vascular anatomy and the morphologic and hemodynamic classifications of gastric varices and spontaneous portosystemic shunts relevant to the BRTO procedure // *Tech Vasc Interv Radiol.* – 2013. - № 2. – 60-100.

25. Lin J., Liu Q., Liang Z., He W., Chen J, Ma J. Laparoscopic selective esophagogastric devascularization and splenectomy for patients with cirrhotic portal hypertension // *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* – 2019. - № 2. – P. 187-194.

26. Воробей А.В., Климович В.В., Жура А.В. Разобщающие операции в лечении кровоточащего пищеводно-желудочного варикоза при портальной гипертензии (обзор литературы) // *Медицинская панорама.* – 2007. – № 2. – С. 29–34.

27. Хоронько Ю.В., Косовцев Е.В., Козыревский М.А., Хоронько Е.Ю., Криворотов Н.А., Чесноков В.В. Портосистемные шунтирующие операции при осложненной портальной гипертензии: современные возможности мини-инвазивных технологий // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2021. – № 3. – С. 34-45.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ ПОДХОДЫ.

Хакимов М.Ш.¹, Кодирова Г.Р.²

Ташкентская медицинская академия¹,

Ферганский медицинский институт общественного здоровья².

В статье проведен литературный обзор открытых хирургических вмешательств, выполняемых при пищеводном кровотечении на фоне портальной гипертензии, где указаны основные недостатки существующих методик.

Клинический материал включает 20 больных, которым из-за неэффективности малоинвазивных вмешательств проведены открытые оперативные вмешательства. 15 пациентам выполнена традиционная операция Пациора. Проведенный анализ высокой частоты рецидивов кровотечения показал, что во время выполнения открытых операций не всегда прошиваются вены, питающие ВРВПЖ, в частности ветви левой желудочной вены, которые нередко имеют перетоки или могут проходить вне стенок желудка, который прошивается во время операции Пациора. Автором предложена методика выполнения разобщения гастроэзофагеального коллектора, который позволил снизить частоту рецидива кровотечений с 33% до 0%.

Ключевые слова: кровотечение, портальная гипертензия, разобщение, гастроэзофагеальный коллектор.

**ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРЕВАРИВАЕМОСТИ КЕЗЕИНА В СОСТАВЕ
КРАХМАЛЬНО-КАЗЕИНОВЫХ
СУБСТРАТОВ ПО ДИНАМИКЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ
ВОЗДЕЙСТВИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО
СОКА**

*Ходжаева Г.А. Нумонов Ш студент 3 го курса ,факультет ТПИ
Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.*

Актуальность проблемы. Крахмал и пища всегда являются многокомпонентными системами, поэтому взаимодействие между компонентами иногда важнее, чем физические и химические свойства отдельных компонентов; следовательно, необходимо их понять [Ledezma C. C. Q. 2018]. Обсуждалось [Fontes-Candia, C. et al. 2022], что при рассмотрении питательной ценности пища не должна рассматривается просто как сумма её питательных веществ, а как структурированная матрица, взаимодействующая с макро- и микроэлементами, которые определяют метаболическую судьбу и влияние на здоровье внутри организма. Ранее взаимодействия между макронутриентами и взаимозависимость процессов ферментативного гидролиза отдельных макронутриентов в значительной степени игнорировались. [Bhattarai R. R. et al. 2016]. Помимо этого, электростатическое комплексообразование белков с полисахаридами может ограничивать их восприимчивость к гидролитическому действию пищеварительных ферментов [Mouésousso, J. et al. 2016]. Включение белково-

полисахаридных комплексов в различные типы пищевых матриц, как ожидается, окажет сильное влияние на их усвояемость, и, таким образом, это следует изучить в будущем, что может быть полезным для модуляции гормональных реакций и аппетита [Fontes-Candia, C. et al. 2022].

Цель исследования: изучить изменения перевариваемости казеина в составе крахмально-казеиновых субстратов по динамики продолжительности воздействия желудочного сока.

Материал и методы. В работе был исследован желудочный сок полученный методом зондирования желудка у добровольцев натошак. Изучалось *in vitro* влияние изменения перевариваемости казеина по динамики продолжительности времени воздействия желудочного сока в течение 1 часа в присутствии и отсутствии крахмала.

Результаты исследования. По результатам исследования изменения гидролиза казеина по динамики длительности времени воздействия желудочного сока на казеин было выявлено, что наблюдается постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного казеина под воздействием желудочного сока по сравнению с аналогичным результатом применения казеина без влияния желудочного сока. В тоже время снижение содержания казеина под воздействием желудочного сока, к

концу часа достигало величины $33 \pm 2,8\%$. При этом изменения перевариваемости казеина по динамике продолжительности действия желудочного сока на казеин в присутствии крахмала, наблюдалось также постепенное достоверное снижение содержания остаточного не переваренного казеина. В тоже время под воздействием желудочного сока на казеин в присутствии крахмала, по сравнению с таким же показателем использования казеина без воздействия желудочного сока, содержание не гидролизованного казеина в течение первых 30 минут составляло $37 \pm 3,5\%$. Далее наблюдалось постепенное увеличение содержания не гидролизованного казеина к концу часа до показателя $67 \pm 6,4\%$, и этот результат повышения, не переваренного казеина, был достоверно выше подобного результата применения казеина под влиянием желудочного сока .

Выводы: Полученные **Результаты** показывают, что влияние желудочного сока в смеси крахмала и казеина зависит от изменения их соотношения и изменение во времени соотношения в сторону увеличения содержания крахмала способствует снижению перевариваемости казеина под влиянием желудочного сока.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЛОЖНЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

А.А.Джурабаев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Во многих странах консервативное лечение детей с инвагинациями проводится успешно. Данное лечение производится под контролем рентгена. Также, применяются эндоскопические – лапароскопические и колоноскопические. При этом, осложненные формы остаются проблематичными в плане консервативного лечения. Наиболее сложными в определении лечебной тактики являются пациенты с осложненной формой инвагинации, требующие резекции кишечника.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, хирургическое лечение, межкишечный анастомоз.

Материал и методы. В ходе исследования изучен опыт специалистов различных стран, в ходе которого проводилось наблюдение за больными, которым была произведена резекция некротизированного участка кишки в условиях начинающегося перитонита. Объем резекции составлял до 50 см. Всем детям выполнялась двухствольная энтеростомия (энтероколостомия) по классической методике Микулича. После формирования кишечного свища (на 4-7 сутки) в приводящий и отводящий отделы вводили магниты с целью создания межкишечного соустья. Повторную операцию - устранение кишечного свища - проводили через 2-3 месяца после выписки, в плановом порядке, после курса противовоспалительной терапии: в течение 10-14 дней назначался препарат купренил (Д-пенициламин) и проводился электрофорез с коллалезином.

Результаты. Сформированный межкишечный магнитный анастомоз начинал функционировать на 4-5 сутки, при этом пищеварительный процесс приближался к физиологическому, что обеспечивало более гладкое течение

раннего послеоперационного периода. Благодаря этому дети с межкишечным магнитным анастомозом развивались нормально, не теряли в весе, у них не возникало анемии, гипопроотеинемии, дисбактериоза, что позволило провести реконструктивные операции в оптимальные сроки на фоне нормализации основных показателей гомеостаза. В большинстве случаев выполнялась реконструктивная операция с сохранением межкишечного магнитного анастомоза. Двое детей были оперированы повторно в связи со сложностями определения границ нежизнеспособной (резецированной) кишки. Вмешательства проводились на 1 и 7 сутки послеоперационного периода и состояли в релапаротомии, дополнительной резекции участка кишки и наложении двуствольного кишечного свища. Спаечных осложнений не диагностировано.

Заключение. Двухэтапное хирургическое лечение детей младшего возраста с осложненной кишечной инвагинацией позволяет избежать риска несостоятельности анастомоза при резекции кишечника.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.А.Джурабаев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Проведение повторных операций на органах брюшной полости является одним из наиболее сложных разделов хирургии. Поэтому использование современных высокотехнологичных методов остановки кровотечения, рассечения тканей в детской хирургии является актуальным.

Ключевые слова: кровотечение, брюшная полость, остановка кровотечения.

Цель: оценка эффективности использования генератора для электролигирования сосудов и электрохирургического генератора с блоком подачи аргона у детей после ранее проведенных повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Материалы и методы. Было проведено изучение специалистов, произведших исследование с участием 34 детей с хронической хирургической патологией после многократных операций на органах брюшной полости. В данном исследовании дети были разделены на две группы: референтную (15) и исследуемую (19), взаимосопоставимые по возрасту и локализации патологии. В референтной группе на этапе оперативного лечения использовался биполярный электрокоагулятор и лигатурный способ остановки кровотечения, в исследуемой группе использовался генератор для электролигирования сосудов и электрохирургический генератор с блоком подачи аргона.

Результаты. В референтной группе время, затраченное на проведение операции, было на 30% больше, чем в исследуемой группе. Кровопотеря у детей референтной группы была на 35% выше, чем в исследуемой группе, проведение гемотрансфузии во время операции и в послеоперационном периоде применялось в 1,7 раза чаще. В референтной группе на 25% чаще отмечался послеоперационный парез кишечника, и в 2-х случаях имела место несостоятельность анастомоза, что не наблюдалось в исследуемой группе.

Заключение. Использование современных высокотехнологичных средств рассечения тканей и остановки кровотечения, таких, как генератор для электролигирования сосудов и электрохирургический генератор с блоком подачи аргона, у детей после повторных оперативных вмешательств на органах брюшной полости значительно улучшает результаты лечения и позволяет снизить количество послеоперационных осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПАЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А.А.Джурабаев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Образование брюшинных спаек в послеоперационном периоде выявляется по литературным данным у 83,97% оперированных больных, а острая кишечная непроходимость на фоне спаечного процесса развивается в 30-70% случаев.

Ключевые слова: спаечные осложнения, послеоперационный период, лечение спаечной болезни.

Материал и методы. За период с 2000 по 2008 годы зарегистрировано 336 обращений в клинику по поводу спаечных осложнений, из них 92 - по поводу острой кишечной непроходимости. Наиболее частой патологией, приводящей к возникновению спаечных осложнений, являлся деструктивный аппендицит-53,8%. На втором месте - кишечная инвагинация - 18,2%, на третьем - врожденные пороки развития органов брюшной полости -16,3%. Всего было госпитализировано 208 детей в возрасте от 8 месяцев до 16 лет, из которых 51 пациент имел в анамнезе две и более госпитализации. У пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью лечебные мероприятия начинались с проведения консервативных мероприятий: коррекции водно-электролитного баланса, адекватного обезболивания и комплексной стимуляции кишечника с целью восстановления пассажа кишечного содержимого. При их неэффективности выполнялось оперативное пособие, начинавшееся с лапароскопии и попытки адгезиолизиса. Лечение спаечной болезни проводилось в три этапа. Первый этап включал электрофорез с коллалезином с пероральным приемом препарата «Купренил». Вторым этапом выполнялся лапароскопический адгезиолизис в плановом порядке. И в

раннем послеоперационном периоде всем детям проводился противорецидивный курс противоспаечной терапии.

Результаты. У 35(38%) больных острая кишечная непроходимость разрешена лапароскопически, в 25 (27%) наблюдениях потребовалось выполнение релапаротомии. У 78 (32%) пациентов со спаечной болезнью выполнен плановый адгезиолизис, в процессе которого трансформированные спайки легко разделялись бескровно тупым путем. У 8 (10,2%) детей в связи с выраженностью спаечного процесса потребовалась конверсия. В остальных наблюдениях проведено только консервативное лечение, на фоне которого у всех детей отмечался положительный клинический эффект в виде уменьшения интенсивности и частоты болевого синдрома, при ультразвуковом исследовании наблюдались выраженные деструктивные изменения в спайках, в т.ч. длительно существующих.

Заключение. При выявлении в раннем послеоперационном периоде клинических и ультразвуковых признаков спайкообразования брюшной полости пациентам показано проведение противоспаечной терапии. Предложенная нами схема эффективна и при лечении детей со спаечной болезнью.

ВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛЮЧЕННЫМИ ОТДЕЛАМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.А.Джурабаев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Проблема хирургической реабилитации детей после длительного «отключения» отводящих отделов толстой кишки у детей остается актуальной и не решена в полной мере.

Ключевые слова: толстая кишка, колит, дети.

Цель: изучение длительно отключенных отделов толстой кишки у стомированных детей в периоде новорожденности, с последующей проводимой им хирургической коррекцией.

Материалы и методы. В ходе исследования было проведено изучение опыта специалистов различных стран в лечении больных детей как раннего так и старшего возраста, которым выполнена операция по отключению части толстой кишки в связи с патологией толстого кишечника (язвенно-некротический колит, острая толстокишечная непроходимость и др.).

Результаты исследований. Исследования показали, что у некоторых детей отмечалось нарушение эвакуаторной функции, а по данным морфологического исследования - дисганглиоз с отрицательной реакцией CD 117, хотя типичной рентгенологической картины болезни Гиршпрунга не выявлялось. Выбор операции решался в пользу брюшно-промежностной резекции. У части детей эвакуаторная функция расценена как удовлетворительная, к 5 суткам отмечалось полная эвакуация бариевой взвеси из отключенных отделов толстой кишки. При морфологическом исследовании отмечался склероз подслизистого, субатрофия мышечного слоя, реакция CD 117 была положительной, им проведена операция по закрытию колостомы.

При этом у малого количества детей при морфологическом исследовании отклонений в стенке кишки не выявлено, при ирригографии - задержка контрастного вещества до 7 суток. В предоперационном периоде им проведен комплекс консервативных мероприятий, с последующим благоприятным закрытием стомы.

Заключение. Для уточнения функционального состояния длительно отключенных отделов толстой кишки необходимо совмещение как морфологического исследования с использованием реакции CD 117, так и ирригография отключенных отделов с оценкой эвакуации бариевой взвеси.

XIRURGIK OPERATSIYALARDA ENDOSKOPIK YONDASHUVNING AFZALLIKLARI.

Xolmuhamedov Jasurbek Raxmatjon o'g'li

*Central Asia Medical University Normal va topografik Anatomiya kafedrası
assistenti*

ANNOTATION

Maqolada bemorlarda o'tkir jarroxlik kasalliklar bilan shifoxonada davolangan bemorning kasallik tarixidan olingan ma'lumotlar muxokamali va statistikasi jamlangan. Klinik ko'rinishlari, kechiga, diagnostik usullariga qarab muhokama qilinadi. Davolashdan keyingi statistika va natijalari keltirilgan.

Kalit so'zlar: endoskopiya, laporaskopiya, o'tkir appendisit, appoleksiyasi, bitishmali kasallik, tuxumdon kistasi.

Dolzarbliigi: Jarroxlik kasalligini davolash va proflaktikasiga muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi xamda operatsiyadan keyingi asoratlarning turlicha namoyon bo'lishi xamda og'irlik jarajasini va insonlarning mexnatga yaroqlilik darajasiga sezilarli ta'siri dolzarb bo'lib qolmoqda.

Tadqiqotimizning maqsadi Jarroxlik tashtixidan keyingi asoratlar xavfini baxolashda traditsion va laporaskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2021-2023- yilda RShTTYoIMFF shoshilinch xirurgiya va bolalar xirurgiyasi xamda shoshilinch gnikologiya bo'limida olti mingdan ortiq xirurgik operatsiyalar o'tkazilgan bo'lib ulardan 437 tasi saralash yo'li bilan laporaskopik usulda amalga oshirilgan: O'tkir xosesistit destruktiv turlari bilan 215 ta (49.2%), diagnostika maqsadida 78 ta (17.8%), tuxumdon kistasi yorilishi xamda buralishi bilan 87 nafar (19.9%) ta, o'tkir appendisit asoratlanmagan turlari bilan 57 ta (13.1%) bilan bemorlar laporaskopik operatsiyalar olib borildi. Bemorlarning asosiy qismi taditsion usulda operativ muolajalar olib borilgan.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko'ra ikki guruxga bo'lib olingan natijalar taxlil qilindi . Traditsion usulda operatsiya qilingan bemorlarning operatsiyadan keyin turli vaqtlarda yuzdan ortiq bemorlar turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan. Bu bemorlarning ellikdan ortig'i ; bitishmali ichak tutulishi , jaroxat choklarining tutmasligi, jaroxatga infeksiya tushishi kabi shikoyatlar bilan qaytatdan murojat qilib ulardan kasalxonaga yotqizilgan bo'lib ularning aksariyatida operatsiyasi bajarilgan.

Laparaskopi usulda operatsiya qilingan bemorlarda qayta murojat qilish xolatlari ko'rsatgichi juda qoniqarli bo'ldi. Bemorlarda kerakli konservativ muolajalardan so'ng shikoyatlar to'liq bartaraf etildi.

Traditsion operatsiyasidan so'ng shifoxonada o'rtacha davolanish kuni 7-10 kuni davom etgan. Laparaskopik operatsiya qilingan bemorlarni o'rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan.

Ananaviy usulda qilingan operatsiyalardan so'ng bemorlarda narkotik og'riq oldiruvchilar daslabki 3 kun davomida aksariyat bemorlarda qo'llanildi. Endoskopik usulda qilingan operatsiyalardan so'ng esa nonarkotik og'riq qoldiruvchilarni 1-2 marta qo'llash orqali og'riq bartaraf etildi.

O'tkazilgan tadqiqotlar qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligini kelib chiqishida traditsion yo'l bilan operatsiya qilingan bemorlarda uchrashi ko'p kuzatildi. Qolaversa bu usul bilan qorin parda va ichaklarga ortiqcha jaroxatlar yetkazilish darajasi ko'pligi sababli bitishmalar xosil bo'lishi extimoli yuqoriligicha qolmoqda .Bundan tashqari bemorlarda oshqazon ichak faoliyatining funksional buzulishlari(ovqatlanish tartibining buzulishlari) kuzatildi. Bu o'zgarishlarni nazorat qilish bitishmalar xosil bo'lish xafini oldindan taxmin qilishga imkon beradi va xavf omillarini tahlil qilish , ulardagi asoratlarni rivojlanishi va davolashni optimallashtirish imkonini berdi.

Ananaviy usulda qilingan tashrixlardan so'ng bemorlarda ichaklar parezi,ligature oqmalarining paydo bo'lishi xamda jaroxatda keloid chandiqlarning paydo bo'lishi sezilarli kuzatildi.

Xulosa: O`tkir jarroxlik kasalliklarni operativ davolashda asoratlarni oldini olish maqsadida bemorlarda profilaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko`rsatmoqda.

Asosiy e'tiborni:

1. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: usullar va texnologiyalardagi o'zgarishlar asosiy omillar ta'sirini kamaytirishga qaratilgan jarrohlik muolajalar yani operatsiyalarni loperaskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish.
2. Endoskopik usulda qilinadigan bemorlarni qat'iy tanlash orqali amalga oshirish davolash samaradorligini oshirishga xizmat qiladi.
3. Uzoq muddatli profilaktika - takomillashtirish orqali bilvosita ta'sir : ratsional ovqatlanish, fizioterapiya, massaj, terapevtik vositalar orqali ovqat hazm qilish traktining ishlashi.jismoniy tarbiya va boshqalar.

Xolmuhamedov Jasurbek Raxmatjon o'g'li

Normal va topografik Anatomiya kafedراسi assistenti

Central Asia Medical University. +998911617766

xolmuhamedovjasurbek2@gmail.com

BITISHMALI KASALLIKGA LAPORASKOPIK YONDASHUV.

Xaydarov N.S., Dadaboyev A.A., Xoshimov D.B.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Dolzarbli: *Xorirda zamonaviy tibbiyotning dolzab muammolaridan biri bo'lgan bolalarda qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligini davolash va profilaktikasiga muammosi jarayonning og'irligi, shikastlanishning sezilarli darajada ko'pligi va ayniqsa erta va yosh yoshga xos bo'lgan xavfli asoratlarning rivojlanishi tufayli dolzarb bo'lib qolmoqda. .*

Tadqiqotimizning maqsadi qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligi oldini olish va ularning asoratlari xavfini baxolashda traditsion va laparoskopik operatsiyalarning taxlillash.

Materiallar va usullar: 2018- yildan 2023- yilgacha RShTTYoIMFF shoshilinch bolalar xirurgiyasi bo'limida 5000 dan ortiq qorin bo'shlig'i kasalligi bilan kasallangan bolalar operatsiya qilindi. Shulardan laparoskopik operatsiya qilinganlar soni 200 nafardan ziyod bolalarda bemorlarni saralash yo'li bilan qilingan. Laparoskopik aralashuvga absalyut qarshi ko'rsatmalar :

- ichak nekrozining belgilari;
- rivojlangan ichak tutilishining mavjudligi (peritonit);
- qorin old devorining bir nechta chandiqlari, "akustik oyna".
- o'pka-yurak etishmovchiligi;
- ichakning yopishqoq konglomeratlarining mavjudligi, uning ichakdagi qo'pol deformatsiyasi

Laparoskopik operatsiyalar o'tkir appendisitning xar xil shakllari , qiz bollarda turli ginekologik kasallilar (tuxumdon kistasi yorilishi, appoleksiyasi, bachadon bo'ynining buralishi kabilar) , bitishmali ichak tutilishi, diagnostik laparaskopiya muolajalari o'tkazilgan.

Natijalar shuni ko'rsatadiki, qorin bo'shlig'i bitishmali kasalligi, qilingan operatsiyaning turiga va usuliga ko'ra ikki guruxga bo'lib olingan natijalar taxlil qilindi . Traditsion usulda operatsiya qilingan bemorlarning operatsiyadan keyin

turli vaqtlarda 300 nafarida turli shikoyatlar bilan murojat qilishgan .Shu bemorlarning bitishmali ichak tutulishi bilan 243 nafar bemor qaytatdan murojat qilib ulardan kasalxonaga yotqizilgan bo`lib ularning yuzdan ortig`ida birishmalarni ajratish opertasiyasi bajarilgan. Xatto ba`zi bemorlarda bir necha bor qaytatdan jarroxlik amaliyotlari o`tkazilgan. Bu bemorlarni shifoxonada o`rtacha davolanish kuni 7-10 kuni davom etgan. Laparaskopik usulda qilingan operatsiyasi bemorlarda bizga qayta murojat qilganlar bo`lmadi va laparaskopik operatsiya qilingan bemorlarni o`rtacha davolanish kuni 3-5 kun davolanib chiqishgan.

Xulosa:Bitishmalar asoratlari bo'lgan bemorlarda proflaktik chora-tadbirlar olib borishni kerakligini ko`rsatmoqda.

Asosiy e'tiborni:

1. Operatsiyadan oldingi profilaktika - jarrohlik soni va hajmini kamaytirish turli patologiyalarda qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvlar kamaytirish yani diagnostikani to`liq amalga oshirish.

2. Jarrohlik aralashuvi bosqichida profilaktika: loperaskopik yondashuvni rivojlantirish va imkon qadar traditsion usullardan kamroq foydalanish.

3. Laparaskopik operatsiyalarni bajarishda absalyut qarshi ko`rsatmalarga rioya qilish bemorlarning tez va sfatli davolanish mezoni ekanligi.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ (СБ) У ДЕТЕЙ

Хайдаров Н.С.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья г. Фергана

Цель исследования - унификация подхода к больным с подозрением на СБ и разработка метода консервативного разрешения.

Материалы и методы. Исследование выполнено в клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и многопрофильной клиники, где на лечении находились 231 больной со СБ в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек было 93 (40,7%), мальчиков – 138 (59,3%). 174 (75,3%) больных госпитализировались однократно, 36 (15,6%) дважды и более 21 (9,1%) пациента проходили стационарное лечение от 3-х до 11 раз. Диагностический алгоритм включал в себя клиническое исследование, обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ, выполнялся рентгенологический контроль с пассажем бария и КТ.

Результаты и их обсуждение. Независимо от сроков поступления и сочетания клинических симптомов всем больным в приемном отделении был назначен комплекс консервативной терапии. Исходя из наших предположений, что спаечная болезнь - это самостоятельное, полициклическое, прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит генерализованная, гиперэргическая реакция соединительной ткани на внешние раздражители (нарушение диеты, воспалительные процессы, простудные заболевания, обострение хронических заболеваний), наша схема консервативной терапии на начальном этапе спаечной болезни состояла из следующих принципиальных моментов.

1. С целью проведения декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) проводилось зондирование желудка (известно, что повышение давления в просвете кишечной трубки с последующим нарушением кровоснабжения кишечной стенки играет немаловажную роль в патогенезе кишечной непроходимости любой этиологии).

2. Для снижения отека и воспаления соединительной ткани кишки и плоскостных спаечных воспалительных образований брюшной полости проводилась гормональная терапия, состоящая из введения внутривенно капельно гидрокортизона из расчета 4-6 мг/кг веса или преднизолона по 3 мг/кг массы тела в 5% или 10% растворе глюкозы.

3. Т.к. любое нарушение перистальтики кишечника находится в прямой зависимости от тонуса гладкомышечной мускулатуры и содержания ионов K^+ в циркулирующей жидкости, адекватного кровоснабжения кишечной трубки, мы считаем принципиально важным восстановление объема циркулирующей крови с неременным включением в объем инфузионной терапии 7,5% раствора хлорида калия из расчета 1 мэкв/кг массы тела.

После коррекции гидроионного баланса (раствор KCl), введения в сосудистое русло преднизолона или гидрокортизона остальные аспекты терапии проводились по традиционной схеме (введение глюкозо-солевых растворов, стимуляция перистальтики антихолинэстеразными препаратами - прозерин, применение препаратов, улучшающих кровоснабжение - трентал, пентоксифиллин и др.).

После однократного проведения курса терапии у 99 (74,4%) и двукратной схемы у 23 (17,3%), более 11 (8,3%) пациентов проходили стационарное лечение от 3-х до 11 раз, у больных значительно улучшилось состояние, исчезли боли в животе, прекратилась рвота, вздутие живота и улучшились показатели периферической крови, снизилась интоксикация.

Считаем важным отметить, что предложенную нами схему лечения можно считать не только составной частью консервативной терапии и предоперационной подготовки пациента, но и включать в алгоритм дифференциальной диагностики органических и функциональных заболеваний ЖКТ.

Выводы. Результаты лечения спаечной болезни кишечника зависят от своевременной госпитализации. Предложенная схема консервативной терапии позволяет исключить диагноз острой спаечной кишечной непроходимости. Предложенная нами схема терапии способствует консервативному разрешению СБ в 57,6% случаев.

Хайдаров Нодиржон Совридинович, Кафедра общей хирургии Ферганского медицинского института общественного здоровья. (ФМИОЗ), исследователь – соискатель; Адрес: Республика Узбекистан, Ферганская область. Ферганский район. улица Гульпиён 65.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5602-8607>

e-mail: nodirxaydarov6@gmail.com

HIGH-TECH BREAKTHROUGHS IN OPHTHALMIC SURGERY: INSIGHTS FROM KO'Z NURI PRIVATE HOSPITAL

Kholmatova Y. N.

Fergana Medical Institute of Public Health

Relevance: High-tech surgical techniques are revolutionizing ophthalmology, offering enhanced precision, safety, and efficiency in managing complex ocular conditions. Technologies like laser-assisted procedures, robotic systems, and AI-powered diagnostics have significantly improved visual outcomes and reduced complication rates. These advancements address the growing global burden of visual impairment, which affects millions annually, and hold the potential to transform eye care by providing innovative solutions. The integration of such techniques at Ko'z

Nuri Private Hospital highlights their importance in advancing clinical practice, especially in a private healthcare setting.

Purpose of the Study: This study aims to evaluate the clinical outcomes of high-tech surgical techniques implemented at Ko'z Nuri Private Hospital, focusing on their effectiveness in enhancing patient care. It seeks to identify the benefits and limitations of using laser-assisted, robotic, and AI-supported methods and explore potential strategies for addressing challenges related to accessibility, cost, and training.

Materials and Methods: A retrospective observational study was conducted at Ko'z Nuri Private Hospital, analyzing data from 37 patients treated with high-tech surgical techniques between January and December 2024. Inclusion criteria encompassed patients undergoing laser-assisted, robotic, or AI-enhanced procedures, while those with incomplete records or non-surgical treatments were excluded. Data collection included demographic information, preoperative and postoperative visual acuity, recovery time, and complication rates. Statistical analysis was performed to evaluate outcomes and identify trends.

Results and Discussion: The study included 37 patients, with an age range of 18 to 65 years (mean age 42), and a gender distribution of 21 females (56.8%) and 16 males (43.2%). Laser-assisted procedures, such as LASIK, improved uncorrected visual acuity in 94.4% of cases, with no significant postoperative complications. Robotic-assisted vitreoretinal surgeries reduced surgical errors and enhanced precision, particularly in complex cases. AI-powered diagnostics supported accurate disease identification and personalized treatment plans, optimizing clinical outcomes. However, challenges such as high costs, limited accessibility, the need for skilled personnel, and ethical concerns surrounding data privacy and AI implementation were identified. Despite these limitations, the findings highlight the transformative impact of high-tech surgical techniques in improving visual outcomes and enhancing the quality of ophthalmic care.

Conclusions: The application of high-tech surgical techniques at Ko'z Nuri Private Hospital has demonstrated significant benefits, including improved visual acuity, reduced surgical complications, and faster recovery times. These innovations have shown great potential in advancing ophthalmic care, despite challenges such as high costs, training requirements, and ethical concerns. To fully realize the potential of these technologies, efforts must focus on increasing accessibility, providing comprehensive training for healthcare professionals, and addressing regulatory and ethical issues. The continued integration of these advanced techniques will be crucial in reducing the global burden of visual impairment and improving patient outcomes.

THE APPLICATION OF HIGH-TECH SURGICAL TECHNIQUES IN OPHTHALMOLOGY (REVIEW)

Kholmatova Yakutkhon Nematillayevna

*Assistant of department of general surgery, Fergana Medical Institute of Public
Health, Fergana, Uzbekistan*

Mamajonova Mushtariy

4 th year student of the Department of Pediatrics Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Abstract

Advances in high-tech surgical techniques have revolutionized ophthalmology, offering unprecedented precision and efficiency in diagnosis and treatment. Innovations such as laser-assisted procedures, robotic surgeries, 3D visualization, artificial intelligence, and gene therapy have significantly improved patient outcomes, ensuring faster recovery and enhanced safety. Despite challenges like high costs, accessibility issues, and ethical concerns, these technologies hold

immense potential to transform eye care. This review explores the historical evolution, current advancements, benefits, challenges, and future directions of high-tech surgical techniques in ophthalmology.

Keywords: ophthalmology, high-tech surgery, artificial intelligence, robotic surgery, laser procedures

Introduction. The integration of advanced technology, particularly artificial intelligence (AI) and robotics, has significantly transformed modern medicine, with notable advancements in ophthalmic surgery. AI has become a cornerstone in ophthalmology, enhancing diagnostic accuracy and treatment efficacy through deep learning algorithms that excel in early detection of conditions like diabetic retinopathy, age-related macular degeneration, and glaucoma[6, 19]. These technologies have improved ophthalmic imaging techniques, such as optical coherence tomography, enabling precise disease monitoring and management[19]. Robotic technology, although still facing challenges like high costs and a steep learning curve, has shown potential in improving surgical precision and addressing issues such as hand tremors in vitreoretinal procedures[8]. The use of AI in telemedicine and teleophthalmology has expanded access to care, particularly in underserved areas, by facilitating remote diagnosis and monitoring[6, 14]. Furthermore, deep learning-driven segmentation models have streamlined the diagnosis of eye diseases, offering automated and accurate predictions through user-friendly web applications[5]. The key objectives of exploring these high-tech advancements include enhancing patient outcomes, optimizing treatment strategies, and increasing accessibility to eye care, ultimately aiming to reduce the global burden of visual impairment[6, 19]. However, the successful implementation of these technologies requires addressing ethical considerations, data privacy, and the need for diverse datasets, underscoring the importance of multidisciplinary collaboration[6, 14].

Historical perspective. The historical evolution of ophthalmic surgery is marked by significant milestones that have paved the way for high-tech advancements in the

field. The journey began in the mid-19th century with the invention of the ophthalmoscope by Hermann von Helmholtz, which revolutionized ophthalmic diagnosis and treatment[16]. The mid-20th century saw the emergence of ophthalmic plastic surgery as a distinct subspecialty, driven by the need to address complex orbital and periocular injuries post-World War II, leading to the development of reconstructive, restorative, and cosmetic procedures[4]. The late 20th and early 21st centuries witnessed a transformative shift with the advent of optical coherence tomography (OCT), a collaboration between ophthalmic surgeons and physical scientists, which enabled high-resolution imaging of the eye's internal structures[16]. OCT has evolved from a research tool to a routine diagnostic modality, with advancements such as spectral-domain OCT and OCT angiography enhancing its utility in diagnosing and monitoring a wide range of ocular conditions[10, 12]. The integration of OCT into the operating room, particularly through intraoperative OCT (iOCT), has further revolutionized surgical visualization, allowing real-time imaging during procedures and improving surgical outcomes[16]. Additionally, innovations in imaging techniques, such as adaptive optics and artificial intelligence, are enhancing the precision and accessibility of ophthalmic care, offering detailed insights into disease processes and enabling remote eye care solutions[12]. These technological advancements, coupled with improved surgical instrumentation and techniques, have significantly enhanced the quality of life for patients, particularly the geriatric population, by improving visual outcomes and overall well-being[13].

High-tech techniques in ophthalmology. Recent advancements in high-tech techniques are significantly transforming the field of ophthalmology, offering innovative solutions for diagnosis, treatment, and surgical procedures. These technologies include laser-assisted procedures, robotic-assisted surgeries, 3D visualization, artificial intelligence (AI), and advancements in gene and stem cell therapy. Each of these techniques contributes uniquely to the enhancement of ophthalmic care, improving precision, efficiency, and patient outcomes. The

following sections delve into these key technologies and their impact on ophthalmology.

Laser-assisted procedures

- Laser technology has been pivotal in ophthalmology, particularly in procedures like LASIK for vision correction and photocoagulation for retinal diseases.
- These procedures offer high precision and minimal invasiveness, leading to quicker recovery times and improved patient satisfaction.

Robotic-assisted surgeries

- Robotic systems in ophthalmology, especially in anterior segment and vitreoretinal surgeries, enhance surgical precision and reduce human error, such as hand tremors.
- Despite their potential, the high costs and steep learning curve for surgeons limit widespread adoption[8].

3D Visualization

- Three-dimensional technology is revolutionizing ophthalmology education and practice by improving the visualization of complex anatomical structures[20].
- 3D printing and bioprinting are being explored for oculoplastic reconstruction and corneal transplantation, offering patient-specific therapeutic strategies[11].

Artificial intelligence

- AI, particularly deep learning, is transforming ophthalmology by enhancing diagnostic accuracy and treatment planning for conditions like diabetic retinopathy and glaucoma[6, 19].
- AI's integration with teleophthalmology improves access to care, especially in underserved areas, and supports remote monitoring systems[6].
- Generative AI, including GANs, is used for image enhancement and disease identification, although challenges like data bias and safety concerns remain[9, 15].

Gene and stem cell therapy

- Gene therapy is emerging as a promising treatment for genetic eye diseases, such as Leber's hereditary optic neuropathy, offering hope for previously untreatable conditions[17].

- Stem cell therapy is being explored for retinal tissue engineering, potentially revolutionizing treatments for degenerative eye diseases[11].

While these high-tech techniques are revolutionizing ophthalmology, challenges such as ethical considerations, data privacy, and the need for multidisciplinary collaboration persist. Addressing these issues is crucial for the successful integration of these technologies into clinical practice. Additionally, the high costs and technical complexities associated with some of these innovations may limit their accessibility and widespread adoption. Nonetheless, continued research and development hold promise for further advancements in ophthalmic care, ultimately improving patient outcomes and reducing the global burden of visual impairment.

Benefits of high-tech techniques. High-tech techniques in ophthalmology offer numerous benefits, including enhanced precision and safety, faster patient recovery, and improved diagnostic and therapeutic outcomes. The integration of advanced technologies such as three-dimensional visualization, artificial intelligence, and virtual reality in ophthalmology education has significantly improved the understanding and retention of complex anatomical and pathological concepts, thereby enhancing surgical training and diagnostic skills[20]. In clinical practice, high-tech approaches have been particularly transformative in the management of retinopathy of prematurity (ROP). The use of laser coagulation and intravitreal injections of angiogenesis inhibitors has led to a 100% regression rate of ROP in treated cases, demonstrating the effectiveness of these technologies in minimizing severe, disabling forms of the disease[1]. Furthermore, modern diagnostic techniques, including multimodal diagnostics and advanced imaging methods like spectral optical coherence tomography, have enabled precise identification and management of ROP, leading to high treatment efficiency and minimal risk of late complications[3]. Additionally, high-tech ophthalmic lens products have been developed to enhance visual performance, offering significant benefits to both patients and practices[21, 22]. Overall, the adoption of high-tech techniques in

ophthalmology not only improves patient outcomes but also advances the field by providing innovative solutions for complex ocular conditions.

Challenges and limitations. High-tech techniques in ophthalmology face several challenges and limitations, including high costs, accessibility issues, the need for skilled personnel and training, and ethical and regulatory concerns. The substantial costs associated with advanced technologies such as artificial intelligence (AI) and robotic systems pose significant barriers to widespread adoption, particularly in low-income and middle-income countries where the burden of visual impairment is disproportionately high[8, 18]. Accessibility is further hindered by the physical distance between patients and providers, as well as the lack of feasible transportation and communication barriers, which are exacerbated by a shortage of qualified providers relative to the population's needs[16]. The implementation of AI in ophthalmology, while promising in improving diagnostic accuracy and telemedicine capabilities, requires extensive training with large datasets, which are often scarce and not standardized, posing a challenge to effective deployment[8, 18]. Additionally, the integration of these technologies necessitates skilled personnel and comprehensive training programs to overcome the steep learning curves associated with new surgical and diagnostic tools[8, 20]. Ethical and regulatory concerns also arise, particularly regarding data privacy, security, and the lagging development of regulations to keep pace with technological advancements. Addressing these challenges requires a multifaceted approach, including strengthening regulatory frameworks, fostering talent cultivation, and enhancing patient awareness and acceptance of new technologies[7].

Future directions. The future directions for high-tech advancements in ophthalmology are multifaceted, encompassing the integration of augmented reality (AR) and virtual reality (VR), advances in nanotechnology for drug delivery, and the role of artificial intelligence (AI) and big data in personalized medicine. AI has already made significant strides in ophthalmology, particularly in enhancing diagnostic accuracy and treatment efficacy through deep learning algorithms, which

are crucial for early detection of conditions like diabetic retinopathy and glaucoma[2, 19]. The use of AI in ophthalmic imaging, such as optical coherence tomography, has improved disease monitoring and management, and its integration with teleophthalmology promises to enhance accessibility and efficiency in eye care[19]. Moreover, generative AI technologies, including generative adversarial networks, are poised to revolutionize the field by creating synthetic images that aid in developing specialized imaging models, although challenges like data bias and safety concerns remain[15]. In terms of surgical advancements, robotic technology is being explored to improve precision in procedures like vitreoretinal surgery, though high costs and a steep learning curve hinder widespread adoption[8]. The development of intelligent ophthalmology in regions like China highlights the importance of establishing industry standards and addressing regulatory and data privacy challenges to foster innovation[7]. Collectively, these advancements suggest a future where personalized medicine, driven by AI and big data, will play a pivotal role in tailoring treatments to individual patient needs, ultimately reducing the global burden of visual impairment[7, 19].

Conclusion. High-tech surgical techniques are transforming ophthalmology by enhancing diagnostic accuracy, improving surgical precision, and expanding access to eye care. Despite existing challenges such as high costs, technical complexity, and ethical concerns, ongoing research and technological advancements promise a future where personalized, efficient, and accessible eye care becomes a global reality. Continued multidisciplinary collaboration and innovation are essential to fully harness the potential of these technologies, reducing the global burden of visual impairment and improving quality of life for patients worldwide.

References:

1. А.В. Терещенко [и др.]. Interaction of high-tech perinatal and ophthalmological centers as the basis for favorable outcomes of retinopathy of

prematurity // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2024. № 3 (69). С. 86–93.

2. В. В. Нероев [и др.]. Artificial intelligence in ophthalmology: the present and the future // Российский офтальмологический журнал. 2024. № 2 (17). С. 135–141.

3. A. V. Tereshchenko [и др.]. Modern approaches to provision of high-tech ophthalmic care to children with retinopathy of prematurity in kaluga branch of s. fyodorov eye microsurgery federal state institution. // Oтражение. 2023.

4. Alberto Distefano, Emily Li, Mahsa A. Sohrab Ophthalmic Plastic Surgery: A History in the Making 2021. С. 87–103.

5. Amritha Lakshmi R B [и др.]. Advancements in Ophthalmic Healthcare with Deep Learning-Driven Segmentation for Multi-Stage Eye Fundus Disease Diagnosis // Deleted Journal. 2024. № 07 (2). С. 1945–1949.

6. Asma Jabeen Beyond human perception: Revolutionizing ophthalmology with artificial intelligence and deep learning // Journal of Clinical Ophthalmology and Research. 2024. № 3 (12). С. 287–292.

7. Di Gong [и др.]. Development and research status of intelligent ophthalmology in China // International Journal of Ophthalmology. 2024. № 12 (17). С. 2308–2315.

8. Eleftherios Chatzimichael [и др.]. Transforming the future of ophthalmology: artificial intelligence and robotics' breakthrough role in surgical and medical retina advances: a mini review // Frontiers in Medicine. 2024. (11).

9. Ethan Waisberg [и др.]. Generative artificial intelligence in ophthalmology. // Survey of Ophthalmology. 2024.

10. Justine R. Smith The imaging revolution. // Clinical and Experimental Ophthalmology. 2020. № 7 (48). С. 873–874.

11. Kevin Y. Wu [и др.]. Towards Precision Ophthalmology: The Role of 3D Printing and Bioprinting in Oculoplastic Surgery, Retinal, Corneal, and Glaucoma Treatment // Biomimetics. 2024.

12. Palaiologos Alexopoulos [и др.]. The Development and Clinical Application of Innovative Optical Ophthalmic Imaging Techniques // *Frontiers in Medicine*. 2022. (9).
13. Rishi P Singh, Hilel Lewis Innovations in Eye Surgery // *Clinics in Geriatric Medicine*. 2006. № 3 (22). С. 659–675.
14. Rodrigo Anguita [и др.]. The digital age in retinal practice // *International journal of retina and vitreous*. 2024. № 1 (10).
15. Sadi Can Sönmez [и др.]. Generative artificial intelligence in ophthalmology: current innovations, future applications and challenges // *British Journal of Ophthalmology*. 2024. С. bjo-325458.
16. Sathish Srinivasan Evolution of optical coherence tomography: from the laboratory to the operating room. // *Journal of Cataract and Refractive Surgery*. 2022. № 3 (48 3). С. 259–260.
17. Shikha Talwar Bassi [и др.]. Recent advances in neuro-ophthalmology. 2024. № 11 (72). С. 1544–1559.
18. Travis Redd [и др.]. Technology and Innovation in Global Ophthalmology: The Past, the Potential, and a Path Forward // *International Ophthalmology Clinics*. 2022. (63). С. 25–32.
19. Uma Swaminathan, Sachin Daigavane Unveiling the Potential: A Comprehensive Review of Artificial Intelligence Applications in Ophthalmology and Future Prospects // *Cureus*. 2024.
20. Yang Jiang [и др.]. The application of novel techniques in ophthalmology education // *Frontiers in Medicine*. 2024.
21. Benefits of technology // *The Optician*. 2023.
22. High tech for high performance // *The Optician*. 2024.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SEVERE COMBINED CRANIOCEREBRAL TRAUMA

Usmonov A.X., Sharifbayev S.A., Dekhanova N.N. Sharapov I.K.

Fergana medical institute of public health, Uzbekistan Fergana city

*Saidullo Abdullaevich Sharifbaev, neurosurgeon of the highest category, Namanga
branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care,
Uzbekistan Namangan city*

*Nigora Namanjanovna Dehkanova, senior lecturer of the Department of
Medical and Biological Chemistry, PhD in Chemical Sciences, Fergana Medical
Institute of Public Health, Uzbekistan Fergana city*

*Sharapov Ilhamberdi Kamalovich assistant, Department of General Surgery
Fergana Medical Institute of Public Health, Uzbekistan Fergana city*

Relevance: Combined craniocerebral trauma is 43-68% in the structure of combined injuries and is observed in 23-63% of victims with severe craniocerebral trauma. The lethality in cases of SCMT reaches up to 35%, and in extremely severe combined injuries (e.g., musculoskeletal trauma combined with damage to parenchymatous organs and severe traumatic brain injury), especially with massive hemorrhage, reaches 90-100%. A large volume of extracranial pathology and severe traumatic brain injury cause a high level of lethality and disability in victims with SCMT. Combined craniocerebral trauma accounts for 43-68% in the structure of combined injuries and is observed in 23-63% of victims with severe craniocerebral trauma.

Purpose of the study: optimization of the organization of medical care for patients with severe combined craniocerebral trauma with a disorder of consciousness of 12 points or less at the prehospital and hospital stages.

Materials and Methods: The results of treatment and mortality in this group of patients for 2022-2023 in the Department of Neurosurgery of the Namangan branch of RSCCEMP were analyzed. In 2022-2023, 3452 patients with traumatic brain injury were hospitalized, among which 1800 (49.1%) had combined trauma.

80(4.5%) patients with traumatic brain injury who had an impairment of consciousness of 12 points or less on the SCG deserved special attention, because the mortality rate among them was 90%. In 2700(75%) cases of road traffic accident injury, 65.5% of patients were transported by ambulance from the scene to hospital within 1 hour of injury. Combined injuries with traumatic brain injury were distributed by frequency as follows: musculoskeletal trauma, maxillofacial trauma, chest trauma, abdominal trauma, pelvic bone fractures, kidney and vertebral trauma.

Results and their discussion: According to the results of the study, a correlation between the mechanism of trauma and the type of brain injury in victims with SCMT was revealed ($p < 0.05$). Thus, subdural hematomas were the most frequent in road traffic accident victims ($n = 58$) - in 15 patients (25.1%) and foci of brain contusion and crush combined with intracerebral hematomas - in 12 (21.2%). Diffuse axonal brain damage ($n = 4$) was observed only in road traffic accident victims - in 100% of patients. In patients injured as a result of a fall from a great height ($n = 22$), multiple brain injuries prevailed - 7 (25.6%) patients and subdural hematomas - 6 (23.2%). In victims of criminal trauma ($n = 24$) - depressed skull fractures - 8 (31,5%) patients and subdural hematomas - 6 (24,9%). In falls from height ($n = 8$), epidural hematomas occurred with the highest frequency - in 3 (40%) patients. The severity of combined trauma had a significant impact on the outcome of surgical treatment. The localization (anatomical region) of extracranial injuries, the age of the victims, the presence of episodes of hypoxia and arterial hypotension, depression of the level of wakefulness before surgery, the presence of oculomotor disorders and impaired photoreactions, changes in muscle tone, the stage of development of dislocation syndrome, the volume of the focus of brain damage, displacement of medial structures, axial dislocation and the presence of brain edema during surgery and the development of complications ($p < 0.05$, Spearman's method).

Conclusions: 1. Not only speed of delivery but also effective antishock measures are important in the prehospital phase.

2. Hospitalization of patients with severe combined traumatic injury should be carried out in multidisciplinary trauma hospitals, in which it is possible to provide assistance in case of mass admission of victims.

3. It is necessary to organize departments of combined trauma and diagnostic complex, working round the clock (MSCT, ultrasound, express - laboratory, etc.).

4. After admission of the victim to the emergency room, to determine the tactics of management of patients should be responsible duty doctor on the hospital.

5. In the duty team must necessarily be present specialists of different profiles (neurosurgeon, traumatologist, cavity and vascular surgeons, maxillofacial surgeon).

List of references:

1. Gusev E.I., Nikiforov A.S., Konovalov A.N. Nervous diseases, neurosurgery. M., 2001.

2. Neurosurgery - Tsymbaliuk V.I. - Textbook. 2008.

3. Neurosurgery. Mozhaev S.V. 2009.

4. Neurosurgery. European manual. In 2 volumes. Volume 2. H. B. Lumenta, C. Di Rosso, J. Haase, Jan Jacob A. Moey 2013

Assistant, Department of General Surgery

**BALOG‘AT YOSHIDAGI QIZLARDA GINEKOLOGIK
KASALLIKLARNI KAM INVAZIV ENDOVIDEOLAPAROSKOPIK
USULLAR BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGI**

Salimov. Sh.T., Abdusamatov B.Z., Berdiyev E. A

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy markazi.

Toshkent. O‘zbekiston

Muammo dolzarbligi: O'smir qizlarning reproduktiv salomatligi muammosi butun dunyoda ham, O‘zbekistonda ham dolzarbdir, bu bolalar va o'smirlarda ginekologik kasalliklarning bir necha barobar ortishi bilan bog'liq. So'nggi ma'lumotlarga ko'ra,

ginekologik kasalliklarning tarqalishi O'zbekistonda 5% dan 27% ni tashkil etadi. Kechiktirilgan tashxis va kelajakda noto'g'ri terapiya reproduktiv funktsiyaning buzilishiga olib kelishi mumkin, bu esa o'z navbatida bepushtlikka olib kelishi mumkin.

Tadqiqotimiz maqsadi: O'tkir ginekologik patologiyaga ega bo'lgan "o'tkir qorin" sindromi bo'lgan qizlarni tashxislash va davolash natijalarini baholash.

Material va uslublar: Respublika bolalar minimal invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy markaziga 2012-2023 yillar mobayinida yotqizilgan ginekologik kasalliklarga chalingan 109 nafar qizlar kasallik tarixi tahlil qilindi. Barcha qizlar shoshilinch ravishda "o'tkir qorin" klinikasi bilan murojaat qilishgan. Ularning 19 nafari 8-12 yosh atrofida, 90 nafari esa 13-17 yosh atrofida bo'lgan.

Natijalar: O'tkir qorin sindromi bilan kelgan qizlarda ginekologik patologiyalarni tasdiqlash maqsadida, bemorlarda qorin bo'shlig'ining umumiy UTT o'tkazildi va diagnostik laparoskopiya amaliyoti o'tkazildi. Barcha bemorlardan umumiy qon tahlili, umumiy siydik tahlili, qon bioximiyaviy tahlillari olindi. 44 nafar bemorda o'tkir qorin sindromi alomatlari bachadon ortiqlarini yallig'lanishi oqibatida kelib chiqqanligi aniqlandi. Tuxumdon buralish 22 nafar qizlarda aniqlandi. 29 nafar bemor qizlarimizda tuxumdon kistalari aniqlangan bo'lsa, 14 nafarida esa tuxumdonlar apopleksiyasi aniqlanib ularni davolash ishlari olib borildi. Tuxumdon buralish 22 nafar bemorda aniqlanib, 19 nafarida endovideolaparoskopik usulda bartaraf etildi, 3 nafarida esa an'anaviy laparotomiya usulida bartaraf etilgan. 14 nafarida esa tuxumdonlar apopleksiyasi yorilishi natijasida qon ketish alomatlari aniqlagan bo'lsa, diagnostik laparoskopiya yordamida 9 nafarida qon ketish alomatlari to'xatilgan, 3 nafarida esa konservativ davo mualojalari yordam bergan. Jarrohlik amaliyoti o'tkazilgan barcha bemorlar 4-5 kunlari qoniqarli ahvolda ambulator davolanish uchun uyiga javob berilgan.

Xulosa: 1. Turli yoshdagi qizlardagi "o'tkir qorin" sindromi turli xil ginekologik patologiyalarni o'z ichiga oladi, bu bolalar jarrohidan muvaffaqiyatli tashxis qo'yish

va optimal jarrohlik taktikasini tanlash uchun qo'shimcha bilim va ko'nikmalarni talab qiladi.

2. Qizlarda o'tkir ginekologik kasalliklarni o'z vaqtida tashxislash va keyinchalik yetarli darajada davolash bolalar jarrohlari, ginekologlar va ultratovush diagnostikasi o'rtasida yaqin hamkorlikni talab qiladi.

3. Laparoskopik aralashuvning ustuvorligi ginekologik kasalliklarni o'tkir appenditsitning differentsial diagnostikasi holatlarida, ichki genital organlarning patologik holatini bevosita bartaraf etishda shubhasizdir.

O‘SMIR YOSHDAGI BOLALARDA VARIKOTSELENI DAVOLASHDA KAM INVAZIV VIDEOLAPAROSKOPIK USULLARDA DAVOLASH

Salimov Sh.T., Abdusamatov B. Z., Berdiyev E. A.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi

Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy-amaliy markazi

Muammoning dolzarbligi: Varikotsele kasalligi o‘smir bolalarda o‘rtacha 2,7-30,7 % da kuzatilib, 50% gacha bepustlikka sabab bo‘lib, bu muammoni davolashda optimal yondoshuv talab etiladi.

Tadqiqotning maqsadi: Varikotsele kasalligini davolash taktikasini takomillashtirib, innovatsion endovideolaparoskopik usullarini qo‘llash.

Material va tekshiruv usullari: Respublika Bolalar kam invaziv va endovizual ilmiy-amaliy markazida 2012-2024 yillarda davolanishda bo‘lgan 195 nafar bemor bolalar davolash usullari tahlil qilindi. Varikotseleni darajalarini aniqlashda Yu.F.Isakov va A.P.Eroxin klassifikatsiyalaridan foydalanildi. UTT doplerografiyasi yordamida chap moyak venalarini varikoz kengayishi va uning darajalariga qarab tashxisga oydinlik kiritildi. 100% holatlarda varikotsele chap tomonlama uchradi. Ularni o‘rtacha yoshi $13,6 \pm 0,8$ ni tashkil etdi. Bemorlar ikki guruhga ajratildi. Birinchi guruhga 86 nafar bemorlar bo‘lib, ularda an’anaviy usulda operatsiya amaliyotlari bajarildi. Ikkinchi guruhda 109 nafar bemorlarda

endovideolaparoskopik usulda xirurgik amaliyoti bajarildi. Bu amaliyotlarni bajarishda Karl Storz firmasini moslama uskunalaridan foydalanildi.

Natijalar: An'anaviy usullarda bajarilgan xirurgik amaliyotlar o'rtacha 25 ± 5 minutni, endovideolaparoskopik usulda bajarilgan xirurgik amaliyotlar o'rtacha 20 ± 4 minutni tashkil etdi. Endovideolaparoskopik xirurgik amaliyotlarda operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda asoratlar kuzatilmadi, faqat an'anaviy usulda bajarilgan 1 nafar bemorda operatsion jaroxatidan qon ketish alomatlari kuzatildi.

Bemorlardagi og'riq sindromlarini aniqlash maqsadida anketalar shakllantirilib, chiqaruv epikrizi oldidan bu anketalar bemorlarga tarqatildi. Og'riq sindromlarini bemorlarda 3 chi va 7chi sutkalarida va operatsiyadan so'ng birinchi oylarida baholandi. Shu narsa aniq bo'ldiki, og'riq sindromlari 1 chi guruhdagi an'anaviy usullarda xirurgik amaliyot bajarilgan bemor bolalarda ko'proq kuzatildi, ikkinchi guruhdagi bemorlarda esa og'riq sindromlari kuzatilmadi.

Xulosa: Bolalarda varikotsele kasalligi videolaparoskopik usulida bajarilganda, operatsiya shikastini kamaytiradi, operatsiyadan keyingi qo'pol chandiqlar hosil bo'lish xavfini pasaytiradi, operatsiya amaliyotiga ketadigan vaqt va bemorning fizik aktivligining tiklanishi hamda yotoq-kunlarini kamaytiradi, bemorning hayot faoliyati yaxshilanadi, bepushtlikni oldini oladi va yaxshi kosmetik samara qoldiradi.

ПРЕИМУЩЕСТВА САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Носиров Ю.У

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр.

Бухара Узбекистан.

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи современной науки в области медицины, проблема инородных тел дыхательных путей у детей она остается достаточно актуальной.

Материалы и методы: Проанализирована результаты лечения ИТ в хирургической отделения Бухарского областного многопрофильного детского медицинского центра за период с 2023-2024 гг. С подозрением на инородное тело трахеобронхиального дерева нами было осмотрен 42 пациента, возраст больных варьировал от 1 до 8 лет.

В момент осмотра жалобы предъявляли только 35 (83,3%) пациента. Чаще всего пациентов беспокоили: кашель, одышка, болезненность в грудной клетке, повышение температуры тела, частые простудные заболевания. Однако почти половина пациентов - 19 (45%) в момент осмотра жалоб не предъявляли. При дальнейшем ознакомлении с анамнезом только половина всех пациентов указывали на возможную аспирацию инородного тела в анамнезе. Всем больным перед проведением бронхоскопии выполнена стандартная рентгенография грудной клетки. По данным рентгенографии органов грудной клетки инородные тела были выявлены у 12 (28,5%) больных, у 9 (21,4%) больных были выявлены неспецифические (косвенные) рентгенологические признаки ИТ. Отсутствие рентгенологических признаков ИТ было отмечено у 23 (54,7%) пациентов.

Фибробронхоскопия во всех случаях проводилась под общей анестезией с использованием в/в кетамина. У ряда больных, в основном со «старыми» инородными телами, предварительно требовалось проведение санационных бронхоскопий для уменьшения воспалительных изменений вокруг

инородного тела и увеличения просвета обтурированного бронха. Для санации использовали специально приготовленную смесь (фибринолитическую смесь), состоящую из 0,9% натрия хлорида 100 мл + 2,5% гидрокортизона 2,0 мл + 10 мг химотрипсина + 0,5 мг амикацина. Как правило, после санационной бронхоскопии удавалось произвести полное удаление ИТ, однако в некоторых случаях понадобилось от 2 до 5 сеанса санационной бронхоскопии. Для удаления ИТ трахеобронхиального дерева использовались бронхоскопические щипцы и специальные инструменты для удаления инородных тел (тип «крысиный зуб» и «аллигатор»). При образовании грануляционной ткани вокруг инородного тела, производилось их механическое удаление. После удаления инородных тел, всем больным были показаны обязательные санационные бронхоскопии. У больных детей при бронхоскопии для удаления инородного тела из трахеобронхиального дерева использовали жёсткий бронхоскопической аппаратуры. (KARL STORZ)

Результаты: при бронхоскопии инородные тела трахеобронхиального дерева удалось

обнаружить у 35 (83%) больных. Наиболее часто ИТ встречались в правом нижней – долевым бронхе – 22 (52%) пациентов, а при больших размерах инородных тел в правом главном – 8 (19%) пациента. У 5 больных, которые не предъявляли жалоб на момент осмотра были обнаружены и удалены инородные тела из просвета трахеобронхильного дерева.

Вывод. Таким образом, стертая клиническая картина заболевания, иногда отсутствие жалоб у пациента, не позволяет поставить правильный диагноз. Бронхоскопия остается

основной методикой диагностики и удаления инородных тел трахеи и крупных бронхов у детей.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Носиров Ю.У.

Бухарский областной многопрофильный детский медицинский центр. г. Бухара

Актуальность. Инородные тела трахеобронхиального дерева (ТБД) у детей встречаются довольно часто, иногда представляют трудности в диагностике.

Цель исследования: изучить частоту осложнений, наблюдаемых у пациентов с поздней диагностикой инородных тел трахеобронхиального дерева у детей.

Материалы и методы. За период с 2020-2023 годы обследована и излечена 40 больных детей с инородными телами дыхательных путей в отделении хирургии Бухарского

Областного многопрофильного детского медицинского центра. Из 40 пациентов 11 (27,5%) были моложе 1 года, 14 (35%) — от 1 до 2 лет, 12 (30%) — от 2 до 3 лет, 3 (7,5%) — старше 3 лет.

Из 40 проанализированных пациентов 22 (55%) пациента посещали на срок до 3 дней, 18 (45%) пациентов посещали более 3 дней, у большинства из них наблюдались осложнения в виде бронхита и пневмонии. Одним из наиболее частых осложнений является бронхит, развивающийся через 1 сутки после аспирации инородного тела, такое состояние

Наблюдалось у 16 (40%) из 40 больных. Наблюдаемость осложнений зависит от характера инородного тела и возраста больного. Если длительность аспирации инородного тела превышает 7 дней, заболеваемость бронхитом несколько снижается. Аспирация инородных тел чаще встречается у детей, чем младше ребенок.

Развитие бронхитов отмечалось при аспирации любых инородных тел, но при аспирации органических инородных тел у 28 детей (70%), частота

развития бронхитов была выше по сравнению с аспирацией неорганических инородных тел у 12 детей (30%).

Обсуждение. При анализе полученных данных выявили, что осложнения наблюдаются в зависимости от характера инородного тела. Анализ показал, что органическое инородное тело вызывает больше осложнений, чем неорганическое инородное тело. Кроме того, замечено, что внешние осложнения зависят и от размеров инородных тел. Инородное тело небольших размеров приводит к более быстрому развитию осложнений, чем инородное тело крупных размеров. Причина этого в том, что в сегментарные бронхи проникает небольшое инородное тело.

Развитие бронхитов отмечалось при аспирации любых инородных тел, но при аспирации органических инородных тел у 28 детей (70%), частота развития бронхитов была выше по сравнению с аспирацией неорганических инородных тел у 12 детей (30%). Помимо этого, аспирация инородных тел в дыхательные пути у части детей осложнялась пневмонией у 14 детей (35%), независимо от природы аспирированного инородного тела. У детей первых 2 лет жизни пневмония осложняла аспирацию значительно чаще у 6 детей (75%), чем у более старших детей у 2 пациентов (25%). Скорость развития пневмоний была различной. В первые сутки после аспирации инородного тела пневмония развилась у 1 больного ребенка (2,5%), в первые 3 суток - у 2 пациентов (5%), в первую неделю - у 4 детей (10%). Если длительность аспирации составляла более 1 недели, то пневмония развивалась чаще - 7 детей (17,5%).

Вывод. Таким образом, с увеличением длительности нахождения инородного тела в трахеобронхиальном дереве частота развития пневмоний значительно увеличивалась.

Выявлена также зависимость частоты возникновения пневмоний от характера инородного тела: при органических инородных телах частота возникновения пневмоний в 2-3 раза

выше,

чем при неорганических инородных телах. Кроме того, несколько чаще отмечалась левосторонняя (39,4%) локализация пневмонии по сравнению с правосторонней (60,6%)

ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОБРАЗОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ В ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Тураева Ёркиной Мамадалиевна

PhD, Врач-офтальмолог приёмно-диагностическое отделение Ферганский филиал Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Данная статья посвящена экспертной оценке реактивных изменений в мягких тканях органа зрения, развивающихся в различные сроки посттравматического периода. Проанализированы патоморфологические данные, полученные в результате серии экспериментальных моделирований тупой травмы органа зрения.

Ключевые слова: органа зрения, мягкие ткани, тупая травма, патоморфология, давность.

Установление давности образования повреждений является одним из основных вопросов при проведении судебно-медицинских исследований в случаях механической травмы [6, 8]. В основе решения этого вопроса лежит экспертная оценка реактивных изменений, которые развиваются в различные сроки посттравматического периода [3]. Согласно данным А. И. Фроловой и соавторов, существуют особенности развития ответных реакций и процессов, развивающихся в организме после травмы в мягких тканях и во внутренних органах [7]. Это объясняется, по мнению авторов, особенностями течения посттравматического процесса в различных органах и тканях [1].

Цель исследования. В связи с вышеизложенным, нам представилось целесообразным провести экспериментальное исследование, посвященное оценке реактивных изменений при травме мягких тканей и одного из органов зрения, имеющей специализированное кровообращение.

Материалы и методы. Экспериментальное моделирование повреждений мягких тканей органа зрения.

В качестве основного повреждения при проведении исследования были выбраны кровоизлияния, так как они образуются в большинстве случаев механической травмы. Для выявления патоморфологических изменений в мягких тканях веки и параорбитальной клетчатки при механической травме в зависимости от давности образования повреждений весь экспериментальный материал был подразделен на 3 групп: 1-я группа — 6 часов, 2-я группа — 9 часов, 3-я группа — 24 часов. Четвертая группа — контрольная группа. При микроскопии исследовали срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, а также по Перлсу. Микроскопическое исследование проводилось на микроскопе Carl Zeiss Axio Scope A.1.

При микроскопическом исследовании случаев контрольной группы в мягких тканях отмечалось неравномерное кровенаполнение сосудов всех калибров. В ряде полей зрения отмечали образование кровоизлияний, представленных скоплениями рыхлых и компактных масс эритроцитов, располагающихся периваскулярно и в межмышечных пространствах. Уже через 6 час после травмы в мягких тканях в зоне кровоизлияния появлялся отек и очаговая лейкоцитарная реакция, которая была представлена скоплениями нейтрофильных лейкоцитов — периваскулярно. При исследовании зрительных органов через 6 час после образования повреждения отчетливо просматривалось кровоизлияние под веки. Следует отметить, что очаговые кровоизлияния наблюдались под конъюнктивы, параорбитальной клетчатки. За счет образовавшегося кровоизлияния наблюдали расширение пространства конъюнктивы, иногда кровоизлияния заполняли полностью под конъюнктивы.

Сосуды микроциркуляторного русла были неравномерного кровенаполнения. Отмечали признаки нарушения кровообращения в виде запустевших сосудов конъюнктивы. При оценке состояния конъюнктивы были выявлены признаки неравномерного окрашивания клеток эпителия, по типу метахромазии. При этом эпителиоциты конъюнктивы были набухшими и имели несколько увеличенные в размерах ядра. Цитоплазма эпителия была неравномерно окрашена.

При увеличении срока давности травмы до 9-х часов отмечалось нарастание отека мягких тканей, при этом соединительнотканые волокна мягких тканей были незначительно набухшими с расширением пространств между волокнами, за счет чего они выглядели более рыхлыми. Эритроциты, входящие в состав кровоизлияния, сохраняли свои контуры. В кровоизлияниях отмечали диффузное расположение лейкоцитов. При исследовании параорбитальной клетчатки через 9 часа после образования повреждения выявляли кровоизлияние и в вещество органа зрения с умеренно выраженной диффузной лейкоцитарной реакцией. Сосуды микроциркуляторного русла оставались неравномерного кровенаполнения. В окружности кровоизлияний наблюдали отек параорбитальной клетчатки. При морфологической оценке состояния эпителия конъюнктивы было отмечено сужение просвета конъюнктивальной полости за счет выраженного набухания эпителиоцитов. Кроме того, в отдельных полях зрения эпителиоциты были представлены в виде отдельных эозинофильных разновеликих глыбок. Это было связано с прогрессирующими некробиотическими изменениями ткани глаза. В третьей исследуемой группе через 6 часов после получения травмы отмечали явления выраженного отека мягких тканей. Кровоизлияния были представлены зернистыми массами, в которых контуры эритроцитов были слабо различимы. При исследовании кровоизлияний было отмечено, что наряду с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией можно было наблюдать появление макрофагов. При микроскопии зрительных органов через 6 часов после

образования повреждения наблюдали подконъюнктивальные кровоизлияния с диффузной лейкоцитарной реакцией, а также появление единичных макрофагов. Наряду с описанными изменениями наблюдали прогрессирование некробиотических изменений эпителия конъюнктивы. Отмечали расширение и полнокровие сосудов венозного русла, артерии находились в состоянии спазма и поэтому были едва различимы. При давности травмы 9 часов по сравнению с травмой давности 6 часов отмечались умеренно выраженные динамические изменения, однако в мягких тканях среди полиморфных клеток — нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов и лимфоцитов отмечали появление единичных фибробластов (рис. 1).

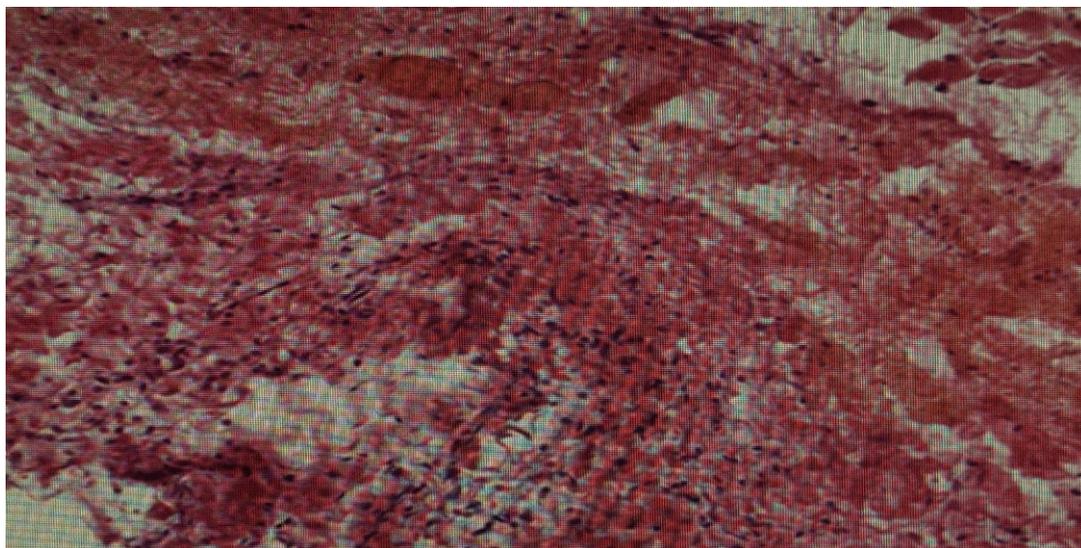


Рис. 1. Кровоизлияния в мягкие ткани с диффузной реакцией из полиморфных клеток. Окраска гематоксилин-эозин, ув. 100

В кровоизлияниях можно было различить тонкие нити фибрина. Рис. 1. Кровоизлияния в мягкие ткани с диффузной реакцией из полиморфных клеток. При микроскопии глаза через 9 часов после травмы было отмечено, что кровоизлияния представлены зернистыми массами бледно окрашенных эритроцитов. Среди эритроцитарных масс располагались нейтрофильные лейкоциты, макрофаги и лимфоциты (рис. 2).

При микроскопическом исследовании гистологических срезов группы с давностью травмы 24 часа наблюдали обширные кровоизлияния, состоящие

как из рыхлых, так и компактных масс бледно окрашенных эритроцитов в сочетании с фибрином. В кровоизлияниях диффузно располагались полиморфные клетки — нейтрофильные лейкоциты, макрофаги, лимфоциты и фибробласты. Кроме описанных изменений, при исследовании было отмечено появление местами новообразованных, тонкостенных, кровенаполненных сосудов. При оценке патоморфологических изменений глаза через 24 часа после травмы орган имел неразличимую структуру, которая была представлена кровоизлияниями, состоящими из эритроцитов в состоянии гемолиза, и полиморфноклеточными элементами лейкоцитарного ряда.

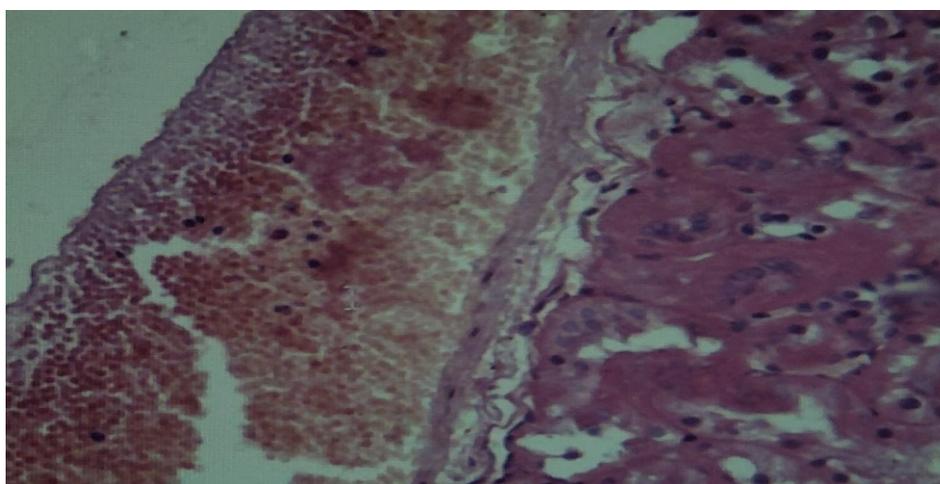


Рис. 2. Подконъюнктивальные кровоизлияния с наличием лейкоцитов, макрофагов, лимфоцитов. Окраска гематоксилин-эозин, ув. 200

Морфология эпителия конъюнктивы свидетельствовала о развитии фокального колликвационного некроза эпителиоцитов в виде выраженной баллонной дистрофии, во многих полях зрения была обнажена. Причинами развития баллонной дистрофии эпителия конъюнктивы являются выраженные нарушения белкового и водно-электролитного баланса, которые ведут к острым расстройствам коллоидно-осмотического давления в клетке, при этом развиваются нарушения проницаемости мембран клеток, что сопровождается их распадом [2, 4]. Развитие некробиотических изменений сопровождается активацией гидролитических ферментов лизосом, которые приводят к

выраженным альтеративным изменениям за счет разрывов внутримолекулярных связей [5].

Выводы. Таким образом, на основании проведенного исследования можно заключить, что при механической травме отмечается более активная клеточная реакция мягких тканей по сравнению с глазами. Различная динамика развития реактивных изменений в мягких тканях и во зрительных органах объясняется, прежде всего, особенностями течения окислительно-восстановительных, метаболических и трофических процессов, связанных с органоспецифичностью мягких тканей органов зрения.

Список литературы

1. Установление прижизненности механической травмы по биохимическим показателям / О. Г. Асташкина, Е. П. Столярова, С. В. Полтарев, Н. А. Терешина // Мед. экспертиза и право. — 2010. — № 3. — С. 43–45.
2. Давыдовский И. В. Общая патология человека / И. В. Давыдовский. — М. : Медицина, 1968.
3. Науменко В. Г. Гистологический и цитологический методы исследование в судебной медицине / В. Г. 3.
3. Науменко, Н. А. Митяева. — М. : Медицина, 1980.
4. Серов В. В. Воспаление / В. В. Серов, В. С. Пауков. — М. : Медицина, 1995. — 640 с.
5. Серов В. В. Соединительная ткань / В. В. Серов, А. Б. Шехтер. — М. : Медицина, 1981. — 312 с.
6. Федоров С. А. Оценка морфологии повреждений сердца, перикарда и пристеночной плевры при проникающих колото-резанных ранениях груди : дис. ... канд. мед. наук / С. А. Федоров. — Новосибирск, 2011. — 137 с.
7. Фролова А. И. Определение давности повреждения мягких тканей при механической травме по морфологическим критериям : информационное письмо / А. И. Фролова, Н. Д. Асмолова, Р. А. Назарова. — М., 2007.

8. Чернова М. В. Патоморфология и судебно-медицинская оценка изменений селезенки при определении давности ее повреждений : дис. ... канд. мед. наук / М. В. Чернова. — 142 с.

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Бобоев М.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Актуальность. Синдром пальпируемой опухоли брюшной полости (СПОБП) у детей является сложной диагностической проблемой. Трудности связаны с большим количеством нозологических единиц, лежащих в основе данного синдрома, зачастую стертой клинической картиной и поздним обращением к врачу. Под СПОБП подразумевают наличие пальпируемого образования в любой области брюшной полости, что является признаком патологии, требующей неотложной и правильной диагностической и лечебной тактики. Несмотря на то что часто родители сами во время игры или купания ребенка обращают внимание на асимметрию, увеличение размеров живота и/или наличие «плотного шара», отсутствие в большинстве случаев ярких и специфических проявлений заболевания усыпляет их бдительность; таким образом, родители медлят с обращением к врачу. Наряду с этим около половины случаев обнаружения объемного образования брюшной полости — это случайные находки во время диспансерного осмотра ребенка в поликлинике. Зачастую в этих случаях педиатры не торопятся сразу назначать необходимый спектр исследований и дело ограничивается консультацией хирурга. Также подобные «случайные находки» обнаруживаются при проведении визуализирующих методов исследования, таких как

рентгенография и УЗИ, выполняемых в плановом порядке или по поводу других заболеваний.

Цель. Определить частоту и нозологический спектр острых хирургических заболеваний, сопровождающихся с новообразованиями брюшной полости у детей по материалу клиники.

Материал и методы. В отделениях экстренной и плановой хирургии 2-ГКДХБ находились 193 детей в возрасте от 3 мес. до 18 лет с наличием объемного образования в брюшной полости, выявленные при пальпации живота или по ходу наблюдения и обследования ребенка с использованием специальных методов диагностики (УЗИ, рентгенологические исследования, МСКТ). Верификация окончательного диагноза проводилась с учетом интраоперационных данных и результатов морфологических исследований.

Результаты. Среди 193 больных, находившихся на лечении 114 детей (59,1%) были с патологией яичников различного генеза, 45 (23,4%) – с инвагинацией кишечника, 12 (6,2%) – с абсцессами в брюшной полости, 13 (6,7%) – с кистами в брюшной полости, 5 (2,6%) – с обтурацией кишечника различного генеза (безоары, каловые камни), 2 (1,0%) – с мезаденитом, 1 (0,5%) – с гематомой брыжейки и 1 (0,5%) – с альвеококком печени. Из них мальчиков – 49 (25,4%), девочек – 144 (74,6%). Частая встречаемость объемных образований в возрасте 15-18 лет (72 больных) и превосходство девочек над мальчиками в основном связано с патологией яичников у девочек (у 66 больных из 72). Диагноз первично был поставлен при пальпации – 52 (27,0%) больным, с диаметром образования от 3 см и более при поверхностном расположении (кисты брюшной полости, безоары и т.д.). С помощью УЗИ – 102 (52,8%), и интраоперационно – у 39 (20,2%), в основном обнаруживали образования малых размеров в труднодоступных местах (киста яичника и др.).

Выводы. Объемные образования брюшной полости наблюдаются у детей всех возрастных групп. Отмечаются различия в нозологической структуре в зависимости от возраста и пола больного. Объемные образования

брюшной полости встречаются как в виде экстренной хирургической патологии, так и в виде медленно нарастающего опухолевидного образования. Внимательное отношение врача-педиатра к каждому симптому, который теоретически может быть проявлением опухолевого процесса у ребенка, и адекватная реакция в виде назначения углубленного обследования — ключ к успеху ранней диагностики.

ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Бобоев М.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Актуальность. Все врожденные и приобретенные (паразитарные и травматические) кисты брюшной полости больше у детей клинически сопровождаются синдромом пальпируемой опухоли (СПО). У этой категории больных главным доминирующим симптомом является наличие пальпируемой опухоли в брюшной полости, симметричные и асимметричные увеличения конфигурации живота. Болевые симптомы на начальном этапе заболевания не наблюдаются. Они проявляются в тех случаях когда возникают осложнения первичного заболевания. Под синдромом объемного образования брюшной полости (СПОБП) подразумевают наличие образования различного размера в области живота доступное при пальпации или обнаруживаемые при использовании специальных методов исследования, присутствие которого является нехарактерным для данной области, требующей соответствующей диагностической и лечебной тактики. К их числу можно отнести пороки развития, ряд острых хирургических заболеваний при обычном и осложненном течении, паразитарные инвазии органов брюшной полости,

доброкачественные и злокачественные опухоли. Дифференциальная диагностика и лечение объемных образований брюшной полости остаётся актуальной проблемой детской хирургии.

Цель. Определить частоту и нозологический спектр острых хирургических заболеваний, сопровождающихся синдромом объемного образования брюшной полости у детей по материалу клиники.

Материал и методы. В отделениях экстренной и плановой хирургии 2-ГКДХБ находились 193 ребенка в возрасте от 3 мес. до 18 лет с наличием объемного образования в брюшной полости, выявленные при пальпации живота или по ходу наблюдения и обследования ребенка с использованием специальных методов диагностики (УЗИ, рентгенологические исследования, МСКТ). Верификация окончательного диагноза проводилась с учетом интраоперационных данных и результатов морфологических исследований.

Результаты. Среди 193 больных, находившихся на лечении 114 детей (59,1%) были с патологией яичников различного генеза, 45 (23,4%) – с инвагинацией кишечника, 12 (6,2%) – с абсцессами в брюшной полости, 13 (6,7%) – с кистами в брюшной полости, 5 (2,6%) – с обтурацией кишечника различного генеза (безоары, каловые камни), 2 (1,0%) – с мезаденитом, 1 (0,5%) – с гематомой брыжейки и 1 (0,5%) – с альвеококком печени. Распределение по возрасту: до 3 мес – 3 (1,6%); 4-12 мес – 25 (13,0%); 1-3 года – 21 (10,8%); 3-7 лет - 8 (4,1%); 7-12 лет – 6 (3,1%); 12-15 лет – 58 (30,0%); 15-18 лет – 72 (37,3%). Из них мальчиков – 49 (25,4%), девочек – 144 (74,6%). Частая встречаемость объемных образований в возрасте 15-18 лет (72 больных) и превосходство девочек над мальчиками в основном связано с патологией яичников у девочек (у 66 больных из 72). Диагноз первично был поставлен при пальпации – 52 (27,0%) больным, с диаметром образования от 3 см и более при поверхностном расположении (кисты брюшной полости, безоары и т.д.). С помощью УЗИ – 102 (52,8%), и интраоперационно – у 39 (20,2%), в основном

обнаруживали образования малых размеров в труднодоступных местах (киста яичника и др.).

Выводы. Объемные образования брюшной полости наблюдаются у детей всех возрастных групп. Отмечаются различия в нозологической структуре в зависимости от возраста и пола больного. Объемные образования брюшной полости встречаются как в виде экстренной хирургической патологии, так и в виде медленно нарастающего опухолевидного образования. Наличие объемного образования в брюшной полости требует ранней комплексной диагностики. В случае запоздалой диагностики наблюдаются различные осложнения в виде нагноения, разрывов и перекрутов кистоподобных образований.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ СТРЕССЕ

Мамасаидов Ж.Т., Ганижонов П.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность: Исследования морфофункциональных изменений слизистых оболочек пищеварительного тракта при стрессе имеют высокую актуальность в медицинской науке и практике. Это обусловлено тем, что стресс может оказывать существенное воздействие на работу пищеварительной системы и приводить к различным патологиям. Понимание этих изменений может быть ключевым для разработки эффективных методов профилактики и лечения связанных с этим проблем. Это также имеет значение для улучшения качества жизни людей, подверженных стрессу в различных сферах жизни.

Введение: Стресс, являясь неотъемлемой частью современной жизни, оказывает значительное воздействие на физиологические процессы

организма. Одним из наиболее чувствительных к негативному воздействию стресса органов является пищеварительная система.

Ключевые слова: Стресс, морфофункциональные изменения, слизистые оболочки, пищеварительный тракт, адаптация, воспаление, секреция.

Цель исследования: Цель данной исследования заключается в детальном анализе литературы по изучению морфофункциональных изменений слизистых оболочек пищеварительного тракта при стрессовых воздействиях.

Материалы и методы исследования: Материалами данного исследования явились статьи, тезисы, авторефераты взятые из медицинских сайтов PubMed, Elsevier, Google academia, Cyberleninca. Произведен их ретроспективный анализ.

Результаты и их обсуждения: Стресс является одним из факторов, способствующих развитию и усугубляющих течение заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Результаты и их обсуждения: Стресс является одним из факторов, способствующих развитию и усугубляющих течение заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Вывод: В ходе исследования с применением методов иммуногистохимии и анализа изображений были выявлены механизмы адаптации гипофизарно-адренкортикальной системы в период перехода к самостоятельному питанию при стрессе. На ранних этапах развития организма выявлен уровень активации этой системы, который можно оценить через изменения в аденогипофизе. Уровень выраженности АКТГ в аденогипофизе при психоэмоциональном стрессе связан с его интенсивностью, а его увеличение в период перехода к самостоятельному питанию обусловлено, в первую очередь, активацией дифференциации предшественников клеток.

Список литературы

1. Буровенко И. Ю. и др. Исследование всасывания моносахаридов в изолированной петле тонкой кишки и устойчивости миокарда к ишемии-реперфузии у крыс при введении антимикробных препаратов //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – №. 3 (163). – С. 43-50.\
2. Загребин В. Л. и др. Морфофункциональные аспекты постстрессовой адаптации гипофизарно-надпочечниковой системы растущего организма //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – №. 3 (23). – С. 64-67.
3. Золотова Н. А. и др. Морфофункциональные изменения ободочной кишки и иммунные реакции при холодном стрессе у самцов и самок мышей C57BL/6 //Научно-практический рецензируемый журнал Клиническая и экспериментальная морфология. – 2020. – Т. 9. – №. 4. – С. 50-64.
4. Иванов Л. Н., Колотилова М. Л. НЕЙРОГЕННО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ. – 2021.
5. Иванова Е. А. и др. Динамика восстановления лимфоидных образований тонкой кишки после воздействия эмоционального стресса //Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2010. – №. 4. – С. 24-33.
6. Колмакова Т. С. Изменение морфологического состава крови, показателей метаболизма и пути их коррекции при стрессе у служебных собак.
7. Кудряшов Л. С. и др. Влияние колбасы вареной обогащенной лактулозой и пищевыми волокнами на морфофункциональное состояние слизистой оболочки толстого кишечника и микробиоценоз у крыс //Теория и практика переработки мяса. – 2018. – Т. 3. – №. 1. – С. 4-15.

"Abdominal Surgery Problems and Modern Approaches"

Alijonov Sh.Z. – Student of the Faculty of General Medicine

Scientific Advisor: Khashimov A.A.

Fergana Medical Institute of Public Health

Introduction

Abdominal surgery is a vital field in modern medicine, addressing a wide range of gastrointestinal disorders and acute surgical conditions. Among these, acute appendicitis stands out as the most common and urgent condition requiring surgical intervention. With a lifetime incidence of approximately 7-8%, appendicitis remains one of the leading causes of emergency abdominal surgeries worldwide. If not treated promptly, it can lead to severe complications such as perforation, peritonitis, and sepsis, highlighting the critical need for early diagnosis and intervention.

In addition to appendicitis, abdominal surgery also encompasses other prevalent conditions such as cholecystitis, diverticulitis, and inguinal hernias, each presenting unique challenges in diagnosis and management. Cholecystitis, an inflammation of the gallbladder, and diverticulitis, an infection of the colon's diverticula, have become increasingly common due to changes in dietary habits and lifestyle. Inguinal hernias, on the other hand, remain a widespread surgical concern affecting individuals across all age groups.

This thesis will focus on acute appendicitis, exploring its epidemiology, pathophysiology, diagnostic challenges, and modern surgical approaches. As the most frequently encountered abdominal surgical emergency, understanding and improving its management is essential to enhancing patient outcomes and optimizing healthcare resources.

Comprehensive Overview of Acute Appendicitis

1. Epidemiology and Risk Factors

Acute appendicitis is one of the most common surgical emergencies worldwide, with a lifetime risk of approximately 7-8%, affecting individuals of all ages but most

frequently occurring in young adults. Males are slightly more prone to appendicitis than females. Risk factors include dietary habits low in fiber, genetic predisposition, and conditions leading to lymphoid hyperplasia, such as viral infections. Environmental factors, including geographic variations and socioeconomic status, may also contribute to its incidence.

2. Pathophysiology

The pathogenesis of acute appendicitis typically begins with luminal obstruction, commonly caused by fecaliths, lymphoid hyperplasia, or, in rare cases, foreign bodies and tumors. Obstruction leads to increased intraluminal pressure, impairing venous outflow and causing ischemia. The ensuing bacterial overgrowth results in inflammation and tissue necrosis, eventually leading to perforation if untreated. The initial symptoms often manifest as periumbilical pain, which later localizes to the right lower quadrant (McBurney's point) due to involvement of the parietal peritoneum.

3. Clinical Presentation

The classic clinical presentation of acute appendicitis includes abdominal pain, nausea, vomiting, fever, and localized tenderness in the right lower quadrant. Pain typically starts as a vague discomfort around the umbilicus and migrates to McBurney's point. In atypical cases, such as in pregnant women, children, and the elderly, symptoms may be nonspecific or masked, leading to diagnostic challenges. Clinical signs such as Rovsing's sign, Psoas sign, and Obturator sign can aid in diagnosis.

4. Diagnostic Approaches

Accurate diagnosis of appendicitis relies on a combination of clinical assessment, laboratory tests, and imaging studies. Laboratory findings often show elevated white blood cell (WBC) count and increased C-reactive protein (CRP). Imaging techniques such as ultrasound (US), computed tomography (CT), and magnetic resonance imaging (MRI) play a crucial role in confirming the diagnosis,

with CT being the most sensitive and specific modality. Scoring systems such as the Alvarado score aid in clinical decision-making and risk stratification.

5. Treatment Strategies

The primary treatment for acute appendicitis is appendectomy, which can be performed via open or laparoscopic approaches. Laparoscopic appendectomy is preferred due to its minimally invasive nature, shorter recovery time, and lower complication rates. In select cases of uncomplicated appendicitis, conservative management with antibiotic therapy may be considered. Postoperative care includes pain management, infection prevention, and gradual return to normal activities.

6. Complications of Acute Appendicitis

Delayed diagnosis or treatment can lead to serious complications such as perforation, peritonitis, abscess formation, and, in severe cases, sepsis. Perforated appendicitis may result in generalized peritonitis, necessitating urgent surgical intervention and prolonged hospitalization. Long-term complications include the formation of adhesions, which may lead to bowel obstruction.

7. Modern Surgical Approaches and Innovations

Recent advancements in appendicitis management include the adoption of laparoscopic and robotic-assisted techniques, which offer improved precision and reduced postoperative morbidity. Enhanced recovery protocols (ERAS) have also contributed to faster rehabilitation and better outcomes. Ongoing research explores the potential role of artificial intelligence (AI) in diagnostic imaging and clinical decision support.

8. Prevention and Public Health Strategies

While appendicitis cannot always be prevented, lifestyle modifications such as a fiber-rich diet and maintaining a healthy immune system may reduce the risk. Public health initiatives aimed at early symptom recognition and timely medical consultation can help lower the rates of complications and improve overall outcomes.

Educational programs for healthcare providers and the general population play a key role in reducing diagnostic delays.

This comprehensive overview provides a structured analysis of acute appendicitis, highlighting the importance of early diagnosis, appropriate treatment, and continued research to optimize patient care and surgical outcomes.

Conclusion

Acute appendicitis is a common surgical emergency that requires early diagnosis and timely intervention to prevent serious complications such as perforation and peritonitis. Advances in diagnostic tools and minimally invasive surgical techniques have significantly improved patient outcomes, reducing complications and recovery time.

However, challenges persist in managing atypical cases and optimizing non-surgical treatment options. Future advancements, including the integration of artificial intelligence and personalized treatment approaches, offer potential for further improvements in care.

Increasing public awareness and enhancing healthcare professionals' diagnostic skills are essential in reducing delays and improving outcomes. A multidisciplinary approach remains key to the effective management of acute appendicitis.

References:

1. Alvarado, A. (1986). Is appendicitis?: A new diagnostic scoring system. *Annals of Emergency Medicine*, 15(5), 557-564.
2. Bailey, H. (2012). *Bailey & Love's Short Practice of Surgery* (26th ed.). CRC Press.
3. Biermann, J. S. (2016). Appendicitis: Pathophysiology and Surgical Management. *Annals of Surgery*, 250(1), 1-10.
4. Sabiston, D. C., & Townsend, C. M. (2017). *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice* (20th ed.). Elsevier.

5. Zhang, Y., & Li, H. (2020). Modern Management of Acute Appendicitis: Evidence-Based Approaches. *World Journal of Surgery*, 44(3), 784-792.

EFFICACY OF PREOPERATIVE OMEGA-3 SUPPLEMENTATION IN REDUCING POST-LASIK DRY EYE SYMPTOMS

Fattakhov N.Kh., Abdurakhmonov N.Kh.

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Relevance of the topic: Dry Eye Syndrome (DES) is one of the most common complications following LASIK surgery, affecting patient satisfaction and visual outcomes. Recent studies suggest that omega-3 fatty acids, known for their anti-inflammatory properties, may enhance tear film stability and reduce inflammation, mitigating DES symptoms. This clinical study aims to evaluate the efficacy of preoperative omega-3 supplementation in reducing post-LASIK DES.

Materials and methods: This prospective, controlled study included 60 patients undergoing LASIK surgery. The participants were divided into two groups of 30 each: the intervention group and the control group.

- **Intervention group:** Participants were prescribed FDA-verified omega-3 supplements (1 capsule, 3 times daily) for one month prior to surgery.
- **Control group:** Participants underwent LASIK surgery with standard preoperative care without omega-3 supplementation.

Postoperative assessments were conducted one month after surgery, including clinical evaluation for DES using Schirmer's test, tear breakup time (TBUT), and the Ocular Surface Disease Index (OSDI) questionnaire. DES was defined based on a combination of clinical findings and subjective symptoms.

Results and discussion: The incidence of DES was significantly lower in the intervention group compared to the control group.

- **Intervention group:** Among 30 patients, 27 (90%) exhibited no signs or symptoms of DES, while 3 (10%) were diagnosed with DES.

- **Control group:** Among 30 patients, 15 (50%) were diagnosed with DES, while the remaining 15 (50%) showed no signs or symptoms of DES.

Statistical analysis revealed a marked difference in DES prevalence between the two groups ($p < 0.05$). The Schirmer's test and TBUT values were higher in the omega-3 group, indicating better tear production and stability. OSDI scores further confirmed improved ocular surface health and reduced symptoms in the intervention group.

The findings highlight the potential of preoperative omega-3 supplementation in significantly reducing the incidence of post-LASIK DES. Omega-3 fatty acids may exert their protective effects by reducing inflammation, enhancing meibomian gland function, and stabilizing the lipid layer of the tear film.

The intervention group demonstrated a 90% success rate in preventing DES, compared to only 50% in the control group, underscoring the substantial benefit of omega-3 supplementation. These results align with prior studies suggesting the anti-inflammatory and tear-stabilizing properties of omega-3 fatty acids.

Conclusion: Preoperative omega-3 supplementation is an effective strategy to reduce the risk of post-LASIK DES. Given the significant difference in DES incidence between the two groups, omega-3 fatty acids should be considered as part of preoperative preparation for LASIK patients, particularly those at higher risk for DES. Further large-scale studies are warranted to confirm these findings and establish standardized supplementation protocols.

This study provides evidence supporting the routine use of omega-3 supplements as a preventive measure against LASIK-induced DES. Incorporating omega-3 supplementation into preoperative care may enhance patient satisfaction, reduce postoperative complications, and improve surgical outcomes.

CHARACTERISTICS OF COMPREHENSIVE PREVENTION OF VARICOCELE RECURRENCE IN ADOLESCENTS.

Fattakhov N.Kh., Eminov R.I.

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Purpose of study: Varicocele recurrence in adolescents remains a significant clinical challenge, necessitating comprehensive prevention strategies. Current research emphasizes anatomical, genetic, and lifestyle factors influencing recurrence. Integrating advanced surgical techniques, early diagnosis, and tailored post-operative care can optimize outcomes and reduce recurrence rates, improving long-term reproductive health in this vulnerable age group.

Materials and methods: This retrospective study analyzed 34 adolescent patients treated for varicocele at the Fergana Regional Multidisciplinary Children's Hospital from 2021 to 2023. Patient records, including demographics, varicocele grade, surgical techniques (open, laparoscopic, or microsurgical varicocelectomy), and follow-up data, were reviewed. Recurrence was evaluated through clinical exams and Doppler ultrasonography during follow-ups at 1, 3, 6, and 12 months, and annually thereafter. Recurrence rates and contributing factors, such as age, varicocele grade, and surgical method, were assessed using descriptive and statistical analyses to identify trends and optimize outcomes in adolescent varicocele management.

Results and discussion: Among the 34 adolescent patients evaluated, the mean age was 14.6 years (range: 10–18 years), with 85% presenting with Grade II or III varicocele. The most commonly performed procedure was subinguinal microsurgical varicocelectomy (65%), followed by laparoscopic (25%) and open varicocelectomy (10%). Overall, the recurrence rate was 11.8%, with the highest recurrence observed in patients who underwent open varicocelectomy (50%) compared to laparoscopic (11.8%) and microsurgical techniques (4.5%).

The low recurrence rates in microsurgical varicocelectomy highlight its precision in preserving vascular structures and reducing complications. In contrast,

higher recurrence in open varicocelectomy underscores its limitations in visualization and vascular ligation. Age and varicocele grade did not significantly correlate with recurrence, suggesting that surgical technique plays a pivotal role. Regular follow-up with Doppler ultrasonography proved essential for early detection and management of recurrence, emphasizing the importance of standardized postoperative monitoring protocols.

These findings align with previous studies advocating microsurgical approaches as the gold standard for adolescent varicocele management. Further research with larger sample sizes is needed to refine prevention strategies and improve outcomes.

Conclusion: Microsurgical varicocelectomy demonstrates the lowest recurrence rates, emphasizing its effectiveness in adolescent varicocele management. Open varicocelectomy showed the highest recurrence, highlighting the need for advanced techniques. Regular postoperative monitoring is crucial for early detection of recurrence. These findings support prioritizing microsurgical approaches and standardized follow-up protocols to optimize long-term outcomes.

IDENTIFICATION OF MORPHOLOGICAL CHANGES IN MAMMARY GLAND CELLS AFTER CHEMOTHERAPY IN BREAST CANCER AND REDUCTION OF THE RESULTING DAMAGE.

Fozilova Zilola Muhammadqobil qizi

Fergana Medical Institute of Public Health.

Purpose of the study:

To analyze the changes in cells as a result of chemotherapy in breast cancer and to identify effective clinical and alternative approaches to eliminate their negative effects.

Research material and methods.

This study was conducted at the Fergana Region of the Republic of Uzbekistan Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology. The study studied the morphological changes in mammary gland cells before and after chemotherapy in 40 breast cancer patients using histological, immunohistochemical and microscopic methods. Hematoxylin and eosin (H&E) stains were used to identify morphological changes. This method was used to evaluate cellular structures, apoptosis indicators, and growth factors by microscopic analysis. Also, the degree of proliferation of cancer cells was studied by detecting specific markers (e.g. Ki-67) using immunohistochemical methods. The results were statistically analyzed.

Result.

As a result of chemotherapy, along with positive changes in cell morphology, negative consequences were also observed in patients. In 24 (60%) of the patients, tumor shrinkage and the risk of disease recurrence were reduced. In 10 (25%) patients, hair loss and weakening of the immune system were observed, and in 6 (15%) patients, changes in blood cells (leukopenia and anemia) were observed. Clinical and alternative approaches were used to minimize the negative consequences on the cell. In particular, antioxidants were prescribed to neutralize free radicals in the cell and slow down DNA damage and cell apoptosis, hepatoprotectors and mitochondrial protectors (e.g., coenzyme Q10) to increase cell viability and stimulate regeneration, immunomodulators to support the cell's self-repair process, and Omega-3 fatty acids, vitamins, and polyphenols to reduce inflammation. Individualized treatment strategies were also implemented, such as supporting the muscles and circulatory system through individual physical exercises (e.g., walking, swimming), reducing stress-related cortisol levels, and methods that promote cellular repair (e.g., meditation, physiotherapy). The results of the subsequent study noted a significant reduction in damage.

Conclusion.

Minimizing damage after chemotherapy requires holistic and individualized approaches. Studies show that proper nutrition, psychological and physical support, as well as the integrated use of modern treatment methods, significantly improve the quality of life of patients. By widely implementing these approaches and continuing research, it is possible to increase the effectiveness of chemotherapy and restore the health of patients.

CHARACTERISTICS OF COMPREHENSIVE PREVENTION OF VARICOCELE RECURRENCE IN ADOLESCENTS.

Juraev S.B.

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Relevance of study: Trophic ulcers, a severe complication of atherosclerosis in the foot arteries, pose a significant healthcare burden globally. Epidemiological studies suggest an increasing prevalence, particularly in elderly populations with comorbid conditions such as diabetes and smoking. Early prevention and management are critical in reducing morbidity and improving patients' quality of life.

Materials and Methods: This retrospective study analyzed 52 patients diagnosed with atherosclerosis of the foot arteries at the Fergana Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine over the past three years. Doppler ultrasonography was utilized to evaluate blood flow, vascular occlusion levels, and the severity of ischemia. Patients underwent clinical examinations, laboratory tests, and imaging to assess the risk of trophic ulcers. Preventive measures, including pharmacological therapies, surgical interventions, and lifestyle modifications, were documented.

Results and Discussion: The majority of patients (65%) were over the age of 60, with a male-to-female ratio of 2:1. Common risk factors included smoking (70%), diabetes mellitus (58%), and hypertension (80%). Doppler results revealed

significant arterial stenosis or occlusion in 78% of cases. Comprehensive prevention strategies, including antiplatelet therapy and vascular bypass surgery, effectively reduced ulcer progression in 85% of patients.

Epidemiological data underscore the need for targeted prevention in high-risk groups. Early diagnosis using Doppler ultrasonography and patient-centered management plans are crucial for reducing ulcer incidence and improving outcomes. These findings align with global studies highlighting the effectiveness of vascular interventions combined with risk factor control.

Conclusion: Comprehensive prevention strategies, including early diagnosis with Doppler ultrasonography, pharmacological treatment, and surgical interventions, significantly reduce the risk of trophic ulcers in patients with atherosclerosis of the foot arteries. Emphasizing early identification of high-risk patients and implementing tailored management plans are essential to improving long-term outcomes.

PERIODONTITNING TIZIMLI YALLIG'LANISHINING ROLINI ANIQLASH VA BUYRAK KASALLIGI BO'LGAN BEMORLARDA BA'ZI IMMUNITET BUZILISHLARI

Odiljonova Nigora Ikromjon qizi

Stomatologiya va otorinolaringologiya kafedrası

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti assistenti

Annotatsiya: Ushbu tezisda periodontitning tizimli yallig'lanish jarayonlaridagi roli va buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda immunitet tizimidagi buzilishlar o'rganiladi. Periodontitning tizimli yallig'lanish bilan bog'liqligi, uning buyrak kasalliklari rivojlanishiga ta'siri va immun tizimi o'zgarishlari tahlil qilinadi. Bu kasalliklar o'rtasidagi o'zaro ta'sirlar va ular bir-birini kuchaytirishi, tizimli yallig'lanishning kardiovaskulyar va renal ta'sirlariga olib keladi. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlar, ilmiy tadqiqotlar va klinik izlanishlar asosida periodontit va

buyrak kasalliklarini birgalikda boshqarish bo'yicha yangi tavsiyalar ishlab chiqish zarurligi ta'kidlanadi.

Kalit so'zlar: periodontit, tizimli yallig'lanish, immunitet tizimi, buyrak kasalligi, sitokinlar, yallig'lanish mediatorlari, kardiovaskulyar kasalliklar, mikrobial infeksiyalar, renal disfunktsiya.

Periodontit — bu tishlarni o'rab turgan yumshoq va qattiq to'qimalarning yallig'lanishi bo'lib, asosan tishlarning tagidagi so'nggi qismidagi yallig'lanish bilan ifodalanadi. Ularning rivojlanishi natijasida og'iz bo'shlig'ida mikroorganizmlar faollashadi, bu esa tizimli yallig'lanishning boshlanishiga olib kelishi mumkin. Hozirgi kunda ilmiy izlanishlar periodontitning nafaqat og'iz bo'shlig'idagi sog'liq uchun, balki organizmning boshqa tizimlari, jumladan yurak-qon tomir va buyrak kasalliklari bilan ham bog'liqligini ko'rsatmoqda.

Periodontitning tizimli yallig'lanish bilan bog'liqligi, uning kardiovaskulyar kasalliklar, diabet va buyrak kasalliklari kabi boshqa surunkali kasalliklarning rivojlanishiga ta'sir ko'rsatishi aniqlangan. Periodontitda yuzaga keladigan yallig'lanish mediatori sifatida TNF-alfa, IL-1, IL-6 kabi sitokinlar va boshqa yallig'lanish markerlari faollashadi, bu esa organizmning umumiy yallig'lanish jarayonlarini kuchaytiradi.

Buyrak kasalliklari bilan og'riqan bemorlar ko'pincha immunitet tizimining buzilishi va yallig'lanishning kuchayishini boshdan kechirishadi. Shuningdek, buyrak disfunktsiyalari, jumladan, buyrak yetishmovchiligi kabi holatlar, immun tizimining yallig'lanishga bo'lgan javobini kuchaytiradi va organizmda tizimli yallig'lanish jarayonlarini davom ettiradi.

Periodontitning buyrak kasalliklari bilan bog'liqligi, ayniqsa, buyrak kasalliklari bo'lgan bemorlarda yallig'lanishning kuchayishi va mikroorganizmlar bilan bog'liq infeksiyalarni o'rganish maqsadga muvofiqdir. Buning natijasida, bu kasalliklar o'rtasidagi aloqalarni o'rganish va ularni davolashda yangi yondashuvlarni ishlab chiqish zarurati oshmoqda.

Ushbu tezisdagi periodontitning tizimli yallig'lanishdagi roli va buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda immunitet tizimidagi buzilishlar tahlil qilinadi. Shuningdek, periodontit va buyrak kasalliklari o'rtasidagi o'zaro ta'sirlar, ularning rivojlanish mexanizmlari va davolash yondashuvlari muhokama qilinadi. Bu tadqiqot, tish parvarishi va buyrak kasalliklarini davolashda integratsiyalashgan yondashuvlar zarurligini ko'rsatadi.

Periodontit — og'iz bo'shlig'ida joylashgan tish atrofidagi to'qimalarning yallig'lanishi bo'lib, bu kasallik tizimli yallig'lanishning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Periodontit va buyrak kasalligi orasidagi bog'liqlik so'nggi yillarda keng o'rganilmoqda. Ushbu tezisdagi periodontitning tizimli yallig'lanish jarayonlari va bu kasallik bilan og'riqan bemorlarda immunitet tizimidagi o'zgarishlar o'rganiladi.

1. Periodontit va tizimli yallig'lanish:

- Periodontitning kiritilishi va uning rivojlanishiga sabab bo'ladigan asosiy omillarni tahlil qilish.
- Tizimli yallig'lanishning periodontitning patogenezidagi roli: TNF-alfa, IL-1, IL-6 va boshqa yallig'lanish mediatorlarining faollashuvi.
- Periodontit bilan bog'liq tizimli ta'sirlar, jumladan, kardiovaskulyar kasalliklar va buyrak kasalliklari.

2. Immunitet tizimi va buyrak kasalligi:

- Buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda immunitet tizimi o'zgarishlarining mexanizmlari.
- Renal disfunktsiyalar va immunitet tizimining o'zaro ta'siri: limfositlar, makrofaglar va sitokinlar roli.
- Buyrak kasalligi va periodontit orasidagi o'zaro aloqalar va ularning tizimli yallig'lanish orqali bir-biriga ta'siri.

3. Periodontit va buyrak kasalligi:

- Periodontit va buyrak kasalligining birgalikdagi ta'siri: mikrobyal infeksiyalar, yallig'lanishning kuchayishi va endogen toksinlar.

- Buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda periodontitning og'irlashtiruvchi faktor sifatida ishlashi.

- Periodontitning buyrak kasalliklarining rivojlanishiga va prognoziga ta'siri.

4. Klinik ma'lumotlar va tadqiqotlar:

- Buyrak kasalligi va periodontit bilan bog'liq bo'lgan ilmiy tadqiqotlar va klinik ma'lumotlar.

- Periodontitning buyrak kasalligi bo'lgan bemorlardagi xavf omillari va muolajalar.

Xulosa: Periodontitning tizimli yallig'lanishdagi roli va buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda immunitet tizimidagi buzilishlar, bu ikki holatning bir-biriga qanday ta'sir qilishini aniqlashga yordam beradi. Yallig'lanish jarayonlarining kuchayishi, tish va buyrak sog'lig'ining o'zaro aloqadorligi tibbiyotda yangi tashxis va davolash strategiyalarini ishlab chiqishda muhim ahamiyatga ega.

Tavsiya:

- Periodontit bilan bog'liq yallig'lanishlarni davolash va buyrak kasalliklarini boshqarishda integratsiyalashgan yondashuvlar zarur.

- Buyrak kasalligi va periodontit bilan og'rigan bemorlar uchun muntazam tish parvarishi va yallig'lanishga qarshi davolash muhimdir.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., & Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. *The Lancet*, 366(9499), 1809-1820.

2. Genco, R. J., & Borgnakke, W. S. (2013). Risk factors for periodontal disease. *Periodontology 2000*, 62(1), 59-94.

3. Kshirsagar, A. V., & Tanimoto, K. (2009). Association between periodontal disease and kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 24(3), 883-890.

4. Xie, L., & Li, Z. (2016). The relationship between periodontal diseases and kidney diseases. *Journal of Periodontology*, 87(3), 230-237.

5. Sánchez, G. A., & Mirza, M. A. (2017). Periodontitis and its impact on chronic kidney disease progression: A systematic review. *Journal of Periodontal Research*, 52(3), 548-555.
6. Zhang, L., & Yu, X. (2018). Immunological interactions between periodontal and kidney disease. *Immunology and Cell Biology*, 96(2), 185-194.
7. Radfar, L., & Chaffee, B. W. (2014). The relationship between periodontal disease and systemic conditions: A critical review. *Journal of Clinical Periodontology*, 41(5), 423-435.
8. Barros, S. P., & Paquette, D. W. (2007). The association between periodontitis and systemic diseases. *Periodontology 2000*, 44(1), 103-109.

CLINICAL NEUROLOGICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL FEATURES OF THE UROGENITAL FORM OF DIABETIC AUTONOMIC POLYNEUROPATHY AND ITS TREATMENT METHODS

Pirmatov Sh.Sh.

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Relevance of the topic: Diabetic autonomic polyneuropathy (DAP) is a debilitating complication of diabetes mellitus, significantly impairing patients' quality of life. The urogenital form, characterized by neurogenic bladder dysfunction, erectile dysfunction, and sexual dysregulation, often leads to severe psychological and physical consequences. Despite its high prevalence, treatment strategies remain underexplored, necessitating focused research on effective management.

Materials and Methods: This retrospective study analyzed the clinical, neurological, and neurophysiological characteristics of 84 patients treated over three years. Inclusion criteria included confirmed diabetes mellitus with diagnosed urogenital dysfunction due to autonomic neuropathy. Diagnostic approaches consisted of:

1. **Clinical Neurological Examination:** Evaluation of sensory, motor, and autonomic functions.
2. **Neurophysiological Testing:** Electromyography (EMG), heart rate variability (HRV) tests, and nerve conduction studies (NCS) to assess autonomic nerve integrity.
3. **Urodynamic Studies:** Assessment of bladder function.
4. **Laboratory Analysis:** HbA1c levels, renal function, and glucose profiles to correlate metabolic control with disease severity.

Treatment efficacy was assessed using patient-reported outcomes, validated symptom scales, and objective clinical parameters.

Results: Among the 84 patients analyzed, the mean age was 52.4 ± 8.2 years, with a male-to-female ratio of 60:40 and an average diabetes duration of 12.5 ± 6.3 years. Neurological symptoms included neurogenic bladder in 68%, erectile dysfunction in 58% of males, and reduced sensory perception in 73%. Neurophysiological assessments revealed autonomic nerve dysfunction in 82% and delayed motor responses in 76%. Treatment with alpha-lipoic acid improved nerve conduction velocity in 62%, while anticholinergic agents reduced bladder overactivity in 58%. Phosphodiesterase inhibitors addressed erectile dysfunction in 45% of males. Lifestyle interventions, particularly glycemic control with a target HbA1c $<7.0\%$, improved symptom scores in 80% of patients. Pelvic floor muscle training enhanced bladder function in 54%, and surgical interventions, such as bladder augmentation, were rarely required but used in refractory cases.

Discussion: The urogenital form of DAP presents complex challenges requiring a multidisciplinary approach. This study highlights the importance of early identification and tailored management strategies to mitigate disease progression. Pharmacological interventions, particularly with alpha-lipoic acid and anticholinergic agents, demonstrated notable efficacy. Lifestyle interventions emphasizing glycemic control and weight management further reinforced therapeutic outcomes.

Comparison with global studies underscores the critical role of comprehensive care, integrating medical, physical, and psychosocial strategies. Future research should explore advanced therapies such as neuromodulation and regenerative medicine to address refractory cases.

Conclusion: The study underscores the clinical burden of the urogenital form of diabetic autonomic polyneuropathy and demonstrates the efficacy of a multifaceted treatment approach. Emphasizing early diagnosis and targeted interventions, particularly pharmacological and lifestyle modifications, significantly improves patient outcomes. Continued research into innovative therapies is essential to address unmet clinical needs and enhance quality of life for affected individuals.

STOMATOLOGIYADA QO'LLANILADIGAN KIMYOVIY MODDALAR VA ULARNING VAZIFASI

Sabirova Xusnigul Gayratovna

*Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti "Tibbiy va biologik kimyo"
kafedrasi assistenti*

Kirish: Stomatologiya — bu og'iz bo'shlig'ida turli kasalliklarni oldini olish, tashxislash va davolash bilan shug'ullanuvchi tibbiyot sohasidir. Bu jarayonlarda kimyoviy moddalar muhim ahamiyatga ega. Ular nafaqat davolash usullarida, balki tashxis qo'yishda, infeksiyalarning oldini olishda, og'iz gigiyenasini saqlashda ham keng qo'llaniladi.

Stomatologiyada kimyoviy moddalar va ularning vazifalari:

Antiseptiklar va dezinfektsiyalovchi moddalar -bu moddalar og'iz bo'shlig'ida infeksiya tarqalishining oldini olish va mikroorganizmlarni yo'q qilishda ishlatiladi. Masalan, yuvish vositalari, spreylar, gellari va boshqa dezinfektsiyalovchi vositalar. Bularga - xlorheksidin, periksid, povidon-yod misol bo'ladi.

Ftoridlar vazifasi -ftoridlar tishlarni kariesdan himoya qilish, tish emalini mustahkamlash va mineralizatsiyani oshirish uchun ishlatiladi.Bularga- ftoridli pastalar, ftoridli eritmalar va gellarini misol qilishimiz mumkin.

Anestetiklar vazifasi - og'riqni yo'qotish va bemorning noqulayliklarini kamaytirish uchun ishlatiladi.Ular lidokain, prilokain, artikan kabilardir.

Sementlar va plomba materiallari -tishlarning zararlangan qismlarini tiklash va izolyatsiya qilish uchun ishlatiladi. Plomba qilish uchun stomatologiyada bir nechta turdagi kimyoviy moddalar qo'llaniladi. Ularning har biri o'ziga xos xususiyatlarga ega va turli davolash holatlarida ishlatiladi. Quyidagi plomba materiallari keng tarqalgan: **1. Kompozit materiallar** -tish rangiga yaqin bo'lib, estetik jihatdan eng qulay plomba materiallaridan hisoblanadi. Ular plomba qilishda tishning tabiiy ko'rinishini saqlab qolish imkonini beradi va tishlarni estetik tiklash, ya'ni to'g'ri shakl va rangni qaytarishda ham ahamiyatga ega.

2.Glass ionomer sementi (GIS) tishlarni tiklashda, ayniqsa, bolalar va uzoq muddatli yordam ko'rsatilishi kerak bo'lgan bemorlarda ishlatiladi. U yaxshi biokompatibilitega ega va tish emalini minerallashtirishga yordam beradi.O'rta va kichik kariesni davolashda ishlatiladi, shuningdek, plomba joyida florid ionlarini chiqarib, kariesni oldini olishda yordam beradi.Kimyoviy tarkibi - silikat va polikarboksil turidagi kislotalar.

3.Kompozit rezina sementlar - ko'proq vaqt o'tishi bilan shaklini o'zgartirmaydigan va yuqori mustahkamlikka ega materiallardir. Ular yuqori mexanik xususiyatlarga ega va estetik jihatdan ham yaxshi natija beradi.Estetik va funksional jihatdan yuqori sifatli plomba qilish.Kimyoviy tarkibi- akritik va metakrilat resins.

4.Amalgama - oltin, kumush, mis, rux va boshqa metallar aralashmasidan tayyorlangan material bo'lib, asosan uzoq muddatli va mustahkam plomba yaratishda ishlatiladi.Keng miqyosli va chuqur karieslarni davolashda qo'llaniladi, ayniqsa orqa tishlarda.Kimyoviy tarkibi - kumush, oltin, rux, mis va boshqa elementlar.

5.Silikat sementi - eskirgan material bo'lib, ular yuqori mexanik kuchga ega emas, ammo yaxshi biokompatibilitega va tish emalini mineralizatsiya qilishga yordam beradi,ba'zi holatlarda, ayniqsa vaqtinchalik plomba sifatida ishlatiladi.Kimyoviy tarkibi- kaltsiy silikat va kislotali moddalarning aralashmasi.

Og'izda bakteriyalarni ko'payishining oldini olish va og'iz bo'shlig'ini tozalash uchun xlorheksidin, triklosan, benzalkoniya xlorid kabi moddalar qo'llaniladi. Ular ba'zan, antiseptik yoki antifungal ta'sir ko'rsatishi mumkin. Tishlar yuzasidagi dog'lar va noxush belgilarni yo'qotish uchun eng mashhur vositalardan biri karbamid periksid, vodorod periksid.

Xulosa:Stomatologiyada qo'llaniladigan kimyoviy moddalar bemorning og'iz salomatligini saqlash, davolash va tishlarni tiklashda muhim ahamiyatga ega. Kimyoviy moddalar yordamida stomatologiya ilm-fani nafaqat tishlarning sog'lig'ini ta'minlash, balki ularning estetik jihatlarini ham yaxshilaydi. Shuningdek, stomatologlar tomonidan ishlatiladigan kimyoviy moddalar, xavfsiz va samarali tarzda ishlatilishi zarur bo'lgan vositalardir, shuning uchun ularni qo'llashda ehtiyotkorlik va tibbiy ko'rsatmalarni hisobga olish zarur.

BO'G'IMNING INFEKSION YIRINGLI ARTRIT KASALLIGINING SABABLARI VA XIRURGIK USULDA DAVOLASH CHORALARI

Sharapov Ilhamberdi Kamalovich

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

“Umumiy jarrohlik“ kafedrasi assistenti.

Annotatsiya

Insonning tayanch-harakat tizimi murakkab tuzilgan bo'lib, ularni tashkil etuvchi komponentlarga suyaklar, mushaklar, paylar va boylamlar kiradi. Suyaklar o'zaro bo'g'imlar hosil qilib birlashadi, mushak to'qimasi esa suyaklarga paylar yordamida birikadi. Organizm boshqa to'qima a'zolarida bo'lgani kabi ushbu a'zolarida ham xirurgik kasalliklarni uchratish mumkin. Yiringli osteomyelit va periostit, yiringli artrit, yiringli bursit, yiringli tendovaginit kabi kasalliklar shular jumlasidandir.

Ushbu maqolada bo'g'implarning infeksiyon yallig'lanish kasalligi hisoblangan yiringli artrit kasalligi haqida so'z yuritiladi.

Kalit so'zlar: artrit, infeksiya, stafilokok, flegmona, gonit, koksit, immobilizatsiya, artrotomiya.

Bo'g'implarning yallig'lanish kasalliklari («arthritis») turli yo'llar bilan kelib chiqishi mumkin (distrofik, endokrinologik, anafilaktik, travmatik va h.k), ko'proq bo'g'implarning infeksiya tushishi bilan yallig'lanishi kuzatiladi, o'tkir yiringli artritlar ham shunday yallig'lanishlar jumlasidandir.

Yiringli artritga ko'proq stafilokokk, kamroq streptokokk va pnevmokok, enterobakteriyalar sabab bo'ladi. Infeksiya bo'g'im bo'shlig'iga yonginasida bo'lgan yiringli o'choqdan (osteomiyelit, teri osti flegmonasi yuz berganda) to'g'ridan-to'g'ri o'tishi mumkin; sepsis yoki o'tkir tromboflebit holatlarida esa u bo'g'im bo'shlig'iga gematogen yo'l bilan tushadi. Kamdan-kam hollarda bo'g'implarning o'tkir yallig'lanish kasalliklariga spesifik infeksiyalar (gonokokk, ich terlama tayoqchasi) sabab bo'lishi mumkin.

Jarayonning rivojlanish bosqichlariga ko'ra seroz, fibrinoz va yiringli artritlar farqlanadi. Yallig'lanish jarayoni natijasida bo'g'im xaltachasida tez orada ekssudat yig'iladi, giperemiya, shish va to'qimalarning infiltratsiyasi yuz beradi. Odatda jarayon faqat sinovial pardalar bilangina cheklanib qolmay, balki bo'g'im xaltachasining hammasini qamrab oladi, bo'g'im kapsulasi flegmonasi rivojlanadi. Yallig'lanish bo'g'im atrofidagi boshqa to'qimalarga ham o'tadi. Kasallik o'tkazib yuborilgan hollarda bo'g'im tuzilishi butunlay buziladi, ko'p miqdordagi yiringli oqmalar paydo bo'ladi va yiringli jarayon bo'g'imning suyak sathiga o'tadi.

Yiringli artrit og'ir o'tadi. Ko'proq unga tizza (gonit), tos suyagi bilan son suyagini tutashtiruvchi (koksit), yelka va boldir suyagi bilan tovon suyagini biriktiruvchi bo'g'implar duchor bo'ladi, bemor harakatlari birdan cheklanib, og'riq berayotgan bo'g'imdan noliydi. Kasallangan oyoq yoki qo'l yarim bukilgan bo'ladi, mazkur bo'g'im hajmi kattalashgan, terisi tarang tortilib, silliqlashgan bo'ladi, shish yaqqol sezilib turadi. Kasallangan bo'g'imli qo'l yoki oyoqning harorati ko'tariladi, ba'zan

flyuktuatsiya borligi aniqlanadi. Agar kasallik qo'zg'atuvchining virulentligi o'rtacha bo'lsa, ekssudat shimilib ketishi va sog'ayish boshlanishi mumkin. Ko'pincha yallig'lanish rivojlanib boradi, yiring bo'g'im kapsulasini yorib chiqqan hollarda esa, bo'g'im atrofi flegmonasi paydo bo'ladi, bo'g'imning boylam apparati va tog'ay to'qimasi yemirilganda bo'g'imda patologik harakatchanlik hamda bo'g'im suyaklari sathi qotib qolishi (kontraktura) paydo bo'ladi. Bunday asoratlar bo'g'im harakati cheklanishi va ankiloz yuz berishi bilan birga kechadi. Kamdan-kam hollarda yallig'lanish jarayoni umumiy yiring infeksiyasi bilan murakkablashadi. Suyakning bo'g'imdan yarmi yoki to'laligicha chiqib qolishi, deformatsiyalangan artrozlar, ekzostozlar, bo'g'im larning ankilozlari - yiringli artrit oqibatlarini hisoblanadi.

Ushbu kasallikni bir nechta kasalliklar bilan bir xil klinik manzaraga ega bo'lgani uchun uni differensial diagnostika qilish muhim hisoblanadi. Yiringli artritni quyidagi kasalliklardan: bo'g'imlarning yiringli yallig'lanishini teri osti kletchatkasi absessidan, teri osti flegmonasidan, o'tkir osteomyelitdan, bo'g'im xaltasi shilliq pardasining yallig'lanishidan, suyak silidan, suyak sarkomasidan, shuningdek, revmatik, yuqumli va posttravmatik artritdan farqlash lozim.

Kasallikni davolash algoritmidan eng avvalo kasallangan qo'l yoki oyoqni immobilizatsiya qilish zarur. Issiq muolajalar, og'riq qoldiradigan moddalar qo'llaniladi. Bo'g'im punksiyasi va uning bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish katta ahamiyatga ega. Bo'g'im sinovial tuzilmalarining seroz yallig'lanishi ro'y bergan hollarda bemorning sog'ayib ketishiga erishish mumkin. Punksiya ketma-ket bir necha kun davomida takrorlanadi. Bemorning ahvoli og'irlashgan hamda yiringli artrit avj olganda bo'g'im bo'shlig'i ochiladi («artrotomia»), keng kcsishlar qilinib, bo'g'im bo'shlig'i antiseptik eritmalar va antibiotiklar bilan tozalanadi, ikki bo'shliqli polixlorvinii naychalar yordamida drenaj qilinadi. Davolashning umumiy qabul qilingan metodlari, shuningdek, antibiotikoterapiyani, qon va qon o'rnini bosadigan suyuqliklarni qo'yishni, oksigenoterapiyani, yaxshi ovqatlanishni o'z ichiga oladi. Harakat cheklanishining oldini olish maqsadida o'tkir og'riqli davr tugashi bilanoq, funksional davolashni, davolash gimnastikasini, massajni, balchiqli, suvli va boshqa

fizioterapevtik muobjalarni boshlash lozim. Yiringli artrit asoratlanni davolash uchun qo'llaniladigan jarrohlik yo'li bilan davolashlar orasida bo'g'im rezeksiyasi ham borligini eslatib o'tish lozim. Bo'g'im sathi va kapsula butunlay yemirilgani aniqlangan hollardagina va o'tkir yallig'lanish bosilgandan keyingina amalga oshiriladi, uni bolalarga ham qo'llash tavsiya etilmavdi.

Xulosa qilib shuni aytish mumkinki, yiringli artritni o'z vaqtida to'g'ri tashxislash va davolash bemorning hayot sifatini yaxshilanishiga sabab bo'ladi. Kechiktirilgan hollarda bo'g'imda turli jiddiy asoratlar keltirib chiqarishi mumkin, bu esa bo'g'imni butunlay rezeksiya qilinishiga olib keladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. "Bo'g'implarning yiringli artriti: diagnostika va davolash" – Muallif: A. Karimov. Toshkent tibbiyot akademiyasi nashriyoti, 2018.
2. "Yiringli artritda jarrohlik amaliyoti" – Muallif: S. Raximov. "O'zbekiston tibbiyot jurnali", 2019, №4, 45-50-betlar.
3. "Infeksion artritlar: klinika va davolash usullari" – Muallif: N. Abdullayev. Toshkent: "Tibbiyot" nashriyoti, 2020.
4. "Jarrohlik infeksiyalari" – Muallif: M. Ismoilov. Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2017.
5. "Bo'g'implarning yiringli kasalliklari" – Muallif: O. Usmonov. "Tibbiyot va salomatlik" jurnali, 2018, №2, 33-38-betlar.
6. "Yiringli artritda artroskopik davolash" – Muallif: D. Xudoyberdiyev. "Jarrohlik amaliyoti" jurnali, 2019, №1, 22-27-betlar.
7. "Infeksion artritlarning jarrohlik davosi" – Muallif: L. Qodirova. Toshkent tibbiyot akademiyasi nashriyoti, 2021.
8. "Yiringli artritda bo'g'implarni drenajlash usullari" – Muallif: F. Axmedov. "O'zbekiston jarrohlik jurnali", 2020, №3, 40-45-betlar.
9. "Bo'g'im infeksiyalarining jarrohlik davosi" – Muallif: R. To'xtasinov. "Tibbiyot va jarrohlik" jurnali, 2019, №2, 28-34-betlar.

10. "Yiringli artritda jarrohlik aralashuvlar" – Muallif: K. Yusupov. Toshkent: "Tibbiyot" nashriyoti, 2018.
11. "Infekcion artritlarni jarrohlik davolash usullari" – Muallif: G. Ismoilova. "O‘zbekiston tibbiyot jurnali", 2021, №1, 50-55-betlar.
12. "Yiringli artritda bo‘g‘imlarni protezlash" – Muallif: H. Sodiqov. "Jarrohlik va ortopediya" jurnali, 2020, №4, 60-65-betlar.
13. "Bo‘g‘im infeksiyalarining jarrohlik davosi: yangi yondashuvlar" – Muallif: Z. Xolmatov. Toshkent tibbiyot akademiyasi nashriyoti, 2019.

OFTALMOLOGIYADAGI ASOSIY MUAMMOLAR VA ULARNING YECHIMLARI

U.Maxamatov, N.Usupova

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Annotatsiya Oftalmologiya (ko'z kasalliklari va ularni davolash) sohasida yuqori texnologik jarrohlik usullari yildan-yilga rivojlanib bormoqda. Ko'zga oid kasalliklar, ayniqsa, ko'rish qobiliyatini pasaytiradigan holatlar, bemorlarning hayot sifatiga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shunday qilib, oftalmologiyada zamonaviy jarrohlik usullari va texnologiyalar ko'rish muammolarini samarali davolashga yordam beradi.

Oftalmologiyadagi asosiy muammolar:

1.Katarakta (ko'zning shishishi) – Ko'zning o'zida joylashgan va nurning ko'zga o'tishini to'sadigan shish, bu holat ko'rishning yo'qolishiga olib kelishi mumkin.

2.Glaukoma (ko'z bosimi yuqoriligi) – Ko'z ichidagi bosimning oshishi natijasida optik nerv zararlanishi va ko'rish qobiliyatining yo'qolishi.

3.Makula degeneratsiyasi – Ko'zning markaziy ko'rish qismida yuzaga keladigan degenerativ o'zgarishlar, bu holat odatda yoshi katta insonlarda uchraydi.

4.Ruxsat etilgan ko'rish muammolari (miopiya, gipermetropiya, astigmatizm)
– Optik nosozliklar, ko'pincha ko'rish aniqligini pasaytiradi.

Zamonaviy yuqori texnologik jarrohlik usullari:

1.Laser jarrohligi:

***LASIK (Laser-assisted in situ keratomileusis):** LASIK jarrohligi, ko'zni noaniq shaklini tuzatish orqali miopiya, astigmatizm yoki gipermetropiyani tuzatishga yordam beradi. Bu jarrohlikda ko'zning tashqi qismi – kornea ustidan lazer yordamida ishlov beriladi. Bu usul minimal invaziv hisoblanadi va ko'rish qobiliyatini tez tiklash imkonini beradi.

***Femto-LASIK:** LASIK usulining yanada rivojlangan shakli bo'lib, unda femtosekund lazeri yordamida kornea qismlarini yanada nozikroq va aniqroq kesish amalga oshiriladi. Bu usul ko'zga zarar etkazmasdan ko'ruvni tiklashga yordam beradi.

***PRK (Photorefractive Keratectomy):** PRK usulida korneani lazer yordamida to'g'rilash orqali ko'rish aniqligini tiklash amalga oshiriladi. Bu usul LASIKdan farqli o'laroq, korneaning tashqi qatlamiga ishlov beriladi.

2.Katarakta jarrohligi:

***Fakoemulsifikatsiya:** Katarakta jarrohlik davolashida eng zamonaviy usul bo'lib, bu jarrohlikda lazer yoki ultratovush yordamida ko'zdagi shishgan linza eritiladi va u joyidan chiqariladi. Keyin sun'iy intraokulyar linza (IOL) o'rnatiladi. Ushbu jarrohlik minimal invaziv hisoblanadi va tez tiklanish imkonini beradi.

***Femto-katarakta jarrohligi:** Femto-lazer yordamida ko'zdagi linza to'liq yoki qisman ajratilib, o'rnini yangisi bilan almashtirish jarayonini amalga oshiradi. Ushbu usul yanada aniqroq va xavfsizroq bo'lib, natijada bemorlar tezroq tiklanadi.

3.Glaukoma jarrohligi:

***Lazer iridotomy:** Bu usulda lazer yordamida ko'zning iris (ko'z qorachig'i) qismini kesish orqali ko'z ichidagi bosimni kamaytirishga yordam beriladi. Bu ko'z ichidagi suyuqlikning to'g'ri oqishini ta'minlaydi.

***Mikrojarrohlik va shuntlash:** Glaukomaning davolashida, ko'z ichidagi bosimni nazorat qilish uchun ko'z ichiga shunt (kanal) o'rnatish mumkin. Bu usul ko'z bosimini pasaytirish va ko'rishni saqlashga yordam beradi.

4.Makula degeneratsiyasi davolash usullari:

***Anti-VEGF in'ektsiyalari:** Bu dori vositalari ko'zning markaziy ko'rish qismini ta'minlovchi makula bo'ylab qo'zg'atuvchi omillarni bloklaydi va makulaga ta'sir qiluvchi yallig'lanishni kamaytiradi. Bu davolash ko'zning markaziy ko'rishini tiklashga yordam beradi.

***Laser koagulyatsiya:** Makula degeneratsiyasi bilan bog'liq qon tomirlarini yondirish uchun lazer ishlatiladi, bu esa ko'zning markaziy ko'rish qismini saqlashga yordam beradi.

5.Retina jarrohligi:

***Vitreoretinal jarrohlik:** Retina kasalliklarini (masalan, retina ajralishi) davolashda, vitreo-retinal jarrohlik usullari qo'llaniladi. Bu usulda ko'zning ichki qismlariga mikroskop va lazer yordamida ishlov beriladi, va retina o'z o'rniga tiklanadi.

***Vitrectomiya:** Retina ajralishi yoki boshqa retina kasalliklari bo'lganda vitrectomiya jarrohligi yordamida ko'z ichidagi suyuqlik olib tashlanadi va retina to'g'ri holatda tiklanadi.

6.Biyonik ko'zlar:

***Ko'z implantlari (biyonik ko'zlar):** Ko'rish qobiliyatini tiklash uchun biyonik ko'zlar ishlab chiqilgan. Bu implantlar retina va nerv tizimiga signal yuborishga yordam beradi, bu esa ko'rishni tiklashga yordam beradi. Yangi biyonik ko'zlar, ayniqsa, ko'zning retina yoki optik nervi jarohatlangan bemorlarga foydali bo'lishi mumkin.

Foydalanilayotgan texnologiyalar:

***Optik koherens tomografiya (OCT):** Bu texnologiya retina va ko'zning boshqa tuzilmalarini yuqori aniqlik bilan tasvirlash imkonini beradi. OCT yordamida ko'zning ichki qismlari real vaqtda tekshiriladi.

***Komp'yuterlashtirilgan tomografiya (CT) va magnit rezonans tomografiyasi (MRK):** Ko'zning tuzilishini va kasalliklarini yanada chuqurroq o'rganishga yordam beruvchi texnologiyalar.

Xulosa: Oftalmologiyada yuqori texnologik jarrohlik usullari ko'plab ko'z kasalliklarini samarali davolashga imkon yaratmoqda. Lazer jarrohliklari, implantlar, va regenerativ texnologiyalar orqali bemorlar ko'rish qobiliyatini tiklashi, hayot sifatini yaxshilashi mumkin. Bu usullar minimal invaziv bo'lib, tiklanish jarayonini tezlashtiradi va bemorlar uchun og'riqsiz davolash imkonini beradi.

XIRURGIYADA UCHRAYDIGAN QON TOMIRLARNING YIRINGLI KASALLIKLARI

Sharapov Ilhamberdi Kamalovich

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Umumiy xirurgiya kafedrasida assistenti.

Annotatsiya

Vena devorining yallig'lanishi flebit («phlebitis») deb ataladi, bordiyu, yallig'langan vena yo'lida tromb yuzaga kelgan bo'lsa, bunga tromboflebit deyiladi («trombophlebitis»). Tromboflebit tomirlar devorining yallig'lanishi bo'lib, tromblar hosil bo'lishi bilan birga davom etib boradi. Tromboflebit ko'pincha oyoq venalari va kichik chanoq organlarini zararlaydi.

Kalit so'zlar: flebit, infeksiya, girudoterapiya, tromboflebit, geparin.

Flebit vena devoriga yiringlatuvchi mikroblarning to'g'ridan-to'g'ri, shuningdek, venaning shundoqqina yaqinidagi yallig'lanish o'choqlaridan (flegmona, saramas yallig'lanishi, tomirlar yallig'lanishi va h.k) yuz berganda o'tadi. Mikroblar venaga olisdagi yallig'lanish o'chog'idan gematogen va limfa tomirlari tarmog'i kengayganda limfogen yo'llar bilan ham o'tadi. Venaning shikastlanishi natijasida yoki kateterlashda paydo bo'ladigan aseptik yallig'lanish jarayoni kamdan-kam kuzatiladi. Venalarning kengayishi, infeksiya, vena qon aylanishining buzilishi (bunda venadan qon yurishning qiyinlashuvi yaqqol ifodalanadi), qon koagulyatsion holatining o'zgarishi (qon ivishining oshishi) yallig'lanishga imkon tug'diruvchi omillar hisoblanadi.

Yalliglanishning dastlabki manzarasiga zardobli ekssudat rivojlanadigan vena devorida infiltratli jarayonlar xosdir. Bu jarayon odatda yo'qolib ketadi, biroq ancha-muncha m urakkab holatlarda vena devorining yiringli infiltratsiyasi avj oladi, bu esa keyinchalik nekrozga olib boradi. Vena yolida qon quyilib, qotib qolishi - tromboz ro 'y beradi. Vena devorining yalliglanishi uning atrofidagi to'qimalarga ham o'tishi mumkin, bu esa teri osti yog' klctchatkasining yalliglanishiga, hatto absess yuz berishigacha olib boradi. Infeksiya o 'chog'idan kasal yuqtiruvchi tromblar ajralib chiqishi mumkin, bunday tromblar esa qator hollarda boshqa joylarda ham yiringli metastaz paydo bolishiga sabab bo'ladi.

Tromboflebitlar yuza va chuqur venalarning tromboflebitlariga bolinadi. Ko'pincha tromboflebit oyoqlarda avj oladi. O'tkir tromboflebit holatida oyoqda qattiq og'riq paydo bo'ladi, u kuchayib boradi, uning yoniga shish qo'shiladi. Tana harorati ko'tariladi 38° (38-39°C). Yuza tromboflebitda vena yo'li bo'ylab qizargan mintaqalar sezilib turadi, venalarning tromboz paydo bo'lgan sohalarida qattiq va og'riq beradigan tugunchalarni paypaslab ko'rish mumkin. Chuqur venalar tromboflebitining klinik manzarasi asosan shish bilan xarakterlanadi: teri taranglashadi, ko'kish yoki to'q qizil rang olib oqaradi. Kasal oyoq terisining harorati sog' oyoqqa nisbatan yuqori bo'ladi. Ammo yalliglanish jarayoni tufayli kelib chiqqan ta'sirlanish arterial spazm paydo bo'lishiga olib kelsa, kasal oyoq haroratiga nisbatan past bo'lishi ham mumkin, terisi esa rangparligi bilan ajralib turadi («phlegmasia alba dolens»). Yalliglanishning avj olishiga muvofiq venalar bo'ylab ko'pdan-ko'p absesslar paydo bo'lishi mumkin. Odatdagi hollarda kasallik asta-sekin yaxshilanish bilan 14-30 kun davomida kechadi. O'tkir tromboflebit operatsiyadan keyingi davrda asorat sifatida ham paydo bo'lishi mumkin (masalan, o'tkir appenditsit, yiringli parametritdan so'ng yoki tug'ishdan keyingi davrda chanoq venalari yalliglanishi sifatida). Kasallikning og'ir turi bu - ko'chib yuruvchi (migratsiyalanadigan) flebit («phlebitis migrans») bo'lib, u yuza venalarda rivojlanadi. Bu kasallikda vena yo'llarida kichikroq og'riqli tugunchalar kuzatiladi, ularning ustidagi teri bilinar-bilinmas qizaradi. Yalliglanish o'choqlari sekin-asta

yo'qoladi, biroq keyin boshqa joylarda paydo bo'ladi. Ko'chib yuruvchi flebit ko'pincha arteriya yallig'lanishi bilan qo'shilib ketadi. Bu o'rinda gap qamrab oluvchi trombangit (Byurger kasalligi) haqida ketmoqda. Tromboflebitning jiddiy asoratlaridan biri o'pka arteriyasi tromboemboliyasidir, bu holda o'lim to'satdan yuz berishi mumkin. Turli a'zolarida septik metastazlar, shuningdek, asosiy septik jarayon paydo bo'lishi ehtimoldan holi emas.

Bu kasallikni limfa tomirlari yallig'lanishidan, obliteratsiyalovchi endarteritdan, qorasoning dastlabki bosqichidan, flegmonasidan, saramas yallig'lanishidan, shuningdek, fil oyoq kasalligidan farqlash lozim.

Tromboflebit yuz bergan holda muhim omilardan biri tinchlikdir. Bunda qon oqishini osonlashtirish uchun, qo'l-oyoqlar yuqori vaziyatda qo'yiladi. Haddan tashqari jismoniy zo'riqishdan va xatti-harakatlardan ehtiyot bo'lish lozim, chunki tromb ajralib, emboliyani keltirib chiqarishi mumkin. Massaj to'g'ri kelmaydi. Mahalliy issiq muolajalar qo'llaniladi. Yallig'lanishga qarshi va og'riqsizlantiruvchi dori-darmonlar (analgin, butadion, atsetil-salitsil kislota, amidopirin) buyuriladi. Harorat yuqori va et uvishayotgan bo'lsa, shuningdek yallig'lanish belgilari mavjud bo'lsa, katta dozalarda antibiotiklar tayinlanadi. Spiritli kompresslar va Vishnevskiy malhami, geparin malhami, venoruton (troksevazin) lioton geli shimdirilgan bog'lovlar qo'ilaniladi, zuluk solinadi. Dimeksidning 50-60 foizli eritmasi bilan applikasiya qo'llanilganda yaxshi natijalarga erishilgan (30-40 daqiqadan, bir kursga 10-12 muolaja) boiadi. So'nggi yillarda davolashning yangi usuli 200- 400 angstrom kuchlanishdagi o'zgarmas magnit maydonining 7-15 kun m obaynida 10-20 daqiqadan ta'siri muvaffaqiyatli qo'llanilm oqda. Shuningdek, kobalt xloridning 1 foizli eritmasi, proteolitik fermentlar {tripsin, ximotripsin), geparin yoki lidaza bilan elektroforez qo'llaniladi (bir kursga 6-10 muolaja). Qonning ivish xususiyatini kamaytirish uchun bilvosita ta'sir qiladigan antikoagulyantlar (fenilin, omefin, sinkumar) qo'llaniladi, bular qon protrombin darajasini pasaytiradi va trombolizga imkon tug'diradi. Bu dori-darmonlarni qo'llaganda protrombin indeksini nazorat qilish lozim. Uning 40-50 (foiz normada

75-100 foiz atrofida) bo'lishi maqsadga muvofiqdir. Agar protrombin ko'rsatkichi keyinchalik pasayib ketsa (25- 30 foiz), antikoagulyantlarni to'xtatish kerak. chunki protrombin indeksi pasayishda davom etaversa qon ketishi (burundan, og'iz bo'shlig'idan, bachadon , buyrak , me'da-ichak yo'lidan) ro'y berishi mumkin. Antikoagulyantlar dozasi yoshga va organizmga ularga nisbatan ta'sirchanligiga qarab, bir kecha-kunduzga o'rta hisobda 1 tabletkadan 2-3 marta ichish buyuriladi. To'g'ri ta'sir etuvchi antikoagulyantlar ham qo'llanilib, geparin bir kecha-kunduzda 5000-10000 TB dan venaga 4-6 marta yuboriladi. Tibbiy zuluklar ham xuddi shunday ta'sir ko'rsatadi. Ular to'g'ri ta'sir etuvchi antikoagulyant bo'lmish girudinni ajratib chiqaradi. Girudin qon ivishi va yopishqoqligini kamaytiradi, ayni paytda tomir tortishishini barta raf qiladi. Bir seans uchun qo'l-oyoqqa 5-10 ta zuluk qo'yiladi. Zuluklar yaxshi so'rishi uchun seans oldidan teri qiriladi, sovunsiz yuviladi, ba'zan shirali suv yoki glyukoza eritmasi bilan hollanadi. Zuluklar 10- 20 ml qonni so'rib bo'lgach o'ladi. Shuning uchun ularni ajratib olishning hojati yo'q. Yarachalarga antiseptiklar surtiladi, siqib bog'lanadi, qon oqishi bir necha soat davom etishi mumkin. Asosiy venalarda tromboflebit paydo bo'lgan hollarda trombolitik davo qo'llaniladi, venaga fibrinolizin (bir kecha-kunduzlik dozasi-25000- 35000 TB), sireptaza yoki urokinaza (500000-1500000 ME), geparin, past molekulyar dekstran va reopoliglyukin (bemor og'irligining 10 ml/kg) yuboriladi. Kasallangan joyga geparin, trioksevazin, mioton malhami singdiriladi. Yuza tromboflebitlarni jarrohlik yo'li bilan davolaganda venalarni kesib tashlash amalga oshiriladi. Flegmona bilan boshlangan yiringli yemirilish hollarida yara zich tikilmaydi, balki tampon qo'yilib ochiq qoldiriladi. Yuza trombeflebitda venani sog'lom to'qimalar doirasida bog'lash tavsiya etiladi.

Xulosa qilib aytganda, ko'p yillardan buyon yirik venalar (son, qovurg'a bilan qorin orasidagi venalar) da tromblar tufayli qon oqib ketishi izdan chiqsa, to'g'ridan-to'g'ri venada operatsiya qilish - tromboektomiya qo'llanilmoqda. So'nggi o'n

yilliklarda esa maxsus operatsiyalar va o'pka arteriyasi tromboemboliasining oldini olish uchun maxsus filtrlar tavsiya etildi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Iafrati MD. Varicose veins: surgical treatment. In: Sidawy AN, Perler BA, eds. Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 154.
2. Pascarella L, Marston W. Venous disease. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 21st ed. St Louis, MO: Elsevier; 2022:chap 65.
3. Sadek M, Kabnick LS. Varicose veins: endovenous ablation and sclerotherapy. In: Sidawy AN, Perler BA, eds. Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 155.
4. Kahn S.R. Frequency and determinants of the postthrombotic syndrome after venous thromboembolism.
5. Kahn S.R., Shbaklo H., Lamping D.L., Holcroft C.A., Shrier I., Miron M.J., Roussin A., Desmarais S., Joyal F., Kassis J., Solymoss S., Desjardins L., Johri M., Ginsberg JS. Determinants of health-related quality of life during the two years following deep venous thrombosis.
6. Kolbach D.N., Sandbrink M.W., Hamulyak K., Neumann H.A., Prins M.H. Non-pharmaceutical measures for prevention of post-thrombotic syndrome
7. Roumen-Klappe E.M., Den Heijer M., Janssen M.C., Van Der Vleuten C., Thien T., Wollersheim H. The post-thrombotic syndrome: incidence and prognostic value of non-invasive venous examinations in a six-year follow-up study

SURGICAL METHODS IN THE TREATMENT OF HYPOSPADIA

Sharapov Ilhamberdi Kamalovich

*Assistant of the department of general surgery of Fergana Medical Institute of
Public Health*

Annotation

In general, hypospadias surgery involves three main steps: (1) straightening of the penis (i.e., correction of chordee); (2) reconstruction of the missing urethra (i.e., urethroplasty); and (3) reconstruction of the tissues forming the ventral radius of the penis (i.e., glans, corpus spongiosum, and skin).

Key words: hypospadias, correction chordee, cavernosa, urethroplasty.

In modern medicine, there are several surgical methods for treating hypospadias. Some of them are described below.

Correction of Chordee. Degloving of the penile skin and freeing of the ventral tissues sitting on each side of the urethral plate usually sorts out the penile chordee related to tethering of the ventral skin and the two spongiosal pillars. If the chordee persists after this first maneuver, freeing of the urethral plate from the ventral surface of the corpora cavernosa, from the glans cap down to the normal urethra surrounded by normal spongiosum, is an alternative advocated by some. In fewer than 5% of cases, the chordee still persists after these two procedures, and a dorsal plication of the corpora cavernosa is then needed. Some authors do not like to free the urethral plate, arguing that this step may jeopardize its blood supply. They prefer to perform a dorsal corporeal plication straightaway. In the most severe form of hypospadias, when a Koyanagi procedure is chosen, the urethral plate is divided behind the glans and detached down to the base of the penis. This complete detachment of urethral tissues from the ventral aspect of the corpora is usually sufficient to straighten the penis, although the procedure is used only for the most severe forms of hypospadias.

Urethroplasty. The choice of urethroplasty depends on the quality and width of the urethral plate (the strip of urethral mucosa extending from the ectopic urethral meatus up to the glans cap). If the urethral plate is wide enough and healthy, it can

be rolled to create a urethral tube (Thiersch-Duplay procedure). If the urethral plate is narrow but healthy, various options exist. The most popular one currently is the Snodgrass procedure, in which the urethral plate is incised longitudinally from the ectopic meatus up to the glans. Alternatively, a rectangle of tissue can be isolated and applied onto the urethral plate and stitched to its edges (onlay urethroplasty). This rectangle of tissue can be a rectangle of penile skin attached to the ventral edge of the ectopic urethral meatus (Mathieu flip-flap procedure), or it can be a pedicled rectangle of preputial mucosa (onlay island flap procedure), or it can be a free graft of tissue, usually buccal mucosa or, less frequently, bladder mucosa or skin. In rare cases, the urethral plate is not preservable, and a full substitution of the missing urethra has to be performed using a tube of pedicled preputial mucosa (Asopa-Duckett procedure) or a tube of buccal mucosa or the Koyanagi procedure.

In conclusion, to these standard procedures, some other surgical techniques have been described, such as the glansreshaping procedures for very distal hypospadias, known as the meatal advancement and glanuloplasty incorporated (MAGPI) procedure, which is less popular nowadays; the full mobilization of the penile urethra; and the Turner-Warwick procedures, which have the great advantage of not using any nonurethral tissues to create a full urethra.

Reference:

1. Raxmatullayev, M., & Terebayev, A. "Bolalar urologiyasi". Toshkent: Tibbiyot nashriyoti, 2023.
2. Gearhart, J., Rink, R., & Mouriquand, P. "Pediatric Urology". Springer, 2010.
3. Hadidi, A. "Hypospadias Surgery: An Illustrated Guide". Springer, 2004.
4. Wein, A. J., Kavoussi, L. R., & Novick, A. C. "Campbell-Walsh Urology". Elsevier, 2016.
5. Retik, A. B., & Borer, S. S. "Hinman's Atlas of Pediatric Urologic Surgery". Saunders, 2009.
6. O'Neill, J. A., Coran, A. G., & Grosfeld, J. L. "Pediatric Surgery". Mosby, 2006.

7. Lewis, M., & Nakayama, D. "Operative Pediatric Surgery". McGraw Hill, 2020.
8. Diamond, D. A., & Borer, A. G. "Pediatric Urology: Surgical Complications and Management". Wiley-Blackwell, 2010.

UMUMIY NOSPESIK YIRINGLI INFEKSIYA (SEPSIS) NING KLINIK MANZARASI

Sharapov Ilhamberdi Kamalovich

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Umumiy xirurgiya kafedrasida assistenti.

Annotatsiya

Umumiy nospesifik yiringli infeksiya turli mikroblar va toksinlar tufayli kelib chiqadigan og'ir kasallik hisoblanadi. Patologik jarayon organizmning muayyan reaksiyasi va spetsifik klinik manzarasi bilan birga kechadi. Sepsisga patogen mikroblarning qonda tarqalishi xosdir. Ushbu mikroblar biologik xususiyatlarning xilma-xilligiga qaramay, organizm reaktivligi o'zgarishi natijasida kelib chiqadigan kasallikning bir xil klinik manzarasini yuzaga keltiradi. Xirurgik sepsisning rivojlanishida infeksiya tushish darvozasi va birlamchi septik o'choq muhim o'rin tutadi.

Kalit so'zlar: sepsis, xronik sepsis, sianoz, gipotermiya, gipertermiya, harorat egri chizig'i.

Sepsisning o'xiga xos simptomlari bo'lmaydi. Ba'zan uni yiringli jarayonlar yoki yuqumli kasalliklarning boshlang'ich bosqichlarida birga kechadigan intoksikatsiyadan farqlash juda qiyin bo'ladi. Sepsisning umumiy va mahalliy simptomlari tafovut qilinadi. Umumiy simptomlar turli organlar va sistemalardagi o'zgarishlar bilan, mahalliy belgilar esa dastlab birlamchi o'choqda, keyin esa yiringli metastazlarda mahalliy ko'rinishda namoyon bo'lishi bilan bog'liq. Sepsis ko'pincha asta-sekin rivojlanadi. Yashin tezligidan paydo bo'ladigan turi bundan

mustasnodir (bemor kasallik boshlangach, hech narsadan bekabar bo'lib 1-2 kun ichida o'lib qolishi mumkin).

Yuqumli kasalliklarning yashirin davri tugaganidan keyin kasallik alomatlarining paydo bo'lish (prodromal) davri boshlanadi. Bu davrda bemorning ahvli og'irlashadi, ko'zlari kirtayib, yuzi qizaradi, u ko'p terlaydi, a'zoi badani qaqshab og'riydi. Keyinchalik kasallikning avj olishiga qarab bemorning tashqi ko'rinishi ham o'zgaradi: ko'zlari xira tortadi, terisi oqish-ko'kimtir tusga kiradi (sianoz). Sariq kasalligi paydo bo'ladi. Badaniga juda mayda to'q ko'kim tir dog'lar toshadi (petexiya). Umumiy simptomatika og'ir yuqumli kasallik paydo bo'lganidan dalolat beradi. Bemorning boshi og'riydi, qusadi, uyquasi buziladi, es-hushi kirarli-chiqarli bo'lib qoladi, septik shok ro'y berganda bemor hushidan ketadi.

Harorat baland, hatto 39-40 °C darajagacha ko'tariladi. Haroratning egri chizig'i uch xil: doim yuqori (39-40°C), o'zgarib turadigan va to'lqinsim on bo'ladi. Agar sepsis metastaz bermasdan kechsa (septitsemia) harorat yuqori bo'ladi. Biroq harorat kun bo'yicha ancha o'zgarib turadigan, ya'ni metastaz berib kechadigan sepsis (septikotoksemiya)dan farq qiladi, bunda o'zgarishlar yuz bermaydi, ya'ni metastazlar paydo bo'lganda harorat sezilarli darajada ko'tariladi va bemorning a'zoi badani qaqshab og'riydi. Harorat tushib ketganda bemor ko'p terlaydi. Tez orada ozib-to'zib ketadi: umumiy quvvatsizlik, septik ich qotishi kundan-kunga ortib boradi. Natijada bemor qattiq iztirob chekadi va afoniya paydo bo'ladi.

Yurak-tomir sistemasining ishi yurakning rosmana zararlanganidan buziladi. Tana harorati bilan tomir urishi bir-biriga mos kelmaydi, harorat pasayib ketadi, tomir tez-tez ura boshlaydi. Yurak faoliyati yomonlashadi, tomirning io'liq urishi kamayadi, qon bosimi pasayadi. Bundun tashqari, septik miokardit manzarasi paydo bo'ladi, ba'zida shishlar paydo bo'lib, tromboflebitlar va yotoq yaralar rivojlanadi. Qon manzarasi kamqonlikning ortib borishi, ECHT ning oshishi (30- 60 mm/s), qon formulasining chapga surilishi sababli leykotsitlar soni ko'payadi (15-40X10 I-), bunga donador neytrofillarning paydo bo'lishi ham sabab bo'ladi.

Parenximatoz a'zolarida turli-tuman o'zgarishlar kuzatiladi. Jigar kattalashadi, biroq uning ishlash qobiliyati birmuncha susayadi. K o'pincha teri sarg'ayib, toksik (reaktiv) gepatit rivojlanadi. Taloq kattalashadi, buyraklar faoliyati buziladi, gipostenik oliguriya paydo bo'ladi (siydik miqdori va zichligi kamayadi).

Siydikda oqsil, toksinli silindrlar paydo bo'ladi, azot qoldiqlari va qon miqdori oshib boradi. Gipoproteinemiya kuchayadi, albumin-globulin indeksi pasayadi, protrombm indeksi 45-50 foizgacha kam ayadi. Ayrim hollarda kapillyarlarning toksik o'tkazuvchanligi ortgani sababli terida qizilchasimon dog'lar kuzatiladi. Mahalliy o'zgarishlar ba'zan deyarli sezilmaydi va ko'pincha sepsis klinikasiga mos kelmaydi. Sepsis jarohatlar boiganda bemorning rangi oqarib ketadi, shishlar paydo bo'ladi. Jarohatdan loyqasimon kam - kam suyuqlik ajralib turadi. Jarohat sohasida qon tomirlar trombozlari, limfangitlar, limfadenitlar kuzatiladi. Metastazlar bilan kechadigan sepsisga to'rlik to'qim a va a 'zolarida yiringli o'choqning rivojlanishi xosdir. Ularni ochib turib, yiring chiqarib yuborilganda harorat pasayadi, biroq yangi yiringli o'choqlar paydo bo'lganda ahvol yanada og'irlashadi. Organizmning zaiflashuvi va organlarning dekompensatsiyasi zaminida sepsisning remissiyasiz og'ir klinik holatda kechishi septitsemiyaga xosdir.

Xronik sepsis o'zgacha kechishi bilan xarakterlanadi. U hatto bir necha oy m obaynida rivojlanib boradi. U m um iy paydo bo'lishi aniq ifodalanmaydi. Vaqti-vaqti bilan lu rorat ko'tariladi, ikkilamchi yiringli o'choq paydo bo'ladi. Qon formulasi bir oz chapga suriladi, ECHT oshadi.

Xulosa qilib aytganda, sepsis yoki qonning zararlanishi xavfli yallig'lanish kasalligi bo'lib, qonga patogen mikroorganizmlarning kirishi va aylanishi natijasida rivojlanadi. Bu holat shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladi, chunki u og'ir asoratlarga, shu jumladan bir nechta a'zolarining ishlamasligiga olib kelishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Harrison DA, Welch CA, Eddleston JM. The epidemiology of severe sepsis in England, Wales and Northern Ireland, 1996 to 2004: secondary analysis of a high quality clinical database, the ICNARC case mix programme database.
2. Dombrovskiy VY, Martin AA, Sunderram J, Paz HL. Rapid increase in hospitalization and mortality rates for severe sepsis in the United States: a trend analysis from 1993 to 2003.
3. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000.
4. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine consensus conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis.
5. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS international sepsis definitions conference.
6. Cohen J. *The immunopathogenesis of sepsis. Nature* 2002;420:885-91.
7. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, Clermont G, Carcillo J, Pinsky MR. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care.

SURUNKALI FRONTIT KASALLIGINI ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARINI TIBBIYOTGA TATBIQI

Shodiyeva Elmira Yusupjonovna

Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti

Stomatologiya va Otorinolaringologiya kafedراسi assistenti

Annotatsiya : Ushbu maqola surunkali frontit kasalligini zamonaviy diagnostika va davolash usullari yordamida samarali davolash imkoniyatlarini tahlil qilishga bag‘ishlangan. O‘zbekiston sog‘liqni saqlash tizimida Prezident qarorlari asosida olib borilayotgan islohotlar doirasida kompyuter tomografiyasi, endoskopik sinuskopiya, individual antibiotikoterapiya va fizioterapiyaning tibbiyotga tatbiqi ko‘rib chiqilgan. Shuningdek, xorijiy tajribalarni o‘rganish va zamonaviy texnologiyalarni mahalliy sharoitga moslashtirish bo‘yicha amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar yoritilgan. Maqola surunkali frontitni davolashda zamonaviy usullarning samaradorligi va ahamiyatini ko‘rsatadi.

Kalit so‘zlar: Surunkali frontit, zamonaviy diagnostika, davolash usullari, kompyuter tomografiyasi, endoskopik sinuskopiya, antibiotikoterapiya, fizioterapiya, tibbiyot islohotlari, O‘zbekiston tibbiyoti, xorijiy tajriba.

O‘zbekistonda so‘nggi yillarda tibbiyot sohasiga alohida e‘tibor qaratilmoqda. Prezident Shavkat Mirziyoyevning tashabbusi bilan qabul qilinayotgan qarorlar va dasturlar sog‘liqni saqlash tizimini rivojlantirish, aholiga zamonaviy va sifatli tibbiy xizmat ko‘rsatishni ta‘minlashga yo‘naltirilgan. Xususan, 2022-yil 18-maydagi PQ-5117-sonli qarorda xorijiy tajriba asosida diagnostika va davolash usullarini takomillashtirish bo‘yicha ko‘rsatmalar berilgan. Ushbu islohotlar doirasida O‘zbekistonda surunkali frontit kabi murakkab kasalliklarni aniqlash va davolashda zamonaviy texnologiyalarni keng joriy etish masalasi dolzarb hisoblanadi.

Surunkali frontit – frontal sinuslarning yallig‘lanishi bilan bog‘liq kasallik bo‘lib, ko‘pincha uzoq davom etuvchi bosh og‘rig‘i, burun bitishi va umumiy holsizlik kabi belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Ushbu kasallikni o‘z vaqtida aniqlash va davolash bemorning hayot sifatini tiklashda muhim ahamiyatga ega. Hozirgi kunda

zamonaviy tibbiyotda ushbu kasallikni davolashda innovatsion yondashuvlar va texnologiyalar keng qo'llanilmoqda.

Hozirgi kunda surunkali frontitni davolash uchun ilg'or texnologiyalardan foydalanish tibbiyot amaliyotining ajralmas qismiga aylangan. Jumladan:

1. Kompyuter tomografiyasi (KT): Frontal sinuslar holatini aniq ko'rsatib, kasallikni erta aniqlash va individual davolash rejasini tuzish imkonini beradi. Bu usul ayniqsa murakkab holatlarda tashxis qo'yishda hal qiluvchi ahamiyatga ega.
2. Endoskopik sinuskopiya: Sinuslarning yallig'langan hududlarini aniq ko'rishga imkon beradi. Ushbu usul kam invaziv bo'lib, bemorning operatsiyadan keyingi tiklanish davrini qisqartiradi.
3. Fizioterapiya: Ultratovush terapiyasi va yuqori chastotali elektromagnit to'lqinlar sinuslarning drenajini yaxshilaydi. Shu bilan birga, qon aylanishini yaxshilab, yallig'lanishni kamaytiradi.
4. Antibiotikoterapiya: Yallig'lanishni bartaraf etishda individual yondashuv asosida keng spektrli antibiotiklardan foydalaniladi.

Surunkali frontitni davolash bo'yicha xorijiy mamlakatlarda ilg'or texnologiyalar va innovatsion yondashuvlar qo'llanilib, tibbiyot sohasida yuqori samaradorlikka erishilgan. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, rivojlangan davlatlarda kam invaziv usullar, yuqori aniqlikdagi diagnostika vositalari va bemorlarning tiklanish jarayonini tezlashtiruvchi fizioterapevtik usullar keng joriy etilgan. AQShda ballon sinusoplastika texnologiyasi kam invazivlik bilan ajralib turib, sinuslarning drenajini yaxshilash va operatsiyadan keyingi tiklanishni tezlashtirishda samarali hisoblanadi. Germaniyada esa 3D-navigatsiya tizimi yordamida endoskopik jarrohlik amaliyotlari muvaffaqiyatli amalga oshirilmoqda. Janubiy Koreyada yallig'lanish jarayonlarini bartaraf etishda plazma texnologiyalari qo'llanilib, bu usul sinus ichki qavatining tez tiklanishini ta'minlaydi. Turkiya va Hindistonda esa zamonaviy texnologiyalar bilan bir qatorda an'anaviy muolajalar, jumladan, o'simliklardan tayyorlangan dori vositalari bilan davolash keng

qo‘llaniladi. Ushbu yondashuvlar simptomlarni yengillashtirish va asoratlarni kamaytirishda qo‘shimcha natijadorlik beradi.

Xorijiy tajribalarning ko‘rsatishicha, diagnostika va davolash usullarini doimiy takomillashtirish, minimal invaziv texnologiyalarni rivojlantirish va kompleks yondashuvni qo‘llash surunkali frontitni davolashda yuqori samaradorlikni ta‘minlaydi. Ushbu tajribalarni mahalliy tibbiyot tizimiga moslashtirish orqali bemorlarga sifatli va zamonaviy tibbiy xizmat ko‘rsatish imkoniyati yanada oshadi.

Davolashda asosiy e‘tibor yallig‘lanishni kamaytirish va sinuslarning normal funksiyasini tiklashga qaratiladi. Antibiotikoterapiya individual yondashuv asosida bemorning holatiga qarab tanlanadi. Antibiotiklar yordamida infektsiyani yo‘q qilish va simptomlarni yengillashtirishga erishiladi. Bundan tashqari, zamonaviy davolashda fizioterapevtik usullar, jumladan ultratovush terapiyasi va yuqori chastotali to‘lqinlar (UHF) keng qo‘llaniladi. Ushbu muolajalar sinuslarning drenajini yaxshilab, tiklanish jarayonini tezlashtiradi. Konservativ usullar samara bermagan hollarda esa endoskopik jarrohlik amalga oshiriladi. Bu usul kam invaziv bo‘lib, bemorning tiklanish davrini sezilarli darajada qisqartiradi.

Surunkali frontitni zamonaviy davolash usullari yordamida davolash bemorlarning hayot sifatini tiklash va kasallikning qaytalanish xavfini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. O‘zbekistonda sog‘liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar ushbu yondashuvlarning kengroq tatbiq etilishi uchun mustahkam poydevor yaratmoqda. Kompyuter tomografiyasi va endoskopik sinuskopiya yordamida aniq diagnostika qilish, individual antibiotikoterapiya va fizioterapiyani qo‘llash kasallikni samarali davolashga olib keladi. Xorijiy tajribalarni o‘rganish va minimal invaziv texnologiyalarni klinik amaliyotga joriy etish natijasida bemorlarning tiklanish jarayoni sezilarli darajada tezlashadi. Kelgusida zamonaviy usullarni yanada keng qo‘llash, malakali mutaxassislarni tayyorlash va xorijiy hamkorlikni rivojlantirish orqali surunkali frontitni davolashdagi muvaffaqiyatlar oshirilishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Пальчун В. Т. Оториноларингология. Руководство для врачей. / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков М. - 2001. - С. 192-194.
2. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов - М. - 2002-390 с.
3. Устьянов Ю. А. Параназальные синуситы. / Устьянов Ю. А.-м. 1972. - С. 65-73.
4. Smith T.L., Han J.K. (2022). Advances in Sinus Surgery. American Journal of Rhinology and Allergy, 36(4), 317-325
5. Lund V.J., Brown T. (2021). Sinonasal Surgery: A European Perspective. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 278(5), 1357-1369.

STOMATOLOGIYA MUAMMOLARI VA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR YUQORI TEXNOLOGIK JARROHLIK USULLARINI QO'LLASH

N.Aliyev – *FJSTI Biotibbiyot muhandisligi, Biofika va
axborot texnologiyalari kafedrasasi asistenti*

O'.Abduvahhobova – *FJSTI Biotibbiyot muhandisligi
yo'nalishi 1-bosqich 1124-guruh talabasi*

Annotatsiya: Stomatologiya tibbiyotning eng dolzarb sohalaridan biri bo'lib, innovatsion texnologiyalar uning rivojlanishida hal qiluvchi ahamiyat kasb etadi. Ushbu maqolada stomatologiya muammolari va zamonaviy yondashuvlar, jumladan lazer texnologiyalari, 3D bosib chiqarish, robotlashtirilgan jarrohlik va sun'iy intellekt texnologiyalari keng yoritilgan. Maqola davolash jarayonlarini optimallashtirish, invazivlikni kamaytirish va sifatni oshirishga qaratilgan ilmiy-texnik yondashuvlarni ochib beradi.

Kalit soʻzlar: stomatologiya, lazer texnologiyalari, 3D bosib chiqarish, sunʼiy intellekt, robotlashtirilgan jarrohlik.

Kirish: Stomatologiya sohasida eng keng tarqalgan muammolar orasida karies, parodontal kasalliklar, tish yoʻqotilishi va tishlarning notoʻgʻri joylashuvi joy oladi. Anʼanaviy yondashuvlar kamchiliklarga ega boʻlib, bemorlarda uzoq tiklanish davri va ogʻriq keltiradi. Zamonaviy texnologiyalar esa bu muammolarni samarali hal qilish imkonini beradi. Yangi texnologiyalar tashxislash, davolash va tiklash jarayonlarini sifat jihatdan yuqori darajaga olib chiqmoqda.

Asosiy qism

1. Stomatologik muammolar va ularning tahlili

Karies: Dunyoda eng keng tarqalgan stomatologik muammo boʻlib, tishlarning emal qatlami va ichki qatlamlarini yemiradi.

Parodontal kasalliklar: Yalligʻlanish jarayonlari tufayli tishlarni ushlab turuvchi toʻqimalar zararlanadi. Davolanmasa, tish yoʻqotilishiga olib keladi.

Tish yoʻqotilishi: Keksa yoshdagi bemorlarda keng uchraydi, ammo notoʻgʻri gigiyena natijasida yoshlar orasida ham tarqalmoqda.

Ortodontik muammolar: Tishlarning notoʻgʻri joylashuvi chaynash va gapirishda muammolar keltirib chiqaradi.



2. Zamonaviy texnologik yondashuvlar

2.1. Lazer texnologiyalari

Lazer texnologiyalari stomatologiyada to‘qimalarni zarar yetkazmasdan davolash imkonini beradi. Uning afzalliklari: Parodontal kasalliklarni davolashda yuqori samaradorlik, bakteriyalarni yo‘q qilishda invazivlikning minimal darajasi.

Misol: Germaniyada qo‘llanilgan yangi lazer tizimlari parodontal kasalliklarni jarrohlik aralashuvisiz davolashga imkon yaratmoqda.



2.2. 3D bosib chiqarish texnologiyalari

Tish protezlari va implantlari aniq va tez tayyorlanadi.

Bemorning individual xususiyatlariga moslashgan maxsus qoplamalar va tayanch qurilmalari ishlab chiqariladi.

Misol: AQShdagi tibbiy markazlar 3D printer yordamida bir kunda tish protezini ishlab chiqarishni amalga oshirmoqda.

2.3. Robotlashtirilgan tizimlar

Robot texnologiyalari stomatologiyada inson xatosini minimal darajaga tushiradi: Yuqori aniqlikda implantatsiya, og'riqsiz va qisqa muddatli jarrohlik.

Misol: Yaponiyaning robotlashtirilgan Yomi tizimi stomatologiyada global innovatsiya sifatida namoyon bo'lmoqda.



2.4. Sun'iy intellekt (AI)

AI yordamida stomatologik kasalliklar erta aniqlanadi: Rentgen tahlillarida patologiyalarni aniqlash, tish shikastlanishini prognoz qilish.

Innovatsion texnologiyalarning stomatologiyaga ta'siri

Texnologiya	Qo'llanilish sohasi	Afzalliklari
Lazer texnologiyalari	Parodontal davolash	Minimal invazivlik, kamroq og'riq
3D bosib chiqarish	Implantatsiya, protezlash	Yuqori aniqlik, moslashuvchanlik
Robotlashtirilgan tizimlar	Jarrohlik amaliyotlari	Yuqori aniqlik, xavfsizlik
Sun'iy intellekt	Diagnostika, rejalashtirish	Erta tashxis, tezkor tahlil

3. Zamonaviy texnologiyalarni joriy qilishning afzalliklari

1. Bemorlarga qulaylik: Og‘riqsiz jarrohlik va tez tiklanish davri.
2. Aniqlik: Yuqori texnologiyalar stomatologik amaliyotlarda aniqlikni ta’minlaydi.
3. Qisqa muddatli jarayon: An’anaviy usullarga nisbatan ko‘p vaqtni tejaydi.



Xulosa: Stomatologiyada yuqori texnologiyalarning rivoji tibbiy xizmat sifatini oshirishga katta hissa qo‘shmoqda. Zamonaviy usullar tashxis va davolash jarayonlarini samaraliroq, bemorlar uchun esa qulayroq qiladi. Kelajakda bu texnologiyalar stomatologiyani yangi bosqichga olib chiqib, og‘iz bo‘shlig‘i salomatligini yaxshilashda hal qiluvchi omil bo‘lib qoladi.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Patel, R. "Laser Applications in Dentistry," Journal of Clinical Dentistry, 2024.
2. Anderson, J. "3D Printing for Dental Solutions," Dental Technology Today, 2023.
3. Nakamura, Y. "Robotic Systems in Oral Surgery," Global Dental Innovations, 2024.
4. Smith, K. "The Role of Artificial Intelligence in Modern Dentistry," AI and Healthcare, 2023.
5. Xu, H., & Wang, L. "Digital Transformation in Stomatology," International Journal of Oral Science, 2023.

6. Sattarov, M. "Stomatologiyada innovatsion yondashuvlar," Tibbiyot va Texnologiya, 2022.
7. WHO. "Oral Health Facts," World Health Organization Report, 2023.
8. Eshonqulov, O. "Stomatologik muammolar va zamonaviy usullar," O'zbekiston Tibbiyot Ilmi Jurnali, 2024.
9. "Yomi Robotics System: A Revolution in Dental Surgery," Dental Robotics Magazine, 2024.
10. "3D Printing in Dentistry: Applications and Advancements," Advanced Dental Solutions Journal, 2023.
11. Abdullayeva B., Aliyev N. Pedagogical Ability In Self-Development Of A Future Primary School Teacher //Академические исследования в современной науке. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 149-153.
12. Aliyev N., Ergasheva D. METHODS OF PROFESSIONAL SELF-DEVELOPMENT OF A PRIMARY SCHOOL TEACHER //Science and innovation. – 2022. – Т. 1. – №. B8. – С. 1679-1681.
13. Aliyev N., Muhammadjonov S. THE ROLE OF MATHEMATICS EDUCATION IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF MEDICAL WORKERS. THE IMPORTANCE OF MATHEMATICS FOR A HEALTH WORKER. MATHEMATICAL METHODS AND STATISTICS IN MEDICINE //Бюллетень педагогов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 2. – С. 39-42.
14. 4. Nurillo N. A., Muhammadjonov S., Tojimatova L. THE ROLE OF MATHEMATICS EDUCATION IN THE PROFESSIONAL TRAINING OF MEDICAL PERSONNEL. THE IMPORTANCE OF MATHEMATICS FOR THE HEALTH WORKER //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2023. – Т. 3. – №. 6. – С. 54-56.
15. Abdullayeva B., Aliyev N. Bo'lajak boshlang'ich sinf o'qituvchisining o'z-o'zini rivojlantirishda pedagogik qobiliyatning ahamiyati //Бюллетень педагогов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 74-78.

16. Abdiqayumovich A. N., Abdiqayumovna I. M. Fur'e Method for Solving Boundary Value Problems Placed in Parabolic Type Equations //Central Asian Journal of Theoretical and Applied Science. – 2022. – T. 3. – №. 11. – C. 107-113.
17. Abdullayeva B. S., Aliyev N. A., qizi Ergasheva D. S. Improving self-development competency of future primary class teachers //Educational Research in Universal Sciences. – 2022. – T. 1. – №. 7. – C. 274-277.
18. Sayfutdinova A. B., Abdiqayumovich A. N. THEORETICAL ISSUES OF INCREASING TEACHING EFFICIENCY BASED ON MODERN ADVANCED PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES IN THE PRIMARY CLASS //Galaxy International Interdisciplinary Research Journal. – 2022. – T. 10. – №. 11. – C. 233-239.
19. Abdullayeva Barno Sayfutdinovna, & Aliyev Nurillo Abdiqayumovich. (2022). IMPROVING THE COMPETENCE OF THE FUTURE ELEMENTARY SCHOOL TEACHER IN SELF-DEVELOPMENT. European Journal of Humanities and Educational Advancements, 3(12), 12-14.
20. Abdikayumovich A. N. et al. Innovative Approaches in Mathematics (Pisa and Timss Programs) //American Journal of Social and Humanitarian Research. – 2021. – T. 2. – №. 9. – C. 116-118.
21. Yusupova A. K., Aliyev N. A. SOME CONSIDERATIONS FOR TEACHING PROBABILITY THEORY AND MATHEMATICAL STATISTICS //Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences. – 2021. – T. 1. – №. 11. – C. 1183-1191.
22. Abdullayeva, B. S., Abdullayeva, B. S., & Aliyev, N. A. (2023). BO'LAJAK BOSHLANG'ICH SINF O'QITUVCHILARINI O'Z-O'ZINI RIVOJLANTIRISH KO'NIKMALARINI SHAKLLANTIRISH. Educational Research in Universal Sciences, 2(13), 605–609.
23. Aliyev, N; Davronova, N. (2023). PULMONOLOGIYA TARIXI VA HOZIRGI KUNDAGI AHAMIYATI. Educational Research in Universal Sciences, 2(13), 610-613.

24. N.A.Aliyev. (2023). FORMATION OF SELF-DEVELOPMENT SKILLS FOR FUTURE PRIMARY TEACHERS. *Scientific Impulse*, 2(15), 363–367
25. Aliyev , N. A., & Sobirova, M. R. qizi. (2023). MASALALAR BILAN DASTLABKI TANISHUVNING INNOVATSION ASOSLARI. *Educational Research in Universal Sciences*, 2(16), 659–666.
26. Melibayeva, F. M., Aliyev, N. A., & Muhammadjonov, S. G. o‘g‘li. (2023). CHEKISH BILAN BOG‘LIQ O‘PKA KASALIKLARI. *Educational Research in Universal Sciences*, 2(16), 719–723.
27. 18. Melibayeva, F. M., Aliyev, N. A., & Muhammadjonov, S. G. o‘g‘li. (2023). KOMPYUTER TEXNOLOGIYALARI ORQALI KELIB CHIQUADIGAN KASALLIKLARNI OLDINI OLISH. *Educational Research in Universal Sciences*, 2(16), 705-708.
28. AN Abdiqayumovich, M Sarvarbek Gayratjon o'g'li. ZAMONAVIY DIAGNOSTIKANING ROLI. ZAMONAVIY DIAGNOSTIKA USULLARI. *Лучшие интеллектуальные исследования* 10 (6), 177-180.
29. Abdiqayumovich A. N. TEJAMKORLIKKA OID MASALALAR ISHLASHDA INNOVATSION YONDASHUV //STUDIES IN ECONOMICS AND EDUCATION IN THE MODERN WORLD. – 2024. – T. 3. – №. 1. – С. 64-71.
30. Abdiqayumovich A. N. TIBBBIY BILIMLARNI O‘RGATISHDA MASOFAVIY TA’LIM TIZIMINI TADBIQ ETISH //TADQIQOTLAR. UZ. – 2024. – T. 36. – №. 3. – С. 104-111.
31. Abdiqayumovich A. N. et al. Machine Learning Techniques for Protein Structure Prediction in Bioinformatics //2024 IEEE International Conference on Communication, Computing and Signal Processing (IICCCS). – IEEE, 2024. – С. 1-6.
32. Aliyev N. et al. THE ROLE OF PROBABILITY THEORY IN SOLVING MEDICAL PROBLEMS //Educational Research in Universal Sciences. – 2024. – T. 3. – №. 13. – С. 88-92.

33. Aliyev N. et al. THE IMPORTANCE OF MATHEMATICAL STATISTICS IN MEDICINE //Educational Research in Universal Sciences. – 2024. – Т. 3. – №. 12. – С. 214-218.
34. Н.Алиев, & У.Абдуваххобова. (2025). МАТЕМАТИЧЕСКАЯ СТАТИСТИКА В МЕДИЦИНЕ. *ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ*, 61(4), 253-259.
35. N.Aliyev. (2024). BO‘LAJAK BOSHLANG‘ICH SINF O‘QITUVCHISINI O‘Z-O‘ZINI RIVOJLANTIRISH KOMPETENTLIGINI TAKOMILLASHTIRISH BO‘YICHA DARTURINI ISHLAB CHIQISH. *JOURNAL OF NEW CENTURY INNOVATIONS*, 67(5), 3-6.
36. TIBBIYOTDAGI MASALALARNI ISHLASHDA EHTIMOLLAR NAZARIYASINING O‘RNI. (2024). Лучшие интеллектуальные исследования, 35(3), 27-34.

ОБОСНОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОИМПЛАНТАТОВ

Туйчиев Рашид Валиевич.

Актуальность: От 30 до 55% взрослого населения с аномалиями и деформациями зубных рядов нуждаются в ортодонтическом лечении.

Продолжение развития технологии временной скелетной опоры привело к усовершенствованным модификациям ортодонтических микроимплантатов. В частности, корейская компания "BioMaterials" в сотрудничестве с несколькими исследовательскими институтами и кафедрой ортодонтии Yonsei University Seoul Korea под руководством проф. Chung-Ju Hwang при участии проф. Kyung S.H., Jung-Jul Cha, Yoon B.S., Hong R.K. разработала усовершенствованную систему микроимплантатов, которая отличается полным спектром размеров имплантатов и видов головок. Это решает проблему расширения выбора зон установки имплантатов, а также дает возможность решать сложные клинические задачи. Несомненно, при установке микроимплантата врач-ортодонт получает абсолютную внутрикостную и независимую опору в полости рта, которую он может использовать для перемещения отдельных зубов и групп зубов с помощью различных механик. В связи с этим применение микроимплантатов в качестве опоры для перемещения зубов становится всё более актуальным. Появление множества систем микроимплантатов позволяет врачу сделать выбор соответственно клинической ситуации. В последние годы показания к временной имплантации при ортодонтическом лечении значительно расширились:

- перемещение или стабилизация отдельных зубов или групп зубов при множественной адентии;
- ретракция передних зубов верхней челюсти без потери стабилизирующей опоры;

- мезиальное, дистальное перемещение боковых зубов верхней и нижней челюстей;
интрузия зубов;
вытяжение ретенированных зубов

Цель исследования: Найти надежной опоры на костные структуры и полноценный контроль для перемещении зубов, и значительной расширения возможностей и сокращение сроков лечения.

Материалы и методы: От 30 до 55% взрослого населения с аномалиями и деформациями зубных рядов нуждаются в ортодонтическом лечении (Смердина Л.Н. и соавт., 2000; Дмитренко С.В. и соавт., 2004; Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., 2005 и др.) [1]. Впервые возможность создания временной скелетной опоры с целью перемещения зубов при помощи микроимплантатов была представлена докторами Thomas Creekmore and Michael Eklund в 1983 г. Результаты: Микровинты остаются неподвижными при ортодонтическом усилии 3-6 Н (Wehrbeinetal., 1998.). Majozoub и соавт.(1999) наблюдали хорошую устойчивость титановых микровинтов при ортодонтическом усилии 150 г через 2 недели после установки. Титановые микровинты остаются достаточно устойчивыми в течение 4-8 недель под давлением в 100 г (Roberts, 1984). По данным Gray и соавт. (1983), виталиевые микровинты диаметром 1,6 мм способны выдержать 180 г горизонтального давления спустя 4 недели после установки. На основании представленных результатов исследований автор предполагает, что микроимплантаты диаметром 1,2 мм могут выдерживать ортодонтическое давление примерно в 200 г и более.

Вывод: Подводя итог, следует сказать, что особые трудности представляет удержание подвижных опорных зубов при ортодонтическом лечении пациентов с заболеваниями пародонта. Имеется также ряд особенностей ортодонтического пациентов с врожденной и приобретенной адентией опорных зубов. В 90-х годах XX в. зарубежные исследования наметили пути решения данной проблемы с помощью микроимплантатов в

качестводополнительных точек опоры при проведении ортодонтического лечения.Анализируя данные литературы, делаем вывод, что они недостаточны для обоснования лечения аномального положения отдельных зубов с

помощью микроимплантатов. Таким образом, следует подчеркнуть, что огромную перспективу представляет изучение данного направления в лечении аномального положения зубов.

Литература:

1.

Юлдашева Н.А., Кодиров Ж.М. "Вторичные деформации зубных рядов" Научно-практический журнал «Stomatologiya». No 3 (77), Т.-2019. -С.52-56.

2. Арсенина О.И. Ортодонтическая подготовка к протезированию пациентов с нарушением окклюзии зубных рядов / О.И. Арсенина.

Н.М. Марков, А.А. Карапетян // Стоматология 2006 : VIII Рос.науч. форум : материалы докл. - М., 2006. - С. 309-311.

3. Sung J.H. Microimplants in orthodontics / J.H. Sung, H.M. Kyung.-2006. - P. 18-24.

4. Hayashi H. Introduction of Innovative Orthodontic Concepts Using Microimplants anchorage / H. Hayashi. - 2006. - P. 111-126.

5. Ravindra Nanda. Biomechanics in orthodontics.-2005. - P.26-38.

6. Umemori M. Skeletal anchorage system for open-bite correction / M. Umemori, O. Sugawara, H. Mitani. - 1999. - P. 182-196.

7. Block M.S. A new device for absolute anchorage for orthodontics / M.S. Block, D.R. Hoffman. - 1995. - 292 p

ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ХИРУРГИИ В СТОМАТОЛОГИИ.

Научный руководитель: асс. Джалолидинова Ш.Д.

«Разрешаю для публикации в материалах конференции»

Подпись:

Автор: Изулова С.А.

«Автор подтверждает полное согласие с требованиями для публикации тезисов»

Подпись:

Значение высокотехнологичной хирургии в стоматологии.

Изулова С.А.

(Научный руководитель Джалолидинова Ш.Д)

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Кафедра Стоматологии и Оториноларингологии

Введение. Современная стоматология переживает значительные изменения благодаря внедрению высокотехнологичных методов. Хирургические вмешательства, которые ранее были сложными и травматичными, сегодня становятся более точными, быстрыми и безопасными благодаря использованию передовых технологий.

Цель. Целью является изучение применения высокотехнологичной хирургии в стоматологии.

Материалы и методы: Для полного достижения решения поставленной задачи использовались исследования многих учёных а так же исследования зарубежных профессоров с научной деятельностью в данной отрасли.

Результаты и обсуждения: Основные аспекты высокотехнологичной хирургии в стоматологии

1 Лазерные технологии

Лазеры используются для широкого спектра процедур, включая мягкотканые операции, лечение пародонтита, стерилизацию корневых каналов и отбеливание зубов. Преимущества:

- Минимальная травматизация тканей.
- Ускорение процесса заживления.
- Снижение боли и риска инфицирования.

2.3D-моделирование и компьютерное планирование

Трёхмерная визуализация позволяет хирургу точно планировать операции, такие как имплантация зубов, реконструкция челюсти и ортогнатические процедуры

Преимущества:

- Повышается точность размещения имплантатов.
- Уменьшается риск ошибок.
- Пациент может увидеть предполагаемый результат ещё до начала лечения.

3.Компьютерная томография (КТ)

КТ обеспечивает детальное изображение челюстно-лицевой области, что особенно важно для диагностики и планирования сложных операций.

Преимущества:

- Обеспечивается безопасность пациента за счёт минимизации инвазивности.
- Выявляются скрытые патологии, недоступные для традиционных методов.

4.Роботизированные системы и навигационные технологии

Роботы используются для точного выполнения хирургических манипуляций, а навигационные системы позволяют контролировать каждое движение хирурга в режиме реального времени.

Преимущества:

- Высокая точность выполнения операций.
- Снижение человеческого фактора.
- Повышение качества лечения.

5.Биоматериалы и регенеративные технологии

Современные биоматериалы позволяют восстанавливать утраченные костные и мягкие ткани. Использование стволовых клеток и факторов роста способствует регенерации тканей, что актуально для сложных случаев реконструкции.

Преимущества высокотехнологичной хирургии:

- Сокращение времени реабилитации.
- Повышение комфорта пациента во время и после лечения.
- Снижение риска осложнений и инфекций.
- Долговечность и надёжность результатов.

Заключение:Высокотехнологичная хирургия в стоматологии представляет собой революцию в области медицины, обеспечивая более высокий уровень лечения и улучшая качество жизни пациентов. Дальнейшее развитие технологий и их интеграция в повседневную практику позволят сделать стоматологическую помощь ещё более доступной, эффективной и персонализированной.

Навигационная хирургия в имплантации зубов с использованием 3D-шаблона

*Азизбек Гофуров-ассистент Ферганского Медицинского Института
Общественного Здоровья.*

Современная имплантация зубов является одной из наиболее эффективных и распространённых методик восстановления зубного ряда, обеспечивающей пациентам эстетическое и функциональное восстановление. Технологии, используемые в этой области, неуклонно развиваются, что позволяет повысить точность установки имплантатов и уменьшить риски, связанные с хирургическими вмешательствами. Одним из наиболее перспективных направлений в этой области является использование навигационной хирургии с применением 3D-шаблонов, которые значительно повышают точность и безопасность процедур.

Основы навигационной хирургии в имплантации

Навигационная хирургия представляет собой технологию, позволяющую с высокой точностью ориентироваться в анатомической структуре пациента в процессе выполнения хирургического вмешательства. В контексте имплантации зубов навигационная система использует специализированные шаблоны, созданные на основе предварительно полученных 3D-данных о состоянии пациента. Такие данные получают с помощью компьютерной томографии (КТ) или конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ), что позволяет хирургу учитывать все анатомические особенности, такие как расположение нервных окончаний, кровеносных сосудов и других важных структур.

Одним из ключевых преимуществ навигационной хирургии является возможность точного позиционирования имплантатов. Это значительно уменьшает вероятность ошибок, таких как перфорация костной ткани, повреждение нервных волокон и неправильное размещение имплантатов, что может повлиять на долгосрочные результаты лечения.

Использование 3D-шаблонов в навигационной хирургии

3D-шаблоны являются неотъемлемой частью навигационной хирургии в имплантации. Эти шаблоны создаются на основе данных, полученных через компьютерную томографию, и изготавливаются с использованием технологий 3D-печати. Они служат своеобразным направляющим устройством для установки имплантатов в процессе хирургического вмешательства.

Процесс создания 3D-шаблона включает несколько этапов. Сначала изготавливается цифровая модель челюсти пациента, которая затем используется для проектирования шаблона, учитывая точное местоположение, угол и глубину имплантата. Шаблон изготавливается с использованием биосовместимых материалов, что позволяет его безопасное применение в полости рта.

Важным аспектом использования 3D-шаблонов является высокая степень индивидуализации. Каждый шаблон создаётся с учётом специфических анатомических особенностей пациента, что позволяет значительно повысить точность и минимизировать риски хирургического вмешательства. 3D-шаблоны могут быть использованы как для одноэтапных, так и для многоэтапных процедур имплантации, включая восстановление зубного ряда и хирургические вмешательства, связанные с костными трансплантатами.

Преимущества и вызовы навигационной хирургии с 3D-шаблонами

Одним из наиболее значимых преимуществ навигационной хирургии с 3D-шаблонами является уменьшение человеческого фактора в процессе установки имплантатов. Точное соблюдение предоперационного плана позволяет минимизировать риск хирургических ошибок и ускорить процесс восстановления пациента. Кроме того, использование таких технологий снижает необходимость в инвазивных процедурах, что благоприятно сказывается на общем состоянии пациента и снижает уровень боли после операции.

Однако наряду с преимуществами, существуют и определённые вызовы, связанные с использованием 3D-шаблонов. Во-первых, создание и изготовление шаблонов требует значительных затрат времени и финансовых ресурсов. Во-вторых, не все пациенты могут быть кандидатами для навигационной хирургии, поскольку существует ряд противопоказаний, таких как деформации челюсти или остеопороз, которые могут затруднить процесс планирования и установки имплантатов.

Перспективы развития навигационной хирургии

Перспективы развития навигационной хирургии в имплантации зубов связаны с дальнейшим совершенствованием технологий 3D-сканирования и моделирования. Разработка более совершенных программных решений, а также совершенствование методов создания биосовместимых и высокоточных шаблонов, откроет новые возможности для улучшения качества и

безопасности процедур. Помимо этого, прогнозируется увеличение доступности данной технологии для широкого круга пациентов, что сделает её стандартом в практике имплантологии.

Заключение

Навигационная хирургия с использованием 3D-шаблонов представляет собой инновационную методику, которая значительно повышает точность, безопасность и эффективность имплантации зубов. Несмотря на существующие вызовы, эта технология продолжает развиваться, и её внедрение в повседневную клиническую практику позволяет специалистам достигать лучших результатов при минимизации рисков для пациентов.

Список литературы

1. Chen, Y., et al. (2017). "Accuracy of Implant Placement Using 3D-Printed Surgical Templates in Implant Dentistry." *Journal of Prosthetic Dentistry*, 118(3), 336-341.
2. D'Haese, J., et al. (2019). "Computer-Assisted Implant Surgery: Current Status and Future Directions." *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 77(12), 2461-2471.
3. Gambarini, G., et al. (2018). "The Role of 3D Technology in Implantology." *International Journal of Oral Implantology*, 11(3), 189-198.
4. Khalilova B. R. ANALYSIS OF THE FEATURES OF DENTAL ANESTHESIA IN CHILDREN: APPROACHES AND RECOMMENDATIONS //World of Scientific news in Science. – 2024. – Т. 2. – №. 3. – С. 160-170.
5. Khalilova B. R., Musayeva O. T., Urinboeva Y. THE PREVALENCE AND STRUCTURE OF THE INCIDENCE OF STOMATITIS IN CHILDREN //World of Scientific news in Science. – 2024. – Т. 2. – №. 3. – С. 215-224.
6. Tan, W., et al. (2021). "The Role of 3D Printing in Dental Implantology: A Comprehensive Review." *Journal of Clinical Dentistry*, 32(4), 112-121.
7. Zhou, Y., et al. (2020). "Three-Dimensional Printing in Implant Dentistry: A Review of Applications and Future Trends." *Journal of Prosthodontic Research*, 64(3), 275-282.

**ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Ш.Ш.Дехконов¹, М.Х.Абдуллаев²

1-Ферганский филиал РНЦМЭМП

2-клиника ENDOMED +

Несмотря на большие достижения в диагностике заболеваний гепатобилиарной системы, практические возможности дифференциального диагноза интра- и экстрапеченочного холестаза остаются крайне неудовлетворительными. В условиях практической работы нередко весьма затруднительно на основании клинико-биохимических исследований определить вид желтухи. Особенно это касается длительно протекающих, терапевтически резистентных желтух неясного генеза. Клинико-биохимические трудности разграничения внутри- и внепеченочных холестазов объясняются тем, что компонент гепатоцеллюлярного поражения либо присутствует с самого начала, либо рано присоединяется. Именно по этой причине не всегда с уверенностью можно разграничить характер желтухи по активности печеночных ферментов. Отсюда наблюдаемая нередко гипердиагностика обструктивной желтухи, приводящая к неоправданной лапаротомии.

Внедрение в практику эндоскопической ретроградной холангио-панкреатографии (ЭРХПГ) позволило значительно улучшить диагностические возможности.

Под нашим наблюдением находилось 87 больных с синдромом холестаза (женщин — 58, мужчин — 29 в возрасте от 43 до 78 лет).

У 18 больных на основании клинико-биохимического исследования и данных ЭРХПГ установлена паренхиматозная желтуха, и они были переведены в соответствующие лечебные учреждения.

В соответствии с диагностическими задачами, которые ставились перед исследованием, больные разделены на две группы.

Первую составили 28 больных, клинико-биохимические данные которых не позволяли судить о причине холестаза и которые длительное время находились в терапевтических стационарах с предполагаемым диагнозом болезни Боткина или хронического гепатита. При ЭРХПГ у 10 диагностирован холедохолитиаз, у 3—рак внепеченочных желчных протоков, у 2 — рак большого дуоденального сосочка, у 8— рак поджелудочной железы. У 3 больных не было выявлено нарушения проходимости желчных протоков.

У 41 больного второй группы наличие механической желтухи не вызывало сомнений. Требовалось лишь определить уровень и характер обструкции желчных протоков.

У 28 больных выявлен холедохолитиаз, в том числе у 8 — в сочетании со стенозирующим папиллитом, а у 2 — со структурой гепатико-холедоха. Непроходимость дистального отдела холедоха, характерная для рака головки поджелудочной железы, на холангиограммах определялась у 11 больных. Рентгенологический диагноз совпал с операционным у 8 больных, у 3 больных обнаружен хронический индуративный панкреатит. У 2 больных данной группы при эндоскопии обнаружен рак большого дуоденального сосочка.

У 15 больных с клиническими проявлениями гнойного холангита осуществлено эндоскопическое ретроградное дренирование гепатико-холедоха. Заметное улучшение общего состояния и снижения уровня билирубина отмечено у всех больных. Через назобилиарный дренаж вводили в желчные протоки антибиотики и растворы антисептиков.

Таким образом, использование ЭРХПГ у 87 больных в сочетании с клинико-биохимическими данными позволило дифференцировать характер холестаза и избежать лапаротомии у 21 больного. Перспективным является эндоскопическая назобилиарная декомпрессия у больных обструктивным холангитом, позволяющая в короткое время улучшить клинические и

биохимические показатели данной категории больных.

"БУДУЩЕЕ ТРАВМАТОЛОГИИ: РОЛЬ ХИМИИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ".

Сабирова Хуснигул Гайратовна ассистент кафедры "Медицинской и биологической химии" Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения.

Введение. Травматология — это раздел медицины, который занимается диагностикой, лечением и профилактикой травм, а также восстановлением функций поврежденных тканей и органов. В последние десятилетия значительный прогресс в области травматологии стал возможен благодаря достижениям в химии. Химия играет ключевую роль в создании новых материалов, препаратов и технологий, которые значительно улучшили методы лечения и ускорили восстановление пациентов. Современные разработки в области химии привели к созданию новых материалов, обладающих биосовместимостью — способностью взаимодействовать с тканями организма без отторжения. Эти материалы широко используются в хирургии и травматологии для восстановления поврежденных органов и тканей. Примеры таких материалов включают: **Полимеры и композиты** - разработка полимерных материалов, таких как полиэтилен, поликарбонат и акриловые композиты, используется для создания протезов, имплантатов и искусственных суставов. Эти материалы обладают хорошей механической прочностью и стабильностью, что делает их идеальными для применения в травматологии. **Титановые и углеродные материалы** - титан и углеродные волокна используются для создания крепких и легких имплантатов, которые часто применяются для восстановления костей и суставов. **Наноматериалы**- нанотехнологии позволяют разрабатывать материалы с уникальными свойствами, такими как высокая прочность, легкость и возможность

взаимодействия с клетками для стимулирования заживления. Например, наночастицы могут использоваться для доставки лекарств прямо в поврежденные ткани, улучшая процесс восстановления.

Регенеративная медицина стремится восстанавливать или заменять поврежденные или утраченные ткани с помощью биологических и химических методов. В этой области химия играет важную роль в:

Стимуляции роста тканей- использование химических факторов роста (например, белков и пептидов) для стимулирования регенерации клеток и тканей. Эти вещества могут ускорить восстановление поврежденных участков, таких как кости, хрящи и связки.

Стволовые клетки и биоматериалы- совмещение стволовых клеток с биосовместимыми матрицами (например, коллагеновыми или синтетическими полимерами) помогает в создании искусственных тканей, которые можно использовать для лечения травм и ожогов. Химические компоненты в таких матрицах помогают клеткам правильно развиваться и интегрироваться с окружающими тканями.

Медикаменты для стимуляции заживления- современные препараты, содержащие химические вещества, такие как факторы роста, антибиотики и противовоспалительные средства, помогают ускорить восстановление тканей и предотвращать инфекции в местах травм.

Нанотехнологии играют революционную роль в травматологии, позволяя создавать материалы и устройства, которые могут взаимодействовать с клетками на молекулярном уровне. Наночастицы используются для:

Целенаправленной доставки лекарств- наночастицы могут доставлять лекарства непосредственно в поврежденные ткани, обеспечивая их более эффективное и быстрое действие.

Улучшение свойств материалов- наноматериалы могут быть использованы для создания имплантатов с уникальными механическими и биологическими свойствами, что значительно улучшает их функциональность и долговечность.

Диагностика и мониторинг - наночастицы могут быть использованы для улучшения визуализации повреждений (например, с помощью наночастиц, которые связываются с поврежденными клетками и выделяют специфические сигналы) и для мониторинга заживления в реальном времени.

Персонализированная медицина позволяет адаптировать лечение и препараты в зависимости от генетических, физиологических и химических особенностей пациента. В травматологии это означает:

Индивидуальный подход к лечению травм- в зависимости от состава тканей, их регенеративных способностей и реакции на химические вещества, врач может подобрать наиболее подходящий метод лечения или препарат, обеспечивая максимальную эффективность и минимизацию побочных эффектов.

Генетическое тестирование и оптимизация терапии-с помощью генетических анализов можно предсказать, как пациент будет реагировать на определенные химические препараты, что позволяет выбрать наиболее подходящий вариант лечения травм.

Будущее травматологии связано с дальнейшим развитием химических технологий, которые помогут лечить травмы быстрее, эффективнее и с меньшими последствиями для здоровья пациента. Возможности включают:

Создание материалов нового поколения- в будущем можно ожидать появления более совершенных биосовместимых материалов, которые будут не только эффективнее восстанавливать ткани, но и интегрироваться с организмом без побочных эффектов.

Использование биологических и синтетических материалов: Комбинированные подходы, включающие использование живых клеток и синтетических материалов, будут способствовать созданию более эффективных имплантатов и улучшать регенерацию тканей.

Развитие фармакологии и терапии- совершенствование химических препаратов для стимулирования регенерации тканей, а также разработки новых методов доставки лекарств, включая наночастицы и генные технологии.

Заключение

Роль химии в травматологии становится все более значимой благодаря инновационным материалам, методам лечения и диагностики. Применение химии в разработке биосовместимых материалов, регенеративной медицины, нанотехнологий и персонализированной терапии открывает новые горизонты для эффективного лечения травм и восстановления поврежденных тканей. В ближайшие годы можно ожидать появления новых прорывных технологий, которые сделают лечение травм более доступным и безопасным для пациентов.

CHAQALOQLARDA NEKROZLOVCHI ENTEROKOLITNING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Sidiqov Odilbek Patidinivich

Andijon davlat tibbiyot instituti. Bolalar jarroxligi kafedrası

Maqsad: parvarishlashning ikkinchi bosqichi sharoitida uzoq muddat davolanayotgan bolalarda nekrozlovchi enterokolit (NEK) kechishining o‘ziga xos xususiyatlarini o‘rganish.

Kirish. Nekrozlovchi enterokolit (NEK) yaqindagina "chala tug‘ilganlar kasalligi" deb nomlandi, ammo vaqt bu tushunchani qadrsizlantirdi, chunki hozirgi vaqtda kam vaznli bolalarning tug‘ilishdagi omon qolishi sezilarli darajada yaxshilandi. Nekrotik enterokolit intensiv terapiya bo‘limlarida ekstremal kam vaznli bemorlar orasida o‘limning asosiy sabablaridan biri bo‘lib, kasallanish 1000 ta yangi tug‘ilgan chaqaloqqa 1-5 ta holatni tashkil qiladi va o‘lim darajasi klinik darajasi va bemorlarning chala tug‘ilganlik darajasiga qarab 15-30% atrofida o‘zgarib turadi. Kasallikni erta tashxislashning ishlab chiqilgan mezonlari,

konservativ davolash tamoyillariga qaramasdan, ko‘pincha uning asoratli kechishi kuzatiladi. Zamonaviy adabiyotlarda NEK jarrohlik bosqichlariga o‘tgan bemorlarning foizi bo‘yicha aniq ma’lumotlar yo‘q, ammo turli mualliflarning ma’lumotlariga ko‘ra, bunday holatda o‘lim darajasi 25% dan oshadi, keng ichak nekrozida esa 80-100% ga yetishi mumkin.

Material va metodlar. 2020-2024-yillar davomida AVBKTTMning reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limi hamda chaqaloqlar va Neonatal xirurgiya bo‘limi bazasida davolangan 195 nafar NEK bilan tug‘ilgan chaqaloqlarning tibbiy hujjatlari retrospektiv tahlil qilingan (2020-2024-yillarda NEKning 1-bosqichi bo‘lgan bemorlarning kasallik tarixlarining bir qismi "ovqat hazm qilish tizimining boshqa aniqlangan buzilishlari" sifatida kodlangan). Ishda nekrotik enterokolitning Walsh M.C. et al., 1986 tasnifidan foydalanilgan. Kasallik tarixi va intensiv kuzatuv varaqalari tahlil qilingan. Intensiv va ekstensiv ko‘rsatkichlar hisoblandi.

Tadqiqot natijalariga ko‘ra, tana vazni juda kam (1000 g dan kam) tug‘ilgan bolalar 15,9% (31 ta bola), tana vazni juda kam bo‘lgan bolalar tana vazni (1000 dan 1500 g gacha) 23,6% ni (46 bola), tana vazni past: 1500 dan 2000 g gacha 31,3% (61 bola), 2000 g va undan yuqori - 29,2% (57 bola) tashkil etdi. Bemorlarni gestatsiya muddatiga qarab taqsimlash. Shu bilan birga, 1000 g gacha tana vaznida kasallikning debyut muddati - 18,6 kun, 1000-1500 g tana vaznida - 21,7 kun; 1500-2000 g tana vaznida - 12,1 kun; 2000 g va undan yuqori tana vaznida - 9,6 kun. Teskari proporsional qonuniyat kuzatiladi: bolaning vazni qancha kam bo‘lsa, kasallik klinik jihatdan shuncha kech boshlanadi. Retrospektiv tahlil ma’lumotlariga ko‘ra, 26 haftagacha bo‘lgan o‘ta yetilmagan bolalarda gestatsiyaning yarmiga qadar (47,4%) NEK juda og‘ir kechadi va jarrohlik aralashuvini talab qiladi. 26 haftadan keyin NEKning yengil kechishi ustunlik qiladi.

Xulosalar. NEK kechishining og‘irligi kasallikning namoyon bo‘lish muddatlari va bolaning yetilmaganlik darajasi bilan bog‘liq: kasallik klinik jihatdan qanchalik erta boshlangan bo‘lsa, u shunchalik og‘ir kechadi; bemorning

tugʻilishdagi yetilmaganligi qanchalik yaqqol namoyon boʻlsa, NEK shunchalik ogʻir kechadi.

ПАРОДОНТИТНИ АНТИБИОТИКЛАР ВА ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ДОРИЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАРИ

PhD Умаров О.М. Собиров Ф.Ф.

Фаргона вилояти стоматология шифохонаси

Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти

Калит сўзлар: Пародонтит, аппарат, Иқтисодий самарадорлик, Эрта профилактика, антибиотик, эстетик муаммолар, Илғор технологиялар, инноватив препаратлар, Нано-серебро заррачалари, Прополис.

Аннотация: Пародонтитнинг долзарблиги жуда юқори, чунки у нафақат оғиз бўшлиғининг соғлигига, балки умумий соғлиққа ҳам салбий таъсир кўрсатади. Ушбу касаллик бутун дунёда кенг тарқалган бўлиб, катталарнинг катта қисмига таъсир қилади.

Пародонтит долзарб бўлишининг асосий сабаблари қуйидагича:

1. Жуда кенг тарқалиши

- Статистикага кўра, катталарнинг 50% дан ортиғи пародонтитнинг турли шаклларида азият чекади.

- Ёшга боғлиқ хавф ортиб, касалликнинг оғир шакллари кўпроқ кекса ёшдагиларда учрайди.

2. Тишларни йўқотишнинг асосий сабаби

- Даволанмаган пародонтит натижасида тишларни ушлаб турувчи суяк ва боғлов тўқималар йўқолади.

- У катталарда тиш йўқотишнинг энг асосий сабабларидан бири ҳисобланади.

Пародонтит — бу тиш атрофидаги тўқималарнинг, яъни тишнинг милк билан боғловчи аппаратининг яллиғланишидан келиб чиқадиган касалликдир. Бу касаллик вақтида даволанмаса, тишни ушлаб турувчи суяк тўқималарининг

йўқолишига олиб келади ва натижада тишлар бўшашиб, тушиб қолиши мумкин.

Мақсаднинг муҳимлиги

1. Аҳоли саломатлигини яхшилаш: Оғиз бўшлиғининг умумий ҳолатини яхшилаш орқали умумий соғлиққа ижобий таъсир кўрсатиш.

2. Ижтимоий аҳамият: Тишларнинг йўқолиши ва эстетик муаммоларни камайтириш орқали ижтимоий ҳаёт сифати яхшиланади.

3. Иқтисодий самарадорлик: Эрта профилактика ва самарали даволаш харажатларни камайтиради.

Пародонтит билан курашиш мақсадлари соғлиқни сақлаш тизимида жамоат саломатлигини сақлашнинг устувор йўналишларидан биридир.

Пародонтитда антибиотиклар ва яллиғланишга қарши дориларни қўллашда замонавий ёндашувлар даволашнинг самарадорлигини ошириш ва нохуш таъсирларни камайтиришга қаратилган. Илғор технологиялар ва инноватив препаратлар пародонт тўқималарининг тикланишини рағбатлантириш ва яллиғланишни тезроқ бартараф этишга имкон беради.

1. Маҳаллий антибиотик терапия

Маҳаллий антибиотиклар ёрдамида юқори концентрацияли препаратни фақат зарарланган ҳудудга йўналтириш мумкин. Бу тизимли ножўя таъсирларни камайтиради.

Замонавий маҳаллий антибиотик воситалари:

- Мино克林 микросфералари: пародонтал чўнтакларга инъекция қилинади, микробларга узоқ муддатли таъсир кўрсатади.
- Доксициклин гели (Atridox): пародонтал чўнтакларга тўғридан-тўғри қўлланади ва яллиғланишни камайтиради.
- Хлоргексидин имплантлари (PerioChip): чўнтакларга жойлаштирилади ва яллиғланишни назорат қилади.

Афзалликлари:

- Препаратни маҳаллий таъсир қилиши.

- Антибиотикларнинг тизимли таъсиридан сақланиш.
- Даволашнинг узок муддатли самарадорлиги.

2. Антимикробли пептидлар (AMPs)

Антимикробли пептидлар — бу янги авлод антибиотиклар бўлиб, бактерияларни тез ва самарали йўқ қилади ҳамда чидамлилиқ ривожланишининг олдини олади.

- Улар зарарли бактерияларни мақсадли йўқ қилиб, фойдали микрофлорани сақлаб қолади.
- Яллиғланишни пасайтиришда ёрдам беради.

3. Пробиотиклар ва симбиотиклар

Пробиотиклар пародонтитни даволашда янги ёндашув сифатида қўлланилаяпти. Улар оғиз бўшлиғидаги фойдали микрофлорани тиклаш ва зарарли бактерияларнинг қўпайишини чеклашга ёрдам беради.

- *Lactobacillus reuteri*: яллиғланишни камайтиради ва микрофлора мувозанатини тиклайди.
- Пробиотик воситаларни таблетка, суюқ эритма ёки чайнаш резинкалари шаклида қабул қилиш мумкин.

4. Нано-технологик воситалар

Нано-технология пародонтитни даволашда янги босқич ҳисобланади. Нано-зарралар антибиотик ёки яллиғланишга қарши моддаларни пародонтал тўқималарга аниқ етказиб бериш учун ишлатилади.

- Нано-сребро заррачалари: кучли антибактериал таъсирга эга.
- Нано-капсулалар: препаратни зарур бўлган ҳудудга йўналтиради ва узок муддатли таъсир кўрсатади.

5. Яллиғланишга қарши табиий воситалар

Табиий моддалар асосидаги яллиғланишга қарши воситалар замонавий даволашда тобора кўпроқ қўлланмоқда:

- Куркумин (зирвангдан олинади): кучли яллиғланишга қарши таъсирга эга.
- Зелёный чай экстракти: антиоксидант ва микробларга қарши таъсир.

- Прополис асосидаги препаратлар: яллиғланишни пасайтириш ва тўқималарни тиклаш.

6. Лазер билан қўшма терапия

Антибиотик ва яллиғланишга қарши воситаларни лазер терапияси билан биргаликда қўллаш:

- Лазер пародонтал чўнтаклардаги бактерияларни йўқ қилади.
- Препаратларнинг самарадорлигини оширади ва яллиғланишни камайтиради.

7. Хужайра терапияси ва регенерация

Замонавий усуллардан бири — ствол хужайралар ёки биоматериаллар асосида пародонт тўқималарини қайта тиклаш:

- Инъекция орқали яллиғланишни пасайтириш.
- Суюк тўқималарни регенерация қилишга ёрдам беради.

Замонавий ёндашувларнинг афзалликлари

- Даволашнинг самарадорлиги ортиши.
- Ножўя таъсирларнинг минимал даражада бўлиши.
- Тўқималарнинг тикланишини рағбатлантириш.
- Даволаш жараёнининг тезроқ бўлиши.

Замонавий йўналишлар пародонтит терапиясини индивидуаллаштириш ва барвақт асоратларни олдини олиш учун ишлаб чиқилган. Улардан фойдаланиш фақат мутахассис назоратида амалга оширилиши керак.

Пародонтитда текширувлар касалликни аниқлаш, унинг оғирлик даражасини баҳолаш ва самарали даволаш режасини тузиш учун муҳим аҳамиятга эга.

Текширувлар тўғри ва тўлиқ ташхис қўйишга, шунингдек, даволаш жараёнини назорат қилишга ёрдам беради.

1. Анамнез йиғиш ва клиник кўрик

Анамнез

- Беморнинг шикоятлари (милк қонши, оғриқ, тишларни силжиши ёки қимирлаши).

- Ҳозирги ва ўтмишдаги стоматологик ва умумий касалликлар (қандли диабет, юрак-қон томир касалликлари).
- Оилавий касалликлар тарихи.

Клиник кўрик

- Милк ҳолати: қонши, яллиғланиш, ранги ва структураси.
- Пародонтал чўнтақлар: уларнинг чуқурлиги ва секретсиянинг бор-йўқлиги.
- Тишларнинг ҳаракатчанлиги: тўқималар билан боғлиқ муаммолар.
- Тиш бўшлиқлари ва дистрофия белгилари.

2. Пробинг (зондлаш)

Пародонтал зонд ёрдамида пародонтал чўнтақларни чуқурлиги, яллиғланишнинг шиддати ва пародонтал боғламларнинг зарарланишини баҳолаш:

- Чўнтақ чуқурлиги: нормал ҳолда 1-3 мм, пародонтитда 4 мм ва ундан кўпроқ.
- Қон чиқиши (Bleeding on Probing - BOP): яллиғланиш даражасини кўрсатади.
- Милк рецессияси даражаси.

3. Рентгенологик текширувлар

Рентген пародонт тўқималарининг чуқур тузилмаларига таъсирини аниқлаш учун керак.

Қўлланиладиган усуллар:

- Ортопантограмма (ОПТГ): барча тишларни ва яқин атрофдаги тўқималарни баҳолаш.
- Интраораль рентгенограмма: аниқ локализация ва зарарланган ҳудудларни кўрсатади.
- 3D КТ (компьютер томографияси): суяк тўқималарнинг ҳолатини тўлиқ баҳолаш учун.

4. Микробиологик таҳлиллар

Пародонтал инфекциянинг асосий қозғатувчиларини аниқлаш ва антибиотиклар учун сезувчанлигини баҳолаш:

- Бактериал маданият таҳлили: зарарли бактерияларни аниқлаш.

- ПЦР (полимераз занжир реакцияси): юқори аниқлик билан бактерияларнинг ДНКсини аниқлайди.

- Антибиотикограмма: бактерияларнинг антибиотикларга чидамлилигини баҳолаш.

5. Яллиғланиш белгиларини баҳолаш

- С-реактив оқсил (CRP): яллиғланиш даражасини баҳолаш.

- IL-1, IL-6 (интерлейкинлар): пародонтитда яллиғланишнинг шиддатини аниқлаш учун замонавий биомаркерлар.

6. Функционал ва биомеханик текширувлар

- Тишларнинг окклюзия ҳолати (тийилиш нуқталарида кучнинг нотўғри тақсимланиши).

- Тиш ҳаракатчанлигини баҳолаш учун Перье шкаласи (I-III даражада).

7. Замонавий технологиялар

- Пародонтал рискнинг (Periodontal Risk Assessment): пародонтит ривожланиш хавфини баҳолайди.

- Оптик томография: пародонт тўқималарининг уч ўлчамли ҳолатини кўрсатади.

- Слик таҳлил: шиллик қаватдан олинган намуналарда яллиғланиш ва микроб таркибини таҳлил қилиш.

Хулоса

Пародонтит — кенг тарқалган ва жиддий касаллик бўлиб, у нафақат оғиз бўшлиғида, балки умумий саломатликка ҳам жиддий таъсир кўрсатади. Тўғри ташхис қўйиш ва замонавий даволаш усуллари қўллаш орқали касалликни самарали бошқариш мумкин.

Асосий нуқталар

1. Профилактика биринчи ўринда

- Гигиенани тўғри таъминлаш ва пародонтитнинг дастлабки аломатларини эрта аниқлаш муҳим.

2. Кенг қамровли диагностика

- Клиник кўрик, пробинг, рентген ва микробиологик таҳлиллар асосида тўлик ташхис қўйилади.

- Замонавий усуллар (ПЦР, биомаркерлар, оптик томография) аниқлик ва самарадорликни оширади.

3. Индивидуал ёндашув

- Ҳар бир бемор учун касалликнинг даражаси ва турига қараб даволаш режаси тузилиши зарур.

4. Комплекс даволаш

- Антибиотиклар ва яллиғланишга қарши воситаларни механик тозалаш, маҳаллий препаратлар ва замонавий технологиялар билан биргаликда қўллаш.

- Лазер терапия, пробиотиклар ва нано-технологиялар самарадор даволашнинг асосий қисми бўлиб хизмат қилади.

5. Узоқ муддатли назорат ва кузатув

- Даволашдан сўнг беморларни доимий кузатиш ва профилактик текширувлар ўтказиш касалликнинг рецидивини олдини олади.

Хулоса қилиб айтганда:

Пародонтитни даволашда энг асосий мақсад касалликни эрта аниқлаш, тўғри даволаш тактикасини ишлаб чиқиш ва узоқ муддатли натижаларга эришишдан иборат. Замонавий диагностик ва терапевтик ёндашувлар беморнинг умумий ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Грудянов А. И., Дранник Г. Н. Клиническая пародонтология. — М.: Медицинская литература, 2015.

2. Персин Л. С., Ульяновкина Е. С. Болезни пародонта. Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

3. Newman M. G., Takei H. H., Klokkevold P. R., Carranza F. A. Carranza's Clinical Periodontology. — Elsevier, 13th Edition, 2019.

4. Pihlstrom B. L., Michalowicz B. S., Johnson N. W. Periodontal diseases. — Lancet, 2005.

5. Lang N. P., Bartold P. M. Periodontal health. — *Journal of Clinical Periodontology*, 2018.
 6. Tonetti M. S., Greenwell H., Kornman K. S. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification. — *Journal of Periodontology*, 2018.
 7. World Health Organization (WHO). Oral Health Reports. — 2022.
 8. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. Часть 2. Болезни пародонта. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 224 с.
 9. Иорданишвили А. К. Заболевания пародонта. Учебник. — М.: Медкнига-Сервис.
 10. Дмитриева Л. А. Пародонтология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 712 с.
 11. Мюллер Х. П. Пародонтология. — Пер. с нем. Львов Ю. В. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 400 с.
 5. Боровский Е. В., Грудянов А. И. Заболевания пародонта. — М.: Медицина, 1991. — 368 с.
 12. Жулев Е. Н., Грудянов А. И., Смагина Т. М. Болезни пародонта. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
 13. Ратнер Э. Дж., Жиновьева Г. А. Пародонтология. — СПб.: Специальная литература, 2000.
 14. Шумский А. В., Лебеденко И. Ю. Терапевтическая стоматология. Заболевания пародонта. — М.: Медицина, 2012.
 15. Куцевляк В. И., Лысак А. В. Заболевания тканей пародонта. Учебное пособие. — Харьков: ХНМУ, 2010.
 16. Персин Л. С., Ульянкина Е. С. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
- Илмий мақолалар:
17. Tonetti M. S., Chapple I. L. C. “Periodontitis staging and grading: A framework for case definition.” *Journal of Clinical Periodontology*, 2018.

18. Sanz M., D’Aiuto F., Deanfield J., Fernandez-Avilés F. “European workshop on periodontology: Periodontal diseases and cardiovascular diseases.” Journal of Clinical Periodontology, 2010.

19. Chapple I. L., Van der Weijden F., Doerfer C., et al. “Primary prevention of periodontitis: Managing gingivitis.” Journal of Clinical Periodontology, 2015.

BOLALARDA ADENOID KASALLIGI DIAGNOSTIKASI VA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Satvaldiyev Ixtiyarjon Umarjanovich

Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti

Stomatologiya va Otorinolaringologiya kafedrasida assistenti

Annotatsiya : Ushbu maqola surunkali frontit kasalligini zamonaviy diagnostika va davolash usullari yordamida samarali davolash imkoniyatlarini tahlil qilishga bag‘ishlangan. O‘zbekiston sog‘liqni saqlash tizimida Prezident qarorlari asosida olib borilayotgan islohotlar doirasida kompyuter tomografiyasi, endoskopik sinuskopiya, individual antibiotikoterapiya va fizioterapevtik muolajalarning tibbiyotga tatbiqi ko‘rib chiqilgan.

Kalit so‘zlar: Surunkali frontit, zamonaviy diagnostika, davolash usullari, kompyuter tomografiyasi, endoskopik sinuskopiya, antibiotikoterapiya, fizioterapiya, tibbiyot islohotlari, O‘zbekiston tibbiyoti, xorijiy tajriba.

Bolalarda adenoid kasalligi – burun-halqumda joylashgan adenoid to‘qimalarining giperplaziyasi yoki yallig‘lanishi bilan kechuvchi keng tarqalgan patologiya hisoblanadi. Ushbu kasallik bolalar orasida nafas olish qiyinchiliklari, quloqning eshitish qobiliyatining pasayishi va umumiy sog‘lik holatining yomonlashuvi bilan namoyon bo‘ladi. Adenoidlar organizmning immun tizimi uchun muhim rol o‘ynasa-da, ularning patologik kattalashishi nafaqat mahalliy simptomlarni keltirib chiqaradi, balki boshqa tizim va organlarning faoliyatiga ham salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Erta bosqichda kasallikni aniqlash va zamonaviy usullar

bilan davolashning ahamiyati juda katta, chunki o‘z vaqtida davolash asoratlarning oldini olish imkonini beradi.

Bugungi kunda adenoid kasalligini aniqlash va davolashda endoskopik diagnostika, kompyuter tomografiyasi, konservativ va jarrohlik usullar singari innovatsion texnologiyalar muvaffaqiyatli qo‘llanilmoqda. Zamonaviy diagnostika usullari kasallikni aniq aniqlash imkonini berar ekan, minimal invaziv jarrohlik usullari tiklanish davrini qisqartiradi va bolalar hayot sifatini yaxshilashga xizmat qiladi. Ushbu maqolada bolalarda adenoid kasalligini aniqlash va davolashda zamonaviy yondashuvlarning samaradorligi ko‘rib chiqiladi.

Bolalarda adenoid kasalligini davolashda zamonaviy yondashuvlar kasallikning murakkablik darajasiga qarab konservativ va jarrohlik usullariga bo‘linadi. Har ikki yo‘nalishda ham ilg‘or texnologiyalar va davolash usullari qo‘llanilib, bolalar uchun qulay va samarali muolajalar amalga oshiriladi.

1. Konservativ davolash usullari

Kasallikning boshlang‘ich bosqichlarida va yallig‘lanish jarayonini kamaytirish uchun konservativ usullar qo‘llaniladi. Quyida asosiy konservativ yondashuvlar keltirilgan:

- Dori-darmon terapiyasi:

Yallig‘lanishni kamaytirish va adenoid to‘qimalarni qisqartirish maqsadida yallig‘lanishga qarshi preparatlar, antibiotiklar va immunomodulyatorlar buyuriladi. Mahalliy ishlatiladigan burun tomchilari va spreylari burun-halqum bo‘shlig‘idagi yallig‘lanishni kamaytiradi.

- Fizioterapevtik usullar:

Ultratovush terapiyasi, lazer terapiyasi, UHF (yuqori chastotali elektromagnit to‘lqinlar) kabi muolajalar adenoidlarni kichraytirishga va qon aylanishini yaxshilashga yordam beradi. Ayniqsa, lazer terapiyasi kam invazivligi va yuqori samaradorligi bilan ajralib turadi.

- Burunni antiseptik eritmalar bilan yuvish:

Burun bo'shlig'ini sho'r suv yoki maxsus antiseptik eritmalar bilan yuvish yallig'lanishni kamaytiradi va burun-halqumdagi bakteriyalarni yo'q qilishga yordam beradi.

2. Jarrohlik davolash usullari (Adenoidektomiya)

Agar konservativ davolash samarasiz bo'lsa yoki adenoid to'qimalar kattaligi tufayli nafas olish va eshitish muammolari kuchaysa, jarrohlik aralashuv tavsiya etiladi.

Zamonaviy jarrohlik usullari quyidagilardan iborat:

- Endoskopik adenoidektomiya:

Ushbu usul yordamida adenoid to'qimalar maxsus endoskopik asboblarda yordamida olib tashlanadi. Endoskopik yondashuvning asosiy afzalliklari operatsiyaning aniqligi, jarrohatlarning kamligi va bolalarning tiklanish davrining qisqa bo'lishidir.

- Lazer adenoidektomiya:

Lazer yordamida adenoidlarni olib tashlash jarrohatlarga minimal ta'sir ko'rsatadi va qon ketish xavfini kamaytiradi. Bu usul tiklanish jarayonini sezilarli darajada tezlashtiradi.

- Koblatsiya texnologiyasi:

Koblatsiya texnologiyasi past haroratli plazma yordamida adenoidlarni olib tashlashni o'z ichiga oladi. Bu usul kam invaziv bo'lib, qon ketishni minimallashtiradi va operatsiya so'nggi asoratlarning oldini oladi.

3. Kompleks yondashuvlar

Adenoid kasalligini davolashda faqat bitta usuldan foydalanish o'rniga, diagnostika natijalariga asoslanib kompleks yondashuvlar qo'llaniladi. Masalan, endoskopik diagnostika yordamida operatsiya zarurligi aniqlansa, keyingi bosqichda koblatsiya yoki lazer texnologiyalari bilan adenoidlar olib tashlanadi. So'ng esa fizioterapiya va dori-darmon terapiyasi yordamida tiklanish jarayoni tezlashtiriladi.

Zamonaviy davolash usullarining afzalliklari quyidagilardan iborat:

- Operatsiya so'nggi asoratlarning minimal darajada bo'lishi.
- Tiklanish davrining qisqarishi va bolalarning normal faoliyatiga tezda qaytishi.
- Nafas olish va eshitish funksiyalarining tiklanishi.

Bolalarda adenoid kasalligini zamonaviy diagnostika va davolash usullari O‘zbekiston tibbiyotida ham muhim ahamiyat kasb etmoqda. Endoskopik va radiologik diagnostika usullari kasallikni aniqlashda aniqlikni oshiradi, konservativ yondashuvlar yallig‘lanishni kamaytiradi, kam invaziv jarrohlik usullari esa tiklanish jarayonini tezlashtiradi. O‘zbekiston sog‘liqni saqlash tizimida xorijiy tajribalar va ilg‘or texnologiyalarni joriy etish orqali bolalar salomatligini yaxshilash, asoratlarni oldini olish va hayot sifatini oshirishga katta imkoniyat yaratilmoqda.

Adabiyotlar ro‘yxati:

1. Карпова Е. П., Тулупов Д. А. Хронический аденоидит у детей. Пособие для врачей. Москва. 2009.
2. Karlidag T., Bulut Y., Keles E., Alpay H.C., Seyrek A., Orhan I., Karlidag G.E., Kaygusuz I. Presence of herpesviruses in adenoid tissues of children with adenoid hypertrophy and chronic adenoiditis. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2012 Jan-Feb; 22 (1): 32-37.
3. Овчеренко Л. С., Вертегел А. А., Андриенко Т. Г. и др. Иммунная система слизистых оболочек и ассоциированная лимфоидная ткань: механизмы взаимодействия в норме и при патологии, пути коррекции. Клиническая иммунология, аллергология, инфекто-логия. 2008; 4 (15): 25-27.
4. Marseglia G. L., Caimmi D., Pagella F. et al. Adenoids during childhood: the facts. Int J Immunopathol Pharmacol. 2011; 24 (Suppl. 4): 1-5.
5. Pintucci J. P., Corno S., Garotta M. Biofilms and infections of the upper respiratory tract. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2010; 14 (8): 683-690.
6. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. 736 с.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ СТРЕССЕ

Ганижонов П.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность: Исследования морфофункциональных изменений слизистых оболочек пищеварительного тракта при стрессе имеют высокую актуальность в медицинской науке и практике. Это обусловлено тем, что стресс может оказывать существенное воздействие на работу пищеварительной системы и приводить к различным патологиям. Понимание этих изменений может быть ключевым для разработки эффективных методов профилактики и лечения связанных с этим проблем. Это также имеет значение для улучшения качества жизни людей, подверженных стрессу в различных сферах жизни.

Введение: Стресс, являясь неотъемлемой частью современной жизни, оказывает значительное воздействие на физиологические процессы организма. Одним из наиболее чувствительных к негативному воздействию стресса органов является пищеварительная система.

Ключевые слова: Стресс, морфофункциональные изменения, слизистые оболочки, пищеварительный тракт, адаптация, воспаление, секреция.

Цель исследования: Цель данной исследования заключается в детальном анализе литературы по изучению морфофункциональных изменений слизистых оболочек пищеварительного тракта при стрессовых воздействиях.

Материалы и методы исследования: Материалами данного исследования явились статьи, тезисы, авторефераты взятые из медицинских сайтов PubMed, Elsevier, Google academia, Cyberleninca. Произведен их ретроспективный анализ.

Результаты и их обсуждения: Стресс является одним из факторов, способствующих развитию и усугубляющих течение заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Результаты и их обсуждения: Стресс является одним из факторов, способствующих развитию и усугубляющих течение заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Вывод: В ходе исследования с применением методов иммуногистохимии и анализа изображений были выявлены механизмы адаптации гипофизарно-адренкортикальной системы в период перехода к самостоятельному питанию при стрессе. На ранних этапах развития организма выявлен уровень активации этой системы, который можно оценить через изменения в аденогипофизе. Уровень выраженности АКТГ в аденогипофизе при психоэмоциональном стрессе связан с его интенсивностью, а его увеличение в период перехода к самостоятельному питанию обусловлено, в первую очередь, активацией дифференциации предшественников клеток.

Список литературы

8. Буровенко И. Ю. и др. Исследование всасывания моносахаридов в изолированной петле тонкой кишки и устойчивости миокарда к ишемии-реперфузии у крыс при введении антимикробных препаратов //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2019. – №. 3 (163). – С. 43-50.\
9. Загребин В. Л. и др. Морфофункциональные аспекты постстрессовой адаптации гипофизарно-надпочечниковой системы растущего организма //Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – №. 3 (23). – С. 64-67.
- 10.Золотова Н. А. и др. Морфофункциональные изменения ободочной кишки и иммунные реакции при холодовом стрессе у самцов и самок мышей C57BL/6 //Научно-практический рецензируемый журнал Клиническая и экспериментальная морфология. – 2020. – Т. 9. – №. 4. – С. 50-64.

- 11.Иванов Л. Н., Колотилова М. Л. НЕЙРОГЕННО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ. – 2021.
- 12.Иванова Е. А. и др. Динамика восстановления лимфоидных образований тонкой кишки после воздействия эмоционального стресса //Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2010. – №. 4. – С. 24-33.
- 13.Колмакова Т. С. Изменение морфологического состава крови, показателей метаболизма и пути их коррекции при стрессе у служебных собак.
- 14.Кудряшов Л. С. и др. Влияние колбасы вареной обогащенной лактулозой и пищевыми волокнами на морфофункциональное состояние слизистой оболочки толстого кишечника и микробиоценоз у крыс //Теория и практика переработки мяса. – 2018. – Т. 3. – №. 1. – С. 4-15.

RISK FACTORS FOR RECURRENCE OF VARICOSE VEINS AND DIAGNOSTIC METHODS

B.B. Mirzaev, Sh.Kh. Kosimov

Fergana Medical Institute of Public Health.

Abstract. Varicose veins of the lower extremities (VLE) is a common chronic venous disease characterized by dilation and deformation of blood vessels, which leads to disruption of normal blood circulation. Despite the progress in VLE treatment methods, relapses of the disease are a frequent clinical phenomenon. The purpose of this article is to consider the main causes of relapses of varicose veins, as well as modern diagnostics and therapeutic approaches aimed at preventing recurrence of the disease.

Introduction. Initially, the concept was documented by the Paris Consensus on Varicose Vein Recurrence in 1998 and was interpreted as the presence of varicose deformed veins of the lower extremities after previous surgical treatment for varicose veins, including true recurrence, residual veins, varicose transformation of

veins due to disease progression. Since 2013, this concept has changed in interpretation in clinical guidelines: from “the presence of varicose syndrome after surgery (phlebectomy, thermal obliteration, scleroobliteration)” to “the appearance of varicose veins after a completed course of invasive treatment in the area of the previous intervention”, reflected in the 2021 recommendations for varicose veins approved by the Ministry of Health [3, 4]. It is also determined by the arsenal of methods that a particular specialist knows [12, 13]. For example, the left anterior accessory saphenous vein during crosssectomy, initially unchanged, is often regarded as a defect during combined phlebectomy and a relapse with its further expansion, and during thermal obliteration – as a rational minimally invasive approach and in the case of its subsequent expansion – progression of the disease [14].

Experience shows that repeated operations are more difficult than primary ones, since the intervention must be performed under conditions of cicatricial changes in tissues, with partial obliteration of the lumen of the main subcutaneous veins, which complicates the performance of a repeated operation [17, 24]. According to the authoritative opinion of a number of authors, the results after repeated operations are worse compared to primary interventions [3, 5, 25]. In some cases, patients are not satisfied with the results of previous treatment and show increased attention to repeated intervention [25]. Currently, the arsenal of methods for treating recurrent varicose veins is expanding and the search for ways to improve the results of their treatment continues [26–31]. Modern medical literature reports on the successful use of echosclerotherapy, mechanochemical and adhesive obliteration, repeated EVLK, RFO of varicose veins in case of relapses [25, 28, 30, 32]. The undeniable advantages of these methods of "office surgery" are low trauma, good cosmetic effect, providing the patient with maximum comfort in the early postoperative period [31]. The aim of the study is to identify factors of relapse of varicose disease, to choose the optimal tactics for treating this pathological process.

Materials and methods of the study. The analysis of the results of surgical treatment of 31 patients from 2017 to 2022 in the clinical bases of the Fergana Medical

Institute of Public Health was carried out. This amounted to 2.5% of the total number of patients with vascular pathology and 10.3% among patients diagnosed with varicose veins treated inpatiently in our department. The examination plan included a carefully collected anamnesis (timing of surgical interventions with clarification of the medical institution and department where the operation was performed, the duration of the relapse), patient complaints, objective status (with an assessment of the location of varicose veins transformed, their relationship with postoperative scars), instrumental studies (the main one from the point of view of an objective assessment of the nature of the relapse and the state of the deep venous system is color duplex scanning). Most patients had relapses within 2 to 5 years after surgery (n=25).

According to the international CEAP classification, all patients were classified as follows: clinical class C2 was diagnosed in 7 (22.6%) patients, C3 — in 18 (58%), C4 — in 6 (19.4%). Clinical manifestations of varicose vein relapse were noted in most patients (80.6%, n=25), and another 6 (19.4%) patients had no complaints.

All patients underwent color duplex scanning, during which the patency of the deep venous bed, the presence of reflux in the deep veins were assessed, the cause of relapse in each specific case, the presence of reflux in the superficial veins, and the insufficiency of the perforating veins with their mandatory mapping were determined.

Based on duplex scanning, the following was revealed:

1. Leaving the entire trunk of the great saphenous vein in 2 (6.5%) patients, despite the presence of a scar in the groin area.
2. Blood reflux through the varicose small saphenous vein in 6 (19.4%) patients.
3. Pathological stump of the great saphenous vein (from 1.0 cm to 6.0 cm long and 5.0 - 14 mm wide with pathological reflux) - in 18 (58.0%) patients.
4. Removal of only a segment of the great saphenous vein on the thigh in 5 (16.1%) patients.

In our opinion, the main reasons for the recurrence of the disease were the following:

1. Incorrect assessment or incomplete knowledge of the anatomy and hemodynamics of the venous system in varicose veins in each individual patient, including due to inadequate preoperative examination of patients.

2. Incorrect performance of surgical interventions:

- leaving the main trunk of the great saphenous vein on the thigh or lower leg;
- incorrect access to the mouth of the great saphenous vein;
- template access to the mouth of the small saphenous vein without taking into account the variable anatomy and color duplex scanning data;
- leaving a long stump and tributaries at the mouth of the great saphenous vein;
- leaving a long stump of the small saphenous vein;
- leaving incompetent perforating veins.

All 31 patients underwent surgical correction in varying volumes depending on the cause of the relapse.

When the trunk of the great saphenous vein was left (2 patients, 6.5%), as well as in case of varicose transformation of the small saphenous vein (6 patients, 19.4%), phlebectomy was performed using the classical technique. Recurrent varicose-changed tributaries on the thigh and lower leg were eliminated by miniphlebectomy. In the presence of a pathological, hemodynamically significant stump of the great saphenous vein (18 patients, 58%), a wide approach along the inguinal fold was used.

Patients with eczematization of the skin at the prehospital stage underwent a course of treatment under the supervision of a dermatologist. Surgical treatment of the veins was performed after the relief of eczema. There were no complications in the early postoperative period. Remote results were studied in 23 (74.2%) cases. Three patients had a recurrent relapse of varicose veins 3 years after surgery. In all three cases, the relapse was eliminated by miniphlebectomy.

Conclusion. Thus, the main directions for improving the results of varicose vein treatment and reducing the number of varicose vein relapses are:

- 1) studying the anatomy of the venous system of the lower extremities;

- 2) improving the skills of surgeons;
- 3) mandatory preoperative examination of the deep, superficial venous system and communicating veins using color duplex scanning, which allows for a differentiated, individual treatment plan for each patient;
- 4) careful treatment of the saphenofemoral and saphenopopliteal anastomoses with removal of the venous trunk;
- 5) ligation of all tributaries, including those flowing directly into the deep venous system;
- 6) ultrasound mapping and ligation of incompetent perforating veins;
- 7) in the postoperative period - the appointment of venotonics, elastic compression of the limb.

Conclusions:

High-quality preoperative duplex angioscanning, the use of improved and modern high-tech methods of treatment help to reduce the number of relapses of varicose disease associated with technical and tactical errors of surgeons.

Careful and timely diagnostics of relapses of varicose disease allows to establish the source of relapse, assess the diameter, length of re-formed varicose-transformed veins, assess the state of the lumen of recanalized venous vessels and choose the optimal method of treatment taking into account the clinical and anatomical form of the disease.

References:

1. Burleva EP, Smirnov OA, Tyurin SA. Stripping of Great Saphenous Vein. *Flebologiya*. 2017;11(2):76–82. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/flebo201711276-82>.
2. Bushnin S.S., Bushnin A.S., Zubkov D.Yu., Mansvetova E.F. Treatment of recurrent varicose veins of the great saphenous vein using endovenous laser obliteration. *Flebologiya*. 2014;2(8):33 (in Russ.).

3. Cavallini A., Marcer D., Ferrari Ruffino S. Endovenous laser treatment of groin and popliteal varicose veins recurrence. *Phlebology*. 2018;33(3):195–205. DOI: 10.1177/0268355516687865.
4. Chernookov A.I., Kandyba S.I., Silchuk E.S. et al. Endovascular laser coagulation in varicose vein relapses in the lower extremities. *Laser Medicine*. 2022;26(2):8–14 (in Russ.). DOI: 10.37895/2071-8004-2022-26-2-8-14.
5. Darvall K.A., Bate G.R., Adam D.J. et al. Duplex ultrasound outcomes following ultrasound-guided foam sclerotherapy of symptomatic recurrent great saphenous varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;42(1):107–114. DOI: 10.1016/j.ejvs.2011.03.010.
6. Gaibov A.D., Nematzoda O., Burieva Sh.M., Kalmykov E.L. Experience in the use of mechanochemical scleroobliteration in the treatment of relapse of varicose veins of the lower extremities. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2020;28(1):57–66 (in Russ.). DOI: 10.23888/PAVLOVJ202028157-66.
7. Kamaev AA, Bulatov VL, Vakhratyan PE, Volkov AM, Volkov AS, Gavrilov EK et al. Varicose Veins. *Flebologiya*. 2022;16(1):41–108. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/flebo20221601141>.
8. Khryshchanovich V.I., Tret'iak S.I., Romaanovich A.V. Recurrent varicosis: does inadequate surgical treatment remain a problem? *Flebologiya*. 2010;4(3):71–73 (in Russ.).
9. Kim E. Minimally invasive interventions in the treatment of relapse of varicose veins: thesis. M.; 2011 (in Russ.).
10. Kirienko AI, Stoiko YuM, Bogachev VYu, Andriyashkin VV, Arakelyan VS, Beburishvili AG et al. Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of chronic venous diseases. *Flebologiya*. 2013;7(2):1–49. (In Russ.) Available at: <https://www.mrckb.ru/files/flebologii.pdf>.
11. Kulikova AN, Gafurova DR. Evolution of surgical and endonasal methods for correction of main-stem venous reflux in patients with primary varicosis of

- the lower extremities. *Clinical Medicine (Russian Journal)*. 2013;91(7):13–18. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/qwqush>.
12. Pavei P., Ferini M., Spreafico G., Nosadini A. Ultrasound guided foam sclerotherapy of recurrent varices of the great and small saphenous vein: 5-year follow up. *Veins and Lymphatics*. 2014;3(2):46–55. DOI: 10.4081/vl.2014.4655.
 13. Potapov M.P., Staver V.E., Dyakiv A.D., Parshchenko A.F. Features of phlebohemodynamics in relapse of varicose veins of the lower extremities. *Health and education in the XXI century*. 2017;1(19):43–46 (in Russ.).
 14. Rasmussen L, Lawaetz M, Serup J, Bjoern L, Vennits B, Blemings A, Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy, and surgical stripping for great saphenous varicose veins with 3-year follow-up. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2013;1(4):349–356. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2013.04.008>.
 15. Theivacumar N.S., Gough M.J. Endovenous laser ablation (EVLA) to treat recurrent varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;41(5):691–696. DOI: 10.1016/j.ejvs.2011.01.018.
 16. Van Groenendael L., van der Vliet J.A., Flinkenflögel L. et al. Treatment of recurrent varicose veins of the great saphenous vein by conventional surgery and endovenous laser ablation. *J Vasc Surg*. 2009;50(5):1106–1113. DOI: 10.1016/j.jvs.2009.06.057.
 17. Богачев, В. Ю., Алуханян, О. А., Ванян, Г. Н., Маркин, С. М., Артемова, А. С., & Кравцов, П. Ф. (2024). Взгляды специалистов на рецидив и прогрессирование варикозной болезни. *Амбулаторная хирургия*, 21(1), 17-24.
 18. Зубрицкий, В. Ф., Чернооков, А. И., Кузнецов, М. Р., Кандыба, С. И., Долгов, С. И., Атаян, А. А., ... & Шадыева, Т. И. (2023). Оптимизация хирургической тактики лечения пациентов с рецидивами варикозной

болезни нижних конечностей. *РМЖ. Медицинское обозрение*, 7(4), 225-231.

19. Сафонов, В. А., Громацкий, Д. Ф., Ненарочнов, С. В., & Шеров, Р. З. (2013). Рецидив варикозной болезни. Причины возникновения, методы диагностики и лечения. *Сибирский научный медицинский журнал*, 33(3), 46-51.

ОРТТИРИЛГАН ЙЎҒОН ИЧАК ОҚМАЛАРИ

ФЖСТИ Факултет ва госпитал жарроҳлик кафедраси катта ўқитувчиси,

PhD. Исроилов М.С., талаба Тошпўлатов Б.Ё.,

талаба Солиева Д.М.

Орттирилган йўғон ичак оқмалари қорин бўшлиғи органларининг касаллик ёки травматик шикастланиши натижасида келиб чиқадиган оғир асоратлар ҳисобига пайдо бўлиши мумкин. Йўғон ичак оқмалари ташқарига терига, ёки ичкарига (абсцесс) бўшлиққа очилиб, ахлатнинг тўлиқ ёки қисман чиқишига сабаб бўлади.

Умумий ўлим ташқи ичак оқмаларида 16,5% дан 57,5% гача, операциядан кейинги ўлим 10,1% дан 21,4% гача, оғир шикастланган ичак оқмаларида эса бу сон 36% дан 71,7% гача бўлади (Вицин Б. А., Атаманов В. В., 1984). Бир вақтнинг ўзида шаклланган оқмаларда ўлим 4%ни ташкил қилади.

Болаларда ташқи ичак оқмалари, кўпинча қорин бўшлиғида бўладиган операциялардан кейин пайдо бўлган оғир асоратлар ҳисобигача юзага келиб, у 0,1% ни ташкил қилади. Кўпинча бу ҳолат оғир кечадиган йирингли септик асоратлар ва тез ривожланувчи перитонитлар ҳисобига болаларнинг ўлими билан тугайди.

Орттирилган ичак оқмаларининг болаларда пайдо бўлишини бир неча сабабларини мавжуд адабиётлар ва ўз кузатувларимиз натижаларига

асосланиб аниқладик. Йўғон ичак орттирилган оқмалари, охирги йилларда қорин бўшлиғида бажариладиган операциялар сонининг, болаларда ўсиши ҳисобига, нисбатан кўп учрайди.

Бу хил оқмалар келиб чиқишининг асосий сабабларидан бири қорин бўшлиғи органларининг йирингли яллиғланиши бўлиб, бунда ўткир аппендицитнинг деструктив формаси алоҳида ўрин тутди ва бу кузатувларнинг 50% ни ташкил қилади. Бундан ташқари, йўғон ичак оқмаларининг пайдо бўлишига йўғон ичак тутилишлари, инвагинация, хавфли ўсмалар, энтероколит, Крон касаллиги йўғон ичакни травматик жароҳатланиши, операция пайтидаги ятроген (травматик, техник ва тактик) хатолар, йўғон ичак деворининг қон билан озикланишининг бузилиши ҳисобига келиб чиқадиган деструктив ўзгаришлар (сиқилган чурра, озиклан тирувчи қон томирларининг узилиши ёки эзилиши) ва йўғон ичакнинг кимёвий моддалар эритмасидан куйиб тешилиш ҳоллари киради.

Баъзи ҳолларда йўғон ичакда сунъий ғайритабiiй оқмалар яратиш усули оғир ва қийин операциялар қаторига кирмасида, уни бажариш пайтида йўл қўйиладиган техник хато ва камчиликлар сунъий оқма яратиш ўрнига, кейинчалик орттирилган йўғон ичак оқмаси пайдо бўлишига олиб келади. Бу кўпинча сунъий оқма қўйиш учун қорин деворига чиқарилган ичак қовузлоғининг қон билан таъминлашининг бузилиши некротик жараёнларни юзага келтиради. Ичакни яхши фиксация қилмаслик эса уни қорин парда ичига очилиб, ахлатли перитонит ёки қорин девори флегмонасини келтириб чиқаради. Ҳар қандай ҳолда ҳам йўғон ичак оқмасининг ўз-ўзидан ташқарига очилиши учун аввало ичак деворининг тешилиш эҳтимоли бўлган жой, қорин бўшлиғидан чегараланган ҳолда бўлиши ва яллиғланиш жараёни давом этиши натижасида ичак суюқлиги ташқарига йўл очиб, қорин деворини тешиб оқма ҳосил қилади. Баъзан ичак қорин бўшлиғидан алоҳида чандиқлар билан ажралмаган бўлса, ичак суюқлиги қорин бўшлиғига тарқалиб, дастлаб қорин

деворининг ахлатли флегмонаси, абсцесси ёки тарқалган перитонитига олиб келади.

Шундай қилиб, йўғон ичакнинг ўзида ва қўшни органларга оқма очилишини кўп сонли оқма турини даволаш жуда мураккаб вазифа ҳисобланади, бунда стандарт тактика ишлатиш ҳеч қачон мақсадга мувофиқ бўлмайди, яъни ҳар бир ҳолатда, вазиятга қараб жарроҳлик усуллари индивидуал танланади.

NEKROTİK ENTEROKOLITDAGI BIOKIMYOVIY MARKERLARNING PROGNOСТИK АҲАМИЯТИ.

Sidiqov Odilbek Patidinivich

Andijon davlat tibbiyot instituti. Bolalar jarroxligi kafedrası

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda nekrotik enterokolitning erta bosqichlarida klinik belgilar oʻziga xos boʻlmashligi va asoratlari rivojlangunga qadar aniq aniqlanmasligi mumkin. Shu sababli, NEK patogenezidagi ustuvor yoʻnalishlardan biri kasallikning erta bosqichlarida tashxis qoʻyish uchun ishonchli molekulyar-biokimyoviy markerlarni izlash, adekvat davolash taktikasini tanlash va uni prognozlashdir. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda NEK shakllanishida matriksli metalloproteinazalar (MMP), katelisin, fekal kalprotektin, transferrin va boshqa biokimyoviy markerlar darajasi yetarli darajada oʻrganilmagan va ularning patogenetik ahamiyati aniqlanmagan. Shu munosabat bilan, NEKning turli bosqichlarida ushbu markerlarning dinamikasini oʻrganish patologiyani baholashda katta ahamiyatga ega.

Kalit soʻzlar: nekrozlovchi enterokolit; chaqaloq; bolalar.

Tadqiqot maqsadi: yangi tugʻilgan chaqaloqlarda NEK paytida biokimyoviy markerlarning prognostik ahamiyatini oʻrganish.

Material va metodlar. Belgilangan maqsadga erishish uchun NEK bilan tugʻilgan 110 nafar chaqaloq tekshirildi. Tekshirilgan bolalar Andijon viloyat

bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazi neonatal xirurgiya bo'limida yotib davolangan bemorlar.

Tadqiqot natijalariga ko'ra. Ushbu bolalar NEKning rivojlanish bosqichlariga qarab quyidagi guruhlariga bo'lindi: I guruh - NEKning I bosqichi bilan 49 bemor, II guruh - NEKning II bosqichi bilan 48 bemor, III guruh - NEKning III bosqichi bilan 13 bemor. Sog'lom guruhni 30 nafar deyarli sog'lom chaqaloqlar tashkil etdi. Bemorlarda MMP-2, MMP-9, MMP-17, katelitsid, transferrin va fekal kalprotektin biokimyoviy markerlari tekshirildi va nazorat guruhi bilan taqqoslandi. Tadqiqotning keyingi bosqichida NEKda biokimyoviy markerlarning prognostik ahamiyatini o'rganish va markerlar o'rtasidagi o'zaro ta'sirni baholash maqsadida ushbu ko'rsatkichlarning ROC tahlili o'tkazildi. ROC-tahlilida 0-gipoteza $S=0,5$ tashkil etuvchi ROC-egri chizig'i ostidagi yuzaga asoslanadi. Agar 95% ishonch oralig'ining quyi chegarasi 0,5 dan katta bo'lsa, o'rganilayotgan ko'rsatkichning natijasi diagnostik bo'lish ehtimoli yetarlicha yuqori deb hisoblash mumkin. Bizning tadqiqotimizda biokimyoviy markerlari aniqlangan 40 nafar chaqaloqlar 2 guruhga bo'lindi: tirik qolganlar va vafot etganlar. Har bir ko'rsatkichning o'zgarish intervalini kichik intervallarga bo'lib, har bir nuqtada o'ziga xoslik va sezgirlik baholandi va ROC-egri chizig'i (qabul qilgichning ish tavsifi) qurildi. Ideal egri chiziq "G" harfi shaklida bo'ladi. ROC-egri chiziq diagonaldan qanchalik uzoqda joylashgan bo'lsa va u ushbu shaklga qanchalik yaqin bo'lsa, indikatorning o'ziga xosligi va sezgirligi shunchalik yuqori baholanadi. ROC egri chizig'ining yuzasi, standart xatolik, asimptotik qiymat va asimptotik 95% yuqori va quyi ishonch oralig'i aniqlandi.

Natija. Biokimyoviy markerlar konsentratsiyasining o'zgarishi NEK paydo bo'lishining prediktori hisoblanadi va kasallikning og'irligi va davomiyligiga qarab farqlanadi. Kompleks davolash fonida bemorlarda ushbu markerlar darajasining oshishi kasallikning qoniqarsiz kechishini va uning III bosqichigacha rivojlanishini ko'rsatadi. Nekrotik enterokolitda o'rganilgan biokimyoviy markerlar orasida MMP-17, yuqori sezgirligi va spetsifikligi tufayli katalitsidin va transferrin tanlab

olindi. Prognostik baholashda molekulyar-biokimyoviy markerlar bo‘lgan matriksli metalloproteinazalar uchun testning umumiy diagnostik og‘irligi MMP-17 uchun 87,5% ni, MMP-9 uchun - 85% ni, MMP-2 uchun - 85% ni tashkil etdi, bu prognostik ahamiyatga ega ekanligini ko‘rsatadi. Shunday qilib, ushbu markerlarni o‘rganish ularning neonatal amaliyotda nekrozlovchi enterokolitni tashxislash va kechishini bashorat qilish uchun yuqori ishonchliligini ko‘rsatadi.

OPTIMIZATION OF TACTICS FOR SURGICAL TREATMENT OF NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS IN PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS

B.B.Mirzayev, D.H.Holbekov

Fergana Medical Institute of Public Health

The resume. In article are examined questions about surgical treatment of ulcerative colitis in patients of different age groups Studied various surgical methods using modern equipment. Work is lead on the basic of complex clinical-laboratory both tool inspection and operated 40 patients with nonspecific ulcerative colitis, complicated by diary and intestinal bleeding. Developed the algorithm of diagnostic and medical actions at rendering the specialized surgical help for this category of patients.

Keywords: nonspecific ulcerative colitis, modern equipments, intestinal bleeding. Worldwide, the highest incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases are seen in Northern Europe and North America. Inflammatory bowel disease is closely linked to a Westernized environment and lifestyle. Ulcerative colitis has an incidence of 9 to 20 cases per 100,000 persons per year. Its prevalence is 156 to 291 cases per 100,000 persons per year. Compared to Crohn disease, ulcerative colitis has a greater prevalence in adults. When considering the pediatric population, however, ulcerative colitis is less prevalent than Crohn disease.

Ulcerative colitis has a bimodal pattern of incidence. The main onset peaks between the age of 15 and 30 years. A second, and the smaller peak of incidence occurs between the age of 50 and 70 years. Though some studies show a slight predilection for men, most studies note no preference regarding sex. There is an increased prevalence of ulcerative colitis in nonsmokers or those who recently quit smoking. Additionally, smokers diagnosed with ulcerative colitis tend to have milder disease, fewer hospitalizations and need for less medication. There is evidence, though weak, that non-steroidal anti-inflammatory drug use is associated with the onset or relapse of ulcerative colitis.

There is also an association of inflammatory bowel disease with the removal of an inflamed appendix. Appendectomy before the age of twenty is associated with a decreased incidence of ulcerative colitis, whereas the opposite is true for Crohn disease. In fact, appendectomy has been shown to reduce the risk of developing ulcerative colitis by 69%.

The purpose of work:

To study the features of the clinical course of nonspecific ulcerative colitis in people of different age groups and the use of modern surgical intervention.

The objectives of the study

1. determine the nature and signs of the course of nonspecific ulcerative colitis in people of different age groups.
2. study the complications and consequences of nonspecific ulcerative colitis in case of untimely treatment.

Materials and research methods. We analyzed the surgical results of 40 patients with intestinal bleeding admitted to the emergency abdominal surgical of the Fergana branch of Republican Scientific Centre for Emergency Medical Care.

Among the observed patients of the main group the absolute majority were men – 28(70%), while only 12 (30%) were women. It should also be noted that the number of patients with intestinal bleeding increases with age and reaches a maximum in the group of 20 and 40.

Treatment. Treatment choice for patients with ulcerative colitis is based on both the extent of the disease and the severity. The prognosis during the first decade after diagnosis is often generally good, and most patients go into remission. Rectal application of medical therapy, via suppository or enema, is usually appropriate for isolated distal disease (proctitis); however, a rectal application is usually used in combination with systemic therapy to help target the distal colon and, therefore, decrease tenesmus.

First-line treatment is sulfasalazine and 5-aminosalicylates, given orally or rectally, which have a remission rate of about 50%. Glucocorticoids, orally or rectally, can be added for those who fail to achieve remission within two weeks. Except for glucocorticoids, all of these medications can be used in the maintenance of remission. Additionally, there is some evidence that probiotics are helpful in attaining remission. Fecal microbiota transplantation also shows promise in the treatment of ulcerative colitis to help establish healthy gut microbiota. If patients are refractory to glucocorticoids, thiopurines or biological drugs can be added to therapy. Thiopurines are immunosuppressants such as azathioprine or 6-mercaptopurine. Biological drugs include anti-TNF-alpha drugs, such as infliximab, adalimumab, and golimumab. Infliximab is the most widely used for ulcerative colitis and can be used in severe cases during hospital admissions. The newest class of biological drugs are anti-adhesion molecule inhibitors, such as vedolizumab, which blocks alpha-4-beta-7 integrin.

Since patients with ulcerative colitis have reduced expression of peroxisome proliferator-activated receptor-gamma (PPAR-gamma) in their colonocytes, future treatment may include (PPAR-gamma) agonistic activity. PPAR-gamma is a negative regulator of NF-KB-dependent inflammation. Novel 5-aminosalicylic acid (5-ASA) analogs are being developed that have greater PPAR-gamma activity. Cardiotoxicity and metabolic toxicity restrict the use of existing PPAR-gamma agonists.

Colectomy is curative in patients with ulcerative colitis since the disease is restricted to the colon. Indications for surgery are a failure of medical therapy, intractable fulminant colitis, toxic megacolon, perforation, uncontrollable bleeding, intolerable side effects of medications, strictures, unresectable high-grade or multifocal dysplasia, cancer, or growth retardation in children. The procedure of choice is proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis (IPAA); however, in patients who are ineligible for IPAA, proctocolectomy with ileostomy is a viable alternative. Because of the risk of colon cancer, colonoscopy is recommended at regular intervals. All patients need maintenance therapy to prevent relapse. Oral aminosalicylates are the drugs of choice, but others may respond to azathioprine and 6-mercaptopurine. There is no specific diet for patients with ulcerative colitis, but many develop lactose intolerance. Unlike Crohn disease, there is no role for elemental or parenteral nutrition

Results of the study and their discussions: based on the analysis of the clinical material fundamentally important aspects of the surgical Doctrine were established in patients with bleeding from intestinal.

Upon admission, all 40 patients of the main group underwent colonoscopy. 30 patients were underwent hemicolectomy, and the remaining part were treated conservatively

Thus, the data presented indicate that the developed diagnostic algorithm allows rationally directing the sequence of examination of patients with ulcerative bleeding, optimizing the choose of terms and methods of treatment, and reducing a significant number of various complications.

Based on the above, the surgical method is the most effective in the treatment of ulcerative colitis.

References:

1. Конович Е.А., Халиф И.Л, Шапина М.В, Широких К.Е. Цитокины сыворотки крови у больных язвенным колитом с различной клинической активностью. // Журнал новости колопроктологии №4 . -2014. — стр. 55

2. Валуйских Е.Ю, Светлова И.О, Курилович С.А, Осипенко М.Ф, Максимов В.Н, Воевода М.Е. Клинико-генетические аспекты воспалительных заболеваний кишечника. // РЖГГК. — 2009. — Т.19. — №5.
3. Axel Dignass, Rami Eliakim, Fernando Magro. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 1: Definitions and diagnosis. // Journal of Crohn's and Colitis №6. — 2012. — P. 965-990.

ON THE ISSUE OF DIAGNOSING ABDOMINAL AORTIC ANEURYSMS IN ADULTS

B.B.Mirzayev

Fergana Medical Institute of Public Health

Abstract. An abdominal aortic aneurysm (AAA) is a dilation of the infra-renal aorta, which appears to result from chronic weakening of the arterial wall, increasing the risk of fatal rupture.¹⁻³ AAA is also associated with an increased risk of other major cardiovascular events in aneurysmal patients. For example the UK small aneurysm trial (UKSAT), demonstrated that only 16% of deaths in patients with 40–55mm AAAs was related to AAA repair or rupture while ~50% were due to other cardiovascular causes (mainly myocardial infarction and stroke).⁴

Key words: abdominal aortic aneurysm, diagnosis, stent graft.

Treatment of AAA has long been a concern for doctors all over the world. Until the mid-20th century, all attempts at surgical treatment of AAA ended in failure. In 1817, Cooper A. was the first to perform ligation of the aorta above the aneurysm. In 1832, Pirogov N.I. determined the changes in blood circulation that occur after ligation of the abdominal aorta [2].

Complex AAAs are characterized by a high location of the proximal neck: infrarenal (less than 10 mm), juxtarenal, pararenal or paravisceral localization. For endovascular treatment of such aneurysms, branched or fenestrated stent grafts.

The maximum diameter of the abdominal aorta normally reaches 2.5 cm [15]. The morphological substrate of AAA is most often an atherosclerotic lesion of the aortic wall with its further degenerative degeneration and development of aneurysm. There is no single classification that fully reflects the essence of arterial aneurysm [16]. Pokrovsky A.V. in 1979. Burakovsky V.I. and Bokeria L.A. indicated the localization of the aneurysm in the infrarenal part of the aorta in 95-96% of cases of all AAA, which is explained by the low content of elastin and collagen in the terminal part of the aorta [17]. In the blood serum of patients with AAA, an increase in the level of matrix metalloproteinase was found, which indicates the degradation of the extracellular matrix of the middle layer of the aortic wall [18]. A recent study has highlighted the importance of “ complication biomarkers ” after *EVAR*, which may indicate a continued increase in AAA [19].

Clinical manifestations of combined atherosclerotic lesions vary in the severity of ischemic syndromes and the time of their development. Patients often present with clinical symptoms of occlusive lesions in one or two basins, while lesions in other areas are latent, and under certain conditions develop into complications, sometimes fatal [16]. The main clinical sign is systolic murmur in the projection of the aortic arch branches. Auscultatory symptoms of carotid artery lesions appear with their stenosis in 30 to 95% of cases. In this case, hemodynamically significant stenosis of the carotid artery occurs with a decrease in its lumen to 50% or less. On the other hand, auscultatory symptoms are generally absent with critical stenosis and occlusion of the aortic arch branches [22].

The main principle of surgical treatment of widespread atherosclerosis is *the most complete possible revascularization of all affected basins* [10, 24]. The need for active surgical tactics in patients with combined atherosclerotic lesions is due to the consequences of perioperative and remote complications during isolated - reconstructions of one or another vascular basin.

In conclusion, it should be noted that the frequency of combined lesions of various vascular basins in AAA, requiring surgical correction, according to

literature data, reaches 60-70%, and the number of patients in this category is steadily increasing every year.

BOLALARDA OLIB BORILGAN ABDOMINAL JARROHLIK AMALIYOTIDAN KEYINGI OVQATLANISH TARTIBI

X.Xojimatov, klinik ordinator X.M.Akramova

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Bolalarda abdominal jarrohlik amaliyotlari, ayniqsa oshqozon va ichak tizimiga tegishli operatsiyalar, maxsus parvarish va ovqatlanish talab qiladi. Organizmning yuqori darajada tiklanishi va tezda tuzalishi uchun to'g'ri ovqatlanish tartibi muhim rol o'ynaydi. Oziqlanishning to'g'ri rejimi nafaqat operatsiyadan keyingi jarrohlik asoratlarini oldini olishga, balki bolada umumiy salomatlikni saqlashga ham yordam beradi. Bolalarda abdominal jarrohlik amaliyotidan keyingi ovqatlanish tartibi va asosiy tamoyillar ko'rib chiqiladi.

Jarrohlik amaliyotidan keyin bolalar odatda bir necha soat davomida oziqlanishga ruxsat berilmaydi. Bu davrda, oshqozon-ichak tizimi hali normal faoliyatga qaytmagan va operatsiyaning ta'siri davom etadi. Ilk kunlarda bolaga faqat suyuq va yengil oziq-ovqatlar tavsiya etiladi.

Boshqa oziq-ovqatlardan oldin, suyuq ichimliklar (shifobaxsh suyuqliklar, oshqozon uchun mo'ljallangan shorvalar) bilan boshlanadi.

Issiq suyuqliklar (masalan, o'tli choy yoki qaynatilgan suv) kichik porsiyalar bilan beriladi, va bu bolalar uchun oshqozonning yaxshilanishiga yordam beradi.

Ikkinchi va uchinchi kunlarda bolalar organizmi tashqi stressni qabul qilishi va ichak tizimi faoliyatini tiklashi mumkin. Shu sababli, ovqatlar asta-sekin kengaytiriladi.

Yengil sutli mahsulotlar (sutli aralashmalar, ozgina pishirilgan guruch yoki kartoshka pyuresi)

Oziq-ovqatning tabiiy shakllari (masalan, pishirilgan sabzavotlar, qaynatilgan guruch va yengil qovurilgan tovuq go'shti)

Oziq-ovqatlar, vitaminlar va minerallar bilan boy: bu davrda ayniqsa vitaminlar va minerallar (masalan, C va A vitaminlari) organizmga zarurdir.

Agar bolaning oshqozon-ichak tizimi yaxshi tiklanayotgan bo'lsa va jarrohlik asoratlari yuzaga kelmasa, asta-sekin qattiqroq ovqatlarga ruxsat beriladi:

Yengil uglevodlar (masalan, non, qovoq, kartoshka)

Oqsillar (qaynatilgan go'sht, tovuq, baliq, tuxum)

Yengil sutli mahsulotlar (pishloq, qatiq, kisel)

Shuningdek, to'g'ri suyuqlik iste'mol qilish ham muhim ahamiyatga ega. Har kuni bolaga ko'p suyuqlik (suv, ayrim ichimliklar) ichirilishi kerak, bu ichak faoliyatining tiklanishiga yordam beradi.

Oziq-ovqat miqdorini va turini muntazam ravishda oshirish: Bolaga operatsiyadan keyin bir necha kundan so'ng muntazam va kichik porsiylalar bilan ovqat berish kerak.

Yengil va oqsilli ovqatlarni ko'proq berish: Oqsillar jarohatlarning tez tiklanishiga yordam beradi, shu bilan birga, ular organizmni kuchaytiradi.

Suyuq ovqatlar va yaxshi ichimliklar: Suyuqliklar organizmni suvsizlanishdan himoya qiladi va ichak tizimining ishini yaxshilaydi.

Og'ir va yog'li ovqatlardan saqlanish: Jarrohlikdan keyin bolalarga yog'li, og'ir va qattiq ovqatlar berishdan saqlanish kerak, chunki ular oshqozon-ichak tizimini qo'zg'atishi mumkin.

Muntazam ravishda shifokor bilan maslahatlashish: Har bir bolaning jarrohlikdan keyingi tiklanish jarayoni farq qiladi, shuning uchun shifokorning ko'rsatmalariga qat'iy rioya qilish zarur.

Bolalarda abdominal jarrohlik amaliyotidan keyingi ovqatlanish tartibi bolaning tez va to'liq tiklanishida muhim omil hisoblanadi. Oziqlanishning to'g'ri tartibi, suyuqlik va yengil ovqatlar bilan boshlanib, asta-sekin kengaytirilishi, bolaning oshqozon-ichak tizimining barqaror faoliyatini tiklashga yordam beradi. Shuningdek, bolalar uchun maxsus ehtiyotkorlik bilan tavsiya etilgan ovqatlar va shifokor ko'rsatmalariga rioya qilish zarur.

ORTOPEDIYA MUAMMOLARI VA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR, YUQORI TEXNOLOGIK JARROXLIK USULLARNI QO'LLASH

U.Maxamatov, K.Saydullayeva

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Ortopediya — suyaklar, bo'g'imlar, mushaklar, bog'lamlar va nerv tizimining boshqa tuzilmalarini davolash bilan shug'ullanadigan tibbiyot sohasidir. Ortopedik muammolar har qanday yoshdagi odamlarda uchrashi mumkin, va bu muammolar jismoniy faoliyatni, hayot sifatini sezilarli darajada kamaytiradi.

Ortopediya muammolarining asosiy turkumlari:

1.Suyaklar va bo'g'imlar buzilishlari - Suyaklarning singanligi, bo'g'imlarning chiqishi yoki yiqilishlar ortda og'riqlar va cheklangan harakatlarni keltirib chiqarishi mumkin.

2.Degenerativ kasalliklar - Artroz (bo'g'imlar surilishi) va osteoporoz (suyaklarning yupqalashishi) kabi kasalliklar, ko'pincha yoshi kattaroq odamlar orasida uchraydi.

3.Og'riqlar va yallig'lanishlar - Mushtaklar, bo'g'imlar va suyaklarda og'riq va yallig'lanishlar (masalan, tendinit yoki burmit) jismoniy faoliyatni cheklaydi.

4.Suyak va bo'g'imni tiklash - Jismoniy shikastlanishlar yoki jarrohlikdan keyingi tiklanish jarayonida suyaklarni va bo'g'imlarni to'g'ri qayta tiklash talab etiladi.

5.Bolalardagi ortopedik muammolar - Masalan, skolioz, baland oyog'lik yoki hip displaziysi kabi tug'ma yoki o'sishda yuzaga keladigan ortopedik muammolar.

Zamonaviy yondashuvlar va texnologiyalar:

1.Raqamli tahlil va diagnostika:

***3D skanerlash va raqamli tasvirlash:** Yangi zamonaviy texnologiyalar yordamida suyaklar va bo'g'imlarning holatini aniqlashda yuqori aniqlikdagi raqamli rentgenlar, 3D tomografiya va MRK (magnit rezonans tomografiya) texnologiyalari qo'llaniladi. Bu usullar orqali shikastlanishlar va kasalliklar dastlabki bosqichlarda aniqlanadi.

***Biomekanik tahlil:** Harakat va jismoniy holatni o'rganish uchun maxsus tahlil usullari yordamida bo'g'imlar va suyaklarning mexanikaviy ta'siri aniqlanadi.

2.Jarrohlik usullari:

***Minimal invaziv jarrohlik:** Bu jarrohlik amaliyotlarida kichik kesishlar va zamonaviy asboblardan yordamida bemorning tiklanish vaqtini qisqartirish va og'riqni kamaytirish mumkin.

***Robot yordamida jarrohlik:** Yangi robot texnologiyalari yordamida ortopedik jarrohliklar yanada aniqlik bilan amalga oshiriladi. Bunday jarrohliklar suyaklarni yoki bo'g'imlarni qayta tiklashda yuqori samaradorlikni ta'minlaydi.

***Lazer terapiyasi:** Suvli lazerlar, suyaklarni tiklash yoki bo'g'imdagi og'riqlarni bartaraf etishda qo'llaniladi. Lazer terapiyasi jarrohlikning invazivligini kamaytiradi.

3.Protezlar va implantlar:

***Bo'g'im implantatsiyalari:** Yangi texnologiyalar yordamida bo'g'imlarni protezlashtirish jarayoni ancha samarali va uzoq muddatli bo'ldi. Misol uchun, to'liq bo'g'im (artroplastika) va orqa suyak protezlari bemorlar uchun juda muhimdir.

***Suyak va bo'g'imlarni tiklash uchun biomateriallar:** Suyaklar uchun sun'iy materiallar (masalan, titan yoki kobalt-xrom) qo'llanilib, suyaklarni tiklashda yuqori kuch va uzun umrni ta'minlaydi. Shu bilan birga, ko'p hollarda, suyak regeneratsiyasiga yordam beruvchi biomateriallar va hujayra asosidagi yondashuvlar mavjud.

4.Regenerativ tibbiyot:

***Staminal hujayralar va biologik modifikatsiya:** Regenerativ tibbiyot, shu jumladan, staminal hujayralar yordamida suyaklar va bo'g'imlarni tiklash jarayonlarini sezilarli darajada yaxshilaydi. Bu hujayralar shikastlangan to'qimalarni tuzatish va yangilashga yordam beradi.

***PRP (Plazma boy hujayralar) terapiyasi:** PRP terapiyasi og'riqni kamaytirish va tiklanishni tezlashtirish uchun bo'g'imlarga yoki mushaklarga qo'llaniladi. Bu usulda

bemorning o'z qonidan olingan plazma yordamida jarohatlangan to'qimalarni tuzatishga erishiladi.

5.Fizik reabilitatsiya va vositalar:

***Elektromagnit terapiya:** Ortopedik davolashda yangi texnologiyalar, jumladan elektromagnit terapiyasi, bemorning jarohatlangan hududida og'riqni kamaytiradi va to'qimalarning tiklanish jarayonini tezlashtiradi.

3D printerning ortopedik vositalari: Endi 3D printerlar yordamida bemorlarning ehtiyojlariga moslashgan maxsus ortopedik oyoq kiyimlari, tutqichlar va protezlar ishlab chiqarish mumkin.

6.Yuqori texnologik jarrohlik usullari:

***Artroskopiya:** Bo'g'imlarni davolashda kichik teshiklar orqali kamera va maxsus asboblarni yordamida muammolarni hal qilish imkonini beradi. Bu jarrohlikda kesish minimal bo'lib, tiklanish vaqti qisqaradi.

***Biyonik qo'llar va oyoqlar:** Protezlar endi faqatgina tashqi ko'rinishni tiklashdan tashqari, faoliyatni ham tiklashga yordam beradi. Yangi biyonik qo'llar va oyoqlar, nevrologik nazoratni qabul qilishi mumkin, bu esa ularni tabiiyroq va samaraliroq qiladi.

Xulosa Ortopediya sohasida zamonaviy texnologiyalar va jarrohlik usullari nafaqat bemorning tezda sog'ayishiga yordam beradi, balki hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilaydi. Yangi yondashuvlar va texnologiyalar og'riqlarni kamaytirishga, jarohatlar va kasalliklarni samarali davolashga yordam beradi, bemorlar uchun tiklanish jarayonini yengillashtiradi.

JARROXLIK AMALIYOTIDAN SO‘NG BEMORLARNI SOG‘AYISHIDA OVQATLANISHNING AHAMIYATI

X.Xojimatov, klinik ordinator D.O.To‘xtanazarov

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

Jarroxlik amaliyotidan so‘ng bemorlarning sog‘ayish jarayonida ovqatlanishning o‘rni beqiyos ahamiyatga ega. Amaliyotning o‘zi inson organizmini katta stress holatiga soladi, shuning uchun muvozanatli va to‘g‘ri ovqatlanish jismoniy barqarorlikni tiklash, immun tizimini kuchaytirish, va hozirgi vaqtda juda muhim bo‘lgan o‘tkir asoratlarning oldini olish uchun katta ahamiyatga ega. Jarroxlik amaliyotidan so‘ng ovqatlanishning ahamiyati, uning sog‘ayish jarayoniga bo‘lgan ta’siri va shifokorlar tomonidan tavsiya etiladigan ovqatlanish tartibini ko‘rib chiqamiz.

Jarroxlik amaliyotidan so‘ng bemorlarning organizmi yangi holatga moslashishi uchun energiya va nutriyentlarga ehtiyoj sezadi. Ovqatlanishning to‘g‘ri tartibi to‘liq tiklanish va sog‘ayish uchun asosiy shartlardan biri hisoblanadi.

Organizmning immun tizimi qo‘shimcha ko‘makka muhtoj bo‘ladi. To‘g‘ri ovqatlanish, ayniqsa, vitamini "C" va "E", aminokislotalar, minerallar (sink va selen) miqdori oshirilgan ovqatlar immun tizimini quvvatlashga yordam beradi. Bu esa, infeksiyalarning oldini olish va tez sog‘ayish uchun juda muhim.

Amaliyot natijasida yuzaga kelgan jarohatlar, xususan to‘qimalar va to‘qima yoriqlarining tez tiklanishini ta’minlash uchun ovqatlanish muvozanatli bo‘lishi kerak. Ovqatlardagi oqsillar (masalan, go’sht, baliq, tuxum) organizmning yangi to‘qimalar ishlab chiqarish va jarohatlarni tiklash jarayoniga yordamlashadi.

Organizmning energiyaga bo‘lgan ehtiyojini ta’minlash uchun uglevodlar va yog‘larning muvozanatli miqdordagi ovqatlar muhimdir. To‘g‘ri ovqatlanish organizmga tezroq energiya berib, umumiy sog‘ayish jarayonini tezlashtiradi.

Oshqozon-ichak tizimining normal ishlashiga alohida e’tibor qaratish zarur. To‘g‘ri ovqatlanish ichaklarning yaxshi ishlashini ta’minlashga, shish va boshqa

ogʻriqlardan himoya qilishga yordam beradi. Bu, oʻz navbatida, oshqozon va ichak tizimining qayta tiklanishini tezlashtiradi.

Jarroxlik amaliyotidan soʻng ovqatlanish shifokorlar tomonidan maxsus tartibga solinadi. Maʼzkur tartib bemorning holatiga va amaliyotning turiga qarab oʻzgarishi mumkin.

Bemorlar odatda birinchi kunlarda ichimliklardan foydalanishlari mumkin, masalan, shifokorning tavsiyasiga koʻra, qaynatilgan suv, va ozgina sabzavotli shoʻrvalar.

Vitamin va minerallarga boy oziq-ovqatlar, foliy kislotasi, vitamin A, C va kaliyga boy ovqatlar tarkibini oʻzida jamlagan ovqatlar tavsiya etiladi.

Jarroxlik amaliyotidan soʻng ovqatlanish nafaqat jismoniy tiklanishni, balki bemorning psixologik va ruhiy holatini yaxshilashga ham yordam beradi. Toʻgʻri ovqatlanish jismning barqaror holatiga qaytishini va toʻliq sogʻayishni taʼminlashga xizmat qiladi. Shuningdek, shifokorlar tomonidan tavsiya etilgan ovqatlanish rejimi bemorlarning sogʻliqni tiklashida muhim elementlaridan biridir.

OTOLARINGOLOGIYADAGI ASOSIY MUAMMOLAR VA ULARNING YECHIMLARI

U.Maxamatov

Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot institute

Z.Oʻtaboyeva

Beshariq Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi

Annotatsiya Otolariningologiya (ORL) sohasida zamonaviy texnologiyalar va davolash yondashuvlari katta rivojlanishlarga erishdi. Bu sohada muammolar koʻplab insonlarda uchraydi, ammo yangi texnologiyalar va yuqori texnologik jarrohlik usullari orqali ular samarali davolanishi mumkin.

Kalit soʻzlar: tomoq, quloq, eshitish, gen terapiya

Otolaringologiyadagi asosiy muammolar:

1.Es hitish va eshitish muammolari - Eshitish yo'llaridagi buzilishlar va karashliklar, shuningdek, yuqori ovozli kasalliklar. Bular ko'pincha eshitish apparatlarini talab qiladi.

2.Tomoq va og'iz bo'shlig'i kasalliklari - Yallig'lanishlar, tomoq infeksiyalari, va g'ayrioddiy holatlar (masalan, tomoq shishlari yoki kanser) ko'pincha tibbiy e'tibor talab qiladi.

3.Burun va sinus muammolari - Sinusit, burun tiqilishi va nafas olishdagi qiyinchiliklar, ko'plab bemorlar tomonidan uchraydi.

4.Balans va vertigo muammolari - Ichki quloq bilan bog'liq muammolar, masalan, vertigo, balansni saqlashda qiyinchiliklarga olib kelishi mumkin.

5.O'rta quloq kasalliklari - O'rta quloq yallig'lanishlari va shikastlanishlari, eshitishning pasayishiga olib kelishi mumkin.

Zamonaviy yondashuvlar va texnologiyalar:

1.Endoskopiya va mikroskopiya - Tomoq, burun va quloq kasalliklarini tashxislash va davolashda endoskopiya va mikroskopiya texnologiyalari qo'llaniladi. Ular aniqlikni oshiradi va jarrohlik amaliyotlarini minimal invaziv usulda amalga oshirish imkonini beradi.

2.Robotsiz jarrohlik va lazer terapiyasi - Burun yoki tomoqdagi tuzatishlar, shishlarni olib tashlash, va sinuzit kabi muammolarni davolashda robot yordamida jarrohlik yoki lazer texnologiyalari qo'llaniladi.

3.Quloq protezlash - Eshitish qobiliyati pasaygan bemorlarga quloq protezlari yoki eshitish apparatlari yordamida sifatli eshitish ta'minlanadi.

4.Balansni tiklash va vertigo terapiyasi - Ichki quloq va balans tizimiga ta'sir etuvchi muammolarni aniqlashda yangi tashxis qo'yish usullari va davolashning yangi texnologiyalari (masalan, vestibulyar rehabilitatsiya) qo'llaniladi.

5.Gen terapiyasi - Esitish va balansni tiklashda gen terapiyasining imkoniyatlari rivojlanmoqda. Bu, ayniqsa, irsiy eshitish muammolarini bartaraf etishda katta umidlar va'da qilmoqda.

Yuqori texnologik jarrohlik usullari:

***Mikrojarrohlik usullar** - Yangi asbob-uskunalar yordamida, kichik kesishlar bilan amalga oshiriladigan jarrohlik amaliyotlari. Bu usul o'z ichiga laserlar, mikroskoplar va kichik robotlarni oladi.

***Endoskopik jarrohlik** - Burun va tomoqdagi kirish yo'llari orqali minimal invaziv jarrohlik amaliyotlarini amalga oshirish imkonini beradi. Bu usulda kichik kamera yordamida operatsiya osonlashtiriladi.

***Implantatsiyalar** - Eshitish muammolarini davolashda, masalan, quloq implanti (cochlear implant) qo'llaniladi. Bu usul, eshitish qobiliyatini tiklashga yordam beradi.

***Lazer terapiyasi** - Burun va tomoqdagi shishlarni olib tashlash yoki shikastlanishni tuzatishda lazer texnologiyasi qo'llaniladi. Lazer yordamida qon ketishini kamaytirish va tiklanish jarayonini tezlashtirish mumkin.

Zamonaviy otolaringologiyada rivojlanayotgan sohalar:

***Telemeditsina** - Masofadan turib konsultatsiyalar va tashxis qo'yish imkoniyatlari ham zamonaviy otolaringologiyada o'z o'rnini topgan. Bu usul bemorning yashash joyidan qat'i nazar, tibbiy yordam olishni osonlashtiradi.

***Sun'iy intellekt** - Eshitish va tomoq kasalliklarini aniqlashda sun'iy intellektning qo'llanilishi sohada katta o'zgarishlarni keltirib chiqarmoqda. Sun'iy intellekt yordamida tashxisni tez va aniq qo'yish mumkin.

Otolaringologiya sohasida texnologiyalar va yangi yondashuvlar muhim ahamiyatga ega bo'lib, bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi. Zamonaviy usullar orqali davolash jarayonlari sezilarli darajada yengillashdi va samaradorlik oshdi.

STOMOTOLOGIYADAGI ASOSIY MUAMMOLAR VA ULARNING YECHIMLARI

U.Maxamatov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

G.Nomozova

Beshariq Abu Ali ibn Sino nomidagi jamoat salomatligi texnikumi

Annotatsiya Stomatologiya muammolari va zamonaviy yondashuvlar tibbiyotda katta ahamiyatga ega bo'lib, so'nggi yillarda bu sohada sezilarli o'zgarishlar yuz bermoqda. Zamonaviy tibbiyot texnologiyalari stomatologiya amaliyotida muhim rol o'ynaydi va yangi davolash usullari bemorlarning sog'lig'ini tiklashda samarali bo'lib qolmoqda.

Stomatologiyadagi asosiy muammolar:

1. **Karies va uning asoratlari** - Bu eng keng tarqalgan stomatologik muammo bo'lib, uzoq muddat davomida e'tibordan chetda qolsa, og'riq va infeksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin.
2. **Periodontit va gingivit** - Tish go'shti kasalliklari, tishlarning yo'qolishiga olib kelishi mumkin.
3. **Tishni tiklash** - Tishlarning yorilishi, parchalanishi yoki yomonlashuvi bo'yicha muammolar.

Zamonaviy yondashuvlar va texnologiyalar:

1. **Laser stomatologiyasi** - Tishlarni davolashda lazerlar qo'llanilmoqda, ular minimal invazivdir va jarrohlik usullariga nisbatan kamroq og'riq va tiklanish vaqtini talab qiladi.
2. **3D diagnostika va tishlarni reabilitatsiya qilish** - 3D skanerlar va raqamli tomografiya yordamida tishlarni aniqlik bilan tekshirish, davolash va protezlashtirish jarayonlari yanada samarali bo'ldi.

3. **Tishlarni implantatsiya qilish** - Implantlar yordamida tishlarni tiklash jarayoni, ilgari ularni qayta tiklash uchun zarur bo'lgan usullarni zamonaviy texnologiyalar bilan o'zgartirish imkonini beradi.
4. **Endodontik muolajalar (root canal therapy)** - Bu muolajalar tishlarning ildizlarini davolashda yuqori texnologiyali asbob-uskunalar yordamida amalga oshiriladi, bu esa davolashni tez va og'riqsiz qilishga yordam beradi.
5. **Biologik materiallar va regenerativ tibbiyot** - Zamonaviy stomatologiyada tish va to'qimalarni tiklashda yangi biologik materiallar va regenerativ yondashuvlar qo'llaniladi, bu esa bemorning tezda tiklanishini ta'minlaydi.

Zamonaviy jarrohlik usullari:

- **Minimal invaziv jarrohlik** - Kichik kesishlar va nozik asbob-uskunalar yordamida, jarrohlik amaliyotlari kamroq invaziv bo'lib, bemorlar tezroq tiklanadi.
- **Robotlashtirilgan jarrohlik** - Ba'zi klinikalarda robot yordamida amalga oshiriladigan jarrohlik amaliyotlari mavjud, ular yuqori aniqlik va tezlik bilan bajariladi.
- **Biologik implantlar va biomateriallar** - Zamonaviy implantatsiyalar, tishlarni tiklash uchun biologik materiallardan foydalanadi, bu esa ularni uzoq muddat davomida saqlash imkonini beradi.

Shu bilan birga, stomatologiyada zamonaviy yondashuvlar va texnologiyalar faqat davolash samaradorligini oshirishga emas, balki bemorning umumiy sog'lig'ini ham yaxshilashga yordam beradi.

MUNDARIJA

№	Maqola mualliflarini F.I.O.	Sahifa raqami
1.	Xazm yo`lida yot jism bo`lgan bemorlarda diagnostida va davolashning o`ziga xosligi. <i>Saydaliyev S.S., Xaydarov N.S., Sapoxonov X.S., I.I.Rustamov</i>	3
2.	Bolalarda bitishmali kasallik. <i>Saydaliyev S.S., Xaydarov N.S., Asqarov D.A., Shokirov M.N.</i>	6-8
3.	Реабилитация и профилактика спаечной Непроходимости кишечника у детей. <i>Хайдаров Н.С., Аскарлов Д.А., А.И.Каххоров ., Адулхафизов А.А.</i>	9-11
4.	Conservative treatment for adhesive disease (AD) in Children. <i>Saydaliev S.S., Umarov S.O., Khaidarov N.S., Z.B.In`omova</i>	12-13
5.	Bitishmali kasallikning bolalardagi proflaktikasi. <i>Xaydarov N.S., Yuldashev N.N., Nabijonov X.N., Yuldoshev F.J.</i>	14-15
6.	Laporoskopik operatsiyalarning bolalardagi axamiyati. <i>Begijonov B.Q., Samsaqov F.T., Xojiev X.M., Axmadaliyev Q.Q.Jo`rayeva M.M.</i>	16-17
7.	Болаларда битишма касаллиги. <i>Сатторов Ж.Б. Хайдаров Н.С., Хусанов А.А.</i>	18-20
8.	Bolalarda o`tkir appendisit kasalligining davolashda zamonaviy yondashuv. <i>Valiyev A.S., A.Jaxongirxonov., Umarjonov Y.Y., Shokirov X.F., S.O.Saidova</i>	21
9.	Laser photocoagulation for diabetic retinopathy. <i>Ashurov A.Kh.</i>	22-24
10.	Ошибки при измерении артериального давления. <i>Ахмадулина Галия Марсовна</i>	25-31
11.	Современные подходы к профилактике гнойных осложнений после операций в практике детского хирурга. <i>Фаттахов Н.Х., Туйчибеков Ш., Абдулхакимов А.Р., Хомидчонова Ш.Х., Хайдаров Г.Н.</i>	32-33
12.	Новые подходы в послеоперационном уходе для профилактики гнойных инфекций. <i>Фаттахов Н.Х., Туйчибеков Ш., Абдулхакимов А.Р., Хомидчонова Ш.Х., Хайдаров Г.Н.</i>	34-35
13.	Профилактика гнойных осложнений при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости. <i>Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р., Хомидчонова Ш.Х., Садиков Д., Хужаниёзова М.О.</i>	36-38
14.	Уход за ортопедическими конструкциями. <i>Иргашева Махбуба Давлатовна</i>	39-43

15.	Диагностика и лечение кашля при сердечной Недостаточности. <i>Эгамбердиева Гулнора Нематовна</i>	44-51
16.	Использование модульной схемы имитационного обучения как систематического симуляционного сценария в освоении сестринских навыков. <i>Хайдарова Б.А.</i>	52-55
17.	Современные образовательные технологии на кафедрах хирургии. <i>Хайдарова Б.А.</i>	56-57
18.	Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв с использованием миниинвазивных технологий. <i>Иргашева М.Д.</i>	58-61
19.	Possibilities of the laparoscopic method and its safety in the treatment of patients with advanced appendicular peritonitis. <i>Egamberdieva G.N.</i>	62-65
20.	Особенности хирургического лечения острого осложненного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. <i>Г.Н.Райимов, Ш.Х.Косимов, Ф.З.Абдусаломов, О.М.Охунов</i>	66-68
21.	Лечебно-диагностическая тактика при закрытых травмах живота. <i>Н.А.Салохиддинов, Ш.Х.Косимов</i>	69-70
22.	Клинические проявления и диагностика заболеваний желудка у больных сахарным диабетом. <i>Г.Н.Райимов, Ш.Х.Косимов, Ф.У.Нигматова</i>	71-72
23.	Роль эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии в дифференциальной диагностике желтух. <i>Ш.Ш.Дехконов, М.Х.Абдуллаев</i>	73-74
24.	PRP terapiya (Platelet-Rich Plasma): Zamonaviy davolash usuli. <i>Qoraboyev Jasurbek Mavlonjonovich</i>	75-77
25.	Современные подходы к хирургической тактике лечения язвенных кровотечений из двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого возраста <i>Б.О.Ахмадбеков. И.И.Маматов</i>	78-80

26.	Современные методы клинической оценки быстрых исходов гастродуоденальных кровотечений при язвенной болезни у лиц пожилого возраста <i>Б.О.Ахмадбеков. Ж.Тошматов</i>	81-83
27.	Бронхиал астма ва сурункали ўпка обструктив касаллиги билан хасталанган беморларни бронхообструктив синдромини фармакологик даволашда учталлик турғун комплекс универсал усули <i>Р.Э.Мамаджанов</i>	84-92
28.	Перспективы диагностики эритематозного гастрита у молодых с неправильным образом жизни и пути эффективной профилактики и лечения. <i>Косимова Зухра Мадаминжановна Шамсидинова Мафтуна Баширжон кизи</i>	93-100
29.	Хирургические методы лечения пищеводных кровотечений обзор литературы и усовершенствованные подходы. <i>Азимова Гулноза Равшановна</i>	101-114
30.	Хирургические методы лечения пищеводных кровотечений: обзор литературы и усовершенствованные подходы. <i>Хакимов М.Ш., Кодирова Г.Р.</i>	115
31.	Изменения перевариваемости кезеина в составе крахмально-казеиновых субстратов по динамике продолжительности воздействия желудочного сока <i>Ходжаева Г.А. Нумонов Ш</i>	116-118
32.	Хирургическое лечение детей с осложненной кишечной инвагинацией <i>А.А.Джурабаев</i>	119
33.	Современные методы остановки кровотечения при повторных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости <i>А.А.Джурабаев</i>	120-121
34.	Профилактика и лечение послеоперационных спаечных осложнений <i>А.А.Джурабаев</i>	122
35.	Ведение детей с отключенными отделами толстой кишки <i>А.А.Джурабаев</i>	123-124
36.	Xirurgik operatsiyalarda endoskopik yondashuvning afzalliklari. <i>Xolmuhamedov Jasurbek Rahmatjon o'g'li</i>	125-127

37.	Bitishmali kasallikga laporoskopik yondashuv. <i>Xaydarov N.S., Dadaboyev A.A., Xoshimov D.B.</i>	128-129
38.	Консервативное лечение при спаечной болезни (СБ) у детей <i>Хайдаров Н.С.</i>	130-131
39.	High-tech breakthroughs in ophthalmic surgery: insights from ko'z nuri private hospital <i>Kholmatova Y. N.</i>	132-133
40.	The application of high-tech surgical techniques in ophthalmology (review) <i>Kholmatova Yakutkhon Nematillayevna</i>	134-142
41.	Diagnosis and treatment of severe combined craniocerebral trauma <i>Usmonov A.X., Sharifbayev S.A., Dekhanova N.N. Sharapov I.K.</i>	143-144
42.	Balog‘at yoshidagi qizlarda ginekologik kasalliklarni kam invaziv endovideolaparoskopik usullar bilan davolash samaradorligi <i>Salimov. Sh.T., Abdusamatov B.Z., Berdiyev E. A</i>	145-146
43.	O‘smir yoshdagi bolalarda varikotseleni davolashda kam invaziv videolaparoskopik usullarda davolash <i>Salimov Sh.T., Abdusamatov B. Z., Berdiyev E. A.</i>	147-148
44.	Преимущества санационной бронхоскопии при удалении инородных тел дыхательных путей у детей <i>Носиров Ю.У</i>	149-150
45.	Осложнения поздней диагностики инородных тел дыхательных путей у детей <i>Носиров Ю.У.</i>	151-152
46.	Особенности реактивных изменений при образовании повреждений в органа зрения <i>Тураева Ёркиной Мамадалиевна</i>	153-158
47.	Диагностика синдрома пальпируемой опухоли брюшной полости у детей <i>Бобоев М.Ш.</i>	159-160
48.	Диагностика при синдроме объемного образования брюшной полости у детей <i>Бобоев М.Ш.</i>	161-162
49.	Морфофункциональные изменения слизистых оболочек пищеварительного тракта при стрессе <i>Мамасаидов Ж.Т., Ганижонов П.Х.</i>	163-165
50.	Abdominal Surgery Problems and Modern Approaches <i>Alijonov Sh.Z., Khashimov A.A</i>	166-169

51.	Efficacy of preoperative omega-3 supplementation in reducing post-lasik dry eye symptoms <i>Fattakhov N.Kh., Abdurakhmonov N.Kh.</i>	170-171
52.	Characteristics of comprehensive prevention of varicocele recurrence in adolescents. <i>Fattakhov N.Kh., Eminov R.I.</i>	172
53.	Identification of morphological changes in mammary gland cells after chemotherapy in breast cancer and reduction of the resulting damage. <i>Fozilova Zilola Muhammadqobil qizi</i>	173-174
54.	Characteristics of comprehensive prevention of varicocele recurrence in adolescents. <i>Juraev S.B.</i>	175
55.	Periodontitning tizimli yallig'lanishining rolini aniqlash va buyrak kasalligi bo'lgan bemorlarda ba'zi immunitet buzilishlari. <i>Odiljonova Nigora Ikromjon qizi</i>	176-179
56.	Clinical neurological and neurophysiological features of the urogenital form of diabetic autonomic polyneuropathy and its treatment methods. <i>Pirmatov Sh.Sh.</i>	180-181
57.	Stomatologiyada qo'llaniladigan kimyoviy moddalar va ularning vazifasi. <i>Sabirova Xusnigul Gayratovna</i>	182-183
58.	Bo'g'imning infeksiyon yiringli artrit kasalligining sabablari va xirurgik usulda davolash choralari. <i>Sharapov Ilhamberdi Kamalovich</i>	184-187
59.	Oftalmologiyadagi asosiy muammolar va ularning yechimlari <i>U.Maxamatov, N.Usupova</i>	188-190
60.	Xirurgiyada uchraydigan qon tomirlarning yiringli kasalliklari. <i>Sharapov I.K.</i>	191-195
61.	Surgical methods in the treatment of hypospadias. <i>Sharapov I.K.</i>	196-197
62.	Umumiy nospesifik yiringli infeksiya (sepsis) ning klinik manzarasi. <i>Sharapov I.K.</i>	198-201
63.	Surunkali frontit kasalligini zamonaviy davolash usullarini tibbiyotga tatbiqi. <i>Shodiyeva E.Y.</i>	202-204
64.	Stomatologiya muammolari va zamonaviy yondashuvlar yuqori texnologik jarrohlik usullarini qo'llash. <i>N.Aliyev, O'.Abdulahhobova</i>	205-214

65.	Обоснование ортодонтического лечения аномального положения зубов с применением микроимплантатов. <i>Туйчиев Р.</i>	215-217
66.	Значение высокотехнологичной хирургии в стоматологии. <i>Джалололидинова Ш.Д.</i>	218-219
67.	Навигационная хирургия в имплантации зубов с использованием 3D-шаблона. <i>Азизбек Гофуров</i>	220-223
68.	Применение малоинвазивных методов диагностики осложнений хирургических заболеваний желчевыводящих путей у больных пожилого возраста. <i>Ш.Ш.Дехконов, М.Х.Абдуллаев</i>	224-225
69.	"Будущее травматологии: роль химии в восстановлении и лечении". <i>Сабирова Хуснигул Гайратовна</i>	226-228
70.	Chaqaloqlarda nekrozlovchi enterokolitning o'ziga xos xususiyatlari. <i>Sidiqov Odilbek Patidinivich</i>	229-230
71.	Пародонтитни антибиотиклар ва яллиғланишга қарши дорилар ёрдамида даволашнинг замонавий ёндашувлари. <i>PhD Умаров О.М. Собиров Ф.Ф.</i>	231-238
72.	Bolalarda adenoid kasalligi diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari. <i>Satvaldiyev Ixtiyarjon Umarjanovich</i>	239-242
73.	Морфофункциональные изменения слизистых оболочек пищеварительного тракта при стрессе. <i>Ганижонов П.Х.</i>	243-244
74.	Risk factors for recurrence of varicose veins and diagnostic methods. <i>B.B. Mirzaev, Sh.Kh. Kosimov</i>	245-251
75.	Орттирилган йўғон ичак оқмалари. <i>PhD. Исроилов М.С., Тошпўлатов Б.Ё., Солиева Д.М.</i>	252-253
76.	Nekrotik enterokolitdagi biokimyoviy markerlarning prognostik ahamiyati. <i>Sidiqov Odilbek Patidinivich</i>	254-255
77.	Optimization of tactics for surgical treatment of nonspecific ulcerative colitis in patients of different age groups. <i>B.B.Mirzayev, D.H.Holbekov</i>	256-259
78.	On the issue of diagnosing abdominal aortic aneurysms in adults. <i>B.B.Mirzayev</i>	260-261

79.	Bolalarda olib borilgan abdominal jarrohlik amaliyotidan keyingi ovqatlanish tartibi. <i>X.Xojimatov, X.M.Akramova</i>	262-263
80.	Ortopediya muammolari va zamonaviy yondashuvlar, yuqori texnologik jarroxlik usullarni qo'llash. <i>U.Maxamatov, K.Saydullayeva</i>	264-266
81.	Jarroxlik amaliyotidan so'ng bemorlarni sog'ayishida ovqatlanishning ahamiyati. <i>X.Xojimatov, D.O.To'xtanazarov</i>	267
82.	Otolaringologiyadagi asosiy muammolar va ularning yechimlari. <i>U.Maxamatov</i>	268-270
83.	Stomatologiyadagi asosiy muammolar va ularning yechimlari. <i>U.Maxamatov</i>	271-272



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ilmiy konferensiyalar sahifasi

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
ijtimoiy gazetasi

Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ilmiy jurnal sahifasi