

ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

№ 3 / 2022

НОМЕР СОДЕРЖИТ МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«БИОЛОГИЯ, ЭТИОЛОГИЯ
И ФИЗИОЛОГИЯ КОРОНАВИРУСА
COVID -19»

Ташкент, 20 май 2022 г.

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал
3/2022

Журнал основан в 1999 г.

«Специальный выпуск. Часть 1»

Номер содержит материалы Международной научно-практической конференции «Биология, этиология и физиология коронавируса COVID-19»

Ташкент, 20 май 2022 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулаганов А. А.

д.м.н. Абдухакимов А.Н., д.б.н. Аллаева М.Ж., проф. Аминов С.Д., проф. Гулямов Н.Г., проф. Ибадова Г.А., проф. Косимов И.А. (зам.глав.редактора), д.м.н. Отабеков Н.С., проф. Тулаганов Р.Т. проф. Мавлянов И.Р., проф. Маматкулов И.Х. (зам.глав.редактора), проф. Мухамедов И.М., проф. Нарзуллаев Н.У., доцент Сабилов Дж.Р., д.м.н. Таджиев Б.М., д.м.н. Таджиев М.М., д.м.н. Саидов С.А., проф. Иноятов А.Ш., проф. Каримов А.К., к.б.н. Кахоров Б.А., проф. Богдасарова М.С., доц. Зияева Ш.Т. (ответственный секретарь).

Редакционный совет:

акад. Арипова Т.У.,
акад. РАН, Кукес В.Г. (Москва)
акад. Даминов Т.А. (Ташкент)
акад. Тулегенова А.У. (Астана),
акад. Раменская Г.В. (Москва),
акад. Иноятова Ф.И. (Ташкент),

проф. Облокулов А.Р. (Бухара),
проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань),
проф. Гариб Ф.Ю. (Москва),
проф. Мадреимов А.М. (Нукус),
проф. Нуралиев Н.А. (Бухара)
проф. Туйчиев Л.Н., (Ташкент)

Ташкент-2022

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| КИРИШ СЎЗИ..... | 6 |
| 1. EFROIM G, ZARIPOV B, AKHMEDOVA G, NIYOZMETOV V. NUTRITION: INTEGRATIVE APPROACH AND VISION OF FUTURE..... | 9 |
| 2. МАХМУДОВА Л.Б. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 18 |
| 3. ТУРСУНОВА Д.А. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ АҲОЛИСИНИ КОРОНАВИРУСГА ҚАРШИ ПРОФИЛАКТИК ЭМЛАШ ЖАРАЁНЛАРИ НАТИЖАЛАРИ..... | 24 |
| 4. ШУКУРОВ А.Н. РОЛЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ | 29 |
| 5. ABDURAKHMANOVA N.M, AHMEDOV K.S, RAZZAKOVA F.S. INFLUENCE OF POST-COVID-19 INFECTION ON THE LEVEL OF INTERLEUKIN-17 IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS.. | 36 |
| 6. АВЕЗОВ Н.Ш., ҚОДИРОВА Д.А., УСМОНОВА Ш.Т., ШЕРТАЕВ М. М., ХУДОЙБЕРДИЕВА Н.В., МАҚСУДОВА А.Н., БОБОЕВ Қ.Т. КЎКРАК БЕЗИ САРАТОНИ РИВОЖЛАНИШИДА ОНКОСУПРЕССОР TP53 ГЕНИ C>T ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ РОЛИ..... | 43 |
| 7. АВЕЗОВ Н. Ш., ҚОДИРОВА Д.А., УСМОНОВА Ш.Т., ШЕРТАЕВ М. М., ХУДОЙБЕРДИЕВА Н.В., МАҚСУДОВА А.Н., БОБОЕВ Қ.Т. КЎКРАК БЕЗИ САРАТОНИ РИВОЖЛАНИШИДА ОНКОСУПРЕССОР TP53 ГЕНИ ARG72PRO ПОЛИМОРФИЗМИНИНГ РОЛИ..... | 53 |
| 8. АТАБЕКОВ С.Н. ЛЮДИ, ПОДВЕРЖЕННЫЕ ВЫСОКОМУ РИСКУ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19..... | 65 |
| 9. АТАНИЯЗОВ М.К. COVID-19 АССОЦИИРОВАННЫЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ: КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ..... | 70 |
| 10. БУРАНОВА Г. Б., РАҲМАТУЛЛАЕВ Ё Ш., ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ЖАНУБИЙ ВИЛОЯТЛАРИ ШАРОИТИДА ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРНИНГ АСОСИЙ ОЗИҚ МОДДАЛАР БИЛАН ФИЗИОЛОГИК ТАЪМИНЛАНИШИ..... | 79 |
| 11. ГРОМОВА Л. В., КАРИМОВА И. И., НИЯЗМЕТОВ Б. А., АБДУМУТАЛЛИБОВА М. А., ЯНГИБОЕВА О. П., ХАЛИЛЛАЕВА Г. О., ШАРИПОВ Б. О., ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ О РАЗВИТИИ ДИАБЕТА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ПОСЛЕДСТВИЯХ ЭТОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ..... | 85 |
| 12. ИКРОМОВА М.А., ЧУЛИЕВ И.Н., ХАЙРУЛЛАЕВА Л.М., САТТОРОВА И.Я., АСРАРОВ М.И., ИЗУЧЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ И ПРООКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ПРОИЗВОДНЫХ ГЛИЦИРРЕТОВОЙ КИСЛОТЫ..... | 92 |

13. КАХАРОВ Б. А., РАСУЛОВА С. Л., КУЧБОЕВ А.Э., ОЧИЛОВ Р. Х., БЕРДИЕВ Ў. Т. КОРРЕКЦИЯ ИММУННУЮ СИСТЕМУ МОЛОДНЯКА КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА С ТКАНЕВОГО БИОСТИМУЛЯТОРОМ.....99
14. КАЮМОВ Х. Ю., КУЧКАРОВА Л. С., ЭРГАШЕВ Н.А., ЭШБАКОВА К. А., КОМИЛОВ Б. Ж., ЗАКИРОВА Р. Х., МУРТАЗАЕВА Н. П., БЕРДИЁРОВА С.Х. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ БИОФЛАВОНОИДОВ НА РАЗВИТИЕ ПАНКРЕАТИТА.....104
15. KELDIYOROVA Z. D. IMMUNOLOGICAL FEATURES OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN.....110
16. ҚУРБОНОВ Ш.Қ., ҚУРБОНОВ А.Ш., РАҲМАТУЛЛАЕВ Ё.Ш. COVID-19 КОРОНАВИРУСИГА ҚАРШИ КУРАШДА МАҲАЛЛИЙ ОЗИҚ-ОВҚАТ МАҲСУЛОТЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ117
17. КУРБАНОВ Ш.К., ДЎСТЧАНОВ Б. COVID-2019 ДАВРИДА СОҒЛОМ ОВҚАТЛАНИШ124
18. MADIRIMOVA L.O., YUSUPOVA O.B. COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH LIVER DISEASE AND RHEUMATOLOGY.....127
19. МАМАДАЛИЕВА Ш., ШУКУРОВА Р. М., ДЖАББАРОВА Г. М-К., ЮСУПОВА У.Р. COVID-19 НИНГ ҚАЛҚОНСИМОН БЕЗ ФУНКЦИЯСИГА ТАЪСИРИ132
20. МАМАЖОНОВА D.M., SHUKUROV F.I. KORONAVIRUS INFEKTSIYASI KASALLIGINI O'TKAZGAN AYOLLARDA NOMILADORLIK VA TUG'RUQ NATIJALARINING RETROSPEKTIV TANIILI140
21. МУХАМЕДАЛИЕВА Н.М.ИНТЕГРИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ЗНАЧЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА И СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ146
22. НАЗАРОВ Г.А., ВЫПОВА Н.Л., САЛИХОВ Ш.И., БАРАТОВ К. Р., ТАГАЙАЛИЕВА Н. А. ВЛИЯНИЯ СУБСТАНЦИИ ПРЕПАРАТА САФИНОЛ НА ПЛАЗМЕННЫЙ ГЕМОСТАЗ КРОЛИКОВ.....152
23. NIYAZMETOV B.A., AKHMEDOVA G.B., KAKHOROV B.A., MOLDALIEV J.T., ONUR A., ZARIPOV B., ATASHAYXOV H. PATHOLOGY OF VARIOUS SYSTEMS OF THE HUMAN BODY DURING THE PANDEMIC OF A NEW CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19).....157
24. NURIDDINOVA N.F., KURBONOVA Z.CH., TO'XTAEVA M.F.VIRUS ETIOLOGIYALI JIGAR SURUNKAL KASALLIKLARIDA TOMIR-TROMBOSITAR GEMOSTAZ HOLATI.....169
25. РАЙИМБЕРДИЕВ С.А., БАХРИЕВ И.И.,МИРЗОКУЛОВ С.О.. ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

| | | |
|---|-----|----|
| НАДПОЧЕЧНИКОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ | 176 | 39 |
| 26. РАСУЛОВ Ф.Х., ТЕШАБОЕВ А.М., КАХОРОВ Б.А. КОРРЕКЦИЯ ИММУНОГЕНЕЗА И ГЕМОПОЭЗА У ОБЛУЧЕННЫХ ЖИВОТНЫХ С ПОМОЩЬЮ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ..... | 182 | 40 |
| 27. РАСУЛОВА Р.П., КУРАНБАЕВА С.Р. ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ..... | 188 | 41 |
| 28. RAKHIMOVA M.B., AKHMEDOV K.S., BURANOVA S.N. ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AS A LINK IN COVID-19 PATHOGENESIS | 193 | 42 |
| 29. РАХМОНОВА Г.Г., БАРАТОВ К.Р., АБДУГАФУРОВА Д.Г., ЯКУБОВА Р.А., ВЫПОВА Н.Л., ЗИЯЕВ Х.Л., ТАГАЙАЛИЕВА Н.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРОИЗВОДНЫХ ГОССИПОЛА | 200 | |
| 30. RUZMETOVA N.F., SHUKUROV F.I., AXMEDOVA SH. A. COVID-19 BILAN KASALLANGAN AYOLLARDA RIVOJLANMAGAN NOMILADORLIKNI TO'XTATISHDA XAVFSIZ VA SAMARADOR USULLAR..... | 209 | |
| 31. RUSTAMOVA R.P. COVID -19 PANDEMIYA DAVRIDA TIBBIY YORDAMNI TASHKIL ETISH VA SOG'LOM TURMUSH TARZI TAMOYILLARINI TALABA-YOSHLAR ORASIDA JORIY ETISH..... | 214 | |
| 32. СУЛТАНОВ С.Б., БАХРИЕВ И.И., СУЛТАНОВА С.М, КАРИМОВА И.И. О ХАРАКТЕРЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ..... | 218 | |
| 33. ТАДЖИХАНОВА Д.П. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОВ И ИММУНОДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЕ | 223 | |
| 34. TUYSHIYEV S.A., XAYDAROVA SH.E. KORONAVIRUS INFEKSIYASINING ICHKI A'ZOLARGA TA'SIR MEKANIZMI..... | 229 | |
| 35. TUYSHIYEV S. A., XAYDAROVA SH.E. KORONAVIRUS INFEKSIYASINI BOLALAR VA KATTALARDA NAFAS OLISH TIZIMIGA TA'SIR MEKANIZMI | 237 | |
| 36. ҲАЗРАТОВА Ҳ.Н., ДУСТОВ К.Т.ЎҚУВЧИЛАРДА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАЪРИНИ ШАҚЛЛАНТИРИШДА ОҚИЛОНА ОБҚАТЛАНИШНИНГ ЎРНИ..... | 246 | |
| 37. ХАМИДОВА Н.К. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ГИМЕНОЛИПЕДОЗОМ В БУХАРЕ..... | 256 | |
| 38. ХАНОВА Д., ЯХЪЕВА М.Х. ОСЛОЖНЕНИЕ ПОЧКИ ПОСЛЕ COVID-19 | 262 | |

О ХАРАКТЕРЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Султанов Сухроб Баходирович¹, Бахриев Ибрагим Исомадинович¹,
Султанова Саида Мухиддиновна², Каримова Иродахон
Иброхимжоновна³

¹Ташкентская медицинская академия, Ташкент

²Ташкентский государственный педагогический университет
имени Низами, Ташкент, Национальный Университет Узбекистана.

³ibragim.bakhriev@mail.ru

Ключевые слова: политравма, жировая эмболия, диагностика.

Введение. По данным ВОЗ, травматизм занимает третье место по частоте и общей смертности населения. Травма, как причина смертности, является ведущей в возрастной группе от 20 до 60 лет, превышая её в два раза от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, вместе взятых. Средний возраст пациентов с политравмами составляет 38,5 года [1, 3]. Жировая эмболия (ЖЭ) является тяжелым осложнением раннего периода травмы, повышающим летальность. Но до сих пор отсутствуют четкие представления о патогенезе, клинике, профилактике и лечении ЖЭ. Частота развития ЖЭ колеблется по данным различных авторов от 0,5 до 30% при травмах с множественными переломами длинных трубчатых костей и переломами костей таза. Летальность, несмотря на интенсивную современную терапию, составляет от 3 до 67% [2, 4, 5].

Наиболее часто ЖЭ встречается при множественной скелетной травме, особенно при переломах диафиза бедренной кости, костей голени, таза и массивных повреждениях жировой клетчатки [1, 5, 11], часто осложняет течение посттравматической болезни [3, 4, 9], встречается при сепсисе, опухолях, сахарном диабете, ожогах, панкреатите, токсическом некрозе печени [6], шоковых состояниях [10]. Описано возникновение при серповидно-клеточной анемии, при ошибочном введении жирорастворимых препаратов. ЖЭ может осложнять операции репозиции отломков, интрамедуллярного остеосинтеза, эндопротезирования суставов, частые попытки репозиции отломков, после липосакции. Описаны случаи ЖЭ после челюстно-лицевых пластических операций [12]. Таким образом, несмотря на большое количество экспериментальных, клинических и морфологических данных, накопленных за несколько сотен лет изучения ЖЭ, до сих пор нет однозначного понимания причин ее возникновения.

Цель исследования. Определение признаков прижизненности травмы и точного срока наступления смерти изучением патоморфологических изменений в респираторной ткани и бронхах.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования являлись гистологические препараты, полученные из 122 кусочков легких от 38 трупов (от 2 до 4 фрагментов легких от каждого трупа), из которых

было приготовлено 274 срезов с окраской гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону, на жир – суданом III. Для выявления неспецифической эстеразы, щелочной и кислой фосфатаз - суданом черным и сульфатом нильского голубого.

Для выявления жировых включений из фиксированных не более двух суток в 10% растворе формалина кусочков легких на замораживающем микротоме делали тонкие срезы ткани легкого, помещали их на предметное стекло, окрашивали суданом III, затем гематоксилином, заливали глицерином, накладывали покровную слюду, края которой закрепляли менделеевской замазкой. Параллельно часть кусочков легких пускали в парафиновую проводку, срезы окрашивали гематоксилином, эозином.

При окраске гематоксилином, эозином во всех случаях в просветах ряда сосудов были обнаружены небольшие округло-овальные оптические пустоты, похожие на жировые эмболы. Оценка наличия жировых эмболов проводилась на микроскопах Биолам-Л-л, ХС-90 на площади срезов 2 кв. см. При окраске суданом III жировые эмболы обнаружены были в сосудах различного калибра в виде округлых обтурирующих, выполняющих весь просвет сосуда, и колбасовидных однородных капель оранжево-желтого цвета.

В зависимости от срока жизни было выделено 4 группы пострадавших: лица, погибшие на месте происшествия сразу же после травмы (7), в течение первого часа (11), через 2-3 часа (10) и через 5-6 часов после причинения повреждений (10).

Результаты исследования и их обсуждение. У лиц, смерть которых наступила на месте происшествия, отмечались явления неравномерного кровенаполнения легких с участками мелкоочаговых кровоизлияний, эмфиземы и микроателектазов. У одного погибшего в единичных капиллярах межальвеолярных перегородок были выявлены округлые, с гладкой сферической поверхностью жировые эмболы. В апикальном отделе клеток эпителия слизистой оболочки бронхов, альвеолоцитах II типа и немногочисленных внутриальвеолярных макрофагах выявлялась высокая активность неспецифической эстеразы. Сильная щелочнофосфатазная активность наблюдалась преимущественно в эндотелии капилляров и мелких артерий стенки бронхов. Кислая фосфатаза в значительном количестве была представлена в макрофагах.

У лиц, погибших через 1 час после травмы, в легких отмечались явления неравномерного кровенаполнения с наличием более крупных кровоизлияний и очагового отека. В отдельных сосудах наблюдались явления стаза крови с краевым стоянием лейкоцитов. Во всех случаях была выявлена слабая или очень слабая степень жировой эмболии легких. Капли жира округлой или овальной формы с гладкой поверхностью располагались преимущественно в капиллярах и мелких артериях. Гистоэнзимологическая активность различных структур легких существенно не менялась.

Отмечалось лишь некоторое увеличение количества внутриальвеолярных макрофагов с высокой активностью в них эстеразы и кислой фосфатазы.

Легкие лиц, погибших через 2-3 часа после травмы, отличались полнокровием и отечностью, очаговыми кровоизлияниями и участками микроателектазов. В сосудах наблюдалось краевое стояние лейкоцитов. Отмечалось усиление щелочно-фосфатазной активности в эндотелии мелких артерий. В сосудах межальвеолярных перегородок наблюдалось размельчение жировых эмболов, скопление форменных элементов крови и эндотелиальных клеток, фагоцитоз капелек жира липофагами, которые в небольшом количестве обнаруживались как в просветах сосудов, так и вокруг последних. Они характеризовались высокой активностью неспецифической эстеразы и кислой фосфатазы. В просветах респираторных бронхиол и мелких бронхов появлялись слущенные клетки эпителия слизистой оболочки, характеризующиеся сильной реакцией на эстеразу, а также единичные лейкоциты.

У лиц, погибших через 5-6 часов после травмы, наблюдалось увеличение легких в объеме за счет полнокровия, отека и появления мелких фокусов серозно-десквамативной, а кое-где – серозно-гноной пневмонии. Отмечалось нарастание циркуляторно-сосудистых расстройств с явлениями стаза, краевым стоянием лейкоцитов и миграцией одиночных из них через сосудистую стенку. В мелких сосудах респираторной ткани и стенках бронхов обнаруживалось усиление щелочно-фосфатазной активности. Жировая эмболия легких нередко в этот срок была выраженной. Капли жира были раздроблены, а скопления липофагов с высокой активностью неспецифической эстеразы и кислой фосфатазы обнаруживались как в просветах сосудов, так и в межальвеолярных перегородках. Значительно возросло количество альвеолоцитов II типа с сильной реакцией в них на эстеразу и кислую фосфатазу.

Легкие лиц, погибших через 6 часа после травмы, - в паренхиме вокруг крупных бронхов и сосудов выявляются очаговые кровоизлияния с признаками тканевой деструкции (гемолиз эритроцитов в очагах кровоизлияний, рыхлое скопление лейкоцитов с примесью лимфоцитов и темно-коричневых пигментов). В некоторых полях зрения, в интерстициальной и межальвеолярной клетчатке отек, ателектазы, очаги дистелектаз, просвет некоторых альвеол эмфизематозно расширен, стенка их истончена, местами с разрывами. В сосудах малокровие, некоторые мелкие артерии, артериолы и капилляры оптически расширены, пусты, местами просвет некоторых крупных артерий сдавлен, дистония, отмечается спазм артериол и мелких артерий. Выявляют очаговое полнокровие сосудов, местами в их просвете видны эритроциты с примесью лейкоцитов, лейкостаз. В отдельных участках в поле зрения интерстициальная ткань утолщена за счет скопления инфильтрата, состоящего из лимфоцитов, гистиоцитов и лейкоцитов, имеющего

очаговый характер. В просвете крупных бронхов, бронхиол обнаруживаются чешуйчатые фрагменты бронхиального эпителия и видны в небольшом количестве клеточные элементы, состоящие из лейкоцитов, лимфоцитов, местами в этих участках выявляется спазм бронхиол и крупных бронхов. В их стенке отек, в просвете сосудов незначительное малокровие, местами видна рыхлая или густая лимфоцитарная инфильтрация. В периваскулярной клетчатке иногда выявляют лимфоидные инфильтраты очагового характера. При окраске Суданом-III. В ткани межальвеолярной перегородки в просвете мелких артерий, артериол и капилляров обнаруживаются жировые эмболы оранжевого цвета (рис 1).

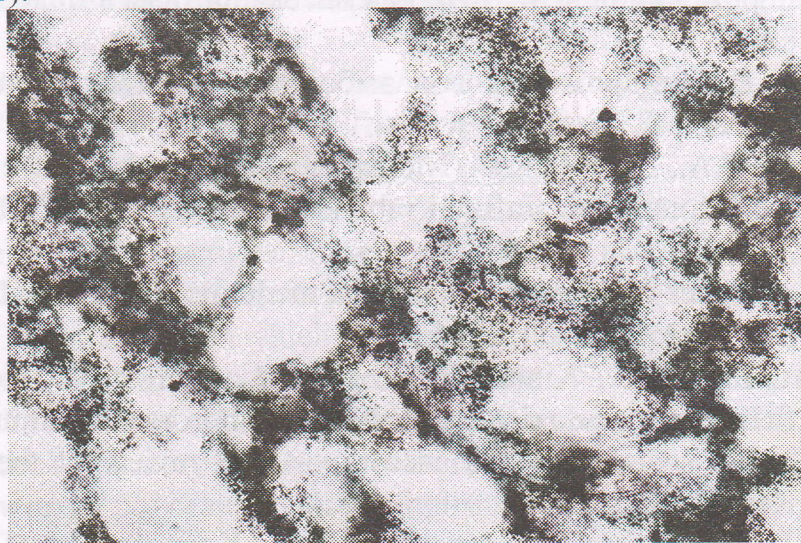


Рисунок 1. Жировая эмболия в легких

Таким образом, в первые 6 часов после травмы в легких наблюдается комплекс патоморфологических изменений, связанных с нарастанием сосудистой проницаемости и активным фагоцитозом жировых эмболов липофагами, а также с усилением метаболической активности альвеолоцитов II типа и макрофагов. Через 6 часов после травмы эмболизация легочных капилляров от 2/3 до 3/4 приводит к смерти от тромбоемболии легочной артерии и лишь нескольких эмболов достаточно для ишемии головного мозга с последующими тяжелыми нарушениями, так как сосуды, питающие головной мозг, закупорены. Следовательно, результаты полученных исследований могут быть использованы в судебно-медицинской практике для решения вопроса о приживленности повреждений и определения возможно более точного срока наступления смерти после травмы при неясных обстоятельствах происшествия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов М.Б., Гаврилин С.В. Синдром жировой эмболии при тяжелых сочетанных травмах. //Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 2006; 165(5): 68-71.

2. Залмовер А.И., Соколов Ю.А., Денищук А.Ю. Диагностика и лечение синдрома жировой эмболии. //Военная медицина. Белорусский государственный медицинский университет. 2012; 1: 64-67.
3. Круглов А.А. Диагностика и неотложная помощь при эмболических осложнениях. //Альманах клин. медицины. 2004; 7: 204-217.
4. Радушкевич В.Л., Барташевич Б.И. Реанимация и интенсивная терапия. //М.: Медицинское информационное агентство; 2011: 363-377.
5. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы. //М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006.
6. Фрисс С.А. Жировая эмболия как вариант танатогенеза при токсическом поражении печени. //Проблемы экспертизы в медицине. 2007; 7 (27-3): 17-18.
7. Штейнле А.В. Синдром жировой эмболии. //Сибирский мед.журнал. 2009; 2 (1): 117-126.
8. Felzemburgh V.A., Barbosa R.C., Nunes V.L., Campos J.H. Fat embolism in liposuction and intramuscular grafts in rabbits. //Acta Cir. Bras. 2012; 27 (5): 289-293.
9. Goenka N., Ropper A.H. Images in clinical medicine. Cerebral fat embolism. //N. Engl. J. Med. 2012; 367 (11): 1045.
10. Mueller F., Pfeifer C., Kinner B., Englert C., Nerlich M., Neumann C. Posttraumatic fulminant paradoxical fat embolism syndrome in conjunction with asymptomatic atrial septal defect: a case report and review of the literature. //J.Med. Case Rep. 2011; 5: 142.
11. Porpodis K., Karanikas M., Zarogoulidis P., Konoglou M., Domvri K., Mitrakas A., Boglou P., Bakali S., Iordanidis A., Zervas V., Courcoutsakis N., Katsikogiannis N., Zarogoulidis K. Fat embolism due to bilateral femoral fracture: a case report. //Int. J. Gen. Med. 2012; 5: 59-63.
12. Zou D.H., Shao Y., Zhang J.H., Qin Z.Q., Liu N.G., Huang P., Chen Y.J. Pulmonary hemorrhagic infarction due to fat embolism and thromboembolism after maxillofacial plastic surgery: a rare case report. //Fa Yi Xue Za Zhi. 2012; 28 (5): 375-378.

ЎПКАДАГИ ЁҒЛИ ЭМБОЛИЯДА ПАТОМОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ МОҲИАТИ

**Сухроб Баходирович Султанов¹, Ибрагим Исомадинович Бахриев¹,
Саида Мухиддиновна Султанова², Каримова Иродахон
Иброхимжоновна³**

¹ Тошкент Тиббиёт Академияси, ² Низомий номидаги Тошкент Давлат Педагогика Университети², ³ Ўзбекистон Миллий Университети.

ibragim.bakhriev@mail.ru

Узун найсимон суяклар ва тос суяклари синиши билан жароҳатланганда ёғ эмболиясининг частотаси 0,5 дан 30% гача кузатилади. Бундай ҳолатларда ўлим даражаси 3 дан 67% гачани ташкил этади.

Тадқиқот объектлари бўлиб 38 та мурданинг ўпкасидан олинган 122 та гистологик препаратлардан 274 та кесма гематоксилин-эозин, Ван-Гизон бўйича, ва ёғ томчилари - Судан III билан бўялди. Респиратор тўқима ва бронхлардаги патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш орқали интравитал шикастланиш белгилари ва ўлим вақти аниқланди.

Калит сўзлар: политравма, ёғ эмболияси, диагностика.

ABOUT THE NATURE OF PATHOMORPHOLOGICAL CHANGES IN THE LUNGS WITH FATTY EMBOLISM

Sukhrob Bahodirovich Sultanov¹, Ibrahim Isomadinovich Bahriev¹,
Saida Mukhiddinovna Sultanova², Karimova Irodakhon Ibrokhimzhonovna³

*Tashkent Medical Academy, Tashkent State Pedagogical University
named after Nizami, Tashkent, National University*

ibragim.bakhriev@mail.ru

The incidence of fat yembolism ranges from 0.5 to 30% in injuries with long and pelvic bone fractures. Moreover, mortality accounts for 3 to 67%. The objects of the study were histological preparations obtained from 122 pieces of lungs from 38 corpses, from which 274 sections were prepared with hematoxylin-eosin staining, according to Van-Gieson, for fat - Sudan III. Signs of intravital injury and the timing of death were determined by studying pathomorphological changes in the respiratory tissue and bronchi.

Key words: polytrauma, fat yembolism, diagnostics.

УДК:616.24-002.2:612.017.1:615.33-08

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОВ И ИММУНОДИАГНОСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЕ

Таджиханова Доно Пулатовна

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии МЗ РУз, г. Ташкент*

tadjikhanova.dono@mail.ru

Ключевые слова: Внебольничная пневмония затяжное течение, цитокины, антибиотикорезистентность, дети.

Актуальность. На сегодняшний день основным направлением научных исследований является определение особенностей возникновения внебольничной пневмонии у детей; определение частоты встречаемости, клинических и лабораторных особенностей ВП; определение цитокинового и интерферонового состояния иммунитета, их взаимосвязи и разработка современных методов лечебно-профилактических мероприятий. В последние годы существенно уменьшилось число тяжелых форм