

ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES

O'ZBEKISTONDA ILMIY TADQIQOTLAR: DAVRIY ANJUMANLAR

DAVRIYLIGI: 2018 | 2022

2022

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI

1 SENTYABR – MUSTAQILLIK KUNI

31

YOSHDA



SENTYABR

№44



CONFERENCES.UZ

Toshkent shahar, Amir
Temur ko'chasi, pr.1, 2-uy.

+998 97 420 88 81

+998 94 404 00 00

www.taqqiqot.uz

www.conferences.uz



**ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ
ТАДҚИҚОТЛАР: ДАВРИЙ
АНЖУМАНЛАР:
18-ҚИСМ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
УЗБЕКИСТАНА: СЕРИЯ
КОНФЕРЕНЦИЙ:
ЧАСТЬ-18**

**NATIONAL RESEARCHES OF
UZBEKISTAN: CONFERENCES
SERIES:
PART-18**

ТОШКЕНТ-2022



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” [Тошкент; 2022]

“Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар: Даврий анжуманлар:” мавзусидаги республика 44-қўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 30 сентябрь 2022 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2022. - 48 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар 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 анжуманлари 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 таҳтил 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

Доцент Шакирова Шоҳида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

Самигова Умида Ҳамидуллаевна (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 тутган 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 Рахмонович (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

Рахмонова 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. Райимбердиев Сухроб Абдухалилович, Бахриев Иброхим Исомадинович YURAK PATOLOGIYASI VA MEKANIK JAROHATLANISHDA BUYRAK USTI BEZIN- ING MORFOFUNKSIONAL XUSUSYATLARI	7
2. Ахмедов Ш. Ш. ДИСПЛАСТИК КОКСАРТРОЗДА БЎҒИМ КАПСУЛАСИ ОЛД ВА ЁН БОЙЛАМЛАРИ- НИНГ МОРФОЛОГИЯСИ	11
3. Ахмедов Ш. Ш. ДИСПЛАСТИК КОКСАРТРОЗДА БЎҒИМ ЮЗАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ	13
4. Гафуров Бахтиёр Гафурович, Мамаджонова Турсуной Тохир кизи ПОСТКОВИДНЫЙ КОГНИТИВНЫЙ НАРУШЕНИЯ	15
5. Azizova Sh.I., Safarov M.T. THE IMPROVING WAYS OF THE USE OF CERAMIC VENEERS ON ANTERIOR TEETH	17
6. Xusanbaev Xasanjon Shavkatovich, Bobojonov Doniyor Sadulla o'g'li, Rajabova Mahbuba Shamsuddin qizi, Jo'rayev Temur Baqitbekovich KATTA DIAMETRLI MAKULYAR TESHIKLARDA XIRURGIK DAVOLASHDAN KEYINGI NATIJALAR TAHLILI	19
7. Кодирова Гулноза Равшановна ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕ- НИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬ- НОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	21
8. Shorustamov Mukhammad Todjalievich, Nurmetov Sarvar Tadjibaevich TOTAL HIP ENDOPROSTHETICS WITH BONE PLASTY IN DYSPLASTIC COXARTHROSIS	30
9. Azizova Sh.I., Safarov M.T. SOME FEATURES OF THE USE OF CERAMIC VENEERS ON FRONTAL TEETH	35
10. Мурадов Алижон Салимович, Тешаев Октябрь Рухуллаевич АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С МОР- БИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	37
11. Юсупов Азамат Фархадович, Хусанбаев Хасанжон Шавкатович, Ражабова Махбуба Шамсуддин кизи, Бобожонов Дониёр Садулла угли РЕГМАТОГЕН ТЎР ПАРДА КЎЧИШИ МАКУЛЯР ТЕШИК БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЛГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ КЛИНИК-ФУНК- ЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ	39
12. Юсупов А.Ф., Каримова М.Х., Махкамова Д.К., Хайдаров Ш.Ш ПРИМЕНЕНИЕ ПРЯМЫХ НЕЙРОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ТЕРАПИИ ГЛАУКОМАТОЗ- НОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ	41
13. Xanifa Muhsinovna Halimova, Nilufar Safoyevna Rashidova COVID-19 o'tkazgan epilepsiyasi bor bemorlarda kasallik kechishi va klinikasi.	43
14. Гафуров Бахтиёр Гафурович, Мамаджонова Турсуной Тохир кизи COVID-19 УТКИЗГАН БЕМОРЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАПНИНГ РИВОЖЛА- НИШИГА ТАЪСИР ЕТУВЧИ ОМИЛЛАР	44
15. Азизова Р.Б., Султонова Д.А. ЭПИЛЕПСИЯ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	46



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

YURAK PATOLOGIYASI VA MEKANIK JAROHATLANISHDA BUYRAK USTI BEZINING MORFOFUNKSIONAL XUSUSYATLARI

Райимбердиев Сухроб Абдухалилович,

Андижон давлат тиббиёт институти “Суд тиббиёти
ва тиббиёт ҳуқуқи” кафедраси ассистенти

Бахриев Иброхим Исомадинович,

Тошкент тиббиёт академияси “Суд тиббиёти
ва тиббиёт ҳуқуқи” кафедраси мудири, доцент

Телефон: +998977069584

ibragim.bakhriev@mail.ru

Annotatsiya. O‘tkir yurak patologiyasi va mexanik shikastlanish natijasida to‘satdan o‘lim holatlarida inson buyrak usti bezlarining morfofunktsional reaksiyasini qiyosiy baholash o‘tkazildi. Buyrak usti bezlari javob reaksiyasidagi morfologik farqlar aniqlandi. Ularni juftlashgan organlarning asinxron faoliyati nuqtai nazaridan tushuntirishga harakat qilindi. Ishlarning sud-tibbiy diagnostikasida buyrak usti bezlarining morfofunktsional holatini baholashdan foydalanish taklif etiladi.

Kalit so‘zlar: Yurak kasalliklari, mexanik shikastlanish, buyrak usti bezlari, morfologiya.

To‘satdan o‘lim sabablari orasida uchirash chastotasi bo‘yicha yurak-qon tomir tizimi kasalliklari birinchi o‘rinda turadi. Biroq, bu holatlarda o‘lim tashxisini qo‘yish juda qiyin, ayniqsa murdaning tanasida o‘limga olib keladigan jarohatlar mavjud bo‘lsa. O‘tkir yurak xurujining rivojlanishidan so‘ng, odam ko‘pincha ongni yo‘qotadi va yurak patologiyasining rivojlanishi natijasida o‘limga olib keladigan tana jarohatlarini oladi. Bunday hollarda huquqni muhofaza qilish organlari ushbu tan jarohatlarining o‘lim sababi bilan bog‘liqligi haqidagi savolga duch kelishadi, ammo sud-tibbiyot shifokorining yangi zamonaviy tadqiqot usullaridan foydalanmasdan bu savolga javob berishi mutlaqo mumkin emas. Buyrak usti bezlarining morfofunktsional holatini o‘rganish orqali bu savolga yanada oqilona javob olish uchun imkoniyatlar mavjud. So‘ngi paytlarda to‘satdan o‘lim holatlarining ko‘payishi, mehnatga layoqatli aholining o‘limga olib keladigan oqibatlar tarkibidagi asosiy sabablardan biri bo‘lib, tobora ijtimoiy ahamiyatga ega bo‘lgan ushbu hodisani har tomonlama batafsil o‘rganish zarurligini taqozo etmoqda [4]. Ko‘rinib turgan farovonlik fonida halokatli oqibatning kutilmagan rivojlanishi har doim o‘limning mumkin bo‘lgan zo‘raki tabiatiga shubha uyg‘otadi. O‘limga olib kelgunga qadar giyohvand moddalarni iste‘mol qilish, zaharli moddalar bilan mumkin bo‘lgan aloqalar, biologik suyuqliklarda spirtli ichimliklarni aniqlash va nihoyat, marhumning tanasida jarohatlar mavjudligi haqidagi ma‘lumotlar bu shubhalarni kuchaytiradi. O‘limga olib keladigan oqibatning to‘satdan paydo bo‘lishidan oldin noqulay ob-havo sharoiti, haddan tashqari ovqatlanish, spirtli ichimliklarni iste‘mol qilish, psixo-emotsional yoki jismoniy ortiqcha kuchlanish kabi qo‘zg‘atuvchi omillar bo‘lishi mumkin. [6]. Shu bilan birga, tashqi ta‘sirning og‘irligi, ayniqsa qariyalar va keksalarda, sezilarli bo‘lishi shart emas. "To‘satdan o‘lim" tushunchasining umumiy qabul qilingan ta‘rifiga ko‘ra, uning paydo bo‘lishining sababi har doim yashirin kechgan o‘tkir kasallik hisoblanadi. To‘satdan o‘limning mumkin bo‘lgan rivojlanishi bilan birga kechadigan kasalliklarning nozologiyasi boshqacha va jabrlanuvchining yoshiga bevosita bog‘liq. Agar yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda va hayotning birinchi yillaridagi bolalarda to‘satdan o‘limga olib keladigan sabablar ko‘pincha tug‘ma nuqsonlar va nafas yo‘llarining o‘tkir kasalliklari bo‘lsa, yoshi kattalarda yurak-qon tomir tizimi kasalliklari etakchi patologiya bo‘lib xizmat qiladi - o‘tkir yoki yashirin davom etuvchi yurakning surunkali ishemik kasalligi, simptomatik va asosiy arterial gipertenziya [3].



To'satdan o'lim holatlarininig sud-tibbiy yoki patologoanatomik diagnostikasining muhim qiyinchiliklarini hisobga olish kerak. Yosh va yetuk yoshdagi odamlarda, birinchi patologiyani qisqa muddatli mavjudligi sababli, o'ziga xos morfologik surat hali aniq ifodalanmagan bo'lishi mumkin va faqat gistokimyoviy yoki elektron mikroskopik kasalliklar mavjudligi bilan tavsiflanadi, ularni aniqlash qiyin, murakkab va qimmat usullardir [1, 5, 7]. Biroq, yoshi katta va keksa odamlarda aniq morfologik surat mavjud bo'lsa ham, ushbu yosh guruhini tavsiflovchi polipatiyalarning sezilarli soni tufayli to'satdan o'lim holatlarida etakchi patologiyani aniqlash qiyin. Buyrak usti bezlarini o'z ichiga olgan yuqori reaktiv organlarda javob natijasida yuzaga keladigan nisbatan patognomonik belgilar mavjudligini qayd etadigan dalillarga asoslangan statistik ma'lumotlardan foydalanish bunday murakkab holatlarga tashxis qo'yishda yordam beradi. Buyrak usti bezlarining neyroendokrin regulatsiyasi xususiyatlari va organing turli xil ta'sirlarga javobi, asosan uning murakkab gistologik tuzilishi tufayli hozirgi kunga qadar ko'plab tadqiqotlar uchun sababdir. Buyrak usti bezlarining organizmning gomeostaz tizimini saqlab turishdagi rolini hisobga olsak, bu muammoga jiddiy qiziqish tabiiydir, uning buzilishi ko'plab kasalliklarga asoslanadi [5, 8].

To'satdan o'limning asosiy sababi bo'lgan yurak ishemik kasalligi (YuIK) va buyrak usti bezlarining morfofunktsional holati o'rtasidagi patogenetik bog'liqlik barcha holatlarda aniq emas. Faqatgina istisno, ehtimol buyrak usti bezlarining gormonal faol o'smalari mavjudligi holatlari bo'lib, ular bilvosita, ikkilamchi miokard shikastlanishi bilan simptomatik arterial gipertenziya rivojlanishiga olib keladi. Shu bilan birga, o'tkir yurak patologiyasining rivojlanishi va kuchayishida neyrogumoral omilning ro'li muhimdir. Yurak mushaklarining o'tkir gipoksiyasi bilan kechadigan kortikosteroidlar va katexolaminlarning keskin chiqishi miyokardda turli darajada ifodalgan ishemik, nekrobiotik va hatto nekrotik o'zgarishlarning paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin. O'tkir koronar arteriya yetishmovchiligi kasalligida buyrak usti bezlarining morfologik holati to'g'risidagi o'rganilgan ma'lumotlarining ko'p jihatdan qarama-qarshiligi nafaqat patologik jarayonning o'ziga xos xususiyatlari va o'rganilayotgan organing juda labil tabiati bilan bog'liq bo'lishi mumkin. qarama-qarshi buyrak usti bezlarida turli darajadagi strukturaviy va funktsional o'zgarishlarga ega bo'lgan bir juft organ sifatida buyrak usti bezlarining asinxron ishlashi imkoniyatini etarlicha baholamaslik [2].

Biz o'tkir yurak-qon tomir kasalliklarining turli shakllaridan (o'tkir koronar etishmovchilik, o'tkir miokard infarkti) to'satdan vafot etgan erkaklarning 18 juft buyrak usti bezlarini morfometrik tekshiruvdan o'tkazdik. Yurak-qon tomir tizimi kasalli natijasidagi o'lim toifasi nozo'raki va to'satdan o'lim turi hisoblanadi. O'limning bevosita sababi, ichki a'zolarining gistologik tekshiruvi, standart sud-kimyoviy ekspertizasi natijasida aniqlandi. Marhumlarning o'rtacha yoshi 41 ± 3 yoshni tashkil qildi. Buyrak usti bezlari funktsional faoliyatining morfologik ko'rsatkichlari organing massasi, kortikal va medulla massasi, koptoksimon, tizimli va to'rsimon zonalarining endokrinotsitlari yadrolari maydoni edi. O'lchov o'ng va chap buyrak usti bezlarida alohida o'tkazildi. Buyrak usti bezlari tortilib, kortikal va medullaning massasi nuqtalarni hisoblash usuli bilan aniqlandi, so'ngra morfofunktsional zonalarining foizi hisoblandi. Har bir zonada kamida 30 ta hujayra o'lchandi. Olingan natijalarni statistik qayta ishlash Statistic 5.0 for Windows dasturiy paketi yordamida amalga oshirildi. Parametrik yoki parametrik bo'lmagan usulni tanlash o'zgaruvchanlik qatoridagi qiymatlarni taqsimlashning to'g'riligiga qarab amalga oshirildi. Natijalar $f < 0,05$ da statistik jihatdan ahamiyatli deb topildi, aniq tendentsiya $f < 0,1$ da baholandi.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, o'tkir koronar arteriya kasalligidan to'satdan o'lim holatlarida chap buyrak usti bezining massasi o'ng buyrak usti bezining massasidan sezilarli darajada yuqori bo'ldi. Chap buyrak usti bezi massasining ustunligi faqat kortikal moddaning reaksiyasi bilan bog'liq edi, uning chap buyrak usti bezidagi massasi o'ngga qaraganda sezilarli darajada katta edi. Chap va o'ng buyrak usti bezlarining medulla massasini tavsiflovchi ko'rsatkichlardagi farqlar aniqlanmadi.

Olingan natijalarni tahlil qilish, tasvirlangan hodisaning xastalik davri bilan bog'liq bo'lgan bir qator psixo-emotsional omillarga organing o'ziga xos bo'lmagan reaksiyasi bilan emas, balki o'tkir yurak patologiyasi bilan qanchalik bog'liqligini aniqlashni talab qildi. Ushbu muammoni hal qilish uchun hayotga mos kelmaydigan mexanik shikastlanishdan vafot etgan o'sha yoshdagi erkaklarning buyrak usti bezlari bilan parallel tadqiqot o'tkazildi (13 ta holat). O'lim toifasi zo'raki, o'lim xili mexanik shikastlanish, o'lim turi - baxtsiz hodisa.

Buyrak usti bezlarining o'lim jarayoniga reaksiyasini deyarli butunlay istisno qiladigan tez o'lim ushbu guruhni nisbiy nazoratning bir turi sifatida ko'rib chiqishga imkon berdi. Nazorat



guruhida chap va o'ng buyrak usti bezlarining massasi deyarli bir xil bo'lib, kortikal moddaning massasida statistik jihatdan sezilarli farq yo'q edi.

Tadqiqotning ikkala guruhi o'rtasida o'tkazilgan buyrak usti bezlari massasining qiyosiy tahlili, chap buyrak usti bezi faoliyatining o'ziga xos xususiyatlari tufayli o'tkir yurak patologiyasidan to'satdan o'lim holatlarida sezilarli farqlarni ko'rsatdi. Shunday qilib, o'tkir koronar yetishmovchiligidan to'satdan o'lim holatlarida chap buyrak usti bezining massasi nazoratdagiga qaraganda statistik jihatdan sezilarli darajada yuqori bo'ldi, o'ng buyrak usti bezida sezilarli reaksiya aniqlanmadi. Aynan chap buyrak usti bezlari massasining oshishi, o'tkir koronar yetishmovchilik kasalligidan to'satdan o'lim guruhida chap va o'ng buyrak usti bezlarining umumiy massasining nazorat bilan solishtirganda sezilarli ustunligini keltirib chiqardi, bu assimetriya koeffitsientidagi farqlar statistik jihatdan sezilarli darajada namoyon bo'ldi ($p < 0,05$).

Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, o'tkir koronar arteriya kasalligidan to'satdan o'lim holatlarida chap buyrak usti bezining glomerulyar va fasikulyar zonolari endokrinotsitlari yadrolari maydoni o'ng buyrak usti beziga qaraganda sezilarli darajada kattaroq bo'ldi. Chap buyrak usti bezining retikulyar zonasi endokrinotsitlarining reaksiyasi shunga o'xshash yo'nalishga ega bo'lgan aniq tendentsiya bilan tavsiflangan.

O'tkir koronar yetishmovchiligi kasalligidan to'satdan o'lim paytida miyokardni mikroskopik tekshirish 18-24 soatdan ko'p bo'lmagan o'limdan oldingi davrning davomiyligini aniqlashga imkon berdi, biz aniqlagan o'zgarishlarni haqiqatan ham shunday deb hisoblash mumkin bo'lib, patologiyaning nozologik shakli bilan aniq belgilanadi va o'tkir koronar arteriya yetishmovchiligi kasalligining nisbatan “o'ziga xos” ko'rinishidir.

Koptoksimon, tizimli va to'rsimon zonalar adrenokortikotsitlarining bir tomonlama reaksiyasi adenogipofizal AKTG ma'lum darajada butun buyrak usti bezining korteksiga ta'sir qilishi, nafaqat tizimli zona tomonidan kortizol sekretiyanini rag'batlantirish, balki bilvosita sekretiya uchun sharoit yaratishi haqidagi ma'lumotlarni yana bir bor tasdiqlaydi. Koptoksimon zonada aldosteron miqdorini oshiradi va retikulyar zonada androgenlarni ishlab chiqarishga ta'sir qiladi. Shu bilan birga, buyrak usti bezlari birining funktsiyasining ustunligini umumiy qon oqimi tizimidan amalga oshiriladigan neyrogumoral tartibga solishning yagona tizimi haqidagi klassik g'oyalar nuqtai nazaridan tushuntirish qiyin. Xuddi shu pozitsiyalardan olingan farqlarni qon ta'minotining mavjud xususiyatlari bilan izohlash mumkin emas. O'tkir koronar arteriya kasalligidan to'satdan o'lim holatlarida birinchi marta aniqlangan buyrak usti bezlarining morfologik va funktsional assimetriyasi fenomeni, aftidan, nafaqat ta'sirning o'ziga xos xususiyatlariga ega, balki ko'proq darajada asinxronning umumiy qonuniyatlarini aks ettiradi. timik-adrenal tizimning juftlashgan organlarining ishlashi. Tug'ilish vaqtida ko'proq etuk va faollashgan tananing chap yarmining organlari, “boshlang'ich daraja” qoidasiga muvofiq, nisbatan dam olish holatida bo'lgan zaif kuchning fon stimullariga kamroq darajada javob beradi. Ularning faollashishi katta kuchga ega bo'lgan sezilarli stimullarning ta'siri ostida sodir bo'ladi, bu holda o'tkir yurak patologiyasidan to'satdan o'limning rivojlanishiga olib keladi. To'rsimon zonaning kamroq aniq reaksiyasi, bizning fikrimizcha, ta'sir etuvchi patologiyaning tabiati bilan ham, buyrak usti medullasiga sezilarli darajada bo'ysunadigan to'rsimon zonaning funktsiyasi va regulatsiyasi xususiyatlari bilan ham izohlanishi mumkin.

O'tkir yurak patologiyasi va hayotga mos kelmaydigan mexanik shikastlanishlar natijasida to'satdan o'lim holatlarida morfologik tadqiqot jarayonida aniqlangan buyrak usti bezlari reaksiyasidagi strukturaviy va funktsional farqlardan patoanatomik va sud-tibbiyot amaliyotining diagnostikasida keng qo'llanilishi mumkin. Buyrak usti bezlari holatini baholash uchun tavsiya etilgan morfometrik yondashuvni standart tanatologik, gistologik va sud-kimyoviy tadqiqotlar bilan birgalikda qo'llash, asosan, o'limning bevosita sababini hujjatlashtirish muammosini hal qiladi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Avtandilov G.G. Meditsinskaya morfometriya. M: Meditsina 1990, s. 384.
2. Alyabev F.V., Paderov Yu.M., Zudova Ye.Ye., Alyabeva S.Yu. Sravnitel'naya xarakteristika vesovix parametrov nadpochechnikov u pravshey, levshey i ambidekstroy //Aktualnie voprosi sudebnoy meditsini i ekspertnoy praktiki. - Novosibirsk: Mejrregionalnaya assotsiatsiya “Sudebnie mediki Sibiri”, 2004. - Vipusk 9. - S. 107-109.
3. Alyabeva S.Yu. Kliniko-morfologicheskie paralleli klinicheskix proyavleniy arterialnoy



gipertonii i parametrov morfofunktsionalnogo sostoyaniya nadpochechnikov //Sib. med. журн., 2011, № 1, - S. 91-93.

4. Oganov R.G., Maslennikova G.Ya. Smertnost ot serdechno-sosudistix i drugix xronicheskix neinfektsionnix zabolevaniy sredi trudosposobnogo naseleniya Rossii //Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika, 2002, - №3, - S. 4-8.

5. Paderov Yu.M., Alyabev F.V., Kalyanov Ye.V., Rogovskaya Yu.V. Statisticheskaya interpretatsiya nekotoryx morfofunktsionalnix parametrov nadpochechnikov cheloveka v sudebno-medsinskoy diagnostike skoropostijnoy smerti //Veroyatnostnie idei v nauke i filosofii: Materiali regionalnoy nauchn. konf. 23-25 sentyabrya 2003 g. Novosibirsk, 2003. - S. 186-187.

6. Pigolkin Yu.I., Doljanskiy O.V., Gromova T.M. Sudebno-medsinskaya otsenka morfologicheskix izmeneniy miokarda i gipotalamo-gipofizarno-nadpochechnikovoy sistemi pri vnezapnoy serdechnoy smerti //Sudebno-medsinskaya ekspertiza, 2012, - №2, - S. 13-17.

7. Ishikawa T., Yoshida C., Michiue T. et al. Immunohistochemistry of catecholamines in the hypothalamic-pituitary-adrenal system with special regard to fatal hypothermia and hyperthermia //Leg Med (Tokyo) 2010; 12: 3: 121-127.

8. Yoshida C., Ishikawa T., Michiue T. et al. Postmortem biochemistry and immunohistochemistry of chromogranin A as a stress marker with special regard to fatal hypothermia and hyperthermia // Int J Legal Med 2011; 125: 1: 11-20.



УДК: 617.581-089

**ДИСПЛАСТИК КОКСАРТРОЗДА БЎҒИМ КАПСУЛАСИ ОЛД ВА ЁН
БОЙЛАМЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ**

Ахмедов Ш. Ш.

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти
Ахмедов Шамшод Шавкатович+998905124999
e-mail: fadasa_1987@mail.ru

Аннотация: Диспластик коксартрозда чанок сон бўғими капсуласи бойламларида дисплазия жараёнининг ривожланиши оқибатида, жисмоний зўриқишга учраган бўғим капсуласининг барча фиброз тузилмаларида дистрофик ва дисрегенератив ўзгаришлар кузатилади. Жумлада, бўғим капсуласи ички бойламида фибриноид бўкиш, гиалиноз ўчоқлари кузатилади.

Бу ўзгариш клиник морфологик жихатдан сон суягини ташқарига торсион ойланишига олиб келади ва беморларда чанок сон бўғими юзаларида жуда кўплаган дистрофик эрозив ўзгаришлар ривожланади. Капсулада эса гиалиноз ўчоқлари ва тоғайланиш ўчоқлари юзага келиши билан давом этади.

Калит сўзлар: морфология, бўғим капсуласи, гиалиноз, фибриноид бўкиш, анкилоз, склероз, дисплазия.

Чан сон бўғими капсуласи олд ва орқа бойламларининг дисплазияси (ривожланишдан орқада қолиши) натижасида бойлам тузилмалари таркибидаги дағал коллаген толали тузилмаларнинг етарли бўлмаслиги, бойлам тузилмалари оралиғида кислотали мукополсахаридли киритмаларнинг кўп тўпланиши кузатилади. Жумладан, коллаген толали тузилмалар оралиғида Шифф мусбат тузилмаларнинг кўплиги бойлам тўқимасида мукоид бўкишнинг ривожланишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида бўғим капсуласи олд бойламларида шишли ўзгариш билан намоён бўлади. Натижада бўғим компонентларининг мустахкамлигини пасайиши чиқиш, чала чиқиш ва бўғим юзаси атрофларида экзостозларнинг пайдо бўлиши билан давом этади.

Ишнинг мақсади. Диспластик коксартрознинг 3-4 даражалари билан оғриган беморларда ўтказилган тотал эндопротезлаш амалиёти даврида олинган бўғим капсуласини морфологик ўзгаришларини текшириш ва морфометрик кўрсаткичлари ҳақидаги маълумотларни ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқот объекти ва предмети: Тадқиқот объекти сифатида Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт бирлашмаси травматология ва ортопедия бўлимида жами 36 та коксартрознинг 3-4 даражалари билан тотал эндопротез қўйилган беморлар чанок сон бўғими капсулалари олинди. Олинган бўғим капсулаларда морфологик морфологик ва морфометрик ўзгаришлари таҳлил қилинди.

Олинган натижалар: Морфологик текшириш натижаларининг кўрсатишича, диспластик коксартрознинг 3 ва 4 нчи даражаларида беморлар чанок сон бўғими капсулалари макроскопик жихатдан қалинлашган, юзалари силлиқ, кесимида дағал толали кўринишда, айнан бўғимнинг олд юзасида жойлашган ёнбош-сон бойлами тузилмалари узунлиги кичрайган, айланаси йўғонлашган, кесимида бўғим оралиғида тоғайсимон гомоген тузилмалар аниқланади. Ушбу ёнбош-сон бойламининг склерози ва гиалинози оқибатида сон суягида ташқарига торсион айланиши кузатилади. Микроскопик текширилганда, чанок сон бўғими капсуласи олд ён бойламларида мукоид бўкиш, кислотали мукополисахаридларнинг мусбат бўлиши, гиалиноз ва фокусда такомпи топаётган хондроз ўчоқлари аниқланади. Жумладан морфологик текширишларда Альциан кўки билан бўялган бўғим капсуласида Шифф мусбат тузилмалар аниқланади. Айнан жараён узоқ муддат давом этганда, капсуланинг фиброз тўқимасида қон томирларнинг жуда камлиги, оралиқ тўқимада дағал тартибсиз жойлашган коллаген толаларнинг кўплиги, мукоид бўккан ўчоқлар атрофида деструктив ўзгарган бириктирувчи тўқима компонентлари аниқланади. Бу ўзгаришлар ўз навбатида ривожланишининг илк даврларида бўғимларда чиқиш ёки чала чиқиш ҳолатларида, бўғимда функционал морфологик деструкцияга учраган сохаларида, ҳар хил кесишмада жойлашган толали тузилмалар комплекслари ҳосил бўлишига олиб келади. Натижада бўғим



капсуласини эктазияси ва дучтрукцияси билан кечади.

Хулоса: Диспластик коксаартрозда чаноқ сон бўғими капсуласи фиброз тўқимасида узок давом этган мукоид бўкиш фибриноид бўкишга натижада гиалиноз ва хондроз ўчоқларининг чаноқ сон бўғими олд юзасидаги ёнбош-сон бойламида ривожланишига олиб келади. Бу морфологик ўзгариш клиник жиҳатдан сон суягини ташқи ротацияси билан намоён бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Hadi HA, Smerdon G, Fox SW. Osteoclastic resorptive capacity is suppressed in patients receiving hyperbaric oxygen therapy. *ActaOrthop*. 2015;86(2):264-269.
2. Lin YY, Jean YH, Lee HP, Chen WF, Sun YM, Su JH et al. A soft coral-derived compound, 11-epi-sinulariolide acetate suppresses inflammatory response and bone destruction in adjuvant-induced arthritis. *PLoS One*. 2013;8(5):e62926.
3. Yamaguchi R, Yamamoto T, Motomura G, Ikemura S, Iwasaki K, Zhao G et al. Bone and cartilage metabolism markers in synovial fluid of the hip joint with secondary osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(12):2191-2195.
4. Manresa MC, Godson C, Taylor CT. Hypoxia-sensitive pathways in inflammation-driven fibrosis. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2014;307(12):R1369-R1380. doi:10.1152/ajpregu.00349.2014.
5. Baturin VA, Shchetinin EV, Malykhin FT. Regional specifics of microbial landscape in outpatients with lower respiratory tract infections. *Int J Risk Saf Med*. 2015;27(Suppl. 1):S61-S62. doi:10.3233/JRS-150691.



УДК: 617.581-089

ДИСПЛАСТИК КОКСАРТРОЗДА БЎҒИМ ЮЗАСИНИНГ ЎЗИГА ХОС МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Ахмедов Ш. Ш.

Бухоро Давлат Тиббиёт Институти

Ахмедов Шамшод Шавкатович+998905124999

e-mail: fadasa_1987@mail.ru

Аннотация: Диспластик коксартрозда чанок сон бўғими капсуласининг хар хил даражадаги склеротик ўзгариши сон суяги бошчаси бўғим юзаси ва чанок суяги ярим ойсимон бўғим юзасининг бир бирига нотекис туриши оқибатида сон суяги бошчаси бўғим юзасининг пастки ўрта латерал ва медиал юзаларида жуда кўп сонли дистрофик ва дисрегенератив ўзгаришлар ривожланиши билан давом этади. Натижада сон суяги бошчасининг олд ва орқа латерал юзалари тана оғирлиги таъсирида кўзиқорин шаклида яссилашади ва ностобил бўғим юзаларини ҳосил қилади. Оқибатда сон суяги бўғим юзаси шу сохада компрессион атрофик дистрофик ва дегенератив ўзгаришларга учрайди. Бўғим юзаларининг пастки олд ва орқа медиал юзаларида жуда кўп сонли емирилган ўчоқларнинг шаклланиши билан давом этади.

Калит сўзлар: морфология, чанок сон бўғими, гиалин тоғайи, гистокимёвий усул, анкилоз, склероз, дисплазия.

Чанок сон бўғими дисплазияси туғма жараён бўлиб, бўғим суяк тўқима компонентларининг ривожланишдан орқада қолиши тушунилади. Айнан бўғим капсуласи компонентлари (бойламлар ва мушак пайлари)нинг морфофункционал чалалиги натижсида бўғим юзаларида деформация ва дистрофик ўзгаришлар ривожланади. Клиник морфологик жиҳатдан бу ўзгаришлар даставвал ҳеч қандай ўзгаришсиз ривожланиб, чақалоқларнинг 9-12 ойлигида ёки тўсатдан педиатр кўригида аниқланадиган бир қанча клиник симптомлар (чанок сон бўғими керилишини чекланиши, оёқларни калта бўлиши, Маркс Орталани симптоми, рентгенографияда Кальве чизикларининг нотекис кўриниши) орқали ташхис қўйилади. Агар беморлар амбулатор шакроитда тўла тўқис даволанмаслиги натижасида, чанок сон бўғимида дислокация, неоартроз ривожланади. Айнан шу ўзгаришларга бўғим капсуласининг функционал ишини тўла тўқис бажара олмаслиги сабаб бўлади. Беморларда диспластик коксартрознинг ривожланишида морфологик бўғим юзаларида хар хил даражадаги деструктив ва дегенратив ўзгаришлар, айнан сон суяги бошчасини ёнбош суяги юзасига кўпроқ тиралаган сохаларида дегиалинизация ўчоқларининг пайдо бўлиши билан давом этади.

Ишнинг мақсади. Диспластик коксартрознинг 3-4 даражалари билан оғриган беморларда ўтказилган тотал эндопротезлаш амалиёти даврида резекция қилинган сон суяги бошчасидаги морфологик ўзгаришларни текшириш ва морфометрик кўрсаткичлар ҳақидаги маълумотларни ўрганиш ва таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқот объекти ва предмети: Тадқиқот объекти сифатида Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт бирлашмаси травматология ва ортопедия бўлимида жами 136 та коксартрознинг 3-4 даражалари билан тотал эндопротезлаш амалиётида резекция қилинган сон суяги бошчаси олинди. Олинган сон суяги бошчаси юзаларидаги морфологик ва морфометрик ўзгаришлар таҳлил қилинди.

Олинган натижалар: Чанок сон бўғими тотал эндопротезлаш амалиётида резекция қилинган сон суяги бошчаси бўғим юзасидаги макроскопик текшириш натижаларининг кўрсатишича, бўғим юзаси бўшлиғининг кескин торайиши, бўғим юзаларида 1-3 мм гача бўлган нотўғри шаклдаги чуқурчалар, нотекис юзали ўчоқлар, сон суяги бошчаси пастки медиал юзасида деформацияга учраган бўғим қирғоғи кесимида дағал толали кўринишда ва тоғайли деформацияга учраган остеофит ўсимталари аниқланади. Микроскопик текширув таҳлиллари кўрсатишича, сон суяги гиалин тоғайининг кескин емирилиши, шикастланиши юқори бўлган бўғим юзаларида хондроматоз, хондромиксаматоз ўчоқларнинг бўлиши билан характерланади. Бўғим юзаларида дегенерацияга учраган гиалин тоғайи, остида прлиферацияга учраган фибробластлар ва ора ора жойлашган суякланиш ўчоқлари ва



дистрофик кальциноз ўчоқларининг оролча кўринишида шакланаётганлиги аниқланади. Айнан бўғим юзаларининг кескин дегиализацияга учраган юзаларида атрофида остеобластларнинг пролиферацияси ва атрофида дағал коллаген толали оссификацияга ва кальцификацияга учраган нотекис чегаралари ноаниқ бўлган ўчоқларнинг аниқланаши билан характерланади. Айнан сон суяги бошчасини морфологик усуллардан бўлган гистокимёвий текшириш усули орқали Альциан кўки билан бўялганда, гиалин тоғайида кислотали мукополисахаридларнинг ўчоқли экстрацеллюляр матриксада тўпланиши, атрофида пролиферацияга учраган ёш хондроцитларнинг тўпланиши бўғим юзасида макроскопик жиҳатдан нотекис юзаларнинг пайдо бўлишига олиб келади. Бу ўзгаришлар диспластик коксартроздаги клиник морфологик ўзгаришлар нафақат бўғим юзасида балки, эпифизнинг ғовак моддасида ҳам аниқланади. Натижада патологик синишларнинг ёшга доир тезлашиши, диспластик коксартрозда фақат оғрикли синромлар бўлмасдан балки, компрессион синишлар қоқилган ёки суқилган кўринишда ривожланиши мумкинлигини олдиндан проспектив башоратлаш учун асос бўлади.

Хулоса: Диспластик коксартрозда бўғими юзасида шакланган дегиализация, гиалин тоғайида Шифф мусбат тузилмаларнинг кескин ортиши, толали тузилмаларни деструкцияси ва хондроцитларнинг изоген жойлашининг бузилиши аниқланди. Клиник жиҳатда ушбу морфологик ўзгаришлар, эпифизнинг ғовак моддасида резорбцион кистоз бўшлиқларнинг компрессион эзилиб синишларни, келажакда чанок сон бўғимида анкилоз (ҳаракатсиз бўғим юзаларининг) такомил топишига, бўғим юзаларида деструктив ярали ўчоқлар бўғим ҳаракатини тўсиб қўйишлиги ривожланишини олдиндан проспектив баҳолаш ва керакли клиник даволаш тактикасини белгиловчи морфологик хулоса ва кўрсатмалар бериш учун асос бўлади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Hadi HA, Smerdon G, Fox SW. Osteoclastic resorptive capacity is suppressed in patients receiving hyperbaric oxygen therapy. *ActaOrthop*. 2015;86(2):264-269.
2. Lin YY, Jean YH, Lee HP, Chen WF, Sun YM, Su JH et al. A soft coral-derived compound, 11-epi-sinulariolide acetate suppresses inflammatory response and bone destruction in adjuvant-induced arthritis. *PLoS One*. 2013;8(5):e62926.
3. Yamaguchi R, Yamamoto T, Motomura G, Ikemura S, Iwasaki K, Zhao G et al. Bone and cartilage metabolism markers in synovial fluid of the hip joint with secondary osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(12):2191-2195.
4. Manresa MC, Godson C, Taylor CT. Hypoxia-sensitive pathways in inflammation-driven fibrosis. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2014;307(12):R1369-R1380. doi:10.1152/ajpregu.00349.2014.
5. Baturin VA, Shchetinin EV, Malykhin FT. Regional specifics of microbial landscape in outpatients with lower respiratory tract infections. *Int J Risk Saf Med*. 2015;27(Suppl. 1):S61-S62. doi:10.3233/JRS-150691.



ПОСТКОВИДНЫЙ КОГНИТИВНЫЙ НАРУШЕНИЯ

Гафуров Бахтиёр Гафурович

Профессор заф. Кафедрой неврологии ТашИув

Телефон: + 99 893 893 78 00

E-mail: cool.bahtiyar@yandex.com

Мамаджонова Турсунуй Тохир кизи

Соискатель

Телефон: + 99 890 971 43 17

E-mail: mamadjonovatursunoy9@gmail.com

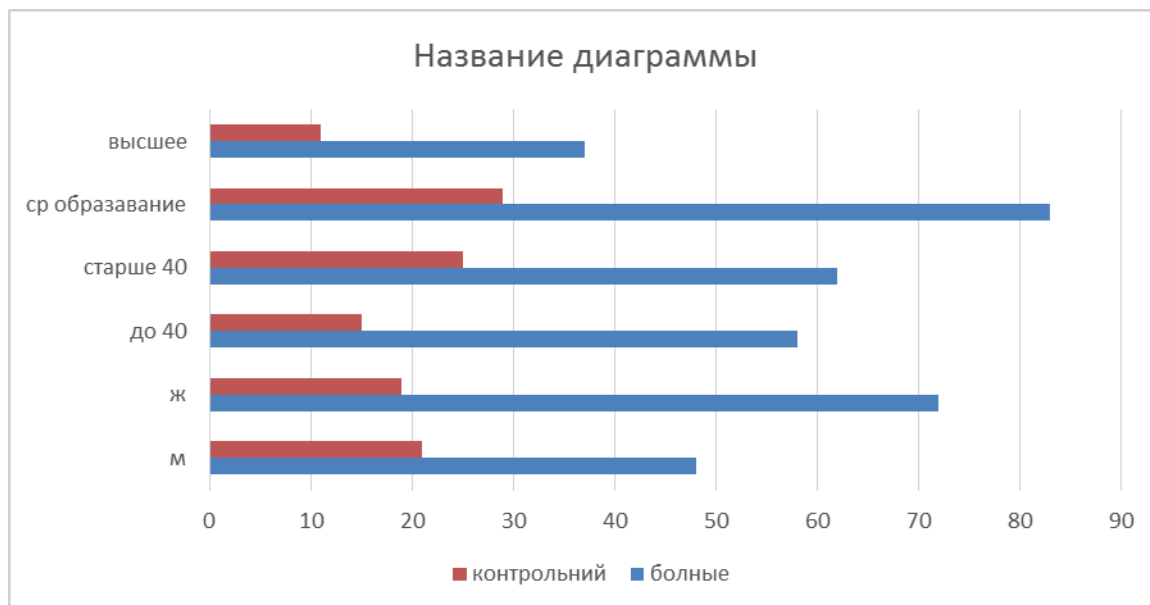
АННОТАЦИЯ

Пандемия COVID-19 показала, что это заболевание, поражающее практически все органы и системы. Вместе с тем одним из важнейших вопросов является вопрос о нарушении когнитивных функций у больных, перенесших COVID-19, поскольку именно они являются преградой к возвращению к прежней трудовой деятельности. Сложнее обстоит вопрос о происхождении когнитивных нарушений в молодом возрасте у лиц не имевших никаких проблем с интеллектуальными функциями до ковида. Данный вопрос вплотную соприкасается с вопросом о патогенезе поражения нервной системы при COVID-19. Вместе с тем, когнитивная функция у человека тесно зависит также от эмоционального состояния, образовательного ценза, пола и возраста. Эти факторы недостаточно освещены в литературе. Учитывая это нами проведено данное исследование.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: когнитивные нарушения, тревожно-депрессивные расстройства, COVID-19, MMSE, MoCa.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились 120 больных, перенесших COVID-19 и 40 человек аналогичного возраста как контрольная группа. Группа больных, перенёсших COVID-19 – это лица, выписанные из стационара после купирования основных клинических симптомов заболевания и получения отрицательного ПЦР-теста. Распределение больных по полу, возрасту и уровню образования представлено в табл. 1.

Таблица 1.



Всем проводили клиничко-неврологическое обследование с подробным сбором анамнеза. Для оценки уровня когнитивного дефицита использовали Тест MMSE (Mini-Mental State Examination) и Монреальскую когнитивную шкалу (MoCA, Montreal Cognitive Assessment). Исследования проводились в отдельном помещении в доверительной и спокойной обстановке. Оценку теста MMSE производили по следующим критериям: общее количество баллов 30. Критерии оценки: 27–25 – умеренные когнитивные расстройства,



24 и менее баллов – выраженные когнитивные расстройства. Монреальская когнитивная шкала (MoCA) широко используется как скрининг когнитивных нарушений, опросник представляет собой односторонний тест из 30 пунктов, выполняемых в среднем за 10 минут.

Результаты и обсуждение: Клинико-неврологическое обследование выявило существенные различия между группой здоровых и перенесших COVID-19. Из жалоб пациентов основной группы преобладали психоэмоциональные нарушения, признаки астенизации в виде слабости и снижения работоспособности у 116 больных (97%), быстрой утомляемости у 110 больных (92%), пациенты жаловались на головную боль - 95 больных (79%), головокружение - 80 больных (67%), нарушение ночного сна у 96 больных (80%), шум в ушах имел место у 72 больных 60% больных, излишнюю раздражительность и нервозность в поведении отмечали 78 больных (65%), замкнутость - 24 больных (20%), перенесших COVID-19. Необходимо отметить, что все пациенты основной группы жаловались на снижение памяти. Анализ очаговой неврологической симптоматики показал: центральный парез VII пары черепно-мозговых нервов- выявлен у 54 (45%), центральный парез XII пары черепно-мозговых нервов имел место соответственно у 30 (25%) обследованных. Рефлексы орального автоматизма встречались соответственно у 12 (10%), анизорефлексия диагностирована у 68 (57%) больных, шаткость в позе Ромберга у 54(45%) и интенция при выполнении пальценосовой пробы у 34 (28%) больных. В контрольной группе указанные субъективные и объективные неврологические нарушения были минимально выражены.

Заключения: таким образом, исследование когнитивного статуса и психо-эмоционального состояния с помощью клинических шкал показало, что когнитивный дефицит характерен для больных, перенесших COVID-19, не связан с уровнем образования, ухудшает когнитивную дисфункцию у больных с уже имеющимися когнитивными нарушениями, что требует обязательной коррекции на ранних этапах восстановления.

Литература:

- 1.Гусев ЕИ, Мартынов МЮ, Бойко АН и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и поражение нервной системы: механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(6):7-16. .
- 2.Захаров В.В. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Метод. пособ. для врачей. М, 2005.
3. Локшина А.Б., Захаров В.В. Лечение и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии. 2006
- 4.Остроумова ТМ, Черноусов ПА, Кузнецов ИВ. Когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(1):126–130.



THE IMPROVING WAYS OF THE USE OF CERAMIC VENEERS ON ANTERIOR TEETH

Azizova Sh.I., Safarov M.T.

Tashkent state dental institute,
Department of Hospital orthopedic dentistry
e-mail:azizovashalola@mail.ru

ABSTRACT

The creation and study of new ceramic materials used in the prosthetics of dental defects and dentition are an important part of modern high-tech technologies. According to WHO, partial tooth loss is one of the most common pathologies of the dental system. Increasing expectations of patients in improving the quality of dental prosthetics, including those related to the aesthetic component. They lead to the need to apply a scientific approach to the problem of prosthetics development, the development of innovative technologies for the creation of bioceramic materials and the assessment of their physical and mechanical characteristics, which makes the topic of our research in demand.

The urgency of the problem is the need to improve the quality of dental care to the population with pathology of the dental system by choosing suitable ceramic materials with sufficient strength characteristics individually for each patient, taking into account all factors acting in the oral cavity.

Keywords: ceramic veneers, prosthetics, strength of ceramic veneers, structural materials, dental defects.

MAIN PART

An urgent task of dentistry was the development of such technologies that, in parallel with satisfying the aesthetic needs of the population, would ensure the maximum preservation of natural teeth. The increasing demands of dentists and patients to create an optimal dental material that combines the aesthetics of a natural tooth with functional reliability have been the reason for the constant improvement of dental ceramics.

The development of aluminum oxide frames with the introduction of glass based on lanthanum oxide and alumina oxide provided a very strong ceramic system (340-440 MPa) (D.Terri, V.Geller, 2013). 3a with the strength of this ceramic, it was possible to create all-ceramic crowns and small bridges (K.H.Meyenberg, 2003). Nevertheless, this ceramic has low transparency and requires additional ceramic cladding (R.V.Costello, 2004). Therefore, firstly, with the help of this ceramic system, it is possible to produce only a veneer frame; secondly, there are difficulties in adhesive fixation of veneers (S.Kina, A.Bruguera, 2010). Even greater strength possibilities, but the same problems of adhesive fixation remain for the most durable ceramic system to date based on highly purified aluminum oxide with the addition of tetragonal zirconium-yttrium polycrystals. The highest strength of this ceramic (900-1200 MPa), along with higher aesthetics in comparison with metal ceramics (G.J.Christensen, 2009) has caused a steady interest of dentists in the manufacture of mainly artificial crowns, bridges, individual abutments for implants (M.B.Blatz, P.R.Liu, 2005).

Problems of fixation there are no veneers on the teeth made of so-called adhesive ceramics, which, along with glass ceramics, also includes the above ceramics (J.K.Matinlinna, P.K.Vallittu, L.H.Raposo, 2009). Ways to enhance this type of ceramics while maintaining its adhesive properties are the addition of leucite crystals (IPS Impress ceramic system), which prevent the formation of microscopic cracks in the main vitreous substance. This slightly increased the strength of ceramics (112 MPa) (R.R.Seghi, N.A.Sorenson, 1995). However, a significant strengthening (300-400 MPa) of feldspar ceramics occurred with the addition of lithium bisilicate crystals (IPS Impress 2 and e-max) (M.Madina, M.Ozcan, M.F.Badawi, 2010). The combination of aesthetics, strength and adhesive properties was the reason for choosing e-max ceramics in this work. Orthopedic dentistry uses a variety of methods of research and strength testing of dentures to obtain sufficiently complete and reliable information about the properties of the materials used for their manufacture, about their changes depending on the chemical composition of the contents of the oral fluid, the structure and methods of processing prostheses. The success of orthopedic treatment largely depends on the properties of structural materials (D.A. Domenyuk et al. 2010).

Special attention was paid to the mechanical properties of ceramic materials used for the



manufacture of dentures in various ways, to determine the ability of materials to resist the action of external forces and, to a large extent, to determine the scope of dental ceramics for dental restoration. Such properties include mechanical strength - the ability of a material to be resistant to the destructive effects of external forces constantly acting in the oral cavity (A.A Ribeiro et al., 2013; YS Al Jabbari et al., 2014). The main forces acting on dental materials in the conditions of the oral cavity are chewing loads. Depending on the functional group of teeth, the chewing load ranges from 50 to 300 N, the greatest load falls on the chewing teeth (GC Santin et al., 2015). Under the influence of the load, changes (deformations) occur in the hard tissues of natural teeth, leading to their destruction (C.H. Garaza, 2012).

An important characteristic of the durability of the brittle ceramic material of a dental prosthesis is the fracture toughness - a property reflecting the resistance of the material to crack propagation (crack resistance) (R. Triwatana, P. Srinuan, K. Suputtamongkol, 2013)

Reference.

1. Kuznetsov, D.L. The effect of exposure to professional dental hygiene products on the strength of adhesive fixation of restorations. D.L. Kuznetsov, D.V. Ponomarev, A.M. Abajyan, R. Laze, A.A. Melnik, 2012
2. Belousov, N.N. Validity of indications for depulpation of teeth before prosthetics with metal-ceramic structures. N.N. Belousov, E.Y. Gavrilova Dentistry. -2013
3. Terry, D. Aesthetic and restorative dentistry. D. Terry, V. Geller. -2013
4. Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years U.S. Beier -2012
5. Bragin, A.E. Elkanov, A.A. Strength characteristics of dental structural materials used for the manufacture of metal-free dentures. 2015
6. Kuznetsov, D.L. Influence of ultrasonic hygienic dental treatment on the strength of adhesive fixation of restorations D.L. Kuznetsov, A.A. Melnik, R. Laze, O.A. Petrikas, I.V. Petrikas, 2013



KATTA DIAMETRLI MAKULYAR TESHIKLARDA XIRURGIK DAVOLASHDAN KEYINGI NATIJALAR TAHLILI.

Xusanbaev Xasanjon Shavkatovich
Bobojonov Doniyor Sadulla o'g'li
Rajabova Mahbuba Shamsuddin qizi
Jo'rayev Temur Baqitbekovich

Respublika ixtisoslashtirilgan ko'z mikroxirurgiyasi
 ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Toshkent, O'zbekiston
 Telefon: +998999006211
 e-mail: doniyorbek1212@gmail.com

Annotatsiya: Idiopatik makulyar teshik (IMT) – orttirilgan kasallik bo'lib, markaziy ko'rish o'tkirligining pasayishiga olib keladi. Asosan yoshi katta insonlarda uchraydigan bu kasallik 65 yoshgacha 3%, undan kattalarda esa 10 barobargacha ko'p aholi orasida uchraydi (A.Kampik bo'yicha).

Vitreoretinal jarrohlikning yangi usullari, to'r pardaning ichki chegaralovchi membranasini (ICHM) olib tashlab, vitreal bo'shliqni gaz bilan to'ldirib qo'yish metodi yordamida amalga oshiriladigan jarrohliklar IMTning 55dan 100%gacha yopilishini ta'minlaydi. IMTni xirurgik davolashda teshikning diametri juda katta ahamiyatga ega hisoblanadi. 400mkm dan kichik bo'lgan teshiklarni xirurgik davolash odatda muvaffaqiyatli amalga oshiriladi. Hozirgi kunda katta diametrli IMTlarni davolashning bir qancha usullari mavjud. IMT yopilishining effektivligini oshirish maqsadida 1997 yilda Goldbaum gaz o'rniga silikon moyi qo'llashni taklif qildi. IMTni davolashda og'ir silikon moyi qo'llashni Kirchoff E.B., Wong D. 2007 yilda ta'riflashgan. Jarrohlikning metal konyula yordamida teshikning chetlarini yaqinlashtirib silikon moyi bilan tamponada qilish usuli hozirda katta qiziqishga ega.

Kalit so'zlar: idiopatik makulyar teshik, vitrektomiya, silikon moyi, ichki chegaralovchi membrana, optik kogerent tomografiya.

Maqsad: IMTni jarrohlik usulda davolashda silikon moyi bilan tamponada qilgandan keyingi funksional va anatomik natijalarni tahlil qilish.

Material:

J.D.M. Gass (1988) tasnifi bo'yicha IMTning 3-4-bosqichlarida 25 ta bemor (25 ta ko'z) da o'tkazilgan jarrohlikning natijalari tahlil qilindi. Kuzatuv muddati 12 oyni tashkil qildi. Bemorlarning 8 tasi (32%) erkak, 17 tasi (68%) ayolni tashkil qildi. Bemorlar 50 dan 59 yoshgacha 3 ta (12%), 60 dan 69 yoshgacha 18 ta (72%), 70 dan yuqori 4ta (16%). Kasallikning davomiyligi 3oydan 12 oygacha. Barcha bemorlarda makula to'liq yirtilgan va uning chetlari ko'tarilgan holatda edi. Teshik diametri jarrohlikga qadar 22 ta bemorda (88%) 500 dan 800 mkm gacha, 3ta bemorda (12%) 800mkm dan ko'p edi. Ko'rish o'tkirligi 0.01 dan 0.2 gacha edi. Barcha bemorlarga vizometriyaning dinamik monitoringi o'tkazildi. Ko'zning oldingi qismi holati tirqishli lampa yordamida, ko'z tubi kontaktsiz 78 dpnr linza yordamida tekshirildi. Jarrohlikning anatomik natijalari optik kogerent tomograf (OKT) (Maestro OKT) bilan takshirildi. Baholash mezonlari qilib makulaning qarama-qarshi chekkalarini ulanishi va foveaning tiklanishi olindi.

Operatsiya texnikasi

Barcha bemorlarga endovitreal jarrohlik amaliyoti: an'anaviy 3 portli 23G vitrektomiya (Stellaris Elite) qo'llanildi. Orqa gialoid membrana “Kenalog” yordamida aniqlanib, olib tashlandi. ICHM maxsus bo'yoq (membrane blue) da bo'yalib, olib tashlandi. Vitreal bo'shliq maxsus gaz bilan to'ldirib turilib, uchi silikon bo'lgan metall konyulada IMT chegaralari passiv aspiratsiya usuli bilan bir-biriga maksimal yaqinlashtirildi. Keyin vitreal bo'shliq yengil silikon (Oxane 1300) bilan to'ldirildi.

Jarrohlikdan so'ng barcha bemorlarga yallig'lanishga qarshi (Indoftalmic), antibiotik va GKS kombinatsiyasi (Tobradex) dori vositalari qo'llanildi. Barcha bemorlar operatsiyadan keyin 1, 3, 6 va 12-oylarda tekshirildi. Ko'rish o'tkirligi va ko'z ichki bosimini har bir tashrifda, OKTni esa 6- va 12-oylarda tekshirildi.

Natijalar:

Jarrohlik davomida va undan keyin hech bir bemorda nojo'ya ta'sirlar kuzatilmadi. Teshikning



yopilishi 23ta (92%) bemorda 1-2 kunda, 1ta (4%) bemorda 3-5 kunda kuzatildi. Umumiy 24ta (96%) bemorlarda teshik yopildi. Barcha bemorlarda 1 oydan keyin silikon olib tashlandi. 1 ta bemorda silikon olib tashlangandan keyin, teshik yopilmaganligi kuzatilgan bo'lsa ham, uning diametri sezilarli kichrayganligi va to'r pardaning pigment epiteliyga yopishganligi aniqlandi. 2 ta (8%) holatda ko'rish o'tkirligi o'zgarmay qoldi, qolgan 23 ta (92%) holatda o'rtacha 0.1 ga ko'tarildi.

Xulosa:

1. Ijobiy anatomik natija 24 ta (96%) holatda kuzatildi, ijobiy funksional natija esa 23 ta (92%) holatda.
2. IMTning 3-4-bosqichlarida silikon bilan tamponada qilib, teshik qirralarini bir-biriga yaqinlashtirish fovea strukturasini tiklashga va ko'rish o'tkirligini yaxshilashda yuqori samaradorlikga ega.
3. Bu metodning ustunligi shundaki, bunda IMTning 3-4-bosqichida anatomik defektning yo'qolishi ehtimoli katta va bemorda uzoq vaqt majburiy holatda yotishga ehtiyoj yo'q.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Steel D.H., Lotery A.J. Idiopathic vitreomacular traction and macular hole: a comprehensive review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. Eye (Lond). 2013 Oct;27 Suppl 1:1–21. DOI: 10.1038/eye.2013.212
2. Файзрахманов Р.Р., Каланов М.Р., Зайнуллин Р.М. Витрэктомия в сочетании с пилингом внутренней пограничной мембраны при диабетическом макулярном отеке. Вестник Оренбургского государственного университета. 2015;12(187):257– 259. [Fayzrakhmanov R.R., Kalanov M.R., Zainullin R.M. Vitrectomy in combination with the peeling of the inner border membrane in diabetic macular edema. Annals of Orenburg State University = Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta. 2015;12(187):257–259 (In Russ.)]. DOI: 10.25276/0235-4160-2017-3-22-26
3. Шпак А.А., Шкворченко Д.О., Шарафетдинов И.Х., Юханова О.А. Прогнозирование результатов хирургического лечения идиопатического макуляр- ного разрыва. Офтальмохирургия. 2015;(2):55–61. [Shpak A.A., Shkvorchenko D.O., Sharafetdinov I.K., Yuhanova O.A. Predicting the results of surgical treatment of idiopathic macular hole. Fyodorov Journal of Ophthalmic Surgery = Oftal'mokhirurgiya. 2015;(2):55–61 (In Russ.)]. DOI: 10.25276/0235-4160-20152-55-61



**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У
БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
(Обзор литературы)**

Кодинова Гулноза Равшановна

Ферганский медицинский институт общественного здоровья
ассистент кафедры общей хирургии. Фергана Узбекистан.

Телефон: +99 (91) 108 83 05
ravsanovnagulnoza@gmail.com

Аннотация

В данной публикации приводятся данные обзора литературы по этиопатогенетическим аспектам диагностики и лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с портальной гипертензией. Раскрывается классификация внутривенных причин портальной гипертензии, а также современные методики лечебных тактик, применяемых при портальной гипертензии и кровотечения из ВРВ.

Ключевые слова: портальная гипертензия, варикозно-расширенные вены пищевода, классификация, диагностика, лечение

**ETIOPATHOGENETIC ASPECTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BLEEDING
FROM VARICOSE VEINS OF THE ESOPHAGUS IN PATIENTS WITH PORTAL
HYPERTENSION
(Literature review)**

Kodirova Gulnoza Ravshanovna

Fergana Medical Institute of Public Health
Assistant of the Department of General Surgery. Fergana Uzbekistan.

Phone: +99 (91) 108 83 05
ravsanovnagulnoza@gmail.com

Annotation.

This publication provides data from a literature review on etiopathogenetic aspects of the diagnosis and treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus in patients with portal hypertension. The classification of intrahepatic causes of portal hypertension is revealed, as well as modern methods of therapeutic tactics used in portal hypertension and bleeding from RVV.

Keywords: portal hypertension, varicose veins of the esophagus, classification, diagnosis, treatment

Введение. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода или желудка, связанное с портальной гипертензией, является серьезным осложнением у пациентов с циррозом печени и в настоящее время не теряет своей актуальности [3,6]. До сих пор накопилась огромная информация по вопросам о механизме возникновения кровотечения, его клинических проявлениях, диагностике и лечении. Из всех желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) достигают от 5 до 20 % [1,22, 19].

В современной хирургии актуальной проблемой является диагностика и лечение пищеводно-желудочных кровотечений (ПЖК) на фоне портальной гипертензии у больных. Несмотря на множество различных применяемых медикаментозных, эндоскопических и хирургических методов, ни один из них не смог удлинить продолжительность жизни пациентов. В большинстве смертность при первом эпизоде ПЖК достигает 50 - 70 %, еще 30 -50 % из оставшихся пациентов умирают от повторного кровотечения последующих 2-х лет кровотечения повторяется в 100 % наблюдений [1, 2,18]. Заболевания повторных ПЖК из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) на фоне портальной гипертензии ПГ являются основной причиной смертности у 48-53% пациентов с разной степенью выраженности патоморфологических изменений гастроэзофагеального коллектора



[3,6].

В настоящее время абсолютно очевиден жизнеугрожающий характер данного осложнения цирроза печени. Варикозно-расширенные вены пищевода выявляются у 30-40 % больных компенсированным циррозом печени и у 60% с декомпенсированным циррозом, на момент его диагностики [2, 7, 8, 9]. Частота кровотечений по причине варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени составляет в среднем 4% в год. Риск увеличивается до 15% у пациентов с венами средних и крупных размеров [10,17,22].

Портальная гипертензия - часто встречающийся клинический синдром, который с точки зрения нарушения гемодинамики характеризуется, патологическим увеличением portoкавального градиента давления (разность давления в воротной и нижней полой вене). Портальная гипертензия приводит к образованию портосистемных коллатералей, через которые часть кровотока из воротной вены шунтируется в системный кровоток в обход печени [2, 15, 16]. Нормальные значения portoкавального градиента давления составляют 1-5 мм рт. ст.

О клинически значимой портальной гипертензии говорят в случае установленного увеличения диаметра воротной (более 14 мм) и селезеночной (более 7-8 мм) вен по данным УЗИ, асцита, варикозного расширения вен пищевода, желудка, прямой кишки, а также когда portoкавальный градиент давления превышает пороговое значение 10 мм рт. ст. Значение portoкавального градиента давления в интервале 5-9 мм рт. ст. соответствует доклинической стадии портальной гипертензии [4, 17].

По данным статистики в развитых странах цирроз печени обуславливает около 90% случаев портальной гипертензии. В развивающихся странах, кроме цирроза, частой причиной служит поражение мелких ветвей воротной вен при цистосомозе [14].

Основными причинами пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии являются:

1. Гипертонический криз в портальной системе (повышение porto-системного градиента более 12 мм.рт.ст);
2. Трофические изменения слизистой пищевода и желудка вследствие нарушения гемоциркуляции и воздействия кислотно-пептического фактора;
3. Нарушения свертывающей системы.

Единого мнения относительно того, какой из этих факторов является основным, до настоящего времени нет [2, 3, 18, 20, 21].

В соответствии с этиопатогенетическими аспектами в развитии портальной гипертензии классифицируют два основных патогенетических механизма: 1. увеличение сопротивления портальному току крови; 2. увеличение объема портальной крови.

По уровню повышения давления в портальной системе: Портальная гипертензия I степени - давление 250-400 мм. вод. ст.; Портальная гипертензия II степени – давление 400-600 мм. вод. ст.; Портальная гипертензия III степени - давление более 600 мм. вод. ст.

Портальная гипертензия, как правило, является следствием многообразных факторов и в зависимости от их характера может протекать в виде четырёх основных форм: подпечёночной, внутripечёночной, надпечёночной и гипертензионной. Наиболее распространенной причиной подпечёночной портальной гипертензии является тромбоз воротной вены (ТВВ). У взрослых до 70% случаев начала развития тромбоза обусловлены тромбофилическими синдромами – врожденными (такие как дефицит белка C и S) или приобретенными (такие как хронические формы миелопролиферативного синдрома). Среди других факторов определенную роль в патогенезе ТВВ играют: сепсис, панкреатит, травма живота и хирургическое вмешательство в брюшной полости. Примерно в 30% случаев не удается установить точный механизм развития тромбоза («идиопатический» ТВВ) [8,12,16].

Одной из основных причин по которой возникает надпочечная портальная гипертензия является болезнь Бадда-Киари (тромбоз печеночных вен), также часто выявляют ряд тромбофилических нарушений в ходе миелопролиферативного заболевания. В случае тяжелой печеночной недостаточности пациентам показана трансплантация печени [11, 18].

Классификация внутripеченочных причин портальной гипертензии распределяется в зависимости от результатов определения давления, получаемого при катетеризации печеночной вены. Данная классификация включает в себя: пресинуоидальную;



синусоидальную и постсинусоидальную портальную гипертензию.

Существует также эндоскопическая классификация, определяемая по степени выраженности варикозных вен: диаметр вен при I степени – 2-3 мм; II степени – 3-5 мм; III степени – >5 мм [18].

По локализации выделяют: изолированное варикозное расширение вен пищевода (ограниченный варикоз средней и нижней трети пищевода или тотальный варикоз) и варикозное расширение вен желудка. При варикозном расширении ВЖ выделяют 4 типа вен: I тип – гастроэзофагеальные ВРВ с распространением на кардиальный и субкардиальный отделы малой кривизны желудка; II тип – гастроэзофагеальные ВРВ от эзофагокардиального перехода по большой кривизне по направлению к дну желудка; III тип – изолированные ВРВ желудка без ВРВ пищевода – варикозная трансформация вен фундального отдела желудка; IV тип – эктопические узлы тела, антрального отдела желудка, двенадцатиперстной кишки [5, 28].

Нецирротическая портальная гипертензия (вследствие воздействия других патогенетических факторов) составляет от 10 до 20% из всех случаев развития данного синдрома [6, 12].

Диагностические аспекты кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода.

Важно отметить, что в конце прошлого столетия стали определяться основные подходы в диагностике портальной гипертензии. Именно в этот период времени начинают активное изучение использования в практике фиброэзофагоэндоскопии, ультразвукового исследования, ангиографии. [29] Данные диагностические методы, на сегодняшний день, активно используются как в зарубежных странах, так и в Республике Узбекистан. Однако по сей день в диагностике существует ряд ошибок, связанных с неадекватным их применением при постановке диагноза. Обусловлены эти ошибки использованием спорных диагностических методов таких как: рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и других высокоточных методов исследования [3].

Адекватность применения данных методов в диагностике портальной гипертензии у детей остается не до конца раскрытой. Нам представляется актуальным сравнение различных диагностических возможностей на современном этапе развития медицины, оценка их роли на различных этапах диагностики портальной гипертензии [1,2,7,11,23].

Своевременное выявление данной патологии позволяет с помощью профилактических и фармакологических средств существенно увеличить длительность и улучшить качество жизни таких больных. Одним из важнейших диагностических методов современной гепатологии является ультразвуковое исследование с применением методик ультразвуковой ангиографии (УЗ-ангиографии) [27]. Возможности и ограничения этого комплексного исследования до конца не определены. Несмотря, а большое количество публикаций, посвященных доплерографии при диффузных заболеваниях печени и патологии печеночных сосудов, данная проблема остается неизученной недостаточно: отсутствует общепринятая методика уз-ангиографии сосудов печени, значения количественных показателей печеночной гемодинамики сличаются у разных авторов, до конца не определено место уз-ангиографии в диагностическом алгоритме обследования таких больных. Отсутствуют точные данные о динамическом изменении внутриоргана кровообращения при регрессировании патологического процесса [2,10,23,].

По данным современной медицины инновацией в сфере диагностики цирроза является фибросканирование (эластометрия печени-неинвазивный (ультразвуковой) метод оценки состояния тканей печени имеющий высокий уровень корреляции с данными биопсии печени которая подразделяется следующим образом: F0- фиброзные изменения отсутствуют; F1- начальные изменения; единичные очаги фиброза • F2- умеренно выраженный фиброз; F3- выраженный фиброз, очаги цирроза; F4- сформированный цирроз. При этом альтернативой к фибросканированию является фибротест - специальное исследование венозной крови [14,16,25]

По данным многих авторов «золотым стандартом» как в диагностике ВРВ пищевода и желудка, так и в выборе лечебной тактики является ЭГДС. При этом эндоскопическое исследование позволяет определить не только наличие, но и локализацию варикозных вен, оценить степень их расширения, состояние стенки вены, слизистой оболочки пищевода и желудка, выявить сопутствующую патологию, а также стигматы угрозы кровотечения [4, 8].



Рекомендации по диагностике и лечению пациентов с кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, служат руководством для практических врачей, осуществляющих ведение и лечение таких больных в стационарах различного уровня. Данные рекомендации подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области. Рекомендации сопровождаются пояснениями об уровне и доказательности отдельных положений, согласно принятым международным правилам (Оксфордская система) [12].

При выборе лечебной тактики у больных с ЦП необходимо оценить функциональное состояние печени. Для оценки тяжести состояния больных ЦП применяется классификация по Child-Pugh [2, 11, 17].

При функциональном классе ЦП «А» и «В» проведение хирургического вмешательства считается возможным, при декомпенсированном ЦП (класс «С») риск операции предельно высок и при возникновении кровотечений из ВРВ пищевода и желудка преимущество следует отдавать консервативным или «малоинвазивным» методам лечения.

В качестве второго параметра определения функционального состояния печени используется шкала индекса MELD (Model of End Stage Liver Diseases), изначально применяемая в трансплантологии для определения очередности трансплантации печени [20].

Лечебная тактика при портальной гипертензии и кровотечения из ВРВ. Кровотечение из ВРВ пищевода является последним этапом в последовательности осложнений цирроза печени, которое вызывается прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком току крови через ее ткань, приводящим к развитию синдрома портальной гипертензии, после чего наблюдается сброс крови по путям коллатерального кровообращения в т.ч. прогрессирующее расширение вен пищевода, с последующим их разрывом.

Как временная мера при массивном (2В; В) кровотечении из ВРВ используется баллонная тампонада (зонда-обтуратора Сенгстакена— Блекмора) [26].

При подозрении на кровотечение из ВРВ должны быть назначены вазоактивные препараты как можно раньше (1а; А).

В клинической практике применяют следующие методы эндоскопического гемостаза при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка: лигирование; склеротерапия; клеевые; стентирование пищевода.

В соответствии с механизмом снижения портального давления все лекарственные средства можно разделить на 2 основные группы.

Венозные вазодилататоры: нитроглицерин - периферический вазодилататор - снижает печеночный венозный градиент на 40-44% (перлинганит, изосорбид-5-мононитрат); нитропруссид натрия (нанипрусс).

В качестве монотерапии нитраты используются редко и обычно применяются в комбинации с вазопрессином и его аналогами. При этом включение нитратов в схему лечения возможно только при стабильной гемодинамике и на фоне проводимой коррекции гиповолемии препаратами гемодинамического действия [7,15,22].

Другим подходом, к предупреждению гастро-эзофагеальных кровотечений портального генеза является использование местной эндоскопической терапии направленной на эрадикацию варикозно-расширенных вен, с целью профилактики их разрыва [4, 5, 6].

Важно отметить, что сосудистые операции при внепеченочной форме портальной гипертензии являются наиболее эффективными [1,5,7,15,]. Очень сложные вопросы тактики встают перед хирургами при лечении пациентов с портальной гипертензией, среди которых ранее наблюдались неэффективные операции, что ведёт к ограничению возможностей в процессе лечения. Из общего количества методик профилактики варикозных кровотечений, которые рекомендуют применять в этих случаях нешунтирующие методы: эндоскопическое склерозирование, операции деваскуляризации [4,9,11,25,30]. Однако, роль этих методик в сложных анатомических ситуациях у детей до конца не изучены. В этом же контексте безусловно актуальным является анализ причин рецидива кровотечений после оперативных вмешательств у детей с портальной гипертензией. Выявление факторов способствующих нарушению функции сосудистых анастомозов позволит улучшить результаты лечения портальной гипертензии [8].

Основными целями лечения являются: остановка кровотечения; возмещение кровопотери;



лечение коагулопатии; предотвращение рецидивов кровотечения; предотвращение ухудшения функции печени и осложнений, обусловленных кровотечениями (инфекции, печеночная энцефалопатия и т.д.) [3,12, 15,17].

Показания к эндоскопическому лигированию: профилактика и лечение кровотечений из ВРВ пищевода у больных с портальной гипертензией при невозможности хирургического лечения; при наличии ВРВ пищевода у ранее оперированных больных или после эндоскопического склерозирования вен кардиального отдела желудка; невозможность лигирования вен фундального отдела желудка; опасность эндоскопического лигирования при профузном кровотечении; трудности выполнения эндоскопического лигирования после эндоскопического склерозирования ВРВ; невозможность эндоскопического лигирования вен малого диаметра; дифференцированный подход к лигированию ВРВ пищевода и желудка [21, 24, 30].

В случаях, когда склеротерапией не удается остановить кровотечение (при варикозном расширении вен желудка), применяют цианокрилатные клеевые композиции. При неэффективности эндоскопического гемостаза и наличия источника кровотечения в пищеводе возможно использование стента Даниша (Danis) [15, 24, 29]. Эндоваскулярные методы лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка. Плохая переносимость больными циррозом печени обширных травматических хирургических вмешательств послужила основанием для отказа от операций портокавального шунтирования в пользу методики чреспеченочной чрескожной облитерации внеорганных вен желудка, описанного в 1974 г. А. Lunderquist, J. Vang.

Эндоваскулярную эмболизацию ВРВ желудка применяют с целью профилактики и лечения кровотечения из варикозно-расширенных вен эзофагокардиальной зоны. Но она также эффективна при рецидивах кровотечений из вен желудка. Осуществить данную манипуляцию возможно только в клиниках, имеющих дорогостоящую рентгеноангиографическую аппаратуру.

Неудовлетворительные результаты лечения в общехирургических стационарах больных ЦП в момент остро возникшего кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ), на наш взгляд, во многом объясняются тем, что лечебная программа в большинстве случаев базируется на ошибочных представлениях о возможности достижения гемостаза за счет выжидательной консервативной терапии [21, 24, 28].

Однако результаты использования консервативных способов гемостаза на высоте пищеводно-желудочного кровотечения далеки от удовлетворительных. Летальность достигает 65,6%, а в группе, соответствующей функциональному классу С, приближается к 100%.

Большой интерес клиницистов вызвало внедрение в практику чрезъяремного внутripеченочного портосистемного шунтирования, разработанного J. Rosch и соавт. в 1969 г. Общепринятое сокращенное название данной методики - TIPS (Transjugular intrahepatic portosystemic shunt). В результате использования TIPS сохраняется гепатопетальный кровоток и осуществляется отчетливая портальная декомпрессия. Одним из показаний к данной процедуре является безуспешность проводимого консервативного и эндоскопического лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка [10].

Основными ранними осложнениями после установки TIPS является стенозирование и тромбоз шунта, что приводит к рецидиву кровотечения. Данное осложнение требует повторной постановки стента. К поздним осложнениям относят печеночную энцефалопатию, проявляющуюся у 30% больных. По мнению подавляющего большинства авторов, применение TIPS должно быть ограничено случаями профузных кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени и портальной гипертензией, которым планируется трансплантация печени [21, 24, 30]. При наличии высокого риска развития печеночной недостаточности целесообразнее использовать эндоскопические методы лечения ВРВ.

Активная хирургическая тактика с использованием усовершенствованного варианта операции М.Д. Пациора позволяет достичь стойкой ремиссии гастроэзофагеального кровотечения как основного симптома болезни. Имеющаяся на сегодняшний день материально-техническая база ведущих медицинских учреждений республики, реализация вышеперечисленных принципов хирургической тактики и расширение объема



хирургических возможностей делает реальной обеспечение дальнейшего стратегического прогресса хирургии портальной гипертензии в нашем регионе. Ни в кой мере, не претендуя на абсолютную завершенность, надеемся, что результаты проведенного исследования окажутся полезными практическим хирургам и помогут наметить пути для дальнейшего прогресса этого направления хирургической гепатологии [10,14,15,25,30].

При хирургическом лечении больных многие отечественные и зарубежные авторы в настоящее время останавливают свой выбор на операциях разобщения, которые используют наравне с портосистемным шунтированием [Назыров Ф.Г. и соавт., 2002; Ерамишанцев А.К., 2004].

Преимуществом операций на разъединение является сохранение постоянного притока крови к печени и ее функциональных резервов, низкий риск развития печеночной энцефалопатии в послеоперационном периоде и отсутствие других осложнений, связанных с наложением шунта: тромбоза анастомозов, асцита, прогрессирования печеночной недостаточности. Принимая во внимание паллиативный характер прямых вмешательств на варикозно-расширенных венах, многолетний опыт свидетельствует о вполне приемлемых отдаленных результатах их применения. Несмотря на сохраняющуюся возможность рецидива кровотечения почти у 50 % больных после операции, они чаще переживают 5-летний срок, чем после портокавального шунтирования [....].

Однако одним из недостатков разобщающих операций следует признать разрушение кардиального сфинктера, что ведет к развитию рефлюкс-эзофагита, который, в свою очередь, может послужить причиной рецидива кровотечения.

Анализ литературы последних лет свидетельствует о стремлении специалистов ведущих клиник, занимающихся лечением портальной гипертензии, к разработке и совершенствованию операций азигопортального разобщения, так как общепринятые хирургические методики связаны с техническими трудностями или недостаточно эффективны [Назыров Ф.Г. и соавт., 2002; Оноприев В.И. и соавт., 2005]. Кроме того, до настоящего времени недостаточно разработаны вмешательства, имеющие весь арсенал способов воздействия на патогенетические механизмы возникновения кровотечения из варикозных вен пищевода. Поэтому с целью улучшения результатов лечения перспективным является расширение объема разобщающей операции, поиск более радикальных методов.

Таким образом, сегодня абсолютно ясно, что больного ЦП на высоте кровотечения из ВРВ пищевода и желудка нельзя лечить шаблонно. Уровень передовых высоких медицинских технологий сегодня позволяет пересмотреть целый ряд концептуальных аспектов традиционной хирургии портальной гипертензии и преодолеть серьезный барьер, сложившийся между прогрессивным увеличением числа больных, погибающих от кровотечений из вен пищевода и желудка, с одной стороны, и доминированием негативного отношения к хирургическому лечению больных ПГ - с другой.

Решение клинической проблемы кровотечения из варикозных вен пищевода требует слаженных действий специалистов различных специальностей: гепатологов, эндоскопистов, хирургов, а постоянное совершенствование профессиональных знаний и практических умений врачей позволят сохранить жизнь пациентов.

Список использованной литературы

1. Анисимов, А.Ю. Диагностическая и лечебная тактика у больных с портальной гипертензией / А.Ю. Анисимов, М.В. Кузнецов, А.Ф. Якупов. - Казань, 2008. - 48 с.
2. Борисов, А.Е. Кровотечения портального генеза / А.Е. Борисов, М.И. Кузьмин-Крутецкий, В.А. Кащенко. - СПб., 2001. - С.25-49.
3. Ерамишанцев, А.К. Кровотечения из ВРВ пищевода и желудка: диагностика, лечебная тактика (лекция) / А.К. Ерамишанцев, Е.А. Киценко, А.Г. Шерцингер, С.Б. Жигалова // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т XI, № 2. - С.105-111.
4. Ерамишанцев, А.К. Портальная гипертензия / А.К. Ерамишанцев, А.Г. Шерцингер, Е.А. Киценко // Клиническая хирургия: национальное руководство. - 2009. - С.626- 665.
5. Жигалова, С.Б. Эндоскопические технологии в лечении и профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.Б. Жигалова. - М., 2011. - 46 с.
6. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Шиповский В.Н., Монахов Д.В. Малоинвазивные



способы коррекции осложнений синдрома портальной гипертензии. «Анналы хирургической гепатологии» 2012, том 17, №2, с. 8-157.

7. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Муродов А.М. Эндоваскулярная эмболизация гастроэзофагеальных вен в комплексе с эмболизацией селезеночной артерии у больных циррозом печени // Вестник экстренной медицины, 2017, XI. - (3). - С. 17-22

8. Мошарова, А.А. Лечение и профилактика кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода / А.А. Мошарова, А.Л. Верткин // Неотложная терапия. - 2012. - № 1. - С.12-19.

9. Пациора, М.Д. Хирургия портальной гипертензии / М.Д. Пациора. - Ташкент: Медицина, 1984. - 319 с.

10. Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Саакян А.М., Монахов Д.В., Хуан Ч. Повторные эндоваскулярные вмешательства после трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS) «Ангиология и сосудистая хирургия», том 16, 2010, №2, с.37-40.

11. Хайталиев Ж.Д. Современный подход к лечению кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Молодой ученый. - 2014. - № 7 (66). - С. 223-225.

12. Available from: http://www.cebm.net/downloads/Oxford_EBM_Levels_5.rtf.

13. Abraldes J.G. The treatment of acute variceal bleeding / J.G. Abraldes, J. Bosch // J. Clin. Gastroenterol. - 2007. - Suppl. 3. - S312-S317.

14. Abraldes, J.G. Hepatic venous pressure gradient and prognosis in patients with acute variceal bleeding treated with pharmacologic and endoscopic therapy / J.G. Abraldes, C. Villanueva, R. Bañares [et al.] // J. Hepatol. - 2008. - P. 229-236.

15. Angels, E. Self-Expandable Metal Stents in the Treatment of Acute Esophageal Variceal Bleeding / E. Angels // Gastroenterology Research and Practice. - 2011.

16. Bosch, J. Portal hypertension and gastrointestinal bleeding / J. Bosch, J.G. Abraldes, A. Berzigotti, J.C. Garcia-Pagan // Semin. Liver Dis. - 2008. - P.3-25.

17. De Franchis, R. Revising consensus in portal hypertension: report of the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension / R. de Franchis // J. Hepatol. - 2010. - P.762-768.

18. Garcia-Pagán, J.C. Endoscopic band ligation in the treatment of portal hypertension / J.C. Garcia-Pagán, J. Bosch // Nat. Clin. Pract. Gastroenterol. Hepatol. - 2005. - P526-535.

19. Garcia-Tsao, G. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis / G. Garcia-Tsao, J. Bosch // Engl. J. Med. - 2010. - P.823-832.

20. Garcia-Tsao, G. Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis / G. Garcia-Tsao, A.J. Sanyal, N.D. Grace, W. Carey // Hepatology. - 2007. - P922-938.

21. Gilles, P. The Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt in the Treatment of Portal Hypertension: Current Status /

P. Gilles, B. Louis, L. Michel [et al.] // International Journal of Hepatology. - 2012. - Vol. 2. - P. 12-15.

22. Gluud, L.L. Banding ligation versus b-blockers as primary prophylaxis in esophageal varices: systematic review of randomized trials / L.L. Gluud, S. Klingenberg, D. Nikolova, C. Gluud // J. Gastroenterol. - 2007. - P.2841-2849.

23. Gonzalez, R. Metaanalysis: Combination endoscopic and drug therapy to prevent variceal rebleeding incirrhosis / R. Gonzalez, J. Zamora, J. Gomez-Camarero [et al.] // Ann. Intern. Med. - 2008. - P.109-122.

24. Minano, C. Clinical pharmacology of portal hypertension / C. Minano, G. Garcia-Tsao // Gastroenterol. Clin. North. Am. - 2010. - № 39. - P681-695.

25. Orloff, M.J. Randomized trial of emergency endoscopic sclerotherapy versus emergency portacaval shunt for acutely bleeding esophageal varices in cirrhosis / M.J. Orloff, J.I. Isenberg, H.O. Wheeler [et al.] // J. Am. CollSurg. - 2009. - № 209. - P25-40.

26. Ripoll, C. Should the Hepatic Venous Pressure Gradient Be Sequentially Measured to Monitor B-Blocker Therapy in the Prophylaxis of Variceal Hemorrhage? / C. Ripoll, P Tandon, G. Garcia-Tsao // Controversies in hepatology: The experts analyze both sides. horofare: SLACK Incorporated. - 2011. - P123.

27. Salvador, A. Acute esophageal variceal bleeding: Current strategies and new perspectives /



- A. Salvador, G. Antonio,
G. Joan // World J. Hepatol. - 2010. - № 7. - P261 - 274.
28. Wright, G. A self-expanding metal stent for complicated variceal hemorrhage: experience at a single center / G. Wright,
H. Lewis, B. Hogan [et al.] // Gastrointest. Endosc. - 2010. - № 7. - P71-78.
29. Zehetner, J. Results of a new method to stop acute bleeding from esophageal varices: implantation of a self-expanding stent / J. Zehetner, A. Shamiyeh, W. Wayand, R. Hubmann // Surg. Endosc. - 2008. - P.149-152.
30. Zargar SA, Yattoo GN, Javid G et al. Fifteen-year follow up of endoscopic injection sclerotherapy in children with extrahepatic portal venous obstruction. J Gastroenterol Hepatol. 2004; 19(2): 139-45.



DISPLASTIK KOKSARTROZDA TOS SUYAGI KOSACHASINI SUYAKLI AUTOPLASTIKA QILISH USULI BILAN CHANOQ SON BO'G'IMINI TOTAL ENDOPROTEZLASH

Shorustamov Muxammad Todjaliyevich

Bo'g'imlar va qo'l barmoq jarroxlik bo'limi t.f.d.,
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi. Toshkent. O'zbekiston.

Telefon nomer: +998 (91) 164 11 48

shorustamov.muxammad.1965@mail.ru

Nurmetov Sarvar Tadjibayevich

Travmatologiya, ortopediya va harbiy dala jarrohlik kafedrası
magistranti Toshkent Tibbiyot Akademiyasi. Toshkent. O'zbekiston

Telefon nomer: +998 (94) 117 49 59

nurmetov.sarvar@mail.ru

Annotatsiya. Dunyo aholisining voyaga yetgan qatlami o'rtasida yirik bo'g'imlar patologiyasining 6,5% dan 25% gacha qismini displastik koksartroz kasalligi egallaydi. Displastik koksartrozlarining xam boshka turdagi artrozlar singari radikal davolash usuli chanoq-son bo'g'imini endoprotezlash xisoblanadi. Oxirgi o'n yillikda umumiy artroplastika displastik koksartrozni davolashning keng tarqalgan va samarali uslubiga aylanmoqda. Lekin, quymich kosachasining mavjud anatomik xususiyatlari, masalan uning gipoplaziyasi yoki uning tub qismidagi suyak to'qimasining noadekvat shakli, nafaqat jarrohlik aralashuvni juda qiyinlashtiradi, balki uning samaradorligini sezilarli darajada kamaytirib, postoperativ klinik natijalarini sezilarli darajada yomonlashtiradi va asoratlar sonini oshiradi. Ushbu muammoni hal qilishning zamonaviy va optimal usuli - bu quymich kosachasining tubini osteotomiya yo'li bilan cho'ktirish hisoblanadi. Shuningdek, III-IV bosqichdagi koksartrozlarda, son suyagi boshi to'liq chiqishi tufayli, endoprotezlash operatsiyalarida har bir bemorga individual yondashish, operatsiyani to'liq rejalashtirish va jarroxdan jiddiy tayyorgarlik talab qilinadi.

Hozirgi vaqtda quymich kosachasi tubida osteotomiya orqali yangi shakl hosil qilish metodi displastik koksartrozni davolashning eng samarali usullaridan biri hisoblanadi, bu esa tos suyagi bo'yicha og'irlikni to'g'ri taqsimlanishiga, pirovardida esa bemorlarda qisqa vaqt ichida kuchli og'riqlarni bartaraf etilishi va bo'g'imlar faoliyatining yaxshilanishiga imkoni beradi.

Kalit so'zlar: chanoq-son bo'g'im, displastik koksartroz, total endoprotezlash, quymich kosachasining gipoplaziyasi, quymich kosachasi tubi osteotomiyasi.

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С КОСТНОЙ ПЛАСТИКОЙ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Шорустамов Мухаммад Тоджалиевич

Отделение хирургии кисти и суставов, д.м.н.,
Ташкентской медицинской академии. Ташкент. Узбекистан.

Телефон: +998 (91) 164 11 48

shorustamov.muxammad.1965@mail.ru

Нурметов Сарвар Таджибаевич

Магистрант кафедры травматологии, ортопедии и
военно-полевой хирургии Ташкентской медицинской
академии. Ташкент. Узбекистан

Телефон: +998 (94) 117 49 59

nurmetov.sarvar@mail.ru

Аннотация. Диспластический коксартроз составляет от 6,5% до 25% основной патологии суставов среди взрослого населения мира. Радикальным лечением диспластического коксартроза, как и других видов остеоартроза, является эндопротезирование таза. В последнее десятилетие общее эндопротезирование стало распространенным и эффективным методом лечения диспластического коксартроза. Однако имеющиеся анатомические особенности тазового пояса, такие как его гипоплазия или неадекватная форма костной



ткани в его основании или нижней части вертлужной впадины, не только сильно затрудняют хирургическое вмешательство, но и значительно снижают его эффективность, значительно ухудшая послеоперационные клинические исходы и увеличивая число осложнений. Современным и оптимальным методом решения этой проблемы является низведение в нижней части или ямку вертлужной впадины через остеотомию. Также в связи с полным выпячиванием головки бедренной кости при коксартрозе III-IV стадии операции эндопротезирования требуют индивидуального подхода к каждому пациенту, оперативного планирования и тщательной подготовки со стороны хирурга.

В настоящее время метод создания новой формы путем остеотомии в нижней части или ямку вертлужной впадины является одним из наиболее эффективных методов лечения диспластического коксартроза, который позволяет обеспечить правильное распределение веса поперек таза, а в конечном итоге устранить сильные боли у больных в короткое время и позволяет улучшить работу суставов.

Ключевые слова: тазовый сустав, диспластический коксартроз, тотальное эндопротезирование, гипоплазия таза, остеотомия вертлужной впадины.

TOTAL HIP ENDOPROSTHETICS WITH BONE PLASTY IN DYSPLASTIC COXARTHROSIS

Shorustamov Mukhammad Todjalievich

Joint and hand surgery department D.M.Sc.,
Tashkent Medical Academy. Tashkent. Uzbekistan.

Phone number: +998 (91) 164 11 48

shorustamov.muxammad.1965@mail.ru

Nurmetov Sarvar Tadjibaeovich

Graduate student of traumatology, orthopedics and military
field surgery department, Tashkent Medical
Academy. Tashkent. Uzbekistan

Phone number: +998 (94) 117 49 59

nurmetov.sarvar@mail.ru

Purpose of the study. The aim of the study was to analyze the results of total hip arthroplasty using bone autoplasty of the roof of the acetabulum in patients with dysplastic coxarthrosis types 1 and 2 according to Hartofilakidis.

Material and research method.

To evaluate the effectiveness of impact bone autoplasty of the acetabular roof in total hip arthroplasty, a retrospective analysis of the course of the disease was performed in 20 patients with dysplastic coxarthrosis types 1 and 2 according to Hartofilakidis, in the period from 2019 to 2022. The average age of patients was 38.2 ± 3.62 years. Distribution of patients by gender: 15 women / 5 men or 75% / 25%. All 20 patients (100%) are people of working age, of which 60% (12 patients) are disabled of the 3rd group.

Table 1. Distribution of patients by age and sex.

Age	Men 5/25%		Women 15/75%		Both gender results	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
31-40	2	10	5	25	7	35
41-50	2	10	8	40	10	50
51-60	1	5	2	10	3	15
General	5	25	15	75	20	100%

The inclusion criteria for the study were:

- 1) dysplastic coxarthrosis of 1-2 types according to the Hartofilakidis classification;
- 2) 3-4 stages of coxarthrosis according to X-ray examination;
- 3) the presence of severe pain and limitation of movement in the affected joint.



Exclusion Criteria:

- 1) osteoporosis according to radiation methods of research;
- 2) long-term use of glucocorticosteroids and anticonvulsants;
- 3) diseases of the gastrointestinal tract with malabsorption syndrome;
- 4) insulin-dependent type of diabetes mellitus;
- 5) urolithiasis of the kidneys.

All 20 patients underwent cementless total hip arthroplasty using acetabular “press-fit” fixation components and a “metal-polyethylene” friction pair, supplemented by bone grafting of the acetabular roof with a spongy autograft formed from sawdust of the femoral head.

Surgical technique. In the position of the patient on a healthy side under spinal anesthesia, after three times processing of the surgical field, an anterolateral approach to the hip joint was performed according to Watson-Johnson. Dissection of the skin, subcutaneous fat and broad fascia of the thigh was carried out according to the classical method. Clipping of the tendon of the gluteus medius muscle was performed in a safe area, retreating 2-3 cm from the place of its attachment to the greater trochanter, to enable subsequent restoration of the abduction mechanism. A longitudinal dissection of the joint capsule and dislocation of the femoral head were performed.

After opening the medullary canal of the femur with a pointed chisel and developing it with rasps to the required size, the femoral component was placed with an anteversion angle of 10-20°. On the fitting head, the joint was checked for stability and range of motion was determined. The metal head was installed and reduced, after which layer-by-layer suturing of the wound was performed.

The characteristics of the installed components of the endoprosthesis, depending on the manufacturer, are presented in Table 2.

Table 2. Characteristics of installed components

Femoral component	Number of patient	%	Acetabular component	Number of patient	%
Smith & Nephew (SL)	16	80	Smith & Nephew (R3)	17	85
De Puy (Corail)	3	15	De Puy (Pinnacle)	1	5
Zimmer (Avenir)	1	5	Zimmer (Trilogy)	2	10

Results. Evaluation of the effectiveness of surgical treatment began with a clinical examination of patients, which included examination of the postoperative area, measurement of the absolute and relative lengths of the limbs, and determination of the range of motion in the hip joint using a goniometer. Edema, redness, increased local temperature and fistulous passages, which spoke of the inflammatory process, were not detected in any of the patients. In 2 patients (10%), overlengthening of the operated limb was determined, the average value of which was 0.13 ± 0.45 cm (95% CI, from 0.2 to 0.7 cm). The range of motion in the hip joint measured in the preoperative period was statistically significantly different from the values obtained 1 year after arthroplasty (Table 3).

Table 3. Range of motion in the operated hip joint

Index	Terms of definition	
	before total arthroplasty	after total arthroplasty
Flexion	$57.5 \pm 16.58^*$	$109 \pm 9.9^*$
Extension	$2.7 \pm 2.06^*$	$8.7 \pm 4.22^*$
Adduction	$2.7 \pm 3.07^*$	$9.8 \pm 4.5^*$
Abduction	$11.4 \pm 6.89^*$	$22 \pm 6^*$
External rotation	$10.4 \pm 6.57^*$	$24.4 \pm 5.8^*$
Internal rotation	22 ± 6.36	23.6 ± 4.39

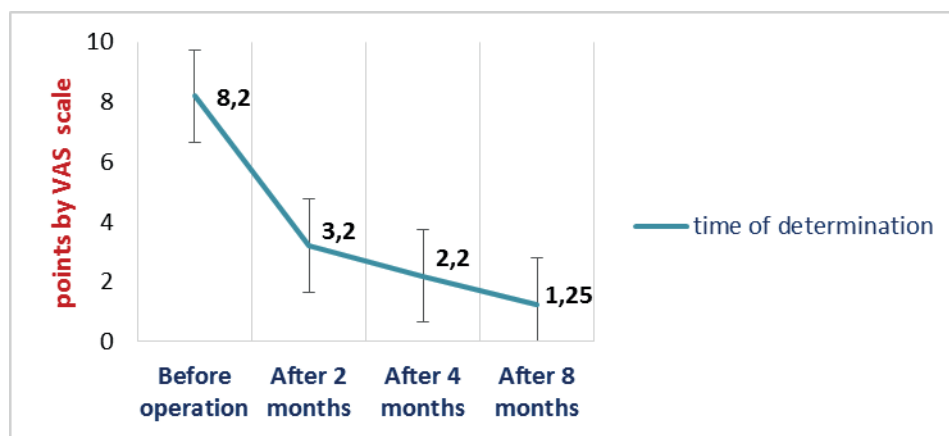


Note: * - statistically significant differences in mean values $p < 0.05$.

It should be noted the normal values of internal rotation in patients with dysplastic coxarthrosis with a significant limitation of other types of movements at the preoperative stage, which is apparently due to the anatomically excessive antetorsion of the femoral neck in this pathology.

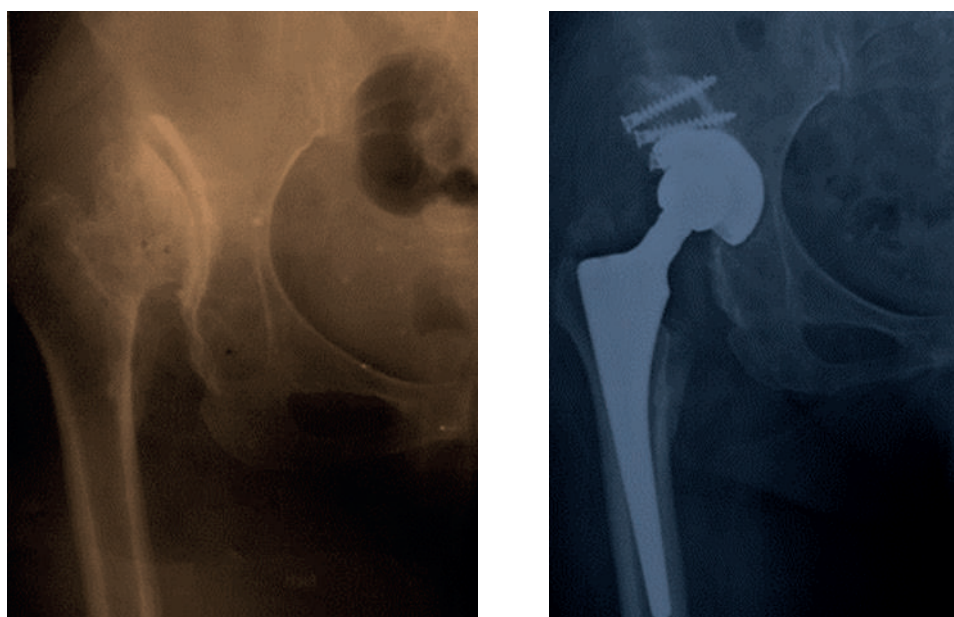
Analysis of the results on the VAS scale showed a decrease in the indicator depending on the rehabilitation period, which indicated a decrease in the severity of pain in patients after total arthroplasty. At the same time, a significant jump was noted in the first 3 months, which is most likely due to the additional intake of analgesics against the background of the restoration of the anatomical center of rotation and the balancing of muscle forces during the intervention. The dynamics of the results on the VAS scale shows in Figure 1.

Figure 1. Dynamics on the VAS scale



According to postoperative radiographs, in all patients, the acetabular component was impacted into the true acetabulum (100%). The average values of the bone coverage of the endoprosthesis cup were $94.8 \pm 3.79\%$, the lateral inclination angle was $43.5 \pm 5.77^\circ$. The condition of the paraprosthesis tissue in the DeLee-Charnley zones: excellent - 13 patients (65%), good - 6 patients (30%), unsatisfactory - 1 patient (5%). Autograft increment in the form of smoothing of the osteotomy line was registered in 19 patients (95%) 4 months after the intervention (Fig.2).

Figure 2. Radiographs of a patient with Hartofilakidies type 2 dysplastic coxarthrosis: a) before surgery; b) after surgery



The stability of the femoral component in all 20 patients (100%) was indicated by the normal position of the endoprosthesis stem and the absence of an “osteolysis” line 2.2 mm wide or more in the Gruen zones.



In one patient (5%), according to clinical and radiological examinations, 8 months after primary arthroplasty, there was a failure of spongy autograft and the development of aseptic instability of the acetabular component, which required an isolated revision intervention with the installation of a Burch-Schneider-type reinforcing ring.

When evaluating the SF-36 questionnaire, the average indicators of physical functioning, role functioning due to the physical state, as well as the intensity of the pain syndrome after surgical treatment were statistically significantly different from preoperative results ($p < 0.05$). However, indicators of vital activity, social functioning, role functioning, due to the emotional state and mental health of patients did not differ significantly in the pre- and postoperative periods. The data are presented in table 4.

Table 4. Assessment of the quality of life of patients according to the SF-36 questionnaire

Index	Before surgery	After surgery
The physical component of health	23.7 ± 1.74*	50.4 ± 2.69*
Mental component of health	55.2 ± 0.99	58.1 ± 4.07
Physical functioning	16.4 ± 6.27*	89.2 ± 5.85*
Role (physical) functioning	14.3 ± 13.36*	66.7 ± 12.91*
Pain	30.3 ± 8.58*	81.7 ± 10.23*
General health	79 ± 3.74	87.8 ± 4.92
Vital activity	74.3 ± 7.32	85.8 ± 2.04
Social functioning	85 ± 7.22	93.8 ± 6.85
Role (emotional) functioning	90.5 ± 16.3	83.3 ± 16.67
Mental health	84 ± 3.22	90 ± 4.89

Note: * - statistically significant differences between the indicators at $p < 0.05$.

Conclusions:

The use of bone autograft from the sawn femoral head segment in total hip arthroplasty in patients with Hartofilakidis type 1-2 dysplastic coxarthrosis is an effective way to provide full coverage of the acetabular component, which improves the results of surgical treatment and reduces the incidence of aseptic instability of the endoprosthesis cup.

References.

1. Berninger M.T., Hungerer S., Friederichs J., Stuby F.M., Fulghum C., Schipp R. Primary Total Hip Arthroplasty in Severe Dysplastic Hip Osteoarthritis With a Far Proximal Cup Position. *J Arthroplasty*. 2019; 34 (5): 920-925. doi: 10.1016 / J.ARTH.2019.01.032.
2. Eskildsen S.M., Wilson Z.J., McNabb D.C., Olcott C.W., Del Gaizo D.J. Acetabular Reconstruction With the Medial Protrusion Technique for Complex Primary and Revision Total Hip Arthroplasties. *J Arthroplasty*. 2017; 32 (11): 3474-3479. doi: 10.1016 / J.ARTH.2017.05.037.
3. Galea V.P., Laaksonen I., Donahue G.S., Fukui K., Kaneuji A., Malchau H., Bragdon C. Developmental Dysplasia Treated With Cementless Total Hip Arthroplasty Utilizing High Hip Center Reconstruction: A Minimum 13-Year Follow-up Study. *J Arthroplasty*. 2018; 33 (9): 2899-2905. doi: 10.1016 / j.arth.2018.04.037.
4. Greber E.M., Pelt C.E., Gililand J.M., Anderson M.B., Erickson J.A., Peters C.L. Challenges in Total Hip Arthroplasty in the Setting of Developmental Dysplasia of the Hip. *J Arthroplasty*. 2017; 32 (9): S38-S44. doi: 10.1016 / J.ARTH.2017.02.024.
5. Karaismailoglu B., Erdogan F., Kaynak G. High Hip Center Reduces the Dynamic Hip Range of Motion and Increases the Hip Load: A Gait Analysis Study in Hip Arthroplasty Patients With Unilateral Developmental Dysplasia. *J Arthroplasty*. 2019; 34 (6): 1267-1272. doi: 10.1016 / J.ARTH.2019.02.017.
6. Khanduja V. Total hip arthroplasty in 2017 – current concepts and recent advances Indian. *J Orthop*. 2017; 51(4): 357-358



7. Sergeev K.S., Katrenko I.N., Toropov E.V., Kuznetsov I.V., Markov A.A. Errors, complications and measures for their prevention in hip arthroplasty // Modern technologies in traumatology, orthopedics: Errors and complications, prevention and treatment / Materials between. Congress (October 5-7, 2004). –M., 2004. –S.151.
8. Tikhilov R.M., Shapavalov V.M. Guidelines for Hip Replacement Surgery. - SPB, 2008. - 293 - 301.
9. Uluçay C, Ozler T, Güven M, Akman B, Kocadal AO, Altıntaş F. Etiology of coxarthrosis in patients with total hip replacement. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2013; 47(5): 330-333
10. Widmer D., Reising K., Kotter E., Helwig P. Correct Assessment of Acetabular Component Orientation in Total Hip Arthroplasty From Plane Radiographs. *J Arthroplasty.* 2018; 33 (8): 2652-2659. doi: 10.1016 / J.ARTH.2018.02.023.
11. Yang S, Cui Q. Total hip arthroplasty in developmental dysplasia of the hip: Review of anatomy, techniques and outcomes. *World J Orthop.* 2012; 3(5): 42-48



SOME FEATURES OF THE USE OF CERAMIC VENEERS ON FRONTAL TEETH

Azizova Sh.I., Safarov M.T.

Tashkent state dental institute,
Department of Hospital orthopedic dentistry
e-mail:azizovashalola@mail.ru

ABSTRACT. The creation and study of new ceramic materials used in the prosthetics of dental defects and dentition are an important part of modern high-tech technologies. According to WHO, partial tooth loss is one of the most common pathologies of the dental system. Increasing expectations of patients in improving the quality of dental prosthetics, including those related to the aesthetic component. They lead to the need to apply a scientific approach to the problem of prosthetics development, the development of innovative technologies for the creation of bioceramic materials and the assessment of their physical and mechanical characteristics, which makes the topic of our research in demand. The urgency of the problem is the need to improve the quality of dental care to the population with pathology of the dental system by choosing suitable ceramic materials with sufficient strength characteristics individually for each patient, taking into account all factors acting in the oral cavity.

Keywords: ceramic veneers, prosthetics, strength of ceramic veneers, structural materials, dental defects.

MAIN PART

Despite significant advances in health care, according to WHO, partial adentia, along with caries and periodontal diseases, is one of the most common pathologies of the dental system (CE Misch, 2015; Y. Hamada, D. Shin, V. John, 2016; I. Yu. Lebedenko, S.D. Arutyunov, A.M. Ryakhovsky, 2015). Increasing expectations of patients in improving the quality of dental prosthetics, associated, among other things, with the aesthetic component, lead to the need to apply a scientific approach to the problem of developing methods of dental prosthetics, developing innovative technologies for the manufacture of dental prostheses, creating and evaluating physical and mechanical characteristics of the materials used in the manufacture (E. Bramanti et al., 2013; SB Sangappa, 2012). The urgency of the problem is to improve the quality of prosthetics for patients with various pathologies of hard natural teeth, dentition defects of various topography and increased abrasion of teeth, occlusal gnathological problems due to the choice of a wide variety of modern ceramics with the necessary level of strength, aesthetic and length, violations existing materials from technological properties for each patient, taking into account his individual clinical, personal, professional and social characteristics and for their dental tissues various factors acting in the oral cavity on dentures (N.B. Astashinas et al., 2014; A. Nazarian, 2015; S.D. Arutyunov et al., 2010). In orthopedic dentistry, a variety of research methods and strength tests of dentures are used to obtain sufficiently complete and reliable information about the properties of the materials used for their manufacture, about their change depending on the chemical composition of the contents of the oral fluid, the structure and methods of processing dentures. The success of orthopedic treatment largely depends on the properties of structural materials (D.A. Domenyuk et al., 2010). The choice of the optimal denture is often carried out according to such a parameter as tensile strength. This indicator is determined by a three- or four-point method with static loading of a standard sample until the destruction of the structural material, according to the International four according to ISO 6872. However, the choice of material for the manufacture of a denture cannot be correct when considering only the maximum bending strength. This is due to the fact that dental ceramic restorations are subjected in the oral cavity not to a single static load, but to a multiple dynamic load lasting several million cycles. Under the influence of dynamic loading, the actual strength of the denture, according to the results of studies, can be reduced to about half of the original value. In addition, it should be noted that the flexural strength of tooth enamel is approximately 60-85 MPa, and that of dentine is approximately 100 MPa, and this confirms that the evaluation of the flexural strength cannot be the only parameter when choosing a material for the manufacture of ceramic dental restorations. (M. Khoroushi et al., 2013; G. Arnetzi, 2015).



References:

1. Kuznetsov, D.L. The effect of exposure to professional dental hygiene products on the strength of adhesive fixation of restorations. D.L. Kuznetsov, D.V. Ponomarev, A.M. Abajyan, R. Laze, A.A. Melnik, 2012
2. Belousov, N.N. Validity of indications for depulpation of teeth before prosthetics with metal-ceramic structures. N.N. Belousov, E.Y. Gavrilova Dentistry. -2013
3. Terry, D. Aesthetic and restorative dentistry. D. Terry, V. Geller. -2013
4. Clinical performance of porcelain laminate veneers for up to 20 years U.S. Beier -2012
5. Bragin, A.E. Elkanov, A.A. Strength characteristics of dental structural materials used for the manufacture of metal-free dentures. A.E. Bragin, A.A. Elkanov -2015



АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Мурадов Алижон Салимович

старший преподаватель (PhD) кафедры Хирургических болезней
Ташкентской Медицинской Академии.

Телефон: +998909619303. E-mail: dr.alimurod@mail.ru

Тешаев Октябрь Рухуллаевич

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Хирургических болезней
Ташкентской Медицинской Академии.

Телефон: +998903581341. E-mail: tma.tor@mail.ru

АННОТАЦИЯ: Проблема избыточного веса и ожирения крайне распространена в современном мире. По данным IFSO за последние 15 лет в большинстве стран мира наблюдается устойчивая тенденция к росту распространенности ожирения. В научной работе результаты лечения 138 больных произведенные метаболическое и бариатрическое операции нашей клинике начиная от 2019 г до 2022 гг, из них 45 МГШ и 93 ПРЖ. Последние годы выросла обращаемость больных с ожирением и соответственно операция ПРЖ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: морбидное ожирение, бариатрическая хирургия, метаболический синдром, продольная резекция желудка.

Проблема ожирения является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Это – одно из самых распространенных в мире хронических заболеваний, охарактеризованное ВОЗ как «неинфекционная эпидемия конца XX – начала XXI века».

По данным XVI Всемирном конгрессе по хирургии ожирения Международной федерации хирургии ожирения и метаболических нарушений (IFSO — от англ. International Federation for the Surgery of Obesity) было доложено, что в странах Европы к 2015 г. доля ПРЖ среди всех выполненных бариатрических операций составила 27,8%.

Продольная резекция желудка (ПРЖ), известная также как рукавная резекция (sleeve gastrectomy), стремительно набирает популярность и занимает сегодня лидирующие позиции по частоте выполняемых операций во всем мире.

Несмотря на постоянное обсуждение ПРЖ при лечении больных с избыточной массой тела, многие вопросы, связанные с показаниями к этой операции, а также послеоперационное ведение до настоящего времени остаются нерешенным и дискуссионным. Учитывая вышеизложенное, мы решили оценить результаты проведенных нами операций ПРЖ.

Цель: оценить эффективность выполнения ПРЖ при лечении пациентов с ожирением по результатам проведенных операций.

Материалы и методы. В нашей клинике начиная от 2019 г до 2022 гг было произведено 138 метаболическое и бариатрическое операции, из них 45 МГШ и 93 ПРЖ. Последние годы выросла обращаемость больных с ожирением и соответственно операция ПРЖ.

За период с 2019 по 2022 гг. в клинике прооперированы 92 пациента, поступивших с разными индексами массы тела. Из них 13 (14%) мужчин и 79 (86%) женщин. Возраст оперированных больных составил от 21 до 60 лет (в среднем $36,3 \pm 5,2$ года). Анализ данных показывает что преобладает III степени 49 (53,2%) ожирение у больных с МО. Анализ сопутствующих заболеваний показывает что у 53 (58%) больных было выявлено одно или более сопутствующих заболеваний (рис.4), при этом преобладали артериальная гипертензия 29 (31,5%), ЖКБ 14 (15,2%), сахарный диабет и остеоартроз 6 (6,5%), ГПОД 4 (4,3%), ИБС 3 (3,2%).

Из анамнеза выяснено что у 24 (26%) был наследственный склонность к ожирению, 19 (20,6%) пациенты получали консервативное лечение различного характера. Среди исследуемых у 14 (15,2%) больных диагностировано депрессивное состояние, у 8 (8,7%) — апноэ во время сна, у 4 (4,3%) случаях — женское бесплодие, у 7 (7,6%) больных — снижение полового влечения.

Результаты. Из-за наличия сопутствующих заболеваний у 17 (18,5%) больных произведена симультанная операция. Из них выполнена 14 (15,2%) холецистэктомия, 3 (3,2%) задняя крурорафия с фундопликацией по Ниссену, 1 (1,1%) грыжесечение с аллопластикой.



Следует отметить, что у 5(5,4%) больных после ПРЖ наблюдали тошнота и рвота раннем после операционном периоде, где легко купировался после проведенного консервативной терапии. У 4 (4,3%) больных отмечался стойкий симптом рефлюкс-эзофагита, что и стало причиной длительного ежедневного назначения ингибиторов протонной помпы. В ранним после операционном периоде у 2(2,1%) больных наблюдался несостоятельность степлерной линии желудочной трубки. После проведенного ПРЖ у больных за счет нарушение всасывания железа и витаминов, прекращение синтеза внутреннего антианемического фактора гастромукопротеина фундальными клетками наблюдали у 6(6,5%) больных анемия, у 4(4,3%) снижение концентрации витамина В¹² и 8(8,7%) гипопротеинемия различного степени.

Выводы:

1. Продольная резекция желудка служит очень перспективной и весьма эффективной операцией, применяемой при лечении пациентов с МО. Возможными осложнениями после ПРЖ являются анемия, гипопротеинемия и дефицит витаминов, где можно восполнять дефицит из наружи.

2. Применение одно из бариатрических операции с учетом возраста, ИМТ, сопутствующего заболевания и степени метаболических нарушений у больных с морбидным ожирением является целесообразным, что требует научно обоснованных подходов.



РЕГМАТОГЕН ТЎР ПАРДА КЎЧИШИ МАКУЛЯР ТЕШИК БИЛАН БИРГАЛИКДА КЕЛГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ЎЗГАРИШЛАРНИ БАХОЛАШ

Юсупов Азамат Фархадович
Хусанбаев Хасанжон Шавкатович
Ражабова Махбуба Шамсуддин кизи
Бобожонов Дониёр Садулла угли

Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси
илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон
Телефон: +998971439494
e-mail: maxbuba0306@icloud.com

АННОТАЦИЯ: Регматоген тўр парда кўчиши макуляр тешик билан биргаликда учраши бу мураккаб ҳамда кам учрайдиган кўриш функцияси йўқолишига олиб келувчи касаллик ҳисобланади. Айниқса юқори даражали миопияси бор беморларда бу хавф омили юқори ҳисобланади ва бу ўз навбатида витреоретинал жарроҳлар учун алоҳида муаммо ҳисобланади.

Регматоген тўр парда кўчиши ҳамда МТ ташхисли беморларни даволашда витрэктомия амалиёти билан биргаликда макуляр тешик (МТ)ни ички чегараловчи мембрана (ИЧМ) ёрдамида ёпиш “ILM peeling inverted flap” жарроҳлик усули қўлланилиб келинмоқда [1, 5].

Кўпчилик муаллифларнинг фикрига кўра, витрэктомия ва ички чегараловчи мембрана (ИЧМ) олиб ташлашганидан сўнг тўр парда ва макуланинг анатомик тузилишининг тикланиши ва макуляр тешикнинг ёпилиш эҳтимоли тахминан 50 фоизни ташкил этади [2, 3]. Очик макуляр тешик нафақат кўриш ўткирлиги йўқолишига сабаб бўлибгина қолмасдан, балки тўр парданинг қайта кўчиш хавфини ҳам келтириб чиқаради [3, 4].

Регматоген тўр парда кўчиши МТ билан биргаликда келган беморларда операциядан кейинги функционал натижалар яъни кўриш ўткирлиги, ПВР мавжудлиги ва унинг даражаси, тўр парда кўчишининг давомийлиги ва майдони, шунингдек макуляр тешик диаметрига боғлиқ.

Калит сўзлар: макуляр тешик (МТ), ички чегараловчи мембрана (ИЧМ), тўр парда кўчиши, витрэктомия, ILM peeling, пролиферативная витреоретинопатия (ПВР), оптик когерент томография (ОКТ), перфтор органик бирикмаси (ПФОВ).

Мақсад: регматоген тўр парда кўчиши макуляр тешик билан биргаликда келган беморларда жарроҳлик амалиётидан кейинги клиник-функционал натижаларини таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар: Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси илмий-амалий тиббиёт марказида 2021-2022-йиллар мобайнида операция қилинган 38 ёшдан 78 ёшгача, касалликнинг давомийлиги 1 ойдан 9 ойгача бўлган регматоген тўр парда кўчиши МТ билан биргаликда келган 15 та бемор (15 та кўз) кузатилди. Бу беморларда жарроҳликдан олдинги кўриш ўткирлиги $1/\infty$ pr.luc.certae-0,01ex. бўлган, Кўзнинг УТТ (В-scan)ида барча беморларда тўр парда кўчиши аниқланган ва уларнинг 4 тасида V шаклидаги тўр парда кўчиши бўлган. 78-диоптрияли VOLK фундус линзаси ёрдамида офталмоскопия қилинганда 8 та беморда макуляр тешик билан бирга тўр парда кўчиши ҳамда периферик тешиклар борлиги аниқланди ва биз бу беморларни ОКТ қилганимизда тешик диаметри 416-1028µm ни ташкил этди. 6 беморда операция эса пайтида макуляр тешик аниқланди. Барча беморларга куйида тавсифланган жарроҳлик амалиёти бажарилди.

Жарроҳлик амалиёти техникаси.

Анъанавий 3 портли 23G витрэктомия (Stellaris Elite - Bausch & Lomb, USA)) амалиёти бажарилди. Шишасимон тананинг орқа гиалоид мембранаси “Кеналог” ёрдамида бўялди ва олиб ташланди. ИЧМни “membranae blue” бўёғи билан бўялиб, ПФОВ юборилди ва ILM peeling 360+inverted flap қилинди. Витреал бўшлиқдаги суюқлик ўрнига махсус газ (C6F6) юборилди, периферик тешиклардан субретинал суюқлик тортиб олинди ва тўр парда жойига ётқизилди. Тўр парда периферияси 360° эндолазер коагуляция қилинди. Витреал бўшлиқдаги газ ўрнига силикон мойи куйилди (Oxane 5700 - Bausch & Lomb, USA).



Беморларни кузатув давомийлиги 6 ой.

Натижалар. Кузатув даврида барча беморларда жарроҳлик амалиётидан олдингига нисбатан кўриш ўткирлиги аста-секин яхшиланиб борди ва жарроҳлик амалиётидан 3 ой ўтгач бу кўрсаткич 0,05 дан 0,09 гача, 6 ойдан сўнг эса 0,1-0,2 гача кўтарилди. Офталмоскопик текширув пайтида барча беморларда тўр парда жойига ётганлигини ва макуляр тешик ёпилганлигини кузатдик.

Хулоса. Хулоса қилиб айтганда, макуляр тешикни ички чегараловчи мембрана билан тампонада қилиш ILM peeling 360+inverted flap усулидан фойдаланиш макуляр тешикни жарроҳлик усулида даволашда юқори самарадорликка эга эканлигини беморларнинг кўриш ўткирлиги ва ҳаёт сифати кўрсаткичлари сезиларли даражада ошганлигини кўришимиз мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. L. S. Lim, A. Tsai, D. Wong et al., “Prognostic factor analysis of vitrectomy for retinal detachment associated with myopic macular hole,” *Ophthalmology*, pp. 305–310, 2014.
2. R. Uemoto, S. Yamamoto, I. Tsukahara, and S. Takeuchi, “Efficacy of internal limiting membrane removal for retinal detachments resulting from a myopic macular hole,” *Retina*, pp. 560–566, 2004.
3. Юсупов А.Ф., Файзуллоев С.С., Хусанбаев Х.Ш., Бобожонов Д.С., Ражабова М.Ш «Сравнительная оценка эффективности комбинированного метода хирургического лечения регматогенной отслойки сетчатки», *Современные технологии в офтальмологии*. 2022г,
4. R. F. Lam, W. W. Lai, B. T. Cheung et al., “Pars plana vitrectomy and perfluoropropane (C3F8) tamponade for retinal detachment due to myopic macular hole: a prognostic factor analysis,” *American Journal of Ophthalmology*, pp. 938–944, 2006.
5. Хусанбаев Х.Ш. «Выбор метода лечения макулярного разрыва» (обзор литературы), *Вестник-ТМА*, 141-145 стр, 2020г.



ПРИМЕНЕНИЕ ПРЯМЫХ НЕЙРОПРОТЕКТОРОВ ПРИ ТЕРАПИИ ГЛАУКОМАТОЗНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Юсупов А.Ф., Каримова М.Х.,
Махкамова Д.К., Хайдаров Ш.Ш.
+99893 374 09 09

Sher0720@mail.ru

Республиканский специализированный
научно-практический медицинский
центр микрохирургии глаза
Ўзбекистан, Ташкент

АННОТАЦИЯ: На сегодняшний день одним из актуальных проблем офтальмологии является глаукома, которой страдает 125 млн. населения, половина из них люди трудоспособного возраста. Глаукома характеризуется прогрессирующим снижением зрительных функций – остроты зрения, светочувствительности сетчатки, сужением полей зрения и т.д. Даже в начальных стадиях развития глаукомного процесса, развивается глаукомная оптическая нейропатия, прогрессирование которой усугубляет течение заболевания. Так, в ряде многоцентровых исследований по глаукоме (Advanced Glaucoma Intervention Study, Collaborative Normal Tension Glaucoma Study, Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study, Early Manifest Glaucoma Trial) показано, что эффективное снижение ВГД не может служить гарантией стабилизации глаукомного процесса, который продолжает прогрессировать у части больных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Глаукома, глаукоматозная оптическая нейропатия, Нуклео-ЦМФ, Глиатилин, нейрометаболическая терапия, Макдел, магнитотерапия.

Цель. Совершенствовать методы нейропротекторной терапии при глаукоматозной оптической нейропатии.

Материал и методы: в данное исследование вошли 84 пациентов с глаукомной оптической нейропатией (ГОН), в возрасте от 37 до 75 лет. Из них 38 женщин, 46 мужчин. Диагноз ГОН устанавливался на основании клинических и инструментальных исследований. В данное исследование были включены пациенты, у которых наблюдалась развитая с переходом в далекозашедшую стадию открытоугольной глаукомы. Все пациенты находились на адекватном гипотензивном режиме.

Пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, которое включало визиометрию, тонометрию по Гольдману, компьютерную пороговую периметрию, гониоскопию, биомикроофтальмоскопию. Проводили А и В сканирование, оптическую когерентную томографию с ангиографией. Всех пациентов распределили на 2 группы: в 1-ой группе (основной) применили комплексное лечение, которое включало использование препаратов Нуклео ЦМФ и Глиатилин в сочетании с физиотерапевтическими процедурами, данную группу составили 57 больных. Во 2-ой группе (контрольной) применили традиционное лечение – 27 больных. Пациенты 1-ой группы получали Нуклео ЦМФ – 2,0 в/м №10 дней, Глиатилин - 4,0 в/м № 10 дней, затем оба препарата по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 1 месяца.

Результаты и обсуждение. В 1 группе острота зрения больных до лечения была $0,65 \pm 0,05$. ВГД $16,0 \pm 1,0$ мм рт.ст. на гипотензивном режиме. Во 2 группе острота зрения больных до лечения была $0,65 \pm 0,08$. ВГД $17,0 \pm 1,0$ мм рт. ст. на гипотензивном режиме. После проведенного лечения в основной группе отмечалось улучшение остроты зрения в пораженном глазу на 19,6%, ВГД в пределах нормальных значений. У пациентов контрольной группы острота зрения в пораженном глазу улучшилась на 8,1%, ВГД в пределах нормальных значений. На оптической когерентной томографии до лечения отмечалось увеличение параметров экскавации диска зрительного нерва, снижение параметров нейроретинального пояса (RIM), истончение слоя нервных волокон сетчатки (RNFL) по всем сегментам, атрофия слоя ганглионарных клеток сетчатки в перипапиллярном и парамакулярным сегментам. На компьютерной статической периметрии у пациентов основной группы абсолютные скотомы в динамике уменьшились на 12%. Выпадения полей зрения уменьшились на 27%, при этом,



MD после лечения составило - $-9,22 \pm 1,71$ дБ, PSD - $3,12 \pm 0,09$ дБ ($p < 0.05$). У пациентов контрольной группы выпадения полей зрения уменьшились на 9%, при этом, MD после лечения составило - $-11,32 \pm 1,36$ дБ, PSD - $5,09 \pm 0,14$ дБ ($p < 0.05$).

Выводы. Применение комплексного нейропротекторного лечения (Нуклео-ЦМФ и Глиатилин в сочетании с физиотерапевтическими процедурами) способствует повышению остроты зрения, расширению периферических границ полей зрения и уменьшению объема скотом, а также увеличения средней светочувствительности сетчатки в основной группе.

Литература

1. Стулин И.Д. Холина альфосцерат в лечении больных хронической церебральной ишемией. 2009.
2. Егорова Е.А. Глаукома национальное руководство. Москва ГЭОТАР-Медиа, 2014 -31стр
3. Ishikawa K, Kimura I, Shinoda K, et al. In situ confirmation of retinal blood flow improvement after carotid endarterectomy in a patient with ocular ischemic syndrome. American journal of ophthalmology. Aug 2012;134(2):295-297.
4. Busch T., Sirbu H., Alleks I. et al. Anterior ischemic optic neuropathy – a complication after extracorporeal circulation. //Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2008. – Vol. 4, N 6. – P. 354–358.
5. Dennis K.J., Dixon R.D., Winsberg F., et al. Variability in measurement of central retinal artery velocity using color doppler imaging. // J. Ultrasound – Med. – 2015. – Vol.14, N 6. – P. 463–466.
6. Kaiser H., Flammer J., Hendricson Ph. Ocular blood flow. – Basel, Karger. – 2016. – 226 p.



COVID-19 O'TKAZGAN EPILEPSIYASI BOR BEMORLARDA KASALLIK KECHISHI VA KLINIKASI.

T.f.d.,prof Xanifa Muhsinovna Halimova¹

T.f.n.,dotsent Nilufar Safoyevna Rashidova²

saykha91@mail.ru Sayxa Husniddinovna Ilxomova

^{1,2}Toshkent Tibbiyot akademiyasi asab kasalliklari kafedrası.

Dolzarbligi. Oxirgi 2 yil davomida tibbiyotga koronavirus nomi bilan kirib kelgan va pandemiya darajasiga yetib borgan COVID19 kasalligi inson organizmidagi hamma tizimga ta'sir qilganidek, asab tizimiga ham ta'sir ko'rsatib keldi va asoratlari bilan ham bir qancha o'zgarishlarga sabab bo'ldi va inson hayot tarzi sifatiga ta'sir ko'rsatib kelmoqda. Ayniqsa bu kasallik yuqori harorat va yalliglanish jarayonining shiddat bilan kechishi tomonidan epilepsiya bilan kasallangan bemorlar hurujiga va hurujdan keyingi tiklanish muddatiga ham ta'sirini ko'rsatdi va davolash usullariga alohida e'tibor talab qilinishiga sabab bo'lmoqda.

Maqsad. Epilepsiya bilan kasallangan bemorlarning koronavirus infeksiyasidan keyingi hurujlarning ko'rinishi va ularning bemor hayot sifatiga ta'siri.

Tadqiqot usuli. Ko'p tarmoqli poliklinikada epilepsiya bilan nazoratda turadigan bemorlar ambulator tarixlar kartalari.

Material va usullar. Tekshiruv 42 bemorda olib borildi. Ulardan 14 ta erkak va 28 ayoldan iborat. O'rtacha yosh 35 yoshni tashkil etdi. Umumiy sondan 35 bemorda katta hurujlar 7 ta bemorda kichik hurujlar kuzatilib kelgan. Ya'ni bu bemorlarda avvaldan epilepsiyaning shu ko'rinishidagi hurujlar kuzatilgan.

Natijalar. 42 bemor avvaldan epilepsiya kasalligi bilan nazoratda yurgan va antikonvulsant davo olib borilgan. Ularda koronavirus kasalligi bilan kasallanish kuzatilgan va 35 bemorning generallashgan hurujlari kasallik aniqlangandan so'ng kuchayishi va 5 bemorda o'tkir yalliglanish belgilari o'tishi va o'pka soturatsiyasi tiklanish davrida epileptik status holatiga tushganligi aniqlandi. 30 bemorda kasallikdan keyingi rehabilitatsiyadan so'ng hurujlar soni kuchaygan va antikonvulsant dori miqdori (dozasi) kuchaytirildi. Avvaldan fokal hurujlar kuzatilgan 7 bemorning 5 tasida hurujlar generallashgan klonik hurujlarga aylangan va 2 tasida hurujlar soniga va ko'rinishiga ta'sir qilmagan. Kuzatuvimizdagi bemorlarning hammasiga elektroensefalografiya (ЭЭГ) tekshiruvi o'tkazildi va tekshiruv asosida 35 ta bemorimizda ЭЭГda o'tkir to'lqinlarning kuchayishi kuzatildi, 7 ta nafar bemorda ilgari koviddan oldin qayt qilingan belgilar ЭЭГda o'zgarishsiz qoldi. Tekshiruv paytida bemorlar asosan hid sezishning buzilishi, bosh aylanishi, yuqori harorat, fikr tiniqligining buzilishi va kuchli bosh og'rishi bilan shikoyat qilgan. O'pka soturatsiyaning kamayishi va hid sezishning buzilishi uzoq muddat saqlangan bemorlarda keyinchalik ensefalopatiya belgilari, asosan peshona belgilari ataksiya va xulq atvor buzilish belgilari ham qo'shilgan bunday bemorlar 42 bemorning 4 nafarida anamnestik shikoyat asosida aniqlangan.

Xulosa. Qisqa tekshiruv asosida shuni xulosa qilishimiz lozimki ковид-19 уткизган 98% bemorlarda epileptik hurujlarning kuchayishi va hayot sifatining yomonlashuvi kuzatildi, shu asosda davolanish jarayonida o'zgartirishlar kiritildi, qolgan 2% bemorlarda esa hurujlarga ta'sir qilmaganligi aniqlandi.



COVID-19 УТКИЗГАН БЕМОРЛАРДА КОГНИТИВ БУЗИЛИШЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИР ЕТУВЧИ ОМИЛЛАР

Гафуров Бахтиёр Гафурович

Профессор, Тош.ВМОИ Неврология кафедраси мудири

Телефон: + 99 893 893 78 00

E-mail: cool.bahtiyar@yandex.com

Мамаджонова Турсуной Тохир кизи

Мустакил изланувчи

Телефон: + 99 890 971 43 17

E-mail: mamadjonovatursunoy9@gmail.com

Аннотация

Ковид-19 пандемиясида, энг муҳим масалалардан бири бу ковид-19 билан касалланган беморларда когнитив бузилишлар муаммоси, чунки улар аваллиги иш фаолиятига кайтишга тусикдир. Ковиддан олдин интеллектуал функциялар билан боглик муаммолар булмаган одамларда ёшликдаги когнитив бузилиш келиб чиқиш масаласидан янада мураккаброк. Шу билан бирга, инсоннинг когнитив функцияси хиссий ҳолати, таълим малакаси, жинси ва ёшига ҳам чамбарчас боглик

Калит сузлар: COVID-19, когнитив бузилишлар, астено-депрессив узгаришлар, Спилбергер тести.

COVID-19 билан касалланган беморларда когнитив бузилишларни хусусиятини урганиш, хиссий ҳолати беморнинг ёши, жинси, маълумоти, билан богликлгини аниқлаш. COVID-19 дан ўтказилган 120 бемор ва назорат гуруҳи билан бир хил ёшдаги 40 киши эди. Хавотирни баҳолаш учун биз Ю.Л. Ханина (1976). Ушбу шкаланинг муҳим афзаллиги ташвишнинг икки турини - шахсий хусусият сифатидаги ташвиш (коньститутсиявий, шахсий ташвиш) ва вақтинчалик клиник ҳолат (реактив ташвиш) сифатидаги ташвишларни ажратиш қобилиятидир.. Натижаларни талқин қилиш: якуний балл 30 баллгача. - паст ташвиш; 31-45 - ўртача ташвиш; 46 ва ундан кўп - юқори ташвиш.

COVID-19 дан азият чеккандан сўнг, ташвиш таъсири кучайишини ҳисобга олиб, биз биринчи навбатда текширилган гуруҳлардаги безовталиқ бузилишларининг тузилишини таҳлил қилдик (2-жадвал).

Жадвал. 2.

Спилбергер тестига кўра сўралган гуруҳлардаги ташвиш даражаси

Группа	Асосий гуруҳ		Солиштирма гуруҳ	
	РТ	ШТ	РТ	ШТ
Барча гуруҳ (Уўртача курсаткичи)	42,9 ± 4,6**	49,1 ± 0,6**	34,2 ± 4,3	35, ± 2 2,3
Жинси:				
Е	43,2 ± 1,3*	46,2 ± 1,2	37,2 ± 3,4	44,2 ± 0,6
Р≤	0,05	0,01	0,01	0,05
А	48,2 ± 2,1*	50,6 ± 0,8*	41,8 ± 3,6	45,1 ± 2,8
Ёши:				
40 ёшгача	43,2 ± 3,8	48,2 ± 1,2	44,2 ± 2,4	40,2 ± 1,8
Р≤	-	0,05	-	-
40 ёшдан катта	45,5 ± 2,1*	58,2 ± 1,4*	41,2 ± 4,2	41,2 ± 2,4
Маълумоти:				
Уўрта	39,2 ± 2,4	42,6 ± 1,1	42,9 ± 1,4	40,7 ± 4,1
Р≤	0,05	-	-	-
Олий	49,2 ± 1,1*	40,8 ± 2,2*	44,3 ± 0,8	42,5 ± 0,8

Эслатма: белгиси * - назорат гуруҳидан фарқларнинг аҳамияти. Бир юлдузча $P \leq 0,05$; иккита $P \leq 0,01$. В жад. 3 и 4 белгилар бир хил.

Жадвалда келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, COVID-19 билан касалланган одамларда ҳам реактив, ҳам шахсий ташвиш сезиларли даражада устунлик қилади. Шу билан бирга, эркаларда сезиларли фарқлар фақат РТда, аёлларда эса



хавотирнинг иккала кўрсаткичида ҳам аниқланди. Ёшни таҳлил қилиш катта ёшдаги кичик гуруҳда ташвишланишнинг сезиларли даражада тарқалишини аниқлади. Ишончли равишда, назорат гуруҳи билан таққослаганда, юқори маълумотга эга бўлган шахслар кичик гуруҳида ташвиш устунлик қилди. Аниқланган кичик гуруҳлар ўртасидаги таққослашлар асосий ва назорат гуруҳларидаги аёлларда РТ ва ШТ сезиларли даражада устун эканлигини кўрсатди. Катта ёшдаги кичик гуруҳда ёш беморларга нисбатан ШТ даражасининг сезиларли ўсиши аниқланди. Катта ёшдаги кичик гуруҳдаги беморлар гуруҳида РТ даражаси сезиларли даражада юқори эди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, et al. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 2020 Oct;7(10):875-82. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30287-X. Epub 2020 Jun 25.
2. Pinna P, Grewal P, Hall JP, et al. Neurological manifestations and COVID-19: Experiences from a tertiary care center at the Frontline. *J Neurol Sci*. 2020 Aug 15;415:116969. doi: 10.1016/j.jns.2020.116969. Epub 2020 Jun 3.
10. Helms J, Kremer S, Merdji H. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med*. 2020 Jun 4;382(23):2268-70. doi: 10.1056/NEJMc2008597. Epub 2020 Apr 15.
11. Chaumont H, San-Galli A, Martino F, et al. Mixed central and peripheral nervous system disorders in severe SARS-CoV-2 infection. *J Neurol*. 2020 Nov;267(11):3121-7. doi: 10.1007/s00415-020-09986-y. Epub 2020 Jun 12.
12. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611-27. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.



ЭПИЛЕПСИЯ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Азизова Р.Б., Султонова Д.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность проблемы: Эпилепсия – хроническое заболевание центральной нервной системы с возникновением неспровоцированных эпилептических приступов. Особого внимания требует изучение «скрытых» симптомов, в частности когнитивные нарушения, тревогу и депрессию. Пациенты с эпилепсией испытывают трудности в обучении и работе, связанной с умственным трудом. Когнитивные нарушения могут стать дополнительно фактором, приводящим к стигматизации пациентов с эпилепсией, а также вызвать инвалидизацию.

Цель исследования: оценить нарушения когнитивных функций у взрослых пациентов с различной формой эпилепсии.

Материал и методы исследования в исследование было включено 34 пациента с подтвержденным диагнозом эпилепсии. В этой группе средний возраст составило 32 года. В исследовании принимало участие 37,3 % мужчин и 62,7 % женщин. Средний возраст начала заболевания $-15,5 \pm 4,3$ года, средняя длительность заболевания на момент осмотра 13 ± 2 года. Чаще всего встречалась височная эпилепсия – 53,5%, затем лобная – 23,9%, теменная – 5,7%, затылочная – 1,5%. Все пациенты в качестве лечения получали монотерапию противосудорожными препаратами. Осмотр включал в себя подробный сбор анамнестических и клинических сведений, и оценку неврологического статуса. После сбора этих сведений начинался этап нейропсихологического и инструментального обследования. Мы использовали Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) и несколько методик тестирования кратковременной памяти: 1) исследование слухоречевой памяти с заучивания 10 слов (А.Р. Лурия) с отсроченным воспроизведением, 2) исследование слухоречевой памяти при воспроизведении числовых рядов в прямом и обратном порядке (из теста Векслера). Для оценки внимания в исследовании применялись черные таблицы Шульте, в которых пациентам предлагалось как можно быстрее найти числа от 1 до 25, расположенные в таблицах, оценивалось время выполнения теста.

Результаты исследования: Анализ результатов Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) показал, что наиболее низкий средний балл $24,2 \pm 0,7$ – был получен при тестировании пациентов с височной эпилепсией, у пациентов с лобной эпилепсией средний балл краткой шкалы нейропсихологического тестирования составил $24,8 \pm 0,9$. Наилучшие результаты были у пациентов с ювенильной миоклонической эпилепсией, средний балл ($27,3 \pm 1,2$) когнитивных нарушений выявлено не было. Доля пациентов с КН по шкале MoCA при парциальной эпилепсии составила 59,15%, без когнитивных нарушений 40,85%. Доля пациентов с КН по шкале MoCA при ЮМЭ составила 8,7% (2/23), без когнитивных нарушений – 91,3%. При височной эпилепсии когнитивные нарушения наблюдались в 78,95% (30/38) случаев, в 21,05% случаев КН по шкале MoCA не выявлено. При лобной эпилепсии когнитивные нарушения наблюдались в 41,18% (7/17) случаев, 58,82% (10/17) не имели КН. Исследование слухоречевой памяти по методике запоминания 10 слов

Лурии у пациентов с височной эпилепсией также подтвердило нарушения отсроченного воспроизведения и выявили большую по сравнению с остальными формами и группой контроля истощаемость мнестических функций (46%), при лобной эпилепсии данные нарушения отмечались в 23% случаев. Всего же в группе с эпилепсией истощаемость мнестических функций встречалась в 38% случаев.

Воспроизведение числовых рядов в прямом порядке у пациентов с височной эпилепсией было нарушено в большей степени по сравнению с другими формами, в то время как воспроизведение числовых рядов в обратном порядке больше пострадало у пациентов с эпилепсией лобной локализации эпилептогенного очага. Разброс времени прохождения таблиц Шульте у пациентов с фокальными формами эпилепсии нарастал по мере увеличения сложности задания. Истощаемость внимания по методике таблиц Шульте (у пациентов с ювенильной миоклонической эпилепсией и у здоровых колебалась в одинаковых диапазонах, в то время как при фокальных формах у пациентов с височной эпилепсией



наблюдался зависимость, при котором по мере выполнения теста истощаемость нарастала. У пациентов с лобной эпилепсией также имелась тенденция к истощению внимания по мере прохождения теста, однако не столь выраженная как при височной эпилепсии.

Выводы: Пациенты с парциальными формами эпилепсии имеют выраженные нарушения когнитивных функций (59,15 %) по сравнению с пациентами с ювенильной миоклонической эпилепсией (8,7%). Слухоречевая память снижена у 46% больных с височной эпилепсией, зрительная память снижена у 59,2% больных с височной эпилепсией, внимание в большей степени нарушено у больных с лобной эпилепсией (у 35,9% больных).

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ ТАДКИКОТЛАР: ДАВРИЙ АНЖУМАНЛАР: 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 30.09.2022

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