



Tadqiqot **UZ**



**ЎЗБЕКИСТОН
ОЛИМЛАРИ ВА
ЁШЛАРИНИНГ
ИННОВАЦИОН
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ
ТАДҚИҚОТЛАРИ
МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

2021

- » Ҳуқуқий тадқиқотлар
- » Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих саҳифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат соҳаларини ривожланиши
- » Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
- » Техника ва технология соҳасидаги инновациялар
- » Физика-математика фанлари ютуқлари
- » Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар
- » Кимё фанлари ютуқлари
- » Биология ва экология соҳасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология соҳасидаги инновациялар



**31 YANVAR
№24**

CONFERENCES.UZ

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 24-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ
18-ҚИСМ**

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
24-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ
ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ"
ЧАСТЬ-18**

**MATERIALS OF THE REPUBLICAN
24-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE
CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL
RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18**

ТОШКЕНТ-2021



УУК 001 (062)
КБК 72я43

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2021]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 24-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 январь 2021 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2021. - 36 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн конференция 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Ҳаракатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий конференцияси таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳлил қилинган конференцияси.

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б., ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

PhD Шакирова Шохида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги "Оила" илмий-амалий тадқиқот маркази)

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг туган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш ҳудудий маркази)

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона политехника институти)

13.Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Раҳмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

14.Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

15.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

19.Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

21.Кимё фанлари ютуқлари

Раҳмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

24. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

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

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

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

1. Д.Ш. Аллаберганов, Н.И. Тажимова ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ РАННОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА	7
2. Мардиев З.Т. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА	9
3. К.К. Эгамбердиев СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТДА ЎТ ПУФАГИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ХОЛЕСТЕРОЗЛИ ТУРИИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ.....	11
4. Axmadova Dilnura Ashraf qizi, Abuzalova Mehriniso Qodirovna TIBBIYOT SOHASIGA OID PUBLITSISTIK MATNLARDA METAFORALAR	13
5. Маматкулов Шукур Мустафакулович, Мирзахмедов Мурод.Мирхайдарович, Арзиев Достон Урол угли ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИПАХ И ПОЛИПОЗАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	15
6. Наврузов Бегзод Салимкович, Бабажонов Ахмаджон Баходирович, Гозиев Жахонгир Ортик ўғли, Ортикбоев Фарход Дилшод ўғли СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	17
7. Тешаев Октябрь Рухуллаевич, Олимкулов Юсуф Шоимкул ўғли, Жалилов Сардор Шухрат ўғли, Полвониязов Хумоюдин Ғайратжон ўғли ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	20
8. Улмасова Саодат Илхомжон кизи ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИМЕНЯЕМЫХ В БОРЬБЕ СКОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ.....	24
9. Улмасова Саодат Илхомжон кизи ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ БОРЬБЫ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	26
10. Shakkulov Azizbek Murodullayevich, Sh.O. Korjavov MORPHOLOGY AND SOME MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE LIVER.....	28
11. Д.Ш. Аллаберганов, Н.И. Тажимова КЕЧГИ НЕОНАТАЛ ДАВРДА СЕПСИСДА ЛИМФА ТУГУНЛАРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР.....	30
12. Усмонов Исомиддин Хайдарович, Бозоров Шухрат Истамович УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРЕДНИХ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	32



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ РАННОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

Д.Ш. Аллаберганов, Н.И. Тажимова

Ташкентская Медицинская Академия

Аллаберганов Дилшод Шавкатович +998909347225

Тажимова Наргиза Икрамовна +998915705912

e-mail: dilshodbek9347225@mail.ru

e-mail: nargizatojimova5705912@mail.ru

Аннотация. В данной работе было проведено морфологическое исследование лимфатических узлов при раннем неонатальном сепсисе. При раннем в 85,7% неонатальном сепсисе в лимфатических узлах выявляются морфологические признаки незрелости и недоразвития. При раннем сепсисе патоморфологические изменения, характерные для сепсиса, сливаются с изменениями незрелости лимфатического узла и проявляются расширением пазух и пульповых тяжей мозгового слоя лимфатического узла.

Ключевые слова: новорожденный, неонатальный период, неонатальный сепсис, ранний внутриутробная инфекция, лимфатические узлы.

Учитывая актуальность и частоту (1-8 на 1000 живорожденных) и смертность (13-50%) неонатального сепсиса, необходимо выяснить патоморфологические изменения во всех органах и тканях, в частности в лимфатических узлах разной локализации. При изучении необходимо учитывать патогенез, клинико-морфологические формы неонатального сепсиса. Результаты исследования позволяют понять патогенез, морфогенез сепсиса и поставить научно обоснованный диагноз на основании морфологических данных.

При раннем неонатальном сепсисе заражение новорожденного гнойным процессом происходит во внутриутробном периоде на фоне незрелости и недоразвития основных морфофункциональных зон периферического органа иммуногенеза лимфатических узлов. Сепсис диагностируется в первые 5-7 дней после рождения. При раннем в 85,7%, позднем неонатальном сепсисе в 50% случаев встречаются лимфатические узлы с морфологическими признаками незрелости и недоразвития. При раннем неонатальном сепсисе патоморфологические изменения, характерные для септического процесса, сливаются с изменениями незрелости лимфатического узла и проявляются расширением площадей имеющих морфофункциональных зон, особенно синусов и легочных канатиков мозгового слоя лимфатический узел.

1. При раннем в 85,7%, позднем неонатальном сепсисе в 50% случаев встречаются лимфатические узлы с морфологическими признаками незрелости и недоразвития.

2. При раннем неонатальном сепсисе патоморфологические изменения, характерные для септического процесса, сливаются с изменениями незрелости лимфатического узла и проявляются расширением площадей имеющих морфофункциональных зон, особенно синусов и легочных канатиков мозгового слоя лимфатического узла.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Ашиткова Н.В. Диагностическое и прогностическое значение лимфопении при неонатальных инфекциях Автореферат кандидатской диссертации 2009, Москва



2. Николенко В.Н, Шугаева К.Я., Гусейнов Т.С. “Современные представления о структурно-функциональной организации лимфатической системы в физиологических условиях и при патологии” // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 1. – С. 37-39;
3. Кирилочев О. К., Китиашвили И. З., Тарасова З. Г. Перинатальные заболевания как ведущая причина летальных исходов у детей/Лечащий врач № 9/2019 с. 46-51
4. Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kissoon N. The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. *The Lancet Respiratory medicine* 2018; 6(3): 223-30.
5. Mohamed El-Mashad G. et all. La escala pediátrica de evaluación del fallo multiorgánico secuencial (pSOFA): una nueva escala de predicción de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *An Pediatr (Barc)*. 2019// doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.018



СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА

Мардиев З.Т.

Самаркандский государственный
медицинский институт

Аннотация: Лечение больных гонартрозом должно зависеть от стадии заболевания и базироваться не только на объективных методах исследования, но и прежде всего на субъективных ощущениях пациентов. Консервативные методы лечения (НПВС, хондропротекторы, гиалуронаны) наиболее эффективны в начальных (I-II) стадиях гонартроза. Артроскопия коленного сустава позволяет добиться значительного эффекта при достаточно раннем ее применении (II-III стадии). Эндопротезирование коленного сустава является золотым стандартом лечения пациентов с III-IV стадиями гонартроза.

Ключевые слова: гонартроз, хондропротекторы, артроскопия, эндопротезирования.

Введение. Остеоартроз является распространенным заболеванием и составляет 10% в популяции во всем мире. По данным различных авторов, частота этой патологии колеблется от 30 до 55% среди всех ортопедических заболеваний, по поводу которых пациенты обращаются к врачу [1, 2]. Наряду с этим известно, что поражение коленных суставов встречается наиболее часто (10%) у населения старше 55 лет, у 1/4 из которых наблюдается выраженная инвалидизация. Гонартроз достаточно часто встречается и у молодых, работоспособных людей, в том числе занимающихся спортом, активной трудовой деятельностью [4]. По нашим данным, 58% больных гонартрозом, перенесших эндопротезирование, были младше 60 лет. Таким образом, проблема эффективного лечения гонартрозов приобретает не только медико-социальное, но и экономическое значение. На практике пациенту с гонартрозом предлагается стандартная схема лечения, которая включает нестероидные противовоспалительные препараты, при избыточном весе совет похудеть и длительный прием так называемых симптом-модифицирующих препаратов — хондропротекторов [6]. В ряде случаев врач принимает во внимание сопутствующие заболевания пациента и назначает селективные ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ)-2, а при упорной боли в коленном суставе проводит внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (ГКС). К несчастью, большинство случаев гонартроза не обходится без оперативного лечения. Чаще всего для лечения гонартроза применяются три основных методики оперативного вмешательства. Это артроскопия, корригирующая остеотомия и эндопротезирование. Сегодня артроскопические операции при гонартрозах применяются достаточно часто и включают в себя ряд методик — от ревизии и санации сустава до применения лазера, плазменной абляции, хондроластики. По данным литературы, эффективность артроскопии при проведении элементарных процедур лаважа и дибридинта составляет 74%. В наиболее тяжелых случаях используют и более инвазивные методики — от корригирующей остеотомии до эндопротезирования. Корригирующая остеотомия наиболее эффективна и показана на начальном этапе нарушения осевых параметров конечности [4,5]. В запущенных случаях, учитывая весь комплекс медицинских и социальных факторов, кроме эндопротезирования, иногда может быть рекомендован артродез — операция отчаяния. Эндопротезирование коленного сустава показано пациентам с рентгенологическими признаками гонартроза с рефрактерным болевым синдромом и функциональной недостаточностью коленного сустава. Эффективность тотальной артроластики коленного сустава убедительно доказана у инвалидизированных пациентов с тяжелым гонартрозом коленных суставов [1]. Хорошие или отличные результаты в отношении уменьшения выраженности болевого синдрома и улучшения функциональной подвижности на протяжении 5 лет после проведения оперативного вмешательства отмечаются у почти 90% пациентов [7].

Выводы:

1. Лечение больных гонартрозом должно зависеть от стадии заболевания и базироваться не только на объективных методах исследования, но и прежде всего на субъективных ощущениях пациентов.



2. Консервативные методы лечения (НПВС, хондропротекторы, гиалуронаны) наиболее эффективны в начальных (I-II) стадиях гонартроза.

3. Артроскопия коленного сустава позволяет добиться значительного эффекта при достаточно раннем ее применении (II-III стадии).

4. Эндопротезирование коленного сустава является золотым стандартом лечения пациентов с III-IV стадиями гонартроза.

Литература

1. Ардатов С.В. Комплексный подход к оперативному лечению больных с деформирующим гонартрозом // Автореф. ... дис. канд. мед. наук. — Самара, 1997. — 25 с.

2. Бадюкин В.В. Пути оптимизации терапии остеоартроза / В.В. Бадюкин // РМЖ. — 2006. — Т 14. — № 5. — С. 1824-1828.

4. Гейдешман Е.С. Выбор способа хирургического лечения больных с дефектами хряща коленного сустава при гонартрозе // Автореф. ... дисс. к.м.н. — Самара, 2008. — 23 с.

5. Коршунов Н.И., Ершова О.Б. Современные подходы к фармакотерапии остеоартроза // Consilium medicum. — 2006. — № 2. — С. 34-38.

6. Лиля А.М. Современная фармакотерапия остеоартроза // Terra medica. — 2005. — № 1 (37). — С. 3-9.

7. Khamdamov B. Z. Islomov A. I. Metod of prevention of postoperative complications of surgical treatment of diabetic foot syndrome// European Science Review. Austria, Vienna 2018 Septemba-October. - №9-10. - P. 194-196.



СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТДА ЎТ ПУФАГИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ХОЛЕСТЕРОЗЛИ ТУРИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ

К.К. Эгамбердиев

Ургенчский филиал Ташкентский
Медицинский Академии

Эгамбердиев Куврнчбек Косимович +998995672066

e-mail: kuvonch8484@mail.ru

Аннотация: Биз томонимиздан РПАМ биопсия диагностикаси бўлимида 675 та холецистэктомиядан сўнг жарроҳлик йўли билан олиб ташланган ўт пуфагини ўрганиб чиқдик, улардан 146 та ҳолатга морфологик жиҳатдан ўт пуфаги холестерози (ЎПХ) диагнози қўйилди. Бундан ташқари, холестероз 21,2 фоиз ҳолларда холецистоз билан, 4,8 фоиз ҳолларда липоматоз билан, 2,5 фоиз ҳолларда ксантогрануломатоз билан ва 15,8 фоиз ҳолларда холестеринли полиплар билан қўшилиб келган. Ўт пуфагидан бўлакчалар кесиб олиниб, 10 фоизли нейтрал формалин эритмасида фиксация қилинди, сувсизлантирилгандан сўнг улар парафинга қўйилди. Парафинли блоклардан гистологик кесмалар тайёрланиб, гематоксилин ва эозин бўёқлари билан бўялди.

Калит сўзлар: ўт пуфаги, холецистит, холестероз, кўпикли хужайралар, ксантом хужайралар.

Ўт пуфаги холестерози (ЎПХ) липидларнинг эркин холестерин, холестеринэстерлар ва холестериннинг циклик ўтмишдошлари кўринишида тўпланиши натижасида ўт пуфаги деворининг шикастланишини ўзида акс эттириб, аввало асосан шиллиқ қаватида, жараён кучайганда эса шиллиқ ости ва мушак қаватини ҳам шикастлайди. Липидларнинг асосий тўпланиш жойи лимфа томирлари адвентициал ва эндотелий хужайралари макрофаглари-нинг трансформацияси натижасида ҳосил бўлган кўпикли хужайралари ҳисобланади.

Касалликнинг дастлабки босқичида кўпикли хужайраларнинг асосий тўпланадиган жойи ўзгармаган эпителий ворсинкалари чўққисида аниқланади. Қачонки, кўпикли хужайралар микрополип шаклини олиб, хусусий пластинканинг барча бўшлиғини бутунлай тўлдирса, стромал элементлар деярли бутунлай йўқолади. Бундай ҳолатда, капилляр томирларнинг сиқилиши шиллиқ қават юза эпителийсининг ишемиясига ва унинг метаболизмининг ёмонлашувига олиб келади. Бу эпителиоцитлар бўйининг пасайиши, функционал фаоллигининг пасайиши белгилари ва кўпинча уларнинг кўчиб тушиш билан бирга келади. Худди шу вақтни ўзида, қўшни соҳалардаги шу ворсинкалар ва қўшни ворсинкаларда кўпикли хужайралар йиғилади.

Бизнинг материалimizда макроскопик жиҳатдан ЎПХ кулранг-сарик тўр кўринишида ёки майда полипсимон ўсмалар бўлган шиллиқ қаватдаги доғ шаклида намоён бўлди. Бу ўзгаришлар уларнинг кенгайиши ва цилиндрик эпителий қавати билан қопланган, кўпикли хужайралардан таркиб топган ва ўт пуфаги бўшлиғига ўсиб кирувчи майда оёқчаларда псевдоподийлар шаклланиши билан, ҳамда охир оқибат уларнинг кенгайиши билан лимфа томирлари бўйлаб липидларнинг чўкишига сабаб бўлади. Биз томонимиздан ЎПХнинг бир неча турлари диагноз қилинди.

Холестерознинг диффуз тўрли шакли ўт пуфаги шиллиқ қаватининг бутун юзасига зарар етказиши билан тавсифланади, бунда макроскопик ўзгаришлар зўрға сезиларли даражадан жуда кучли сезиларли даражада бўлиши мумкин. Кулранг-сарик тўр ёки крап фонида холестерознинг диффуз шакли билан кўпинча 2-6 мм ва ундан ортиқ ўлчамли турли ўлчамдаги холестеринли полипларни аниқлаш мумкин. Бунда, улар битта ёки бир нечта бўлиши мумкин. Баъзи ҳолларда бу шакл ўт пуфаги деворининг чуқур инфилтрацияси билан бирга келади, мушак мембранаси, шу жумладан ўт пуфаги деворининг яллиғланишли ўзгаришлари фонида ХС эфирлари билан бирга кечади.

Холестерознинг ўчоқли тўрсимон шаклида изоляцияланган майдон шикастланди, унда ўт пуфаги шиллиқ қаватининг қолган жойлари эса нисбатан нормал тузилишга эга бўлган. Юзаки ўчоқли ЎПХда унга хос бўлган тўрсимон шакл айрим соҳаларда, одатда бўйин соҳасида кучсиз ифодаланган, полиплар эса камроқ учрайди. Холестерознинг ушбу шаклида липидли инвазия кучсиз намоён бўлиб, одатда фақат шиллиқ қават ва шиллиқ ости



асосни эгаллайди. Фақатгина алоҳида ворсинлардагина дезпителизация ўчоқлари учраши мумкин. Ушбу соҳалардаги субэпителиал қавати лимфоцитлар томонидан кучли инфилтратланган, капиллярлари эса кенгайган. Ўзгармаган шиллик қават субэпителиал қаватида ва стромасининг алоҳида бурмаларида битта-иккита кўпикли хужайралар аниқланади. Одатда, кўпикли хужайралар яллиғланиш инфилтрат хужайралари ва кенгайган капиллярлар билан ўралган. Бу шуни кўрсатадики, улар субстратнинг пассив тўпловчилари эмас, балки организмнинг тўқима реакциясида аниқ рол ўйнашини кўрсатади. Шаклланган холестерознинг диффуз тўрсимон шаклида, кўпикли хужайралар аллақачон алоҳида ворсинларни тўлиқ тўлдиради. Яллиғланиш инфилтрати ушбу ворсинлардан чиқиб, уларнинг асосига ўтади. Уларда капилляр томирлари ҳам камаяди. Ушбу ворсинкаларни қопловчи эпителий хужайралари кучли дистрофия ҳолатида, қўшни соҳа эпителий хужайралари эса жадал пролиферацияланиш ҳолатида бўлади.

ЎПХ нинг липоматоз шаклида, чуқурроқ шикастланиши билан, сезиларли яллиғланишли-склеротик ўзгаришлар ксантом хужайраларининг дистрофияси ва шиллик қават ворсинкаларининг фибрози билан бирга кечиши аниқланди. Ушбу соҳаларда ворсинкаларнинг дезпителизацияси, ксантом хужайраларининг некрози ва ёғ кисталарининг шаклланиши кузатилиши мумкин. Ўт пуфаги деворидаги яллиғланишли-склеротик ўзгаришларнинг интенсивлиги дистрофиянинг ривожланиши ва ксантом хужайраларининг йўқолиши билан ортиб, кейинчалик бу соҳаларнинг фиброз тўқимаси билан алмашилиши аниқланади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Галкин В.А. Современные представления патогенеза холелитиаза как основа принципов профилактики билиарной патологии // Тер.Архив. М., 2003 №1. С.6-9.
2. Иванченкова Р.А., Измайлова Т.Ф., Лемина Т.Ф. Холестероз желчного пузыря (клиника, диагностика, лечение) // Клин. Мед. М., 1997. № 5. С 46-52
3. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. М.: Анахарсис, 2004. 200 с.
4. Осадчук М.А., Гераськина Т.В. Хронический холецистит некоторые у лиц молодого возраста // Клиническая медицина. М., 1993. № 1. С. 25-27.
5. Циммерман Я.С. Хронический холецистит и хронический панкреатит // Очерки клинической гастроэнтерологии. Пермь: ПГМА, 2005. Вып. 2. С. 251-258.
6. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М. Медицина 1990; 240.
7. Полуниин Т.Е. Желчекаменная болезнь. Лечащий врач. 2005. -№2. – С. 34-38.
8. Cerdan F., Gabaudan C., Soulier B., Richez P. Rare complications from laparoscopic cholecystectomy. J Radiol. 2010 Dec; 91(12-C1):1265-1267. French. PubMed PMID: 21242904.



TIBBIYOT SOHASIGA OID PUBLITSISTIK MATNLARDA METAFORALAR

Axmadova Dilnura Ashraf qizi

BuxDU Lingvistika(o'zbek tili) II bosqich magistranti

Ilmiy rahbar: **Abuzalova Mehriniso Qodirovna**

Filologiya fanlari doktori, professor.

Annotatsiya: Maqolada tibbiyot sohasiga oid publitsistik nashrlardagi metaforalar tahlilga tortilgan. Tibbiy metaforalarning o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida mulohaza yuritilgan.

Kalit so'zlar: tibbiyot, kasallik, muolaja, tabiblik, publitsistika, metafora, metaforik birlik, tibbiy metafora.

Ma'lumki, tibbiyot sohasi inson faoliyatining muhim sohalaridan biri hisoblanadi. U boshqa ko'plab sohalardan ancha oldinroq paydo bo'lgan. Tarixiy ma'lumotlarga ko'ra, qadim zamonlarda yashagan ibtidoiy odamlar hali o'zlari uchun turarjoy qurish, kiyim tikish va ovqat pishirishni bilmay turib, ba'zi kasallik holatlarida o'zlarini muolaja qilishni o'rganib olganlar. Tabiiyki, buni ularning yashash sharoitlari taqozo qilgan. Chunki ibtidoiy odamlar uy-joysiz, o'rmon va g'orlarda yashab, ko'p qiyinchiliklarni boshdan kechirganlar. Buning natijasida har xil kasalliklarga duchor bo'lganlar, hatto yirtqich hayvonlar bilan to'qnashib, tan jarohatlari olganlar. Shu sababli ham bunday holatlarda kishilar kasallikdan qutilish va o'zlarini davolashga intilganlar. Natijada dastlabki oddiy muolaja usullari kashf etila boshlangan. Bu to'g'risida tibbiyot asoschilaridan biri buyuk Hippokrat (Gippokrat) shunday deb yozgan edi: "Hayotninig o'zi kishilarni tabiblik san'atini izlab topishga majbur etgan" [3].

Keyinchalik, jamiyat taraqqiyoti natijasida asta-sekin tibbiyot sohasi ham rivojlana boshladi. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, insonlarning hayotiy tajribalari asosida ko'plab ilmiy tadqiqotlar, xususan, darslik va qo'llanmalar yaratildi.

Shu bilan birga, O'zbekiston mustaqillikka erishgach, jamiyat hayotida katta o'zgarishlar bo'lgani kabi OAV tizimida ham tubdan yangilanishlar bo'ldi. Jumladan, jurnalistika sohasida o'ziga xos o'zgarishlar kuzatildi. Natijada publitsistikada tibbiyot sohasiga oid ko'plab ko'rsatuvlar (*"Salomatlik sirlari"*, *"TV-shifokor"*, *"O'zingni angla"*, *"Oydin hayot"*, *"Olam va odam"*, *"Tabiat mo'jizalari"* ("O'zbekiston" teleradiokanali), *"Sog'lom oila"*, *"Sog'lom avlod"*, *"Sog'lom hayot"* ("Yoshlar" teleradiokanali), *"Salomat bo'ling!"*, *"Salomatlik xazinasi"* ("Sport" teleradiokanali), *"Puls 1141"* ("Zo'r TV" teleradiokanali), *"Salomat bo'ling"* ("Buxoro" teleradiokanali) bilan bir qatorda, OAV nashrlari (*"DOKTOR PRESS"*, *"SHIFO-info"*, *"Tashxis"*, *"Salomatlik sirlari"*)ga ham keng o'rin berila boshlandi.

Bugungi kunda esa koronavirus infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurashish davrida prezidentimiz Sh.M.Mirziyoyev tomonidan aholini ijtimoiy himoya qilishni kuchaytirishga qaratilgan ko'plab qaror va farmonlarning e'lon qilinishi natijasida tibbiyot sohasi yanada jadallik bilan yuksalib bormoqda. Biz ham mana shu yuksalishga oz bo'lsa-da o'z hissamizni qo'shish maqsadida ushbu kichik tadqiqotimizni aynan tibbiyot sohasiga oid publitsistik matnlardagi metaforalar tadqiqiga bag'ishladik.

Ma'lumki, **metafora** [yun. metaphora – ko'chirish, ko'chim] - so'z yoki iborani o'xshashlik yoki o'xshatishga asoslangan ko'chma ma'noda ishlatish va shunday ma'noda ishlatilgan so'z yoki ibora; istiora, majoz (mas, *quloq* so'zining *dutorning qulog'i* birikmasidagi ma'nosi metafora asosida yuzaga kelgan) [5].

Shu bilan birga, ayrim tadqiqotchilar "metafora – o'xshatishning qisqargan shakli", - degan fikrni ilgari suradilar [2, 4].

Tilshunos olim E.Qilichev ham o'z tadqiqotlarida metaforaga munosabat bildirgan. Biror predmet, belgi yoki harakatning nomini boshqasiga o'xshashligi asosida ma'no ko'chirishga metafora deyiladi. Bunda predmetlarning rangi, shakli, harakat-holati, xarakteri, o'rni va paytga munosabati jihatidan o'xshashligiga asoslaniladi. Masalan, *choynakning burni odamning burniga, dengiz qo'ltig'i odam qo'ltig'iga* o'xshatiladi [1].

"Infeksiyalar burun yoki og'izdan tushganda, bodomsimon bezlar ularni kutib oladi va ichkariga kiritmaydi. Natijada mikroblar shu bezga joylashib olib, kasallik qo'zg'ashni boshlaydi. Buning oqibatida himoyachi bo'lgan bodomchasimon bezlarning o'zi infeksiya o'chog'iga aylanadi" ("SHIFO-INFO" gazetasi, 31.10.2019, 8-bet).



Bilamizki, anatomiyada tirik mavjudotning yashashi uchun zarur bo‘lgan moddalar ishlab chiqaradigan ko‘p hujayrali a‘zosi yoki shu a‘zoning yallig‘lanish natijasida shishgan, do‘mboqchaga aylangan holatiga nisbatan *bez* atamasi qo‘llaniladi. *Bodomsimon* (yoki *bodomchasimon*) bezlar esa tashqi ko‘rinishi jihatidan bodomga o‘xshaganligi sababli ham xuddi shu nom bilan ataladi. Yana “*kutib olmoq*”, “*ichkariga kiritmoq*”, “*himoyachi bo‘lmoq*” birikmalari ham metafora usulida hosil bo‘lgan, chunki bunday birliklar ko‘proq insonlar bilan bog‘liq harakatlarni ifodalash maqsadida tilimizda faol qo‘llaniladi. Shuningdek, “infeksiya o‘chog‘i” birikmasi metaforik birikma hisoblanadi. O‘choq – orqa va yon tomonlari yopiq bo‘lgan, ichiga o‘t yoqiladigan, ovqat pishirish uchun ustiga qozon o‘rnatiladigan qurilma. Ko‘chma ma’noda esa biror narsa paydo bo‘ladigan, amalga oshadigan yoki tarqaladigan joy. Demak, *infeksiya o‘chog‘i* deganda, kasallik paydo bo‘ladigan va tarqaladigan joy nazarda tutiladi.

Yuqoridagi misoldan ko‘rinadiki, unda qo‘llanilgan metaforalar matnning ta’sirchanligini oshirishga va hamma uchun tushunarli bo‘lishiga xizmat qilgan.

“*Miya qancha boy bo‘lsa, tana shuncha sog‘ bo‘ladi*” (SHIFO-INFO gazetasi, 06.02.2020, 4-bet). *Boy* so‘zi mol-dunyosi, davlati ko‘p, badavlat odamga nisbatan qo‘llaniladi.

“*Qovoq uchishi, asosan, asab tolalarining shamollashi natijasida ham kelib chiqadi*” (“SHIFO-INFO”. 01.11.2018. 18-bet). *Uchmoq* fe’li qanot vositasida havoda harakatlanmoq, qanot qoqib, biror tomonga yo‘nalmoq ma’nolariga ega. Matnda asab yoki boshqa ta’sir sababli qovoqning pirpirab titrashini ifodalash maqsadida ushbu metaforadan foydalanilgan.

Xulosa qilib aytganda, faqat nutqdagina voqelanadigan va shuning uchun ham nutqiy ko‘chma ma’nolar deb yuritiladigan metaforalar tibbiyot sohasidagi publitsistik matnlarda ta’sirchanlikni oshiruvchi, o‘zbek tilining milliy yuksalishini ta’minlovchi muhim vosita hisoblanadi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati

1. Қиличев Э. Ҳозирги ўзбек адабий тили. Бухоро – 2005.-Б.65.
2. Қобулжонова Г. К. Метафоранинг системавий лингвистик талқини. Филол. фан. номз. ... дисс. автореф. – Т.: 2000. 5-б.
3. Qodirov A.A. O‘zbekiston tibbiyoti. Darslik. T.: Abu Ali ibn Sino nomidagi tibbiyot nashriyoti, 2004.-B.3.
4. Расулов Т. Истиора // Ўзбек тили ва адабиёти. – 1967. 1-сон. 18-б.
5. Ўзбек тилининг изоҳли луғати. 5 томлик. 2-том. “Ўзбекистон Миллий Энциклопедияси”. – Т.: 2006. 582-бет.

Davriy nashrlar:

- “SHIFO-INFO” gazetasi, 01.11.2018.
- “SHIFO-INFO” gazetasi, 31.10.2019.
- “SHIFO-INFO” gazetasi, 06.02.2020.



УДК: 616.-006.5:616.351+616.348

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОЛИПАХ И ПОЛИПОЗАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ.

Доцент **Маматкулов Шукур Мустафакулович**,
кан. мед. наук. **Мирзахмедов Мурод.Мирхайдарович**,

Арзиев Достон Урол угли магистр

Кафедра Хирургические болезни

Ташкентская Медицинская Академия г. Ташкент, Узбекистан.

Аннотация: В работе проанализированы варианты диагностики и лечения 25 больных полипами и полипозами толстой кишки. Рассмотрены объективные клинические данные, локализация процесса и сочетание полипов с сопутствующей патологией, что позволило дифференцированно выбрать тактику хирургического лечения и существенно улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: полип, полипоз толстой кишки, семейный диффузный полипоз, тотальная колэктомия, брюшно-анальная резекция, колоноскопия, илеостомия

Наибольшее распространение и практическое значение среди неоднородной группы данной патологии имеет аденоматозная форма, которая является облигатным предраком[1,7,10].

Диффузный (тотальный) полипоз толстого кишечника – тяжелое системное заболевание, характеризующееся множественным (от 100 до 1000) поражением полипами слизистой оболочки разных отделов ободочной кишки. Диффузный полипоз является аутосомно-доминантной патологией, популяционная частота которой составляет 1 на 8000 новорожденных[3,6,10].

Увеличивается число больных с грозными осложнениями этого заболевания: профузное кровотечение, перфорация и малигнизация полипов[5,8,9]. По данным литературы, основной метод лечения одиночных или множественных (но безпоражения всех отделов) полипов толстой кишки – хирургический, путем эндоскопической полипэктомии или резекции кишки, с последующим проведением контрольных исследований в послеоперационном периоде (фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия)[2,4]. Хирургическая тактика должна быть дифференцированной и индивидуальной, в зависимости от характера заболевания и уровня поражения толстой кишки.

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения и улучшить результаты лечения больных с полипозом толстой кишки.

Нами проанализировали результаты диагностики и лечения 25 больных с ПТК, которые находились на стационарном лечении на базе РКБ№1 МЗРУз в колопроктологической отделении с 2018 по 2020 гг. Из них мужчин 14, а женщин 11. Возраст составил от 15 до 68 лет, в среднем $33 \pm 0,5$ лет. Больные были обследованы по схеме, который было разработана в нашей клиники включаю современные методы диагностики и лечения включая: виртуальную колоноскопию.

Для уточнения поражений верхних отделов ЖКТ мы провели ЭГДФС у в всех больных. Из 25 больных у 3 (12%) язвенная болезнь, у 6-х (24%) гастродуоденит, у 2-х (8%) эзофагит и эрозии, у 4-х (16%) полипы желудка.

После уточнение диагноза нами была произведена следующие виды хирургические вмешательства: Тотальная колэктомия, илеостомия, формирования культи прямой кишки у 5 (20%) больных, брюшно-анальная резекция прямой кишки низведением проксимальных отделов ободочной кишки в анальный канал у 4 (16%) б-х, субтотальная колэктомия с колоректальным анастомозом у 8 (32%) б-х, резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза (аппарат CDH-29) у 8 (32%) б-х. (Табл.№1.)



Табл.№1 Виды хирургические вмешательства

Виды операции	Кол-во б-х	%
Тотальная колэктомия, илеостомия, формирования культи прямой кишки	5	20%
Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных отделов ободочной кишки в анальный канал	4	16%
Субтотальная колэктомия с колоректальным анастомозом	8	32%
Резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза	8	32%

У 12 (48%) больных проведены сочетанные (симультанные) операции. Брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки с низведением проксимальных отделов ТК в анальный канал у 3 (12%) больных сочеталась с удалением кисты яичника, ампутацией матки, эхинококкэктомией и резекцией желудка по Бильрот-1. Левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом у 2 (8%) больных сочеталась с холецистэктомией. Правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза у 4 (16%) больных сочеталась с удалением кисты яичника. Резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза у 2 (8%) пациентов сочеталась ампутацией матки. Тотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом у 1 (4%) больных сочеталась с холецистэктомией, грыжесечением.

Результаты и обсуждения: результаты лечения показали, что своевременная диагностика и с индивидуальным подходом к выбору оперативного вмешательства частота развития ранних послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания была существенно меньше: при семейном диффузном полипозе у 3 (12%) и 2 (8%) из 25 больных, что в 1,3 и 3 раза реже.

Выводы:

1. Основными клиническими предикторами развития полипов и полипоза толстой кишки являются молодой возраст, ранее перенесенные воспалительные заболевания кишечника, кровавый жидкий стул, вздутие живота, наличие гноя и слизи, анемия и кахексия неясного генеза.

2. Полипы и полипоз толстого кишечника более чем в 90% случаев сочетаются патологией полипозного характера верхних отделов ЖКТ, гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем.

3. Разработанный комплекс диагностико-прогностических критериев больных полипами и полипозами кишечника позволила дифференцировать выбор оперативного вмешательства. Число осложнений снизилось в 3,1 раза, повысился процент выздоровления с 65,7% до 83,5%, уменьшено число рецидивов в 10,2 раза.

Литература

1. Барсуков Ю.А., Кныш В.И. Современные возможности лечения колоректального рака //современная онкология. - 2006.- Т.8, №2.- С.7-11.

2. Велиев Т.И. Эндоскопическое лечение ворсинчатых опухолей у лиц пожилого возраста с сопутствующей патологией // Материалы 1-й съезда колопроктологов СНГ. – Ташкент, 2009.- С.224.

3. Захараш М.П., Мельник В.М., Пойда А.И., Башар Ахмад. Метод профилактики постколэктомического синдрома //Хирургия.- 2007.- №4.- С.39-44.

4.Ривкин В.Л., Кирьянов И.В., Никитин А.М., Лукин В.В. Полипы и полипоз кишечника //М.: «Медпрактика», 2005.- 254 с.

5.Кузьминов А.М., Карпухин А.В., Сачков И.Ю. и др. Роль генотип-фенотипических корреляций в выборе лечебной тактики при семейном аденоматозе толстой кишки //Материалы 1-й съезда колопроктологов СНГ. Ташкент, 2009.- С.116-117.

6. Чанышев Ф.З., Хатьков Е.И., Дагаев С.Ш., Вертянкин С.В. Виртуальная колоноскопия как метод выбора выявления новообразований ободочной кишки //Эндоскопическая хирургия.- 2008.- №6.- С.28-31.

7. Baron J.A., Beach M., Mandel J.S. Calcium supplements for the prevention of colorectal adenomas. Calcium Polyp Prevention Study Group // N. Engl. J. Med, 2003 – 340 (2). – P. 101-107.

8. Clark S.K. Diagnosis and treatment of familial adenomatous polyposis //Dis. Colon. Rectum.- 2004.- Vol.47- P.985.

9. Defrancisco J., Grady W.M. Diagnosis and management of hereditary nonpolyposis colon cancer //Gastrointest. Endosc.- 2003.- Vol.58.- P.390.

10. Kruskal J.B. Virtual colonoscopy //UpToDate.com.– 2000. P.1001.



СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Док.мед.наук, проф. **Наврузов Бегзод Салимкович** ТМА
Бабажонов Ахмаджон Баходирович
Ассистент кафедры Хирургических болезней, ТМА,
Гозиев Жахонгир Ортик ўғли магистр ТМА,
Ортикбоев Фарход Дилшод ўғли магистр ТМА

Аннотация: Осложнения острого дивертикулита ободочной кишки все чаще встречаются в практике хирургических стационаров экстренной медицинской помощи. Несмотря на высокую заболеваемость населения, преимущественно старшего поколения, дискуссии по поводу оптимальных методов д хирургического лечения продолжают. Целью статьи является обзор различных методов хирургического лечения этого заболевания.

Ключевые слова: острый осложненный дивертикулит ободочной кишки, чрескожное дренирование абсцесса брюшной полости, операция типа Гартмана, резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза, лапароскопический лаваж.

Чрескожное дренирование абсцессов является не только эффективным методом лечения, но и позволяет избежать экстренного хирургического вмешательства и выполнить радикальную операцию после полноценной подготовки, что уменьшает риск развития послеоперационных септических осложнений [4].

Однако метод имеет ряд ограничений. Во-первых, отсутствие доступа к абсцессу может быть обусловлено предлежанием полых органов (мочевого пузыря, петель тонкой и толстой кишки). Во-вторых, даже при успешной установке дренажа в полость абсцесса его аспирационная функция в среднем в 15-30% случаев оказывается недостаточной [1, 4]. В-третьих, в 40-50% случаев после успешного дренирования и излечения абсцесса возникает рецидив заболевания или формирование наружного свища по ходу дренажа [4]. Наконец, в 5% случаев наблюдаются ятрогенные осложнения (перфорация полого органа, внутрибрюшное кровотечение или формирование свища) [1, 7, 8, 11].

Пациентам с III и IV стадиями осложнений острого дивертикулита показано экстренное оперативное лечение [10].

Согласно рекомендациям Американской ассоциации колоректальных хирургов от 2006 г., резекция сигмовидной кишки с наложением первичного анастомоза может считаться полноправной альтернативой операции типа Гартмана [3].

Впервые предложенный G.C. O'Sullivan в 1996 г. лапароскопический лаваж сегодня приобретает повсеместное признание из-за оперативной миниинвазивной техники [10]. Метод подразумевает санацию брюшной полости теплым физиологическим раствором (3-15 л), частичный адгезиолизис, санацию абсцессов и установку дренажа в полость малого таза.

В ряде современных исследований [2, 5, 6, 12] предлагается при наличии III стадии осложнений (E.J. Hinchey) вместо стандартных резекций сигмовидной кишки типа Гартмана ограничиваться лапароскопическим лаважом.

По данным одного из крупнейших исследований [13], лапароскопический лаваж оказался успешным методом лечения у 24,3% пациентов. То есть, этим больным не потребовалось повторного хирургического вмешательства по поводу осложнений острого дивертикулита. Однако лишь в 46,3% случаев во время лапароскопии удалось визуализировать перфорацию толстой кишки [13]. Объем физиологического раствора, используемого для санации, варьирует от 3 до 15л [13]. Средний уровень конверсии при стадиях осложнений I-IV составил 3,8%, оказавшись максимальным при IV стадии — 45% [13]. 30-дневный уровень послеоперационной летальности составил 4,8% [13]. Из них у 80% больных причиной смерти явилась полиорганная недостаточность, а у 20% — тромбоэмболические осложнения [107]. Уровень 30-дневных повторных оперативных вмешательств составил 4,95%, из которых у 2,02% пациентов было выполнено чрескожное дренирование абсцессов [13]. У остальных прогрессировал сепсис, по поводу чего выполнялся повторный ла-



пароскопический лаваж, либо, при его неэффективности, операции типа Гартмана [13]. Уровень повторных госпитализаций составил 6,9% [13]. Наиболее частыми причинами повторных обращений явились рецидивирующий острый дивертикулит (55,2%), распространенный перитонит (20,7%), толстокишечнопузырные свищи (10,3%), недиагностированный во время лаважа рак сигмовидной кишки (6,9%), острая кишечная непроходимость вследствие стеноза сигмовидной кишки воспалительным инфильтратом (3,4%), а также тазовый абсцесс (3,4%) [13]. Среди повторно госпитализированных пациентов 69% из них потребовалось хирургическое лечение. В большинстве случаев (91,7%) пациентам выполнялась резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза, и лишь у 8,3% была выполнена операция типа Гартмана [13]. Повторно обратившимся пациентам (3,4%) было выполнено чрескожное дренирование тазового абсцесса, а 27,6% получили медикаментозное лечение [13]. Двухэтапное хирургическое лечение было проведено 35,8% пациентов, где первым этапом служил лапароскопический лаваж, а на втором была выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки с формированием первичного анастомоза [9, 13]. Второй этап проводили в различные сроки: от 2 недель до 21 месяца. По разным причинам резекция кишки не была проведена 34,9% пациентов после первично проведенного лапароскопического лаважа [13].

Перечисленные выше данные одного из авторитетных исследований демонстрируют достаточно высокую эффективность лапароскопического лаважа. Однако лапароскопический лаваж нельзя расценивать как радикальный и окончательный метод хирургического лечения перфоративного дивертикулита [12]. Мини-инвазивный доступ позволяет избежать некоторых послеоперационных осложнений (раневая инфекция, пневмония, тромбоз эмболия и др.), что сокращает сроки госпитализации больных. Также лапароскопический лаваж может считаться подготовительным этапом к отсроченной лапароскопической резекции сигмовидной кишки [12].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день выбор оптимального метода экстренного хирургического лечения осложнений острого дивертикулита сигмовидной кишки остается вопросом дискуссий во всем мире. Пациентам с I-II стадиями Hinchey показано проведение внутривенной антибиотикотерапии (размеры абсцессов менее 4 см), либо чрескожное дренирование абсцессов (размеры абсцесса более 4 см). В случае неэффективности консервативных мер возможно проведение лапароскопического лаважа. В большинстве случаев острого дивертикулита, осложненного перфорацией дивертикула и развитием перитонита, выполняют операции типа Гартмана либо лапароскопический лаваж. Лапароскопический лаваж является перспективным методом первичной санации источника внутрибрюшного сепсиса, что в дальнейшем позволяет в плановом порядке выполнить лапароскопическую резекцию сигмовидной кишки.

Литература

1. Ambrosetti P., Chautems R., Soravia C., et al. Long – term outcome of mesocolic and pelvic diverticular abscesses of the left colon: a prospective study of 73 cases. *Dis. Colon. Rectum.* 2005; 48(4): 787-791 PMID: 15747071. DOI 10.1007/s10350-004-0853-z
2. Franklin M.E. Jr., Portillo G., Trevino J.M., et al. Long – term experience with the laparoscopic approach to perforated diverticulitis plus generalized peritonitis. *World J Surg.* 2008; 32(7): 1507-1511. PMID:18259803. DOI: 10.1007/s00268-007-9463-y.
3. Richter S., Lindemann W., Kollmar O., et al. One-stage sigmoid colon resection for perforated sigmoid diverticulitis (Hinchey stages III and IV) *World J. Surg.* 2006; 30(6): 1027-1032. PMID: 16736332. DOI:10.1007/s00268-005-0439-5.
4. Stabile B.E., Puccio E., van Sonnenberg E., Neff C.C. Preoperative percutaneous drainage of diverticular abscesses. *Am. J. Surg.* 1990; 159(1): 99 – 104 PMID: 2294804
5. Rosemar A., Ivarsson M.L., Borjesson L., Holmdahl L. Increased concentration of tissue – degrading matrix metalloproteinases and their inhibitor in complicated diverticular disease. *Scand J Gastroenterol.* 2007; 42(2): 215-220. PMID: 17327941. DOI: 10.1080/00365520600960104.
6. Nelson R.S., Velasco A., Mukesh B.N. Management of diverticulitis in younger patients. *Dis Colon Rectum.* 2006; 49(9): 1341-1345. PMID:16897326. DOI: 10.1007/s10350-006-0655-6.



7. Lameris W., Van Randen A., Van Gulik T.M., et al. A clinical decision rule to establish the diagnosis of acute diverticulitis at the emergency department. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53(6): 896-904. PMID: 20485003. DOI: 10.1007/DCR.0b013e3181d98d86.
8. Durmashi Y., Gervaz P., Brandt D., et al. Results from percutaneous drainage of Hinchey stage II diverticulitis guided by computed tomography scan *Surg Endosc*. 2006; 20(7): 1129-1133. PMID: 16755351. DOI: 10.1007/s00464-005-0574-y.
9. Mutter D., Bouras G., Forgiione A., et al. Two-stage totally minimally invasive approach for acute complicated diverticulitis. *Colorectal Dis*. 2006; 8(6): 501-505. PMID: 16784471. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2006.01011.x.
10. Moore F.A., Catena F., Moore E.E., et al. Position paper: management of perforated sigmoid diverticulitis. *World J. Emerg. Surg.* 2013; 8(1): 55. PMID: 24369826. DOI: 10.1186/1749-7922-8-55.
11. Makarawo T.P., Eichenauer S., Shah U., et al. Surgery for Diverticulitis: A Re-Evaluation of the Changing Trends. *Int Surg*. 2014; 99(4): 364-370. PMID: 25058766. DOI: 10.9738/INTSURG-D-13-00067.1.
12. Swank H.A., Mulder I.M., Hoofwijk A.G., et al. Early experience with laparoscopic lavage for perforated diverticulitis. *Br. J. Surg.* 2013 100(5): 704-710. PMID: 23404411. DOI: 10.1002/bjs.9063.
13. Cirocchi R., Trastulli S., Vettoretto N., et al. Laparoscopic peritoneal lavage: a definitive treatment for diverticular peritonitis or a “bridge” to elective laparoscopic sigmoidectomy? A systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94(1): e334. PMID: 25569649. DOI: 10.1097/MD.0000000000000334.



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Проф. Тешаев Октябрь Рухуллаевич
Заведующий кафедры хирургические болезни, ТМА
Олимкулов Юсуф Шоимкул ўғли магистрант ТМА
Жалилов Сардор Шухрат ўғли магистрант ТМА
Полвониязов Хумоюддин Ғайратжон ўғли магистрант ТМА

Аннотация: Представлен обзор литературы по проблеме раневых осложнений после хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами. Рассмотрены наиболее часто встречающиеся осложнения, освещены современные методы диагностики, профилактики раневых осложнений в послеоперационном периоде, тактика ведения пациентов при развитии послеоперационных раневых осложнений.

Ключевые слова: послеоперационная вентральная грыжа, герниопластика, сетчатый имплант, эндопротезирование, послеоперационные раневые осложнения, серома, инфекция, дренирование.

Проблема хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) остается актуальной до настоящего времени. ПОВГ составляют 20–22 % от общего количества грыж и занимают второе место по частоте встречаемости после паховых [17]. За последние 20 лет в связи с возрастающим числом хирургических вмешательств на органах брюшной полости частота ПОВГ возросла в 9 раз [14]. Послеоперационные раневые осложнения являются одной из основных причин рецидива грыж. Вслед за нагноением послеоперационной раны рецидивы отмечаются в 77,9 % случаев, после лечения сером и гематом – в 70,9 % наблюдений [12].

Основными раневыми осложнениями аллогенной имплантации в переднюю брюшную стенку являются серома, длительная лимфорея, гематома, инфильтрат раны, нагноение, расхождение и некроз краев раны, инфаркт подкожно-жировой клетчатки, киста импланта, гранулемы, лигатурные свищи, отторжение импланта [4, 10]. Наиболее распространенным методом послеоперационной профилактики раневых осложнений является дренирование зоны оперативного вмешательства.

Согласно консенсусу группы экспертов Европейского герниологического общества, все операции после герниопластики с использованием синтетических имплантов должны заканчиваться вакуумным дренированием раны. Наиболее широко используется вакуумный метод дренирования по Редону [11]. Ряд авторов подвергает критике метод Редона, поскольку устройство по типу «гармошки» не обеспечивает контроля над степенью разрежения, не исключает обратного заброса отделяемого и контакта стерильного внутреннего просвета дренажа с внешней средой при опорожнении резервуара.

С целью дренирования раны в послеоперационном периоде рекомендуется использовать аспирационную систему UnoVac («ConvaTec», Дания), которая отличается простотой конструкции обслуживания, сочетающейся с полным герметизмом, обеспечивающим стерильность, и постоянным уровнем разрежения. При сравнительном ультразвуковом исследовании установлено, что объем остаточной полости при использовании системы UnoVac значительно меньше вплоть до полного отсутствия [4, 9].

Предложена методика проточного дренирования зоны герниопластики: в течение первых двух часов после операции проводят эвакуацию раневого детрита и сгустков крови через проточный дренаж путем лаважа растворами антисептиков. После этого дренаж удаляется и для профилактики патологического скопления экссудата в послеоперационной ране применяется эластичный бандаж, специально подобранный в предоперационном периоде для каждого пациента. Разработанный авторами алгоритм профилактических мероприятий позволил уменьшить частоту раневых осложнений с 23,01 до 7,74 % [5]. В.Н. Егиев с соавторами считают возможным не дренировать рану при использовании полипропиленовых имплантов размером до 10,0 × 10,0 см [6].

Однако по результатам неоднократно проводимого британскими авторами анализа рандомизированных исследований, касающихся способов дренирования раны после герни-



опластики, не выявлено убедительных доказательств связи наличия или отсутствия дренажей в послеоперационном периоде с улучшением результатов лечения пациентов [18].

Более того, ряд авторов указывает на недостатки дренирования, связанные с проведением по дренажу инфекции в послеоперационную рану, отдавая предпочтение пункционным методам эвакуации сером под ультразвуковым контролем. При исследовании микробного пейзажа и обильности микробного обсеменения тканей в зоне герниопластики установили, что для уменьшения инфекционных осложнений максимальный срок дренирования подкожной клетчатки трубчатым дренажем должен составлять не более 9 суток после операции с последующим возможным переходом на пункционный метод [13].

Р.Ш. Шаймарданов и соавторы предлагают на 4–5 сутки и 10–13 сутки (перед снятием швов) проводить ультразвуковое сканирование зоны оперативного вмешательства. Для оценки результатов исследования авторами введено такое понятие, как клинически значимые скопления серозной жидкости в ране, превышающие 20 мм и требующие активной тактики, направленной на пункционное их удаление. Авторами разработан алгоритм ультразвукового сканирования послеоперационной раны, позволивший снизить частоту раневых осложнений на 23,9–59,1 % [15].

Проведено сравнительное исследование различных методов ведения пациентов со сформированными серомами. Наименее желательным способом ведения сером явилось опорожнение полости с оставлением дренажной резиновой полоски, которое приводило к большему на 7,7–17,8 % числу осложнений и более частой хронизации сером. Использование в раннем послеоперационном периоде вакуумного дренажа по Редону при грыжах средних размеров не имело преимуществ перед пункционным методом и способствовало увеличению на 11,2–23,9 % количества экссудата, что авторы связывают с раздражающим действием инородного тела в брюшной стенке и активным движением интерстициальной и внутрисосудистой жидкости под действием вакуума. По мнению авторов, оптимальным для лечения сером является пункционный способ, что проявлялось на 11,1–27,2 % более скорым исчезновением экстравазата, на 9,7–39,4 % меньшим риском инфицирования полости серомы, более благоприятным и на 25,6–39,6 % более краткосрочным восстановительным периодом [8].

С целью профилактики послеоперационных раневых осложнений предложено использование вакуум-терапии по следующей методике: через 24 часа после грыжесечения на переднюю брюшную стенку, отступя от края операционной раны на 3,0–3,5 см, с двух сторон параллельно друг другу располагали по 3 вакуумные камеры, которые подключали к вакуумному насосу. Степень разрежения составляла 120 мм рт. ст., длительность процедуры – 15 мин при ежедневном ее выполнении в течение 7 суток. По данным авторов, использование вакуум-терапии в послеоперационном периоде позволило ограничить показания к дренированию послеоперационных ран по Редону и сократить частоту местных гнойно-воспалительных осложнений в 4,2 раза [11].

Ряд авторов считает перспективным прогнозирование развития серомы в послеоперационном периоде путем выявления разнообразных предикторов в сыворотке крови или раневом отделяемом. Предложено определять уровень хемокина CCL2 в сыворотке крови или отделяемом из дренажей после герниопластики, сопровождающейся обширной иммобилизацией подкожно-жировых лоскутов. Авторы считают, что хемокин CCL2, выделяющийся при повреждении клеток подкожной жировой клетчатки и поддерживающий экссудативное воспаление, может служить предиктором серомы в послеоперационном периоде [3].

Осуществлено исследование цитокинового профиля у пациентов, прооперированных с применением сетчатых имплантов. Отмечено, что при аллогерниопластике по сравнению с аутопластикой собственными тканями в первые 3 суток имелась достоверная разница увеличения концентрации

ИЛ-6, ФНО- α и СРБ. Установлено, что сохраняющаяся повышенная продукция ИЛ-6 или рост с 4,43 до $8,1 \pm 2,34$ пг/мл с положительной корреляцией с уровнем СРБ, ФНО- α характерна для развития подкожных инфильтратов и сером. По мнению авторов, полученные результаты в сочетании с ультразвуковой визуализацией позволяют определить развитие раннего воспалительного процесса и ликвидировать серомы с помощью пункции [16].

В качестве прогностических критериев раневых осложнений различными авторами предлагают использовать изменение концентрации альбумина и абсолютного числа лимфоци-



тов в крови, содержания IgG в раневом отделяемом, рН раневого отделяемого, а также различные способы оценки антимикробной активности раневого экссудата [4, 9, 19, 20].

С целью диагностики раневых осложнений у больных, оперированных по поводу больших ПОВГ, также рекомендовано применять термографию зоны оперативного вмешательства [1]. Для профилактики и лечения раневых осложнений после герниопластики различными авторами предлагается проведение в послеоперационном периоде УВЧ-терапии, ультрафиолетового, лазерного и рентгеновского облучения, озонотерапии [2, 7, 9]. Показанием к хирургическому лечению серомы является только формирование псевдокапсулы [4].

Таким образом, анализ литературы показывает, что проблема послеоперационных раневых осложнений герниопластики в настоящее время еще далека от своего решения. Не до конца изучена патофизиология воспалительного процесса в области сетчатого импланта; до сих пор не найден идеальный эндопротез, отвечающий всем необходимым требованиям; эффективность отдельных методов профилактики и лечения при их многообразии неоднозначна, а четких алгоритмов, позволяющих обеспечить единый комплексный подход в профилактике раневых осложнений при грыжесечениях, пока не разработано.

Необходимым является дальнейшее углубленное изучение вопросов патогенеза послеоперационных раневых осложнений, разработка новых протезирующих материалов и способов обеспечения оптимальной их интеграции в ткани организма, совершенствование существующих и разработка новых методов профилактики, диагностики и лечения послеоперационных раневых осложнений с последующим формированием единого протокола ведения пациентов после герниопластики.

Список литературы

1. Аббасзаде, Т. Н. и др. Диагностика и профилактика ранних послеоперационных раневых осложнений у больных с большими вентральными грыжами // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 21–25.
2. Алишев, О. Т. Новые подходы в профилактике послеоперационных осложнений при протезирующей герниопластике послеоперационных вентральных грыж больших размеров / О. Т. Алишев // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, прил. 2. – С. 15–21.
3. Белоконев, В. И. и др. Возможные предикторы и морфологические аспекты развития серомы после пластики грыжи передней брюшной стенки // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 6. – С. 665–670.
4. Власов, А. В. Проблема раневых осложнений при эндопротезировании брюшной стенки по поводу вентральных грыж / А. В. Власов, М. В. Кукош // Современные технологии в медицине. – 2013. – Т. 5, № 2. – С. 116–124.
5. Горбунова, Е. А. Гнойно-воспалительные осложнения после вентропластики (вопросы профилактики и лечения) / Е. А. Горбунова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 1. – С. 73–79.
6. Егиев, В. Н. Ненатяжная герниопластика / В. Н. Егиев, П. К. Воскресенский, С. И. Емельянов. – М. : Медпрактика, 2002. – 147 с.
7. Калиш, Ю. И. Лазерные технологии в профилактике раневых осложнений после аллогерниопластики/ Ю. И. Калиш, Л. З. Аметов, М. Х. Рузиматов, А. Р. Шаюсупов // Герниология. – 2006. – № 1. – С. 22.
8. Кузнецов, А. В. Ведение пациентов с серомами после грыжесечений в раннем послеоперационном периоде/ А. В. Кузнецов, В. В. Шестаков, Б. В. Алексеев // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2011. – №1–2. – С. 75–79.
9. Мирзабекян, Ю. Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи / Ю. Р. Мирзабекян, С. Р. Добровольский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – № 1. – С. 66–71.
10. Михин, И. В. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи : возможности хирургического лечения (обзор литературы) / И. В. Михин, Ю. В. Кухтенко, А. С. Панчишкин // Вестник Волгоградского



- государственного медицинского университета. – 2014. – № 2 (50). – С. 8–16.
11. Мухтаров, З. М. и др. Профилактика раневых послеоперационных осложнений у больных с послеоперационными вентральными грыжами // Практическая медицина. – 2014. – № 5 (81). – С. 106–109.
12. Плешков, В. Г. Послеоперационные вентральные грыжи – нерешенные проблемы / В. Г. Плешков, О. И. Агафонов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2009. – Т. 2, № 3. – С. 248–255.
13. Постников, Д. Г. и др. Сравнительный анализ результатов профилактики раневых осложнений при герниопластике послеоперационных грыж// Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 6. – С. 55.
14. Цверов, И. А. Оценка основных способов аллопластики с целью оптимизации лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами / И. А. Цверов, А. В. Базаев // Современные технологии в медицине. – 2011. – № 2. – С. 73–76.
15. Шаймарданов, Р. Ш. и др. Алгоритм ультразвукового сканирования послеоперационной раны для профилактики раневых осложнений после имплантационной герниопластики вентральных грыж// Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т. 85, № 3. – С. 187–191.
16. Шапошников, Ю. Ю. Особенности продукции цитокинов после различных способов паховой герниопластики / Ю. Ю. Шапошников, Д. Г. Мустафин, И. В. Срибный// Успехи современного естествознания. – 2010.– № 11. – С. 98–99.
17. Щербатых, А. В. Современное состояние проблемы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / А. В. Щербатых, С. В. Соколова, К. В. Шевченко // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 95, № 4. – С. 11–16.
18. Gurusamy, K. Wound drains after incisional hernia repair / K. Gurusamy, V. B. Allen // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013, Dec. 17. doi: 10.1002/14651858.CD005570.pub4.
19. Klink, C. D. et al. Do drainage liquid characteristics serve as predictors for seroma formation after incisional hernia repair? // Hernia. – 2010. – Vol. 14, iss. 2. –P. 175–179. doi: 10.1007/s10029-009-0603-1.
20. Patti, R. et al. Acute inflammatory response in the subcutaneous versus periprosthetic space after incisional hernia repair : an original article// BMC Surgery. – 2014. –Vol. 14, № 91. doi: 10.1186/1471-2482-14-91.



УДК: 616.9-036.22(575.1)

ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИМЕНЯЕМЫХ В БОРЬБЕ СКОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Улмасова Саодат Илхомжон кизи

PhD, ассистент кафедры эпидемиологии,
инфекционных болезней ТашПМИ

тел.: +998998728068

ulmasova.saodat85@gmail.com

Аннотация: Учитывая высокую летальность, а также легко реализуемую передачу возбудителя, ведущую не просто к развитию заболевания, а к формированию тяжелых осложнений, а также пандемический характер её распространения объясняет наблюдаемое во всем мире усиленное внимание к коронавирусной инфекции

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, эпидемиологические признаки, профилактика, противоэпидемические мероприятия.

Настоящая пандемия показала, что все страны мира должны быть вовлечены, в той или иной степени, в реформирование своих национальных систем здравоохранения. Общепринятой стратегией оказалось укрепление местных (региональных) профилактических служб наряду с усиленным вниманием к медицинскому обслуживанию каждого конкретного человека (и лечению и профилактике). Лечащий персонал также должен быть обучен тому, как включить эту деятельность в повседневную практику [1,2].

Задачи национальной системы здравоохранения должны совмещать как клиническую помощь конкретному пациенту, так и организованную систему профилактики и лечения населения в целом [3,4].

В борьбе с пандемией, для укрепления и охраны здоровья населения Республики Узбекистан были активно задействованы три категории профилактических методов: первичная, вторичная и третичная профилактика.

Первичная профилактика – это деятельность, направленная на предотвращение болезни и причиняемого ею вреда. К мерам первичной профилактики относятся: обеззараживающие мероприятия (дезинфекция рынков, общественных мест, предприятий, служб быта, школ, детских садов и других воспитательных, образовательных и административных учреждений, жилых домов и транспорта).

Первичная профилактика должна включать также ориентировку врачей и других медработников на повседневную профилактическую (или превентивную) работу с пациентами: обязательное соблюдение правил личной гигиены (тщательное мытьё рук хозяйственным мылом в течение 20 секунд или обеззараживание другими спирт или хлор содержащими средствами, регулярное проветривание помещений, частая влажная уборка хлорсодержащими дезинфектантами, обязательное соблюдение общественной дистанции в 2 метра при общении с другими людьми, ношение защитных масок, очков и т.д.). Цель всякого врача в данный период – помочь пациентам осознать важность серьезного отношения к своему здоровью, внимания к первым признакам заболевания (повышение температуры, боль и першение в горле, насморк и т.д.). Работа врачей и других медработников заключается в том, чтобы предоставлять конкретному человеку и обществу в целом необходимую информацию для предотвращения риска развития заболевания.

Наиболее важной и действенной мерой по прерыванию развития эпидемического процесса коронавирусной инфекции явилось введение жёстких карантинных мероприятий или режима самоизоляции населения, благодаря которой были достигнуты позитивные результаты.

Вторичная профилактика – это меры ранней диагностики и лечения заболевания, чтобы предотвратить осложнения или смерть больного. Диагноз коронавирусная инфекция следует подтвердить одним или несколькими лабораторными методами: выделением вируса, выявлением его Ag в клетках эпителия носа, определением титров специфических АТ методами ИФА и ПЦР.



Третичная профилактика ставит своей задачей максимально возможное восстановление функций организма после перенесенного заболевания и его осложнения. В республике каждый выписанный из стационара пациент проходит обязательную реабилитацию в специально созданных центрах реабилитационной помощи (в каждом регионе республики были сформированы специализированные центры реабилитации) 14 дней, где он получает необходимую квалифицированную восстановительную терапию (лекарства, диету, витаминотерапию, физиотерапию и вспомогательные службы) и отдых.

Определение целей профилактики от коронавирусной инфекции и пути их достижения должны включать как прямые методы, например вакцинация людей, обеспечение населения информацией о путях и факторах передачи инфекции, ранняя диагностика и лечение, так и косвенные – защита отдельного человека через воздействие на все население, например, повышение норм контроля состояния окружающей среды, а также вести санитарно-просветительскую работу по вопросам личной гигиены, профилактической дезинфекции и т.п.

Таким образом, в системе борьбы с коронавирусной инфекцией единицей защиты является как отдельный гражданин, так и всё население республики, причем выявление каждого инфицированного человека и поэтапное применение всех категорий профилактических мероприятий чрезвычайно важно для предотвращения дальнейшего распространения инфекции в республике.

Литература.

1. Мусабаев Э.И., Рахимов Р.А., Шарапов Б.М. и др. Временные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции 2019-nCov. Ташкент. 2020.
2. Туйчиев Л.Н., Алматов Б.И., Матназарова Г.С. ва бошқалар. Коронавирус инфекциясининг этиологияси, эпидемиологияси, клиник хусусиятлари, даволаш ва олдини олиш чора-тадбирлари. Услубий кўлланма. Тошкент. 2020. 35 бет.
3. Касымов И.А., Шаджалилова М.С., Шомансурова Ш.Ш. Клинико-эпидемиологические особенности и профилактика коронавирусной инфекции. Методическое руководство. Ташкент. 2020. 16 стр.
4. Обзор нового коронавируса 2019 года (COVID-19), СДС, 1 февраля 2020 г. Источник контента: Национальный центр иммунизации и респираторных заболеваний (NCIRD), Отдел вирусных заболеваний; <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/summary.html>.



УДК: 616.9-036.22(575.1)

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ БОРЬБЫ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Улмасова Саодат Илхомжон кизи

PhD, ассистент кафедры эпидемиологии,
инфекционных болезней ТашПМИ

тел.: +998998728068

ulmasova.saodat85@gmail.com

Аннотация: В возникшей ситуации стратегической задачей кадровой политики Узбекистана, от решения которой в значительной степени зависит успех основных направлений противозидемических работ против COVID-19 и подготовка и переподготовка медицинских кадров для всех уровней здравоохранения в области профилактики коронавирусной инфекции и системе противозидемических мероприятий

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, профилактика, противозидемический мероприятия

Глобальная пандемия коронавирусной инфекции оказалась серьезным испытанием и огромной школой опыта для национальной системы здравоохранения нашей республики. Принятие верных и своевременных решений со стороны руководства страны стало решающим и дало эффективные результаты [1,2].

В Послании Олий Мажлису глава государства подчеркнул, что пандемия ещё раз показала – коренное реформирование первичного звена здравоохранения, службы скорой помощи, санитарно-эпидемиологической системы – является жизненной необходимостью. Кроме того, системное продолжение борьбы с пандемией COVID-19 останется в числе приоритетных задач в наступившем 2021 году [2].

За короткий срок в столице г.Ташкенте и областях республики было организовано около 30 тысяч лечебных койко-мест для инфицированных новой коронавирусной инфекцией. К борьбе с пандемией были привлечены свыше 200 тысяч медицинских работников, а также 150 иностранных высококвалифицированных врачей и специалистов из Южной Кореи, Китая, Германии и Российской Федерации. Приобретено дополнительно большое количество медоборудования (аппараты ИВЛ, диагностические тесты ПЦР и ИФА и др.) и машин скорой помощи. С учетом передовой зарубежной практики и наработанного отечественного опыта совершенствуются методики и тактика лечения больных коронавирусной инфекцией [3].

Здесь важно отметить и совместные усилия Республики Узбекистан и ООН в сфере здравоохранения в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Исторически важным документом явился Указ Президента «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, в рамках которого принята Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы. В настоящее время, в условиях пандемии идет активная работа по формированию концептуально новой модели здравоохранения посредством успешной реализации Концепции, предусматривающей соответствующие цели, задачи и основные направления. Документ разработан в соответствии с нормативно-правовыми актами нашей страны, регулирующими деятельность в сфере здравоохранения, а также международными договорами в области охраны здоровья населения в рамках региональной политики Здоровье-2020 и Целей устойчивого развития на период до 2030 года [4].

Следует отметить, что на современном этапе, отягощенном пандемией новой коронавирусной инфекции, приоритетными направлениями дальнейшего развития здравоохранения республики, определены совершенствованием законодательства, систем организации и управления, финансирования. Оказания медицинской помощи матерям и детям, повышение качества и доступности медицинской помощи, поддержка здорового образа жизни, профилактика и борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, развитие частного здравоохранения, государственно-частного партнерства и медицинского туризма,



фармацевтической отрасли, формирование эффективной системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, а также развития медицинской науки, широкое внедрение информационно-коммуникационных технологий и развитие «электронного здравоохранения» [7].

Другим важным направлением стала политика цифровизации и модернизации системы здравоохранения Узбекистана. В целях дальнейшего повышения эффективности реформ, внедрение в сферу передовых и цифровых технологий, а также менеджмента качества, наиболее полного использования потенциала медицинских учреждений страны принято постановление главы государства «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы государственного управления сферой здравоохранения» от 2 октября 2020 года.

Также принят Указ Президента «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ» от 12 ноября 2020 года. В рамках которого в 26 районах(городах) республики внедряется усовершенствованная служба медицинской профилактики и патронажа. В пунктах семейного врача, поликлиниках (в том числе многопрофильных центральных) вводится круглосуточное дежурство медработников исходя из численности населения и необходимости на местах.

Литература.

1. Львов Д.К., Альховский С.В., Колобухина Л.В., Бурцева Е.И. Этиология эпидемической вспышки COVID-19 В г. Ухань (провинция Хубэй, КНР), ассоциированной с вирусом 2019-nCov: уроки эпидемии SARS-CoV//Вопросы вирусологии. 2020; 65 (1); стр. 6-15.
2. Туйчиев Л.Н., Алматов Б.И., Матназарова Г.С. ва бошқалар. Коронавирус инфекциясининг этиологияси, эпидемиологияси, клиник хусусиятлари, даволаш ва олдини олиш чора-тадбирлари. Услубий қўлланма. Тошкент. 2020. 35 бет.
3. Мусабаев Э.И., Рахимов Р.А., Шарапов Б.М. и др. Временные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции 2019-nCov. Ташкент. 2020.
4. Касымов И.А., Шаджалилова М.С., Шомансурова Ш.Ш. Клинико-эпидемиологические особенности и профилактика коронавирусной инфекции. Методическое руководство. Ташкент.2020. 16 стр.



MORPHOLOGY AND SOME MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE LIVER

Shakkulov Azizbek Murodullayevich
Student of the Faculty of Medicine

Scientific adviser: Assistant **Sh.O. Korjavov**
Samarkand State Medical Institute
Department: Human Anatomy and OSTA

Abstract: In recent years, the number of cases of chronic diffuse liver diseases has increased worldwide. In this regard, the relevance of morphological studies of the portal vein (PV) vascular system for solving particular issues of diagnosis, treatment and prognosis of CDPD in conditions of the development of portal hypertension increases. We know that the liver is the largest gland in the human and animal body and is a vital organ. For many centuries, it has attracted and continues to attract the attention of researchers from various fields of medical and not only medical knowledge. However, until now, issues of development, structure, functions, as well as compensatory-adaptive properties of this organ remain unresolved, and interest to the liver as an object of research does not weaken both in general biological and medical aspects.

Keywords: liver, function, morphology, morphometric parameters.

The liver is a classic parenchymal organ. The parenchyma is represented by lobules - structural and functional units of the liver. There are 500,000 of them in the liver. They are hexagonal in shape with a flattened base, a somewhat convex apex. The vein, artery, bile duct and lymphatic vessel are immersed in the connective tissue that forms septa, the hepatic tract consists of 2 rows of hepatocytes, between which the thinnest bile capillary passes. The beams inside the PD have multiple anastomoses, i.e. the bile capillaries are interconnected, forming a dense network. Such a close connection contributes to the uninterrupted excretion of bile from the lobule. The beams are built by hepatic cells, or hepatocytes. Hepatocytes make up 60% of all liver cells. In addition to them, the so-called sinusoidal cells are of great importance. Most of them are endothelial cells. The protective phagocytic function is performed by Kupffer stellate cells, which have a processional shape and the ability to move to where there is the greatest need for them. Close relatives of fibroblasts are Ito cells, which contain many lipid inclusions. Between the endothelium of the sinusoids and the hepatocytes of the beams, there is the thinnest free space of Disse, filled with mucopolysaccharides, which exchange between the sinusoids and beams both in one and the other direction.

The development of the liver in all mammals follows the same pattern. The human liver develops at the end of the 3rd week of embryogenesis from the endoderm of the trunk intestine (according to L.I.Falin (1976), anlage of the liver occurs at the 4th week of embryogenesis). Initially, the anterior endoderm the future intestinal tube thickens and forms the so-called hepatic field (area hepatica), located caudal to the heart. After the formation of the intestinal tube from the intestinal endoderm, the area hepatica is part of the wall of the duodenum, which later forms a protrusion into the ventral mesentery, called the hepatic bay (hepatic diverticulum). Subsequently, the epithelium of the hepatic bay is subdivided into cranial and caudal sections. From the cranial section, hepatocytes and cholangiocytes of the epithelium of the hepatic ducts develop, from the caudal section - the epithelium of the gallbladder and cystic duct.

The mouth of the hepatic diverticulum gives rise to the epithelium of the common bile duct (Fig. 1.1).

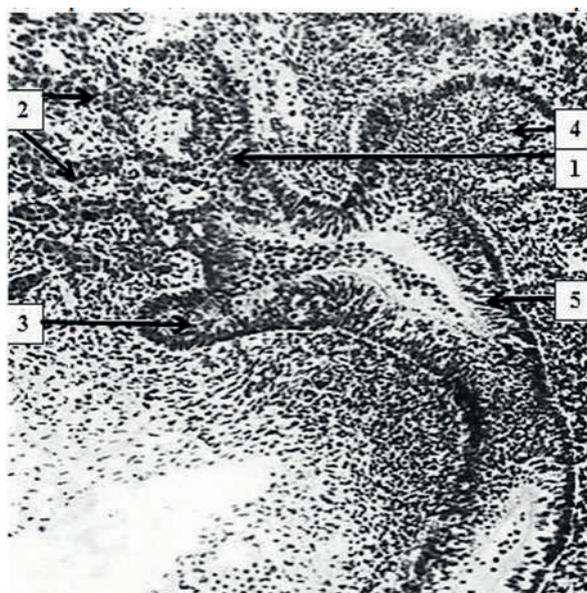


Figure: 1.1. Liver and pancreas anlage. The embryo is 4 mm long (4th development week). Hematoxylin and eosin. x140 (after L.I.Falin, 1976).
1 - hepatic part; 2 - strands of hepatic cells growing into the mesenchyme; 3 - the ventral part of the pancreas; 4 - anlage of the dorsal part of the pancreas

The aim of this study was to study the morphometric characteristics of the liver depending on the physique, sex, and type of portal vein structure.

Materials and methods research. The present study was carried out on 82 wet complexes of the abdominal organs taken from the corpses of people of both sexes aged 24 to 87 years, on which the morphometric characteristics of the liver were isolated and studied. All drugs were distributed according to gender and body type. 31 (37.8%) complexes from female corpses and 51 (62.2%) from male corpses were studied. When working with cadaveric material, the principles of bioethics were observed, which are regulated by the Council of Europe Convention on Human Rights and Biomedicine and the basic laws of the Republic of Uzbekistan. Morphometric measurements of the liver were carried out with a metal ruler GOST 427-85 or a caliper TTTTS I 0-150 GOST 166-80. The thickness of the right and left lobes of the liver was measured, for which the liver was cut into two halves in the frontal plane. The drug was fixed in a 10% formalin solution.

Study results. It was found that the thickness of the right lobe of the liver in men with a dolichomorphic physique was 126.67 ± 13.14 mm at $p < 0.01$, with a mesomorphic one - 130.9 ± 9.93 mm at $p < 0.001$ and with a brachymorphic one - 123.9 ± 5.86 mm at $p < 0.001$. In women, this indicator was 136 ± 9.58 mm at $p < 0.001$, 123.73 ± 7.68 at $p < 0.001$ mm, and 122.55 ± 5.32 mm at $p < 0.001$, respectively. The thickness of the left lobe of the liver in men with a dolichomorphic physique was 85.8 ± 17.9 mm at $p < 0.05$, with a mesomorphic one - 89.3 ± 13.37 mm at $p < 0.05$ and with a brachymorphic one - 82.5 ± 11.56 mm at $p < 0.05$. The thickness of the left lobe in women was 87.4 ± 19.39 mm at $p < 0.05$, 85.7 ± 12.67 mm at $p < 0.05$ and 78.3 ± 9.68 mm at $p < 0.05$ respectively. In the group of men in all selected groups, the size of the liver was larger than that of women.

Literature:

1. Hem A, Kormak D. Gistologija. Vol. 4. Moskva: Mir; 2004.
2. Kolman Ja, Rjom KG. Nagljadnaja biohimija. Moskva: Mir; 2004.
3. Pechen. In: Petrovskij BV, editor. Bolshaja medicinskaja jenciklopedija. Vol. 19. Moskva: Sovetskaja jenciklopedija; 1982.
4. Afanasev JuI, Bazhenov DV, Borovaja TG, Valkovich JeI, Danilov RK, editors. Rukovodstvo po gistologii. Vol. 2. Sankt-Peterburg: Specialnaja literatura; 2011.



КЕЧГИ НЕОНАТАЛ ДАВРДА СЕПСИСДА ЛИМФА ТУГУНЛАРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Д.Ш. Аллаберганов, Н.И. Тажимова

Ташкентская Медицинская Академия

Аллаберганов Дилшод Шавкатович +998909347225

Тажимова Наргиза Икромовна +998915705912

e-mail: dilshodbek9347225@mail.ru

e-mail: nargizatojimova5705912@mail.ru

Аннотация: Ушбу ишда неонатал даврда сепсиснинг патоморфологик ўзгаришлари хақида маълумотлар келтирилган. Неонатал давр чақалоқ туғилганидан 0-28 кунгача бўлган давр ҳисобланиб, чақалоқларда иммун тизим аъзоларининг ҳали шаклланиш даврида бўлганлиги учун инфекцион омилларнинг табиатига қараб турлича морфологик ўзгаришлар билан намоён бўлади. Жумладан, 8-28 кунгача бўлган даврда чақалоқлар лимфа тугунларининг нисбатан шаклланганлиги сабабли, лимфа тугунлар гипоплазияси – 2,7%, фолликуляр гиперплазия – 41,5%, паракортикал гиперплазия – 24,6%, синуслар гистиоцитози – 18,7%, стромал хужайралар пролиферацияси -6,2%, ва аралаш типдаги гиперплазия – 4,5%, лимфа тугунни ёғ босиш 4,2% учрайди.

Калит сўзлар: сепсис, неонатал давр, чақалоқ, лимфа тугуни, лимфоид фолликула.

Болалардаги неонатал сепсис муаммоси биология ва тиббиёт соҳаларида охириги йилларда маълум даражадаги ютуқларга эришилгани билан, ҳали ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Кўрсатиб ўтиш керакки, неонатал сепсисдан нобуд бўлиш кўрсаткичлари юқори бўлиб 20 дан 40%гачани ташкил қилади. Морфологик жиҳатдан лимфа тугунларда бир вақтнинг ўзида пўстлоқ қавати лимфоид фолликулаларининг гиперплазияланиши, уларда герминатив майдонлар пайдо бўлиши кузатилади. Унга монанд ҳолда паракортикал майдон ҳам гиперплазияланиб, майдони кенгайиб, айрим ҳолларда хатто лимфоид фолликулалар пайдо бўлиши аниқланади. Бунда, паракортикал соҳада бир вақтнинг ўзида ретикуляр строма тузилмалари ҳам гипертрофияланганлиги ва гиперплазияланганлиги кузатилади. Уларнинг орасида ядроси гиперхромлашиб фаоллашган лимфоцитлар ҳар хил катталиқдаги тўпламлар пайдо қилганлиги кузатилади. Бундай турдаги аралаш типдаги гиперплазиянинг айрим ҳолларида паракортикал соҳанинг кескин кенгайганлиги, ундаги посткапилляр венулалар ҳам гиперплазияланиб, ҳам девори хужайралари гипертрофияланганлиги аниқланади. Бунда посткапилляр венулаларнинг ҳам пўстлоқ, ҳам мағиз қаватга қараб ўсиб кирганлиги кузатилади. Айрим ҳоллардан посткапилляр венулалар мағиз қават синуслари оралиғи юмшоқ тутамларига ҳам ўсиб кирганлиги аниқланади. Микроскопнинг катта объективда кўрилганда паракортикал соҳада посткапилляр венулаларнинг ва улар деворини ташкил қиладиган эндотелий хужайраларнинг кучли даражада пролиферацияланганлиги кузатилади. Натижада бу соҳада кўп сонли эндотелий хужайралар куртаги ва янги пайдо бўлган посткапилляр венулалар аниқланади. Аралаш типдаги гиперплазияда лимфа тугун пўстлоқ қаватидаги лимфоид фолликулалар ўзига хос гиперплазияга учрайди. Бунда лимфоид фолликула марказида герминатив марказ катталашиши, ундаги ретикуляр хужайралар, макрофаглар ва лимфобластларнинг пролиферацияланиши ҳисобига амалга ошади. Унинг таркибида деструкцияланган хужайралар борлиги аниқланади, айниқса чет қисмларида хужайралар вакуоллашган, ядролари кариорексис ва кариопикнозга учраган. Герминатив марказ атрофида майда лимфоцитлардан ўзига хос халқа пайдо бўлган ва ундаги лимфоцитлар тартиб билан қатор-қатор бўлиб жойлашганлиги кузатилади.

Кечги неонатал даврдаги сепсисдан ўлган чақалоқлар лимфа тугунларини морфологик жиҳатдан ўрганишда яна бир ўзига хос жиҳат аниқландики, у лимфа тугун мағиз қаватининг синусларида кучли гистиоцитоз ривожланиши билан намоён бўлди. Бунда, лимфа тугуннинг ҳам субкапсуляр, ҳам мағиз қавати синуслари кучли кенгайганлиги, ичи ҳар хил хужайралар билан тўлганлиги кузатилди. Бу синуслар бўшлиғида аксарият ҳолларда ҳар хил морфофункционал даражада бўлган макрофаглар, деструкцияга учраган хужайра ва тўқима фрагментлари, донатор ва моноклеар лейкоцитлар аниқланади. Демак, яллиғланиш жараёнида иштирок этадиган гематоген ва гистиоген хужайраларнинг



кўпайишидан синуслар бўшлиғининг тўлиши синусли гистиоцитоз дейилади. Бу синуслардаги патоморфологик ўзгаришларга монанд ҳолда синуслар оралиғи юмшоқ тутамлар ҳам кенгайиб, лимфоид ва гистиоцитар ҳужайралар билан зич ҳолда инфилтрацияланганлиги аниқланади. Айрим ҳолларда синусли гистиоцитоз кучли шиш билан давом этганлигидан синус бўшлиқларининг деструкцияга учраганлиги, ёрилиб ундаги шиш ва ҳужайралари атрофиида жойлашган бириктирувчи тўқимали трабекулалар ва мор томирлар деворига ҳам таркаганлиги кузатилади. Бунда синуслар орасидаги юмшоқ тутамлар шиш ҳисобига сиқилишидан, ундаги лимфоид ҳужайралар зичлашиб, фолликуляр тузилишни пайдо қилганлиги аниқланади.

Синусли гистиоцитоз ҳолатида синуслар оралиғи юмшоқ тутамлар ҳам юқорида таъкидланганидек кескин кенгайган, унинг таркиби фаоллашган ретикуляр ва макрофагал ҳужайралар, ҳамда фаоллашган ҳар хил катталиқдаги лимфоцитлар билан тўлган (8-расм). Макрофаглар ва лимфоцитларнинг фаолиги, яъни ядроларининг гиперхромланиши, бири-бири билан тутшиб симбиозлар пайдо қилиши албатта кучли яллиғланиш жараёни ривожланганлигидан далолат беради.

Натижада склероз жараёни лимфа тугун стромасига, яъни ретикуляр тўқимасига ҳам тарқалиб боради. Агар склерозланиш ва ретикулезланиш кучли бўлса, улар орасидаги лимфоцитлардан иборат паренхимаси кескин камайишга, яъни атрофияга учрайди. Натижада, морфологик жиҳатдан лимфа тугун каватлари орасидаги чегаралар кўринмасдан, диффуз ҳолда ретикуляр стромасининг гипертрофияланиши ва пролиферацияланиши оқибатида қалинлашади. Улар таркибида склерозга хос бўлган коллагенлашиш ва фиброзланиш жараёнлари ривожланади. Строма тўри орасидаги бўшлиқларда лимфоцитлар миқдори кескин камайдиган, борлари ҳам ҳар хил даражадаги деструкцияланишга учрайди.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Щеголев А.И., Мишнёв О.Д., Туманова У.Н., Шувалова М.П. Неонатальный сепсис как причина перинатальной смертности в Российской Федерации // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 5-4. – С. 589-594;
2. Хаертынов С.Х., Анохин В.А., Бойчук С.В. Патологическая физиология неонатального сепсиса Вестник современной клинической медицины 2014 Том 7, вып. 6 с. 97-104.
3. Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kisssoon N. The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. The Lancet Respiratory medicine 2018; 6(3): 223-30.
4. Laxminarayan R, Mouton RP, Pant S, et al. Access to effective antimicrobials: a worldwide challenge. Lancet 2016; 387(10014): 168-75
5. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global health 2014; 2(6): e323-33.
6. Kadri SS, Rhee C, Strich JR, et al. Estimating ten-year trends in septic shock incidence and mortality in United States academic medical centers using clinical data. Chest 2017;151:278-85.



УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРЕДНИХ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Усмонов Исомиддин Хайдарович,
д.м.н., доцент кафедры «Фтизиатрии,
пульмонологии и дерматовенерологии»
Бухарского государственного
медицинского института (Узбекистан),

Бозоров Шухрат Истамович,
заведующий отделением
«Хирургии костно-суставного туберкулёза»
Бухарского областного центра фтизиатрии и пульмонологии

Резюме,

Исследование основано на данных обследования 101 больных туберкулезным спондилитом (ТС) поясничного отдела позвоночника, которым проведено хирургическое вмешательство с использованием переднего параректального доступа. При использовании передних экстраперитонеальных доступов не наблюдается повреждения мышц передней брюшной стенки, нервов и сосудов, выпадения мышц, грыжи брюшной стенки, дискомфорта, грубого рубца.

Ключевые слова: туберкулезный спондилит поясничного отдела позвоночника, хирургическое лечение, хирургические доступы.

Summary,

The study is based on the data of a survey of 101 patients with tuberculosis spondylitis (TS) of the lumbar spine who underwent surgery using the anterior pararectal approach. When using the anterior extraperitoneal approaches, there is no damage to the muscles of the anterior abdominal wall, nerves and blood vessels, muscle prolapse, hernia of the abdominal wall, discomfort, or rough scar.

Key words: tuberculosis spondylitis of the lumbar spine, surgical treatment, surgical approaches.

Введение: инфекционное поражение позвоночника составляют от 2 до 8% всех костных инфекций. Причем заболеваемость спондилитом и дидитом колеблется от 0,5 до 5,9 случая на 100 000 человек в год. Несмотря на современный уровень развития медицины, наблюдения за поздней диагностикой достигают 75%, а смертность составляет 5–12% случаев [1; с.23-24.]. Туберкулезное поражение костных структур позвоночно-двигательных сегментов в общей структуре костно-суставного туберкулеза, по данным разных авторов, составляет от 45 до 90%. [2; с.130-131, 3; с.427-429, 5; с.13-17.]. На туберкулезный спондилит приходится 50-60% от общего числа заболеваний костно-суставного туберкулеза [6; с.19-27.].

Поражения туберкулёзом поясничного отдела позвоночника составляет 40% случаев. Двойные и тройные поражения относительно редки. Двух локальные поражения позвоночника у детей наблюдались у 2,8% (Puring NA), а у взрослых - у 4,5% (Низковская М.М.) [4; с.12.].

Туберкулез позвоночника остается очень актуальной и сложной проблемой, так как заболевание длится долго, сначала протекает бессимптомно, с трудно диагностируемым, а затем бурным течением, грозными осложнениями. Из-за сложности постановки окончательного диагноза пациенты получают неадекватное лечение у разных специалистов, что приводит к поздней диагностике и неадекватной тактике лечения, что приводит к необратимым патологическим изменениям, развитию серьезных осложнений, иногда приводящих к летальному исходу[8; с. 178-184.].

Материалы и методы исследования. В основу исследования легли данные обследования 101 больных туберкулезным спондилитом поясничного отдела позвоночника, которым



были выполнены операции с использованием передних экстраперитонеальных доступов. Из них 97 (96,0%) пациенту произведено спондилодез с использованием титанового сетчатого кейджа (Piramesh), а у 4 (4,0%) больных - традиционным классическим методом с аутокостным трансплантатом, полученным из левого крыла подвздошной кости. Возраст пациентов варьировал от 17 до 82 лет, средний возраст составил 47,2 года.

Женщины были 1,5 раза больше, чем мужчин, 52,9% больные были в возрасте 17-49 лет (наиболее трудоспособный возраст), а в шестой декады жизни заболеваемость встречалась чаще – у 30,4% случаев, а в 16,3% – старше 60 лет.

Из таблицы №1 видно, что частая локализация туберкулёзного поражения позвоночника отмечалась в поясничном VL4-5 отделе – у 141(83,9%) больных. В 39(23,2%) случаев наблюдается билочкальное, а у 7(4,2%) случаев трехлокальное поражение.

Таблица №1.

Локализация поражения туберкулёзом позвоночника

Локализация процесса	Число больных
Поясничный VL2-3	5(4,9%)
Поясничный VL2-3, 3-4*	3(3,0%)
Поясничный VL3-4	19(18,8%)
Поясничный VL3-4, 4-5*	18(17,8%)
Поясничный VL4-5	56(55,5%)
Всего:	101(100%)

Примечание: * - билочкальный процесс.

Болезнь развивалась медленно – у 51,8% больных, более года, с характерным прогрессированием болей в позвоночнике, редкими подъемами температуры до субфебрильной границы, иногда присоединением корешковых болей. Подострое течение заболевания с прогрессированием в течение 6-ти месяцев, болями в позвоночнике с иррадиацией, субфебрильной температурой и потливостью по вечерам отмечено – 27,4% больных, у 22,6% - клиническое течение заболевания было острым, с подъемом температуры более 38,0°C, с интоксикацией, потерей массы тела больше 10% от общей массы тела, с сильным нарастающим болевым симптомом, нарушением функций спинного мозга. При этом отмечалась глубокая деструкция более 2-х тел позвоночника - у 27,9% больных, нестабильность, эпидуральные, пара- и превертебральные абсцессы.

Длительность жалоб больных до установления диагноза составила от 4 месяца до 4,5 года, в среднем – 9,6 месяцев.

У 57,7% больных встречались сопутствующие заболевания, из них: сердечнососудистые – у 45,4%, заболевания гепатобилиарной системы – у 17,5%, мочевогоделительной и органов гениталий – у 16,5%, сахарный диабет – у 4,1%, ВИЧ инфицированные – 2,1%, прочие болезни – у 14,4%.

При этом у 8(7,9%) больных диагностирована (мульти резистентная) форма туберкулеза (MDR), при которой МБТ устойчива к первому ряду противотуберкулёзных препаратов. С учетом устойчивости к антибактериальным препаратам этим больным назначено препараты второго ряда: капреомицин, канамицин, циклосерин, ПАСК, протеинамид, фторхинолоны: левофлоксацин, офлофлоксацин.

Радикально-восстановительные операции позвоночника произведено после 2 недельной соответствующей подготовки и противотуберкулёзной терапии.

Степень тяжести неврологических расстройств оценивалась до операции по шкале Н.Л. Frankel (1969) и А.Ю. Мушкиным с соавт. (1998) следующим образом:

- **степень А** - больные с анестезией и плегией ниже уровня поражения - не наблюдается;
- **степень В** - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, движения отсутствуют – не наблюдается;
- **степень С** - с неполным нарушением чувствительности, имеются слабые движения, но сила мышц недостаточна для ходьбы – не наблюдается;
- **степень D** - с неполным нарушением чувствительности ниже уровня поражения, имеются движения, сила мышц достаточна для ходьбы с посторонней помощью – 62 (61,4%) больных;
- **степень E** - без нарушения чувствительности и движений ниже уровня поражения.



Список литературы

1. Басанкин И.В., Плясов С.А., Афаунов А.А., Волынский А.Л., Тахмазян К.К. Хирургические вмешательства при инфекционных процессах в позвоночнике и позвоночном канале // Вертебрология в России: итоги и перспективы развития: сборник тезисов V съезда хирургов-вертебрологов России / Саратов. 23-24 мая 2014 г. - с. 23-24.
2. Дьячков И.А., Скорняков С.Н. и другие. К вопросу стандартизации ведения больных туберкулезным спондилитом // Достижения, инновационные направления, перспективы развития и проблемы современной медицинской науки, генетики и биотехнологии / Материалы 3-й Международной научно-практической конференции. Екатеринбург: Буки-Веди, 2012. - С. 130-131.
3. Екимова Д.Е., Дьячков И.А. Взаимосвязь между количеством субпопуляций Т-лимфоцитов CD4 + и сроками регенерации костной ткани при ВИЧ-ассоциированном туберкулезном спондилите // 68-я Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины» и здравоохранение». - Екатеринбург: Изд-во: «УГМА», 2013. - С. 427-429.
4. Куклин Д.В. Реферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. СПб., 2005. С. 3-22.
5. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Костно-суставной туберкулез от П.Г. Корнев до наших дней // М., 2003. 12.
6. Митусова Г.М., Советова Н.А., Титов А.Г., Майстрович О.А. Компьютерная томография в диагностике туберкулезного спондилита, осложненного неврологическими нарушениями // Проблемы туберкулеза. - 2003, № 6. - С. 13-17.
7. Ратобыльский Г.В., Ховрин В.В., Камалов Ю.Р., Батулин О.В., Флеров К.Е., Можкина Г.Н. Клиническая и лучевая диагностика туберкулеза позвоночника на современном этапе // Диагностическая и интервенционная радиология. 2012, Том 6, № 1. - С. 19-27.
8. Usmonov I.N., Nazirov P. Kh. "Technique of use of titanium mesh cylinder of exemplary cage tubercular spondylitis", European science review, No. 9-10 2018, 178-184, Vienna.

**"ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР"
МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 24-КЎП ТАРМОҚЛИ
ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ
МАТЕРИАЛЛАРИ**

(18-қисм)

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусахҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 31.01.2021

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

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