



Respublika ilmiy-
amaliy konferensiya



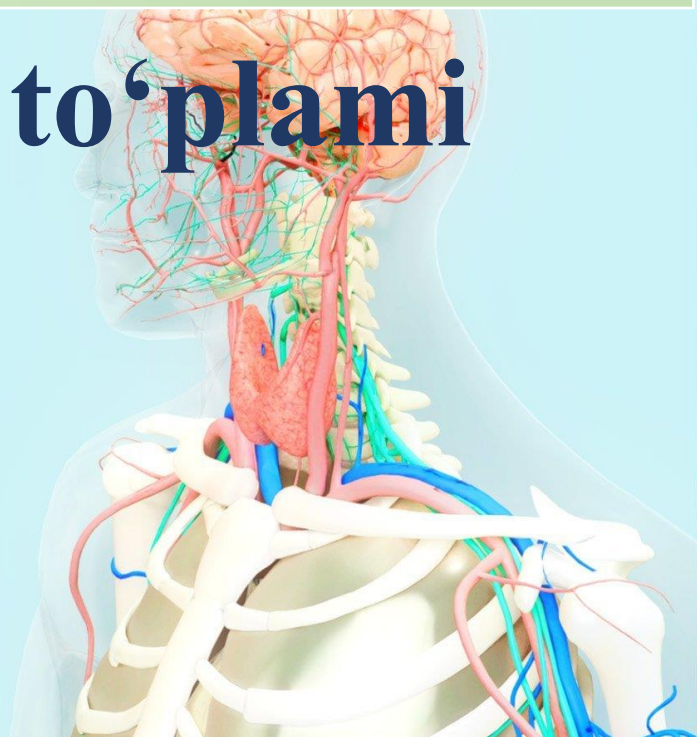
**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI
TIBBIYOT INSTITUTI**

**«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo
yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan
klinik amaliyotgacha»
ilmiy-amaliy konferensiya**

Ilmiy ishlar to‘plami



**Farg‘ona
27.03.2025**



«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

Tahririyat kengashi raisi	Sidikov A. A.	FJSTI rektori, t.f.d., Professor.
Tahririyat kengashi raisi o‘rinbosari	Kadirova M. N.	Ilmiy ishlar va innovatsiyalar bo‘yicha prorektor, p.f.d., Professor.
Tahririyat kengashi a‘zolari	Madaminov S. M.	Anatomiya kafedrası mudiri, Tibbyot fanlari nomzodi, dotsent, FJSTI faxriy professori
	Fattaxov N.H.	Fakultet va gospital jarrohlik kafedrası mudiri, DSc, dotsent.
	Abdulxakimov A.R.	Fakultet va gospital jarrohlik kafedrası katta o‘qituvchisi, PhD.
	Isroilov M.S.	Fakultet va gospital jarrohlik kafedrası dotsenti, PhD.
	Tuychibekov Sh.M.	Fakultet va gospital jarrohlik kafedrası katta o‘qituvchisi, t.f.n.
Kompyuter grafikasi mutaxassisi	Valitov E.A.	Axborot texnologiyalari mutaxassisi.

[DOI: 10.5281/zenodo.15111130](https://doi.org/10.5281/zenodo.15111130)

MUNDARIJA

NEFROLITIAZNI METAFILAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISHDA KANEFRONDAN FOYDALANISH.....	6
NEFROLITIAZNI ERTA ANIQLASHDA KRISTALLOGRAMMA USULIDAN FOYDALANISH.....	8
ВИРТУАЛЬНЫЕ СИМУЛЯТОРЫ И ТРЕНАЖЕРЫ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ОПЕРАЦИОННЫХ НАВЫКОВ.....	10
ДУМ СУЯГИ ШИКАСТЛАШИНИ КОНФОКАЛ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ БЎЙИЧА АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАРНИНГ МОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ.....	13
ДУМ СУЯГИ ШИКАСТЛАШИДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН МОРФОМЕТРИК КЎРСАТИКЧЛАРНИ ЁШГА ДОИР ХОС ЖИХТАЛАРИ.....	17
ДУМ СУЯГИ ШИКАСТЛАШИНИ КОНФОКАЛ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ.....	21
МЕТОДЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ.....	25
ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.....	27
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ СТРЕССЕ.....	29
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	31
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ.....	33
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА МЕЖПОЗВОНОЧНОЙ ГРЫЖИ.....	35
БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНИШИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ.....	37
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	40
БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ ..	42
БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ.....	44
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГУБ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	46

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЭКТОМИИ И АДЕНОТОМИИ.....	48
EARLY DETECTION AND SURGICAL TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN NEWBORNS.....	50
CONDITION OF DOLICHOCOLON IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD: LATE COMPLICATIONS AND CONSTIPATION RATE.....	52
LIGASURE APPARATINING GEMORROIDEKТОМИYA OPERATSIYASIDA SAMARADORLIGI VA UNING QON KETISH PROFILAKTIKASIDAGI ROLI	56
OSHQOZON YARASI VA UNING ASORATLARI: OSHQOZON YARASINING RIVOJLANISHI BILAN BOG'LIQ BO'LGAN ASORATLAR, MASALAN, QON KETISH YOKI PERITONIT	60
ПРОВЕДЕНИЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ МЕЖПОЗВОНКОВОЙ ГРЫЖИ И УДАЛЕНИЮ КОПЧИКА	67
ПРОФИЛАКТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ФАСЕТОЧНЫХ СУСТАВОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	70
ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2.....	73
QALQONSIMON BEZ GIPERFUNKSIYASIDA GEMATOPALNSENTAR BARER QON TOMIRLARNING PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLARI.....	75
KO'RISH O'TKIRLIGINI ANIQLASHNING FIZIKAVIY USULLARI.....	80
AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI ANOMALIYALARI	82
COVID-19 KASALLIGIDA BUYRAKLAR EGRI-BUGRI KANALCHALARINING PATOLOGIK O'ZGARISHLARI.....	85
DOIMIY QON TOPSHIRUVCHI DONORLARDA LIPOPROTEIDLAR ALMASHINUVINI O'RGANISHNING DOLZARBLIGI	90
DOIMIY QON TOPSHIRUVCHI DONORLARDA LIPOPROTEIDLAR ALMASHINUVINI O'RGANISHNING DOLZARBLIGI	95
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ.....	102
ТЕРМИК ЖАБРЛАНИШДА ХОМИЛАДОРЛИКДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН АСОРАТЛАР.....	106
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	109
ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГУБ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....	112

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ	114
ЗНАЧЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ	117
О РОЛИ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТАХ.....	119
РАЗРАБОТКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ	120
ABDOMINAL JARROHLIK AMALIYOTIDAN SO'NG BEMORLAR OVQATLANISHI.....	122
JARROHLIK AMALIYOTIDAN KEYIN BEMORLARNI MEVA VA SABZAVOTLARGA BO'LGAN EHTIYOJI	123
ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINING AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGINI BAHOLASHDAGI DIAGNOSTIK SAMARADORLIGI.....	125
O'TKIR QORIN SINDROMI BILAN KECHADIGAN KASALLIKLARNI O'QITISHDA "ROLE PLAYING" METODIKASINING AHAMIYATI VA AMALGA OSHIRISH BO'YICHA TAVSIYALAR.....	128
OSHQOZON YARASI VA UNING ASORATLARI: OSHQOZON YARASINING RIVOJLANISHI BILAN BOG'LIQ BO'LGAN ASORATLAR.....	130

NEFROLITIAZNI METAFILAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISHDA KANEFRON DAN FOYDALANISH

X.A. Odilov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Fiziologiya kafedrasida assistenti

A.A. Abdumutaliyeva

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Stomatologiya yo'nalishi 2-bosqich talabasi

Mavzuning dolzarbligi: Nefrolitiazning dolzarbligi sog'liqni saqlash tizimida va jamoat orasida kundan-kunga oshib bormoqda, chunki bu kasallik dunyo bo'ylab ko'plab odamlar uchun salomatlik muammolarini keltirib chiqarmoqda. Nefrolitiaz keng tarqalgan bo'lib, har xil yosh guruhlariga ta'sir qiladi va ayniqsa rivojlangan va rivojlanayotgan mamlakatlarda uchraydi. Tadqiqotlarga ko'ra, buyrak toshlari bilan og'riq bemorlarning 50–70%ida kasallik bir necha yil ichida yana qaytalanishi mumkin. Shu sababli, nefrolitiazning metafilaktikasi, ya'ni kasallikning oldini olish choralari muhim ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqot maqsadi: Nefrolitiaz metafilaktikasini takomillashtirishda Kanefron preparatining samaradorligini o'rganish va uning buyrak tosh kasalligini qaytalanishining oldini olishdagi ahamiyatini baholash.

Vazifasi: Toshlarining qayta hosil bo'lishining oldini olish – Kanefron siydik tarkibini normallashtirib, mineral moddalarning kristallanishini kamaytiradi.

Tekshirish usullari: Nefrolitiaz metafilaktikasini aniqlash va tasdiqlash uchun turli tibbiy tekshiruv usullari qo'llaniladi:

1. Ultratovush tekshiruvi (UTT) – Bu usul yordamida buyrak va siydik yo'llaridagi toshlarni aniqlash mumkin. U zararli radiatsiya tarqatmaydi va homilador ayollarda ham xavfsiz hisoblanadi.
2. Rentgen tekshiruvi – Bu usulda rentgen nurlari orqali buyrak va siydik yo'llaridagi toshlarni kuzatish mumkin. Ayrim toshlar rentgen yordamida ko'rinmasligi mumkin, shuning uchun ba'zan boshqa usullar bilan birga qo'llaniladi.
3. Siydik va qon tahlillari – Siydik tahlillari orqali infeksiyalar, kristall tuzlar va toshlarning paydo bo'lishiga olib keladigan omillar aniqlanadi. Qon tahlillari esa organizmdagi mineral darajasi va buyraklar ish faoliyatini o'rganishga yordam beradi.

Natija: 1 oy davomida 20 ta buyrak tosh kasalligidan davolangan odamlarda kuzatishlar olib borildi. Ulardan qat'iy parhez asosida ovqatlanayotgan 10 nafariga Kanefron dori preparatidan 2tabletkadan 3maxal 1 oy davomida berib turildi. Qolgan 10 nafari esa hech qanday dori vositasi iste'mol qilmadi.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

Tekshiruvdan avval hech qaysi kuzatiluvchida buyrak toshi aniqlanmagan. Tekshiruv soʻngida esa dori vositasini qabul qilgan 10 kishida siydik analizida tuzlar chiqmaydi. Qolgan 10 nafarida esa kichik oʻlchamdagi toshlar paydo boʻlganligi aniqlandi

Xulosa: Kanefron nefrolitiazni metafilaktikasida samarali vosita boʻlib, qaytalanish xavfini kamaytiradi, yalligʻlanishni oldini oladi va bemorlarning umumiy ahvolini yaxshilaydi. Uning tabiiy tarkibi va yuqori xavfsizlik profili uni uzoq muddatli qoʻllash imkonini beradi

Tavsiyalar: Tuzli mahsulotlarni kamroq isteʼmol qilish, jismoniy harakat bilan koʻproq shugʻullanish, koʻproq suyuqlik ichish, tabiiy vosita hisoblangan Kanefron tabletkasini buyrak tosh kasalliklaridan soʻng shifokor maslahatiga binoan qabul qilib turish kerak

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Одилов Х. А., Эминов Р. И., Одилов Ж. А. БОЛАЛАРДА БУЙРАКЛАР ИККИ ТОМОНЛАМА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ //Engineering problems and innovations. – 2023.
2. Аллаев М. Я. и др. Диагностическая и лечебная тактика при острой спаечной кишечной непроходимости у детей //Экономика и социум. – 2020. – №. 5-1 (72). – С. 305-312.
3. Одилов Х. А. БОЛАЛАРДА ИККИ ТОМОНЛАМА НЕФРОЛИТИАЗНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШГА АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 19. – С. 80-83.

NEFROLITIAZNI ERTA ANIQLASHDA KRISTALLOGRAMMA USULIDAN FOYDALANISH

X.A. Odilov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Fiziologiya kafedrasida assistenti

M.G'. G'aynazarov

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Stomatologiya yo'nalishi 2-bosqich talabasi.

Mavzuning dolzarbligi. Nefrolitiazning dolzarbligi sog'liqni saqlash tizimida va jamoat orasida kundan-kunga oshib bormoqda, chunki bu kasallik dunyo bo'ylab ko'plab odamlar uchun salomatlik muammolarini keltirib chiqarmoqda. Nefrolitiaz keng tarqalgan bo'lib, har xil yosh guruhlariga ta'sir qiladi va ayniqsa rivojlangan va rivojlanayotgan mamlakatlarda uchraydi. Kasallik jiddiylik darajasiga qarab o'tkir og'riq va asoratlarga olib kelishi, tibbiy xizmatlarga katta talab qo'yishi bilan ajralib turadi. Nefrolitiaz mavzusining dolzarbligi bir nechta asosiy sabablarga ko'ra ortib bormoqda: Kasallanish darajasining oshishiga asosan, noto'g'ri ovqatlanish, kam suyuqlik iste'moli va kam harakatlilik kabi omillar sabab bo'lmoqda.

Maqsad: Nefrolitiazni erta aniqlashda kristallogramma usulining samaradorligini o'rganish va uning diagnostik ahamiyatini baholash.

Vazifa: Organizm uchun zararsiz va noinvaziv usulda kasallik belgilarini erta aniqlash va profilaktik chora tadbirlar ko'rish.

Tekshirish usuli: Nefrolitiazni aniqlash va tasdiqlash uchun turli tibbiy tekshiruv usullari qo'llaniladi. Ushbu usullar kasallikni erta bosqichda aniqlash, toshning joylashuvi, kattaligi va kimyoviy tarkibini aniqlashga yordam beradi. Nefrolitiazni aniqlash uchun keng qo'llaniladigan va yuqori aniqlikdagi diagnostika usullaridan biri bu – kristallogramma usulidir. Bu klinikada juda samarali usul hisoblanadi, chunki bu orqali siydikdagi oksalat, fosfat, urat kabi moddalar miqdorini o'lchash va toshlarning kimyoviy tarkibini aniqlash mumkin.

Natija: 10 ta sog'lom kalamush va 10 ta nefrolitiazga moyilligi bor kalamushlardan siydik namunasi olindi. Namunalarga konsentratsiyalangan siydik eritmasi tayyorlash uchun 24 soat davomida +4°C haroratda saqlash usuli qo'llanildi. Har bir namunadan 1 ml olinib, buyum oynachalariga quyildi va tabiiy bug'lanish uchun 48 soat davomida xona haroratida qoldirildi. Mikroskop yordamida hosil bo'lgan kristallar shakli va miqdori o'rganildi. Sog'lom kalamushlar guruhida siydikda oz miqdorda mayda amorf tuz kristallari kuzatildi. Nefrolitiazga moyilligi bor kalamushlar siydigida esa yirik, aniq shakldagi oksalat va urat kristallarining ko'pligi aniqlandi.

Xulosa: Kristallogramma usuli oddiy, tejamkor va samarali diagnostik usul bo'lib, nefrolitiazning erta bosqichlarini aniqlash imkonini beradi. Tadqiqot natijalari bu usulni urologik amaliyotda keng qo'llash zarurligini ko'rsatdi.

Tavsiyalar: Nefrolitiaz xavfi yuqori bo'lgan bemorlar muntazam ravishda kristallogramma tekshiruvlaridan o'tishi lozim. Siydik tahlili natijalari asosida individual parhez va metafilaktika choralari ishlab chiqish tavsiya etiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Одилов Х. А., Эминов Р. И., Одилов Ж. А. БОЛАЛАРДА БУЙРАКЛАР ИККИ ТОМОНЛАМА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ //Engineering problems and innovations. – 2023.
2. Аллаев М. Я. и др. Диагностическая и лечебная тактика при острой спаечной кишечной непроходимости у детей //Экономика и социум. – 2020. – №. 5-1 (72). – С. 305-312.
3. Одилов Х. А. БОЛАЛАРДА ИККИ ТОМОНЛАМА НЕФРОЛИТИАЗНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШГА АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 19. – С. 80-83.
4. TISHABAEVA N. A., IBRAGIMOVA Z. J., MIRZAJONOVA S. A. Iron deficiency anemia as an actual problem in medical practice //THEORETICAL & APPLIED SCIENCE Учредители: Теоретическая и прикладная наука,(4). – 2022. – С. 653-656.
5. Odilov X. A., Eminov R. I. CLINICAL OBSERVATIONS AND DIAGNOSTIC TECHNIQUES IN CHILDREN WITH COVID-19 //Экономика и социум. – 2023. – №. 6-1 (109). – С. 343-349.

ВИРТУАЛЬНЫЕ СИМУЛЯТОРЫ И ТРЕНАЖЕРЫ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТ ФОРМИРОВАНИЯ ОПЕРАЦИОННЫХ НАВЫКОВ

Сапарбаева.К.Х., Сапарбаева.Ж.С., Гаибназаров.С.С.,
Абдумаликова Ф.Б.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить роль виртуальных симуляторов и тренажёров в хирургическом образовании, оценить их эффективность в формировании и развитии операционных навыков, а также определить перспективы их применения для повышения качества подготовки нейрохирургов.

Материалы и методы. В исследовании используются методы сравнительного анализа традиционного и цифрового обучения нейрохирургов, тестирование навыков на виртуальных симуляторах, опросы врачей для оценки эффективности, а также статистический анализ точности и скорости выполнения хирургических манипуляций. В качестве материалов используются нейрохирургические виртуальные симуляторы, тактильные тренажёры, 3D-модели анатомических структур, данные МРТ и КТ, а также результаты опросов и тестирования врачей, прошедших обучение с применением цифровых технологий.

Результаты. Современная нейрохирургия требует высокой точности, быстрой адаптации и уверенности в принятии решений. Однако традиционные методы обучения, основанные на теоретических знаниях и ограниченном участии в реальных операциях, имеют ряд недостатков. Ошибки в этой сфере могут привести к фатальным последствиям, поэтому важно обеспечить врачей качественными инструментами для практического обучения. Современные технологии, такие как симуляторы, виртуальная реальность (VR) и 3D-моделирование, открывают новые возможности в подготовке специалистов. Они позволяют безопасно отрабатывать сложные манипуляции, снижая вероятность врачебных ошибок. Нейрохирургические симуляторы представляют собой цифровые или механические системы, которые имитируют анатомические структуры головного мозга, сосудов и нервов. Виртуальные и тактильные тренажёры дают хирургу возможность:

- Развивать координацию рук и тактильную чувствительность при работе с микроинструментами.
- Отрабатывать навигацию в узких пространствах, что критично при удалении опухолей или аневризм.

- Изучать особенности работы с различными тканями, включая мягкие структуры мозга, сосудистые стенки и костные образования.
- Проигрывать сценарии экстренных ситуаций, таких как разрывы сосудов, неконтролируемое кровотечение или отек мозга.

Исследования показывают, что хирурги, прошедшие обучение на симуляторах, быстрее принимают решения и допускают на 30–50% меньше ошибок по сравнению с теми, кто обучался традиционными методами. Кроме того, виртуальная реальность позволяет воссоздавать редкие клинические случаи, которые невозможно регулярно встречать в практике. 3D-печать также играет ключевую роль в современной подготовке нейрохирургов. Она позволяет создавать точные копии анатомических структур пациентов на основе данных КТ и МРТ. Эти модели используются для:

- Детального изучения сложных случаев перед операцией.
- Практической тренировки хирургов, имитируя работу с конкретными пациентами.
- Планирования индивидуальных хирургических стратегий, снижающих риски во время вмешательства.
- Разработки персонализированных имплантов, идеально подходящих под анатомию пациента.

Такой подход особенно полезен при врожденных аномалиях, сложных опухолях или травматических повреждениях, где точность планирования операции играет решающую роль. В условиях боевых действий нейрохирурги сталкиваются с крайне сложными травмами, включая:

- Огнестрельные ранения головы и шеи.
- Осколочные поражения черепа.
- Внутрочерепные гематомы, требующие срочной эвакуации.
- Комбинированные травмы с поражением мозга, сосудов и костных структур.

Использование симуляторов в обучении военных нейрохирургов значительно ускоряет процесс освоения критически важных навыков. Например, отечественные хирургические тренажеры «4С:Амур» и «4С:Байкал» позволяют отрабатывать экстренные вмешательства при черепно-мозговых травмах в полевых условиях.

Сравнение традиционного обучения с использованием симуляторов показало, что у врачей, прошедших тренировки на таких системах:

- Время принятия решений в критических ситуациях сокращается на 40–50%.
- Ошибки при наложении гемостатических зажимов и швов снижаются на 35%.

«Anatomiya va jarrohlilikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

- Навыки работы в условиях ограниченного времени и ресурсов значительно улучшаются.

Выводы. Хирургические симуляторы повышают точность, стрессоустойчивость и качество подготовки врачей. Их эффективность определяется успешностью применения навыков в практике. Структурированные программы снижают риск ошибок. Технологии используются в нейрохирургии и для отработки инъекций, минимизируя травмы. Симуляция клинических случаев повышает уверенность врачей и уровень медицинской помощи.

**ДУМ СУЯГИ ШИКАСТЛАШНИНИ КОНФОКАЛ МОРФОМЕТРИК
КЎРСАТКИЧЛАРИ БЎЙИЧА АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАРНИНГ
МОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ**

Исламов Ж.М., Мамажонов Б.С., Кодиров Т.А.

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

E-mail: jaloliddinislamov05@gmail.com

Аннотация. Дум суяги шикастланишларини морфометрик жихатдан рақамли кўринишдаги суяк тўқимасидаги ўзгаришларнинг ўзига хослигини асослаш учун замонавий конфокал мультиплексли морфометриядан фойдаланилди ва дум суяги шикастланишларини ёшга доир ўзгаришларини асослаш мақсадида олдиндан тайёрланган микронамуналар сканер қилиниб тегишли нуқталарда ўлчамлари олинди ва тахил қилинди. Тахлил натижалари бўйича, дум суягини шикастланиши оқибатида репаратив регенерациянинг энг юқори кўрсаткичи 34-48 ёшда бўлиб, ёши катталарда ушбу кўрсаткичлар суяк тўқимасида деструктив ва дегенратив ўзгаришлар натижасида остеопороз жараёни кучайишини тасдиқлади.

Калит сўзлар: дум суяги, остеопороз, конфокал морфометрия.

Муаммонинг долзарблиги. Дунё аҳолиси орасида семириш кўрсаткичининг ўртача ёшга доир 1 ёшга нисбатан 1,57-3,85 кгга ошиши кузатилмоқда. АҚШ ва Европа давлатлари ва Жанубий Америка халқи орасида ўртача 40 ёшдан кейинги даврда хар бир ёшга йил давомида ўртача 3,57 кг га семириш кўрсаткичи ошиб бормоқда. Бу ўртача 40-59 ёшда тана вазнининг 35 кг ва ундан ошганлигини кўрсатади. Айнан ушбу кўрсаткич, АҚШ, Европа ва Жанубий Америка давлатларида ўртача жами 40 ёшдан ошган аёлларнинг 23% да аниқланган [1]. Натижада, умумртқа поғонасида остеохондроз, остеоартрит, остеопороз касалликларини ривожланиши юзага келиши ва оқибатда, кам ҳаракат турмуш кечиришнинг ривожланишига олиб келади. Айнан, ўтроқ, ҳолатда турмуш кечирувчи қатламларда дум суяги билан боғлиқ бўлган шикастланишлар жами шикастланишларнинг 3,47% ни ташкил этиб, дунё бўйича ўртача 25 млн 40-59 ёшли аёллар ушбу касаллик билан ҳасталанганлигини кўрсатади. Бу эса, ўз навбатида ушбу муаммонинг долзарблигини яъна бир бор тасдиқлайди. Россия федерацияси ва МДХ давлатларида ушбу кўрсаткич асосан 50-59 ёшлилар орасида кўп учраб, ўртача семириш кўрсаткичи йил ҳисобида 2,27-5,55 кгни ташкил этади. Ўзбекистон аҳолисида 50-59 ёшли аёллар орасида семириш кўрсаткичининг асосий

сабаларидан бири, эрта жинсий хаёт тарзидан воз кечиш ўртача 48-53 ёшда, жинсий хаёт тарзини суссайиши эндокрин тизимда ўзгаришларни юзага келиши ва остеопороз касаллигини диффуз кўринишда юзага келиши билан характерланди. Натижада мамлакатимиз аходиси орасида, 48-59 ёшли аёллар ўртасида умумртқа поғонаси билан боғлиқ касалликларнинг учраш даражаси ўртача 42,85 ни ташкил этиб, шулардан 5,8% ни дум суяги билан боғлиқ касалликлар ташкил этади. Бу эса, тадқиқот ишини айнаи вақтда бошлашни тақозо этади.

Мухокама ва натижалар. Дум суяги ғовак моддаси таркибидаги суяк тўсинларини бўшлиққа нисбатан хажмий майдони 18-44 ёшлиларда $394,02 \pm 4,17 \text{ мм}^3$ ни ташкил этганлиги аниқланди. 2 нчи гуруҳда, 45-59 ёшлиларда суяк тўсинларини бўшлиққа нисбатан хажмий майдони $217,96 \pm 6,93 \text{ мм}^3$ ни ташкил этиб, 1 нчи гуруҳга нисбатан 1,8 мартга камайганлиги аниқланади.

3 нчи гуруҳда 60-74 ёшлиларда суяк ғовак моддасига нисбатан суяк тўсинларининг эгаллаган хажмий майдони 13000 мкм^3 дан $64,99 \pm 1,34 \text{ мм}^3$ ни ташкил этиб, 4,9 % ни ташкил этиб, 1нчи гуруҳга нисбатан 2,24 баробарга камайганлиги, 2 нчи гуруҳга нисбатан 1,6 мартга камайганлиги аниқланди. Бу фарқлар бошқа қисмлар фарқи бўйича ҳам яқинлигини англатиб аксарият ўзгаришлар ёшга боғлиқ кайишини тасдиқлайди.

4 нчи гуруҳда 75-90 ёшлиларда 13000 мкм^3 хажми $0,53 \pm 0,01 \text{ мм}^3$ ни ташкил этиб, ўртача эгаллаган майдони 2,34% ни ташкил этганлиги аниқланади. 1нчи гуруҳга нисбатан 6,1 баробарга камайганлиги, 2 нчи гуруҳга нисбатан 3,35 мартга камайган бўлса, 3 нчи гуруҳга нисбатан 2 мартга камайганлиги аниқланди.

5 нчи гуруҳ 90 ёш ва ундан юқоридаги фарқлар бўйича, 1 нчи гуруҳга нисбатан 12 маротабага, 8,5 мартга камайган бўлса, 3 нчи гуруҳга нисбатан 5,4 марта, 4нчи гуруҳга нисбатан 2 мартага камайганлиги аниқланади. Албатта бу кўрсаткичларни ёшга доир жихатлари бўйича дум суяги шикастланиш-ларида давомий муддатнинг ҳам ўрни борлигини тасдиқлайди.

Олмнган натижалар бўйича, қуйидаги амалий тавсияларни тавсия берилади:

1. Морфологик жихатдан дум суяги шикастланишларда юзага келган мушак томир ва нерв битишмалари оғриқ синдромини вужудга келтиришини инобатга олган холда, беморларга паллиатив ёки радикал коррекциялаш амалиётини тавсия этиш учун асосли муълумот сифатида фойдаланилади.

2. Беморларда ёш гуруҳи бўйича, 18-44 ёшлиларда дум суягини шикастланишларида фаол хаёт тарзини инобатга олган холда, коксико-динияни ривожланишининг энг юқори эхтимолининг морфологик жихатдан асосланган

бўлиб, беморларда оғриқ синдроми юзага келишини олдиндан проспектив башорат қилиш имконини беради.

3. Беморларда ёш бўйича, 75-90 ва 90 ёшдан ошганларда дум суягини шикастланиши 18-44 ва 45-59 ёшлиларга нисбатан енгил кечиши ва жаррохлик амалиётини қўллашга хожат йўқлиги морфологик жихтадан асосли бўлиб, консерватив даволашга кўрсатма бериш учун асос бўлади.

4. Дум суягида гистокимёвий жихтдан 60-74 ёшлиларда шикастланишлар патологик калциноз ўчоқларини юзага келиши эхтимолини юқори бўлиши, кичик чаноқ бўшлиғида сийдик ажратиш, йўғон ичакни тасъирланишини юзага келишини олдини олиш мақсадида, ёпиқ репозиция қилишни тақозо этади.

Хулоса

1. Дум суяги шикастланишида клиник анамнестик маълумотлар асосида, ўткир шикастланишдан кейинги 3-9 ойлик муддатда дум суягида юзага келган деструктив, дегенератив ўзгаришларни ёшга доир жихатлари бўйича, асосан 45-59 ва 60-74 ёшлиларда энг кўп ўзгаришлар юзага келган бўлса, жинсга боҳлиқ энг кўп 35-48 ёшда аёл жинсли контингентда жами 81,6% аёлда ва 18,4% эркакларда учраши аниқланди.

2. Дум суягини ёшга доир патоморфологик ўзгаришлари бўйича, 18-44 ёшлиларда репаратив регенерация ждараёни устун турса, 45-59 ёшлиларда резорбцион бўшлиқларни такомил топиши жараёни билан давом этган бўлса, 60-74 ёшлиларда асосан дум суягида кистоз кенгайган, суяк тўсинларни деструкцияси ва ўчоқларнинг ўзаро қўшилиши ва остеопорозни юзага келиши билан давом этиши аниқланади.

3. дум суягини гистокимёвий жихатдан текширишда ёшга жихатлари бўйича, фуксифил толаларнинг энг кўп миқдорда шаклланган контингент асосан 18-44 ёшлиларга нисбатан 45-59 ёшлиларда кўп бўлиши, 60-74 ва ундан юқори ёшдагиларда фуксифил толаларни кескин камайиши дум суягини иккиламчи шикастланишларга мойил бўлишига олиб келиши аниқланди.

4. Дум суягини ёшга доир морфометрик жихатлари бўйича, 090 ёшлиларда дум суяги ғовак моддасини морфометрик жихатдан суяк устунларини қалинлиги $30,01 \pm 1,79$ мкмни ташкил этиб, остеопорозга учрганлиги маълум бўлди. Таққослаганда, дум суяги шикастланишларидаги 1 – гурухга нисбатан 4,93 мартга камайганлиги, 2-гурухга нисбатан 4,4 баробарга камайганлиги, 3- гурухга нисбатан 3,77 мартабага камайганлиги, 2,7 мартагачам суяк устунини қалинлиги камайганлиги аниқланди.

Фодаланилган адабиётлар

1. Skalski MR, Matcuk GR, Patel DB, Tomasian A, White EA, Gross JS. Imaging Coccygeal Trauma and Coccydynia. //Radiographics. 2020 Jul-Aug;40(4):1090-1106.
2. Galanakos SP, Karakousis ND, Bablekos G, Fontara S. Coccygeal Disc Disease as a Possible Cause of Coccygodynia. //Acta Med Acad. 2023 Dec;52(3):231-235.
3. Elkhashab Y, Ng A. A Review of Current Treatment Options for Coccygodynia. //Curr Pain Headache Rep. 2018;22(4):28.
4. Yamamoto MP, Carillo JF, Howard FM. Chronic Abdominal Pain of Gynecologic Causes:Diagnosis and Treatment. In: Kapural L, editor. Chronic Abdominal Pain. An Evidence-Based, Comprehensive Guide to Clinical Management. New York, NY: Springer New York; 2015.
5. Garg B, Ahuja K. Coccydynia-A comprehensive review on etiology, radiological features and management options. J Clin Orthop Trauma. 2021 Jan;12(1):123-129. doi: 10.1016/j.jcot.2020.09.025. Epub 2020 Sep 24. Erratum in: //J Clin Orthop Trauma. 2021 Oct;21:101561
6. Roa JA, White S, Barthélemy EJ, Jenkins A, Margetis K. Minimally invasive endoscopic approach to perform complete coccygectomy in patients with chronic refractory coccydynia: illustrative case. //J Neurosurg Case Lessons. 2022 Jan 17;3(3):CASE21533
7. Lin CH, Wu SY, Hu WL, Hung CH, Hung YC, Aurea Kuo CE. Laser acupuncture for refractory coccydynia after traumatic coccyx fracture: A case report.// Medicine (Baltimore). 2020 Feb;99(6):e18860.
8. Kwon HD, Schrot RJ, Kerr EE, Kim KD. Coccygodynia and coccygectomy. //Korean J Spine. 2012;c;9((4)):326–33
9. Finsterer J. The More Intensive the Diagnostic Workup, the More Likely It Is That the Cause of Coccygodynia Can Be Clarified. //Acta Med Acad. 2023 Dec;52(3):236-237.
10. Galanakos SP, Karakousis ND, Bablekos G, Fontara S. Coccygeal Disc Disease as a Possible Cause of Coccygodynia. //Acta Med Acad. 2023 Aug
11. Adas C., Özdemir U., Toman H., Luleci N., Luleci E., Adas H. Transsacrococcygeal approach to ganglion impar: radiofrequency application for the treatment of chronic intractable coccydynia.// J Pain Res. 2016;9:1173-1177.
12. Antoniadis A., Ulrich N.H., Senyurt H. Coccygectomy as a surgical option in the treatment of chronic traumatic coccygodynia: a single-center experience and literature review. //Asian Spine J. 2014;8(6):705-710.

ДУМ СУЯГИ ШИКАСТЛАШИДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН МОРФОМЕТРИК КЎРСАТИКЧЛАРНИ ЁШГА ДОИР ХОС ЖИХТАЛАРИ

Исламов Ж.М., Мамажонов Б.С., Кодиров Т.А.

Андижон Давлат Тиббиёт Институти

E-mail: jaloliddinislamov05@gmail.com

Аннотация. Дум суяги шикастланишларини морфометрик жихатдан рақамли кўринишдаги суяк тўқимасидаги ўзгаришларнинг ўзига хослигини асослаш учун замонавий конфокал мультиплексли морфометриядан фойдаланилди ва дум суяги шикастланишларини ёшга доир ўзгаришларини асослаш мақсадида олдиндан тайёрланган микронамуналар сканер қилиниб тегишли нуқталарда ўлчамлари олинди ва тахил қилинди. Тахлил натижалари бўйича, дум суягини шикастланиши оқибатида репаратив регенерациянинг энг юқори кўрсаткичи 34-48 ёшда бўлиб, ёши катталарда ушбу кўрсаткичлар суяк тўқимасида деструктив ва дегенератив ўзгаришлар натижасида остеопороз жараёни кучайишини тасдиқлади.

Калит сўзлар: дум суяги, остеопороз, конфокал морфометрия.

Муаммонинг долзарблиги. Дунё аҳолиси орасида семириш кўрсаткичининг ўртача ёшга доир 1 ёшга нисбатан 1,57-3,85 кгга ошиши кузатилмоқда. АҚШ ва Европа давлатлари ва Жанубий Америка халқи орасида ўртача 40 ёшдан кейинги даврда хар бир ёшга йил давомида ўртача 3,57 кг га семириш кўрсаткичи ошиб бормоқда. Бу ўртача 40-59 ёшда тана вазнининг 35 кг ва ундан ошганлигини кўрсатади. Айнан ушбу кўрсаткич, АҚШ, Европа ва Жанубий Америка давлатларида ўртача жами 40 ёшдан ошган аёлларнинг 23% да аниқланган [1]. Натижада, умумртқа поғонасида остеохондроз, остеоартрит, остеопороз касалликларини ривожланиши юзага келиши ва оқибатда, кам ҳаракат турмуш кечиришнинг ривожланишига олиб келади. Айнан, ўтроқ, холатда турмуш кечирувчи қатламларда дум суяги билан боғлиқ бўлган шикастланишлар жами шикастланишларнинг 3,47% ни ташкил этиб, дунё бўйича ўртача 25 млн 40-59 ёшли аёллар ушбу касаллик билан хасталанганлигини кўрсатади. Бу эса, ўз навбатида ушбу муаммонинг долзарблигини яъна бир бор тасдиқлайди. Россия федерацияси ва МДХ давлатларида ушбу кўрсаткич асосан 50-59 ёшлилар орасида кўп учраб, ўртача семириш кўрсаткичи йил хисобида 2,27-5,55 кгни ташкил этади. Ўзбекистон аҳолисида 50-59 ёшли аёллар орасида семириш кўрсаткичининг асосий сабаларидан бири, эрта жинсий хаёт тарзидан воз кечиш ўртача 48-53 ёшда,

жинсий хаёт тарзини суссайиши эндокрин тизимда ўзгаришларни юзага келиши ва остеопороз касаллигини диффуз кўринишда юзага келиши билан характерланди. Натижада мамлакатимиз аҳолиси орасида, 48-59 ёшли аёллар ўртасида умумртқа поғонаси билан боғлиқ касалликларнинг учраш даражаси ўртача 42,85 ни ташкил этиб, шулардан 5,8% ни дум суяги билан боғлиқ касалликлар ташкил этади. Бу эса, тадқиқот ишини айна вақтда бошлашни тақозо этади.

Муҳокама ва натижалар. Дум суяги умуртқа поғонаси давомининг охирги тугаллаган нуқтаси бўлиб, барча шикастланишларда ёшга доир турлича морфометрик кўрсаткичлар билан намоён бўлади. Аксарият травматик шикастланишлар ривожланишида тўқиманинг шикастланган соҳаларини морфометрик текшириш мақсадида олдиндан тайёрланган микронаимуналар олинадиган ва 3-5мкм қалинликда кесилади. NanoZoomerда сканер қилиниб, олинган икки ўлчамли тасвир QuPath 0.4.0url. дастури орқали Х,У ўқларида ўзаро кесишувчи траектория текисликларида майдони ва хажми аниқланди. Эслатиб ўтамиз, ўртача ўлчамларни олиш учун хар бир материалдан 10 тадан кам бўлмаган микронамунлар сканер қилиниб олинган катталиклар кетма кетликда келтирилди ва ўртача арифметик катталиги олинди.

1-жадвал. Дум суяги шикастланишларида ёшга доир суяк тўқимаси таркибий қисмларини морфометрик кўрсаткичлари

№	Беморлар ёши	Суяк тўсинлари қалинлиги (мкм)	Суяк тўсинларининг эгаллаган майдони 13000 мкм ²	дум суяги суяк усти пардасининг қалинлиги мкм	P<0,01
1	18-44 ёш	148,16±1,31*	733,12 ±16,1*	216,21±1,53*	0,01*
2	45-59 ёш	132,25±1,85*	601,81 ±19,02*	259,65±1,37*	0,01*
3	60-74 ёш	113,12±1,76**	402,06±11,02**	183,12±2,79**	0,005**
4	75-90 ёш	81,16±2,24*	212,15 ±9,52*	161,36±2,11*	0,01
5	90 ёш ва ундан юқори	30,01±1,79**	101,13 ±5,85**	63,01±1,16**	0,005

Дум суягини морфометрик жиҳатдан шикастланишларида асосий тамойилларни ўзига хослиги, хар қандай шикастланишдан кейинги даврда ёшга доир 18-44 ёшлиларда дум суяги ғовак моддасидаги тўсинларни қалинлиги 148,16±1,31мкмни ташкил этиб, 45-59ёшлиларда ушбу кўрсаткич 132,25±1,85мкмга тенглиги аниқланди (1-жадвалга қаранг).

Статистик фарқлилик жихатидан ушбу кўрсатичини ёшга доир жихатлари бўйича ўртача 11%га камайганлиги статистик аҳамиятлилик жихатдан 10% дан устунлиги жараёнга хос бўлган ишончлилик даражаси фарқлари мавжудлигини англатади.

60-74 ёшлиларда дум суяги ғовак моддасининг суяк тўсинларининг ўртача қалинлиги $113,12 \pm 1,76$ мкмни ташкил этиб, 1-гурухга нисбатан 1,3 мартага камайганлиги, 2-гурухга нисбатан 1,17 мартага камайганлиги, дум суяги шикастланишидан кейинги даврда ёшга доир умумий 30% га суяк тўсинларининг камайиши аниқланиб, статистик аҳамиятлилик жихатидан ишончли ҳисобланиб, юқорида келтирилган морфологик текшириш натижаларини ишончлилигини тасдиқлайди.

Хулоса.

Демак, дум суяги шикастланишиларини консерватив даволашда муҳим аҳамиятли жихати бу шу соҳада шикастланишдан кейинги, яллиғланиў ўчоқларида фибробластлар ролиферациясини тормозлаш ва дум – думғаза бўғимида юзага келадиган ўқ деформациясини олдини олиш учун асос бўлиб, даволаш тактикасини белгилашда муҳим аҳамият касб этади.

Фодаланилган адабиётлар

13. Skalski MR, Matcuk GR, Patel DB, Tomasian A, White EA, Gross JS. Imaging Coccygeal Trauma and Coccydynia. //Radiographics. 2020 Jul-Aug;40(4):1090-1106.
14. Galanakos SP, Karakousis ND, Bablekos G, Fontara S. Coccygeal Disc Disease as a Possible Cause of Coccygodynia. //Acta Med Acad. 2023 Dec;52(3):231-235.
15. Elkhashab Y, Ng A. A Review of Current Treatment Options for Coccygodynia. //Curr Pain Headache Rep. 2018;22(4):28.
16. Yamamoto MP, Carillo JF, Howard FM. Chronic Abdominal Pain of Gynecologic Causes:Diagnosis and Treatment. In: Kapural L, editor. Chronic Abdominal Pain. An Evidence-Based, Comprehensive Guide to Clinical Management. New York, NY: Springer New York; 2015.
17. Garg B, Ahuja K. Coccydynia-A comprehensive review on etiology, radiological features and management options. J Clin Orthop Trauma. 2021 Jan;12(1):123-129. doi: 10.1016/j.jcot.2020.09.025. Epub 2020 Sep 24. Erratum in: //J Clin Orthop Trauma. 2021 Oct;21:101561
18. Roa JA, White S, Barthélemy EJ, Jenkins A, Margetis K. Minimally invasive endoscopic approach to perform complete coccygectomy in patients with chronic refractory coccydynia: illustrative case. //J Neurosurg Case Lessons. 2022 Jan 17;3(3):CASE21533

19. Lin CH, Wu SY, Hu WL, Hung CH, Hung YC, Aurea Kuo CE. Laser acupuncture for refractory coccydynia after traumatic coccyx fracture: A case report.// *Medicine (Baltimore)*. 2020 Feb;99(6):e18860.
20. Kwon HD, Schrot RJ, Kerr EE, Kim KD. Coccygodynia and coccygectomy. // *Korean J Spine*. 2012;c;9((4)):326–33
21. Finsterer J. The More Intensive the Diagnostic Workup, the More Likely It Is That the Cause of Coccygodynia Can Be Clarified. // *Acta Med Acad*. 2023 Dec;52(3):236-237.
22. Galanakos SP, Karakousis ND, Bablekos G, Fontara S. Coccygeal Disc Disease as a Possible Cause of Coccygodynia. // *Acta Med Acad*. 2023 Aug
23. Adas C., Özdemir U., Toman H., Luleci N., Luleci E., Adas H. Transsacrococcygeal approach to ganglion impar: radiofrequency application for the treatment of chronic intractable coccydynia.// *J Pain Res*. 2016;9:1173-1177.
24. Antoniadis A., Ulrich N.H., Senyurt H. Coccygectomy as a surgical option in the treatment of chronic traumatic coccygodynia: a single-center experience and literature review. // *Asian Spine J*. 2014;8(6):705-710.

ДУМ СУЯГИ ШИКАСТЛАШНИНИ КОНФОКАЛ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Исламов Ж.М., Мамажонов Б.С., Кодиров Т.А

Андижон давлат тиббиёт институти

E-mail: jaloliddinislamov05@gmail.com

Аннотация. Дум суяги шикастланишларини морфометрик жихатдан рақамли кўринишдаги суяк тўқимасидаги ўзгаришларнинг ўзига хослигини асослаш учун замонавий конфокал мультиплексли морфометриядан фойдаланилди ва дум суяги шикастланишларини ёшга доир ўзгаришларини асослаш мақсадида олдиндан тайёрланган микронамуналар сканер қилиниб тегишли нуқталарда ўлчамлари олинди ва тахил қилинди. Тахлил натижалари бўйича, дум суягини шикастланиши оқибатида репаратив регенерациянинг энг юқори кўрсаткичи 34-48 ёшда бўлиб, ёши катталарда ушбу кўрсаткичлар суяк тўқимасида деструктив ва дегенератив ўзгаришлар натижасида остеопороз жараёни кучайишини тасдиқлади.

Калит сўзлар: дум суяги, остеопороз, конфокал морфометрия.

Муаммонинг долзарблиги. Дунё аҳолиси орасида семириш кўрсаткичининг ўртача ёшга доир 1 ёшга нисбатан 1,57-3,85 кгга ошиши кузатилмоқда. АҚШ ва Европа давлатлари ва Жанубий Америка халқи орасида ўртача 40 ёшдан кейинги даврда хар бир ёшга йил давомида ўртача 3,57 кг га семириш кўрсаткичи ошиб бормоқда. Бу ўртача 40-59 ёшда тана вазнининг 35 кг ва ундан ошганлигини кўрсатади. Айнан ушбу кўрсаткич, АҚШ, Европа ва Жанубий Америка давлатларида ўртача жами 40 ёшдан ошган аёлларнинг 23% да аниқланган [1]. Натижада, умумртқа поғонасида остеохондроз, остеоартрит, остеопороз касалликларини ривожланиши юзага келиши ва оқибатда, кам харакат турмуш кечиришнинг ривожланишига олиб келади. Айнан, ўтроқ, холатда турмуш кечирувчи қатламларда дум суяги билан боғлиқ бўлган шикастланишлар жами шикастланишларнинг 3,47% ни ташкил этиб, дунё бўйича ўртача 25 млн 40-59 ёшли аёллар ушбу касаллик билан хасталанганлигини кўрсатади. Бу эса, ўз навбатида ушбу муаммонинг долзарблигини яъна бир бор тасдиқлайди. Россия федерацияси ва МДХ давлатларида ушбу кўрсаткич асосан 50-59 ёшлилар орасида кўп учраб, ўртача семириш кўрсаткичи йил хисобида 2,27-5,55 кгни ташкил этади. Ўзбекистон аҳолисида 50-59 ёшли аёллар орасида семириш кўрсаткичининг асосий сабаларидан бири, эрта жинсий хаёт тарзидан воз кечиш ўртача 48-53 ёшда,

жинсий хаёт тарзини суссайиши эндокрин тизимда ўзгаришларни юзага келиши ва остеопороз касаллигини диффуз кўринишда юзага келиши билан характерланди. Натижада мамлакатимиз ахолиси орасида, 48-59 ёшли аёллар ўртасида умумртқа поғонаси билан боғлиқ касалликларнинг учраш даражаси ўртача 42,85 ни ташкил этиб, шулардан 5,8% ни дум суяги билан боғлиқ касалликлар ташкил этади. Бу эса, тадқиқот ишини айна вақтда бошлашни тақозо этади.

Мухокама ва натижалар. Дум суяги ғовак моддаси таркибидаги суяк тўсинларини бўшлиққа нисбатан хажмий майдони 18-44 ёшлиларда $394,02 \pm 4,17 \text{ мм}^3$ ни ташкил этганлиги аниқланди. 2 нчи гуруҳда, 45-59 ёшлиларда суяк тўсинларини бўшлиққа нисбатан хажмий майдони $217,96 \pm 6,93 \text{ мм}^3$ ни ташкил этиб, 1 нчи гуруҳга нисбатан 1,8 мартга камайганлиги аниқланади.

3 нчи гуруҳда 60-74 ёшлиларда суяк ғовак моддасига нисбатан суяк тўсинларининг эгаллаган хажмий майдони 13000 мкм^3 дан $64,99 \pm 1,34 \text{ мм}^3$ ни ташкил этиб, 4,9 % ни ташкил этиб, 1 нчи гуруҳга нисбатан 2,24 баробарга камайганлиги, 2 нчи гуруҳга нисбатан 1,6 мартга камайганлиги аниқланди. Бу фарқлар бошқа қисмлар фарқи бўйича ҳам яқинлигини англатиб аксарият ўзгаришлар ёшга боғлиқ кайишини тасдиқлайди.

4 нчи гуруҳда 75-90 ёшлиларда 13000 мкм^3 хажмни $0,53 \pm 0,01 \text{ мм}^3$ ни ташкил этиб, ўртача эгаллаган майдони 2,34% ни ташкил этганлиги аниқланади. 1 нчи гуруҳга нисбатан 6,1 баробарга камайганлиги, 2 нчи гуруҳга нисбатан 3,35 мартга камайган бўлса, 3 нчи гуруҳга нисбатан 2 мартга камайганлиги аниқланди.

Дум суяги шикастланишларида ёшга доир суяк тўқимаси таркибий қисмларини конфокал морфометрик кўрсаткичлари $v = \rho_i \cdot r^3 \text{ мм}^3$

№	Беморлар ёши	Суяк тўсинлари хажмий майдони ($30,06 \text{ мм}^3$)	Суяк тўсинларининг эгаллаган хажмий майдони $30,06 \text{ мм}^3$	дум суяги усти пардасининг хажмий қалинлиги $30,06 \text{ мм}^3$	$P < 0,01$
1	18-44 ёш	$3,25 \pm 0,02^*$	$394,02 \pm 4,17^*$	$10,11 \pm 0,03^*$	0,01*
2	45-59 ёш	$2,31 \pm 0,06^*$	$217,96 \pm 6,93^*$	$17,55 \pm 0,02^*$	0,01*
3	60-74 ёш	$1,45 \pm 0,05^{**}$	$64,99 \pm 1,34^{**}$	$6,14 \pm 0,02^{**}$	0,005**
4	75-90 ёш	$0,53 \pm 0,01^*$	$9,56 \pm 0,86^*$	$4,21 \pm 0,01^*$	0,01
5	90 ёш ва ундан юқори	$0,27 \pm 0,01^{**}$	$1,034 \pm 0,21^{**}$	$0,25 \pm 0,001^{**}$	0,005

5 нчи гуруҳ 90 ёш ва ундан юқоридаги фарқлар бўйича, 1 нчи гуруҳга нисбатан 12 маротабага, 8,5 мартга камайган бўлса, 3 нчи гуруҳга нисбатан 5,4 марта, 4 нчи гуруҳга нисбатан 2 мартага камайганлиги аниқланади. Албатта бу

кўрсаткичларни ёшга доир жихатлари бўйича дум суяги шикастланиш-ларида давомий муддатнинг ҳам ўрни борлигини тасдиқлайди.

Хулоса

Морфометрик кўрсаткичлар бўйича, дум суяги пардасининг қалинлигини 18-44 ёшлиларда $10,11 \pm 0,03$ мкм³ ни ташкил этса, 2 нчи гуруҳда 45-59 ёшлиларда бу кўрсаткич $17,55 \pm 0,02$ мкм³ ни ташкил этиб, статистик ахамиятли жихатлари мавжудлигини кўрсатади. Айнан, дум суяги усти пардасини хажмий қалинлиги 45-59 ёшда орагизмда морфологик адаптация-нинг энг юқори кўрсаткичи сифатида бирикитрувчи тўқиманинг хажмий қалинлиги ошганлиги билан изохланади.

Фодаланилган адабиётлар

25. Skalski MR, Matcuk GR, Patel DB, Tomasian A, White EA, Gross JS. Imaging Coccygeal Trauma and Coccydynia. //Radiographics. 2020 Jul-Aug;40(4):1090-1106.

26. Galanakos SP, Karakousis ND, Bablekos G, Fontara S. Coccygeal Disc Disease as a Possible Cause of Coccygodynia. //Acta Med Acad. 2023 Dec;52(3):231-235.

27. Elkhatab Y, Ng A. A Review of Current Treatment Options for Coccygodynia. //Curr Pain Headache Rep. 2018;22(4):28.

28. Yamamoto MP, Carillo JF, Howard FM. Chronic Abdominal Pain of Gynecologic Causes:Diagnosis and Treatment. In: Kapural L, editor. Chronic Abdominal Pain. An Evidence-Based, Comprehensive Guide to Clinical Management. New York, NY: Springer New York; 2015.

29. Garg B, Ahuja K. Coccydynia-A comprehensive review on etiology, radiological features and management options. J Clin Orthop Trauma. 2021 Jan;12(1):123-129. doi: 10.1016/j.jcot.2020.09.025. Epub 2020 Sep 24. Erratum in: //J Clin Orthop Trauma. 2021 Oct;21:101561

30. Roa JA, White S, Barthélemy EJ, Jenkins A, Margetis K. Minimally invasive endoscopic approach to perform complete coccygectomy in patients with chronic refractory coccydynia: illustrative case. //J Neurosurg Case Lessons. 2022 Jan 17;3(3):CASE21533

31. Lin CH, Wu SY, Hu WL, Hung CH, Hung YC, Aurea Kuo CE. Laser acupuncture for refractory coccydynia after traumatic coccyx fracture: A case report.// Medicine (Baltimore). 2020 Feb;99(6):e18860.

32. Kwon HD, Schrot RJ, Kerr EE, Kim KD. Coccygodynia and coccygectomy. //Korean J Spine. 2012;c;9((4)):326–33

33. Finsterer J. The More Intensive the Diagnostic Workup, the More Likely It Is That the Cause of Coccygodynia Can Be Clarified. //Acta Med Acad. 2023 Dec;52(3):236-237.

34. Galanakos SP, Karakousis ND, Bablekos G, Fontara S. Coccygeal Disc Disease as a Possible Cause of Coccygodynia. //Acta Med Acad. 2023 Aug

35. Adas C., Özdemir U., Toman H., Luleci N., Luleci E., Adas H. Transsacrococcygeal approach to ganglion impar: radiofrequency application for the treatment of chronic intractable coccydynia.// J Pain Res. 2016;9:1173-1177.

36. Antoniadis A., Ulrich N.H., Senyurt H. Coccygectomy as a surgical option in the treatment of chronic traumatic coccygodynia: a single-center experience and literature review. //Asian Spine J. 2014;8(6):705-710.

МЕТОДЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У ДЕТЕЙ

Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р., Хомидчонова Ш.Х., Саккизбоев И.,
Садиков Д.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность темы: Инфекционные осложнения в послеоперационный период остаются одной из главных проблем в педиатрической хирургии, увеличивая заболеваемость и сроки восстановления детей. Из-за особенностей детской иммунной системы и анатомии, дети более подвержены инфекциям, что делает профилактику особенно важной. Эффективные методы профилактики, такие как правильное использование антибиотиков, соблюдение асептики и поддержка иммунной системы, могут значительно улучшить клинические результаты и ускорить процесс выздоровления.

Цель исследования: Анализ методов предупреждения инфекционных осложнений у детей в послеоперационный период с целью повышения эффективности лечения и улучшения клинических исходов в педиатрической хирургии.

Дети, особенно младшего возраста, имеют высокую восприимчивость к инфекционным осложнениям после хирургических вмешательств из-за незрелости иммунной системы и особенностей анатомии, что требует особого подхода к профилактике.

Применение антибиотиков с учетом конкретной микрофлоры и состояния пациента до, во время и после операции помогает предотвратить развитие инфекций и снизить их распространение.

Соблюдение строгих стандартов асептики и антисептики в операционной, включая обработку хирургического поля и инструментов, является необходимым условием для предотвращения инфекции.

Поддержание иммунной системы ребенка с помощью иммуностимуляторов и витаминов, а также правильное питание, способствуют повышению сопротивляемости организма и снижению риска инфекционных осложнений.

Важность раннего выявления признаков инфекции в послеоперационный период и принятие оперативных мер для предотвращения тяжелых осложнений и ускорения восстановления.

Заключение: Профилактика инфекционных осложнений в послеоперационный период у детей требует комплексного подхода, включающего грамотное использование антибиотиков, строгие меры асептики,

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

поддержку иммунной системы и раннее вмешательство, что способствует снижению частоты инфекций и улучшению клинических результатов.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р., Хомидчонова Ш.Х., Саккизбоев И.,
Садиков Д.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность темы. Послеоперационные инфекционные осложнения в педиатрической хирургии остаются одной из главных причин увеличения заболеваемости и смертности среди детей. Из-за особенностей иммунной системы и анатомо-физиологических характеристик, дети более восприимчивы к инфекциям, что делает профилактику таких осложнений особенно важной. Совершенствование методов профилактики, включая соблюдение принципов асептики, раннее назначение антибиотиков и поддержание иммунной функции, может значительно снизить частоту и тяжесть послеоперационных инфекций. Это в свою очередь, способствует улучшению качества лечения, снижению длительности госпитализации и улучшению долгосрочных результатов хирургического вмешательства в педиатрической практике.

Цель исследования: Изучение методов профилактики послеоперационных инфекционных осложнений у детей для улучшения клинических результатов и уменьшения частоты осложнений в педиатрической хирургической практике.

В педиатрической хирургии основными факторами риска являются несоответствие антисептическим стандартам, ослабленный иммунный статус ребенка, несвоевременная диагностика инфекций и недостаточная постоперационная обработка.

Эффективное использование антибиотиков в пред- и послеоперационный период с учетом индивидуальных особенностей пациента и особенностей местной микрофлоры существенно снижает риск инфекционных осложнений.

Строгое соблюдение техники асептики на всех этапах хирургического вмешательства, включая подготовку операционного поля и инструментария, критически важно для предотвращения инфицирования.

Применение иммуностимуляторов, витаминов и других средств для поддержания иммунной системы ребенка, а также оптимизация питания способствуют снижению частоты инфекционных осложнений.

Эффективное и своевременное выявление инфекционных осложнений в ранней послеоперационной стадии позволяет предотвратить их прогрессирование и развитие тяжелых состояний.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

Заключение: Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений в педиатрической хирургии требует комплексного подхода, включающего строгие антисептические меры, раннее назначение антибиотиков, поддержку иммунной системы и своевременное вмешательство при первых признаках воспаления, что способствует улучшению клинических исходов и снижению заболеваемости.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Хомидчонова Ш.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность темы. Химический стресс, вызванный воздействием токсичных веществ, оказывает значительное влияние на морфофункциональные параметры прямой кишки, вызывая структурные изменения, нарушения моторики и воспаление. Эти изменения могут привести к развитию заболеваний кишечника, таких как воспалительные заболевания и расстройства моторики. Недостаточное изучение воздействия химического стресса на прямую кишку затрудняет диагностику и лечение таких заболеваний. Исследование этих процессов важно для разработки эффективных методов профилактики и терапии, что способствует улучшению здоровья пациентов, подверженных токсическим воздействиям.

Цель исследования: Изучение изменений морфофункциональных параметров прямой кишки под воздействием химического стресса, вызванного воздействием токсичных веществ.

Химический стресс, вызванный воздействием токсичных веществ (например, тяжелых металлов, химических загрязнителей или препаратов), может вызвать изменения в структуре прямой кишки, включая повреждение слизистой оболочки, утолщение стенок и нарушение микробиоты кишечника.

При химическом стрессе наблюдается снижение моторной активности прямой кишки, что может привести к нарушению перистальтики, запорам или диарее, а также увеличению проницаемости кишечной стенки, что способствует воспалению и развитию хронических заболеваний.

Химическое воздействие может вызвать воспаление и повреждение клеток эпителия, что ведет к гиперемии, отекам и некрозу тканей, снижению регенеративных способностей слизистой оболочки.

На клеточном уровне химический стресс активирует окислительный стресс, воспаление и другие молекулярные механизмы, которые способствуют как адаптивным, так и повреждающим изменениям в тканях прямой кишки.

Понимание воздействия химического стресса на морфофункциональные параметры прямой кишки необходимо для разработки методов диагностики, профилактики и лечения заболеваний кишечника, вызванных токсическим воздействием, включая расстройства моторики, воспалительные заболевания и дисбактериоз.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

Заключение: Химический стресс оказывает глубокое влияние на морфофункциональные параметры прямой кишки, вызывая структурные изменения, нарушения моторики и развитие воспаления. Эти процессы требуют дальнейшего изучения для улучшения методов лечения химически обусловленных заболеваний кишечника.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р., Хомидчонова Ш.Х., Саккизбоев И.,
Садиков Д.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность темы: Гнойно-воспалительные осложнения в детской хирургии остаются одной из основных причин послеоперационных осложнений и ухудшения исходов лечения. Дети, из-за особенностей иммунной системы и анатомо-физиологических характеристик, более подвержены развитию инфекций, что требует особого внимания к профилактическим мерам. Разработка и внедрение эффективных методов профилактики этих осложнений важно для повышения качества лечения, сокращения времени восстановления и улучшения долгосрочных результатов хирургических вмешательств в педиатрической практике.

Цель исследования: Оценка методов профилактики гнойно-воспалительных осложнений в детской хирургической практике с целью снижения заболеваемости и улучшения результатов лечения.

В детской хирургии гнойно-воспалительные осложнения чаще всего возникают на фоне инфекций, незавершенного заживления после хирургических вмешательств, недостаточной антисептики и асептики, а также ослабленного иммунного ответа у детей.

Важным элементом профилактики является раннее и адекватное назначение антибиотиков, исходя из индивидуальных особенностей пациента и предполагаемой микрофлоры, что помогает предотвратить развитие инфекционных осложнений.

Совершенствование хирургической техники, соблюдение строгих правил асептики и антисептики на всех этапах оперативного вмешательства играют ключевую роль в профилактике инфекционных осложнений.

Поддержка иммунной системы ребенка через правильное питание, витаминотерапию и назначение иммуномодуляторов может значительно снизить риск развития инфекционных осложнений.

Важно своевременно диагностировать начало воспалительных процессов и вовремя вмешиваться, чтобы избежать прогрессирования инфекции и развития тяжелых осложнений.

Заключение: Профилактика гнойно-воспалительных осложнений в детской хирургической практике требует комплексного подхода, включая улучшение хирургической техники, правильную антибактериальную терапию,

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

укрепление иммунной системы ребенка и раннее вмешательство при признаках воспаления. Эти меры помогут значительно снизить частоту осложнений и повысить эффективность лечения.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ

Хомидчорова Ш.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность темы. В современном мире стресс оказывает значительное влияние на функционирование желудочно-кишечного тракта, включая прямую кишку. Имобилизационный стресс вызывает морфофункциональные изменения, которые могут приводить к нарушению моторики и развитию функциональных заболеваний кишечника, таких как запоры и синдром раздраженного кишечника. Несмотря на это, механизмы воздействия стресса на прямую кишку недостаточно изучены. Исследование этих изменений важно для разработки эффективных методов профилактики и лечения стресс-ассоциированных расстройств кишечника, что имеет высокую практическую значимость для улучшения здоровья и качества жизни пациентов.

Цель исследования: Оценка изменений морфофункциональных параметров прямой кишки под воздействием имобилизационного стресса.

Основные положения:

1. Имобилизационный стресс вызывает изменения в морфологической структуре прямой кишки, включая утолщение стенок, изменения в слизистой оболочке и гипертрофию гладкомышечных клеток. Эти изменения обусловлены активацией стрессовых механизмов, включая увеличение уровня катехоламинов и кортизола, что влияет на нервно-мышечную регуляцию.
2. При имобилизационном стрессе наблюдается замедление перистальтики, снижение сократительной активности гладкой мускулатуры прямой кишки, что может привести к запорам и другим нарушениями моторики кишечника.
3. Изменения в морфологии прямой кишки и ее функциональных характеристиках могут служить адаптивной реакцией организма на стресс. Однако, при длительном воздействии стресса эти изменения становятся патологическими, что может вызвать хронические расстройства кишечной функции.
4. Стресс активирует нейроиммунные механизмы, влияющие на микробиоту кишечника и увеличивающие проницаемость кишечной стенки. Это может способствовать развитию воспалительных заболеваний кишечника, усугубляя нарушения моторики и секреторной функции.
5. Понимание влияния стресса на морфофункциональные параметры прямой кишки важно для разработки эффективных методов профилактики и лечения

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

стресс-ассоциированных заболеваний желудочно-кишечного тракта, таких как функциональные расстройства кишечника и воспалительные заболевания.

Заключение: Имобилизационный стресс вызывает значительные морфофункциональные изменения в прямой кишке, влияя на её структуру и функции, что требует дальнейших исследований для разработки методов профилактики и коррекции стресс-ассоциированных расстройств кишечной моторики.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА МЕЖПОЗВОНОЧНОЙ ГРЫЖИ

Фаттахов Н.Х., Абдулхакимов А.Р., Улмасов З.О., Саккизбоев И.,
Хомидчонова Ш.Х.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность темы: Рецидивы межпозвоночной грыжи остаются одной из основных проблем после хирургического лечения, снижая качество жизни пациентов и приводя к необходимости повторных операций. Недостаточная реабилитация, неправильная физическая активность и сопутствующие заболевания могут способствовать повторному возникновению грыжи. Эффективная профилактика рецидивов, включая комплексную реабилитацию, контроль физической нагрузки и коррекцию образа жизни, необходима для снижения частоты повторных вмешательств и улучшения долгосрочных результатов лечения.

Цель исследования: Оценка методов профилактики рецидива межпозвоночной грыжи для повышения эффективности лечения и снижения частоты повторных операций.

Рецидив межпозвоночной грыжи часто обусловлен такими факторами, как недостаточная реабилитация после операции, чрезмерные физические нагрузки, нарушение осанки и ожирение, а также неполное удаление грыжи или её части во время первичной операции.

Ключевым элементом профилактики является комплексная реабилитация, включающая укрепление мышечного корсета позвоночника, улучшение гибкости и стабилизации спины с помощью индивидуально подобранных упражнений.

Ограничение физической активности, особенно подъема тяжестей и резких движений, в послеоперационный период значительно снижает вероятность рецидива межпозвоночной грыжи.

Использование обезболивающих, противовоспалительных и анальгезирующих препаратов помогает уменьшить воспаление и болевой синдром, а контроль веса способствует снижению нагрузки на позвоночник, что также снижает риск рецидива.

Комплексное лечение остеохондроза, сколиоза и других заболеваний позвоночника, а также коррекция осанки и питания, служат дополнительной профилактикой повторного возникновения межпозвоночной грыжи.

Заключение: Профилактика рецидива межпозвоночной грыжи требует комплексного подхода, включая правильную реабилитацию, контроль

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

физической активности, медикаментозную терапию и коррекцию образа жизни, что поможет снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

БОЛАЛАРНИ ОВҚАТЛАНИШИГА БОҒЛИҚ ҲОЛДА АНТРОПОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ НАТИЖАЛАРИ

Усмонова. Г.Б. ФВКТТМ, врач.

Мақсад: Фарғона водийси худудидаги болаларнинг антропометрик кўрсаткичларини овқатланишга боғлиқ ҳолда қиёсий таҳлил қилиш.

Методлар ва материаллар: Болаларни жисмоний ривожланишини баҳолашда морфологик кўрсаткичлари ҳисобга олинди.

Морфологик кўрсаткичлардан - электрон тарози ёрдамида тана вазни ва ростометр ёрдамида бўйи, сантиметр лента ёрдамида кўкрак қафаси айланаси, бош айланаси ўлчамлари текширилди.

Бу текширувлар Фарғона водийси (Фарғона, Наманган, Андижон вилоятлари)да яшовчи 150 нафар 0 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларда олиб борилди. Кўрувдан ўтказилган болаларнинг 50 нафар (50%) она сути билан озиқланган 50 нафар (50%) сунъий озиқланиш билан озиқланган болалар, 50 нафари аралаш озиқланиш билан катта бўлган.

1- жадвал Ёшга қараб эмизиш ҳолати

Ёши, ойлари	Сўтқанда эмизиш лар сони	Со'ров вақтида эмизикли болалар сони	Шу жумладан					
			Фақат она сути (ОС)	Сунъий озикланишдаги болалр	ОС + оддий сув ²	ОС+ сутсиз ³ та суюқлик	ОС + сипир сути	ОС + қо'шимча овқат
0-1	10-12	23	13	10	2	0	0	3
2-3	8-10	22	13	9	3	1	2	2
4-5	8-10	26	14	12	5	2	1	3
6-8	6-8	23	12	11	4	3	0	5
9-11	5-6	26	14	12	6	7	2	7
11-16	3-5	17	8	9	18	8	3	17
16-24	2-4	13	6	7	14	13	5	14
Жами		150	80	70	52	34	13	51

Эслатма – 1. Болани эмизиш ҳолати "24 соатлик" даврни назарда тутати. 2. Болалар фақат оддий сув ичдилар ва ҳеч қандай суюқ ёки қаттиқ овқат

олмадилар. 3. Сутсиз суюқликлар: шаффоф булон, шарбатлар ёки бошқа суюқликлар.

Олинган натижалар: Болаларни антропометрик текширувда уларнинг яшаш шароити, касалликлари, туғруқдаги патологик ҳолатлар, туғма нуқсонлар, атрофдаги иқлим, овқатланиш ҳолати ҳисобга олинди. Сунъий озикланиш билан катта бўлган болаларнинг 34,7% да тана вазнинг камлиги, 28,7 % бўйиниг узунлиги ёшига ҳос бўй узунлигидан паст эканлиги кузатилди. Болаларнинг тана вазни ва бўйини ўлчов кўрсаткичлари улар соғлом ривожланишини белгилаб беришини ҳисобга оладиган бўлсак кўрсаткичлар меъеридан камлиги бунинг аксини белгилаб беради.

Болаларда ёшига ҳос гавда узунлигининг овқатланишга боғлиқ ҳолда олинган натижалари.

Болаларнинг бўйи	ТО (n=50)		АО (n=50)		СС (n=50)		Жами (n=150)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Паст бўйлилар	13	26	15	30	15	30	43	28,7
Ўрта бўйлилар	29	58	30	60	31	62	90	60,0
Баланд бўйлилар	8	16	5	10	4	8	17	11,3

Болаларда ёшига ҳос гавда вазнининг овқатланишга боғлиқ ҳолда олинган натижалари.

Болаларни вазни	ТО (n=50)		АО (n=50)		СС (n=50)		Жами (n=150)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кам вазинли	12	24	19	38	21	42	52	34,67
Ўрта вазинли	28	56	24	48	24	48	78	52,0
Юқори вазинли	10	20	7	14	5	10	22	14,67

Хулоса: Болаларни соғлом ривожланишига, яъни ирсий касалликлар, туғма нуқсонлар, яшаш муҳити, иқлим шароити, айниқса озикланиши ўрганиб, салбий таъсир этувчи омилларни ўрганиб бартараф этиш чора тadbирларни тadbир қилиш. Шунингдек сунъий озикланиш билан катта бўлган болаларнинг

овқатланишида уларнинг соғлом ривожланиши учун керакли бўлган озиқ-овқатлар рационини тузиш. Ота-оналарга она сутининг моҳияти хақида маърузалар (ОП худудида, маҳалла гузарларида, туғруқхоналарда) ўқиш. Она сути билан болаларни озиқланишига имкониятлар бўлмага вақтларда тўғри овқатланиш рационини олиб бориш қанчалик болани саломатлигига таъсир кўрсатишини ўрганган ҳолда тузилган рацион буклетларини тайёрлаш тадбирларини ишлаб чиқиш.

Адабиётлар.

1. Беренс Р., Бударус Ш., Келлер К.-М., фон дер Остен-Сакен И. Болезн Крона и язвенный колит у детей и подростков. Практическое руководство. Др. Фалк Пхарма ГмбХ. 2005. С. 46.
2. Богомолов А. Р. Клинические особенности заболеваний, протекающих с кровью в стуле у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2002. 22 с.
3. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела при рождении/ Методическое письмо МЗСР РФ №15-0/10/2-11336.- 16.11.201.
4. Клиническое питание. Арвид Вретлинд, Арам Суджян. Стокгольм – Москва. 1990год.
5. Луфт В.М., Костюченко А.Л. Клиническое питание в интенсивной медицине. Санкт-Петербург, 2002, 173с.
6. А.М. Мазурин, И.М. Воронцов Пропедевтика детских болезней - СПб: ИКФ «Фолиант», 2006.- 928 с ил.
7. Непосредственное обследование ребенка /Под ред. В.В. Юрева.- СПб.: Питер, 2009.-384 с.- (Серия «Национальная медицинская библиотека»).
8. А.Г. Румянцев, М.В.Тимакова, С.М. Чечелникова Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей.- М.: Медпрактика-М, - 2004.- с.11-5.
9. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2009.- Т.1.- с.. 148-177- (Серия «Национальные руководства»).
10. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2009.- Т.2.- с.776-807- (Серия «Национальные руководства»).
11. ДАМИНОВ Т.А., ХАЛМАТОВА Б.Т, БОБОЕВА У.Р.”Болалар касалликлар” Тошкент 2010 йил 32-39 бет.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Кабилова Д.К., Эргашзода Х.Ш.

Central Asian Medical University, Республика Узбекистан, город Фергана

Актуальность. Дети школьного возраста продолжают формироваться как в физиологическом, так и в иммунологическом аспектах. Пневмония у этой возрастной группы отличается вариабельностью клинических проявлений, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. Учащиеся школ подвергаются воздействию множества факторов риска: стресс, переутомление, высокая плотность контактов в коллективе, снижение физической активности и неполноценное питание. Всё это может способствовать развитию и утяжелению течения респираторных заболеваний, в том числе пневмонии. Изучение клинических особенностей течения пневмонии у детей школьного возраста позволяет своевременно выявлять неблагоприятные формы заболевания, прогнозировать течение и разрабатывать эффективные стратегии терапии и профилактики.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения пневмонии у детей школьного возраста, выявить факторы, влияющие на тяжесть и продолжительность заболевания, а также определить основные проблемы, осложняющие диагностику и лечение.

Материалы и методы. В исследование были включены 100 детей школьного возраста (от 7 до 12 лет), госпитализированных с диагнозом внебольничной пневмонии. Анализ проводился на основании данных медицинской документации, включающей анамнез, клинические проявления, длительность заболевания, данные лабораторных исследований (общий анализ крови, уровень С-реактивного белка, прокальцитонина) и рентгенологические признаки. Также учитывались сопутствующие заболевания (бронхиальная астма, частые ОРВИ, анемия), образ жизни и условия проживания. Дополнительно проводилось анкетирование родителей по вопросам приверженности к лечению, питанию, условиям в семье и физической активности ребёнка. Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей того же возраста, не болевших пневмонией в течение последнего года.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у $42 \pm 4,6\%$ детей школьного возраста пневмония протекала в среднетяжёлой форме, а у $18 \pm 3,8\%$ — в тяжёлой форме, требующей более длительной госпитализации и антибактериальной терапии. У $35 \pm 4,5\%$ детей выявлены признаки железодефицитной анемии, а у $29 \pm 4,2\%$ — сопутствующий

гиповитаминоз (особенно витаминов D и C), что могло способствовать более затяжному течению заболевания. У $40\pm 4,7\%$ детей отмечалось наличие коморбидных состояний, в том числе хронические тонзиллиты, аденоидиты и бронхиальная гиперреактивность.

Наиболее частыми симптомами были кашель ($94\pm 2,3\%$), повышение температуры тела ($88\pm 3,1\%$) и слабость ($71\pm 4,4\%$). При этом у $33\pm 4,6\%$ детей имелись признаки дыхательной недостаточности. Рентгенологические изменения (очаговая инфильтрация, усиление лёгочного рисунка) наблюдались у $78\pm 3,9\%$ пациентов.

В сравнении с контрольной группой, дети с пневмонией имели более низкие показатели физической активности и чаще пропускали школьные занятия ($p<0,01$). Отмечено, что у детей, получавших полноценное питание и витаминную поддержку, заболевание протекало легче и с меньшим числом осложнений.

Выводы. У детей школьного возраста пневмония характеризуется значительным клиническим разнообразием и нередко осложняется сопутствующими состояниями, такими как анемия, гиповитаминоз и хронические очаги инфекции. Тяжесть и продолжительность заболевания во многом зависят от общего состояния организма, пищевого статуса и наличия коморбидной патологии. Для эффективного ведения таких пациентов необходим комплексный подход, включающий своевременную диагностику, адекватную терапию, контроль уровня витаминов и микроэлементов, а также организацию последующего медицинского наблюдения и реабилитации.

БОЛАЛАРДА УЧРАЙДИГАН ЎТКИР БИТИШМАЛИ ИЧАК ТУТИЛИШИ

Исроилов М.С.

Фарғона Жамоат Саломатлик Тиббиёт Институтини, Факультатив ва госпитал жарроҳлик кафедраси

Болаларда битишмали ичак тутилиши абдоминал хирургиянинг кенг тарқалган долзарб муоммоларидан бири бўлиб, шошилишч хирургик амалиётни талаб этадиган касаллик ҳисобланади. Барча ичак тутилишлари орасида бу 30- 40%ни ташкил этади (А.Ф.Дронов, И.В.Поддубный, В.И.Котлобовский). Болалардаги релапаротомия хирургик амалиётнинг 60% и ўткир битишмали ичак тутилиши туфайли бажарилади. Охириги йилларда битишмали ичак тутилиши билан касалланган беморлар сонинг ошиши кузатилмоқда (Дадаев Ш.А, Ким С.В, Абдуҳакимов А.А.). Бу эса бир қанча олимларнинг фикрига кўра, бу каби хирургик амалиётларининг сони ва ҳажмининг ошиши ташхисни ўз вақтида қўйилмаслиги ва асосланмаган хирургик амалиётларнинг кўплаб қилиниши сабаб бўлмоқда. Болаларда ўткир ичак тутилишини даволаш ва унинг профилактикаси доимий янгилашишига қарамасдан, ҳозирги вақтга қадар унинг салбий оқибатлари 5-7% ини ташкил этади (Иванова М.Н, Коновалов А.К, Ш.Т Салимов).

Ўткир битишмали ичак тутилиши билан 3 ёшгача бўлган болалар кам касалланиб, ундан юқори ёшдаги болалар кўпроқ бу дардга чалинади, кўпроқ ўғил болалар бу касаллик билан оғрийди.

Клиник амалиётда битишмали ичак тутилишининг иккита асосий тури ажратилади:

1. Эрта битишмали ичак тутилиши.
2. Кечки битишмали ичак тутилиши.

Эрта битишмали ичак тутилиши хирургик амалиётининг 3-4 ҳафтасида пайдо бўлади, кечки битишмали ичак тутилиши хирургик амалиётдан сўнг ой ва йиллар ўтиб пайдо бўлади. Мана шу касалликнинг икки турга ажратилиши бу касалликнинг даволаш тактикасида ўз хусусиятларига эга.

Битишмалар ҳосил бўлишида қорин бўшлиғининг касалликлари оқибатида ифлосланиши ва антибиотикларга чидамли микрофлоранинг пайдо бўлиши ҳисобланади. Қорин бўшлиғида яллиғланиш жараёнларининг узокқа чўзилиши, қорин бўшлиғида битишмаларнинг жадал ҳосил бўлишига олиб келади. Битишмали ичак тутилишининг ҳамма турлари қорин бўшлиғида кечадиган ўткир хирургик касалликлар (аппендицит, ичак инвагинацияси) ва қорин бўшлиғи органларнинг шикастланиши натижасида ва гоҳида режали релапаротомия хирургик амалиётлардан сўнг ҳам ривожланиши мумкин. Битишмалар ҳосил бўлиши сабабларидан яна бири аҳолининг аллергияга бўлган сезгирлигининг ошиб кетиш натижасида ҳам келиб

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

чиқади. Бир қанча олимларининг фикрига кўра, организм иммун системаси битишмалар ҳосил бўлиш патогенезида муҳим роль ўйнайди.

Кўпгина чет эл олимлари ва Россиялик олимлар томонидан илмий янгиликлар қилинишига қарамасдан, бу касалликнинг муаммоси ва даволаш натижаларини бир хилда баҳолаб бўлмайди. (Абаховский А.А, Дадаев Ш.А, Тиллаев А.А). Олимлар операция вақтидаги асоратлар сонининг ошишини сабаб қилиб кўрсатмоқдалар. Битишмали касалликни лапароскопик даволашда француз болалар хирурглари (F. Vesteur ва R. Besson) бир мунча тажрибага эгадирлар. Улар 86та беморни даволаш натижалари ҳақида маълумот беришди. 66 та (76,6%) болаларда ичак тутилишини эндоскопик усулда бартараф этишди. Лекин 5 та беморда интероперацион асоратлар (ингичка ичак перфорацияси) кузатилди. Бу бемор болаларда лапаротомия ўтказилиб, ичак перфорациясини Тикиш операцияси ўтказилди. Белгиялик хирурглар В.Navez, J. Arimont ва Р.Guiotrap 68 та беморда лапароскопик адгезиолизис битишмали ичак тутилишида бажарилган. Шуларнинг 31 тасида эндоскопик ичак тутилишини бартараф этиш муваффақиятли бажарилган. Интераоперация ингичка ичак шикастланишнинг фоиз даражаси француз хирургларига қараганида жуда юкори бўлиши кузатилган (6 та беморда асорат бўлиб, 9% ни ташкил этган). Иккита ўлим ҳолати кузатилган. Ўткир битишмали ичак тутилиши билан оғриган беморларда лапароскопик амалиётни ўтказишда ичак қовузлоқларининг кенгайиб кетиши ва бири бири билан ёпишиб кетиши лапароскопик операцияда ичакнинг перфорация бўлиши мумкин. Бироқ махсус усулларни қўллаш ва ҳамма қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда корин бўшлиғи пункциясини бажариш хавфсиз бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, операциядан кейинги жароҳаталарда асоратлар кузатилмайди, беморларнинг стационарга келиши камаяди. Ҳамма ҳолларда лапароскопик хирургик амалиётдан сўнг яхши косметик натижага эришилади.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЁПИҚ ШИКАСТЛАНИШИ

Исроилов М.С., Жўраев С.Б., Солиева Д
Фарғона Жамоат Саломатлик Тиббиёт Институтини,
Факультатив ва госпитал жарроҳлик кафедраси

Болаларда қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланиши барча шикастланишларнинг 3 % ини ташкил қилади. Кўпинча паренхиматоз аъзолар (талоқ, жигар, буйраклар) шикастланади. Ковак аъзолардан асосан, ўн икки бармоқли ичак шикастланади. Абдоминал шикастланишлар асосан 9 ёшдан 12-13 ёшгача, кўпроқ ўғил болаларда учрайди.

Шикастланишларнинг кўп миқдори баҳор ва куз ойларига тўғри келади. Шикастланишларнинг асосий сабабларидан бири йўл ҳаракати қоидаларига риоя қилмаслик ва ёмон маиший шароит. Охириги ўн йил давомида автомобиль ҳалокатлари туфайли шикастланишнинг ошиши кузатиляпти.

Паренхиматоз аъзонинг шикастланиш характери ва чуқурлигига қараб, қуйидаги турлари тафовут қилинади:

1. Субсероз ва капсула ости гематомалари.
2. Аъзонинг ички гематомалари.
3. Паренхиматоз аъзонинг дарз кетиши ва ёрилиши, капсула бутунлигининг бузилиши билан.
4. Аъзонинг мажақланиши.
5. Аъзонинг бир қисми ёки бутунлигича узилиши.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланиши қоринга ёки белга қаттиқ зарбларда, автомобилдан шикастланишда, спорт, юқори баландликдан йиқилишда, эзилишда ва ҳ.к. Қорин бўшлиғи ички аъзоларининг шикастланишга таъсир этувчи асосий омиллардан бири уларнинг шикастланиш вақтидаги ҳолатидир. Қорин девори мушакларининг актив таранглашуви ички аъзоларни шикастланишдан ҳимоя қилади. Тўлган ковак аъзо осон ёрилади ва унинг ички таркиби қорин бўшлиғига эркин чиқади. Аъзонинг патологик ўзгариши кичик шикастланишда ҳам унинг жароҳатланишига мойилдир.

Ҳозирги вақтда педиатрияда лапароскопия қорин бўшлиғи ёпиқ шикастланишга гумон бўлганда кенг қўлланилмоқда, айниқса, кўшма шикастланишларда қориндаги ёпиқ шикастланишнинг клиник манзараси камаяди. Лапароскопик текширув методикасига ҳозирги кунда ўзгаришлар киритиляпти.

Лапароскопияга кўрсатмалар:

1. Клиник жараённинг ва қўшимча текширув метод натижаларининг ноаниқлиги.

2. Динамик кузатув давомида ички аъзолар шикастланишини инкор этишнинг иложи бўлмаганида, айниқса, қўшма шикастланишларда.

Кейинги вақтларда лапароскопия қорин бўшлиғига қон кетишнинг яққол кўринишида ва якуний ташхис қўйиш мақсадида лапароскопик гемостаз қилишга ҳаракат қилинмоқда. Агарда иложи бўлмаса рационал оператив қирқимни аниқлаш мақсадида қўлланиляпти.

Лапароскопияга қарши кўрсатма:

Қориндаги ёпик жароҳатларда яққол гипотензияда, қачонки ҚБ фақатгина қон ва кристаллоид эритмалар қуйиш билан ушлаб турилса, у диагностик ва даво лапароскопиясига қарши кўрсатма ҳисобланади. Бу ҳолатларга ички аъзоларнинг катта шикастланиши борлиги ва давом этувчи оғир қон кетишли гемоперитонеум борлиги сабаб бўлади. Бу беморларга тезкор лапаротомия ва қон тўхтатиш кўрсатма бўлади.

Шундай қилиб, болаларда абдоминал шикастланишларда лапароскопияни кенг қўллаш фақатгина, ташхислаш эффективлигини ошириб қолмайди, балки травматик оператив муолажаларни камайтиради, ундан ташқари, аъзоларни сақловчи операцияларни бажаришга кенг имкон беради.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГУБ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.А.Кадырбаева., Сапарбаев М.К., Комилова А.З., Иброхимова Д.М.,
Кошкарбаева С.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

Цель исследования.

Определить влияние травматических повреждений губ на формирование хронической трещины, а также разработать эффективные методы диагностики и лечения. По данным ВОЗ, травмы мягких тканей лица, включая губы, составляют до 12% всех челюстно-лицевых повреждений.

Около 30% пациентов с травмами губ впоследствии сталкиваются с хроническими воспалительными изменениями, а 15–20% случаев прогрессируют до хронической трещины. Хроническая трещина губы снижает качество жизни, вызывая дискомфорт, болевой синдром и повышая риск вторичных инфекций в 3 раза.

Материалы и методы.

Проанализированы 150 клинических случаев пациентов с хронической трещиной губы, возникшей на фоне травм. Возраст пациентов варьировался от 18 до 65 лет, соотношение мужчин и женщин — 2:1. Методы диагностики включали визуальный осмотр, дерматоскопию, цитологическое исследование и бактериологический анализ. Сравнивались методы лечения: консервативная терапия (80 случаев), хирургическая коррекция (40 случаев) и комбинированный подход (30 случаев).

- Консервативная терапия показала успешные результаты в 60% случаев.
- Хирургическая коррекция позволила добиться полного заживления в 85% случаев.
- Комбинированный метод дал лучший результат — 92% случаев успешного заживления.

Результаты и обсуждение.

Основные факторы, предрасполагающие к хронизации процесса после травмы:

- повторная микротравматизация (в 65% случаев);
- недостаточная регенерация тканей (55% случаев);
- воспалительные процессы (70% случаев);
- дефицит витаминов А и Е (30% случаев);
- нарушение прикуса (25% случаев).

Выводы.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

Травматические повреждения губ являются значимым фактором в патогенезе хронической трещины. Ранняя диагностика и комплексный подход к лечению позволяют предотвратить хронизацию процесса и улучшить прогноз для пациентов.

ПРОФИЛАКТИКА И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТОНЗИЛЭКТОМИИ И АДЕНОТОМИИ

Сапарбаев М.К., Комилова А.З., Кошкарбаева С.М., Иброхимова Д.М.
Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан.

Цель исследования.

Изучить влияние тонзилэктомии и аденотомии на развитие и течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) у детей, выявить ключевые факторы риска обострений после операции, определить ранние диагностические маркеры заболевания и разработать эффективные профилактические мероприятия для снижения частоты и тяжести рецидивов.

Материалы и методы.

В исследование включены дети в возрасте от 3 до 14 лет с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС), перенёвшие тонзилэктомию и/или аденотомию. Пациенты разделены на две группы: основную (дети с ХРАС после хирургического вмешательства) и контрольную (дети с ХРАС без оперативного лечения). Проведён ретроспективный анализ медицинской документации для сбора данных о перенесённых операциях, частоте и тяжести рецидивов ХРАС до и после вмешательства. Клиническое обследование включало оценку состояния слизистой оболочки полости рта, количество и характер афтозных высыпаний, а также частоту рецидивов. Лабораторные исследования проводились для выявления возможных воспалительных процессов и оценки состояния иммунной системы, включая общий анализ крови и определение уровней иммуноглобулинов (IgA, IgG, IgM). Микробиологическое исследование полости рта осуществлялось для выявления патогенной микрофлоры. Полученные данные подвергались статистической обработке с использованием методов математической статистики для выявления значимых различий и факторов риска между основной и контрольной группами.

Результаты.

У детей с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС), перенёвших тонзилэктомию и/или аденотомию, отмечено увеличение частоты и тяжести рецидивов заболевания в постоперационном периоде. Лабораторные исследования выявили снижение уровня иммуноглобулина А (IgA) в слюне, что может свидетельствовать о снижении местного иммунитета. Микробиологический анализ показал повышенную колонизацию полости рта патогенной микрофлорой, включая *Streptococcus mutans* и *Candida albicans*. Статистический анализ подтвердил значимые различия между основной и

контрольной группами по частоте рецидивов и состоянию местного иммунитета, подчёркивая необходимость разработки специализированных профилактических мероприятий для детей после тонзилэктомии и аденотомии.

Выводы.

У детей, перенёсших тонзилэктомию и/или аденотомию, наблюдается увеличение частоты и тяжести рецидивов хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) в постоперационном периоде. Это сопровождается снижением уровня иммуноглобулина А (IgА) в слюне, что указывает на ослабление местного иммунитета. Кроме того, отмечается повышенная колонизация полости рта патогенной микрофлорой, включая *Streptococcus mutans* и *Candida albicans*. Данные результаты подчёркивают необходимость разработки и внедрения специализированных профилактических мероприятий для таких пациентов, а также регулярного мониторинга состояния слизистой оболочки полости рта и показателей местного иммунитета для своевременной коррекции возможных нарушений.

EARLY DETECTION AND SURGICAL TREATMENT OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN NEWBORNS

Khalilov D.N.

Central Asian Medical University, Fergana regional children's multidisciplinary medical center, Fergana. Uzbekistan

Early diagnosis and surgical treatment of Hirschsprung's disease (HD) in infants are the main factors in preventing late complications.

The aim of the study was to improve the results of treating HD in infants based on the study of early diagnosis.

Material and methods. Our experience in treating 62 infants with HD over the past 5 years is based on the analysis of data from clinical base of the department pediatric surgery at Fergana regional children's multidisciplinary medical center. There were 51 boys and 11 girls. All children underwent general physical, laboratory, bacteriological, irrigographic, and morphological examinations. The patients were divided into two groups: the first group - 38 (61.2%) infants with a typical clinical course, the second - 24 (38.8%) patients with an atypical clinical course of HD.

Results. Surgical treatment of HD in infants was based on the characteristics of the clinical course and the reliability of early diagnosis. In patients of the first group with the acute form of HD with typical clinical manifestations, radiologically confirmed aganglionic zone (AG), stool retention (SR), and absence of Hirschsprung-associated enterocolitis (HAEC) symptoms, the true clinical course developed on the 2nd-5th day after the child's birth.

In cases of long aganglionic zones, the clinical course proceeded as a low-grade form of acute intestinal obstruction (AIO); the second group of patients with atypical clinical course of Hirschsprung's disease (HD) had Hirschsprung-associated enterocolitis (HAEC) with green stool and diarrheal syndrome against the background of dysbiosis. A direct relationship was noted between HAEC and the length of the aganglionic zone. Combination of HD with HAEC was observed in 7 patients. Irrigography revealed unclear total narrowing or its complete absence in short aganglionic zones. The typical clinical course of HD was often observed in 5 newborns during the first 2 weeks of life, with functional disorders combined with: birth-related craniocerebral trauma, spinal trauma, severe pneumonia, sepsis, and intrauterine infection. It should be noted that irrigography in the first months of life should be used only to exclude organic AIO in children suspected of HD.

In the atypical clinical course of HD, delayed irrigography in anteroposterior and lateral projections is recommended. Conservative therapy was successful as a surgical tactic in the treatment of HD in 540 infants with a favorable course without HAEC.

In 7 newborns with HAEC symptoms, the scope of treatment was expanded to include infusion and antibacterial therapy.

In proximal forms of HD, a colostomy was performed in 5 cases. Radical surgical treatment of the acute form of HD with symptoms of AIO was carried out from 9 days of age using the transanal endorectal pull-through (TEPT) method.

In distal forms of Hirschsprung's disease in infants, transanal endorectal pull-through (TEPT) was performed in 55 cases, which is the most radical and gentle method. There were no postoperative complications. Patients were discharged home on the 7th day after surgery. During monthly follow-up examinations, signs of fecal incontinence were absent, with stool frequency increasing to 2-3 times a day. After a course of electrostimulation, these symptoms gradually disappeared. An individualized approach to surgical treatment in infants allowed for a reduction in the frequency of Hirschsprung-associated enterocolitis (HAEC), achieving success in acute cases and distal forms of Hirschsprung's disease in infancy.

Conclusion: In Hirschsprung's disease in infants, the diagnostic standard is irrigography; in acute cases and distal forms, without HAEC, the method of choice is TEPT.

CONDITION OF DOLICHOCOLON IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD: LATE COMPLICATIONS AND CONSTIPATION RATE

Ochilov I.Y.

Fergana Medical Institute of Public Health, FRCMMC, Fergana, Uzbekistan

Introduction

Dolichocolon, a condition characterized by an elongated colon, is often associated with chronic constipation in children. This condition can lead to significant complications if left untreated or poorly managed. The focus of this response is on the late complications of dolichocolon and the rate of constipation in children under 5 years old.

Definition and Pathophysiology

Dolichocolon is a condition where the colon becomes elongated, leading to impaired motility and chronic constipation. This condition is often associated with functional constipation, which is defined by the Rome IV criteria as the presence of two or more of the following symptoms: infrequent bowel movements, hard or lumpy stools, painful defecation, and the sensation of incomplete evacuation [3] [11].

Late Complications of Dolichocolon

The late complications of dolichocolon are primarily related to the chronic nature of constipation and the structural changes in the colon. These complications include:

1. **Bowel Obstruction:** Chronic constipation can lead to the accumulation of fecal matter, which can cause a mechanical obstruction in the bowel. This is a serious complication that may require surgical intervention [6].
2. **Fecal Impaction:** Prolonged constipation can result in the formation of a hard, immobile mass of stool in the colon, known as fecal impaction. This can cause severe abdominal pain, nausea, and vomiting [8] [12].
3. **Colonic Perforation:** In severe cases, the increased pressure within the colon due to chronic constipation can lead to perforation of the colonic wall, which is a life-threatening condition requiring emergency surgery [6].
4. **Gastrointestinal Bleeding:** The passage of hard stools can cause tears in the anal mucosa, leading to rectal bleeding. This is a common complication in children with chronic constipation [8] [12].
5. **Urinary Incontinence:** Chronic constipation can also lead to urinary incontinence due to the increased pressure on the bladder and urethra caused by the accumulation of fecal matter [18].

Rate of Constipation in Children Under 5 Years Old

The prevalence of constipation in children under 5 years old varies depending on the population studied. However, several studies have reported the following rates:

1. Prevalence of Constipation: The prevalence of constipation in children under 5 years old is reported to be between 17.1% and 28.8%. This high prevalence is often attributed to dietary factors, such as low fiber intake, and behavioral factors, such as toilet training practices [4] [8] [17].
2. Persistent Constipation: Studies have shown that approximately 50% of children with constipation will continue to experience symptoms into adolescence and adulthood. This highlights the importance of early intervention and management [1] [20].
3. Impact of Diet: Low dietary fiber intake is a significant risk factor for constipation in children. A study conducted in Hong Kong found that children with constipation had significantly lower intakes of dietary fiber, vitamin C, folate, and magnesium compared to non-constipated children [4].

Risk Factors for Constipation in Children Under 5 Years Old

Several risk factors have been identified that contribute to the development of constipation in children under 5 years old. These include:

1. Dietary Factors: Low fiber intake, high consumption of milk, and inadequate fluid intake are significant dietary risk factors for constipation in children [4] [8] [17].
2. Toilet Training Practices: Toilet training before the age of 1.5 years or after 2 years has been identified as a risk factor for constipation. This is thought to be due to the child's resistance to toilet training, leading to stool withholding [17].
3. Psychological Factors: Psychological stressors, such as fear of using the toilet, can contribute to the development of constipation in children. This is often seen in children who have had negative experiences during toilet training [2] [12].
4. Socioeconomic Factors: Children from low socioeconomic backgrounds are at a higher risk of developing constipation due to limited access to high-fiber foods and inadequate healthcare resources [2] [8].

Management and Treatment of Constipation in Children Under 5 Years Old

The management of constipation in children under 5 years old involves a combination of dietary modifications, behavioral interventions, and pharmacological treatments.

The following are some of the key strategies:

1. Dietary Modifications: Increasing the intake of dietary fiber through fruits, vegetables, and whole grains is a first-line approach to managing constipation in children. Adequate fluid intake is also essential to prevent the formation of hard stools [4] [8] [17].
2. Behavioral Interventions: Behavioral therapy, such as toilet training and the establishment of a regular bowel routine, can help children overcome constipation. Positive reinforcement and reward systems can be effective in encouraging children to use the toilet regularly [12] [14].

3. Pharmacological Treatments: Osmotic laxatives, such as polyethylene glycol, are commonly used to treat constipation in children. These medications work by increasing the amount of water in the stool, making it easier to pass. Stimulant laxatives may also be used in cases of severe constipation [5] [12].
4. Biofeedback Therapy: Biofeedback therapy has been shown to be effective in treating constipation in children by helping them become aware of their bowel movements and improving pelvic floor muscle function [5] [14].

Conclusion

Dolichocolon in children under 5 years old is a significant condition that can lead to serious late complications if not properly managed. The high prevalence of constipation in this age group highlights the need for early intervention and a comprehensive approach to treatment. By addressing dietary, behavioral, and psychological factors, healthcare providers can help children achieve long-term relief from constipation and prevent the development of complications.

Table: Key Findings on Constipation in Children Under 5 Years Old

Aspect	Details	Citation
Prevalence	17.1% to 28.8% of children under 5 years old experience constipation.	[4] [8] [17]
Persistent Constipation	Approximately 50% of children with constipation will have persistent symptoms into adolescence.	[1] [20]
Dietary Risk Factors	Low fiber intake, high milk consumption, and inadequate fluid intake.	[4] [8] [17]
Toilet Training	Toilet training before 1.5 years or after 2 years increases the risk of constipation.	[17]
Psychological Factors	Fear of using the toilet and negative toilet training experiences contribute to constipation.	[2] [12]
Socioeconomic Factors	Children from low socioeconomic backgrounds are at higher risk.	[2] [8]
Management Strategies	Dietary modifications, behavioral interventions, and pharmacological treatments are effective.	[4] [8] [12] [14]

References:

1. N. Elshimy et al. Outcome in children under 5 years of age with constipation: a prospective follow-up study. // International Journal of Clinical Practice. 2000. Vol. 54, № 1. P. 25–27.
2. Ioannis Christakis. The prevalence of bowel and bladder function during early childhood: a population-based study // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2023. Vol. 77, № 1. P. 47–54.
3. B. Gallagher, D. West, J. W. L. Puntis. Characteristics of children under 5 referred to hospital with constipation: a one-year prospective study. // International Journal of Clinical Practice. 1998. Vol. 52, № 3. P. 165–167.
4. Warren T. K. Lee et al. Increased prevalence of constipation in pre-school children is attributable

- to under-consumption of plant foods: A community-based study // *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2008. Vol. 44, № 4. P. 170–175.
5. T. I. Shevchenko et al. Comparative morphometric characteristics of the dolichocolon decompensated stage // *Sibirskij žurnal kliničeskoj i èksperimental'noj mediciny*. 2023.
 6. Sumanth Reddy Musali, Archana Reddy Damireddy. Prevalence and profile of functional constipation among children aged 1–12 years at a tertiary care center. 2023. Vol. 11. P. 48–54.
 7. Siddharth Jain Gunjan Kela. Constipation in Children and Adolescent: A Hospital Based Study of Clinical Presentation with Respect to Etiology // *International journal of science and research*. 2023.
 8. Shaman Rajindrajith, Niranga Manjuri Devanarayana, Marc A. Benninga. Childhood constipation: Current status, challenges, and future perspectives // *World Journal of Clinical Pediatrics*. 2022. Vol. 11, № 5. P. 385–404.
 9. Paul Allen, Aniruddh Setya, Veronica Lawrence. *Pediatric Functional Constipation*. 2019.
 10. Najmus Saqib, Mahvish Qazi, Rohit Chib. Functional constipation in children: sociodemographic and risk factors analysis from a tertiary care teaching hospital of northern india // *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2024. P. 72–77.
 11. Mahmood Haghghat et al. Investigation of Demographic and Clinical Characteristics of Children with Constipation Referring to the Pediatric Gastrointestinal Clinic, Shiraz in 2014 - 2016 // *shiraz e medical journal*. 2018. Vol. 19, № 2.
 12. M Classen et al. Constipation in Children and Adolescents. // *Deutsches Arzteblatt International*. 2022. Vol. Forthcoming.
 13. Laurent Michaud et al. Outcome of Functional Constipation in Childhood: A 10-Year Follow-Up Study // *Clinical Pediatrics*. 2009. Vol. 48, № 1. P. 26–31.
 14. Katarzyna Stępień et al. Functional Constipation in Children: overview and new outcomes // *Quality in Sport*. 2025. Vol. 37. P. 57066–57066.
 15. Kaninghat Prasanth. Functional Constipation in Children // *Annals of Pediatric Gastroenterology & Hepatology*. 2022. Vol. 1, № 1. P. 1–9.
 16. I. Made Suwananta et al. Toilet Training and Less Fiber Consumption as Risk Factors of Constipation in Preschool Children // *International journal of health sciences*. 2020. Vol. 4, № 3. P. 83–92.
 17. Glen Lazarus, Michelle Clarissa Junaidi, Hanifah Oswari. Relationship of Functional Constipation and Growth Status: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2022. Vol. 75. P. 702–708.
 18. Elvira Ingrid Levy et al. Functional constipation in children: challenges and solutions // *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*. 2017. Vol. 8. P. 19–27.
 19. David Avelar Rodriguez et al. Functional Constipation and the Gut Microbiome in Children: Preclinical and Clinical Evidence. // *Frontiers in Pediatrics*. 2021. Vol. 8. P. 595531–595531.
 20. Daniel Alfonso Cisneros Sevilla et al. The use of two Comfort Young Child Formulas in the dietary management of toddlers with functional constipation: a randomized controlled trial // *BMC Pediatrics*. 2022. Vol. 22, № 1.

LIGASURE APPARATINING GEMORROIDEKTOMIYA OPERATSIYASIDA SAMARADORLIGI VA UNING QON KETISH PROFILAKTİKASIDAGI ROLI

Qo'ziboyev SHohruhbeK, To'ychiev Ibrohim

Farg'ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti

«Fakultet va gospital jarrohlik» kafedrası

Annotatsiya. Gemorroy – anorektal sohada keng tarqalgan patologiya bo'lib, gemorroidal tugunlarning varikoz kengayishi, ularning trombozi, rektal qon ketishlari bilan namoyon bo'ladi. Ushbu kasallik dunyo miqyosida kattalar orasida koloproktologik amaliyotda eng ko'p uchraydigan kasalliklardan biri hisoblanadi. Mazkur tadqiqot doirasida gemorroy tashxisi bilan davolangan hamda gemorroidektomiyadan keyingi asoratlari kuzatilgan bemorlarning kasallik tarixlari retrospektiv tahlil qilindi. Tadqiqot Farg'ona shahridagi «Ibrohim Hakim Tabobat» xususiy klinikasining koloproktologiya bo'limi ma'lumotlariga asoslangan. Tadqiqotda gemorroy kasalligining zamonaviy davolash choralaridan biri xisoblangan LigaSure apparati yordamida gemorroidal tugunlarni olib tashlash usulining afzalliklari va operatsiyadan keying davrda anorektal jarohatdan qon ketishni profilaktisi tahlil qilingan.

Kalit so'zlar: gemorroy, jarrohlik davolash, asoratlar, LigaSure.

Kirish.

Gemorroy proktologik kasalliklar orasida yetakchi o'rinni egallab, zamonaviy koloproktologiyaning eng murakkab va to'liq hal etilmagan muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Uning tarqalish darajasi har 1000 nafar kattalarga 130–145 ta holatni tashkil etadi. Bugungi kunga kelib, gemorroyni jarrohlik yo'li bilan davolashning 300 dan ortiq usuli ma'lum. Eng ko'p qo'llaniladigan usul Milligan-Morgan gemorroidektomiyasi bo'lib hisoblanadi. Biroq, ushbu usulning bir qator kamchiliklari mavjud, jumladan operatsiyadan keyin kuchli og'riq sindromining rivojlanishi, reabilitatsiya davrining uzoqligi (3-6 hafta), ko'p miqdorda qon yo'qotish ehtimoli, anal stenozi va strikturalar rivojlanish xavfi, shuningdek, ikkilamchi infeksiya va yiringlash ehtimolining yuqoriligi. Shu sababli, hozirgi kunda gemorroy kasalligini davolashda kamroq invaziv va samaradorligi yuqori bo'lgan zamonaviy usullar qo'llanilmoqda. Ular qatoriga LigaSure yordamida gemorroidektomiya – yuqori chastotali elektrotermal koagulyatsiya yordamida qon tomirlarini yopish va tugunlarni olib tashlash usuli, THD (Transanal gemorroidal dearterializatsiya) – Doppler ultratovush nazorati ostida gemorroidal arteriyalarni bog'lash texnikasi, Longo usuli (stapler gemorroidektomiya) – maxsus shtapler yordamida gemorroidal to'qimalarni qisqartirish va tikish usuli, lazerli gemorroidektomiya – lazer yordamida gemorroidal

tugunlarni minimal travmatik yoʻl bilan koagulyatsiya qilish, skleroterapiya – gemorroidal tugun ichiga maxsus sklerozant modda yuborish orqali ularni yoʻqotish, shuningdek, lateks halqa bilan bogʻlash (ligatura) – gemorroidal tugunni siqib qon taʼminotini toʻxtatish va uning nekrozlanishiga erishish kiradi. Ushbu zamonaviy usullar bemorlarda operatsiyadan keyingi noqulayliklarni kamaytirish, tiklanish muddatini qisqartirish va asoratlar xavfini pasaytirish imkonini beradi.

Gemorroyni davolashda LigaSure apparati yordamida gemorroidektomiya usuli zamonaviy va samarali texnologiya sifatida eʼtirof etilmoqda. LigaSure — gemorroyektomiyada qoʻllaniladigan qurilma boʻlib, diametri 7 mm gacha boʻlgan qon tomirlarni koagulyatsiya qiladi va qoʻshni toʻqimalarga 2 mm gacha termik shikastlantiradi. Ushbu usul anʼanaviy Milligan-Morgan gemorroidektomiyasiga nisbatan bir qator afzalliklarga ega. Jumladan, operatsiya vaqtining qisqarishi, operatsiyadan keyingi ogʻriq sindromining kamayishi, kamroq qon yoʻqotilishi va bemorlarning tezroq reabilitatsiya qilinishi. Shu sababli, LigaSure texnologiyasi gemorroyni jarrohlik yoʻli bilan davolashda istiqbolli usul sifatida qaralmoqda.

Tadqiqot maqsadi. Fargʻona shahridagi «Ibrohim Hakim Tabobat» xususiy klinikasining koloproktologiya boʻlimida gemorroidektomiya, jumladan, **LigaSure** texnologiyasidan foydalanilgan jarrohlik amaliyotining samaradorligini aniqlash hamda operatsiyadan keyin kuzatilgan asoratlar tarkibini tahlil qilish va baholash.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2024 yilda Fargʻona shahridagi «Ibrohim Hakim Tabobat» xususiy klinikasining koloproktologiya boʻlimida davolangan bemorlarning kasallik tarixlari retrospektiv tahlil qilindi. Tadqiqot doirasida 1–4-bosqich surunkali gemorroy va oʻtkir gemorroy tashxisi qoʻyilgan bemorlar oʻrganildi. Shuningdek, gemorroidektomiyadan keyingi erta asoratlar hamda ilgari gemorroy boʻyicha operatsiya oʻtkazgan va asoratlar bilan qayta murojaat qilgan bemorlar aniqlangan.

Davolangan bemorlar soni jami 484 nafarni tashkil etdi. Gender tarkibida sezilarli farq kuzatildi: 69 % bemorlar erkaklar, 31 % esa ayollar boʻlib, bu umumiy statistik maʼlumotlarga mos keladi. Ularning 27 % shaharda, 73 % esa qishloq hududlarida istiqomat qiluvchi bemorlar edi.

Surunkali gemorroyning 1-bosqichi bilan tashxislangan bemorlar aniqlanmagan (0 %), 2-bosqich – 11 %, 3-bosqich – 68,2 %, oʻtkir gemorroy – 10,3 %, 4-bosqich – 10,5 % ni tashkil etdi. Oʻrtacha statsionar davolanish muddati 5,2 kun boʻldi. 2024 yilda Fargʻona shahridagi «Ibrohim Hakim Tabobat» xususiy klinikasining koloproktologiya boʻlimida gemorroidektomiya oʻtkazilgan 484 nafar bemorning kasallik tarixlari retrospektiv tahlil qilindi. Tadqiqot doirasida 1–4-bosqich surunkali gemorroy va oʻtkir gemorroy tashxisi bilan operatsiya qilingan bemorlar oʻrganildi. Shuningdek, operatsiyadan keyingi erta asoratlar hamda ilgari gemorroy boʻyicha operatsiya oʻtkazgan va asoratlar bilan qayta murojaat qilgan bemorlar aniqlangan.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

Bemorlarning 40 nafari (8,3 %) LigaSure texnologiyasidan foydalangan holda gemorroidektomiya qilingan bo'lib, qolgan 444 nafar bemorda qolgan jarrohlik usullari qo'llangan. LigaSure usuli bilan operatsiya qilingan bemorlarning 58,1 % ida 3-bosqich gemorroiy, 31,2 % ida 2-bosqich gemorroiy, 10,7 % ida esa 4-bosqich gemorroiy tashxisi qo'yilgan.

LigaSure usuli qo'llangan bemorlarda kuzatilgan natijalar:

- Operatsiya davomiyligi an'anaviy usulga nisbatan 3,1 baravar qisqargan (o'rtacha 15,7 daqiqa, an'anaviy usulda esa 48 daqiqa).
- Kuchli og'riq sindromi LigaSure usulida 17,5 % bemorda kuzatilgan bo'lsa, an'anaviy usulda bu ko'rsatkich 68 % ni tashkil etgan.
- Operatsiyadan keyingi qon ketish LigaSure bilan operatsiya qilingan bemorlarda kuzatilmagan, an'anaviy usulda esa 3,8 % holatda qayd etilgan.
- Dizurik asoratlari (siydik chiqarish buzilishlari) LigaSure usulida 2,5 %, an'anaviy usulda esa 7,5 % ni tashkil etgan.
- Peryanal shish LigaSure usuli qo'llangan bemorlarda 5 %, an'anaviy usulda esa 9,4 % kuzatilgan.
- Shifoxonada qolish muddati LigaSure usulida 4,8 kun, an'anaviy usulda esa 5,4 kun bo'lgan.

LigaSure texnologiyasining yuqoridagi afzalliklari uning kamroq invazivligi, minimal termik shikastlanish bilan to'qimalarni koagulyatsiya qilish imkoniyati hamda bemorlarning tiklanish jarayonini tezlashtirishi bilan bog'liqdir. Ushbu natijalar LigaSure texnologiyasining gemorroidektomiya jarayonida samaradorligini ko'rsatadi va uni kelajakda kengroq qo'llash imkoniyatini ochib beradi.

Jadval 1. LigaSure va boshqa usullar bilan operatsiya qilingan bemorlarning taqsimoti

Operatsiya usuli	Jami bemorlar soni	2-bosqich (%)	3-bosqich (%)	4-bosqich (%)
LigaSure	40	31,2 %	58,1 %	10,7 %
Boshqa usullar	444	25,4 %	60,8 %	13,8 %
Jami	484	-	-	-

Jadval 2. LigaSure va boshqa usul qo'llangan bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlari

Asoratlari	LigaSure (%)	Boshqa usullar (%)
Kuchli og'riq sindromi	17,5 %	68 %
Qon ketish	0 %	3,8 %
Dizurik asoratlari	2,5 %	7,5 %
Peryanal shish	5 %	9,4 %
O'rtacha shifoxonada qolish muddati (kun)	4.8kun	5.4 kun

Jadval natijalari shuni ko'rsatadiki, Jadval natijalari shuni ko'rsatadiki, LigaSure usuli boshqa usullar bilan solishtirilganda operatsiya va reabilitatsiya jarayonida kamroq asoratlari bilan kechgan hamda shifoxonada qolish muddati qisqargan. Ushbu

texnologiya qo'llanilgan bemorlarda qon ketish holatlari umuman kuzatilmagan, bu esa uning yuqori samaradorligini tasdiqlaydi. LigaSure usulining asosiy afzalliklaridan biri qon tomirlarini aniq elektroligatsiya qilish orqali ishonchli gemostazni ta'minlashdir. Ushbu mexanizm tufayli operatsiyadan keyin bemorlarda qon ketish holatlari kuzatilmagan bo'lib, bu bemorlarning xavfsizligini oshirish va tiklanish jarayonini tezlashtirishga yordam beradi.

Xulosa.

Ushbu tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, LigaSure apparati yordamida bajarilgan gemorroidektomiya an'anaviy jarrohlik usullariga nisbatan sezilarli afzalliklarga ega. Operatsiya muddati qisqargan, bemorlarda kuchli og'riq sindromi va qon ketish holatlari kamaygan, shuningdek, rehabilitatsiya jarayoni tezlashgan. LigaSure texnologiyasining kam invazivligi va ishonchli gemostazni ta'minlash xususiyati uning proktologik amaliyotda samarali qo'llanilishi mumkinligini ko'rsatadi. Ushbu usulning keng qo'llanilishi bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga hamda operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirishga xizmat qiladi.

Qo'llanilgan adabiyotlar

1. **Кузибоев Ш., Туйчиев И.** Анализ осложнений после геморроидэктомии: клинический случай [Электронный ресурс] // Экономика и социум. – 2025. – №1(128) (дата публикации: 01.2025).
2. Khamraev J. Abdurashid , Eminov I.Ravshanjon.Features of clinical course and tactics of treatment of hemorrhoids in children// Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8,issue 3, pp.320-325
3. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Литтерра 2010; 200
4. Исмаилов Н.Н., Калматов Р.К., Мирзакулов Д.С. Комплексное лечение аноректальных ран после геморроидэктомии. Современные проблемы науки и образования 2017; 6.
5. Климентов М.Н., Стяжкина С.Н., Хайруллин А.А. Анализ осложнений после геморроидэктомии: клинический случай // Пермский медицинский журнал. 2021. Т. XXXVIII, №5. С. 161–164. DOI: 10.17816/pmj385161-164.
6. Курбонов К.М., Мухаббатов Д.К., Ааминова Н.М. Ошибки и осложнения в лечении геморроя // Хирургия. 2001. №3. С. 43–45.
7. Хамраев, А., & Эминов, Р. (2023). Особенности клинического течения геморроя у детей. *Актуальные вопросы детской хирургии*, 1(1), 53-54.

OSHQOZON YARASI VA UNING ASORATLARI: OSHQOZON YARASINING RIVOJLANISHI BILAN BOG‘LIQ BO‘LGAN ASORATLAR, MASALAN, QON KETISH YOKI PERITONIT

Sh.R.Karimjanova, Sh.I.Jaloliddinov

Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti

Annotatsiya: Oshqozon yara kasalligi uning shilliq qavatda yara hosil bo‘lishi hisoblanadi. Oshqozon yara kasalligini kelib chiqishi nasliy, ruhiy, helicobacter pylori va nazoratsiz ayrim dorilarni uzoq muddat qabul qilish tufayli kasallik rivojlanadi, shuningdek asabiylashish, stress, chekish, (sigaret, nosvoy), no‘to‘g‘ri ovqatlanish (shilliq qavatni eroziyaga olib keluvchi va oshqozon shirasi ishlab chiqarilishini kuchaytiruvchi achiq, dudlangan, xamirli taomlar, pishiriqlar, quruq va sovuq ovqatlar, ovqatlanish muntazamligini buzilishi, qahva va boshqalar) sanaladi.

Kalit so‘zlar: Oshqozon yarasi, peptik yara, yarali kasallik, gastrointestinal qon ketish, yara perforatsiyasi, peritonit, oshqozonning teshilishi, helicobacter pylori, oshqozon-ichak muammolari

Kirish. Oshqozon yara kasalligi -surunkali,qaytalanuvchi,qo‘zish va remissiya davrlari almashinib keluvchi kasallik bo‘lib,uning morfologik asosi - shilliq qavatda yara hosil bo‘lishi hisoblanadi.1983-yilda Uorren va Marshall oshqozon shilliq qavatida Campilobacter pylori-grammmanfiy spiralsimon bakteriyani aniqlashdiva uni yara kasalligini asosiy sababchisi sifatida ko‘rsatishdi.Lekin kuzatuvlar natijasida mikroob sog‘lom odamlarda ham piloroduodenal yarali bemorlarda ham aniqlangan.Bundan kelib chiqadiki,uning mavjudligi bevosita yara kasalligi yuzaga kelishiga sabab bo‘lmaydi.Helikobakter pilori semiz hujayralarda gistamin sekretsiasini kuchaytiradi va oqibatida mikrosirkulyatsiya jarayoni buziladi.Bu yara kasalligi rivojlanishiga sabab bo‘ladi.Yara ko‘proq B gastritga chalingan bemorlarda kuzatiladi.Oshqozon yarasi diifuz pangastrit yoki oshqozon tanasi gastritis fondida rivojlanadi.Bunday yallig‘lanish oqibatida kuchsizlanib qolgan shilliq qavatga xlorid kislotaning me‘yoriy sekretsiasini ham salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Aspirin, ibuprofen, naproksen kabi dorilar uzoq muddat qo‘llanganda oshqozon shilliq pardasini himoya qiluvchi prostaglandinlar sintezini kamaytirib, yaraga sabab bo‘lishi mumkin.

Yara kasalligi rivojlanishi 2 ta omilga bo‘linadi:

1.Himoya

2.Agressiv

Himoya	Agressiv
--------	----------

1.Xlorid kislotasi yuqorilligi	1.Epiteliyda regeneratsiya jarayoning me'yorida bo'lishi
2.Pepsin yuqorilligi	2.Regionar qon aylanishning yetarli darajadililigi
3.Helikobakter pylori me'yordan ko'p	3.Antroduodenal kislotalilikni tormozlash.Shilliq qavatda mukopolisaxarid sintezining saqlanishi.
4.Nisbiy moyillik	
5.Duodeno-gastral reflyuks mavjudligi	
6.Zararli odatlar	

Yara Joylashishiga ko'ra

- Tanasi
- Kardial qismi
- Subkardial
- Pilorik qismi
- Antral qismi

Yara turiga ko'ra

1. Yakka
- 2.Ko'p

Kiliniq kechishi bo'yicha

Tipik: Simptomsiz, og'riqsiz

Atipik: Og'riq sindromi bilan.

Oshqozon sekretsiyasiga ko'ra

Oshgan

Me'yorida

Kamaygan

Asoratlarga ko'ra qonash,perforatsiya,penetratsiya,stenoz,malignizatsiya,perivisterit.

Asoratlari.

1.Yaradan qon ketish.Qon ketish holati bemorlarning 10-15%da kuzatiladi.

Oshqozon yarasidan qon ketish quyidagi klinik belgilarga ega:

- Gematemesis – qusish paytida qizil yoki “qahva xushtaki” (qonning oshqozon shirasida parchalanishi natijasida) rangdagi qon ajralishi.
- Melena – qora, qattiq hidli najas, qonning oshqozon-ichak yo'llarida hazm bo'lishi natijasida yuzaga keladi.
- Qon bosimining pasayishi va bosh aylanishi – ortiqcha qon yo'qotilishi natijasida gipovolemik shok rivojlanishi mumkin.
- Teri oqarishi va zaiflik – surunkali qon ketish anemiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Tashxis

Oshqozon yarasidan qon ketishni tashxislash uchun quyidagi usullar qo'llanadi:

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

- Endoskopiya (EGD – ezofagogastroduodenoskopiya) – oshqozon ichki qavati va qon ketish manbalarini vizualizatsiya qilish uchun asosiy diagnostik usul hisoblanadi.
- Laborator tekshiruvlar:
 - Gemoglobin va gematokrit darajasini aniqlash – anemiya darajasini baholash uchun.
 - Koagulyatsion testlar – qon ivish xususiyatlarini baholash uchun.
- Qon guruhi va rezi faktorni aniqlash – shoshilinch qon quyish zarurati tugʻilgan holatlarda.

Davolash usullari

- Proton nasos inhibitori (PPI) terapiyasi – oshqozon kislotasini kamaytirish uchun omeprazol, pantoprazol kabi dorilar qoʻllaniladi.
- Gastroprotektiv dorilar – misol uchun, sukralfat yoki misoprostol shilliq qavatni himoya qiladi.
- Endoskopik gemostaz – qon ketish manbasini toʻxtatish uchun elektrokoagulyatsiya, kliplash yoki adrenalinning bevosita yuborilishi qoʻllaniladi.

Jarrohlik davolash

Agar qon ketish konservativ usullar bilan nazorat ostiga olinmasa, quyidagi jarrohlik usullari qoʻllaniladi:

- Gastroduodenal arteriyaning bogʻlanishi – shikastlangan qon tomiri klamplanadi yoki tikiladi.
- Yaraning eksizyon qilinishi – oshqozon devorining zararlangan qismi olib tashlanadi.
- Transkateter embolizatsiya – angiografik usul bilan qon ketayotgan tomirni yopish.

Perforatsiya-yaraning teshilishi, oshqozon yarasida qon ketishdan keyingi koʻp uchraydigan asorat boʻlib, taxminan 5-15% bemorlarda uchraydi. Bunda oshqozon teshilib oziq qoringa chiqib, ogʻriq yuzaga keladi. 20-40 yoshli erkaklarda koʻp uchraydi. Oshqozon yarasi orqa devorda joylashganda baʼzi bemorlarda uning atipik teshilishi kuzatiladi. Bunda ovqat qorin pardasi ortidagi boʻshliqqa tushib absess yoki flegmona hosil boʻlishiga sabab boʻladi.

Klinik belgilari

Oshqozon yarasi perforatsiyasining asosiy klinik belgilari quyidagilardan iborat:

- Qorin sohasida keskin, toʻsatdan paydo boʻladigan «pichoq urilgandek» ogʻriq
- Qorin mushaklarining kuchaygan tonusi (taxta qorin simptomi)
- Koʻngil aynishi va qayt qilish
- Isitma va umumiy holsizlik

- Nafas olishning tezlashishi va yurak urishining kuchayishi
- Peritonit belgilari (qorinning shishishi, kuchli og‘riq, holsizlik)

5. Diagnostika

Perforatsiyani aniqlash uchun quyidagi tekshiruvlar o‘tkaziladi:

- **Klinik ko‘rik** – bemorning anamnezi va simptomlari asosida dastlabki tashxis qo‘yish
- **Radiologik tekshiruvlar:**
 - Oddiy qorin rentgenografiyasi (diafragma ostida havo mavjudligi – «havo oy nuri» simptomi)
 - Kompyuter tomografiya (KT) – aniqroq tasvir olish uchun
- **Endoskopiya** – agar bemorning holati imkon bersa, ichki muhitni vizual baholash
- **Laborator tekshiruvlar** – leykotsitoz, C-reaktiv oqsil ko‘rsatkichlarining oshishi.

Yaraning penetratsiyasi.

Bu oshqozon devorlaridan yarani qo‘shni a‘zolariga va to‘qimalarga tarqalishi hisoblanib, o‘rtacha 15% bemorlarda uchraydi. Oshqozon yarasini, aksariyat hollarda, oshqozon osti bezi tanasiga va kichik chavgarga, o‘n ikki barmoqli ichak piyozi orqa va yon devorlariga, oshqozon osti bezi bosh qismiga va jigar sohasiga penetratsiyasi kuzatiladi. U shakllanishi bilan og‘riq sindromining xarakati o‘zgaradi: avval ovqat qabul qilish bilan bog‘liq bo‘lgan og‘riq ma‘lum vaqtdan so‘ng yuzaga kelishi ritmi yo‘qoladi, kechasi va uzoq davom etuvchi og‘riqlar kuzatiladi. Misol uchun, penetratsiya oshqozon osti beziga bo‘lsa, og‘riq belbog‘simon xususiyatga ega bo‘ladi. Oshqozon yarasini kichik chavgarga penetratsiyasida og‘riq “o‘ng qovurg‘a ostida”, ba‘zan “o‘ng yelka va o‘mrovga yoki to‘sh suyagiga uzatiladi”. So‘nggi holatda og‘riqlar stenokardiya xurujlarini eslatadi. Piyozi sohasidan keyingi yaralar penetratsiyasida og‘riq pastga, kindik tomonga tarqaladi. Shuningdek, penetratsiyada aksariyat hollarda qorinning turli sohalarida yallig‘lanish infiltratlari aniqlanadi. Bemorlar subfebril isitmalash, chuqur bo‘lmagan leykotsitoz va umumiy formatlanishning chapga siljishi kuzatiladi. Bilirubin, transaminaza, a-amilaza, mochevina ko‘rsatkichlari yaranning qaysi a‘zoga penetratsiya bo‘lganga qarab o‘zgaradi. Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligini penetratsiyasini yaqinlashish tashxisi EGDPS yordamida qo‘yiladi. Uning chuqur joylashgan holatlarida UTT va KT yordam beradi.

Perivisterit – oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligining asoratlaridan biri bo‘lib, qorin bo‘shlig‘ining orqa devoriga yallig‘lanish jarayonining tarqalishi bilan kechadi. Ushbu holatda oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning orqa devori qalinlashadi, atrof to‘qimalar bilan birikib, harakatsiz holatga keladi.

Bemorlar bel sohasida doimiy og‘riqdan shikoyat qilishadi, og‘riq orqa tomonga tarqalishi mumkin. Umumiy ahvol yomonlashadi, tana harorati ko‘tariladi, intoksikatsiya belgilarining kuchayishi kuzatiladi.

Pilorik yoki qorin stenozi – oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligining kech asoratlaridan bo‘lib, hazm qilingan oziq-ovqatning oshqozondan ichakka o‘tishining buzilishi bilan tavsiflanadi.

Pilorik stenozning bosqichlari:

1. **Kompensatsiyalangan bosqich** – bemorda vaqti-vaqti bilan og‘irlik hissi, qayt qilish kuzatiladi. Oshqozon peristaltikasi kuchaygan bo‘ladi, lekin bemorning umumiy ahvoli unchalik o‘zgarmaydi.
2. **Subkompensatsiyalangan bosqich** – bemorlar tez-tez qayt qilishadi, qayt massalarida hazm bo‘lmagan ovqat qoldiqlari uchraydi. Bemor vazn yo‘qota boshlaydi, suvsizlanish belgilar paydo bo‘ladi.
3. **Dekompensatsiyalangan bosqich** – bemorning umumiy ahvoli keskin yomonlashadi, qayt qilish juda tez-tez sodir bo‘ladi va suyuqlik yetishmovchiligi rivojlanadi. Bemor holsizlanadi, teri quruq va cho‘kib qolgan bo‘ladi, qon aylanishi buziladi.

Tug‘ma pilorik stenoz

- Tug‘ma gipertrofik pilorik stenoz (TPS) ko‘pincha 2-6 haftalik chaqaloqlarda uchraydi.
- Sabablari aniq emas, lekin genetik moyillik va homiladorlik davridagi omillar (masalan, onaning antibiotik qabul qilishi) ta’sir qilishi mumkin.
- Gipertrofiyalangan pilorik mushak qalinlashib, ovqatning oshqozondan ichakka o‘tishini qiyinlashtiradi.

Orttirilgan pilorik stenoz

- **Chandiqli stenoz** – oshqozon yoki o‘n ikki barmoqli ichak yarasi natijasida rivojlanadi.
- **Yallig‘lanish natijasida kelib chiqadigan stenoz** – gastrit yoki peptik yaradan so‘ng uchraydi.
- **O‘sma bilan bog‘liq stenoz** – pilorik mintaqadagi o‘sma yoki metastazlar natijasida yuzaga keladi.
- **Tug‘ma stenoz:**
 - “Favvora” shaklida qusish (tarkibida safro bo‘lmaydi).
 - Vazn ortishining sustligi, suvsizlanish.
 - Oshqozon sohasida peristaltik to‘lqinlarning ko‘rinishi.
- **Orttirilgan stenoz:**
 - Ovqatdan keyin qusish (ko‘pincha safro aralashgan).
 - Qorin og‘rig‘i, meteorizm (ichak gazlari to‘planishi).

- Ishqoriy qonda buzilish (metabolik alkaloz).
- **Fizik tekshiruv** – qorin old devorida peristaltik to‘lqinlar va kengaygan oshqozon palpatsiya qilinishi mumkin.
- **Instrumental usullar:**
 - **Ultratovush tekshiruvi (UTT)** – pilorik mushakning qalinlashishi aniqlanadi.
 - **Rentgen (kontrast bilan)** – oshqozon kengaygan, “ikki marta pufak” belgisi ko‘rinadi.
 - **Endoskopiya (EGD)** – pilorik mintaqada torayish tasdiqlanadi.
- Engil stenozda proton nasosi ingibitorlari (omeprazol, pantoprazol) yoki H2-retseptor blokatorlari (ranitidin) ishlatiladi.
- Oshqozonni yuvish va suyuqlik muvozanatini tiklash uchun infuzion terapiya (NaCl, KCl eritmalari) tavsiya etiladi.
- Parhez: kam yog‘li, yumshoq ovqatlar, kichik porsiylalar bilan ovqatlanish.
- **Tug‘ma pilorik stenoz:** Ramstedt piloromiotomiyasi – pilorik mushak kesilib, ichki qavati ochiq qoldiriladi.
- **Chandiqli yoki yallig‘lanish natijasidagi stenoz:**
 - Piloroplastika (Heineke-Mikulich usuli)
 - Gastroenterostomiya – oshqozonning ichakka bevosita bog‘lanishi.
- **O‘sma bilan bog‘liq stenoz:** Oshqozonning distal rezektsiyasi yoki bypass operatsiya.
- **Asoratlar:**
 - Suvsizlanish va elektrolit buzilishlar (gipokaliyemiya, metabolik alkaloz).
 - Oziqlanish yetishmovchiligi, vazn kamayishi.
 - O‘tkir obstruksiya va peritonit xavfi.
- **Prognoz:**
 - Tug‘ma pilorik stenozda operatsiyadan keyin tiklanish yaxshi, qaytalanish ehtimoli past.
 - Orttirilgan stenozning natijasi sababiga bog‘liq – peptik yara yoki o‘sma holatlarida kompleks davolash talab qilinadi.

Xulosa

Oshqozon yarasi – zamonaviy tibbiyotda keng tarqalgan kasallik bo‘lib, uning etiologiyasi va patogenezini ko‘p omillarga bog‘liq. Oshqozon yarasining asoratlari orasida qon ketish, perforatsiya, penetratsiya va stenoziya eng jiddiy hisoblanadi va bemorning hayoti uchun xavf tug‘dirishi mumkin. Shu sababli, kasallikni erta tashxislash va kompleks davolash usullarini qo‘llash muhim ahamiyat kasb etadi. Diagnostikada endoskopiya, laborator va mikrobiologik tekshiruvlar yetakchi o‘rin tutadi.

Kasallikni davolashda eradikatsion terapiya, kislotani kamaytiruvchi preparatlar va parhez muhim rol o'ynaydi. Og'ir holatlarda jarrohlik aralashuvi talab qilinishi mumkin. Profilaktika choralari sifatida sog'lom turmush tarziga rioya qilish, muvozanatli ovqatlanish va tibbiy ko'riklardan muntazam o'tish tavsiya etiladi.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, oshqozon yarasi va uning asoratlarini oldini olish va samarali davolash uchun kompleks yondashuv va aholining xabardorligini oshirish zarur. Kelajakda kasallikni davolash bo'yicha yangi innovatsion usullarni tadqiq etish muhim ilmiy yo'nalishlardan biri bo'lib qoladi.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Ichki kasalliklar propedevtikasi Toshkent-2012 A. Gadayev. M. Sh. Karimov. X. S. Axmedov.
2. Patologik fizalogiya Toshkent 2009. M. M. Haqberdiyev.
3. Umumiy patologiya Toshkent 2010.B.A. Magrupov.
4. Bohodur o'g'li, M. S., Ergashovich, Q. B., & Erkinovich, X. Z. (2023). OSHQOZON YARA KASALIKLARI VA ULARNING KELIB CHIQISH SABABLARI. Yangi O'zbekistonda Tabiiy va Ijtimoiy-gumanitar fanlar respublika ilmiy amaliy konferensiyasi, 1(7), 71-75.

ПРОВЕДЕНИЕ ОДНОМОМЕНТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ МЕЖПОЗВОНКОВОЙ ГРЫЖИ И УДАЛЕНИЮ КОПЧИКА

Кодиров Т.А., Мамажанов Б.С., Исламов Ж.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

Введение. Межпозвоночные грыжи и патологии копчика могут существенно снижать качество жизни пациентов, вызывая выраженный болевой синдром, неврологические нарушения, ограничение подвижности и значительное снижение трудоспособности. В тяжелых случаях пациенты испытывают постоянный дискомфорт даже в состоянии покоя, что приводит к ухудшению общего самочувствия и снижению качества жизни.

Традиционно лечение этих заболеваний осуществляется отдельно, с применением консервативных методов или последовательных хирургических вмешательств. Однако в случаях сочетания межпозвоноковой грыжи и патологий копчика может быть целесообразно проведение одномоментной операции, что позволяет минимизировать количество хирургических вмешательств, снизить нагрузку на организм пациента и сократить реабилитационный период. В данной работе рассматриваются преимущества и возможные риски одномоментного удаления межпозвоноковой грыжи и копчика, а также анализируются клинические результаты данной методики.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе клинических данных пациентов, перенесших одномоментное удаление межпозвоноковой грыжи и кокцигэктомии (удаление копчика) в отделении нейрохирургии частной клиники «Мубинахон-шифо» в городе Андижан. В выборку были включены 36 пациентов с подтвержденными данными МРТ и КТ, у которых были диагностированы выраженные дегенеративно-дистрофические изменения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также различные травмы и воспалительные процессы в области копчика, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом.

Предоперационная подготовка включала комплексное обследование, оценку неврологического статуса, проведение электрофизиологических исследований и лабораторных анализов. Важным этапом являлось определение оптимального анестезиологического пособия, преимущественно с применением эпидуральной анестезии.

Оперативное вмешательство выполнялось с использованием микрохирургической техники. Удаление межпозвоноковой грыжи проводилось с помощью дискэктомии, при необходимости выполнялась стабилизация

позвоночного сегмента. Кокцигэктомия (удаление копчика) выполнялась в случаях хронической кокцигодинии, резистентной к консервативному лечению. Послеоперационный период включал комплексную реабилитацию с применением физиотерапии, медикаментозной поддержки и индивидуально подобранных физических упражнений.

Результаты. Предварительные данные показывают, что одномоментная операция позволяет сократить общий период восстановления, снизить нагрузку на организм пациента и уменьшить риск повторных вмешательств. Средний срок реабилитации пациентов составил 6-8 недель, при этом у 85% пациентов наблюдалось значительное снижение болевого синдрома уже в первые две недели после операции. Полное восстановление двигательной активности наблюдалось у 75% пациентов в течение трёх месяцев после вмешательства.

Основными преимуществами данной методики являются уменьшение количества хирургических вмешательств, снижение общей операционной нагрузки на пациента и сокращение периода госпитализации. Однако среди осложнений отмечались случаи послеоперационной инфекции (у 5% пациентов), длительный болевой синдром в зоне операции (у 10% пациентов) и временное ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника (у 8% пациентов). Эти осложнения в большинстве случаев успешно купировались консервативными методами лечения, включая физиотерапию, противовоспалительную терапию и лечебную физкультуру.

Сравнительный анализ с пациентами, перенесшими отдельные операции по удалению межпозвонковой грыжи и кокцигэктомии (удаление копчика), показал, что у группы одномоментного вмешательства отмечалось более быстрое восстановление функциональной активности и меньшая потребность в повторных хирургических коррекциях.

Заключение Комбинированный подход к лечению пациентов с межпозвонковой грыжей и патологией копчика может быть оправданным при тщательном отборе кандидатов. Основными преимуществами данной методики являются уменьшение количества хирургических вмешательств, сокращение периода реабилитации и снижение общей операционной нагрузки на пациента. Однако, несмотря на положительные результаты, необходимо учитывать возможные осложнения, такие как инфекционные процессы, послеоперационные боли и длительное восстановление двигательной активности.

Оптимальные критерии отбора пациентов включают выраженный болевой синдром, не поддающийся консервативной терапии, наличие морфологически подтвержденных изменений на МРТ и КТ, а также отсутствие тяжелых

сопутствующих заболеваний, которые могут осложнить течение послеоперационного периода.

Использованная литература

1. Ivanov P.A., Sidorov K.V. Хирургическое лечение поясничных межпозвонковых грыж: современные подходы и методы // Журнал нейрохирургии. 2020. №3. С. 45-52.
2. Petrov I.V., Smirnov A.L. Резекция копчика при хронической кокцигодии: клинический анализ и прогнозирование результатов // Ортопедия и травматология. 2019. №2. С. 78-85.
3. Kuznetsov M.N., Fedorova T.A. Осложнения после хирургического удаления межпозвонковых грыж и их профилактика // Российский журнал неврологии. 2021. №4. С. 33-41.
4. Brown J., Williams S. Surgical outcomes of coccygectomy for chronic coccydynia: a systematic review // Spine Surgery Journal. 2018. Vol. 12, No. 5. P. 245-256.
5. Zhang H., Lee C. Combined microdiscectomy and coccygectomy: a case study and literature review // Journal of Spine Disorders. 2022. Vol. 29, No. 3. P. 167-173.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ФАСЕТОЧНЫХ СУСТАВОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кодиров Т.А., Мамажанов Б.С., Исламов Ж.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан

Введение. Дегенеративные заболевания фасеточных суставов (ФС) поясничного отдела позвоночника являются одной из ведущих причин хронической боли в спине. Эти заболевания развиваются вследствие возрастных изменений, механической перегрузки и воспалительных процессов, приводя к снижению функциональности позвоночника и ухудшению качества жизни пациентов.

Разработка эффективных методов профилактики дегенеративных изменений фасеточных суставов играет ключевую роль в предотвращении инвалидизации пациентов и снижении экономической нагрузки на систему здравоохранения. Здесь рассматриваются основные факторы риска, механизмы развития дегенеративных изменений и современные подходы к их профилактике.

Материалы и методы. В исследовании проанализированы современные научные публикации, посвященные факторам риска, механизмам развития и методам профилактики дегенеративных заболеваний фасеточных суставов поясничного отдела позвоночника. Проведен анализ клинических случаев пациентов, у которых применялись различные профилактические методики, включая консервативные и инвазивные подходы.

Дополнительно рассмотрены данные биомеханических исследований, изучающих влияние физических нагрузок, осанки и особенностей двигательной активности на фасеточные суставы. Также проведен сравнительный анализ эффективности различных методик профилактики на основе результатов длительного наблюдения за пациентами с предрасположенностью к дегенеративным изменениям.

Результаты и обсуждение.

1. **Факторы риска:** Основными предрасполагающими факторами развития дегенеративных изменений фасеточных суставов являются возраст, избыточная масса тела, гиподинамия, профессиональные нагрузки, травмы позвоночника и наследственная предрасположенность. Длительное статическое напряжение и неправильная осанка также оказывают негативное влияние на фасеточные суставы.

2. **Механизмы дегенерации:** Дегенеративные процессы включают истончение хрящевой ткани, развитие остеофитов, воспаление и фиброз капсулы суставов. Эти изменения приводят к снижению амортизирующей функции ФС и формированию хронического болевого синдрома.
3. **Профилактические меры:**
 - **Физическая активность:** Регулярные умеренные физические нагрузки (йога, плавание) помогают укрепить мышечный корсет и снизить нагрузку на позвоночник.
 - **Коррекция осанки:** Использование эргономичной мебели, правильная организация рабочего места и обучение правильной биомеханике движений.
 - **Контроль массы тела:** Снижение избыточного веса уменьшает нагрузку на фасеточные суставы, снижая вероятность их дегенерации.
 - **Физиотерапевтические методы:** Применение методов физиотерапии, таких как ультразвуковая терапия, электростимуляция и лазерная терапия, способствует снижению воспаления и улучшению обменных процессов в тканях суставов.
 - **Фармакологическая поддержка:** Использование хондропротекторов и противовоспалительных препаратов в ранних стадиях дегенерации может замедлить прогрессирование патологического процесса.
4. **Современные инвазивные методы профилактики:** В некоторых случаях оправдано применение малоинвазивных методик, таких как радиочастотная абляция медиальных ветвей нервов фасеточных суставов, PRP-терапия (введение обогащенной тромбоцитами плазмы) и инъекции гиалуроновой кислоты.

Заключение. Профилактика дегенеративных заболеваний фасеточных суставов поясничного отдела позвоночника требует комплексного подхода, включающего модификацию образа жизни, физиотерапию, контроль массы тела и, при необходимости, медикаментозную поддержку. Внедрение профилактических мер на ранних стадиях позволяет значительно снизить риск развития хронической боли и улучшить качество жизни пациентов.

Использованная литература

1. Smith J.A., Brown T.R. Facet Joint Degeneration and Its Role in Chronic Low Back Pain // Spine Health Journal. 2020. Vol. 15, No. 3. P. 210-223.
2. Ivanov P.A., Sidorov K.V. Профилактика дегенеративных заболеваний позвоночника: современные подходы // Российский журнал неврологии. 2019. №4. С. 56-67.

«Anatomiya va jarrohlilikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

3. Petrov I.V., Smirnov A.L. Влияние физических нагрузок на состояние фасеточных суставов // Ортопедия и травматология. 2021. №2. С. 88-97.
4. Zhang H., Lee C. Novel Approaches to Facet Joint Preservation and Regeneration // Journal of Orthopedic Research. 2022. Vol. 28, No. 1. P. 12-24.
5. Kuznetsov M.N., Fedorova T.A. Роль физиотерапии в профилактике дегенеративных заболеваний позвоночника // Вестник реабилитационной медицины. 2020. №5. С. 33-45.

ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Садикова Н.Г., Нажмутдинова Д.К.
Ташкентская медицинская академия

Целью данного исследования явилось изучить роль полиморфизм гена T58C гена SOD 2 в развитии кардиоваскулярной формы ДАН СД тип 2.

Материалы и методы. В исследовании были включены 135 больных СД типа 2 в среднем возрасте $56,3 \pm 2,3$ года с длительностью заболевания $5,6 \pm 1,2$ года получавшие лечение амбулаторно в 3 клиники Ташкентской медицинской академии. Из них женщин 69 в среднем возрасте $52,3 \pm 3,4$ лет и 66 мужчин в среднем возрасте $54,3 \pm 2,6$ лет. Контрольную группу составили 81 человек в среднем возрасте $53,6 \pm 2,4$ лет. Всем больным проверяли сахар в крови натощак и сахар крови после еды через 2 часа, а также гликированный гемоглобин. Для выявления у больных СД типа 2 диабетическую автономную нейропатию кардиоваскулярной формы (ДАН КВФ) всем больным провели Холтеровскую мониторингирование. По данным результатов параметров Холтеровского мониторингирования определили на 2 группы с ДАН КВФ (+) и ДАН КВФ (-).

Результаты исследование. У больных с СД типа 2 уровень глюкозы в крови натощак был $7,6 \pm 2,3$ ммоль\л, через 2 часа после еды $9,6 \pm 1,4$ ммоль\л. Гликированный гемоглобин был в среднем $9,2 \pm 1,2$ %. По данным результатов холтеровского мониторингирования и стандартных кардиоваскулярных тестов выявили у 82 больных (60,7%) ДАН КВФ (+) и 53 больных ((39,2%) ДАН КВФ (-). Чтобы проверить роль полиморфизма T58C гена SOD 2 в этиопатогенезе ДАН кардиоваскулярной формы (КФ) у больных СД типа 2, мы провели сравнительное ассоциативное исследование в выборке больных и условно-здоровых лиц узбекской национальности.

Как и следовало ожидать, в исследованных выборках по частоте распространения преобладал дикий аллель T58 (обеспечивающий нормальную экспрессию фермента SOD2) и протективный гомозиготный генотип T/T, которые наблюдались в 99.3% и 98.5% случаев среди больных и в 100.0% случаев в контрольной группе. Неблагоприятный аллельный вариант данного локуса, который ассоциируется со снижением экспрессии фермента SOD2, был обнаружен в 0.7% случаев в группе больных ($\chi^2=1.2$; $p=0.3$). В тоже время ни один из 135 исследованных больных и 81-условно-здоровых лиц не был носителем мутационного гомозиготного генотипа C/C полиморфизма rs1141718 гена SOD2 ассоциирующегося с дестабилизацией нейтрализующую способность

антиоксидантной системы. Аллельные варианты данного локуса в пределах исследованных подгрупп пациентов с и без проявления кардиоваскулярной формы были распространены равномерно. Таким образом, функционально неблагоприятный аллель возможно не играет значимую самостоятельную роль в патогенезе кардиоваскулярной формы у больных СД типа 2 ДАН и не является значимым прогностическим маркером в нашей популяции.

Заключение. В развитии диабетической автономной нейропатии кардиоваскулярной формы неблагоприятный аллель С/С не играет значимую роль и не является прогностическим маркером. Полиморфный локус гена SOD2 имеет функциональное значение и сцеплен с другим функционально важным полиморфным маркером данного гена.

QALQONSIMON BEZ GIPERFUNKSIYASIDA GEMATOPALNSENTAR BARER QON TOMIRLARNING PATOMORFOLOGIK O'ZGARISHLARI

Yusupov Baxtiyor Lutfidin o'g'li

FJSTI, sud tibbiy eksperti va vrach patologanatom

Xatamova Mohlaroy Xamdamon qizi

FJSTI, Pediatriya yo'nalishi 3-kurs 5322-guruh

Annotatsiya: Annotatsiya Ushbu maqolada gipertireozning yo'ldosh terminal so'rg'ichlaridagi qon tomirlariga ta'sirini ko'rishingiz mumkin. Gipertireoz natijasida yo'ldosh tomirlarida kuzatiladigan patomorfologik o'zgarishlar, jumladan, qon tomirlarining giperplaziyasi, mikrotromboz, devor qalinlashishi va degenerativ o'zgarishlar kuzatiladi. Maqola natijalari homiladorlik asoratlari, xususan, preeklampsiya va intrauterin rivojlanish kechikishining ehtimoliy xavflarini aniqlashga yordam beradi. Ushbu maqola gipertireoz bilan homiladorlikning monitoringi va davolash strategiyalarini takomillashtirishga qaratilgan ilmiy asoslarni taqdim etadi.

Kirish so'zlar: Gipertireoz, Biopsiya usuli, Vazodilatatsiya va gipoksiya, Gemotoksilin, Mikrotromboz, Rivojlanish.

Kirish

Gipertireoz – qalqonsimon bezning ortiqcha gormon ishlab chiqarishi natijasida organizmda metabolik jarayonlarning tezlashuvi bilan kechadigan patologik holatdir. Ushbu holat homiladorlik davrida yo'ldosh (platsenta) tuzilishiga va uning funksiyasiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, gipertireoz yo'ldoshning terminal so'rg'ichlaridagi qon tomirlarning morfologik va funktsional holatiga o'zgarishlar kiritadi. Gipertireoz sharoitida yo'ldosh terminal so'rg'ichlarida kuzatiladigan patomorfologik o'zgarishlarga olib keladi. Qalqonsimon bez bo'yinning pastki uchdan bir qismida joylashgan bo'lib, shakli kapalak shaklida bo'ladi. Organ uchta asosiy gormonni ishlab chiqarish uchun javobgardir: T3 (triiodotironin), T4 (tiroksin) va kalsitonin. Ushbu biologik faol moddalar barcha metabolik jarayonlarda ishtirok etadi va sog'lom gormonal darajani saqlashda katta rol o'ynaydi. Oddiy darajalari tufayli organizm nafas olishni, ichak faoliyatini, yurak urishini va reproduktiv tizimning faoliyatini saqlaydi.

Adabiyotlar tahlili va metod

Gipertireoz va uning homiladorlik jarayoniga ta'siri haqida turli ilmiy manbalar tahlil qilindi. Ilmish ishlar shuni ko'rsatadiki, qalqonsimon bez gormonlari (T3 va T4) ortiqcha ishlab chiqarilganda metabolizm tezlashadi va bu yo'ldosh tomirlariga bevosita ta'sir ko'rsatadi. Olib borilgan ilmiy ishlarda gipertireozning platsentar qon aylanishini o'zgartirishi, kapillyarlarning proliferatsiyasiga sabab bo'lishi va homiladorlik asoratlariga olib keladi. Shuningdek, gipertireoz fonida yo'ldoshda

mikrotromboz holatlari va qon tomirlarning devor qalinlashishi kuzatiladi. Ayrim o'tkazilgan ishlarda esa gipertireozning yo'ldosh orqali o'tib, homila rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkinligi qayd etilgan. Homiladorlik davrida gipertireoz tashxisi qo'yilgan ayollarning yo'ldosh namunalari olib boriladi. Tadqiqotda quyidagi metodlardan foydalanildi:

- **Biopsiya usuli** – yo'ldosh namunalari olish va patogistologik tekshirish uchun ishlatildi.
- **Gemotoksin-eozin bo'yoqlari bilan bo'yash** – to'qimalarni mikroskop ostida yaxshiroq ko'rish va patomorfologik o'zgarishlarni aniqlash.
- **Yorug'lik mikroskopiyasi** – yo'ldosh tomirlarining morfologik holatini baholash.
- **Statistik tahlil** – olingan natijalarni matematik-statistik usullar yordamida qayta ishlash va gipertireoz ta'sirini statistik jihatdan asoslasgan.

Tahlil natijalariga ko'ra, gipertireoz bilan bog'liq yo'ldosh terminal so'rg'ichlaridagi qon tomirlarida quyidagi o'zgarishlar kuzatildi:

- **Qon tomirlarining giperplaziyasi** – endoteliyning haddan tashqari o'sishi va kapillyarlarning ko'payishi.
- **Mikrotromboz** – ba'zi qon tomirlarida tromblarning hosil bo'lishi natijasida qon aylanishining buzilishi.
- **Qon tomirlarining devor qalinlashishi** – intima va media qatlamlarida hujayraviy proliferatsiyaning ortishi.
- **Degenerativ o'zgarishlar** – ba'zi tomir devorlarida nekroz va fibrinoid degeneratsiya belgilari.

Gipertiroidizm da yurak-qon tomir asoratlari muhim ahamiyatga ega, chunki ularning klinik ko'rinishi yuqori chastotasi va o'lim va kasallanish xavfi ortadi. Gipertiroidizmning sababi, bemor bilan bog'liq omillar va asoratlarning genetik asoslari xavf bilan bog'liq va asosiy mexanizmlar kasallikni davolash va boshqarish uchun muhimdir. Hujayra ta'siridan tashqari, gipertiroidizm ham gemodinamik o'zgarishlarga olib keladi, masalan, oldingi yuklanish va kontraktillikni oshiradi va tizimli qon tomir qarshiligining pasayishi yurak chiqishining oshishiga olib keladi. Taxiaritmiyadan tashqari, sistolik qorincha disfunktsiyasi va diastolik disfunktsiya bemorlarning kichik bir qismida tirotoksik kardiyomiopatiyaga olib kelishi mumkin, bu o'lim darajasining yana bir asoratidir. Tibbiy adabiyotlarda subklinik hipertiroidizmni davolashning foydalari haqida ba'zi qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud bo'lsa-da, hatto qalqonsimon bezning normal ishlashi ham yurak-qon tomir muammolariga olib kelishi mumkin va uni davolash kerak. Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, gipertireoz yo'ldosh terminal so'rg'ichlari qon tomirlarining strukturaviy va funksional o'zgarishlariga sabab bo'lishi mumkin. Bu esa homiladorlikning murakkablashishiga olib kelishi va prenatal rivojlanishga salbiy

ta'sir ko'rsatishi ehtimolini oshiradi. Qon tomirlarining giperplaziyasi va devor qalinlashishi yo'ldosh orqali o'tadigan qon miqdorini cheklashi, bu esa homila gipoksiyasiga sabab bo'lishi mumkin.

Mikrotrombozlar va fibrinoid degeneratsiya jarayonlari esa yo'ldoshdagi mikrosirkulyatsiyaning buzilishiga olib kelishi, bu esa homiladorlik asoratlarini keltirib chiqarishi mumkin. Ushbu natijalar gipertireoz bilan og'rikan homilador ayollarda yo'ldosh faoliyatining diqqat bilan kuzatilishi zarurligini ko'rsatadi. Shuningdek, ushbu tadqiqot natijalari homiladorlik davrida gipertireoz tashxisiga ega ayollar uchun maxsus terapevtik yondashuvlarni ishlab chiqish zarurligini ta'kidlaydi. Kelajakdagi tadqiqotlar yo'ldoshdagi patomorfologik o'zgarishlarni molekulyar va hujayra darajasida chuqurroq o'rganishga qaratilishi kerak.

Gipertireoz – qalqonsimon bez gormonlarining ortiqcha ishlab chiqarilishi natijasida rivojlanadigan patologik holat bo'lib, u turli organ va to'qimalarga, shu jumladan yo'ldoshning terminal so'rg'ichlaridagi qon tomirlariga ta'sir qiladi.

Patomorfologik O'zgarishlar

1. **Kapillyarlarning kengayishi va shishishi** Gipertireoz ta'sirida yo'ldosh kapillyarlarida sezilarli darajada kengayish va endoteliyning shishishi kuzatiladi. Bu holat qon oqimining ortishi va metabolik jarayonlarning faollashuvi natijasida yuzaga keladi.
2. **Endotelial disfunksiya** Qalqonsimon bez gormonlarining ortiqcha sekretsiyasi endoteliyning buzilishiga olib keladi. Natijada, qon tomirlarning permeabiliteti oshib, interstitsial shish paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.
3. **Qon ivish tizimidagi buzilishlar** Gipertireoz sharoitida trombositlarning faollashuvi ortib, yo'ldosh kapillyarlarida mikrothromblarning shakllanishiga olib keladi. Bu esa yo'ldosh to'qimalarining gipoksiyasiga va oksidativ stressga sabab bo'lishi mumkin.

Fibroz va nekrotik o'zgarishlar Qon tomir devorlarida sklerotik o'zgarishlar va fibroz to'qimalarning shakllanishi kuzatiladi. Ushbu jarayon uzoq davom etgan gipertireoz holatlarida yanada yaqqol namoyon bo'ladi va yo'ldoshning funksional imkoniyatlarini cheklaydi.

Inflammasion javobning kuchayishi Gipertireoz sharoitida yo'ldosh terminal so'rg'ichlarida yallig'lanish mediatorlari faollashib, mahalliy inflammasion javob kuchayadi. Bu jarayon interleykinlar va boshqa yallig'lanish omillarining oshishi bilan bog'liq.

Vazodilatatsiya va gipoksiya Gipertireoz natijasida yo'ldoshdagi qon tomirlarining doimiy kengayishi kuzatiladi, bu esa qon bosimining pasayishiga va homila uchun yetarli kislorod ta'minotining buzilishiga sabab bo'lishi mumkin.

Gistologik o'zgarishlar Yo'ldosh to'qimalarining gistologik tekshiruvlari shuni ko'rsatadiki, gipertireoz sharoitida epitelial qatlamda distrofik o'zgarishlar, kapillyar devorlarning ingichkalashishi va nekrotik o'choqlarning paydo bo'lishi kuzatiladi.

Gipertireoz yo'ldosh kapillyarlarining patomorfologik o'zgarishlariga sabab bo'luvchi muhim omillardan biridir. Ushbu o'zgarishlar asosan kapillyarlarning kengayishi, endotelial disfunksiya, qon ivish tizimidagi buzilishlar, fibroz jarayonlarning faollashuvi va yallig'lanish reaksiyalarining ortishi bilan namoyon bo'ladi. Bundan tashqari, vazodilatatsiya va gipoksiya yo'ldosh faoliyatini buzishi, gistologik o'zgarishlar esa homila rivojlanishiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Ushbu holatlar ona va homila salomatligiga jiddiy ta'sir qilishi sababli, gipertireozni erta aniqlash va muolaja qilish muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosa

Gipertiroidizmning ta'siridan yo'ldosh terminal so'rg'ichlardagi qon tomirlarining patomorfologik o'zgarishlari haqida xulosa quyidagicha bo'lishi mumkin:

Gipertiroidizm organizmning umumiy metabolik holatini o'zgartirishi va uning turli tizimlariga, jumladan, qon tomirlariga ham ta'sir ko'rsatishi mumkin. Yo'ldosh (placenta) va uning terminal so'rg'ichlaridagi qon tomirlarida gipertiroidizm ta'sirida bir qator patomorfologik o'zgarishlar kuzatilishi mumkin.

- **Qon tomirlarining kengayishi:** Gipertiroidizm tufayli metabolizmning tezlashishi, yuqori qon bosimi va qon aylanishining tezlashishi yo'ldoshdagi qon tomirlarining kengayishiga olib kelishi mumkin. Bu holat, oksigen va oziqa moddalarining yetarli miqdorda yetkazilishini ta'minlashga qaratilgan bir mexanizm sifatida qaralishi mumkin.
- **Qon tomirlarining patologik o'zgarishlari:** Uzun muddatli gipertiroidizm holatida yo'ldoshdagi qon tomirlarida patologik o'zgarishlar, masalan, intimal shishish, arteriyal oksidlangan lipoproteidlarning yig'ilishi yoki endoteliyning zararlanishi mumkin. Bu holatlar qonda oksidlanish jarayonlarining kuchayishi, yallig'lanish va oksidlanish stressining ortishi bilan bog'liq.
- **Qon tomirlarining tutilishi yoki spazmlanishi:** Boshqa bir muammo, gipertiroidizm tufayli qon tomirlarida tutilish yoki spazm bo'lishi mumkin, bu esa qon aylanishining noto'g'ri bo'lishiga olib keladi. Natijada, yo'ldosh va bola o'rtasidagi oziq-ovqat va kislorod almashinuvi izdan chiqishi mumkin.
- **Qon aylanishining buzilishi:** Gipertiroidizmning uzoq muddatli ta'siri bilan yo'ldoshdagi qon tomirlarining normal tuzilishi buzilishi mumkin. Bu, o'z navbatida, bola rivojlanishiga zarar yetkazishi mumkin, chunki u o'z vaqtida zaruriy resurslarni (o'ksigen va oziq moddalarini) ololmaydi.

Xulosa qilib aytganda, gipertiroidizmning yo'ldoshdagi qon tomirlariga ta'siri sog'liq uchun jiddiy oqibatlariga olib kelishi mumkin. Ularning patomorfologik o'zgarishlari nafaqat organizmning metabolik jarayonlariga, balki homiladorlikning

rivojlanishiga ham salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bu holatni aniqlash va vaqtida davolash homilaning rivojlanishi va ona salomatligini saqlab qolish uchun muhimdir.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Braverman, L. E., & Utiger, R. D. (2014). Disorders of the thyroid gland. In Williams Textbook of Endocrinology. Elsevier.
2. Jameson, J. L., & Mandel, S. J. (2018). Harrison's Principles of Internal Medicine (20th ed.). McGraw-Hill Education.
3. Davis, J. R., & Barth, J. H. (2013). Thyroid disease in pregnancy. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 111(6), 1060-1068.
4. Patterson, J. W., & Parker, R. (2014). Pathology of the placenta: Current practice and future directions. *The Pathologist*, 7(5), 121–129.
5. Burton, G. J., & Fowden, A. L. (2015). The placenta and the maternal-fetal interface: Functions and challenges. *Placenta*, 36(3), 260–267.
6. Vazquez, J. C., & Kamdar, N. (2017). Placental pathology in hyperthyroidism: A review of recent findings. *International Journal of Pathology*, 10(3), 35-40.
7. Glasser, S. R., & Schinasi, D. (2019). Hyperthyroidism and placental vascular changes: A critical review. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 45(9), 1748-1755.
8. Schwimmer, J. B., & Milman, J. (2016). Vascular changes in hyperthyroidism and their implications for placental function. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 101(8), 3151-3158.
9. Amodio, J., & Green, M. L. (2018). The effects of hyperthyroidism on endothelial function and vascular health. *Journal of Endocrinological Investigation*, 41(3), 317-324.

KO'RISH O'TKIRLIGINI ANIQLASHNING FIZIKAVIY USULLARI

Rasulova Farzona G'ayratjon qizi
FJSTI, "Pediatriya" yo'nalishi talabasi

Annotatsiya. Hozirgi kunda ko'z o'tkirligining pasayishi dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Raqamli qurilmalardan ortiqcha foydalanish, ekologik omillarning salbiy ta'siri, noto'g'ri ovqatlanish va yoshga bog'liq o'zgarishlar ko'rish qobiliyatining buzilishiga sabab bo'lmoqda. Ko'rish qobiliyatini saqlash va kasalliklarning oldini olish bo'yicha ilmiy izlanishlar hamda samarali profilaktik tadbirlarni ishlab chiqish bugungi kunda muhimdir.

Kalit so'zlar: dioptriya, fokus masofa, optika, Weber-Fexner qonuni, fotoretseptor, linza.

Ko'z o'tkirligi insonning atrof-muhitni tiniq va aniq ko'rish qobiliyatini belgilovchi muhim fiziologik xususiyatlardan biridir. Uni baholash va aniqlashda optika va biofizika qonuniyatlari asosiy rol o'ynaydi. Ko'rish qobiliyati turli omillarga bog'liq bo'lib, genetik xususiyatlar, yosh, ekologik muhit va turmush tarzi uning shakllanishiga ta'sir ko'rsatadi. Bugungi kunda ko'z kasalliklari va refraksiya buzilishlari keng tarqalgan bo'lib, ularni aniqlash va davolash dolzarb tibbiy muammolar qatoriga kiradi. Shuning uchun ko'z o'tkirligini o'lchash va baholash usullarini takomillashtirish muhim ilmiy-amaliy masalalardan biri hisoblanadi.

Ko'zning yorug'likni sinish qonuni asosida yorug'lik nurlari ko'zning optik muhitlaridan o'tib, to'r pardaga yo'naltiriladi. Sinish buzilishlari – miopiya va giperopiya – ko'zning optik tizimidagi nosozliklar natijasida yuzaga keladi va ularni optik linzalar yoki jarrohlik yo'li bilan tuzatish mumkin. Ko'rish o'tkirligi maxsus jadvallar – Snellen va Sivtsev testlari orqali aniqlanadi. Bu usullar minimal ajratish qobiliyati, ya'ni odam ko'rishini mumkin bo'lgan eng kichik burchak (taxminan 1 minutli yoy) baholanadi. Optik linzalar yordamida sinish xatolarini tuzatish mumkin. Linzaning fokus masofasi va sinish kuchi dioptriya quyidagi formula bilan aniqlanadi:

$$D = \frac{1}{f}$$

bu yerda D- linzaning dioptriyasi, f- fokus masofasi (metrlarda).

Ko'rish maydonini o'lchashda perimetriya usuli qo'llanilib, markaziy va periferik ko'rish chegaralari aniqlansa, ko'z ichki bosimini baholash uchun esa tonometriya usuli ishlatiladi. Ko'zning yorug'lik sezgirligi va moslashuv qobiliyati fotoretseptorlarning xususiyatlariga bog'liq bo'lib, bu jarayon Weber-Fexner qonuniga asosan baholanadi.

Xulosa. Ko'z o'tkirligini saqlash va ko'rish qobiliyatini yaxshilash uchun optik vositalardan to'g'ri foydalanish, profilaktik choralar ko'rish va muntazam

oftalmologik tekshiruvlar muhim ahamiyatga ega. Ko'z o'tkirligini saqlash uchun sog'lom turmush tarziga rioya qilish, to'g'ri ovqatlanish ayniqsa, A vitamini va omega-3 yog' kislotalari qabul qilish, oftalmolog tavsiyalariga amal qilish va muntazam tekshiruvlardan o'tish muhimdir. Erta tashxis va profilaktika choralari ko'z kasalliklarining oldini olish va umumiy sog'liqni saqlashda katta ahamiyatga ega.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Alyavi, A. L., Arnopolskaya. (2008). *Klinik elektrokardiografiya asoslari*. Toshkent.
2. Soyibjonovna, Q. G. (2025). JISMONIY SALOMATLIK DARAJASINI BAHOLASH USULLARI VA UNI NAZORAT QILISHNING ASOSIY BOSQICHLARI. MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH, 4(41), 129-134.
3. Карабаев, М., Косимова, Г. С., & Сидиков, А. А. (2023). Логико-математические модели количественной оценки интегрального уровня индивидуального физического здоровья на основе адаптационного потенциала организма. Журнал клинической и профилактической медицины,(1), 38-45.
4. Karabaev, M., & Qosimova, G. (2023). Logical - mathematical models of quantitative assessment of the integral level of individual physical health based on the adaptive potential of the body. E3S Web of Conferences, 452, 07004. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202345207004>.

AYOLLAR JINSIY A'ZOLARI ANOMALIYALARI

Ibroximova Rayxona Shaxobiddin qizi

Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot instituti

“Davolash ishi” fakulteti talabasi

Tilyaxodjayeva Gulbaxor Batirovna

Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot instituti assistenti

Annotatsiya

Ayollar jinsiy aʼzolarining anomaliyalari – embrion rivojlanish bosqichida yuzaga keladigan tugʻma nuqsonlar boʻlib, reproduktiv salomatlik va jinsiy tizim funksiyasiga jiddiy taʼsir koʻrsatadi. Ushbu anomaliyalar bachadon, tuxumdon va qinning notoʻgʻri shakllanishi bilan tavsiflanib, bepushtlik, homiladorlik muammolari va tugʻruq asoratlarga sabab boʻlishi mumkin. Ularning kelib chiqishida genetik, gormonal, ekologik va teratogen omillar muhim rol oʻynaydi. Diagnostika ultratovush, MRT, gisteroskopiya va laparoskopiya orqali amalga oshiriladi. Davolashda jarrohlik aralashuvi va gormonal terapiya qoʻllaniladi. Anomaliyalarni erta aniqlash va profilaktik choralar reproduktiv salomatlikni saqlashda muhim ahamiyat kasb etadi. Ushbu maqolada jinsiy aʼzolar anomaliyalarining tasnifi, etiologiyasi, klinik ifodalari va zamonaviy davolash yondashuvlari tahlil qilingan. Tadqiqot natijalari ushbu patologiyalarni samarali tashxislash va davolash strategiyalarini ishlab chiqishda muhim ahamiyatga ega.

Kalit soʻzlar: ayollar jinsiy aʼzolari, anomaliya, bachadon nuqsonlari, tuxumdon, patologiya, qin tuzilishi, reproduktiv salomatlik, gormonal buzilishlar, diagnostika.

Ayollar jinsiy aʼzolarining rivojlanish anomaliyalari – ayol reproduktiv tizimining normal shakllanishida roʻy beradigan oʻzgarishlar boʻlib, ular homiladorlik, tugʻish va umumiy sogʻliq uchun muhim ahamiyatga ega. Bu anomaliyalar turli xil boʻlib, eng koʻp uchraydiganlari bachadon, tuxumdon va qin tuzilishidagi oʻzgarishlardir. Ayollar jinsiy aʼzolarining rivojlanish anomaliyalari embrional rivojlanish jarayonida yuzaga keladigan tugʻma patologiyalar boʻlib, ular reproduktiv tizimning tuzilishi va funksional imkoniyatlariga jiddiy taʼsir koʻrsatadi. Ushbu anomaliyalar bepushtlik, homiladorlikning murakkab kechishi, tugʻruq jarayoni bilan bogʻliq muammolar va gormonal disfunktsiyalar bilan kechishi mumkin. Jinsiy aʼzolar anomaliyalarining kelib chiqishiga genetik mutatsiyalar, gormonal muvozanatsizlik, intrauterin rivojlanish davrida teratogen omillarning taʼsiri, infeksiyon jarayonlar va ekologik faktorlar sabab boʻlishi mumkin.

Bachadon rivojlanishining tugʻma nuqsonlari ayollarning reproduktiv qobiliyatiga jiddiy taʼsir koʻrsatib, turli klinik koʻrinishlarga ega boʻlishi mumkin.

Uterus bicornis (ikki kamerali bachadon) bachadonning to'liq birlashmasligi natijasida yuzaga kelib, homiladorlikning asoratlari, erta tushish va bepushtlik xavfini oshiradi. Uterus unicornis (yagona kamerali bachadon) bachadonning bir tomonlama rivojlanishi bilan tavsiflanib, homiladorlikni olib borish qiyinlashishiga sabab bo'ladi. Bachadon bo'shlig'ini ajratib turuvchi to'siq mavjudligi (uterine septum) esa embrion implantatsiyasiga salbiy ta'sir ko'rsatib, takroriy tushishlar xavfini oshiradi.

Qinning rivojlanish anomaliyalari ham ayollar reproduktiv salomatligiga sezilarli ta'sir ko'rsatishi mumkin. To'liq qin atreziyasi (qinning yo'qligi yoki rivojlanmaganligi) tug'ma jinsiy aloqaga to'sqinlik qiluvchi omil bo'lib, jarrohlik aralashuvni talab qiladi. Ikki kamerali qin mavjudligi esa jinsiy aloqada va tug'ruq jarayonida qiyinchiliklarga olib kelishi mumkin. Shuningdek, qisqa yoki tor qin qin elastikligining buzilishi natijasida og'riqli jinsiy aloqa va tug'ruq jarayonida muammolar keltirib chiqarishi mumkin.

Tuxumdon anomaliyalari gormonal disbalans va bepushtlikning asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Gonadal agenesiya (tuxumdonlarning tug'ma yo'qligi) va gonadal disgenez (rivojlanishning buzilishi) natijasida ayollarda jinsiy rivojlanish kechikadi, menstrual sikl buziladi va bepushtlik rivojlanadi. Polisistik tuxumdon sindromi (PCOS) tuxumdonlarda ko'p sonli kistalarning hosil bo'lishi bilan xarakterlanib, ovulyatsiya buzilishlari va gormonal nomutanosiblikni keltirib chiqaradi.

Jinsiy a'zolar anomaliyalarini erta tashxislash uchun zamonaviy tibbiy texnologiyalar keng qo'llaniladi. Ultratovush tekshiruvi (UZI) yordamida jinsiy a'zolarining morfologik tuzilishini baholash va rivojlanish anomaliyalarini aniqlash mumkin. Magnit-rezonans tomografiya (MRT) to'qimalarning tuzilishini aniq ko'rsatib, murakkab anomaliyalarni tashxislashda qo'llaniladi. Gisteroskopiya bachadon ichki tuzilishini baholashda va ichki nuqsonlarni aniqlashda qo'llanadigan samarali diagnostik usuldir. Laparoskopiya esa nafaqat diagnostik, balki jarrohlik muolajalar uchun ham ishlatiladi.

Anomaliyalarni davolash usullari ularning turiga bog'liq holda farqlanadi. Bachadon va qinning tuzilish nuqsonlarini bartaraf etish uchun jarrohlik aralashuvlar amalga oshiriladi. Metrosplastika (bachadon shaklini tiklash operatsiyasi) uterine septum va uterus bicornis holatlarida qo'llaniladi. Tuxumdon anomaliyalarida gormonal terapiya yordamida gormonlar muvozanatini tiklash va ovulyatsiyani normallashtirishga erishish mumkin. Shuningdek, reproduktiv texnologiyalar, jumladan, sun'iy urug'lantirish va ekstrakorporal urug'lantirish (EKO) usullari bepushtlik bilan bog'liq holatlarni davolashda samarali natijalar beradi.

Jinsiy a'zolar anomaliyalarining oldini olish uchun homiladorlik davrida sog'lom turmush tarziga rioya qilish, zararli odatlardan voz kechish, tibbiy profilaktik tekshiruvlarni muntazam o'tkazish va irsiy kasalliklarning tarqalishini kamaytirishga

yoʻnaltirilgan chora-tadbirlarni amalga oshirish muhim ahamiyatga ega. Reproduktiv salomatlikni saqlash va patologik holatlarni erta aniqlash orqali ayollarning umumiy sogʻligʻini yaxshilash va ularning tugʻish qobiliyatini oshirish mumkin.

Xulosa qilib aytganda, ayollar jinsiy aʼzolari anomaliyalari tugʻma boʻlib, ular homiladorlik va umumiy reproduktiv salomatlikka jiddiy taʼsir koʻrsatishi mumkin. Ushbu anomaliyalarni erta aniqlash va toʻgʻri davolash ayollarning sogʻlom turmush tarzini saqlab qolishlariga yordam beradi. Bachadon, tuxumdon va qin anomaliyalarini tekshirish va oʻz vaqtida davolash ayollarning farzand koʻrish imkoniyatlarini oshiradi. Genetik tekshiruvlar va homiladorlik davrida ehtiyot choralari koʻrilishi kelajakda bunday muammolarni kamaytirishga yordam beradi. Shuningdek, har bir ayol oʻz salomatligiga eʼtibor qaratib, ginekologik tekshiruvlarni muntazam oʻtkazishi muhimdir. Profilaktika choralari sifatida homiladorlik davrida sogʻlom turmush tarziga rioya qilish, zarur vitaminlarni qabul qilish va tibbiy nazoratdan oʻtish tavsiya etiladi. Bu kabi anomaliyalar haqida xabardorlikni oshirish va davolash usullarini rivojlantirish ayollar salomatligini yaxshilashga xizmat qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Sultonov A., Xidirova G. "Ginekologik kasalliklar". – Toshkent: Fan, 2018.
2. Karimova D. "Ayollar reproduktiv tizimi: nazariya va amaliyot". – Toshkent: Tibbiyot, 2020.
3. Williams Gynecology. 4th Edition. – McGraw Hill, 2020.
4. Speroff L., Fritz M. "Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility". – Lippincott Williams & Wilkins, 2019.
5. Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology. 9th Edition. – Wiley-Blackwell, 2018.

COVID-19 KASALLIGIDA BUYRAKLAR EGRI-BUGRI KANALCHALARINING PATOLOGIK O'ZGARISHLARI

Badriddinov Oyatillo Usmonjon o'g'li

FJSTI "Patologik fiziologiya va patologik anatomiya" kafedrasida assistenti

Annotatsiya. Ushbu tadqiqotda 2021 yilda COVID-19 kasalligidan vafot etgan 68 nafar bemorlarni buyraklari egri-bugri kanalchalarning patomorfologik o'zgarishlari o'rganilgan. Bunda bemorlarning SARS-CoV-2 virusi ta'sirida shikastlangan buyraklarning po'sloq qavat oraliq to'qimasida shish, distrofiya, nekrobioz va destruksiya kabi o'zgarishlar rivojlanganligi, natijada kanalchalar deformatsiyalanib, epiteliysi distrofiya va destruksiyaga uchranganligi, interstitsiyasida nordon glikozaminglikanlar ko'p to'planib, gidrofilligi oshishi, suyuqlik shimilishi, to'qima tuzilmalari titilib, destruksiyalanishi kuzatildi.

Kalit so'zlar: Covid-19, SARS-CoV-2 virusi, buyraklar, egri-bugri kanalchalar, kong tomirlar, qon kuyulishlar, sklerotik o'zgarishlar.

Dolzarbli: SARS-CoV-2 virusining S-oqsili angiotenzinni o'zgartiruvchi 2 tur fermenti (ACE2) retseptorlariga o'xshash va uning ekspressiyalanishi SARS-CoV virusidan 10 barobar kuchlidir. SARS-CoV-2 virusi har qanday a'zo yoki to'qimani shikastlaganda uning kuchli replikatsiyalanishi viremiya, immun buzilishlar, gipoksiyaga sabab bo'ladi. Bu kasallikning tub patogenlik mohiyati destruktiv-produktiv trombovaskulit va giperkoagulyatsiyali sindrom, mikroangiopatiya va immun tizimning falajlanishi hisoblanadi [1,2,3,4].

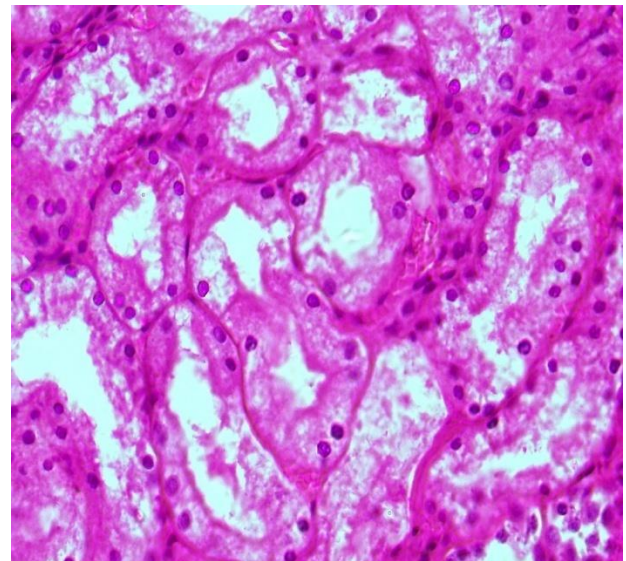
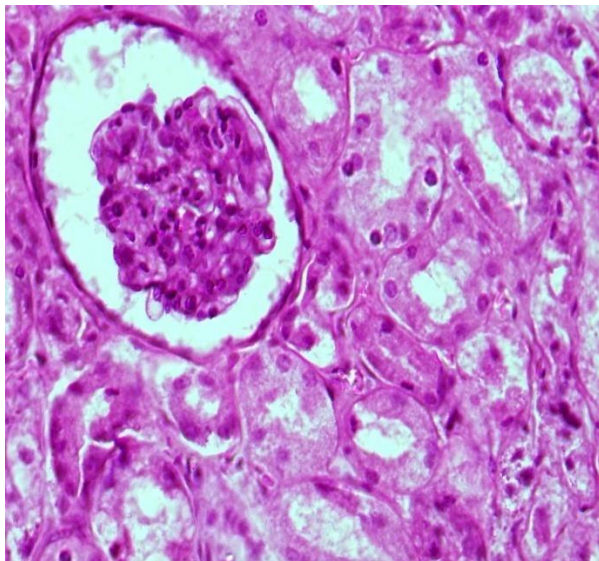
Ishning maqsad va vazifalari: COVID-19 kasalligidan vafot etganlarning kasallik tarixi va autopsiya bayonnomalari ma'lumotlari o'rganilib, retrospektiv taxlil o'tkazilib, buyraklarning buyraklar egri-bugri kanalchalarida yuzaga keladigan patomorfologik o'zgarishlarni o'rganish.

Material va uslublar: 2021 yili baxor va yoz oylarida COVID-19dan vafot etgan va RPAM da tekshirilgan 68 nafar bemorlarni kasallik tarixi, autopsiya bayonnomasi ma'lumotlari tahlil qilindi. Autopsiyada a'zolardan olingan kesim bo'lakchalari 10% fosfat buferda tayyorlangan formalin eritmasida 72 soat qotirildi, gematoksilin – eozin usulida bo'yaldi.

Natijalar: bemorlar biopatlari o'rganilganda buyrak to'qimasida SARS-CoV-2 virusining S-oqsili ACE2-fermentiga replikatsiyalanishi buyrak po'sloq qavati oraliq to'qimasi orqali qon tomirlari va kanalchalar devoridagi epiteliy hujayralarini shikastlashi kuzatildi. COVID-19 kasalligining asorati - o'tkir buyrak yetishmovchiligidan o'lgan bemorlar buyragi po'sloq qavati o'rganilganda to'qimasining barcha qismi kuchli shish va distrofiyaga uchranganligi kuzatildi. Kanalchalar gistotopografiyasi keskin buzilganligi, ayniqsa egri-bugri kanalchalarning

proksimal qismi epiteliysi vakuolyar va gialin-tomchili oqsilli distrofiyaga uchraganligi aniqlandi (1-rasm). Ushbu kanalchalar epiteliysi distrofiya hisobiga bo`kib kattalashganligi, tsitoplazmasida rangsiz vakuolalar va eozinofilli oqsilli moddalar mavjudligi kuzatildi. Ayrim epiteliylarning kanalcha bo`shlig`iga qaragan yuzasi buzilganligi, tsitoplazmadagi moddalar bo`shliqga tushganligi aniqlandi. Kanalchalar orasidagi interstitsial to`qimada ham shish, dezorganizatsiya rivojlanganligi, ayrim sohalarida limfoid hujayralar paydo bo`lganligi aniqlandi.

SARS-CoV-2 virusi o`zi shikastlagan to`qimada destruktiv-produktiv trombovaskulit va giperkoagulyatsiyali sindrom, mikroangiopatiya va immun tizimning falajlanishi qo`zg`atadi. Ushbu patogenetik ta`sirotlar oqibatida buyrak egri-bugri kanalchalarida ham kuchli darajada patomorfologik o`zgarishlar rivojlanganligi aniqlandi. Proksimal egri-bugri kanalchalar epiteliysi tsitoplazmasi vakuolizatsiyalanib, oqsillarining noto`g`ri to`planishidan har xil shaklga kirganligi kuzatildi. ayrimlari kuchli shishga uchrab, yuzasi buzilganligi, tsitoplazma moddalari bo`shlig`iga tushganligi aniqlandi (2-rasm). Epiteliy yadrolari betartib joylashgan va turli darajada kariopiknoz va kariolizis jarayonlariga uchraganligi kuzatildi.



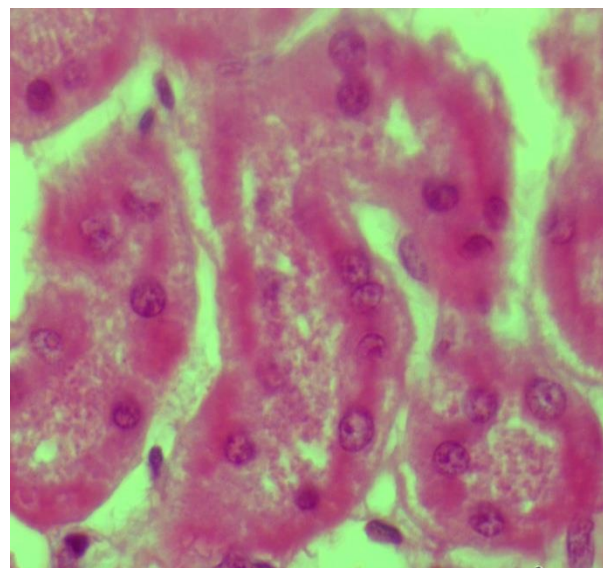
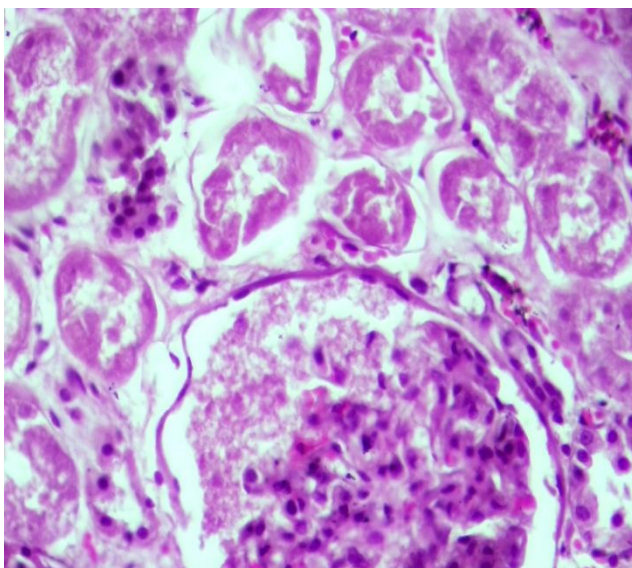
1-rasm. Buyrak po`stloq qavati, koronavirus ta`sirida o`zgargan egri-bugri kanalchalar va kaptokchisining umumiy ko`rinishi. Bo`yoq: G-E. Kat: 10x40.

2-rasm. Buyrak po`stloq qavati, kanalchalar epiteliysining kuchli distrofiya va shishga uchraganligidan hajmi kengaygan, epiteliysi destruksiyalangan. Bo`yoq: G-E. Kat: 10x40.

COVID-19 kasalligida buyraklarning barcha qismlari shikastlanib, kaptokcha kapillyarlar to`rida fil`stratsiya buzilib, birlamchi siydik tarkibiga oqsillar ko`proq o`tishi natijasida, kaptokcha bo`shlig`ida eozinofilli qumoq-qumoq shakldagi oqsilli

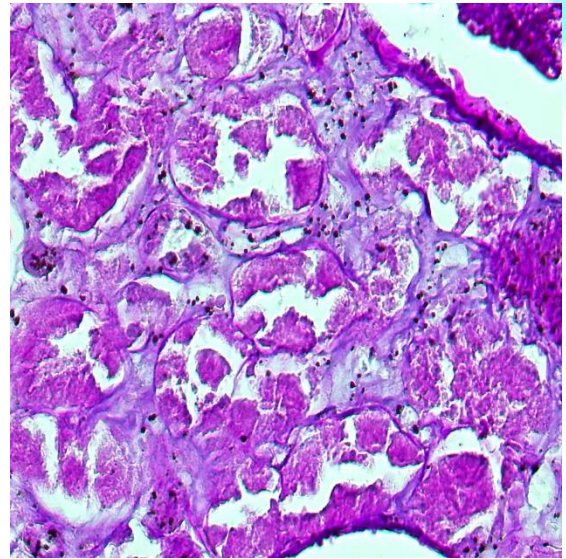
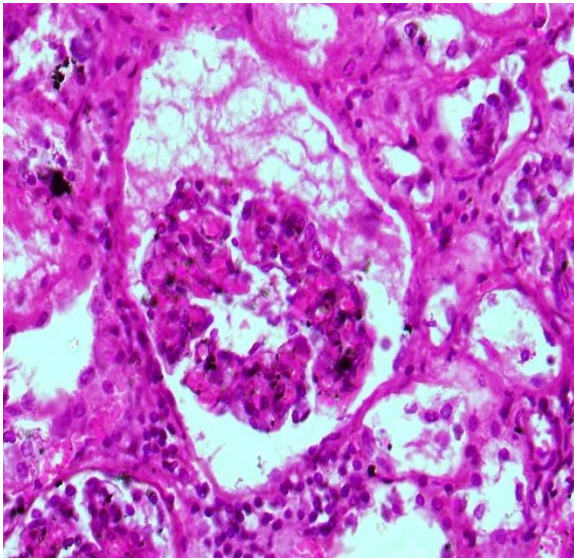
modda to'planganligi kuzatildi. Morfologik jihatdan proksimal egri-bugri kanalchalar epiteliysi tsitoplazmasida gialin-tomchili oqsilli distrofiya rivojlanganligi aniqlandi (3-rasm). Koronavirus ta'sirida buyrak po'stloq qavat oraliq to'qimasida shish va dezorganizatsiya jarayonlari rivojlanganligi aniqlandi. Oraliq to'qimaning ayrim sohalarida limfoid infiltratsiya paydo bo'lganligini buyrakning virusli shikastlanishini tasdiqlaydi. Mikroskopning katta ob'yektivida o'rganilganda egri-bugri kanalchalarning o'lchamlari va shakli o'zgarganligi, bo'shlig'ining oqsilli modda bilan to'lganligi aniqlandi (4-rasm). Koronavirusning bevosita ta'siri oqibatida kanalchalar epiteliysi kuchli darajada oqsilli distrofiyaga uchranganligi, tsitokinli hujum ta'sirida oraliq to'qimada shish va yallig'lanish jarayoni rivojlanganligi kuzatildi. Kanalchalar bo'shlig'idagi birlamchi siydik tarkibida oqsillarning ko'pligidan, kanalcha epiteliysiga ta'sir ko'rsatib, oqsilli gialin-tomchili distrofiya rivojlantirgani aniqlandi. Natijada epiteliy yadrolari betartib joylashib, har xil darajada kariolizis va kariopiknozga uchranganligi aniqlandi.

Buyraklarga SARS-CoV-2 virusi kuchli replikatsiyalanish, viremiya, immun buzilishlar, tsitokinli hujum va gipoksiyani rivojlantirishi oqibatida buyrak to'qimasining barcha tuzilmalari shikastlandi. Natijada buyrak kaptokchalari bo'shlig'ida oqsilli moddaning to'planishidan, kaptokcha keskin kattalashadi, kapillyarlar to'ri siqilib, chetga suriladi, tashqi pardasi cho'zilib, yupqalashganligi aniqlandi (5-rasm). Kaptokcha atrofida va kanalchalar orasida limfoid infiltratsiya paydo bo'lganligi, natijada interstitsial to'qima kengayib, destruktivlanganligi kuzatildi. Kanalchalarning barcha qismi to'liq holda destruktivlanganligi, epiteliysi distrofiya va nekrozga uchranganligi, bo'shlig'i kengayganligi aniqlandi.



3-rasm. Buyrak po'stloq qavati, kaptokchi bo'shlig'ida oqsilli moddaning to'planishi, kanalchalar oraliq to'qima shishi hisobiga kollapslanishi. Bo'yoq: G-E. Kat: 10x40.

4-rasm. Buyrak po'stloq qavati, proksimal egri-bugri kanalchalar epiteliysida gialin-tomchili oqsilli distrofiya. Bo'yoq: G-E. Kat: 10x40.



5-rasm. Buyrak po'stloq qavati, kaptokchi bo'shlig'ida oqsilli modda to'planishi, kanalchalarning kuchli destruksiyanishi. Bo'yoq: G-E. Kat: 10x40.

6-rasm. Buyrak po'stloq qavati, oraliq to'qimada nordon glikozaminglikanlarning ko'p to'planishi. Bo'yoq: al'tsein ko'ki. Kat: 10x40.

COVID-19 kasalligi ta'sirida buyrak to'qimasida rivojlangan metabolik va distrofik o'zgarishlarni aniqlashda, qaysi turdagi moddalarning ko'payishi, boshqalarining kamayishini aniqlash uchun gistokimyoviy usullarda tekshirish aniq natija berdi. Yuqorida ko'rsatilgan virusning patogenetik ta'sirlari oqibatida ko'pincha oraliq to'qimada nordon glikozaminglikanlar ko'p to'planib, gidrofillik xususiyatini paydo qiladi, natijada suyuqlik shimilib, to'qima tuzilmalari shishga, distrofiyaga va nekrobiozga uchraydi. Rasmda SARS-CoV-2 virusi ta'sirida buyrak po'stloq qavati oraliq to'qimasida to'plangan nordon glikozaminglikanlar al'tsein ko'ki bilan ko'kish rangga bo'yalganligi kuzatildi (6-rasm). Natijada buyrak po'stloq qavati interstitsiysi diffuz holda nordon mukopolisaxaridlar bilan to'lganligi, kengayganligi, distrofiyaga va shishga uchraganligi aniqlandi. Natijada egri-bugri kanalchalar deformatsiyalanib, epiteliysi distrofiya va nekrobiozga uchraganligi aniqlandi. Nekrobioz jarayonining kuchli darajada rivojlanganligidan, epiteliy hujayralari o'zining gistotopografik tuzilishini batomom buzganligi aniqlandi.

Xulosa:

SARS-CoV-2 virusining S-oqsili buyrak po'stloq qavati oraliq to'qimasi va kanalchalar bazal membranasidagi 2-angiotenzinni o'zgartiruvchi ferment (ACE2)ga replikasiyalanib, buyrak to'qima tuzilmalarida kuchli darajadagi patomorfologik o'zgarishlarni rivojlantirdi.

Dastlab buyrak po'stloq qavat oraliq to'qimasida shish, distrofiya, nekrobioz va destruksiya kabi o'zgarishlar rivojlanganligi, natijada kanalchalar deformatsiyalanib, epiteliysi distrofiya va destruksiyaga uchraganligi kuzatildi.

Buyrak to`qimasi interstitsiyasida SARS-CoV-2 virusi shikastlashi oqibatida nordon glikozaminglikanlar ko`p to`planib, gidrofilligi oshadi, suyuqlik shimiladi, to`qima tuzilmalari titilib, destruksiyanadi.

SARS-CoV-2 virusi ta'sirida buyrak to`qimasidan aksariyat hollarda qon tomirlar, kaptokchalar va proksimal kanalchalar kuchli patomorfologik o`zgarishga uchraganligidan o`tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanishi kuzatiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Назаров А. У., Рахматова Ю. Т. COVID-19 инфекциясида буйраклардаги ўзгаришлар // Zenodo. – 2022. – URL: <https://zenodo.org/records/7489528> (дата обращения: 31.03.2025).
2. Pathophysiology of COVID-19-associated acute kidney injury // XJCistanche. – 2022. – URL: <https://srcyrl.xjcistanche.com/news/pathophysiology-of-covid-19-associated-acute-54482536.html> (дата обращения: 31.03.2025).
3. Раззакова Ш. О., Ахмедова Х. Й. Роль коморбидной патологии в тяжелом течении инфекции COVID-19 // Журнал Санитарной Эпидемиологии. – 2021. – № 3(18). – URL: <https://jurnal.sanepidrc.uz/index.php/sanepid/article/view/18> (дата обращения: 31.03.2025).
4. Абдуллаев Н. Профилактика поздних осложнений сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, перенесших COVID-19 // International Journal of Advanced Studies. – 2022. – № 4(7). – С. 18-24. – URL: <https://ijournal.uz/index.php/judr/article/view/1759> (дата обращения: 31.03.2025).
5. Исраилов Р., Эргашева З. А. Морфологические проявления поражения миокарда при COVID-19 // International Journal of Scientific Papers. – 2022. – № 5(9). – С. 52-61. – URL: <https://www.ijsp.uz/index.php/journal/article/view/18> (дата обращения: 31.03.2025).

DOIMIIY QON TOPSHIRUVCHI DONORLARDA LIPOPROTEIDLAR ALMASHINUVINI O'RGANISHNING DOLZARBLIGI

Badriddinov Oyatillo Usmonjon o'g'li

FJSTI "Patologik fiziologiya va patologik anatomiya" kafedراسi assistenti

Qadim zamonlardan beri insoniyat "qon" bu "hayot" ekanligini anglagan. Qon quyishning terapevtik usuli uzoq va murakkab yo'lni bosib o'tdi: hayvonlarning qonini odamlarga quyishdan tortib, donordan bemorga to'g'ridan-to'g'ri quyishgacha, hamda qon komponentlarini alohida alohida shaklda qo'llashgacha.

So'nggi o'n yilliklar amaliy tibbiyotning transfuziologiya, klinik tibbiyot, reanimatsiya, onkogematologiya, kardiologiya, transplantologiya va boshqa sohalarida qo'shimcha muvaffaqiyatlar bilan ajralib turdi.

Fundamental tibbiyot va klinik amaliyot yutuqlarini faol amalga oshirishga qaramay, qon xizmati amaliyotining asosi Xayriyaligicha qoldi. Dunyo bo'ylab millionlab odamlar o'z qonlarini bemorlarning hayotini saqlab qolish uchun berishadi. Donorlik, qon topshirish insonparvarlik timsoli, eng yaxshi insoniy fazilatlaridir.

Umuman olganda, qon berish xizmati yurakdan yurakka o'tkazuvchidir, sog'lom odamning, donorning qalbidan - azob chekayotgan bemorning qalbiga malham – shifodir.

Donorlikning asosiy roli zamonaviy transfuziologiyaning dastlabki bosqichlaridayoq namoyon bo'ladi.

Bizga ma'lumki, bugungi kunda butun dunyo cheklangan donorlik tufayli qon banki tanqisligidan aziyat chekmoqda. Umuman olganda, qon topshirishning ko'plab sog'liq uchun foydali tomonlari mavjud. Biroq, buni ko'rsatib beruvchi ilmiy tadqiqotlar yetarli emas.(Abbul H Kebalo,1 Solomon T Gizaw, Natesan Gnanasekaran, Bilisuma G Arede).

Donorlik bu fidoiylkdir. Tibbiyot tilida aytganda donorlik bir organizm- „donor“dan qabul qiluvchi organizm „retsipient“ ga to'qimaning bir qismi, masalan qon, organ qismini ko'chirib o'tkazishdir. Hozirgi kunda donorlik tibbiyotning rivojlangan yo'nalishlari qatoridan joy olmoqda. Donorlik aslida insoniylik na'munalaridandir. Davlat tomonidan doimo donorlar ro'yxatida turadigan sog'lom kishilar og'ir kasalliklarga chalingan bemorlarning misoli „najot farishtasi“dir.

Bugungi kunda mamlakatimizda donorlik faoliyati ommalashmaganligi, aholi orasida donorlik faoliyati to'g'risida salbiy fikrlarning mavjudligi, tibbiyotda bu faoliyatga bo'lgan talabning yuqoriligi alohida ahamiyat kasb etadi.

Tadqiqotlar natijasida shu narsa ma'lum bo'ldiki, doimiy qon donorlarida o'rtacha umumiy xolesterin, triglitseridlar va past zichlikdagi lipoproteinlar donor bo'lmaganlarga qaraganda ancha past. Doimiy qon topshirish yurak-qon tomir

kasalliklaridan himoya qilishi mumkin, bu oddiy qon donorlaridagi umumiy xolesterin va past zichlikdagi lipoproteinlarning o'rtacha darajasi donor bo'lmaganlarga qaraganda ancha past bo'lishi mumkin. (E.I.Uche, A.Adediran, O.D.Damulak, T.A.Adeyemo, A.A.Akinbami, A.S.Akanmu).

Umuman olganda, donorlik faoliyati ateroskleroz rivojlanish xavfini kamaytiradi deb aytish mumkin.

Ishemik yurak kasalliklari xavfli past/yuqori zichlikdagi lipoproteidlar nisbatining past tarqalishida aks etadi va bu inson salomatligi uchun foydalidir.

Umumiy xolesterin, past zichlikdagi lipoproteidlar va triglitseridlar muntazam qon topshiruvchi donordlarda donor bo'lmagan shaxslar va yurak qon tomir tizimida xastaligi bor bemorlarga nisbatan pastroq darajada bo'ladi.

Hozirgi vaqtda klinik amaliyotda qon komponentlari va qondan olingan mahsulotlar keng qo'llaniladi. Donorlikni tashkil etish muammosi qon ta'minoti va undan keyingi masalalarda markaziy o'rin turadi. (10)

Transfuziologiya tibbiyotning mustaqil, tez rivojlanayotgan sohasi bo'lib, faoliyatning bir qator muhim sanoat klinik jihatlarini qamrab oladi. Bu soha donorlikni tashkil etish, donor qonini xarid qilish, uni tarkibiy qismlarga va dori vositalariga qayta ishlashdan tortib butun hajmni tashkil etish, o'tkazish va nazorat qilishgacha bo'lgan muammolarni o'z ichiga oladi.

Tibbiyotning turli sohalarida tibbiy yordamni to'g'ri va samarali tashkil etish asosan qon quyish xizmat bilan belgilanadi.

2022 yilda O'zbekiston Respublikasi prezidentining 09.08.2022 yildagi 348-sonli "Respublikada qon bilan ishlash xizmati muassasalari faoliyatini yanada takomillashtirish va aholi orasida beg'araz donorlik harakatini rivojlantirish choralari to'g'risida" qarori qabul qilindi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "Qon va uning tarkibiy qismlari donorligi to'g'risida" 2002-yil 30-avgustdagi 402-II-son qonuni qabul qilingan.

O'zbekiston Respublikasining "Tashqi beg'araz ko'mak mablag'larini jalb etish mexanizmlarini va donorlar bilan ishlashni takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida" 2019-yil 10-oktabrdagi PF-5848-son Farmoni qabul qilingan.

O'zbekiston Respublikasining "O'zbekiston Respublikasining ayrim qonun hujjatlariga o'zgartirish va qo'shimchalar kiritish to'g'risida" 2016-yil 25-apreldagi O'RQ-405-son Qonunini ijro etish yuzasidan Vazirlar Mahkamasining 2016-yil 27-oktabr, 364-sonli "O'zbekiston Respublikasi faxriy donori" ("pochetniy donor respubliki uzbekistan") ko'krak nishoni to'g'risidagi nizomga o'zgartirish va qo'shimcha kiritish haqida" qarori qabul qiladi:

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "Qonunlarning havolaki normalarini amalga oshirishga qaratilgan normativ-huquqiy va boshqa hujjatlarni ishlab chiqish rejalarini tasdiqlash to'g'risida" 2013-yil 15-iyuldagi PQ-2003-son qarorini bajarish

yuzasidan va bepul donorlikni rivojlantirish hamda qon va uning tarkibiy qismlari zaxiralarini ta'minlash maqsadida Vazirlar Mahkamasining 2014-yil 27-noyabrdagi 324-sonli ““Qon va uning tarkibiy qismlari donorligi to‘g‘risida”gi O‘zbekiston Respublikasi qonunini amalga oshirishga doir qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi qarori qabul qilindi.

O‘zbekiston Respublikasining “Farmatsevtika faoliyati takomillashtirilishi munosabati bilan O‘zbekiston Respublikasining ayrim qonun hujjatlariga qo‘shimcha va o‘zgartirishlar kiritish to‘g‘risida”gi Qonuni, O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining “2022 — 2026-yillarda respublikaning farmatsevtika tarmog‘ini jadal rivojlantirishga oid qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida” 2022-yil 21-yanvardagi PF-55-son Farmoni ijrosi yuzasidan, shuningdek, aholini sifatli va xavfsiz dori vositalari bilan ta'minlash, farmatsevtika tarmog‘iga ilg‘or ilmiy-texnika yutuqlarini va innovatsiyalarni joriy etish, mamlakatimizda donor qonidan dori vositalarini ishlab chiqarishni yo‘lga qo‘yish maqsadida Vazirlar Mahkamasining 2024-yil 22-apreldagi 225-sonli “Donor qonidan dori vositalarini ishlab chiqarishni yo‘lga qo‘yishga doir qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida” qarori qabul qilindi.

“Qon va uning tarkibiy qismlari donorligi to‘g‘risida”gi O‘zbekiston Respublikasi Qonunining 21-moddasiga muvofiq, shuningdek qon va uning tarkibiy qismlari donorligini rivojlantirish, aholining keng qatlamlarini bepul donorlikka jalb etish maqsadida Vazirlar Mahkamasining 2014-yil 23-iyuldagi 202-sonli ““O‘zbekiston Respublikasi faxriy donori” (“pochetniy donor respubliki uzbekistan”) ko‘krak nishoni to‘g‘risida” qarori qabul qilingan.

Ushbu buyruqlarga muvofiq, 18 yoshdan oshgan, tibbiy ko'rikdan o'tgan har bir fuqaro donor bo'lishi mumkin. Donorlar qon donorlari, plazma donorlari va qon hujayralari donorlariga bo'linadi. Donorlar qon topshirish chastotasiga qarab yiliga 3 martadan ortiq qon (plazma, hujayralar) beruvchi faol (kadr) donorga va qon (plazma, hujayralar) 3 donorlik qiluvchi zaxira donorga bo'linadi.

90-yillarning oxiridan qon quyishda qon komponentlari va konsentratlar kabi mahsulotlar bilan davolash uchun trombositlar, yangi muzlatilgan plazma, kriyopresipitat, albumin, immunoglobulinlar va boshqalardan alohida holda foydalanila boshlandi.

Komponent(Qon tarkibiy qismlarini alohida qo‘llash) terapiya to'liq qon quyish uchun ko'rsatmalarni cheklash va shu bilan anafilaktik reaksiyalar, agglyutinatsiya va agregatsiya bilan bog‘liq eritrotsitlar gemolizini kamaytirish, qabul qiluvchilarda jiddiy reaksiyalar xavfini sezilarli darajada oldini olishga imkon berdi.

Donorlar kontingenti tarkibidagi o'zgarishlar va donorlik faoliyati muqarrar ravishda birlamchi ko'ngillilar orasida virus tashuvchilar ulushining oshishiga olib keladi qabul qiluvchilar, shuningdek, tekshirilmagan komponentlar bilan qon quyish

natijasida retsipientlarda virusli infektsiyalarni tarqalishiga imkoniyat yaratadi. (Natesan Gnanasekaran)

Hozirgi vaqtda barcha qon donorlarida klinik laboratoriya tekshiruvi o'tkaziladi. Barcha donorlik qonlari IFA(ELISA) testlari yordamida tekshiriladi.

[Solomon T Gizaw, Natesan Gnanasekaran, Bilisuma G Areda].

Shunday qilib, donorlik xizmatining so'nggi yillardagi faoliyati tahlili shuni ko'rsatadiki, sa'y-harakatlarni donorlik faolligini oshirishga qaratish zarur. Mamlakatimizning qon banki xizmatini muntazamligini saqlab qolishga muvaffaq bo'lish, tashkil etish, ishlab chiqarishning keskin pasayishiga amalda yo'l qo'ymaslik, hamda klinik tibbiyotning gemokomponentlarga bo'lgan ehtiyojlarini qondirish.

Shuni ta'kidlash kerakki, Respublikamiz qonunchiligiga muvofiq va umuminsoniy tamoyillarga asoslanib, O'zbekiston fuqarolik jamiyatining an'analari, donorlik muammolarini hal qilish nafaqat tibbiy, balki milliy vazifadir.

Adabiyotlar ro'yxat:

1. Khamrakulov, T.Z., & Badridinov, O.U. Changes in hemorheology in the pathogenesis of microcirculatory disorders during hypoxic hypoxia. [Хамракулов, Т. З., & Бадридинов, О. У. Изменения гемореологии в патогенезе микроциркуляторных расстройств при течение гипоксической гипоксии.] JCPM 2023. №3. 61-66.
2. Khamrakulov, T. Z., Badridinov, O. U., & Shernazarov, A. T. Changes in the pathogenesis of pancreatic microcirculation during hypoxic hypoxia. [Хамракулов, Т. З., Бадридинов, О. У., & Шерназаров, А. Т. Изменения в патогенезе микроциркуляции поджелудочной железы при гипоксической гипоксии.] JCPM 2023. №4. 180-185.
3. Nematillaevna, K. Y. (2022). Causes of occurrence and methods of treatment of strabismus. World Bulletin of Public Health, 17, 45-47. /Xolmatova Yo.N., Badriddinov O.U.//.
4. Karim, O. M. (2024). Pathophysiology of viral hepatitis in children, hepatitis a. Journal of healthcare and life-science research, 3(6), 108-111.
5. Badriddinov, O., & Kholmatova, Y. (2022). Miopiya violation of the refraction is a illness. [Евразийский журнал медицинских и естественных наук.]2(12), 200-204.
6. Kholmatova, Y. N., Khamdamov, Kh. O., Badriddinov, O. U., & Sharapova, M. B. (2021). Modern views on the pathogenesis of uveitis in children. Economy and society. [Холматова, Ё. Н., Хамдамов, Х. О., Бадридинов, О. У., & Шарапова, М. Б. (2021). Современные взгляды на патогенез увеитову детей. Экономика и социум], (11-2 (90)), 620-624.
7. National Blood Transfusion Services Nigerian National Blood Policy: Revised November 2005 Abuja: Federal Ministry of Health; 2006 Available from:

http://www.fmh.gov.ng./images/PolicyDoc/FMOH_Nigerian_National_Blood_Pol...

Accessed December 22, 2009

8. World Health Organization Management of blood transfusion services [webpage on the Internet] Geneva: World Health Organization; 1990 Available from: www.who.int/iris/handle/10665/39295 Accessed November 22, 2009

9. van Jaarsveld H, Pool GF. Beneficial effects of blood donation on high density lipoprotein concentration and the oxidative potential of low density lipoprotein. *Atherosclerosis*. 2002;161(2):395–402. - PubMed

10. Bharadwaj RS. A study of lipid profiles among male voluntary blood donors in Chennai city. *Indian J Community Med*. 2005;30(1):16–17.

11. Meyers DG, Strickland D, Maloley PA, Seburg JK, Wilson JE, McManus BF. Possible association of a reduction in cardiovascular events with blood donation. *Heart*. 1997;78(2):188–193. - PMC - PubMed

DOIMIIY QON TOPSHIRUVCHI DONORLARDA LIPOPROTEIDLAR ALMASHINUVINI O'RGANISHNING DOLZARBLIGI

Xamroqulov To'liqin Zokirovich

FJSTI "Patologik fiziologiya va patologik anatomiya" kafedrası mudiri

Badriddinov Oyatillo Usmonjon o'g'li

FJSTI "Patologik fiziologiya va patologik anatomiya" kafedrası assistenti

Kirish: Bir qancha tadqiqotlarda muntazam qon topshirish lipid profili parametrlarning pasayishi bilan bog'liq ekanligini ko'rsatdi. Lipid profilini baholash - bu shaxsni baholashning qabul qilingan usuli

koronar yurak kasalligi xavfini aniqlashga yordam beradi. Muntazam qon topshirish temir zahiralari kamaytirishi mumkin va bu o'z navbatida lipid peroksidatsiyasini kamaytiradi. Bu tadqiqot qon donorligining lipid profiliga ta'sirini aniqlash uchun amalga oshiriladi.

Materiallar va usullar: 76 nafar ishtirokchi qatnashishga rozi bo'ldi va ro'yxatga olindi,

tadqiqotga kiritildi, ulardan 44 nafari muntazam qon donorlari (tadqiqot guruhi) va 32 nafari donor bo'lmaganlar (nazorat guruhi). Har bir ob'ektdan venoz qon (10 ml) yangi vintli qopqoqli bir martalik plastik naychalarga olindi. Bu zardobni tarkibidagi umumiy xolesterin, triglitseridlar, past zichlikdagi lipoprotein va yuqori zichlikdagi lipoproteinlarni aniqlash uchun ishlatildi.

Natijalar: O'rtacha umumiy xolesterin (4.66 ± 0.86 mmol/l), triglitseridlar (1.22 ± 0.64 mmol/l),

va past zichlikdagi lipoprotein (2.32 ± 0.73 mmol/l) muntazam qonda ancha past edi nazorat guruhiga nisbatan donorlar (5.61 ± 1.26 mmol/l, 1.77 ± 2.9 mmol/l va 3.06 ± 0.89 mmol/l),

mos ravishda; $P < 0,05$, barcha holatlarda). Bundan tashqari, tadqiqot guruhining 42% past/yuqori zichlikka ega edi lipoprotein nisbati kamida uchta, nazorat guruhining taxminan 57% kamida uchta nisbatga ega edi ($P = 0.21$).

Xulosa: muntazam qon topshirish yurak-qon tomir kasalliklaridan himoya qilishi mumkin.

donorlar bo'lmaganlarga qaraganda muntazam qon donorlarida o'rtacha umumiy xolesterin va past zichlikdagi lipoprotein darajasining sezilarli darajada pastligi bilan aks etadi.

Kalit so'zlar: donor, umumiy xolesterin, past zichlikdagi lipoprotein, triglitseridlar, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar.

Qon banki cheklangan donorlik tufayli butun dunyo bo'ylab qon tanqisligidan aziyat chekmoqda. Umuman olganda, qon topshirishning ko'plab sog'liq uchun foydali tomonlari mavjud. Biroq, buni ko'rsatib beruvchi ilmiy tadqiqotlar yetarli emas.

Donorlik bu fidoiylikdir. Tibbiyot tilida aytganda donorlik bir organizm- „donor“dan qabul qiluvchi organizm „retsipient“ ga to'qimaning bir qismi, masalan qon, organ qismini ko'chirib o'tkazishdir. Hozirgi kunda donorlik tibbiyotning rivojlangan yo'nalishlari qatoridan joy olmoqda. Donorlik aslida insoniylik na'munalaridandir. Davlat tomonidan doimo donorlar ro'yxatida turadigan sog'lom kishilar og'ir kasalliklarga chalingan bemorlarning misoli „najot farishtasi“dir.

Davlat tomonidan donorlar uchun huquq va imtiyozlar tayinlagan bo'lib, bu orqali donorlar har yili tibbiy ko'riklar orqali o'z sog'liqlarini nazorat qilib turishadi.

Bugungi kunda mamlakatimizda donorlik faoliyati ommalashmaganligi, aholi orasida donorlik faoliyati to'g'risida salbiy fikrlarning mavjudligi, tibbiyotda bu faoliyatga bo'lgan talabning yuqoriligi alohida ahamiyat kasb etadi.

Muntazam qon topshiruvchi donorlar organizmida lipidlar almashinuvini o'rganish hamda uning holatini baholash orqali doimiy donorlarda yurak-qon tomir tizimi kasalliklari va ularning asoratlari(miokard infarkti, nostabil stenokardiya, ishemik va gemorragik insult, gipertoniya kasalligi), ateroskleroz, jigar va boshqa parenximatoz a'zolarida distrofik xastaliklar, metobalizmni buzilshi bilan bog'liq xastaliklar, markaziy nerv tizimida qon aylanishining buzilishlari, tayanch harakatlanish apparati buzilishlari(revmotoid artrit, poliartrit, osteoxondroz, artroz) nisbatan kam uchrashini ilmiy asoslash orqali ushbu faoliyatni inson salomatligi va ko'plab kasalliklar profilaktikasida ahamiyatini yoritib berishdir.

Tadqiqotlar natijasida shu narsa ma'lum bo'ldiki, oddiy qon donorlarida o'rtacha umumiy xolesterin, triglitseridlar va past zichlikdagi lipoproteinlar donor bo'lmaganlarga qaraganda ancha past. Doimiy qon topshirish yurak-qon tomir kasalliklaridan himoya qilishi mumkin, bu oddiy qon donorlaridagi umumiy xolesterin va past zichlikdagi lipoproteinlarning o'rtacha darajasi donor bo'lmaganlarga qaraganda ancha past bo'lishi mumkin.

Muntazam qon topshirish ko'p jihatdan foydali deb topildi. Bu suyak iligi faoliyatini stimullaydi, qon shaklli elementlari hosil bo'lishini ko'paytiradi. Bundan tashqari, tanada temirining to'planishiga(gemosideroz) to'sqinlik qiladi, patologiyalarda tanada temir bilan bog'liq erkin radikallar hosil bo'lishini kamaytiradi.

Muntazam qon topshirishning palzma tarkibida xolesterin darajasiga ta'siri ateroskleroz rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. Tadqiqotlar natijasida ma'lum bo'ldiki, har 6 haftaqa qon topshirish, oksidlanish jarayonlarini pasaytirishi, past zichlikdagi lipoprotein (LDL)lar hosil bo'lishini kamaytirib, ateroskleroz rivojlanish xavfini pasaytiradi.

Ayrim tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, oksidlanish jarayonida temirning yuqori darajasi rol o'ynashi mumkin, bu aterosklerozning ilk belgisi hisoblanadi. Boshqa tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, muntazam qon topshirish, bunday xavf omillarini kamaytirishga yordam berishi mumkin.

Shunga muvofiq, ushbu tadqiqot muntazam qon donorlarida va donor bo'lmaganlar yoki birinchi marta donorlar bilan zardob lipidlarini baholashga qaratilgan.

Materiallar va usullar

Tadqiqot jami 76ta tekshiriluvchida o'tkazildi, unda 44ta doimiy donor (o'quv guruhi) va 32ta donor bo'lmagan yoki birinchi marta donorlar (nazorat guruhi). Kamida ikki marta qon topshirgan 20-58 yosh so'nggi 12 oy ichida, so'nggi 24 oy ichida to'rt marta yoki so'nggi 36 oy ichida kamida olti marta. Istisno mezonlari tamaki iste'mol qilish tarixi bo'lgan donorlar, gipertoniya, diabet mellitus va yurak-qon tomir kasalliklari, shuningdek homilador va emizikli ayollar. HDLni aniqlash uchun Roche Diagnostics (Bazel, Shveysariya) tomonidan ishlab chiqarilgan tijorat tahlil to'plamlari ishlatilgan (HDL-xolesterin va 3-avlod to'plami), umumiy xolesterin (Xolesterin chod-Pap to'plami), LDL (LDL-xolesterin plus 2-avlod to'plami) va triglitseridlar (triglitseridlar to'plami). Barcha tahlillar Hitachi 902 autoanalyzer yordamida amalga oshirildi (Hitachi Ltd, Tokio, Yaponiya).

Natijalar

Tadqiqotga jami 76 ta tekshiriluvchi kiritildi, 44 tasi doimiy qon donorlari (tadqiqot guruhi) va 32 kishi birinchi marta qon topshiraytoga donorlar (nazorat guruhi). 1-jadvalda ko'rsatilganidek, tekshiriluvchilar 19-59 yoshda edi. Muhim farq yo'q edi ikki guruh o'rtasidagi o'rtacha yosh (35.29 ± 7.94 tadqiqot guruhida va 33.77 ± 9.15 yil nazorat guruh; $P = 0.461$).

1-jadval. Tekshiriluvchilarning yosh taqsimoti

Yosh guruhi	O'rganilayotgan guruh	Nazorat guruhi	Umumiy
20 yoshgacha	0	1	1
20 – 29 yoshlilar	10	13	23
30 – 39 yoshlilar	19	12	31
40 – 49 yoshlilar	12	5	17
50 yoshdan yuqorilar	3	1	4
Umumiy	44	32	76
O'rtacha yosh	35.29 ± 7.94	33.77 ± 9.15	34.70 ± 8.4

Eslatma: $P = 0.461$.

Tadqiqot guruhida 36 erkak va 8 ayol bor edi, va nazorat guruhida 28 erkak va 4 ayol bor edi. Ikkala guruhdagi jinslar o'rtasida sezilarli farq yo'q.

($P = 0,281$; 2-Jadval)

2-jadval. Tekshiriluvchilarning jins bo'yicha taqsimoti

Jins	O'rganilayotgan guruh	Nazorat guruhi	Umumiy
Erkaklar	29	17	46
Ayollar	15	15	30
Umumiy	44	32	76

Eslatma: P = 0,281.

Tadqiqot guruhining o'rtacha tana massasi indeksi (26.50 ± 4.20 kg/m²) sezilarli darajada farq mavjud emas edi (26.30 ± 4.00 kg/m²) nazorat guruhidan (P = 0.744). Tadqiqotda o'rtacha zardob tarkibidagi lipidlarini taqqoslash va nazorat guruhlari 3-jadvalda keltirilgan. O'rganilayotgan guruhda umumiy xolesterin (4.66 ± 0.86), triglitseridlar (1.22 ± 0.64) va LDL (2.32 ± 0.73) bilan taqqoslaganda (0.64) va LDL (0.73) bilan taqqoslaganda nazorat guruhi (5.61 ± 1.26 , 1.77 ± 2.91 , va 3.06 ± 0.89 , navbati bilan). Biroq, faqat umumiy xolesterin va LDL uchun qiymatlar ikkala holatda ham statistik farqni ko'rsatdi (P = 0,000). Nazorat guruhida (1.00 ± 0.26 mm/L) o'rganish guruhi (0.86 ± 0.24 mm/L) bilan solishtirganda zardobda HDL darajasi sezilarli darajada yuqori edi (P = 0.016). LDL/HDL nisbati nazorat guruhi bilan taqqoslaganda (3.22 ± 1.04 mm/L), o'rganish guruhida past edi (2.90 ± 1.28 mm/L), lekin ahamiyat berilmadi (P = 0.247).

3-jadval. O'rtacha zardob lipidlarini (mmol/L) (n = 44) o'rganilayotgan va nazorat guruhlari (n = 32) taqqoslash

Plazma lipidlari	O'rganilayotgan guruh	Nazorat guruhi	P qiymati
Umumiy xolesterin	4.66 ± 0.86	5.61 ± 1.26	0.000
Trigleseridlar	1.22 ± 0.64	1.77 ± 2.91	0.119
HDL	0.86 ± 0.24	1.00 ± 0.26	0.016
LDL	2.32 ± 0.73	3.06 ± 0.89	0.000
HDL/LDL nisbati	2.90 ± 1.28	3.22 ± 1.04	0.247

Qisqartmalar: HDL - yuqori zichlikdagi lipoprotein; LDL - past zichlikdagi lipoprotein.

Statistik farq bo'lmasa ham umumiy xolesterin, triglitseridlar va LDL tadqiqot guruhida nazorat guruhi bilan taqqoslaganda ushbu ko'rsatgichlardan pastroq ekanligi aniqlandi (4-jadval). O'rganilayotgan guruhda o'rtacha ayollarning umumiy xolesterin, triglitseridlari va LDL miqdori (4.79 ± 0.75 mmol/L, 1.04 ± 0.43 mmol/L, va 2.40 ± 0.77 mmol/L, mos ravishda) nazorat guruhidagi ayollarning umumiy xolesterin, triglitseridlari va LDL miqdoridan (5.24 ± 0.98 mmol/L, 2.21 ± 4.27 mmol/L, and 2.84 ± 0.76 mmol/L, mos ravishda) past edi. Xuddi shunday, bu qiymatlar erkaklarda ham o'rganilayotgan guruhda (4.59 ± 0.91 mmol/L, 1.15 ± 0.73 mmol/L, va 2.28 ± 0.71 mmol/L, mos ravishda) ularning nazorat guruhidagilarga nisbat pastroq (5.94 ± 1.44 mmol/L, 1.39 ± 0.47 mmol/L, and 3.24 ± 0.98 mmol/L mos ravishda)(4-jadval).

Zardob lipidlari	O'rganilayotgan guruh			Nazorat guruhi			P qiymati			
	Ayollar N=15	Erkaklar N=29	Umumiy N=44	Ayollar N=15	Erkaklar N=17	Umumiy N=32	*	**	***	***
Umumiy xolesterin	4.79 ± 0.75	4.59 ± 0.91	4.66 ± 0.86	5.24 ± 0.98	5.94 ± 1.41	5.61 ± 1.26	0.40	0.82	0.16	0.16
Trigleseridlar	1.04 ± 0.43	1.15 ± 0.73	1.11 ± 0.64	2.21 ± 4.27	1.39 ± 0.47	1.77 ± 2.91	0.49	0.48	0.31	0.16
HDL	0.89 ± 0.22	0.84 ± 0.25	0.86 ± 0.24	0.99 ± 0.28	1.00 ± 0.26	1.00 ± 0.26	0.46	0.92	0.29	0.04
LDL	2.40 ± 0.77	2.28 ± 0.71	2.32 ± 0.73	2.84 ± 0.76	3.24 ± 0.98	3.06 ± 0.89	0.58	0.21	0.11	0.00

Izohlar: * tadqiqot guruhidagi ayollar va erkaklarni taqqoslash; ** nazorat guruhidagi ayollar va erkaklarni taqqoslash; *** tadqiqot guruhidagi ayollarni ayollar bilan taqqoslash

nazorat guruhi; **** tadqiqot guruhidagi erkaklarni nazorat guruhidagi erkaklar bilan taqqoslash.

Qisqartmalar: HDL – yuqori zichlikdagi lipoprotein; LDL – past zichlikdagi lipoprotein.

Muhokama

Muntazam qon donorlarida donor bo'lmaganlar yoki birinchi marta qon topshirayotgan donorlar bilan taqqoslaganda yurak-qon tomir kasalliklari xavfi pastroq ekanligi aniqlangan. Ushbu tadqiqot jami 76 ta tekshiriluvchida o'rganildi – 44 ta muntazam donorlar va 32 doimiy bo'lmagan yoki birinchi marta donorlar. Ushbu tadqiqot umumiy Xolesterolni (P = 0,000) va LDL (P = 0.000) tadqiqot guruhida nazorat guruhiga nisbatan pastroq. Tadqiqot guruhida nazorat guruhiga nisbatan triglitserid darajasi ham past edi (P = 0.119). O'rtacha HDL miqdori nazorat guruhida tadqiqot guruhiga nisbatan ancha yuqori edi (P = 0.016).

Mavjud adabiyotlar shuni ko'rsatadiki, LDL/HDL qiymatlari yuqori bo'lganda yurak-qon tomir kasalliklari xavfning oshishi bilan bog'liq holatlar kuzatiladi. Ushbu ishda nazorat guruhining 57%i o'rganilayotgan guruhning 42% bilan solishtirganda zardob lipidlarining miqdorida katta farq aniqlanmadi. Ammo doimiy qon topshirish va sog'lom turmush tarziga amal qilish yurak qon tomir tizimi koronar tomirlar patologiyalari rivojlanish xavfini kamaytiradi.

Xulosa

Doimiy qon donorlari birinchi marta qon topshirayotgan donorlar bilan taqqoslaganda aks ettirilgan umumiy xolesterin va LDL darajasini sezilarli darajada past ekanligi

ular da yurak-qon tomir kasalliklari xavfi kamligini ko'rsatadi. Shunday qilib, muntazam qon topshirish zardob lipidlarining pasayishiga olib keladi. Biroq, ushbu xulosalarni asoslash uchun kengroq tadqiqotlar o'tkazish kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Xoliqov, Q., & Badriddinov, O. (2023). A STUDY OF LIPID METABOLISM IN REGULAR BLOOD DONORS. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(12), 35-38.
2. Usmonjon o'g'li, B. O. LIPOPROTEIN METABOLISM OF REGULAR BLOOD DONORS.
3. Хамракулов, Т. З., & Бадридинов, О. У. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОРЕОЛОГИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОР-НЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТЕЧЕНИЕ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ.
4. Хамракулов, Т. З., Бадридинов, О. У., & Шерназаров, А. Т. ИЗМЕНЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ.
5. Nematillaevna, K. Y. (2022). CAUSES OF OCCURRENCE AND METHODS OF TREATMENT OF STRABISMUS. *World Bulletin of Public Health*, 17, 45-47.
6. Khamrakulov, T.Z., & Badridinov, O.U. Changes in hemorheology in the pathogenesis of microcirculatory disorders during hypoxic hypoxia. [Хамракулов, Т. З., & Бадридинов, О. У. Изменения гемореологии в патогенезе микроциркулятор-ных расстройств при течение гипоксической гипоксии.] *JCPM* 2023. №3. 61-66.
7. Khamrakulov, T. Z., Badridinov, O. U., & Shernazarov, A. T. Changes in the pathogenesis of pancreatic microcirculation during hypoxic hypoxia. [Хамракулов, Т. З., Бадридинов, О. У., & Шерназаров, А. Т. Изменения в патогенезе микроциркуляции поджелудочной железы при гипоксической гипоксии.] *JCPM* 2023. №4. 180-185.
8. Nematillaevna, K. Y. (2022). Causes of occurrence and methods of treatment of strabismus. *World Bulletin of Public Health*, 17, 45-47. /Xolmatova Yo.N., Badriddinov O.U.//.
9. Karim, O. M. (2024). Pathophysiology of viral hepatitis in children, hepatitis a. *Journal of healthcare and life-science research*, 3(6), 108-111.
10. Badriddinov, O., & Kholmatova, Y. (2022). Miopiya violation of the refraction is a illness. [*Евразийский журнал медицинских и естественных наук.*]2(12), 200-204.
11. Kholmatova, Y. N., Khamdamov, Kh. O., Badriddinov, O. U., & Sharapova, M. B. (2021). Modern views on the pathogenesis of uveitis in children. *Economy and society*. [Холматова, Ё. Н., Хамдамов, Х. О., Бадридинов, О. У., & Шарапова, М. Б. (2021). Современные взгляды на патогенез увеитову детей. *Экономика и социум*], (11-2 (90)), 620-624.

12. National Blood Transfusion Services Nigerian National Blood Policy: Revised November 2005 Abuja: Federal Ministry of Health; 2006 Available from: http://www.fmh.gov.ng/images/PolicyDoc/FMOH_Nigerian_National_Blood_Pol... Accessed December 22, 2009
13. World Health Organization Management of blood transfusion services [webpage on the Internet] Geneva: World Health Organization; 1990 Available from: www.who.int/iris/handle/10665/39295 Accessed November 22, 2009
14. van Jaarsveld H, Pool GF. Beneficial effects of blood donation on high density lipoprotein concentration and the oxidative potential of low density lipoprotein. *Atherosclerosis*. 2002;161(2):395–402. - PubMed
15. Bharadwaj RS. A study of lipid profiles among male voluntary blood donors in Chennai city. *Indian J Community Med*. 2005;30(1):16–17.
16. Meyers DG, Strickland D, Maloley PA, Seburg JK, Wilson JE, McManus BF. Possible association of a reduction in cardiovascular events with blood donation. *Heart*. 1997;78(2):188–193. - PMC - PubMed

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМ

Курбанов А.С., Арзиев И.А., Арзиева Г.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Травмы живота современного человека часто включают множественные и сочетанные повреждения, что приводит к высокой смертности, достигающей 58%. Одной из основных проблем в лечении этих пострадавших является сложность диагностики из-за того, что повреждения касаются различных областей тела, а клиническая картина является недостаточно ясной. 73,1% случаев ошибок в диагностике. Из-за этого проведение пробной лапаротомии на ранних стадиях для предотвращения осложнений, таких как перитонит или внутрибрюшное кровотечение, стало распространенным тактическим решением. Состояние пострадавших может ухудшиться после таких операций, особенно при тяжелых повреждениях. В некоторых случаях травматичность лапаротомии выше потенциальных преимуществ.

Целью исследования является улучшение результатов диагностики и хирургического лечения пострадавших с закрытой травмой живота (ЗТЖ) расширением и конкретизацией показаний к применению лапароскопии с учетом объема свободной жидкости в брюшной полости.

Материал и методы. Для ретроспективного анализа были выбраны 320 пациентов с закрытой травмой живота, у которых гемодинамика стабилизировалась на момент начала хирургического вмешательства. В исследование участвовали люди в возрасте от 18 до 60 лет, имеющие стабильное кровяное давление при поступлении и стабилизированную гемодинамику после предварительной противошоковой терапии. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от того, использовалась ли видеолапароскопическая техника для диагностики и лечения. 218 пациентов из контрольной группы получили широкую лапаротомию без лапароскопии, а 102 пациента из основной группы получили хирургическое вмешательство с помощью диагностической лапароскопии.

Ввиду того, что лапароскопические вмешательства в первую очередь старались применять у пострадавших с сомнительными клиническими и сонографическими признаками гемоперитонеума, в том числе в качестве, так называемой, «страховочной лапароскопии» у больных с сочетанной травмой живота, что, видимо, отразилось в разнице средних показателей АД сист. ($p=0,0029$).

Частота интраоперационного выявления значимых по тяжести внутрибрюшных осложнений, однозначно требующих открытой хирургии с выполнением таких объемных вмешательств, как ушивание глубоких и обширных разрывов паренхиматозных органов, стенки полого органа, резекция или удаление органа, составлял 43,8% (имели место у 70 пострадавших). При этом интересно заметить, что этот показатель в контрольной группе больных, существенная часть которых была подвергнута широкой лапаротомии ввиду наличия у них сонографических признаков свободной жидкости в брюшной полости объемом более 500 мл (противопоказание к лапароскопии), составлял 62,4%.

Одним из немаловажных преимуществ применения лапароскопии у больных с ЗТЖ является возможность исключения случаев напрасной лапаротомии. В наших наблюдениях в группе первичной широкой лапаротомии (n=109) в 2 (1,8%) случаях интраоперационно не было обнаружено наличие повреждения органов брюшной полости, требовавших хирургических процедур, что мы расценили как «напрасную лапаротомию». Это определение мы не употребляем в отношении диагностической лапароскопии, так как после 3 (5,9%) случаев применения эксплоративной эндовидеохирургии у больных с ЗТЖ ни в одном случае мы не отметили развитие послеоперационных специфических осложнений, связанных с этой хирургической процедурой. Т.е. применение лапароскопии в этих случаях позволило надежно исключить внутрибрюшное повреждение без каких-либо отрицательных последствий для пациентов.

Результаты и их обсуждение.

С учетом выявленной относительной безопасности лапароскопии мы несколько расширили показания к ее выполнению. Этот подход, хоть и увеличил частоту конверсий до 37,3%, но тем не менее не сопровождался ятрогенными интраоперационными осложнениями, практически не увеличивало среднее общее время вмешательства ($108,1 \pm 28,6$ мин при лапароскопии с последующей конверсией против $103,0 \pm 48,7$ мин в группе первичной широкой лапаротомии, $p=0,657$). Однако, в тех случаях, когда удавалось выполнить все лечебно-диагностические манипуляции лапароскопическим способом, не прибегая к конверсии, средняя продолжительность вмешательства составляла $57,0 \pm 40,8$ мин.

Стремление некоторых наших хирургов-лапароскопистов к расширению показаний к применению лапароскопии даже у больных с объемом свободной жидкости в брюшной полости более 500 мл, особенно у больных с поздним поступлением (более чем сутки от момента получения травмы) при условии сохранения у них стабильных показателей гемодинамики, отразилось в показателе «общий объем кровопотери» – в группе лапароскопических

вмешательств без конверсии ($n=32$) средний объем количества крови в брюшной полости составил $837\pm 681,3$ мл, что заметно превышает установленный нами же лимит в 500 мл. Однако, на нынешнем этапе и уровне владения лапароскопической техникой большинства наших хирургов мы считаем целесообразным ограничивать показания к применению лапароскопии у больных с ЗТЖ объемом свободной жидкости в брюшной полости не более 500 мл. Еще одним подтверждением целесообразности подобной лимитации показаний к лапароскопии является, на наш взгляд, средний объем гемоперитонеума, выявленного у пострадавших, у которых пришлось прибегнуть к конверсии лапароскопического вмешательства, составивший $902,4\pm 658,5$ мл, что примерно соответствовало аналогичному показателю в контрольной группы – $1141,7\pm 676,1$ мл ($p>0,05$). Более того, соблюдение разработанного нами «алгоритма выбора тактики хирургического лечения ЗТЖ на основе ультразвуковой оценки объема свободной жидкости в брюшной полости» при отборе больных к лапароскопии или первичной лапаротомии позволило минимизировать частоту напрасной лапаротомии (2 (1,8%) случая на 109 лапаротомий) не только за счет широкого применения диагностической лапароскопии, но за счет прогностической эффективности выбранного нами критерия «< или > 500 мл».

Диагностическая эффективность разработанной нами шкалы расчета объема свободной жидкости в брюшной полости с помощью УЗИ, которая позволяла до операции прогнозировать у пострадавших с ЗТЖ наличие более легкого или более тяжелого внутрибрюшного повреждения, косвенно подтверждалась числом ситуаций, требовавших гемотрансфузии. Так, при объеме свободной жидкости в брюшной полости до 500 мл мы прогнозировали более легкое повреждение внутренних органов и прибегали к первичной лапароскопии. В этой группе больных ($n=51$) частота гемотрансфузии в сумме составила 10 (19,6%) случаев (3 случая в подгруппе «лапароскопия» и 7 случаев в подгруппе «лапароскопия+конверсия»), тогда как в контрольной группе пациентов, подвергнутых первичной лапаротомии ($n=109$), к переливанию эритроцитарной массы прибегали у 51 (46,8) больных.

Выводы.

У 62,8% больных с ЗТЖ интраоперационно обнаруживаются повреждения, которые по своему характеру и тяжести потенциально могут быть без особых технических сложностей устранены лапароскопическим способом с использованием рутинно применяемого эндохирургического инструментария, что обосновывает целесообразность расширения показаний к лапароскопии при травмах живота.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

Средняя продолжительность лапароскопических процедур при ЗТЖ у больных со стабильной гемодинамикой составляет $57,0 \pm 40,8$ мин. Лапароскопия с последующей конверсией практически не увеличивает среднюю продолжительность вмешательства по сравнению с первичной широкой лапаротомией ($108,1 \pm 28,6$ против $103,0 \pm 48,7$ мин, $p=0,657$). Отбор больных для лапароскопических вмешательств с помощью предлагаемого алгоритма, миниинвазивность и малотравматичность этого хирургического пособия способствуют достоверному сокращению сроков нахождения в ОРИТ с $2,8 \pm 1,1$ до $1,8 \pm 1,0$ дней, стационарного лечения с $8,7 \pm 3,4$ до $5,3 \pm 2,9$ суток, заметному снижению частоты послеоперационных осложнений с 11,9 до 3,1% ($p=0,144$).

ТЕРМИК ЖАБРЛАНИШДА ХОМИЛАДОРЛИҚДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН АСОРАТЛАР

Арзиева Гулнора Бориевна

Самарқанд давлат тиббиёт университети

Куйиш энг кенг тарқалган термик жароҳатлардан биридир. Термик жабрланган хомиладорларда ўлимнинг асосий сабаби инфекция ҳисобланиб, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, куйиш билан жабрланганларда, бу 76,3% ни ташкил этади (Кунафин М.С., Иржанов Ж.А. ва бошқ.,2019). Одатда, аланга билан шикастланиш кенг ва чуқур куйишга сабабчи бўлади. (Карабаев Б.К., Фаязов А.Д. ва бошқ.,2019). Айниқса, кийим ёнувчи суюқлик (бензин, керосин) билан шимилганда, шунингдек, табиий газнинг ёниши натижасида келиб чиққан жуда оғир жароҳатларни ҳам ўз ичига олади. Шу билан бирга, сўнгги йилларда ўзини ёқишга уринишлар ("тирик машъал") сезиларли даражада кўпайган.

Хомиладор аёлларда куйиш касаллигини она ва ҳомила ҳолатига таъсирини ўрганишга, келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни эрта ташхислаш, бу ҳолатда даволашнинг энг мақбул усуллари ишлаб чиқиш ва олдини олишга қаратилган қатор илмий татқиқотлар олиб борилмоқда.

Хомиладор бачадон пастки ковак венани қисиши натижасида, веноз қон қайтиши камаюди, бу юракдан қон отилишини камайтириб, геморрагик шокни намоён бўлишини оширади. Шунинг учун беморни чап ёнга ётган ҳолатда транспортировка ва текшириш лозим.[Grady K., Howell C,2017].Онанинг аҳволини барқарорлаштирилгандан сўнг, ҳомила ҳолати баҳоланади. Агарда, ўтказилган реанимация чораларига қарамай, хомила ҳаётига хавф солувчи белгилар юзага келса, туғруқни ҳал қилиш зарур [Hayes B., Ryan S., Stephenson J.V., 2017]. Ҳомиланинг антенатал ўлими кузатилганда, онанинг аҳволи барқарорлашгунга қадар, туғруқни консерватив тарзда олиб бориш мумкин.

Куйган хомиладор аёлларни даволаш усулларида ҳал қилинмаган муаммолар мавжудлиги, термик жароҳатланган хомиладорларни олиб бориш тактикаси мунозарали бўлиб, бундай беморларни бошқаришда тор мутахассисларнинг иштирокини талаб этади (Benmeir P. et al.,2018; Cheach G. et al., 2018; Дмитриенко О.Д., 2020). Ҳомиладорлик даврида термик шикастланиш таъсири остида содир бўладиган ўзгаришларнинг патогенетик механизмлари, куйиш касаллигида хомиладорликнинг ўзига хос хусусиятлари ҳалигача тўлиқ ўрганилмаган, термик шикастланиш билан хомиладор аёлларни олиб бориш тактикасида куйиш даражасига ва хомиладорлик муддатига кўра, сезиларли фарқлар мавжуд.

Куйган ҳомиладорларда куйиш касаллиги асоратларининг ривожланиши, уларнинг термик шикастланишдан кейин қанча вақт оралиғида шифохонага келиб тушганлигига боғлиқ. Шунинг учун, термик куйиш вақти билан даволашни бошлаш оралиғи қанчалик қисқа бўлса, шунчалик асоратлар кам ривожланади. (Echevarria-Guanillo M.E., Goncalves N., et al 2016). Тадқиқотнинг ушбу қисмини тасвирлаш учун, биз қуйидаги газ баллонни портлаши билан боғлиқ клиник ҳолатни тақдим этамиз:

Клиник ҳолат: №1

Туман марказий касалхонасига оғир аҳволда термик шикастланган 20 ёшли ҳомиладор аёл Ф. шахсий машинасида олиб келинган (касаллик тарихи №6223/529). Турмуш ўртоғининг сўзига қараганда, ҳомиладор аёл уйда 45 дақиқа олдин газ баллонини портлаши натижасида куйиш жарохатини олган. Беморни кўздан кечирганда куйиш яралари: юзи, қошлари ва бурун ичи туклари куйган, бўйнида, танани олд ва орқа юзасида, оёқ ва қўлларида куйишлар, шунингдек гапирганда хириллаш эшитилади. Ташхис: Ҳомиладорлик III,36 ҳафта. II-IIIА даражали юз, бўйин, оёқ ва қўлларининг, тана олд ва орқа юзаларининг 55% куйиши ТИШ. Оғир даражали термик шок.

Комбустиолог, акушер-гинеколог ва анестезиологдан иборат консилиум ташкил этилди ва шошилиш равишида туғруқни ҳал қилиш мақсадида кесар кесиш амалиёти ўтказилди. Тирик ўғил жинсли ҳомила оғирлиги-2650 гр., узунлиги-46 см, Апгар шкаласи бўйича 6-7 балл билан туғдирилди. Операциядан кейинги давр асоратсиз ўтди. Тукқан аёл 10-куни боласи билан уйига жавоб берилди.

Шундай қилиб, шифохонага куйган ҳомиладор аёлни тезда етказилиши, ўз вақтида ҳисобланган инфузион-трансфузион терапияни бошланиши ва акушерлик тактикани тўғри танланиши, бу ҳолатда муваффақиятнинг асосий элементлари бўлди.

Иккинчи клиник ҳолат: 30 ёшли бемор М. оғир аҳволда тез ёрдам машинасида шифохонага олиб келинган. Онасининг сўзларига кўра, эри билан жанжаллашган қизи ўзига бензин сепиб гугурт чақиб ўт қўйган. Тез ёрдам машинасида шифохонага олиб келгунча куйган ҳомиладор аёлга томир ичига 500 мл натрий хлорид ва оғриқ қолдирувчи воситалар юборилган. Обьектив: умумий аҳволи оғир, саволларга зўрға жавоб беради, тери рангпар, терини ушлаганда совуқ. Бачадон тонуси ошганлиги сабабли ҳомила қисмларини аниқ палпация қилиш ва ҳомиланинг юрак уришини эшитишни иложи бўлмади. Қон босими 80/50 мм.сим.уст., пульс дақиқасига 125 зарба, нафас олиш тезлиги бир дақиқада 26та; Фибробронхоскопия амалиётида оғир шикастланиш белгилари:

бронхларда қизариш, шиш, эритема ва кўп микдорда курумлар аниқланди. Ташхис: ШБ даражали юз, бўйин, тананинг олд ва орқа юзалари, қўлоқларининг 65% куйиши. ТИШ Куйиш шокининг III даражаси. Frank индекси 195. Ҳомиладорлик 26 ҳафталик. Ҳомиланинг антенатал ўлими. Куйган ҳомиладорнинг аҳволи оғирлигини ҳисобга олган ҳолда, ҳомиладорликни ҳозирча тўхтатмасликга қарор қилинди, чунки ҳомиладорликни узиш аёлни аҳволини янада оғирлаштириши мумкин. Гемодинамика беқарор бўлиб, ҳомиладорда сийдик ажралиши тўхтаган. Кўрсатилган барча реанимация тадбирларига қарамай, жабрланган ҳомиладор аёл термик шикастланишнинг 4-куни юрак-ўпка ва ўтқир буйрак етишмовчилигидан вафот этди.

Шундай қилиб, куйиш қанчалик кенг қамровли ва термоингаляцион шикастланиш билан бирга кечса, шунчалик салбий натижалар кўп бўлганини тадқиқотимизда кузатдик. Куйган ҳомиладорларни олиб бориш муаммоси тўлиқ ҳал қилинмаганлиги, термик шикастланиш ҳомиладорликни кечишида кўплаб асоратларга олиб келиши, ушбу муаммоли хавfli ҳолатни чуқурроқ ўрганиш ва стандартлаштириш лозимлигини кўрсатади.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Маманов Мухаммад Чориевич

Ассистент

Арзиева Гулнора Бориевна

PhD

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан

Актуальность. Лучевые методы, такие как ультразвуковое исследование, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), являются основными методами диагностики эхинококкоза печени (ЭП). Эти методы имеют преимущество в том, что они позволяют обнаружить заболевание на ранних стадиях, когда клинические проявления минимальны, что позволяет проводить операции с меньшим риском для пациента. Некоторые исследователи считают, что интраоперационное ультразвуковое исследование необходимо для выявления скрытых кист и предотвращения развития резидуального эхинококкоза.

По сравнению с ультразвуковым исследованием (УЗИ), компьютерная томография (КТ) предлагает более чувствительное изображение и панорамное изображение. Благодаря этому методу можно провести детальную дифференциальную и топическую диагностику, определить расположение, объём и количество кисты, а также оценить ее взаимодействие с сосудами и желчными протоками. Благодаря этим данным врач может выбрать наиболее подходящий метод, доступ и объём операции, а также предвидеть возможные риски интраоперационных осложнений.

Исследования магнитно-резонансной томографии (МРТ) при эхинококкозе считаются сравнимыми по своей диагностической эффективности с компьютерной томографией (КТ), при этом МРТ не использует ионизирующее излучение [10].

Важно отметить, что помимо диагностики самого эхинококкоза, важно выявление его осложнений, таких как инфицирование и нагноение кисты, ее прорывы, наличие цистобилиарных свищей, а также определение вида и степени поражения печени.

Цель исследования. Современные методы лучевого исследования улучшают диагностику эхинококкоза печени и его осложнений.

Материал и методы. Аналитическая обработка результатов диагностики и хирургического вмешательства была проведена на 118 пациентах с эхинококкозом печени и его осложнениями. Период исследования охватывает 2018 - 2023 годы.

Всем 118 пациентам, поступившим в стационар, было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ), которое было эффективным методом диагностики эхинококкоза печени и его осложнений. Ультразвуковые признаки эхинококковых кист проявляются в виде округлых образований, содержащих жидкость, с явной отрицательной эхогенностью. Кисты имеют четкие границы, утолщенную стенку, двойной контур и кальциноз фиброзной капсулы. Кроме того, внутри кисты часто обнаруживаются дочерние пузыри; это обычно помогает отличить их от кист другой природы.

У эхинококковой кисты печени есть уплотненная и толстая стенка вокруг ее контура. В результате наличия фиброзной и хитиновой оболочек капсулы обычно наблюдается двухконтурность.

В соответствии с классификацией ВОЗ эхинококковые кисты типа С1 отличаются низкой эхогенностью и четким ровным (редко-умеренно неровным) контуром.

Эхинококковая киста не имеет эхогенной взвеси или других включений, и у нее нет заметного гиперэхогенного контура. Симптом «рыбьей чешуи» был обнаружен в 61% случаев и является одним из характерных признаков ЭП и его осложнений.

Формирование утолщенной фиброзной капсулы и наличие нескольких дочерних кист являются признаками долговременных эхинококковых кист. На УЗИ дочерние кисты проявляются в виде неоднородных округлых включений, тесно соприкасающихся друг с другом, а материнская киста часто имеет разрушенное содержимое.

Кисты эхинококкоза типа СЕ3 отличаются наличием нескольких дочерних кист и анэхогенного вещества с отслоившейся внутренней оболочкой.

У больных с эхинококковыми кистами типа СЕ4 при ультразвуковом исследовании было обнаружено гетерогенное гипоэхогенное содержимое кист, что может указывать на дегенеративные изменения в паразитарном образовании. Не было дочерних кист, что указывает на то, что паразит умер.

Эхинококковые кисты типа СЕ5 отличаются толстой кальцинированной капсулой, образующей арку с коническими эхо-тенями.

С помощью комплексного ультразвукового исследования осложнения, связанные с эхинококковыми кистами, были успешно обнаружены. Например, в 97% случаев гнойное поражение эхинококковых кист было обнаружено.

На ультразвуковых изображениях при прорыве эхинококковых кист в желчных протоках были видны изменения контуров кисты из-за снижения ее напряжения, а также отслойка хитиновой оболочки.

Рецидивы эхинококкового заболевания были успешно обнаружены при ультразвуковом исследовании в 12,3% случаев. Обнаружение двойного контура формирования и визуализация эхогенной мелкодисперсной взвеси, быстро оседавшей, были признаками наличия паразитарной кисты. В 5,2% случаев рецидивной кисты была обнаружена ультразвуковая картина типа СЕ1.

32 пациента (27,1%) были подвергнуты компьютерной томографии (КТ) для комплексной диагностики эхинококкового заболевания печени (ЭП) и его осложнений. При проведении компьютерной томографии (КТ) были обнаружены различные признаки эхинококкового заболевания печени (ЭП) и осложнений, которые могут возникнуть в результате этого заболевания.

Компьютерная томография выявила многочисленные особенности эхинококковых кист печени (ЭП) и последующих осложнений.

Компьютерная томография (КТ) позволяет дифференциально диагностировать эхинококковые кисты от образований другой природы и определить специфические изменения, характерные для осложненных форм заболевания.

В каждом из 118 случаев одновременное использование как ультразвукового исследования (УЗИ), так и компьютерной томографии (КТ) подтвердило наличие эхинококкоза печени (ЭП) и его осложнений. Это обеспечило 100% подтверждения диагноза.

Стратегия хирургического лечения была определена на основе результатов инструментальной и лучевой диагностики.

Выводы.

1. Применение комбинированных методов лучевой диагностики, таких как ультразвуковая и компьютерная томография, обеспечивает эффективное выявление эхинококкоза печени и его осложненных форм.

2. Разработанные стратегии диагностики позволяют определить индивидуальную хирургическую тактику, учитывая расположение и размеры эхинококковых кист, их взаимосвязь с сосудистыми и желчными структурами печени, стадию развития паразита и характер возникших осложнений.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГУБ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРЕЩИНЫ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.А.Кадырбаева., Сапарбаев М.К., Комилова А.З.,
Иброхимова Д.М., Кошкарбаева С.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,
Узбекистан

Цель исследования.

Определить влияние травматических повреждений губ на формирование хронической трещины, а также разработать эффективные методы диагностики и лечения. По данным ВОЗ, травмы мягких тканей лица, включая губы, составляют до 12% всех челюстно-лицевых повреждений. Около 30% пациентов с травмами губ впоследствии сталкиваются с хроническими воспалительными изменениями, а 15–20% случаев прогрессируют до хронической трещины. Хроническая трещина губы снижает качество жизни, вызывая дискомфорт, болевой синдром и повышая риск вторичных инфекций в 3 раза.

Материалы и методы.

Проанализированы 150 клинических случаев пациентов с хронической трещиной губы, возникшей на фоне травм.

Возраст пациентов варьировался от 18 до 65 лет, соотношение мужчин и женщин — 2:1.

Методы диагностики включали визуальный осмотр, дерматоскопию, цитологическое исследование и бактериологический анализ.

Сравнивались методы лечения: консервативная терапия (80 случаев), хирургическая коррекция (40 случаев) и комбинированный подход (30 случаев).

- Консервативная терапия показала успешные результаты в 60% случаев.
- Хирургическая коррекция позволила добиться полного заживления в 85% случаев.
- Комбинированный метод дал лучший результат — 92% случаев успешного заживления.

Результаты и обсуждение.

Основные факторы, предрасполагающие к хронизации процесса после травмы:

- повторная микротравматизация (в 65% случаев);
- недостаточная регенерация тканей (55% случаев);
- воспалительные процессы (70% случаев);
- дефицит витаминов А и Е (30% случаев);
- нарушение прикуса (25% случаев).

Выводы.

Травматические повреждения губ являются значимым фактором в патогенезе хронической трещины. Ранняя диагностика и комплексный подход к лечению позволяют предотвратить хронизацию процесса и улучшить прогноз для пациентов.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Жалолиддинов Шерзодбек Икромжон угли

ассистент кафедры нормальной анатомии, оперативной хирургии и топографической анатомии, ФМИОЗ

Азамжонова Гузалия Жахангировна

студент 3- курса Международного факультета, Лечебное дело, ФМИОЗ

Острый холецистит (ОХ) является одной из самых распространённых хирургических заболеваний, требующих неотложного вмешательства. Это воспаление желчного пузыря, которое обычно возникает на фоне обструкции его протока камнями, что приводит к нарушению оттока желчи и провоцирует воспалительный процесс. Острому холециститу характерны болезненные ощущения в правом подреберье, симптомы интоксикации (лихорадка, тошнота, рвота) и изменения в лабораторных показателях, таких как повышение уровня лейкоцитов и С-реактивного белка.

Этиология и патогенез

Основной причиной развития острого холецистита является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), которая приводит к механической обструкции холедоха или шейки желчного пузыря. Камни, блокируя протоки, вызывают застой желчи, что способствует её инфицированию. Бактериальная флора, как правило, представлена такими микроорганизмами, как *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, а также анаэробными бактериями. В результате воспаления стенки желчного пузыря становятся отёчными и гиперемизированными, что может привести к развитию перфорации, перитонита или абсцесса печени.

Дополнительные факторы, способствующие развитию ОХ, включают наличие хронических заболеваний печени, злоупотребление алкоголем, гиподинамию, ожирение, а также воспалительные заболевания кишечника и диабет.

Клиническая картина

1. Острый холецистит развивается внезапно, и клиническая картина может включать:
2. Боль в правом подреберье, часто иррадиирующая в правую лопатку, плечо или спину.
3. Лихорадка (температура до 39°C).
4. Тошнота и рвота, часто после приёма пищи.
5. Желтуха, возникающая при обструкции общего желчного протока.

6. Дополнительно может наблюдаться боль при пальпации области правого подреберья, положительный симптом Мерфи, который заключается в болезненности при глубоком вдохе при пальпации правого подреберья.

Диагностика

Диагностика острого холецистита основывается на:

1. Клинических данных, таких как типичные жалобы и признаки воспаления.
2. Лабораторных исследованиях: общий анализ крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ), биохимический анализ крови (повышение уровня билирубина, трансаминаз).
3. Ультразвуковое исследование (УЗИ): основной метод диагностики, который позволяет выявить камни в желчном пузыре, утолщение его стенок, наличие жидкости в области правого подреберья.
4. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) могут быть использованы для уточнения диагноза в сложных случаях или при подозрении на осложнения.

Лечение

Лечение острого холецистита в большинстве случаев требует хирургического вмешательства, так как оно может предотвратить осложнения и снизить летальность. Основные подходы включают:

Консервативное лечение: на начальной стадии может применяться симптоматическая терапия (обезболивающие, антибиотики широкого спектра действия), однако оно не всегда даёт долгосрочные результаты.

Хирургическое вмешательство: холецистэктомия (удаление желчного пузыря) является основным методом лечения. В большинстве случаев применяется лапароскопическая холецистэктомия, которая менее травматична и позволяет быстрее восстанавливать пациента. В некоторых случаях, если операция невозможна по состоянию пациента, может быть проведена дренажная операция.

Антибиотикотерапия: направлена на борьбу с инфекцией, используется для стабилизации состояния пациента до операции или в послеоперационный период.

Осложнения

Острый холецистит может приводить к серьёзным осложнениям, таким как:

1. Перфорация стенки желчного пузыря с развитием перитонита.
2. Гангрена желчного пузыря.
3. Абсцесс печени.
4. Жёлчные свищи и обструкция желчных путей.

Прогноз

Своевременная диагностика и лечение острого холецистита, включая хирургическое вмешательство, дают хороший прогноз. Без лечения заболевания могут развиваться тяжёлые осложнения, что приводит к высокой летальности.

Литература:

1. Бенашвили, И. В. Хирургические болезни. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.
2. Мельников, И. М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. — М.: Медицина, 2019.
3. Погребняк, А. В. Современные подходы к диагностике и лечению острого холецистита. — Хирургия, 2022.
4. Шестаков, А. В., Чибисов, Н. С. Острый холецистит: диагностика и лечение. — Санкт-Петербург: Научная книга, 2020.
5. Абдурахманов, Р. И., Фёдоров, И. П. Холецистит: диагностика, лечение, осложнения. — М.: Академия, 2023.
6. Sheth, S. G., Saltzman, J. R. Acute Cholecystitis: Diagnosis and Management. — American Journal of Gastroenterology, 2021.

ЗНАЧЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

А.Джурабаев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Реализация комплексных мер, направленных на развитие системы здравоохранения, охраны здоровья населения и повышения потенциала медицинских работников в рамках Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы диктует необходимость реформирования и модернизации системы профессиональной подготовки медицинских работников.

Реализация приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения, процессы реформирования и модернизации отрасли выявили с особой остротой проблему профессиональной подготовки медицинских работников. При этом актуальность приобретает вопрос клинической подготовки студента.

При прохождении клинических дисциплин не всегда имеется возможность проведения полного разбора каждого больного и контроля преподавателем за качеством выполнения каждым студентом объективного обследования пациента. В реальной клинике эта ситуация усугубляется отсутствием индивидуальной обеспеченности студентов тематическими больными и вынужденной работой в группе.

В связи с этим использование в учебном процессе фантомного и симуляционного обучения студентов является требованием времени. Наиболее оптимальным и эффективным методом такого обучения считается создание учебно-симуляционных центров, в составе которых будут такие кластеры как: «экстренная медицина», «уход за больными», «педиатрия - неотложная помощь, уход за детьми», «анестезиология и реанимация», «хирургия и лапароскопия», «акушерство и гинекология». Создание таких кластеров даст возможность отработки практических навыков по нескольким направлениям специализации врачей.

Эффективность симуляционного метода обучения изучена на примере американского опыта, где этот метод начал практиковаться с 1980-х годов. Кроме того, проведены исследования результативности и востребованности симуляционного метода обучения на примере российских медицинских вузов. Российские специалисты считают целесообразным внедрение симуляционного обучения в систему подготовки медицинских кадров, при этом, особо акцентируют внимание на необходимость создания нормативно-правовой базы и финансового обеспечения этих программ.

Так, специалистами Рязанского государственного медицинского университета в 2020 году проведено анкетирование среди студентов 5-курса лечебного факультета, прошедших обучение на занятиях «эндоскопия желудочно-кишечного тракта» с использованием виртуального эндоскопического симулятора. В ходе анкетирования установлено, что 95%

студентов считает, что симуляционные занятия по эндоскопии позволили им лучше усвоить теоретический материал по этой дисциплине, а также считают, что практические навыки, приобретенные ими в ходе обучения в симуляционном центре будут им полезны в их дальнейшей врачебной деятельности.

Результаты анкетирования показали необходимость преподавания диагностических дисциплин с позиции лечебных специальностей (терапия, хирургия и др.).

В целом, мировая практика и проводимые исследования показывают необходимость проведения в медицинских вузах занятий с использованием высокотехнологичных симуляторов, которые позволят лучше усвоить студентами преподаваемый теоретический материал не только по этой дисциплине, но и по смежным специальностям. Внедрение в образовательный процесс подготовки медицинских кадров симуляционного обучения даст возможность дальнейшей модернизации системы профессиональной подготовки медицинских работников в Республике Узбекистан. При этом, необходимо усовершенствовать нормативно-правовую базу и проработать вопросы финансового обеспечения программ в этом направлении.

О РОЛИ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТАХ

А.Джурабаев

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Развитие медицинской науки на современном этапе требует от медицинских образовательных организаций пересмотра взглядов на процесс обучения студентов и акцентирование внимания на профессионализме будущего медицинского работника. В медицинской практике подготовка и обучение врачей осуществляется в течении многих тысячелетий. Расширение знаний и развитие научно-технического прогресса создали предпосылки для усовершенствования процесса подготовки медицинских кадров. Так, в последнее время создаются различные манекены, муляжи, компьютерные программы и роботы, которые дают возможность симулировать пациентов, а также производить сложные операции на виртуальном пациенте.

Качество медицинской помощи и качество жизни пациентов должны лежать в основе оценки как профессиональной деятельности отдельных специалистов и учреждений, так и уровня здравоохранения в целом. К сожалению, на сегодняшний день пациенты продолжают страдать от ошибок врачей. Так, согласно статистическим данным в США в год из-за врачебных ошибок умирает около 98 тыс. человек. В Узбекистане такой официальной статистики нет, но проблема формирования практических компетенций врача стоит также достаточно остро.

Существующая на сегодняшний день система клинического медицинского образования не способна в полной мере решить проблему качественной практической подготовки врача. Основными проблемами в этом вопросе являются отсутствие непрерывной обратной связи между учащимся и педагогом, невозможность практической иллюстрации всего многообразия клинических ситуаций, а также морально-этические и законодательные ограничения в общении студентов с пациентами. В связи с этим, ключевой задачей современного среднего специального, высшего и последиplomного медицинского образования является создание условий для развития у обучающихся широкого спектра компетенций и прочно закрепленных практических навыков без риска нанесения вреда пациенту. Сюда относится развитие способности быстрого принятия решений и безупречного выполнения ряда манипуляций или вмешательств, особенно при неотложных состояниях.

Тренажеры, используемые в симуляционном обучении, спасают жизнь пациентам, позволяя совершить неизбежные ошибки в период обучения не на живых людях, благодаря чему помогают стать хорошим специалистом каждому. Для этого важно понимать, что целью получения максимальной пользы от занятий с имитацией реальных ситуаций обучающимся необходимо проникнуться сценарием и действовать, как если бы перед ними был не тренажер, а настоящий пациент. Задача преподавателя всемерно способствовать тому, чтобы создавать атмосферу серьезного и ответственного отношения к занятию у каждого обучающегося.

Все это дает большие возможности медицинскому образованию в работе над повышением качества оказания медицинской помощи, уменьшением числа возможных осложнений и врачебных ошибок, а также позволяет проводить аттестацию студентов и врачей, объективно определяя уровень их профессиональной квалификации. Это особенно актуально сегодня в условиях работы частных медицинских компаний, поскольку имеющийся уровень профессиональной подготовки специалистов зачастую не удовлетворяет требованиям, предъявляемым к ним современными медицинскими центрами.

В целом, внедрение в учебный процесс подготовки медицинских кадров на всех этапах непрерывного медицинского образования обучающихся симуляционных курсов будет способствовать снижению врачебных ошибок, уменьшению осложнений и повышению качества оказания медицинской помощи населению.

РАЗРАБОТКА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Арзиев А.И.

Бухарский государственный медицинский институт
Научный руководитель - к.м.н., доцент Арзиев И.А.

Острый холецистит является одним из наиболее распространенных заболеваний брюшной полости, особенно среди лиц пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском. В то же время летальность при тяжелых формах острого холецистита остается очень высокой и достигает 12-15%. Особенностью состояния почти всех пациентов пожилого и старческого возраста является наличие сопутствующей патологии, часто системного характера. Основное место занимает патология сердечно-сосудистой системы, 50-60% больных имеют в анамнезе заболевания дыхательной системы. Более чем у половины больных в анамнезе имеется сахарный диабет, многие (30-60%) имеют лишнюю массу тела, часто III-IV степени.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском путем выбора метода хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 204 пациента с острым холециститом, находившихся на лечении в хирургических отделениях многопрофильной клиники СамГМУ, оперативные вмешательства выполнены малоинвазивными методиками. 53 больным проводились пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-наведением из них 15 (7,3%) произведена чрескожная-чреспеченочная пункция желчного пузыря (ЧЧПЖП) 38 (18,6%) – чрескожно-чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧДЖП), у 105 осуществлены лапароскопические операции, Для нивелирования ЛХЭ мы выполняли при минимальном давлении 6-8 мм рт. ст. последствий пневмоперитонеума во время операции (как инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, дыхательная недостаточность) не наблюдалось. У 46 – холестэктомия (ХЭ) из минилапаротомного доступа. При выполнении минилапаротомных операций использовали специализированный билиарный набор инструментов «Мини-ассистент». Критериями включения в исследование считали отсутствие положительного эффекта от проведения консервативной терапии в течение 48 часов, операционно-анестезиологического риска (класса P₂, P₃, P₄ по классификации ASA), при баллах 3-4 его вероятность согласно индексу Charlson в данной возрастной категории составляет 52%, что подтверждает высокий операционно-анестезиологический риск.

Результаты и обсуждение. У пациентов с острым холециститом информативность диагностики с дополнением УЗИ в режиме серой шкалы цветовой УЗДГ увеличивалась до 92,3%, что позволяло ограничить применение дорогостоящих рентгенорадиологических методов исследования. К III классу отнесены 40,7% пациентов, 31,8% пациентов соответствовали IV классу риска. Следовательно, с учетом полиморбидности большинство (76,2%) пациентов были отнесены к классам P₃ и P₄. Эндоскопическая папиллотомия в виде ЭПСТ проведена 12 больным. Преобладали пациенты старческого возраста по шкале ASA P₃ и P₄. ЭПСТ осуществляли при наличии механической желтухи на почве холедохолитиаза. Эта процедура была вторым этапом после ЧЧДЖП (9), ЧЧПЖП (3).

Выводы. Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском применение малоинвазивных пункционно-дренирующих, лапароскопических и эндоскопических методик с учетом операционно-анестезиологического риска согласно ASA, APACHE II и индекса коморбидности Charlson позволяет своевременно выполнить необходимые лечебные процедуры, снизить количество послеоперационных осложнений с 19,7 до 6,4%, послеоперационную летальность с 6,7 до 1,9%, а также сократить сроки стационарного лечения в среднем на 5,5 койко-дня.

ABDOMINAL JARROHLIK AMALIYOTIDAN SO'NG BEMORLAR OVQATLANISHI

X.Xojimatov, Bahodirova K.

Abdominal jarrohlik amaliyotidan so'ng bemorlar ovqatlanishini yaxshilash va tiklanish jarayonini tezlashtirish uchun to'liq yondoshuv talab etiladi. Ushbu jarrohlikdan so'ng ovqatlanish rejasini tuzishda bir qator omillarni hisobga olish zarur, jumladan, bemorning umumiy sog'lig'i, jarrohlik turi, va sog'ayishning hozirgi bosqichi.

Abdominal jarrohlik (masalan, appendektomiya, cholecystectomy, laparoskopik operatsiyalar) dan so'ng ovqatlanishni bosqichma-bosqich qayta tiklash zarur, chunki oshqozon va ichak tizimi jarrohlik amaliyotidan so'ng sezilarli darajada sezgir bo'ladi.

Birinchi kunlarda bemorlarga faqat suyuqliklar beriladi. Bu davrda oshqozon va ichak tizimi hali to'liq ishga tushmagan, shuning uchun yengil suyuq ovqatlar va suyuqliklar kerak. Suyuqliklardan toza suv, yog'siz bulyon, shirin bo'lmagan choy, jelatin, iliq shakar yoki tuz qo'shilmagan ichimliklar.

Bemorning holatiga qarab, oddiy oziq moddalar (masalan, sutli yoki yogurtli ichimliklar) qo'shilishi mumkin, ammo ular yengil va hazm qilish oson bo'lishi kerak. Pishirilgan yoki bug'langan ovqatlardan yengil, pishirilgan, bug'langan yoki qaynatilgan ovqatlar qo'shilishi mumkin. Pyure, sabzavotlar, tuxum, pishirilgan go'shtlar, baliq va kam yog'li sut mahsulotlari bo'lishi kerak. Suyuqliklar miqdorini oshirish, lekin qahva va gazli ichimliklardan saqlanish kerak.

Bir hafta o'tgach, bemorlar no'xat, loviya, bug'doy kabi to'liq ovqatlarni qabul qilishlari mumkin, ammo ular hali ham oson hazm qilinadigan shaklda bo'lishi kerak. Shuningdek, past-yog'li sut mahsulotlari, yengil non va qatiq kiritilishi mumkin.

Jarrohlikdan keyingi davrda bemorning umumiy salomatligi va jarrohlikni qanday o'tkazganiga qarab, ovqatlanish turli bosqichlarda o'zgaradi.

Proteinlar organizmning tiklanish jarayonini tezlashtiradi, chunki ular yaralar tiklanishini, immun tizimining faoliyatini va mushaklarning tiklanishini qo'llab-quvvatlaydi.

Oqsil manbalari: Tuxum, go'sht, baliq, sut, pishloq, yog'siz yogurt, tovuq go'shti.

Kundalik oqsil miqdori: Odatda, bemorlarga kuniga 60-90 gramm oqsil talab qilinadi, ammo bu shifokorning maslahatiga ko'ra o'zgartirilishi mumkin.

Abdominal jarrohlikdan so'ng suyuqlikni ko'p miqdorda iste'mol qilish zarur, chunki bu tananing dehidratsiyaga uchrashining oldini oladi va oshqozon-ichak tizimining tiklanishini qo'llab-quvvatlaydi.

Jarrohlikdan keyingi dastlabki kunlarda yog'lar va karbongidratlar miqdorini cheklash muhim. Ular oshqozon va ichakni qiyinlashtirishi mumkin, shuning uchun ularni sezilarli darajada kamaytirish lozim.

Abdominal jarrohlikdan so'ng to'g'ri ovqatlanish davolanish jarayonini tezlashtirish, asoratlarning oldini olish va bemorning umumiy salomatligini yaxshilash uchun juda muhimdir. Ovqatlanish rejasini, shifokorning tavsiyalariga muvofiq ravishda, bemorning sog'liq holatiga va jarrohlik turiga mos ravishda moslashtirilishi kerak.

JARROHLIK AMALIYOTIDAN KEYIN BEMORLARNI MEVA VA SABZAVOTLARGA BO'LGAN EHTIYOJI

X.Xojimatov, G.Abdullajonova

Jarrohlik amaliyotidan keyin bemorlarning meva va sabzavotlarga bo'lgan ehtiyoji juda muhim, chunki ular organizmning tiklanishini qo'llab-quvvatlash, immun tizimini kuchaytirish, hazm qilishni yaxshilash va zarur vitaminlar bilan ta'minlashda katta rol o'ynaydi. Meva va sabzavotlar o'zining boy vitaminlar, minerallar, tolalar va antioksidantlar bilan sog'liq uchun juda foydalidir. Ammo abdominal jarrohlikdan keyin bu oziq-ovqatlarni qanday tanlash va qachon qo'llash muhimligini tushunish zarur.

C vitamini jarrohlikdan keyin yaralarning tez tiklanishini qo'llab-quvvatlaydi va immun tizimini kuchaytiradi. Meva va sabzavotlar C vitaminiga boy, masalan, apelsin, limon, kivi, brokkoli va qalampir mavjud.

A vitamini immun tizimi va teri salomatligi uchun zarur. U sabzavotlarda, ayniqsa, sabzi, ismaloq, qalampir, va yashil bargli sabzavotlarda ko'p uchraydi.

B6 va B12 vitaminlari metabolizmni qo'llab-quvvatlaydi va asab tizimi uchun foydalidir. Mevalar va sabzavotlar, ayniqsa, banan, avokado, brokkoli va sholg'omda mavjud bo'ladi.

Jarohat tiklanishida K vitamini muhim rol o'ynaydi, chunki u qonning qaynashini tezlashtiradi. K vitamini ko'p bo'lgan sabzavotlar — ismaloq, karam, brokkoli va marul.

Brokkoli, karam, sholg'om, ismaloq kabi sabzavotlar tolaga boy va hazm qilishni yaxshilaydi.

Mevalar, ayniqsa, olma, nok, marula va qulupnay tolalar va suyuqliklar manbalaridir, ular ichaklarni faollashtirishda yordam beradi.

Antioksidantlar tanadagi zararli erkin radikallarni zararsizlantiradi va yallig'lanishni kamaytiradi, bu jarrohlikdan keyin tiklanish jarayonini tezlashtiradi. Mevalar va sabzavotlar boy antioksidantlarga ega:

Yangi mevalar, masalan, qulupnay, mavi rezavorlar (yong'oq, zaitun, mavi uzum), kivi, va anor ko'p miqdorda antioksidantlar (masalan, flavonoidlar) o'z ichiga oladi.

Pomidor, qalampir, brokkoli va ismaloqda ham ko'plab antioksidantlar mavjud. Jarrohlikdan keyingi dastlabki kunlarda bemorning oshqozon-ichak tizimi sezgir bo'lishi mumkin, shuning uchun meva va sabzavotlarni yengil va hazm qilish oson shaklda tanlash zarur. Mevalar va sabzavotlar quyidagi shakllarda iste'mol qilinishi mumkin. Qulupnay, banan, olma (qaynatilgan yoki pyure holida), shaftoli, kivi.

Kartoshka (pyure holida), sabzi, brokkoli (bug'langan yoki pyure), ismaloq (bug'langan yoki qaynatilgan).

Jarrohlikdan keyin ichak tizimi faoliyatining sekinlashishi mumkinligi sababli, ko'p hollarda sabzavotlarni pyure holatida yoki bug'langan shaklda iste'mol qilish tavsiya etiladi. Bu oshqozon va ichakni haddan tashqari yuklamasdan, foydali elementlarni oson hazm qilishni ta'minlaydi.

Jarrohlikdan keyingi dastlabki kunlarda meva va sabzavotlarni toza va yangi holatda iste'mol qilish kerak. Buzilgan yoki konserva mahsulotlari (masalan,

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

konservalangan sabzavotlar) kamroq foydali bo'lishi mumkin, chunki ular ko'pincha qo'shimcha tuz yoki shakarni o'z ichiga oladi.

Meva va sabzavotlarni og'ir va yog'li ovqatlar bilan birga iste'mol qilishdan saqlanish kerak, chunki bu oshqozon tizimi uchun qiyin bo'lishi mumkin. Meva va sabzavotlarni yengil, oqsilga boy ovqatlar (masalan, tovuq yoki baliq) bilan birga iste'mol qilish tavsiya etiladi.

Jarrohlik amaliyotidan keyin meva va sabzavotlar bemorning tiklanishiga yordam beradi. C vitamini, A vitamini, tolalar, antioksidantlar va boshqa foydali moddalar o'zining muhim rolini o'ynaydi. Biroq, ularni yengil va oson hazm bo'ladigan shaklda qo'llash zarur, shuning uchun boshlang'ich bosqichda qaynatilgan yoki pyure holatida sabzavotlar va mevalarni tanlash maqsadga muvofiqdir.

ULTRATOVUSH TEKSHIRUVINING AYOLLAR REPRODUKTIV SALOMATLIGINI BAHOLASHDAGI DIAGNOSTIK SAMARADORLIGI

Abdullayeva Shoxsanamxon Salimjon qizi

Fargʻona jamoat salomatligi tibbiyot instituti “Davolash ishi” yoʻnalishi talabasi
Fargʻona, Oʻzbekiston

Annotatsiya: Ultratovush tekshiruvi (UTT) homiladorlik monitoringi va ayollar reproduktiv salomatligini baholashdagi ahamiyati tahlil qilinadi. UTT homilaning rivojlanishini kuzatish, tugʻma nuqsonlarni aniqlash, yoʻldosh salomatligini baholash va homiladorlik bilan bogʻliq asoratlarni aniqlashda ionlovchi nurlanishsiz samarali diagnostika vositasi sifatida tavsiflanadi. Tadqiqot doirasida transabdominal va transvaginal ultratovush, shuningdek, Doppler tasvirlash usullari qoʻllanilib, ularning bachadon va tuxumdon patologiyalarini aniqlashdagi diagnostik samaradorligi baholandi. Bemorlarning tibbiy hujjatlari va laboratoriya testlari natijalari ultratovush tasvirlari bilan solishtirildi. Natijalar ultratovush texnologiyalarining ayollar salomatligi diagnostikasidagi muhim oʻrnini tasdiqlab, ushbu sohada texnologik rivojlanish va tibbiyot xodimlari uchun qoʻshimcha bilimlar zarurligini koʻrsatdi.

Kalt soʻzlar: ultratovush, reproduktiv salomatlik, MRT, KT, transabdominal, transvaginal, Doppler, nurlanish.

Kirish. Ultratovush tekshiruvi keng qoʻllaniladigan tasvirlash usuli boʻlsa-da, uning reproduktiv sogʻliq muammolarini aniqlash samaradorligi shifokorning tajribasi, uskunaning sifati va bemorning jismoniy holatiga yaʼni semizlik, anatomik oʻzgarishlariga bogʻliq boʻladi. Koʻplab ginekologik kasalliklarni baholashda samarali boʻlsa ham, endometrioz, tuxumdon saratonining boshlangʻich bosqichlari yoki kichik bachadon anomaliyalarini aniq tashxislashda cheklovlarga ega. Bunday hollarda MRT yoki KT kabi qoʻshimcha tasvirlash usullari talab etiladi. Anatomik tuzilmalarni baholash uchun juda foydali, ammo reproduktiv tizimning gormonal disbalans kabi funksional buzilishlarini aniqlashda esa qoʻshimcha biokimyoviy tahlillar talab qilinadi. Ayollarning reproduktiv salomatligini baholashda ultratovush tekshiruvining diagnostik samaradorligi zamonaviy tibbiyot amaliyotida muhim ahamiyatga ega. Ultratovush tekshiruvi invaziv boʻlmagan, keng tarqalgan va iqtisodiy jihatdan maqbul tasvirlash usuli boʻlib, ginekologik va akusherlik kasalliklarini tashxislash, monitoring qilish va davolashda muhim rol oʻynaydi. Uning diagnostik aniqligini, cheklovlarini va texnologik rivojlanishini oʻrganish ayollar salomatligini yaxshilash uchun muhimdir.

Asosiy qism. Ultratovush tekshiruvi homilaning rivojlanishini kuzatish, tugʻma nuqsonlarni aniqlash, yoʻldosh salomatligini baholash va homiladorlik bilan bogʻliq

asoratlarni, masalan, ektopik homiladorlik va tushish xavfini aniqlash uchun muhim vositadir. MRT yoki rentgen tasvirlash texnologiyalaridan farqli o'laroq, ultratovush tekshiruvchi nurlanishga sabab bo'lmaydi.

Ayniqsa, ayollar salomatligida erta tashxis qo'yish va profilaktik parvarishga qaratilgan e'tibor oshib borayotgani tufayli dolzarbdir. UTT tuxumdon va bachadon tuzilishini baholash, follikulyar kuzatuv hamda homiladorlik bilan bog'liq asoratlarni aniqlash imkonini beradi, shu bilan birga, bemorlarni ionizatsiyalovchi nurlanishga duchor qilmaydi. Shuningdek, Doppler tasvirlash va 3D/4D ultratovush texnologiyalarining rivojlanishi tashxis aniqroq qo'yilishiga yordam bermoqda, bu esa UTTni akusherlik va ginekologiyada ajralmas diagnostika usuliga aylantirmoqda. UTT diagnostik samaradorligini o'rganish ushbu usulning imkoniyatlarini chuqurroq tushunish imkonini berib, tibbiy bilimlarni rivojlantirish, klinik amaliyotni takomillashtirish va reproduktiv salomatlik diagnostikasida dalillarga asoslangan yondashuvlarni qo'llab-quvvatlash uchun muhim ahamiyatga ega.

Tadqiqot ishtirokchilari ultratovush tekshiruvidan o'tayotgan reproduktiv yoshdagi homiladorlik monitoringi va baholash uchun ultratovush tekshiruvchi talab etiladigan homilador ayollar olindi. Ultratovush apparatlari, reproduktiv a'zolaridagi qon oqimini baholash uchun Doppler ultratovush uskunasi, bachadon patologiyalarini baholash uchun fiziologik eritma infuziyasi bilan ultratovush tekshiruvlaridan foydalanildi. Bemorlarning tibbiy hujjatlari va ultratovush hisobotlarida standart klinik baholash shakllari, qo'shimcha diagnostik usullar natijalari bilan solishtirma ma'lumotlardan foydalanildi.

Tadqiqot uchun jami **500** nafar 18 yoshdan 45 yoshgacha ayollar olindi. Ultratovush tekshiruvining eng keng tarqalgan ko'rsatkichlari quyidagilar bo'ldi:

- Polikistik tuxumdon sindromi (PCOS) –**17%**
- Bachadon miomalari –**15%**
- Tuxumdon kistalari –**20%**
- Endometrioz –**9%**
- Bepushtlik bilan bog'liq baholash –**7%**
- Homiladorlik monitoringi va asoratlari –**32%**

95% holatlarda ultratovush natijalari MRI yoki gistopatologik tekshiruvlar bilan tasdiqlandi, bu uning yuqori ishonchliligini ko'rsatadi. **5%** bemorlarda tasvir sifati pasayib, tashxis qo'yish samaradorligi pasaydi. Ultratovush tekshiruvida umumiy to'ssohasini tasvirlash uchun transabdominal ultratovush, tuxumdon, bachadon va endometriy holatini batafsil baholash uchun transvaginal ultratovush, tuxumdon kistalari, o'smalar va homiladorlik bilan bog'liq asoratlarni baholash uchun Doppler ultratovush apparatidan olingan ma'lumotlar bo'yicha tahlil qilindi. Bemorning tibbiy tarixi, simptomlari va laboratoriya testlari bilan solishtirish kasallikni baholash uchun gormonal tahlillar olib borildi. Ushbu natijalar ultratovushni ayollar reproduktiv

salomatligi uchun asosiy diagnostik vosita sifatida ahamiyatini ko'rsatib, kelgusida texnologik rivojlanish va tibbiyot xodimlari uchun qo'shimcha bilimlar zarurligini ko'rsatdi.

Xulosa. Ayollar reproduktiv salomatligini baholashda ultratovush diagnostikasining samaradorligini tekshirishda natijalar shuni ko'rsatdiki, ultratovush reproduktiv tizimdagi strukturaviy o'zgarishlarni aniqlashda yuqori sezgirlik va o'ziga xoslikka ega. Reproductiv sog'liqni saqlashda xavfsiz, tejamkor va keng tarqalgan muhim vosita ekanligini tasdiqlaydi. Tibbiyot amaliyotini dalillarga asoslangan yondashuv bilan boyitishga hamda ultratovushni ginekologik va akusherlik tibbiyotida yanada kengroq qo'llashga xizmat qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Alyavi, A. L., Arnopolskaya. (2008). *Klinik elektrokardiografiya asoslari*. Toshkent.
2. Gadayev, A. (2002). *Umumiy amaliyot vrachlari uchun ma'ruzalar to'plami*. Toshkent.
3. **Mikhaylov, A. V., Romanovskiy, A. N., Volchyenkova, V. E., Kashtanova, T. A., Kuznetsov, A. A., Shlykova, A. V., Kyanksep, I. V., & Savel'eva, A. A. (2022).** Sovremennye podkhody k vedeniyu beremennosti pri monokhorial'nom monoamnioticheskom mnogoplodii [Modern approaches to pregnancy management in monochorionic monoamniotic multiple pregnancies]. *Akusherstvo i Ginekologiya*, (2), 12–19. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2022.2.12-19>
4. Баевский, Р.М., Берсенева А.П. (2008). Введение в донозологическую диагностику. Слово.
5. Soyibjonovna, Q. G. (2025). JISMONIY SALOMATLIK DARAJASINI BAHOLASH USULLARI VA UNI NAZORAT QILISHNING ASOSIY BOSQICHLARI. *MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH*, 4(41), 129-134.
6. Карабаев, М., Косимова, Г. С., & Сидиков, А. А. (2023). Логико-математические модели количественной оценки интегрального уровня индивидуального физического здоровья на основе адаптационного потенциала организма. *Журнал клинической и профилактической медицины*, (1), 38-45.
7. Karabaev, M., & Qosimova, G. (2023). Logical - mathematical models of quantitative assessment of the integral level of individual physical health based on the adaptive potential of the body. *E3S Web of Conferences*, 452, 07004. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202345207004>.

O‘TKIR QORIN SINDROMI BILAN KEHADIGAN KASALLIKLARNI O‘QITISHDA “ROLE PLAYING” METODIKASINING AHAMIYATI VA AMALGA OSHIRISH BO‘YICHA TAVSIYALAR

Mamajonov Boxadir Solijanovich¹

Botiraliyev Aziz Shukurjonovich²

Qodirov Davronbek Rusram o‘g‘li³

¹ T.f.d. professor, Andijon davlat tibbiyot instituti. Andijon sh. O‘zbekiston.

² T.f.n., Central Asian Medical University xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri.
Farg‘ona sh. O‘zbekiston.

³ Central Asian Medical University xirurgik kasalliklar kafedrası assistenti. FJSTI
mustaqil izlanuvchisi. Farg‘ona sh. O‘zbekiston.

Tadqiqotning maqsadi. Tibbiyot ta'limida talabalarni nazariy bilim va amaliy ko'nikmalar bilan ta'minlash muhim ahamiyatga ega. Ayniqsa, o'tkir qorin sindromi bilan bog'liq kasalliklarni o'qitishda an'anaviy dars uslublarining samaradorligini oshirish uchun interaktiv metodlardan foydalanish zarur. «Role playing» metodikasi talabalarni hayotiy klinik vaziyatlarga moslashtirishga, ularning analitik va muloqot qobiliyatlarini rivojlantirishga yordam beradi. Ushbu tadqiqot mazkur metodikaning o'quv jarayoniga ta'sirini baholash va uni qo'llash bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqishga bag'ishlangan.

Material va usullar. Tadqiqot materiali sifatida Central Asian Medical University davolash yo'nalishi 4-bosqich talabalari olindi. Tadqiqotda 80 nafar talaba ishtirok etdi va ular ikki guruhga ajratildi: an'anaviy o'qitish usuli bilan o'rgatilgan nazorat guruhi (40 talaba) hamda «Role playing» metodikasi asosida ta'lim olgan eksperimental guruh (40 talaba). Tadqiqot davomida interaktiv darslar, klinik stsenariylar va talabalar ishtirokidagi rolli o'yinlardan foydalanildi. Natijalar esa talabalar bilimni baholash testlari, OSCE (Objective Structured Clinical Examination) imtihonlari va talabalar fikr-mulohazalari asosida tahlil qilindi.

Natijalar va Muhokama. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, «Role playing» metodikasi asosida o'qitilgan talabalar nazorat guruhiga nisbatan ancha yuqori natijalarga erishdi. Xususan:

- Klinik holatlarni tushunish va diagnostik qaror qabul qilish qobiliyati 25% ga yaxshilandi.
- Talabalar shifokor bilan muloqot qilish ko'nikmalari va bemorga yondashuvi 30% ga oshdi.
- Dars jarayoniga bo'lgan qiziqish va faol ishtirok etish darajasi 40% ga ko'tarildi.

Olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, tibbiyot ta'limida talabalarni faol ishtirok etishga undaydigan metodlar, jumladan, «Role playing» usuli, bilimlarni esda saqlash

darajasini oshirish va amaliy jihatdan qo'llash ko'nikmalarini rivojlantirishda samarali ekan. Ushbu metod klinik tafakkurni shakllantirishda va talabalarni kelajakdagi professional faoliyatga tayyorlashda muhim rol o'ynaydi.

Xulosa va tavsiyalar.

1. «Role playing» metodikasini o'tkir qorin sindromi bo'yicha o'qitish jarayoniga muntazam ravishda joriy etish lozim.
2. Ushbu metodikani joriy etish uchun maxsus stsenariy va klinik vaziyatlar ishlab chiqilishi zarur.
3. O'qitish jarayonida talabalarni bemor, shifokor va boshqa tibbiyot xodimlari rollariga ajratish orqali haqiqiy sharoitni yaratish kerak.
4. Metodikani yanada samarali qilish uchun video va yozma tahlillar bilan qo'shimcha mustahkamlash tavsiya etiladi.
5. Talabalarning diagnostik xatolarini tahlil qilish va ularni tuzatish orqali amaliy mashg'ulotlarni individual yondashuv asosida olib borish zarur.
6. Mazkur metodika boshqa mavzularda ham sinovdan o'tkazilib, ta'lim jarayoniga kengroq tatbiq etilishi lozim.

Mazkur tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, tibbiyot ta'limida interaktiv usullardan foydalanish talabalar bilim va ko'nikmalarini yanada mustahkamlashga xizmat qiladi. «Role Playing» metodikasi orqali o'qitish bemorlarni to'g'ri va samarali davolashga tayyorlashda muhim ahamiyat kasb etadi.

OSHQOZON YARASI VA UNING ASORATLARI: OSHQOZON YARASINING RIVOJLANISHI BILAN BOG‘LIQ BO‘LGAN ASORATLAR

Sh.R.Karimjanova, Sh.I.Jaloliddinov

Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti, Farg‘ona, O‘zbekiston

Annotatsiya: Oshqozon yara kasalligi uning shilliq qavatda yara hosil bo‘lishi hisoblanadi. Oshqozon yara kasalligini kelib chiqishi nasliy, ruhiy, helicobacter pylori va nazoratsiz ayrim dorilarni uzoq muddat qabul qilish tufayli kasallik rivojlanadi, shuningdek asabiylashish, stress, chekish, (sigaret, nosvoy), no‘to‘g‘ri ovqatlanish (shiliq qavatni eroziyaga olib keluvchi va oshqozon shirasi ishlab chiqarilishini kuchaytiruvchi achiq, dudlangan, xamirli taomlar, pishiriqlar, quruq va sovuq ovqatlar, ovqatlanish muntazamligini buzilishi, qahva va boshqalar) sanaladi.

Kalit so‘zlar: Oshqozon yarasi, peptik yara, yarali kasallik, gastrointestinal qon ketish, helicobacter pylori, oshqozon-ichak muammolari, asoratlangan yara, gastrointestinal shoshilinch holatlar, oshqozon yarasi diagnostikasi, yarali bemorlarda klinik belgilari, oshqozon yarasi davolash usullari, yaradan qon ketish, oshqozon devorining zaiflashishi, yara bilan bog‘liq infeksiyalar, oshqozon yarasi oldini olish, yara oqibatlari.

Oshqozon yara kasalligi -surunkali,qaytalanuvchi,qo‘zish va remissiya davrlari almashinib keluvchi kasallik bo‘lib,uning morfologik asosi - shilliq qavatda yara hosil bo‘lishi hisoblanadi.1983-yilda Uorren va Marshall oshqozon shilliq qavatida Campilobacter pylori-grammmanfiy spiralsimon bakteriyani aniqlashdiva uni yara kasalligini asosiy sababchisi sifatida ko‘rsatishdi.Lekin kuzatuvlar natijasida mikroob sog‘lom odamlarda ham piloroduodenal yarali bemorlarda ham aniqlangan.Bundan kelib chiqadiki,uning mavjudligi bevosita yara kasalligi yuzaga kelishiga sabab bo‘lmaydi. Helikobakter pilori semiz hujayralarda gistamin sekretsiasini kuchaytiradi va oqibatida mikrosirkulyatsiya jarayoni buziladi. Bu yara kasalligi rivojlanishiga sabab bo‘ladi.Yara ko‘proq B gastritga chalingan bemorlarda kuzatiladi. Oshqozon yarasi diifuz pangastrit yoki oshqozon tanasi gastritis fondida rivojlanadi. Bunday yallig‘lanish oqibatida kuchsizlanib qolgan shilliq qavatga xlorid kislotaning me‘yoriy sekretsiasini ham salbiy ta‘sir ko‘rsatadi. Aspirin, ibuprofen, naproksen kabi dorilar uzoq muddat qo‘llanganda oshqozon shilliq pardasini himoya qiluvchi prostaglandinlar sintezini kamaytirib, yaraga sabab bo‘lishi mumkin.

Yara kasalligi rivojlanishi 2 ta omilga bo‘linadi:

1.Himoya

2.Agressiv

Himoya	Agressiv
--------	----------

<p>1.Xlorid kislotasi yuqorilligi 2.Pepsin yuqorilligi 3.Helikobakter pylori me'yordan ko'p 4.Nisbiy moyillik 5.Duodeno-gastral reflyuks mavjudligi 6.Zararli odatlar</p>	<p>1.Epiteliyda regeneratsiya jarayoning me'yorida bo'lishi 2.Regionar qon aylanishning yetarli darajadaliligi 3.Antroduodenal kislotalilikni tormozlash.Shilliq qavatda mukopolisaxarid sintezining saqlanishi.</p>
--	--

Yara Joylashishiga ko'ra

- Tanasi
- Kardial qismi
- Subkardial
- Pilorik qismi
- Antral qismi

Yara turiga ko'ra

1. Yakka
2. Ko'p

Kiliniq kechishi bo'yicha

Tipik: Simptomsiz, og'riqsiz

Atipik: Og'riq sindromi bilan.

Oshqozon sekretyasiga ko'ra

Oshgan

Me'yorida

Kamaygan

Asoratlarga ko'ra qonash, perforatsiya, penetratsiya, stenoz, malignizatsiya, perivisterit.

Asoratlari.

Yaradan qon ketish. Qon ketish holati bemorlarning 10-15% da kuzatiladi.

Oshqozon yarasidan qon ketish quyidagi klinik belgilarga ega:

- Gematemesis – qusish paytida qizil yoki “qahva xushtaki” (qonning oshqozon shirasida parchalanishi natijasida) rangdagi qon ajralishi.
- Melena – qora, qattiq hidli najas, qonning oshqozon-ichak yo'llarida hazm bo'lishi natijasida yuzaga keladi.
- Qon bosimining pasayishi va bosh aylanishi – ortiqcha qon yo'qotilishi natijasida gipovolemik shok rivojlanishi mumkin.
- Teri oqarishi va zaiflik – surunkali qon ketish anemiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Tashxis

Oshqozon yarasidan qon ketishni tashxislash uchun quyidagi usullar qo'llanadi:

- Endoskopiya (EGD – ezofagogastroduodenoskopiya) – oshqozon ichki qavati va qon ketish manbalarini vizualizatsiya qilish uchun asosiy diagnostik usul hisoblanadi.
- Laborator tekshiruvlar:
 - Gemoglobin va gematokrit darajasini aniqlash – anemiya darajasini baholash uchun.
 - Koagulyatsion testlar – qon ivish xususiyatlarini baholash uchun.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

- Qon guruhi va rezi faktorni aniqlash – shoshilinch qon quyish zarurati tugʻilgan holatlarda.
Davolash usullari
- Proton nasos inhibitori (PPI) terapiyasi – oshqozon kislotasini kamaytirish uchun omeprazol, pantoprazol kabi dorilar qoʻllaniladi.
- Gastroprotektiv dorilar – misol uchun, sukralfat yoki misoprostol shilliq qavatni himoya qiladi.
- Endoskopik gemostaz – qon ketish manbasini toʻxtatish uchun elektrokoagulyatsiya, kliplash yoki adrenalinning bevosita yuborilishi qoʻllaniladi.
Jarrohlik davolash

Agar qon ketish konservativ usullar bilan nazorat ostiga olinmasa, quyidagi jarrohlik usullari qoʻllaniladi:

- Gastroduodenal arteriyaning bogʻlanishi – shikastlangan qon tomiri klamplanadi yoki tikiladi.
- Yaraning eksizyon qilinishi – oshqozon devorining zararlangan qismi olib tashlanadi.
- Transkateter embolizatsiya – angiografik usul bilan qon ketayotgan tomirni yopish.

Perforatsiya-yaraning teshilishi, oshqozon yarasida qon ketishdan keyingi koʻp uchraydigan asorat boʻlib, taxminan 5-15% bemorlarda uchraydi. Bunda oshqozon teshilib oziq qoringa chiqib, ogʻriq yuzaga keladi. 20-40 yoshli erkaklarda koʻp uchraydi. Oshqozon yarasi orqa devorda joylashganda baʼzi bemorlarda uning atipik teshilishi kuzatiladi. Bunda ovqat qorin pardasi ortidagi boʻshliqqa tushib absess yoki flegmona hosil boʻlishiga sabab boʻladi.

Klinik belgilari

Oshqozon yarasi perforatsiyasining asosiy klinik belgilari quyidagilardan iborat:

- Qorin sohasida keskin, toʻsatdan paydo boʻladigan «pichoq urilgandek» ogʻriq
- Qorin mushaklarining kuchaygan tonusi (taxta qorin simptomi)
- Koʻngil aynishi va qayt qilish
- Isitma va umumiy holsizlik
- Nafas olishning tezlashishi va yurak urishining kuchayishi
- Peritonit belgilari (qorinning shishishi, kuchli ogʻriq, holsizlik)

Diagnostika

Perforatsiyani aniqlash uchun quyidagi tekshiruvlar oʻtkaziladi:

- **Klinik koʻrik** – bemorning anamnezi va simptomlari asosida dastlabki tashxis qoʻyish
- **Radiologik tekshiruvlar:**
 - Oddiy qorin rentgenografiyasi (diafragma ostida havo mavjudligi – «havo oy nuri» simptomi)
 - Kompyuter tomografiya (KT) – aniqroq tasvir olish uchun
- **Endoskopiya** – agar bemorning holati imkon bersa, ichki muhitni vizual baholash
- **Laborator tekshiruvlar** – leykotsitoz, C-reaktiv oqsil koʻrsatkichlarining oshishi.

Yaranning penetratsiyasi.

Bu oshqozon devorlaridan yarani qo‘shni a‘zolariga va to‘qimalarga tarqalishi hisoblanib, o‘rtacha 15% bemorlarda uchraydi. Oshqozon yarasini, aksariyat hollarda, oshqozon osti bezi tanasiga va kichik chavgarga, o‘n ikki barmoqli ichak piyozi orqa va yon devorlariga, oshqozon osti bezi bosh qismiga va jigar sohasiga penetratsiyasi kuzatiladi. U shakllanishi bilan og‘riq sindromining xarakati o‘zgaradi: avval ovqat qabul qilish bilan bog‘liq bo‘lgan og‘riq ma‘lum vaqtdan so‘ng yuzaga kelishi ritmi yo‘qoladi, kechasi va uzoq davom etuvchi og‘riqlar kuzatiladi. Misol uchun, penetratsiya oshqozon osti beziga bo‘lsa, og‘riq belbog‘simon xususiyatga ega bo‘ladi. Oshqozon yarasini kichik chavgarga penetratsiyasida og‘riq “o‘ng qovurg‘a ostida”, ba‘zan “o‘ng yelka va o‘mrovga yoki to‘sh suyagiga uzatiladi”. So‘nggi holatda og‘riqlar stenokardiya xurujlarini eslatadi. Piyozi sohasidan keyingi yaralar penetratsiyasida og‘riq pastga, kindik tomonga tarqaladi. Shuningdek, penetratsiyada aksariyat hollarda qorinning turli sohalarida yallig‘lanish infiltratlari aniqlanadi. Bemorlar subfebril isitmalash, chuqur bo‘lmagan leykotsitoz va umumiy formatlanishning chapga siljishi kuzatiladi. Bilirubin, transaminaza, a-amilaza, mochevina ko‘rsatkichlari yaranning qaysi a‘zoga penetratsiya bo‘lganga qarab o‘zgaradi. Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligini penetratsiyasini yaqinlashish tashxisi EGDPS yordamida qo‘yiladi. Uning chuqur joylashgan holatlarida UTT va KT yordam beradi.

Perivisterit – oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligining asoratlardan biri bo‘lib, qorin bo‘shlig‘ining orqa devoriga yallig‘lanish jarayonining tarqalishi bilan kechadi. Ushbu holatda oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning orqa devori qalinlashadi, atrof to‘qimalar bilan birikib, harakatsiz holatga keladi.

Bemorlar bel sohasida doimiy og‘riqdan shikoyat qilishadi, og‘riq orqa tomonga tarqalishi mumkin. Umumiy ahvol yomonlashadi, tana harorati ko‘tariladi, intoksikatsiya belgilarining kuchayishi kuzatiladi.

Xulosa

Oshqozon yarasi – zamonaviy tibbiyotda keng tarqalgan kasallik bo‘lib, uning etiologiyasi va patogenezini ko‘p omillarga bog‘liq. Oshqozon yarasining asoratlari orasida qon ketish, perforatsiya, penetratsiya va stenoziya eng jiddiy hisoblanadi va bemorning hayoti uchun xavf tug‘dirishi mumkin. Shu sababli, kasallikni erta tashxislash va kompleks davolash usullarini qo‘llash muhim ahamiyat kasb etadi. Diagnostikada endoskopiya, laborator va mikrobiologik tekshiruvlar yetakchi o‘rin tutadi.

Kasallikni davolashda eradikatsion terapiya, kislotani kamaytiruvchi preparatlar va parhez muhim rol o‘ynaydi. Og‘ir holatlarda jarrohlik aralashuvi talab qilinishi mumkin. Profilaktika choralari sifatida sog‘lom turmush tarziga rioya qilish, muvozanatli ovqatlanish va tibbiy ko‘riklardan muntazam o‘tish tavsiya etiladi. Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, oshqozon yarasi va uning asoratlari oldini olish va samarali davolash uchun kompleks yondashuv va aholining xabardorligini oshirish zarur. Kelajakda kasallikni davolash bo‘yicha yangi innovatsion usullarni tadqiq etish muhim ilmiy yo‘nalishlardan biri bo‘lib qoladi.

Foydalanilgan adabiyotlar.

«Anatomiya va jarrohlikda fanlararo yondashuvlar: fundamental tadqiqotlardan klinik amaliyotgacha»

5. Ichki kasalliklar propedevtikasi Toshkent-2012 A. Gadayev. M. Sh. Karimov. X. S. Axmedov.
6. Patologik fizalogiya Toshkent 2009. M. M. Haqberdiyev.
7. Umumiy patologiya Toshkent 2010.B.A. Magrupov.
8. Bohodur o‘g‘li, M. S., Ergashovich, Q. B., & Erkinovich, X. Z. (2023). OSHQOZON YARA KASALIKLARI VA ULARNING KELIB CHIQISH SABABLARI. Yangi O‘zbekistonda Tabiiy va Ijtimoiy-gumanitar fanlar respublika ilmiy amaliy konferensiyasi, 1(7), 71-75.



Muharrirlik kengashi anjuman materiallarining mazmuniga mas'ul emas. Ilmiy to'plamlar mualliflar tomonidan topshirilgan original holatda chop etilmoqda.

* * *

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