



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASIGA 100 YIL



TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASIGA 100
YIL

Toshkent tibbiyot akademiyasi tashkil etilganining
100 yilligiga bag'ishlangan

**“Toshkent tibbiyot akademiyasiga 100 yil – buyuk ishlar va yangi
kashfiyotlar davri”**

mavzusidagi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami

Сборник материалов научно-практической конференции с международным
участием, посвященной 100-летию Ташкентской медицинской академии,
**«100 лет Ташкентской медицинской академии – эпоха больших
свершений и открытий»**

Collection of materials of the scientific and practical conference with
international participation, dedicated to the 100th anniversary of the Tashkent
Medical Academy,

**"100 years of the Tashkent Medical Academy – the era of great
achievements and discoveries"**



Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию Ташкентской медицинской академии,
«100 лет Ташкентской медицинской академии – эпоха больших свершений и открытий»

2022 год
г. Ташкент, Узбекистан

Toshkent tibbiyot akademiyasi tashkil etilganining 100 yilligiga bag'ishlangan

“Toshkent tibbiyot akademiyasiga 100 yil – buyuk ishlar va yangi kashfiyotlar davri” mavzusidagi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani materiallari to'plami

2022 yil
Toshkent sh., O'zbekiston

Collection of materials of the scientific and practical conference with international participation, dedicated to the 100th anniversary of the Tashkent Medical Academy,

"100 years of the Tashkent Medical Academy – the era of great achievements and discoveries"

2022
Tashkent, Uzbekistan

Выводы. Установлено, что термография позволяет точно установить локальное повышение температуры в очаге воспаления дать картину её распространённости на ранних этапах развития патологического процесса, когда это невозможно уловить рентгенологическими исследованиями. Температурный перепад между зоной воспаления и симметричным участком лица у детей и взрослых отличается, возможно, это обусловлена особенностями строения кожи, мягких тканей лица, его кровоснабжения и обменом.

БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОҶА ЎСМАЛАРИ ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ТУРЛИ ДАВРЛАРИДА САФРОДАГИ БИЛИРУБИН КОНЦЕНТРАЦИЯСИ ЎЗГАРИШИНИ ДИНАМИКАДА ЎРГАНИШ

Арипова Н.Ў.^[1], Матмуратов С.К.^[2], Бабаджанов Ж.К.^[2]

^[1]Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон

^[2]Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч Филиали, Урганч, Ўзбекистон

Долзарблиги. Механик сариқлик (МС) - ўн икки бармоқли ичакка сафронинг тўлик ёки қисман тўхташи натижасида ривожланадиган, турли даражадаги сафро йўлларининг тикилиб қолиши натижасида юзага келадиган патологик ҳолат. Синдромга олиб келадиган патологик ҳолатнинг асосий намоён бўлиши, уларда билирубин тўпланиши туфайли тананинг турли тўқималарининг сарғайишидир.

Мақсад. МСнинг турли даврларида сафродаги билирубин концентрацияси ўзгаришини динамикада ўрганиш.

Материал ва тадқиқот усуллари. Билиопанкреатодуоденал соҳа (БПДС) ўсмалари оқибатида келиб чиққан механик сариқлик билан касалланган 41 нафар бемор текширувдан ўтказилди. Шулардан 27 таси эркак (65,5%), аёллар - 14 (34,5%) тани ташкил қилди. Эркаклар ва аёллар нисбати 1,9:1. БПДС ўсмалари эркакларда кўпроқ учради. Беморларнинг катта қисми 60 ёшдан 74 ёшгача, шу жумладан 13 ёшдан 44 ёшгача (15,5%), 45 ёшдан 59 ёшгача -(29,8%), 60 ёшдан 74 ёшгача - 37 ёшгача бўлганлар (44,0%), 75 ёшдан катта -(10,7%) ташкил қилди. Беморларнинг ўртача ёши $59,1 \pm 2,30$ йил ($p < 0,05$).

Натижалар. МС давомийлигига қараб сафродаги билирубин ўзгаришларни аниқлаш учун беморлар уч гуруҳга бўлинди.

1-гуруҳ таркибида механик сариқликнинг давомийлиги 15 кунгача бўлган 4 та бемор, 2-гуруҳга 15 дан 30 кунгача давом этадиган ўт йўлларининг механик обструкцияси бўлган 14 та бемор, 3-гуруҳга 23 та МС 1 ойдан кўпроқ давом этган беморлар ташкил қилди.

Сафро таркибидаги билирубин тери оркали жигар оркали холангиостоме (ТЖХС) қўлланилгандан кейинги биринчи кунида текширилди. Сафро йўлларида механик обструкция туфайли билирубин алмашинувининг бузилиш чуқурлиги ҳам механик сариқликнинг давомийлигига боғлиқ ҳолда ўзгарди. 1-гуруҳдаги беморларда сафрода билирубин миқдори $34,2 \pm 3,3$ мг% ни, 2-гуруҳдаги беморларда $55,1 \pm 14,7$ мг%, 3 -гуруҳдаги беморларда эса $71,5 \pm 8,6$ мг% ташкил қилди. 1-гуруҳдаги беморларда сафрода билирубин миқдори қолган иккитасига қараганда паст бўлди. Беморларнинг 3-гуруҳида сафро таркибидаги билирубиннинг юқори миқдори сафронинг энг катта токсиклигини кўрсатади.

Хулоса. МС нинг турли даврларида сафродаги билирубин концентрацияси ўзгаришини динамикада ўрганиш шуни кўрсатдики, МС билан касалланган беморлар эрта даврларида аниқланиб шифохонага мурожаат қилиниши сафро таркибидаги билирубиннинг организмга токсик таъсирини камайтиради.

САФРО СОРБЦИЯСИДАН ФЙДАЛАНГАНДА ОБСТРУКТИВ САРИҚЛИК БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЭНДОТОКСИКОЗ ВА САФРОНИНГ КИМЎВИЙ ТАРКИБИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Арипова Н.Ў.^[1], Матмуратов С.К.^[2], Бабаджанов Ж.К.^[2]

^[1]Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон

^[2]Тошкент Тиббиёт Академияси Урганч Филиали, Урганч, Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Обструктив сариклик билан оғриган беморларни даволаш қорин бўшлиғи жарроҳлигининг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Обструктив сариклик одатда аниқ оғрик синдроми билан бирга келмайди, лекин кўпинча холангит ёки жигар етишмовчиликнинг ривожланиши билан мураккаблашади. Натижада, сариклик авж олган вақтда бажариладиган жарроҳлик аралашувлар кўп сонли асоратлар билан кечади ва операциядан кейинги ўлим 15-30%га етади, бу операциядан олдин обструктив сарикликни бартараф этиш ҳолатларга қараганда 4 баробар кўпдир. Ҳозирги вақтда обструктив сарикликнинг коррекциялаш жарроҳлик усулларининг арсенали жуда катта ва қуйидагиларни ўз ичига олади: эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ); механик литотрипсия ва литоэкстракция; назобилиар дренаж; умумий ўт йўлининг эндоскопик стентлаш; ўт йўллари ва ўт пуфагининг тери орқали жигар орқали дренажланиши; ўт йўллари декомпрессия қилиш учун лапароскопик ёрдам ва очиқ паллиатив ва радикал операциялар. Бу усулларнинг ҳар бири ўзининг афзалликлари ва камчиликларига эга, улар бажарилишининг нисбатан соддалигидан, минимал нархидан, операциядан кейинги асоратларнинг паст даражасидан ва ўлимдан, қиммат ускуналар ва сарф материалларидан фойдаланиш зарурлигига билан фарқланади. Бундан ташқари, обструктив сарикликнинг коррекциялаш учун юқоридаги операцияларнинг ҳаммаси ҳам умумий жарроҳлик шифохоналарида мавжуд эмас.

Мақсад. Тиббий ёрдамнинг турли босқичларида обструктив сариклик билан оғриган беморларни даволашда ёндашувларни оптималлаштириш.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Биз билиопанкреатодуоденал соҳа (БПДС) ўсмалари натижасида келиб чиққан обструктив сарикликга чалинган 43 нафар беморни текширдик, беморлар икки гуруҳга булинди: асосий ва контроль. Асосий гуруҳ 27 нафар, контроль гуруҳ 16 нафар бемор ташкил қилди. Ҳар бир беморда тери орқали жигар орқали холангиография (ТЖХГ) ва тери орқали жигар орқали холангиостома (ТЖХС) ўтказилди, аммо ташқи дренаж орқали ажратилган сафро Лигнов сорбентидан фойдаланиб токсик ва балластли моддалардан олдиндан тозаладик. Кейинчалик, беморлар тозаланган сафрони оғиз орқали қабул қилишди.

Натижалар. Беморларнинг биринчи гуруҳида, ТЖХС қўлланилишидан олдин қон зардобидаги ИЛ-6 концентрацияси одатдагидан юқори бўлиб, ўртача $152,65 \pm 16,3$ пг/мл ни ташкил этди. ТЖХС ни сафрога қўллаганидан сўнг дарҳол ушбу кўрсаткич ўртача $68,58 \pm 7,24$ пг/мл ни ташкил этди. Кузатув охирида қонда ИЛ-6 даражасининг пасайиши биринчисига нисбатан 64,4%, сафрода эса 54,3% ни ташкил этди ($p < 0.001$). Беморларнинг иккинчи гуруҳида ТЖХГ қўлланилгандан сўнг ИЛ-6 концентрацияси қон зардобида ўртача $151,52 \pm 14,2$ пг/мл, сафрода эса $67,43 \pm 9,14$ пг/мл ни ташкил этди. Сафро сорбциясидан кейин қон ва сафрода ИЛ-6 нинг дастлаб юқори концентрацияси дастлабки даражадан 75,7% ($36,81 \pm 4,4$ пг/мл) ва 73,9% ($17,57 \pm 2,2$ пг/мл) га камайди. Сафро сорбциясини терапевтик комплексга киритиш қон зардобида ($p < 0.01$) ва сафрода ИЛ-6 концентрациясини сезиларли даражада ўзгартирди.

Хулоса. Ушбу гуруҳдаги беморларда қон зардобида ва сафрода параметрларнинг динамикаси сафро сорбциянинг сезиларли самарадорлигини кўрсатади. Дастлаб эндотоксикознинг юқори кўрсаткичлари, масалан ўрта молекуляр пептидлар, ўсма некроз омили альфа, интерлейкин-6 ва билирубин танадан сафро сорбцияси йўли билан чиқарилди, бу эса танадан токсик моддаларни олиб ташлашга имкон берди. Асосий гуруҳдаги беморларда қон зардобида ва сафрода урта молекуляр пептидларни ўрганиш, уларни назорат гуруҳига қараганда сафро билан тезроқ йўқ қилинишини аниқлади. Сафрода урта молекуляр пептидлар концентрациясининг ошиши унинг қон зардобида пасайиши билан бирга кечди.