

ANJUMAN | КОНФЕРЕНЦИЯ | CONFERENCES

O'ZBEKISTONDA ILMIY TADQIQOTLAR:

DAVRIY ANJUMANLAR

DAVRIYLIQI: 2018 | 2022

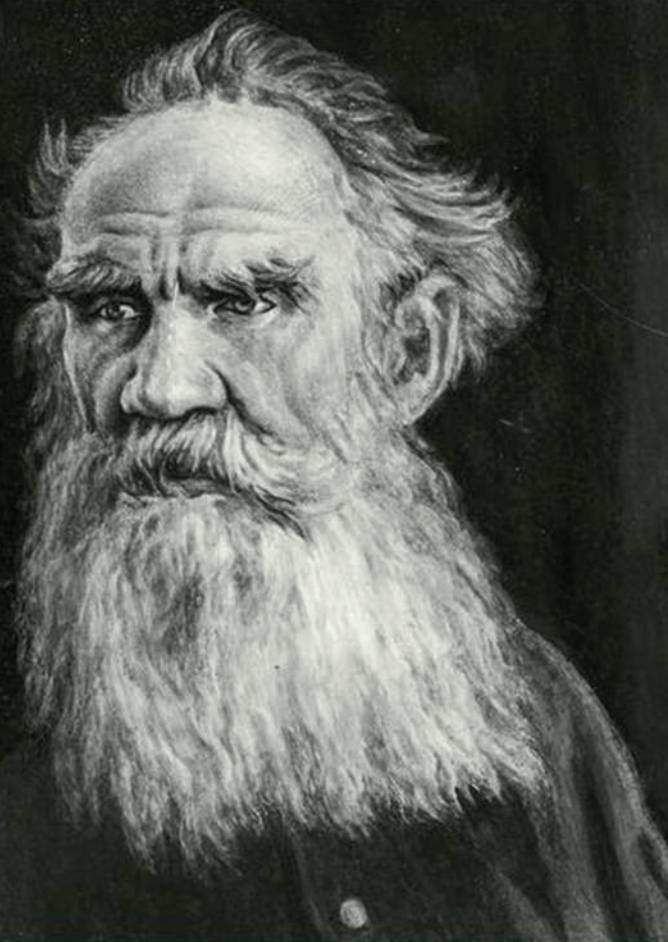
2022

УЧЕНЫЙ — ТОТ, КТО
МНОГО ЗНАЕТ ИЗ КНИГ;

ОБРАЗОВАННЫЙ — ТОТ, КТО
УСВОИЛ СЕБЕ ВСЕ САМЫЕ
РАСПРОСТРАНЕННЫЕ В ЕГО
ВРЕМЯ ЗНАНИЯ И ПРИЕМЫ;

ПРОСВЕЩЕННЫЙ — ТОТ, КТО
ПОНИМАЕТ СМЫСЛ СВОЕЙ ЖИЗНИ.

LEV TOLSTOY
(1828-1910)



ОКТЯБРЬ

№45



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 45-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 октябрь 2022 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2022. - 24 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. Курбанов Шариф Рузибаевич, Тешаев Октябрь Рухуллаевич, Мурадов Алижон Салимович ПУТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.	7
2. Мурадов Алижон Салимович, Тешаев Октябрь Рухуллаевич, Салимова Махфуза РОЛЬ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЕ РАСЧЕТА РЕЗЕКЦИИ АНТРАЛЬ- НОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА ПРИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.	9
3. Mamazulunov Nurmuhammad Xusanboy o'g'li COVID-2019 INFEKSIYASINI DAVOLASHDA QO'LLANILGAN AYRIM PREPARATLARNI GIPERURIKEMIYANING PAYDO BO'LISHIDAGI O'RNI.	12
4. Зайнутдинов Муродилла Омонуллаевич, Махкамов Мохир Эргашевич АПРОПРИАЦИЯ БИОАКТИВНОГО СТЕКЛОКРИСТАЛЛИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.	14
5. Зупаров К.Ф., Турсуметов А.А., Низамова М.З., Самаридинова Д.Ю., Рахматуллаева Д.М. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ И СИСТЕМА ЦИТОКИНОВ ПРИ ПО- СЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ.	18
6. Козокова Кундузой Шарифовна ВАТАНИМИЗДА ЎСАЁТГАН ШИФОБАХШ НЕЪМАТ - ОЛЧАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ.	20
7. Туракулова Сурайё Равшановна СОГЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ ШАХС БАРКАМОЛЛИГИНИ ШАКЛЛАНТИРИШ- ДАГИ УРНИ.	22



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

ПУТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.

Курбанов Шариф Рузобаевич

Заведующий отделением экстренной хирургии

1-Городской клинической больницы

Телефон: +998998860300. sharifqurbanov15@gmail.com

Тешаев Октябрь Рухуллаевич

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой

Хирургических болезней Ташкентской Медицинской Академии.

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

Мурадов Алижон Салимович

старший преподаватель (PhD) кафедры Хирургических болезней

Ташкентской Медицинской Академии.

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

АННОТАЦИЯ: Язвенная болезнь представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. В настоящее время поиск путей снижения числа осложнений и летальности при язвенной болезни продолжается. Одним из направлений этого поиска является прогнозирование рецидива кровотечения осложнений язвенной болезни желудка и ДПК, возникающих в 20-25% случаев.

Существенным недостатком компьютерных программ прогнозирования РК является их громоздкость, необходимость учета большого количества исходных параметров.

В связи с этим нам представляется актуальным поиск не громоздких, на объективных критериев прогнозирования РК, основанных на патогенетических особенностях и характеризующих динамику состояния местного патологического процесса, таких как NO крови, адгезия молекул эндотелия сосудов, обсемененность желудка и ДПК НР, тромбоцитопения, наличие геморрагического шока в анамнезе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: язва, гастродуоденальное кровотечение, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки.

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки (Ивашкин В.Т., 2020). В последние годы к факторам риска язвенных кровотечений, относят пожилой возраст, наличие сопутствующих заболеваний (СП), мужской пол, курение и злоупотребление алкоголем, большие размеры язвенного дефекта, без болевого течения болезни, высокая секреция соляной кислоты, стрессовый характер язвенных поражений, обсемененность слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*. Вероятность гастродуоденальных кровотечений у таких больных возрастает в 3-5, а риск смерти в 8 раз (Аталиев А.Е. 2003, Мавлонов О.Р. 2002, Шептулин А.А., 2003; Григорьев П.Я., 2004, Каратеев А.Е., 2006; Graham D.Y. et al., 2008, Lau J.Y., 2011)

В настоящее время поиск путей снижения числа осложнений и летальности при язвенной болезни ЯБ продолжается. Одним из направлений этого поиска является прогнозирование рецидива кровотечения осложнений (РК) ЯБ желудка и ДПК, возникающих в 20-25% случаев (Саидов В.Д., 2000, Lau J.Y., 2011).

В генезе ЯБ важное место отводится изменениям эндокринных клеток (G, EC, D, ECL)



слизистой оболочки желудка (Саидов В.Д. и др., 2000-1995) .

Поэтому представляют интерес результаты гистохимических исследований 4-х типов наиболее часто встречающихся эндокринных клеток слизистой оболочки желудка (СОЖ), проведенных Р. А. Мамедовым (2003) у 60 больных с различными осложнениями ЯБ . Такой прогностический подход, по данным автора , уменьшил число рецидивов язвенных кровотечений с 14,9 до 2,2 % , а послеоперационную летальность с 8,6 до 3,2%.

По данным Л.П. Струсского (2003), РК после эндоскопического гемостаза возникают у 69% больных, относящихся к классификации Форест Ia, у 30%-при Форест IIa и у 1%-при Форест III.

Некоторые авторы для оптимизации тактики лечения рецидива язвенных кровотечений (Мельник И.В., Ходжибаев А.М., 2007; Мавляноходжаев Р.Ш. и др., 2009) определяют ряд клинических , лабораторных, эндоскопических, анамнестических, антропометрических и других данных и по балльной шкале вычисляют степень риска РК , применяя активно индивидуализированную тактику лечения гастродуоденальных кровотечений (ГДК).

Г.К. Жерлов (2006) для прогнозирования риска РК из гастродуоденальной язвы измерял физическими методами показатели микроциркуляции на поверхности слизистой язвенного кратера и отступя 3-4 см от края язвы , несколько раз определяли среднее арифметическое значение каждого участка . Коэффициент риска кровотечения рассчитывался по формуле и выражался соотношением показателем микроциркуляции ulcerозного участка к периаульцерозному.

Следующая группа авторов (Аксенов О.С. , 2000; Барышникова Н.В. 2009; Шакурова Н.Р., 2008 ; Пиманов С.И. и др., 2006 ; Коваленко Т.В., Конорев М.Р., 2006 ; Хамраев А.А., 2000; Осадчук А.М. , 2009), применяя уреазный и морфологические методы исследования обсеменности желудка и ДПК НР считают причиной обострения язвенно –воспалительного процесса обсеменность НР . По данным этих исследователей , полная эрадикация НР статически значимо уменьшала вкрашенность и степень воспаления. При отсутствии эрадикации НР через 2 месяца и год после лечения позитивных изменений в СОЖ не произошло.

Как видно из обзор литературы о ГДК , нет общепризнанных схем и шкал прогнозирования развития РК. Существенным недостатком компьютерных программ прогнозирования РК является их громоздкость, необходимость учета большого количества исходных параметров.

В связи с этим нам представляется актуальным поиск не громоздких, на объективных критериев прогнозирования РК, основанных на патогенетических особенностях и характеризующих динамику состояния местного патологического процесса, таких как NO крови, адгезия молекул эндотелия сосудов, обсеменность желудка и ДПК НР, тромбоцитопения, наличие геморрагического шока в анамнезе.

Использованная литература:

1. Бородин Н. А. Желудочно-кишечные кровотечения / Методическое пособие для клинических ординаторов кафедры факультетской хирургии. — Тюмень, 2014.
2. Горбашко А. И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. — М.: Медицина, 2016. — 240 с.
3. Макаров И. В., Долгих О. Ю. Частная проктология. Геморрой / Учебное пособие. — М.: Форум, 2015. — 96 с.
4. Минина Т. Д. Гастрит и язвенная болезнь: современный взгляд на лечение и профилактику. — М.: ИГ "Весь", 2014. — 96 с.
5. Степанов Ю. М., Залевский В. И., Косинский А. В. Желудочно-кишечные кровотечения. — Днепропетровск, 2011. — 270 с.
6. Фирсова Л. Д., Машарова А. А., Бордин Д. С. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Планида, 2011. — 52 с.
7. Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2018. — № 1. — С. 80-89.
8. Шимес М. П., Нестерова А. П. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2012.



РОЛЬ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЕ РАСЧЕТА РЕЗЕКЦИИ АНТРАЛЬНОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА ПРИ 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.

Салимова Махфуза

Студент 3-курса Ташкентского государственного
стоматологического института

АННОТАЦИЯ: В настоящее время ожирение стало пандемией, и миллиарды людей по всему миру имеют избыточный вес или страдают ожирением. Интерес к выполнению ПРЖ при лечении больных с избыточной массой тела продолжает сохраняться. Так, представленные на XVI Всемирном конгрессе по хирургии ожирения Международной федерации хирургии ожирения и метаболических нарушений (IFSO) было доложено, что в странах Европы к 2015 г. доля ПРЖ среди всех выполненных бариатрических операций составила 27,8%. Целью научной работы являлась разработка эффективной интегральной характеристики расчета резекции антральной части желудка. В научной работе результаты лечение 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 вырос обращаемость больных с ожирением и соответственно операция ПРЖ.

Оптимальный выбор резекции антрального отдела желудка при ПРЖ резко снижает риск несостоятельности желудочной трубки, а также снижение масса тела до желаемого придела учитывая исходных данных больных с МО.

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

Ожирение – это хроническое пожизненное многофакторное, генетически обусловленное, опасное для жизни заболевание, вызванное избыточным накоплением жира в организме, приводящее к серьезным медицинским, социальным и экономическим последствиям[3]. В настоящее время ожирение стало пандемией, и миллиарды людей по всему миру имеют избыточный вес или страдают ожирением [3,4,7].

Интерес к выполнению ПРЖ при лечении больных с избыточной массой тела продолжает сохраняться. Так, представленные на XVI Всемирном конгрессе по хирургии ожирения Международной федерации хирургии ожирения и метаболических нарушений (IFSO) было доложено, что в странах Европы к 2015 г. доля ПРЖ среди всех выполненных бариатрических операций составила 27,8% [6,9].

Показанием к выполнению ПРЖ является морбидное ожирение, ИМТ ≥ 40 кг/м², алиментарное ожирение, ИМТ ≥ 30 —35 кг/м², в сочетании с сопутствующей патологией (сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертензия, апноэ сна, артралгии и т.д.), возраст старше 55—65 лет в сочетании с морбидным ожирением[2].

Потеря массы тела больше, чем при РБЖ, но меньше, чем при других операциях и составляет в среднем 55-60% от избыточной [5,8]. Улучшение течения сахарного диабета II типа наблюдалось в 71,6% случаев [10].

У больных с морбидным ожирением при продольной резекции желудка гладкость раннего послеоперационного периода и результаты оперативного лечения больных напрямую связаны с размером резекции антрального отдела желудка во время операции. Размер



резекции антральной части желудка при продольной резекции желудка завяисить от ИМТ пациентов так как, тем высокий индекс масса тела тем уже должно быт «рукав» желудочной трубки.

Целью научной работы являлась разработка эффективной интегральной характеристики расчета резекции антральной части желудка.

В нашей клинике начиная от 2016 г до 2022 гг было произведено 167 метаболическое и бариатрическое операции, из них 75 МГШ и 92 ПРЖ. Последние годы вырос обращаемость больных с ожирением и соответственно операция ПРЖ. За период с 2016 по 2022 гг. в клинике прооперированы 92 пациента, поступивших с разными индекса масса тела. Из них 13 (14%) мужчин и 79 (86%) женщин.

Статистическая обработка исходного клинического массива данных позволила выявить наиболее информативные показатели, которые и были положены в основу построения линейных интегральных характеристик прогноза.

Построение математической модели производилось по методу наименьших квадратов в виде:

$$\Psi(x) = \sum_{i=1}^n a_i x_i + a_0 \quad (1)$$

где $\Psi(x)$ – исход лечения процесса;

a_i – весовые коэффициенты признаков;

x_i – клинические показатели;

a_0 – свободный член.

Построение математической модели производилось с учетом следующего критерия минимизации:

$$E[\Psi(x) - S]^2 \rightarrow \min \quad (2)$$

где E – оператор математического ожидания;

S – форма течения патологического процесса по экспериментальным данным.

Выбор метода наименьших квадратов был обусловлен тем, что при исследовании медицинских процессов, мы имеем дело с данными статистического характера. Именно поэтому статистическая обработка данных производится почти в каждой медицинской задаче и служит одним из этапов обработки информации.

Для выявления закономерностей, то есть построения математических моделей используется регрессионный анализ. И здесь широко применяется метод наименьших квадратов, который является базовым методом регрессионного анализа.

Метод наименьших квадратов, всесторонне изучен и имеет несколько теоретических обоснований. Оценки МНК, обладают минимально возможной дисперсией в классе всех линейных несмещенных оценок и являются соответственно наилучшими линейными несмещенными оценками неизвестных параметров функции [1,2].

При построении моделей степени тяжести и исхода заболевании методом наименьших квадратов на параметры модели накладывалось условие их эффективности не ниже уровня $p < 0,05$ по t-критерию.

В результате расчетов была получена модель для расчета резекции антральной части желудка в виде:

$$RAOJ1 = 14,8966 - 0,0623 * BMI - 0,2571 * OB + 0,0595 * IM - 0,0634 * AN + 0,1301 * DEP$$

Где

BMI	Индекс массы тела
OB	Степень ожирения
IM	Наследственный предрасположенность
	0-нет, 1-есть



АН	Артериальная гипертензия 0-нет, 1 - есть
DEP	Депрессивное состояние 0-нет, 1-есть

здесь

BMI = Вес (кг)/Рост (м)

ОВ =	0	если	BMI < 30,0
	1		30,0 < BMI < 34,9
	2		35,0 < BMI < 39,9
	3		BMI > 40,0

Расчеты производились на персональном компьютере типа IBM Pentium с использованием пакета статистических программ "STATISTICA-10".

Высокое значение коэффициента детерминации ($R^2 = 0.877$) свидетельствует о высокой эффективности полученных моделей.

Это послужило основанием для разработки, на базе полученных моделей прогноза исхода лечения, программного средства «Экспресс-оценка размера резекции антральной части желудка» (EORRACHG.exe), на который получено авторское свидетельство Патентного Ведомства Республики Узбекистан за № DGU 2022 4461 От 07.09.2022.

Заключение

При продольной резекции желудка течение раннего послеоперационного периода и результаты оперативного лечения больных напрямую связаны с выбором размера резекции антрального отдела желудка. Выбор диаметра калибровочного зонда обусловлен тем, что с увеличением диаметра уменьшается риск несостоятельности, а статистически значимой разницы снижения веса не происходит. После мобилизации желудка вводится калибровочный зонд диаметром 32—40 Fr, размер резекции антральной части желудка при продольной резекции желудка зависит от ИМТ пациентов так как, тем высокий индекс масса тела тем уже должно быть «рукав» желудочной трубки.

Оптимальный выбор резекции антрального отдела желудка при ПРЖ резко снижает риск несостоятельности желудочной трубки, а также снижение масса тела до желаемого предела учитывая исходных данных больных с МО.

Использованная литература:

1. Пряхин А.Н. Хирургическое лечение ожирения. Продольная резекция желудка: учебное пособие / А.Н. Пряхин. – Челябинск, 2015. – 39 с.
2. Хациев Б.Б., Кузьминов А.Н., Джанибекова М.А., Узденов Н.А. Техника выполнения лапароскопической продольной резекции желудка при морбидном ожирении. Эндоскопическая хирургия, 1, 2018. С-38-41.
3. Яшков Ю.И., Луцевич О.Э., Бордан Н.С., Ивлева О.В. Эффективность лапароскопической продольной резекции желудка у больных с ожирением. Ожирение и метаболизм. 2015;12:1:20-28.
4. Buchwald H. [et al.]. Bariatric surgery: a systematic review and meta- analysis / JAMA. – 2004. - Vol. 292, № 14. – P. 1724–1737.
5. Diamantis T. [et al.]. Review of long-term weight loss results after laparoscopic sleeve gastrectomy / Surg. Obes. Relat. Dis. – 2014. – Vol. 10, № 1. – P. 177-183
6. Khwaja H., Coelho A., Mazzarella M. et al. The IFSO Website: the Online gateway to obesity and metabolic disorders for bariatric surgery professionals and patients: On behalf of the IFSO Communications Committee. Obes. Surg. 2015; 25 (11): 2176–2179.
7. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. (WHO Technical Report Series 894). [Electronic resource] // World Health Organization. – Mode of access: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. - Date of access: 18.01.2016
8. Sarela A.I. [et al.]. Long- term follow-up after laparoscopic sleeve gastrectomy: 8-9-year results / Surg. Obes. Relat. Dis. – 2012. – Vol. 8, № 6. - P. 679–684.
9. Silecchia G., De Angelis F., Rizzello M. et al. Residual fundus or neofundus after laparoscopic sleeve gastrectomy: is fundectomy safe and effective as revision surgery? Surg. Endosc. 2015; 29 (10): 2899–2903.
10. Yazbek T. [et al.]. Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG)-a good bariatric option for failed laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB): a review of 90 patients / Obes. Surg. – 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 300-305.



COVID-2019 INFEKSIYASINI DAVOLASHDA QO'LLANILGAN AYRIM PREPARATLARNI GIPERURIKEMIYANING PAYDO BO'LISHIDAGI O'RNI.

Mamazulunov Nurmuhhammad Xusanboy o'g'li,
Andijon Davlat Universiteti tayanch doktoranti
Telefon: +998998399880

ANNOTATSIYA: COVID-2019 infeksiyasini davolashda qo'llanilgan preparat favipiravir (FVP) ni giperurikemiyaning paydo bo'lishiga tasirini o'rganish maqsadida shu preparat qo'llanilgan bemorlarda tekshiruvlar o'tkazildi. Favipiravir (FVP) og'iz orqali qabul qilinadigan RNKga bog'liq RNK polimeraza inhibitori bo'lib, u 2019 yil koronavirus yuqumli kasalligini (COVID-19) davolash uchun antiviral sifatida baholanmoqda.

KALIT SO'ZLAR: COVID-2019, *Giperurikemiya*, Favipiravir (FVP), siydik kislotasi (UA), RNK polimeraza, sarum, purin.

Giperurikemiya — qonda siydik kislotasi darajasining juda yuqori darajagacha ko'tarilishi bilan tavsiflanadigan kasallik. Me'yoriy darajaning yuqori chegarasi ayollar uchun 360 mikromol/litr (6 mg/dl), erkaklar uchun esa 420 mikromol/litr (6,8 mg/dl) ni tashkil etadi.

Giperurikemiya modda almashinuvida purin moddasining ishtirok etishi, ovqatda ko'p miqdorda fruktoza mavjudligi yoki buyrak faoliyatining pasayishi tufayli siydik kislotasi hosil bo'lishining tezlashishi natijasida rivojlanadi.

Puringa boy oziq-ovqat iste'mol qilish — giperurikemiyaning asosiy sabablaridan biridir. Oziq-ovqatga bog'liq yana bir sababi — yuqori kaloriyalik va yog'li ovqatlar iste'mol qilish, shuningdek ochlik. Ochlikni natijasi shundaki, energiya olish uchun organizm tananing mushak massasini yoqa boshlaydi va bu jarayon davomida chiqarilgan purinlar qon oqimiga o'tadi.

2019-yil koronavirus infeksiyasi (COVID-19) — SARS-CoV-2, ya'ni og'ir o'tkir nafas olish sindromi koronavirusi 2 keltirib chiqaradigan yuqumli kasallik. Kasallik ilk marotaba 2019-yilda Xitoyning Uxan shahrida aniqlandi va global miqyosda tarqalib, 2019–2020-yillardagi koronavirus pandemiyasini keltirib chiqardi. Kasallik yuqori harorat, yo'tal hamda nafas olishni mushkullashishi kabi simptomlarni keltirib chiqaradi. Ayrim holatlar mushaklar og'irishi, balg'am ajralishi hamda tomoq og'irishi kuzatiladi. Virus yuqtirganlarning aksarida yengil simptomlar yuzaga kelsa-da, ayrim bemorlarda kasallik og'ir pnevmoniya hamda bir necha organ faoliyatining ishdan chiqishiga olib keladi. Diagnostika qo'yilgan holatlar orasida o'limlar ko'rsatkichi o'rtacha 3,4 foizni tashkil qiladi. 20 yoshga to'lmaganlar orasida bu ko'rsatkich 0,2 foizni, 80 yoshdan o'tganlar orasida 15 foizni tashkil qiladi.

Favipiravir - bu COVID-19 ni davolash uchun baholanayotgan virusga qarshi vosita. Favipiravirdan foydalanish qon zardobida siydik kislotasi darajasining oshishi bilan bog'liq. Giperurikemiyaning paydo bo'lishi uchun xavf omillari aniq emas.

Oldingi klinik tadqiqotda 10 kunlik favipiravir olgan COVID-19 bemorlaridan olingan namunalar ishlatilgan. Favipiravirning sarum kontsentratsiyasi LC-MS yordamida o'lchandi. Logistik regressiya tahlili yordamida giperurikemiya rivojlanishi bilan bog'liq omillar o'rganildi. Giperurikemiyaning paydo bo'lishini bashorat qilishda qon zardobidagi siydik kislotasining boshlang'ich darajalari va barqaror holatdagi favipiravir kontsentratsiyasi uchun optimal chegara qiymatlari ROC egri tahlili orqali aniqlandi.

Natijalar: 10 kun davomida favipiravir bilan davolangan 66 ta COVID-19 bemorida qon zardobidagi favipiravirning barqaror kontsentratsiyasi qon zardobidagi siydik kislotasi darajasi bilan sezilarli darajada korrelyatsiya qilingan. Terapiya paytida qon zardobidagi siydik kislotasining yuqori boshlang'ich darajalari va favipiravirning barqaror kontsentratsiyasi giperurikemiya rivojlanishi bilan bog'liq bo'lgan omillardir. Giperurikemiyaning bashorat qilish uchun aniqlangan favipiravirni qo'llash paytida qon zardobidagi siydik kislotasining chegaralangan boshlang'ich darajasi va barqaror holatdagi favipiravir kontsentratsiyasi mos ravishda 3,7 mg/dL va 46,14 mkg/ml ni tashkil etdi.

Qon zardobida siydik kislotasining boshlang'ich darajasi yuqori bo'lgan yoki terapiya paytida yuqori barqaror holatdagi favipiravir kontsentratsiyasiga erishgan bemorlar giperurikemiya moyil bo'lgan.

Favipiravir (FVP) og'iz orqali qabul qilinadigan RNKga bog'liq RNK polimeraza inhibitori



bo'lib, u 2019 yil koronavirus yuqumli kasalligini (COVID-19) davolash uchun antiviral sifatida baholanmoqda. Yaponiyada FVP 2011 yilda yangi yoki qayta paydo bo'lgan gripp virusi bilan kasallangan bemorlarni davolash uchun tasdiqlangan. Ma'lumki, FVP qo'llash gripp virusi bilan kasallangan bemorlarda siydik kislotasi (UA) darajasining oshishiga olib keladi. Farmatsevtika va tibbiy asboblarning agentligi, 2014). Grippingning 3-bosqich tadqiqotida, FVP ning bir martalik dozasi 1200 mg va birinchi kunida 400 mg, so'ngra kuniga ikki marta 400 mg dan 4 kungacha 378 tadan 21 tasida qon zardobida UA darajasining oshishiga olib keldi. sub'ektlari (5,6%).

Qon zardobidagi UA darajasining oshishi, shuningdek, FVP ning COVID-19 ga qarshi bir nechta klinik sinovlarida ham qayd etilgan. Bundan tashqari, giperurikemiya tarixi bo'lgan COVID-19 bemorida FVP qabul qilinganda o'tkir podagra artriti rivojlandi. Oldingi randomizatsiyalangan, ko'p markazli, ochiq yorliqli klinik sinovda COVID-19 ga qarshi FVP FVP birinchi kuni ikki marta 1800 mg, so'ngra kuniga ikki marta 800 mg qo'shimcha 9 kun davomida 82 bemorning 69 tasida giperurikemiya keltirib chiqardi (84,1). %). Ushbu sinovda FVP dozasi grippga qarshi 312 tadqiqot kabi boshqa tadqiqotlardagidan yuqori bo'ldi. Bundan tashqari, yaqinda o'tkazilgan tizimli tekshiruvda FVP administratsiyasi platsebo yoki COVID-19 uchun boshqa nomzod antiviral preparatlarga qaraganda (5,8% ga nisbatan 1,3%) ko'ra qon zardobidagi UA darajasini oshirishga olib kelishi mumkin edi. Morikava va boshqalar. yuqori sarum FVP darajalari (20 mkg / ml yoki undan ko'p) 27 bemorning yagona markazli kogortasida COVID-19 davolashda UA darajasining oshishi bilan bog'liqligini xabar qildi. Ushbu tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, giperurikemiya rivojlanish xavfi qon zardobidagi FVP kontsentratsiyasiga bog'liq bo'lishi mumkin. Biroq, FVP bilan davolangan COVID-19 bemorlarida sarum UA darajasining oshishi bilan bog'liq omillar noaniqligicha qolmoqda. Shunday qilib, bizning tadqiqotimiz klinik sinov kohortidagi COVID-19 bemorlarida giperurikemiya paydo bo'lishi bilan bog'liq omillarni o'rganib chiqdi.

Xulosa

Qon zardobidagi UA darajasi yuqori bo'lgan COVID-19 bilan kasallangan bemorlar va FVP bilan davolash paytida zardobdagi FVP kontsentratsiyasi yuqori bo'lgan bemorlar FVP tomonidan qo'zg'atilgan giperurikemiyaga moyil. Nafaqat giperurikemiya bilan og'rigan bemorlar, balki qon zardobidagi UA darajasi normal chegaralarda yuqori bo'lgan bemorlarda ham FVP qo'llash paytida giperurikemiya rivojlanish xavfi yuqori bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, qon zardobidagi FVP kontsentratsiyasi FVP bilan davolash paytida giperurikemiya paydo bo'lishi uchun hisobga olinadigan omil bo'lishi mumkin.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. Alam S, Kamol TB, Sarker MMR, Zhou JR, Rahman SMA, Mohamed IN. COVID-19 ni davolash uchun repurposing dori vositalarining terapevtik samaradorligi va xavfsizligi: 2021 yilda pozitsiyasi. Front Pharmacol 2021;12 .
2. Hase R, Kurata R, Ishida K, Kurita T, Muranaka E, Mito H. Koronavirus kasalligi uchun favipiravirni davolash paytida o'tkir podagra artriti 2019. Intern Med 2020;59(18):2327-9.
3. Udawadia ZF, Singx P, Barkate H, Patil S, Rangwala S, Pendse A va boshqalar. Og'iz orqali RNKga bog'liq bo'lgan RNK polimeraza inhibitori bo'lgan favipiravirning engil va o'rtacha darajadagi COVID-19da samaradorligi va xavfsizligi: randomizatsiyalangan, qiyosiy, ochiq yorliqli, ko'p markazli, 3-bosqich klinik sinov. Int J Infect Dis 2021;103:62–71.
4. Uilson L, Sasin JJ. Gut artriti: o'tkir davolash va oldini olish. Farmakoterapiya 2016;36(8):906-22.
5. <https://uz.wikipedia.org/>



**АПРОПРИАЦИЯ БИОАКТИВНОГО СТЕКЛОКРИСТАЛЛИЧЕСКОГО
МАТЕРИАЛА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
(ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Зайнутдинов Муродилла Омонуллаевич¹

1 - ассент кафедры заболеваний
челюстно-лицевой области и травматологии,
Ташкентского государственного
стоматологического института,

Махкамов Мохир Эргашевич²

2 - Республиканский многопрофильный медицинский центр
имени Уразимбета Халмуратова город Нукус

Телефон: +998974601911

dr.zaynutdinov@gmail.com

АННОТАЦИЯ: При хирургическом лечения костных дефектов челюстей под кровяным сгустком нередко дают отрицательный эффект и, как следствие этого, сложность протезирования. Применение различных костных материалов и их заменителей создаёт более благоприятные условия для решения вышеназванных задач. Целью данного исследования является изучение регенерации костной ткани в условиях деструктивного гнойного остеомиелита при санации с использованием антибактериального спейсера. Выполнена серия экспериментов на 15 кроликов Шиншилла обоих полов. Исследованию подвергнуто 43 тканевых образца, полученных на сроках на 14, 60 и 120 днях после удаления. Гистологическое исследование и оценка изменения уровня стабильности показали, что применение антибактериального спейсера после удаления зубов позволяет повысить регенераторный потенциал костной ткани, избежать дополнительных хирургических вмешательств по увеличению объема костной ткани в зоне будущей имплантации; образованная костная ткань является близкой по своему строению к нативной.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: репаративная регенерация, гнойный деструктивный остеомиелит, артикулирующий антибактериальный спейсер.

Цель исследования – оценить возможности и изучить особенности репаративной регенерации нижнечелюстного отростка и шейки суставной головки в условиях деструктивного гнойного остеомиелита при санации воспалительного процесса с использованием биоактивный биоситала с антибактериальным спейсером.

Материалы и методы: Выполнена серия экспериментов на 15 кроликов Шиншилла обоих полов. У всех животных получена разработанная Российскими учеными экспериментальная модель гнойного остеомиелита с верифицированной клинически, лабораторно и рентгенологически деструкцией костных структур [1,4]. Данная методика нами использована для появления гнойного остеомиелита шейки височно-нижнечелюстного отростка нижней челюсти, затем выполнялось оперативное лечение в объеме деструктивно измененных частей кости, санации нижнечелюстного отростка путем ее резекции на уровне шейки. Экономной резекцией инфицированной кости с помощью остеотомов и костных фрез, сохраняя целостность каркаса челюсти. Замещение удаленных костных структур заполняли гранулой биоактивные элементы биоситала перемешиваясь плазмой спейсер [2,3]. Последний изготавливался интра операционно из биоактивного стекла и спейсер, содержащего антибиотик (гентамицин). Кролики выводились из эксперимента на 14-, 60- и 120-е сутки после санирующей операции. Исследования выполнялись с соблюдением принципов гуманности, изложенных в директивах Европейского сообщества (86/609/ЕЕС) и Хельсинкской декларации Всемирной Медицинской ассоциации 2000 г. Для гистологического исследования из нижнечелюстного отростка и шейки суставной головки по общепринятой методике изготавливали гистотопографические срезы толщиной 20–25 мкм, которые окрашивались гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону.

Результаты: При морфологическом исследовании через две недели после моделирования деструктивного остеомиелита в костных структурах нижнечелюстного отростка и шейки суставной головки отмечались очаги некроза костной ткани с выраженными



воспалительными инфильтратами, преимущественно мононуклеарно-лейкоцитарными. На 14-е сутки после санирующей операции гистологическая картина у всех животных была практически идентичной. В области локализации основного патологического инфекционного процесса, а именно дне нижнечелюстного отростка, компактная костная пластинка теряла монолитность и была представлена отдельными костными фрагментами, промежутки между которыми заполнялись соединительной тканью (рис. 1, а).

Обнаруженные множественные костные секвестры площадью 1–2 мм² локализовались преимущественно в области постостеомиелитического дефекта (рис. 1, б). На фоне выраженной деструктивной реакции регенераторные процессы в этой области не определялись. В области костного дефекта гиалиновый хрящ головки был полностью замещен волокнистой слабо васкуляризированной соединительной тканью с неорганизованными беспорядочно ориентированными пучками волокон, в которой наблюдались очаги лейкоцитарной инфильтрации и некрозов. Особенностью гистологической картины являлась слабая васкуляризация соединительной ткани на фоне общего относительно значительного ее объема. В большом количестве определялись лишенные сосуды малого калибра с атрофированным мышечным слоем и гипертрофированной адвентицией. Ряд сосудов был тромбирован. В связи с недостаточностью кровоснабжения даже в участках, находящихся в непосредственной близости от сосудов, были обнаружены некротизированные участки ткани (рис. 1, в). Утолщенная кортикальная пластинка состояла из среднеячеистой губчатой кости, в ее межтрабекулярных промежутках отмечались пустотелые полости, который замещала соединительная ткань с элементами воспалительного инфильтрата. Все это указывало на угасающую воспалительную реакцию, соответствующую фазе очищения костной раны, с очень скудными и неэффективными признаками репаративной регенерации утраченных структур.

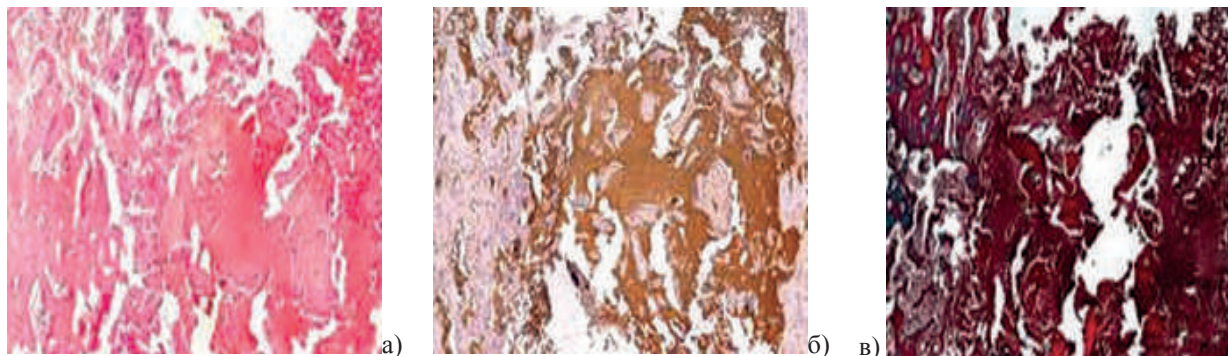


Рис. 1. Гистотопографическая и морфологическая картина костных структур на 14-е сутки после санирующей операции: сканограмма гистотопографического препарата ветви нижней челюсти (аксиальный срез) (а), фрагменты компактной пластинки наружной поверхности с костными секвестрами и разрастанием соединительной ткани (б), патологически измененные сосуды разных калибров, очаги периваскулярных некрозов (в); а – сканограммы гистотопографических целлоидиновых срезов, окраска по Ван-Гизону, ув. об. 1,5 × ; б, в – целлоидиновый срез, окраска гематоксилином и эозином, об. 10 ×, ок. 10 ×

К 60-м суткам эксперимента процессы репаративного остеогенеза проявлялись все отчетливей. В средней части нижнечелюстного отростка определялось ее типическое строение. В нижнечелюстной отросток и шейки суставной головки располагалось губчатое костное вещество. На месте дефекта дна нижнечелюстного отростка наблюдалась новообразованная костная ткань крупноячеистой формации с утолщенной наружной и истонченной внутренней кортикальными пластинками (рис. 2, а, б). В нагружаемых контактных со спейсером отделах отмечался оживленный остеогенез. Пластинчатые костные трабекулы были покрыты слоем активных остеобластов, формирующих новообразованную костную ткань. Вместе с тем в отдельных областях наблюдались процессы ремоделирования с активизацией клеток остеокластического ряда. Достоверным подтверждением активизации остеорепаративных процессов явилось обнаружение в новообразованных экзофитах, из-за чего кость приобретала неровный фестончатый контур (рис. 2, в). Возникновение подобных трабекул главным образом характерно для незрелой костной ткани, формируемой индуцибельными и детерминированными остеогенными стромальными клетками и

встречается в эмбриональном развитии костной ткани и при дистракционном остеогенезе [1, 2].

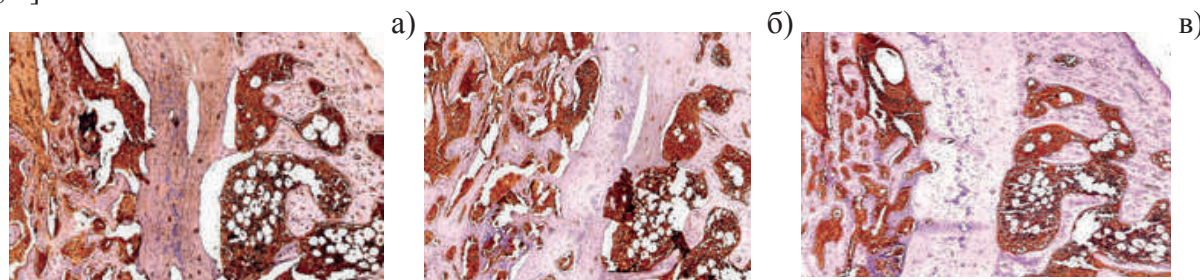


Рис. 2. Гистотопографическая и морфологическая картина костных структур на 60-е сутки после санитрующей операции: пучковая костная ткань в составе новообразованной трабекулы (а, б), трехслойная структура кортикальной пластинки (в); а – б – целлоидиновый срез, окраска гематоксилином и эозином, об. 40×, ок. 10×; в – целлоидиновый срез, окраска гематоксилином и эозином, об. 10×, ок. 10×

Кровоснабжение регенерирующих структур поддерживалось на прежнем высоком уровне, кровенаполнение уже в эти сроки практически не отличалось от нормы. В кости нижнечелюстного отростка отмечали значительное увеличение толщины кортикальной пластинки. При средних и больших увеличениях визуализировалось трехслойное строение корковой пластинки. Первый слой, приближенный к эндостальной поверхности, состоял из компактно организованной кости, имеющей остеонное строение и сформированной в основном из пластинчатой костной ткани. Второй слой, приближенный к наружной поверхности, выглядел как тонкий слой компактизирующейся губчатой кости мелкоячеистого строения, образующийся клетками надкостницы. И, наконец, третий слой, занимающий между ними промежуточное положение, был образован сетью костных трабекул. Такое строение характерно для кортикальной пластинки в период ремиссии остеомиелита.

Гистологическая картина костных структур нижнечелюстного отростка и шейки суставной головки к 120-м суткам после установки спейсера в целом характеризовалась завершением остеорепаративных процессов. Суставная ямка была заполнена новообразованной трабекулярной костной тканью (рис. 3, а). Новообразованная трабекулярная сеть была уплотнена в медиальной части и разрежена в латеральной порции костного вещества. Компактная костная пластинка нижнечелюстного отростка и шейки суставной головки спонгизировалась, на ее периостальной поверхности прикреплены остеокластам. На поверхности костных трабекул располагались единичные остеокласты и уплощенные остеобласты, что свидетельствовало о завершении перестроечного процесса (рис. 3, в). К этому сроку структурировалось кровообращение новообразованных костных тканей. На поперечных срезах бедренной кости были отмечены увеличение толщины и разреженность костного вещества корковой пластинки, которая имела фестончатый край со стороны периоста (рис. 3, б).

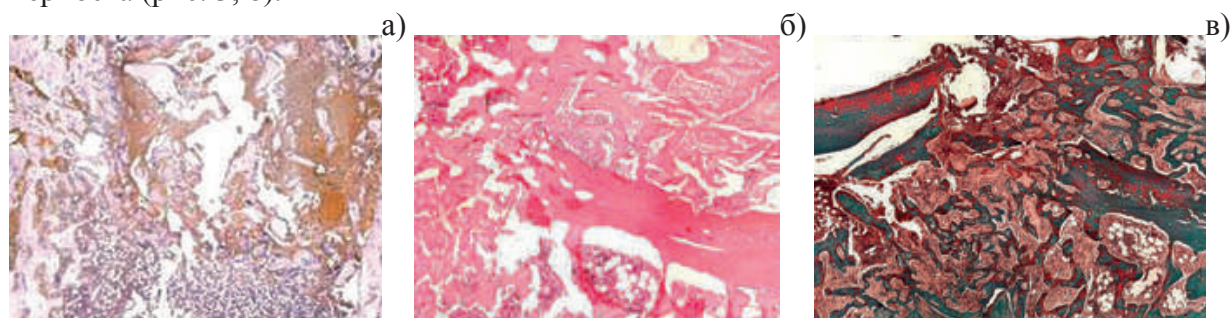


Рис. 3. Гистотопографическая и морфологическая картина костных структур на 120-е сутки после санитрующей операции: сканограммы гистотопографических препаратов (аксиальный срез) (а) и проксимального отдела ветви нижней челюсти (поперечный срез) (б), пластинчатая костная трабекула с уплощенными неактивными остеобластами и единичными остеокластами (в), а, б – сканограммы гистотопографических целлоидиновых



срезов, окраска по Ван-Гизону, ув. 1,5×; в, – целлоидиновый срез, окраска гематоксилином и эозином, об. 10×, ок. 10×

Выводы: Результатом изучения динамики остеогенеза в условиях деструктивного гнойного остеомиелита при санации инфекционного очага с применением активного биоситала и антибактериального спейсера приводит к укреплению подсаженных материалов, улучшает течение репаративных процессов. Особенностью течения инфекционного процесса в костных структурах при применении биоситала и антибактериального спейсера является этапность, заключающаяся в неизбежном прохождении стадий резорбции, васкуляризации, репаративной регенерации и окончательной перестройки кости. Благоприятным завершением инфекционного процесса является органотипическое восстановление шейки суставной головки в срок 120 суток после санирующей операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пат. № 2494468 РФ. Способ моделирования острого гнойного деструктивного остеомиелита у лабораторных животных / Г.Г. Дзюба, С.А. Ерофеев, Ю.В. Чернигов и др.; опубл. 27.09.2013.
2. Пат. № 138352 РФ. Однокомпонентный цементный антибактериальный спейсер тазобедренного сустава / Ю.В. Чернигов, С.Ю. Чернигов, С.В. Чернигова и др.; опубл. 10.03.2014.
3. Majzoub J., Ravida A., Starch-Jensen T., Tattan M., Suárez-López Del Amo F. The Influence of Different Grafting Materials on Alveolar Ridge Preservation: a Systematic Review. J Oral Maxillofac Res. 2019;10(3):e6. doi: 10.5037/jomr.2019.10306.
4. Brånemark R.P., Hagberg K., Kulbacka-Ortiz K., Berlin Ö., Rydevik B. Osseointegrated percutaneous prosthetic system for the treatment of patients with transfemoral amputation: a prospective five-year followup of patient-reported outcomes and complications. J Am Acad Orthop Surg. 2019;27(16):e743-e751. doi: 10.5435/JAAOS-D-17-00621.



НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ И СИСТЕМА ЦИТОКИНОВ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ.

Зупаров К.Ф., Турсуметов А.А.,
Низамова М.З., Самаридинова Д.Ю., Рахматуллаева Д.М.
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) составляют до 20-22% от всех наружных грыж живота и по частоте занимают второе место после паховых. Свыше 5% всех лапаротомий осложняются формированием послеоперационных вентральных грыж. [4,5] Принципиально важным условием успешного лечения больных послеоперационными вентральными грыжами признается необходимость оценки иммунологической реактивности как до операции, так и в послеоперационном периоде. [1,2,3]

Целью исследования явилось изучение белков острой фазы и уровней про- и противовоспалительных цитокинов у больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материалы и методы исследования: В период 2018-2021 годов было выполнено проспективное исследование у 80 пациентов послеоперационными вентральными грыжами. В исследование было включено 15 мужчин (18,8%) со средним возрастом $56 \pm 2,46$ лет и 65 женщин (81,2%), средний возраст которых составил $60 \pm 1,32$ лет. Контрольную группу составили 30 здоровых волонтеров. Критериями включения в данную группу было наличие послеоперационной вентральной грыжи у больного, давшего согласие на проведение иммунологического обследования и плановое оперативное лечение в клиниках ТашПМИ с применением полипропиленового сетчатого имплантата фирмы «Линтекс», Эсфил стандарт и Эсфил легкий (Россия, Санкт-Петербург). Иммунологические исследования проводились определением уровня сывороточных цитокинов (ИЛ-1 β , ФНО- α , и ИЛ-4), С-реактивного белка и лактоферрина методом ИФА («Цитокин», СПб).

Результаты и выводы исследования: Проведенные исследования показали, как изменяется исходный иммунный статус: повышается содержание всех изученных провоспалительных цитокинов и уровня ИЛ-4. Так концентрация ИЛ-1 β увеличивается в 4,6, ФНО- α - в 7, а ИЛ-4 - в 3,6 раза. Возможно более значительное повышение уровня ФНО- α связано с его более выраженным системным эффектом. Известно, что, СРБ взаимодействуя с Т- лимфоцитами, фагоцитами и тромбоцитами, регулирует их функции при воспалении. Уровень С-реактивного белка у больных с послеоперационными вентральными грыжами в 1,6 раза выше контрольных значений ($p < 0,01$), а уровень лактоферрина – одного из показателей врожденного иммунитета и являющегося также белком острой фазы – снижен ($420,2 \pm 27,3$ нг/мл) по сравнению с значениями контрольной группы ($536,2 \pm 32,4$ нг/мл) т.е. в 1,27 раза.

Таким образом, развитие ПОВГ сопровождается повышением уровня как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, а также разнонаправленным значением белков острой фазы, т.е. свидетельствуют о дисбалансе между Th₁ и Th₂ типами иммунного ответа.

Литература:

1. Абалян А. К., Айдемиров А. Н., Вафин А. З. Наш опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019. №1-1.
2. Абдумажидов Абдугафур Шукурович, Зупаров Камолиддин Фархадович, Суюнова Мухлиса Асатилла кизи. Профилактика и лечение нагноения ран у больных пожилого и старческого возраста с ущемлёнными вентральными грыжами // Новый День в Медицине, Бухара. 2021. №6 (38/1).
3. Антонова Н.А., Лазарев С.М. Профилактика послеоперационных осложнений и рецидивов грыж передней брюшной стенки у больных с метаболическим синдромом //



Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2019. Т. 178. № 1. С. 49-54.

4. Зупаров К.Ф., Турсуметов А.А., Файзуллаева Н.Я., Аскарлов Т.А. Клинико-иммунологические аспекты диагностики и лечения послеоперационных вентральных грыж // Журнал теоретической и клинической медицины. Ташкент 2021 №2.

5. Имангазинов С.Б., Каирханов Е.К., Казангапов Р.С. Послеоперационные вентральные грыжи. Хирургическое лечение и профилактика раневых осложнений. Обзор литературы // Наука и здравоохранение. 2019. №1.



ВАТАНИМИЗДА ЎСАЁТГАН ШИФОБАХШ НЕЪМАТ - ОЛЧАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Козокова Кундузой Шарифовна
Абу Али ибн Сино номидаги жамоат
саломатлиги техникуми
«Хамширалик иши» фани уқитувчиси
+998906201097

Агар доимо соғу-саломат юрай десангиз, ҳовлингизга бир тупгина олча экиб қўйсангиз кифоя. Чунки бу меванинг ўта шифобахшилиги қадимдаёқ одамларга маълум бўлган. Олча гули солиб дамланган чой, шохларидан тайёрланган қайнатма ва барглариинг дамламаси милк яллиғланган пайтларда, томоқ оғриганда, бадан куйганда, оғиз ва томоқни чайиши ҳамда куйган жойларга малҳам сифатида қўйиш учун ишлатилади. Илдизидан тайёрланган қайнатмасургидорисифатидақўлланилади. Халқтабобатида олча сувинибронхит, трахеит ва шамоллашга алоқадор бўлган касалликларда балғам кучирувчи, иситмани туширувчи восита сифатида тавсия этилади. Шунингдек олчадан тайёрланган шарбатлар иштаха очади, камқонликда даво бўлади. Халқ табобатида эса ичбуруғ, ичак шамоллаши ҳам олча ёрдамида тўзатилади. Олча меваларида глюкоза, фруктоза, сахароза, гемицеллюлоза, клетчатка,

пектин, оксил моддалари ва ёғлар бор. Шунингдек унда кўпгина витаминлар ҳамда калий, кальций, магний, натрий, темир, йод, марганец, мис, фтор, рух сингари микроунсурлар мавжуд. Замонавий тиббиётда олчадан турли яллиғланишларга қарши таъсир кўрсатадиган антисептик, анемия ва склерозга қарши восита тариқасида фойдаланилади. Бу мева таркибидаги кумаринлар ва оксикумаринлар қон иувчанлиги кўпайиб кетганда ажойиб самара беради. Шу жиҳатдан олча миокард инфарктини бошдан кечирганларга фойдалидир. Меваларида буриштирувчи таъсир кўрсатадиган ва ичакдан захарли моддалар сўрилишини камайтирадиган пектин моддаси бор. Олча меваси чанқоқни босади, овқат ҳазмини яхшилайдди, ични юмшатади. Унинг уругидан тайёрланган эмульсия сийдик тош касаллиги, сурункали колит, ичак атониясига даво қилишида ишлатилади. Сутда қайнатилган янги барглари сариқ касаллиги (гепатит) да яхши наф беради. Олча меваси, барг ва новдаларидан тайёрланган қайнатма ревматизмга ққарши ва қон тўхтатувчи восита саналади. Бу қайнатма тузғуқдан кейинги камқонликда қувват бахш этади.

Олча мевасининг мағзи ва суви антисептик хоссага эга бўлиб, микробларга қарши кучли таъсир кўрсатади, тери таносил касалликларини даволашда ҳам беморларга буюрилади. Мева қайнатмаларини тайёрлаш ва ишлатиш усуллари қуйидагича:

1. Икки ош қошиқ олча меваси солинган сирли идишга 400мл қайноқ сув қуйинг. Катта тоғорадаги сувда идишни билан 30 дақиқа қайнатинг. Кейин идишни сувдан олиб, қайнатмани совитинг. Қувват бахш этувчи сифатида овқатдан олдин кунига 0,5 стакандан 2-3 маҳал ичинг.

2. Сирли идишчадаги 10г олча меваси устига 200мл қайноқ сув қуйинг. Юқоридаги сингари идишдаги сув ичида 10 дақиқа қайнатинг. Совутиб докадан ўтказинг. Бу қайнатма гипертония, ич кетиш, баданга иши бўлганда ва сийдик тош касаллигида беморларга оз-оздан ичирилади. Уй шароитида олча мевасидан қуйидагича усулда турли ичимликлар ҳам тайёрлашингиз мумкин:

3. «Олчажон» қуюк шарбати: Майин қилиб эзилган 50г олча, 10г олчали шарбат, 40г сутни коктейл қориштиргичда 30 сония аралаштириб, стаканга қуйиб олинадди ва устига 50г мевали музқаймоқ қўйилади

4. Олчали кисел: Олчани тозалаб, совуқ сувда ювинг. Данагидан ажратиб устига шакар сепинг ва 1,5 соатча қолдириг. Суви кўпроқ ажралаиши учун олча кўпроқ аралаштирилади ва бироз қайнатинг сўнгра докадан сузиб олинг. Тайёр киселга олча суви аралаштирилади. Озроқ шакар ва 2ош қошиқ крахмал бу хушхўр ичимликни тайёрлашимиз мумкин.

5. Олча-ўрик компоти: Тенг микдорда нордон олча ва ширин урик олинди, совуқ сувда ювилади. Сирли идишда шакар эритилгач, тайёр мевалар солиб 10 дақиқа қайнатилади. Идиш қопқоғи ёпик ҳолда совитилади. Дастурхонга тортиш олдида стаканларга қуйиб муз бўлаклари солиб берилади.



6. Олча-олма салкин ичимлиги: Олчани тозалаб, совук сувда ювинг ва данагини ажрвитиб ликопчага солинг. Олча данаклари устига 2 стакан кайнок сув куйиб кайнатинг ва тинигач шакар солиб, аралаштирилади, кейин тозалаб туграб куйилган олма солинади. Олма юмшагунча паст оловда 10 дакика кайнатинг. Сунг таксимчадаги олчани кушиб яна бироз кайнатинг ва оловдан олиб совитинг. Олчанинг таркибидаги витамин А (ретинол) куришини яхшилайдди, тери ва шиллик каватлар химоясини таъминлайди.

Бу витамин спортчилар учун жуда зарур, жигар, тухум, пишлоқ, сарёғ, сметана, тиббий балик ёғи, сабзи, урик, кизил калампир, наъматак, шовул, каймоқ, сут, кук нухатда булади. Олчанинг таркибидаги витамин К-қон ивишини меъёрлаштиради. Карам, помидор, жигар ва исмалоқ таркибида мавжуд.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. «Саломатлик» газетаси – Навоий . 2022 №11.
2. «Соглом турмуш тарзи» Н-2021 №4



СОГЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИНИНГ ШАХС БАРКАМОЛЛИГИНИ ШАКЛЛАНТИРИШДАГИ УРНИ.

Туракулова Сурайё Равшановна

Абу Али ибн Сино номидаги жамоат

саломатлиги техникуми

«Хамширалик иши» фани катта уқитувчиси

+998900897479

Саломатликни саклаш ва шакллантиришдаги биринчи даражали рол даставвал шахснинг узи, турмуш тарзи, уз организми, кадриятлари, унинг ички оламидаги уйғунлик ва атрофдагилар билан муносабатига тегишлидир. Эрта бугундан бошланади, шунинг учун соғлом авлод тарбиясини таъминлашни жамиятнинг хал килувчи, муҳим бугини ҳисобланмиш соғлом ва мустаҳкам оилаларни ташкил этиш учун зарурий шароитни яратишдан бошламок даркор. Демакки, бугунги долзарб вазифа ёшлар орасида гиёҳвандлик, ахлоқсизликни олдини олишни кузда тутувчи соғлом турмуш тарзи тамойилларини тарғиб қилиш юзасидан чора-тадбирлар мажмуини амалга ошириш лозим. Хар бир булғуси ота-она фарзандига болаликданок, уз саломатлиги учун узи масъул эканини, уни шифокорлар зиммасига юкламаслик, узининг организмига бефарқ булмасликни сингдирмоғи лозим. Шундагина бола уз соғлигини саклаш ва мустаҳкамлаш эҳтиёжи ҳамда мажбуриятини ҳис этиб улғаяди.

Соғлом турмуш тарзини давлат даражасида тарғиб этиш, мажмуавий муаммоларнинг тизимли хал этилиши, хар бир фуқаронинг саломатлик маданиятига шахсий масъулиятли муносабатини шакллантириш узок муддатли ва сифатли ҳаётни таъминлайди. Шу муносабат билан айни дамда эътиборни қуйидаги устувор вазифалар ечимига қаратмок даркор:

- атроф муҳитнинг ушиб келаётган авлод саломатлигига салбий таъсирини юмшатиш;
- сув ва тупроқдаги микроэлементларнинг танқислигини бартараф этиш;
- техноген омилларининг барча тирик мавжудотларга таъсирини сусайтириш;
- таълим ва меҳнат шароитларини яхшилаш ва х-к.

Шу вақтгача соғлом турмуш тарзи тушунчаси саломатликка эришишнинг ягона воситаси ва мажбурий шарт сифатида чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш, кам ҳаракатли турмуш тарзига қарши курашни тарғиб этиш ҳисобланиб, турли-туман моделлар қуринишида уларни ечиш кузда тутилганди. Бу моделлар умумий тавсия ҳаракатига эга бўлиб, узлуксиз таълим тизимида амалга оширилаётган саломатликни босқичма-босқич шакллантириш жараёнининг қонунийлигини, аҳолининг турли ёш гуруҳларини соғлом турмуш тарзи (СТТ) малакаси ва билимларига мақсадли ургатиш муаммосини мажмуавий тарзда хал қилишга йуналтирилган саломатликни сакловчи технологияларни қуллашни инобатга олмай, балки умуман аҳолининг хабардорлик даражасини оширишга асосланганди.

Гудаклик, болалик ва усмирлик еши - ушиб келаётган авлод ҳаётини фаолиятидаги барча, хусусан:

- биологик-физиологик;
- психологик-педагогик;
- ижтимоий-сиёсий;
- экологик;

ахлоқий-маънавий аспектларнинг шаклланишида бирмунча муҳим даврдир. Ахлоқан ва маънавий етук, жисмоний ҳамда психологик соғлом болани тарбиялаш-мана хар бир ёш гуруҳи учун СТТ ни шакллантиришнинг асосий таркибий жараёни нималардан иборат экан. СТТ нинг қуйидаги сифатларини:

- шахсий гигиена қоидаларига риоя этиш;
- соғлом турмуш тарзини кечириш;
- мотивация;
- эҳтиёж,
- қизиқиш
- булғуси авлод саломатлигини таъминлашга интилиш;
- узининг саломатлигига онгли муносабатни шакллантиришни амалга ошириш давр тақозоси.



Жамиятнинг замонавий даражадаги ижтимоий буюртмаси эса барчамиздан:

-тизимли тафаккур асосларини эгаллаган, саломатликни сақлаш бўйича -етишмаётган билимларни тулдиришга лаёқатлилик, билимларини ўзи ва бошқалар манфаати йулида ишлата ола билиш;

- ўзининг жисмоний, психологик ва ижтимоий саломатлигига тааллуқли шахсий ҳаётини муаммоларини мустақил аниқлай олишга қодирлик;

- мотивация (саломатлик маданияти) шаклланишининг инсоннинг маҳсулдор ва фаол ҳаёт кечириши учун асоси сифатида саломатликни тиклаш, сақлаш ва мустаҳкамлашдаги зарурияти ва аҳамиятини тушунтириш;

- биринчи навбатда, ўзи, атрофидагилари, яқинларининг шахсий саломатлигига оғли ва масъулиятли муносабатини шакллантиришда иштирок этишни талаб қилади.

Шундай экан, ўзлуксиз таълимнинг турли босқичларида таълим олувчи мугахассислар қуйидаги мақсадли йуналтирилган вазифаларни бажаришлари лозим:

Таълимий

Тарбиявий

Ривожлантирувчи

Согломлаштирувчи

Олдиндаги мустақил ҳаётга тайёрловчи.

Саломатлик маданиятининг шаклланиши, инсоннинг бутун ҳаёти давомида шахсий қучланишига таянч билан ўзининг потенциалини оширишга йуналтирилган илмий тадқиқотлар шундай ҳулоса чиқариш имконини бери: саломатлик - бу шундай чуқуқки, ҳар бир инсон ўни шахсан ўзи забт этади. Ҳар бир шахсни бунга ургатиш мақсади эса таълимий-тарбиявий иш жараёнида барқамол авлодни тарбиялаш, шунингдек, саломатликни сақловчи технологияларни таъминлаш йули билан болаларнинг жисмоний ва психик соғлигини муҳофаза қилиш ва мустаҳкамлаш ҳисобланувчи ўзлуксиз таълим ва тарбия тизими томонидан чақирилган. Бу йуналишда биринчи қадам бўлиб замонавий жамиятда соғлом турмуш тарзи туғрисидаги тасаввурларни қелгусида , саломатлик ва соғлом турмуш тарзининг янги тасаввурларини шакллантириш мақсадида аниқлаштиришга ҳизмат қилиши мумкин. Шу муносабат билан нафакат саломатликни сақлаш муҳитини яратувчи, балки СТТ ни саломатликнинг кадрига нисбатан масъулиятли муносабат ва ўзининг зарурлигига ишониш қерақлигига шахсан тушуниш орқали шакллантириш асосида тарғиб қилишни амалга оширувчи таълим муассасаларининг ижтимоий роли янада ортади.

Ҳулоса тарзида шуни айтиш мумкинки, саломатлик-бу қадрият, инсоннинг асосий захираси эса ўзининг турмуш тарзи ҳисобланади. Нафакат ота-она, балки болаларга таълим берувчи шахс - у тарбиячи буладими, педагог буладими - саломатликни ўз-ўзини ифодалаш ва ўз-ўзини такомиллаштириш воситаси, бу эса шахс шаклланишидаги муҳим шартлардан бири эканлигини ағлаш асосида фаолият юритишлари мақсадга мувофиқдир.

Фойдаланилган адабиётлар рўйҳати:

1.Ишмуҳамедов Р. Инновацион технологиялар ёрдамида таълим самарадорлигини ошириш йўллари. –Т . 2019 й

2.Таълим ва тиббиёт 2021 №4

3.Саломатлик газетаси №22 2022й

4.Педиатрия журналы Т2010й

ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ ТАДКИКОТЛАР: ДАВРИЙ АНЖУМАНЛАР: 18-ҚИСМ

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

Эълон қилиш муддати: 31.10.2022

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