

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
TERMIZ FILIALI**



**“TIBBIYOTDAGI ZAMONAVIY ILMIY
TADQIQOTLAR: DOLZARB MUAMMOLAR,
YUTUQLAR VA INNOVATSIYALAR”
MAVZUSIDAGI XALQARO ILMIY-AMALIY
KONFERENSIYA**

MATERIALLARI TO‘PLAMI

2022-yil 13-may

TERMIZ – 2022

ахамиятга эга. Ўткир фаза оқсиллари турлича бўлиб, уларни “ижобий” ва “салбий” гуруҳга ажратиш мумкин. Бу моддалар жигар яллиғланишида кўпайиши, баъзилари эса, аксинча камайиши мумкин. Масалан, биринчи гуруҳга С3 комплемент, $\alpha 1$ –гликопротеин (орозомукоид), церулоплазмин, фибриноген, гаптоглобин, зардоб Р амилоиди, С–реактив оқсил, тенасцин, липополисахарид–боғловчи оқсил, шунингдек кўпгина протеиназалар ва уларнинг ингибиторларини киритиш мумкин. Иккинчи, негатив ўткир фаза оқсилларига эса альбумин, преальбумин, трансферрин, липокалин, фибронектин ретинолбоғловчи оқсил, кининоген, прекаликреин, ангиотензиноген ва бошқа моддалар киради. Баъзи муаллифлар кўшимча ўткир фаза нейтрал оқсилларини ажратадилар. Бу гуруҳга антителолар ёки иммуноглобулинларнинг асосий синфлари (IgA, IgG, IgM) и $\alpha 2$ – макроглобулин киритилади. Цитокинлар туғма ва орттирилган иммунитет, гемостаз, гемопоэз ва бошқа организмнинг гомеостази ва химоя вазифаси орасида боғловчи бўлиб хизмат қилади. Цитокинларнинг кўп қисми жигарда синтезланади. Масалан, IL–1 ўткир фаза оқсиллар синтезини стимуллади. Шунингдек, Т-лимфоцитларни фаоллаштиради, макрофагларни стимуллади. IL–2, IL–3, IL–6, TNF– α . IL–1 синтези бошқа цитокинлар синтезини фаоллаштириши маълум. Бу цитокинларга IL–4, IL–5, IL–6, IL–7, IL–8, TNF– α , TNF– β , IFN– β , GM–CSF (гранулоцит–моноцит–колониестимулловчи омил) киради. Жигар касалликларида аъзонинг функционал ва структур ўзгаришлари метаболизм издан чиқишига, шунингдек организм иммун статуси издан чиқишига сабаб бўлади. Адабиётларда бу ўзгаришларга бағишланган маълумотлар кам ва қарама–қарши фикрлар билдирилган. Иммун тизимнинг жигар етишмовчилигидаги ахамиятига оид тадқиқотлар жигар патологиясида иммуномодуляторларнинг таъсирини ўрганишга ёрдам беради.

КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ ВА ГИПОКСИК ГЕПАТИТ

Паттахова М.Х., Муталов С.Б.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Гипоксик гепатитнинг сабаблари турличадир. 90% ҳолатларда бу касалликка юрак етишмовчилиги, нафас етишмовчилиги ва сепсис сабаб бўлмоқда [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Бу ҳолат кўпинча критик ҳолатдаги беморларда учрайди. Касаллик патогенезида системали гипоперфузия ва ишемия ётади. Гипоксик гепатит натижасида жигар хужайраларида централобуляр некроз юзага келади. Охир оқибатда организмдаги ўзгаришлар аланинаминотрансфераза ва аспартатаминотрансферазалар миқдорининг кескин ошишига олиб келади. Сўнгги вақтларда гипоксик гепатит ўткир жигар етишмовчилигининг асосий сабабчиси сифатида кўрсатилмоқда. Шунингдек, бу ҳолат интенсив бўлимларда даволанаётган беморларнинг 10% да учраши қайд этилмоқда. Гипоксик гепатит юзага келган ва вазопрессор терапия қабул қилаётган беморларда ўлим кўрсаткичи юқорилиги ҳақида адабиётларда маълумотлар мавжуд. Асосий олиб келувчи сабаблар кўп бўлсада, бу юрак зарб хажми камайиши ва септик шок билан боғлиқ деб кўрсатилмоқда. Гипоксик гепатитнинг асоратлари – бу спонтан гипогликемия, гепатопульмонал синдром ва гипергаммиемия натижасида келиб чиққан нафас етишмовчилигидир. Асосий касалликни даволаш натижасида гипоксик гепатит регрессия бўлади. Ҳозирги кунда гипоксик гепатит билан касалланган беморларга жигар фаолиятини тиклаш учун махсус даво чоралари ишлаб чиқилмаган. Бу ҳолатда даволаш ишлари асосий касалликни даволашга қаратилган бўлиши лозим.

COVID-19 касаллигида юзага келувчи ОРДС ҳолати интенсив даво талаб қилувчи ҳолат ҳисобланади. Бу ҳолатда ўпкалар инвазив вентиляцияси, ПДКВ ва зурур ҳолатларда вазопрессорлар қўлланилади. Бу омиллар ОРДС да гипоксемия ва гиперкапния натижасида ўпка томирлари юқори қаршилиги ва ўнг қоринча дисфункцияси билан кечиши мумкин. Шунингдек, COVID-19 касаллиги ўпка томирларида тромблар юзага келиши мумкин бўлган гиперкоагуляция ҳолати билан бирга кечиши, бу ўз ўзгаришлар ўнг қоринча етишмовчилиги ва жигар димланишига олиб келиши мумкин. Лекин шуни

таъкидлаб ўтиш лозимки, COVID-19 касаллиги билан боғлиқ бўлган жигарнинг гипоксик ўзгаришлари компенсатор механизмлар ҳисобига ва жигарнинг адекват қон билан таъминланиши ҳисобига нисбатан энгил кечган.

КОМОРБИДНОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И КРИСТАЛЛУРИЧЕСКИХ ДИАТЕЗОВ

Прокопьева О.В., Мазуренко М.В., Дёмкина В.А., Павлова А.А
ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»
Минздрава России, РФ

Введение. Аномалии конституции или диатезы – наследуемое состояние неустойчивого равновесия нейроэндокринной регуляции, обменных процессов и других функций детского организма, которое может привести к необычным, патологическим реакциям на обычные воздействия. Формирование сочетания диатезов объясняется единообразием этиологических пусковых факторов (токсины, лекарства, инфекционные, вирусные агенты или аутоиммунные, метаболические или генетические факторы, нарушения липидного обмена, усиление перекисного окисления липидов, нарушение синтеза простагландинов). Для аллергической патологии характерной особенностью является развитие сопутствующих патологических изменений во многих органах и системах. Под дисметаболическими нефропатиями понимают большую группу нефропатий с различной этиологией и патогенезом, объединенных тем, что их развитие связано с нарушениями обмена.

Цель. Оценить частоту встречаемости аллергического диатеза у детей с кристаллурическими диатезами.

Материалы и методы. Проведен анализ 109 историй болезней пациентов раннего и дошкольного возраста отделения нефрологии ОГАУЗ «Городская Ивано-Матрёнинская детская клиническая больница» за период с 2019 по 2020 год, у которых выявлены признаки кристаллурического диатеза. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Большинство исследуемых относятся к возрастной категории 4-6 лет. Частота аллергического диатеза у детей с кристаллуриями составляет 44%. Дебют кристаллурического диатеза наблюдается в большинстве случаев в раннем возрасте. Основными проявлениями являются: редкие мочеиспускания, периодические боли в животе, насыщенный характер мочи, дизурические явления. У 29% исследуемых кристаллурический диатез протекает бессимптомно. В 68% случаев наблюдается повышение плотности мочи выше 1,028. У 83% пациентов отмечается мочево́й синдром. У 65% детей в моче обнаружены оксалаты, у 14% – фосфаты, у 2% – ураты, у 17% – смешанные соли, у 3% – другие. У 35% пациентов концентрация солей в моче низкая (+), у 43% – средняя (++), у 22% – высокая (+++). В 92% случаев рН мочи составляет от 5,0 до 7,0; у 12% – выше 7,0, у 4% – ниже 6,0. Микропротеинурия встречается в 63%, умеренная лейкоцитурия – в 38%, микрогематурия – в 14%. По данным ультразвукового исследования почек у трети детей обнаруживаются гиперэхогенные включения в паренхиме, чашечно-лоханочной системе без четкой акустической тени.

Впервые проявления аллергического диатеза у половины детей отмечались в первый год жизни. Клиника аллергического диатеза очень разнообразна. Основными проявлениями являются: появление сыпи (особенно зудящей), которая наблюдается у 65% исследуемых, и сухость кожи с ограниченными участками шелушения – у 44%. Гораздо реже встречаются другие симптомы: гиперемия кожи вокруг рта, появляющаяся после кормления и вокруг ануса после дефекации; легкое возникновение и стойкость опрелостей; эпизоды гнойничковых поражений кожи; эпизоды усиленного потоотделения – «потовые кризисы»; «колики» со вздутием живота, обилием газов, неустойчивостью стула, наличием слизи в кале.

XIRURGIYA

~ ХИРУРГИЯ ~ SURGERY ~

ЗНАЧЕНИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЭТИОЛОГИИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ <i>Акназарова С.У., Хайдарова С.Ф.</i>	321
БОЛАЛАРДА СИЙДИК ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭРТА ДИАГНОСТИКАСИ ВА ОПТИМАЛ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ <i>Атамуратов А.К., Ибрагимов Т.М., Ибрагимов А.Р., Вахидов А.Ш.</i>	321
СУРХАНДАРЁ ВИЛОЯТИДА 2020 ЙИЛ СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР БУЙИЧА ВАФОТ ЭТГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЎЛИМ САБАБЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ <i>Мухаммадиев Ф.Н., Бабамуратов А.Р., Шохимардонов Ш.И.</i>	322
DIAFRAGMA QIZILO'NGACH TESHIGI CHURRASIDA LAPAROSKOPIK AMALIYOTLAR NATIJALARI <i>Berkinov U.B., Sattarov O.T. Ermatov B.R.</i>	323
ВНУТРИУТРОБНЫЙ МЕКОНИЕВЫЙ ПЕРИТОНИТ <i>Бобоев М.Ш.</i>	324
МЕКОНИЕВЫЙ ПЕРИТОНИТ – ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ <i>Бобоев М.Ш.</i>	325
QANDLI DABET FONIDA FURNE GANGERENASI. KIRISH. XUSUSIYATLARI. <i>Boboyev Q.X., Qasimov U.K.</i>	326
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Джалилов А.А., Джуманиёзова Д.А., Нурматов Д.Х., Абдурахманов С.Ш.</i>	327
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ МЕКОНИАЛЬНО ОКРАШЕННЫХ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОДАХ <i>Джуманязов С.С., Расуль-Заде Ю.Г.</i>	328
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ <i>Жуманазаров А.У.</i>	329
ВРОЖДЕННАЯ ЧАСТИЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ <i>Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.</i>	330
ЧАСТОТА ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ <i>Ибрагимов А.В., Саттаров Ж.Б.</i>	331
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОКЕРАТОМА И ФЕМТОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В СОЗДАНИИ РОГОВИЧНОГО ЛОСКУТА ПРИ КЕРАТОРЕФРАКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ <i>Иномжоновна М.И., Каримова М.Х.</i>	332
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА НЕНЕДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Исламов Ш.Э., Мухаммадиев Ф.Н., Сагдуллаев Н.Н.</i>	333