

O'zbekiston  
vrachlar  
assotsiatsiyasi

Bosh muharrir:  
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA  
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z.A., t.f.d.  
Akilov X.A., t.f.d., professor  
Akramov V.R., t.f.d., dotsent  
Alimov A.V., t.f.d., professor  
Asadov D.A., t.f.d., professor  
Ahmedova D.I., t.f.d., professor  
Abdixakimov A.N., t.f.d.  
Babajanov A.S., t.f.d., professor  
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor  
Kurbonov R.D., t.f.d., professor  
Rustamova M.T., t.f.d., professor  
Sidiqov Z.U., t.f.n.  
Sobirov D.M., t.f.d., professor  
Tursunov E.O., t.f.d., professor  
Yarkulov A.B., t.f.n.  
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:  
Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:  
Abdusalomov A.A.  
Jurnal O'zbekiston matbuot va  
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda  
ro'yhatdan o'tgan.  
Guvohnoma: 0034.  
Tahririyat manzili: 100007,  
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,  
51-uy.  
Tel.; 268-08-17  
E-mail: info@avuz.uz  
Veb - sayt: www. avuz. uz



(111)

Б  
У  
Л  
Л  
Е  
Т  
И  
Н  
И

**TAHRIRIYAT KENGASHI**

<b>Gaybullaev A.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Gafur-Axunov M.A.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Halimova H.M.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Hasanov S.S.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Juraev A.M.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Zakirov N.U.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Zohidova M.Z.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Ibadov R.A.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Ismailov U.S.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Kamilova U.K.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Mamasoliev N.S.</b>	<b>(Andijon)</b>
<b>Musabaev E.I.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Muxtarov D.Z.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Normatova Sh.O.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Palvanova S.I.</b>	<b>(Urganch)</b>
<b>Po'latov Sh.B.</b>	<b>(Farg'ona)</b>
<b>Sodiqov A.S.</b>	<b>(Toshkent)</b>
<b>Xodjaev N.I.</b>	<b>(Samarqand)</b>
<b>Fozilov A.A.</b>	<b>(Toshkent)</b>



- Ахмедова М. М., Алимова И. А., Райимова З.М.** Болаларда алергик касалликларини клиник-функционал ташхислаш ва даволаш усулларининг ўзига хос хусусиятлари
- Жалолов Н.Н., Тошматова Г.А.** Сурункал жигар касалликлари диетерапиясида ўрта осие нўхатидан фойдаланиш
- Тухтаров Б.Э., Валиева М.У.** Профессионал спортчиларнинг амалдаги овқатланиш ҳолатини баҳолаш
- Тухтаров Б.Э., Валиева М.У.** Оғир атлетика билан шуғулланувчи профессионал спортчилар организмда овқатнинг биологик қийматини баҳолашнинг аҳамияти
- Шакиров С.А., Исроилов Р.И., Маматалиев А.Р.** Covid-19 дан вафот этган беморлар клиник-морфологик маълумотлари таҳлили
- Индиаминов С.И., Абдумунинов Х.Н., Мардонов Т.М.** Йўл-улов ҳодисасида жабрланган велосипедчилар бош тузилмалари жароҳатланиши
- Исмаилова Ж.А., Юсупбеков А.А., Мухиддинова Н.З.** Меъда касалликларида *Helicobacter Pylori* вирулентлигининг аҳамияти
- Шадманова Н.А., Сайидмирзаева Н.Г., Набиева У.П., Асатова Н.Б., Юлдашева Х.А.** Ўткир ичак касалликлари билан оғриган беморларнинг этиологик таҳлилини танқидий баҳолаш
- Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Нурматов Д.Х., Абдурахмонов С.Ш.** Юқори ҳавф гуруҳли беморларда сурункали бош мия қон айланиши етишмовчилигини даволашга ёндашувлар
- 43 **Ахмедова М. М., Алимова И. А., Райимова З.М.** Клинико-функциональные особенности диагностики и терапии детей, страдающих аллергическими заболеваниями
- 47 **Жалолов Н.Н., Тошматова Г.А.** Использование среднеазиатского гороха в диетотерапии хронических заболеваний печени
- 50 **Тухтаров Б.Э., Валиева М.У.** Профессионал спортчиларнинг амалдаги овқатланиш ҳолатини баҳолаш
- 54 **Тухтаров Б.Э., Валиева М.У.** Значение повышения биологической ценности в питании спортсменов, занимающихся тяжелой атлетикой
- 57 **Шакиров С.А., Исроилов Р.И., Маматалиев А.Р.** Клинико-морфологический анализ данных пациентов, умерших от covid-19
- 62 **Индиаминов С.И., Абдумунинов Х.Н., Мардонов Т.М.** Повреждения структуры головы у велосипедистов, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях
- 67 **Исмаилова Ж.А., Юсупбеков А.А., Мухиддинова Н.З.** Значение вирулентности *Helicobacter Pylori* при заболеваниях желудка
- 71 **Шадманова Н.А., Сайидмирзаева Н.Г., Набиева У.П., Асатова Н.Б., Юлдашева Х.А.** Критическая оценка этиологической расшифровки больных с острыми кишечными заболеваниями
- 71 **Каримов Ш.И., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Нурматов Д.Х., Абдурахмонов С.Ш.** Совершенствование диагностики и тактики хирургического лечения больных высокого периоперационного риска

#### АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР ЭТИБОРИГА

- Маматова Т.Ш., Амонов Э.И., Кучмуратова С.Р., Пардаев Д.Э.** Қандли диабет билан хасталанган беморларда ташқи отитнинг кечиш хусусиятлари
- Курызов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б., Бабаджанов Р.А.** Кўричак гумбазидаги ўсимтанинг инвагинацияси

#### ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАРИ, ИЛМИЙ МУШОҲАДАЛАР

- 85 **Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С., Алиханова Н.М., Искандарова Э.Д.** Соғлом турмуш тарзи саломатлик ва фаол узоқ умр кўришининг калитидир

#### ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

- 80 **Маматова Т.Ш., Амонов Э.И., Кучмуратова С.Р., Пардаев Д.Э.** Особенности течения наружного отита у больных с сахарным диабетом
- 82 **Курызов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б., Бабаджанов Р.А.** Инвагинация червеобразного отростка в купол слепой кишки

#### НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- 85 **Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С., Алиханова Н.М., Искандарова Э.Д.** Здоровый образ жизни - залог укрепления здоровья и активного долголетия



муаммонинг кенгроқ ўрганилиши кераклигидан далолат беради.

Хулоса қилиб айтиш лозимки, ичак инфекцияси патогенлари келтириб чиқарадиган ошқозон-ичак тракти касалликлари бугунги кунда, айниқса, болалар ва ривожланаётган мамлакатлар орасида асосий глобал соғлиқни сақлаш муаммоси бўлиб, бу қўзғатувчиларни эрта ва тўғри аниқлаш даволаш жараёнини тегишлича олиб боришда муҳимдир. Классик бактериологик таҳлил олиб бориш бир қатор қийинчиликлар билан боғлиқ бўлиб (биологик хавфли материал билан ишлашда тегишли шароитларни яратиш, кенгайтирилган ва давомий текширув босқичлари, моддий харажатлар), босқичма босқич олиб борилган изланиш натижалари ҳар доим ҳам ижобий натижалар билан тугамайди. Патоген бактериал қўзғатувчиларининг вирулентлик омиллари соф ажратиб олинган изолятларда тасдиқланиши алоҳида тест штаммлари, чет элдан олиб кирилиши лозим бўлган маҳсус химевий компонентлар, зардобрал ва бир қатор тегишли синамаларни сотиб олинишини ва логистикасини йўлга қўйишни талаб этади. Албатта бу каби вазиятлар микробиологик таҳлилни нафақат қийинлаштиради, балки лаборатория текшируви харажатларини ҳам қимматлашишига олиб келади.

Шу билан бирга, ўткир ичак инфекцияларини этиологик текширишдаги қийинчиликлар сўнгги йилларда вирусли инфекциялар улшининг ортиши билан ҳам боғлиқ. Ҳозирги кун лаборатория текширувиги талаблар аънавий текшириш усуллари қаторида замонавий бактериологик анализаторларни қўллаш, молекуляр генеика усуллари асосланган тезкор полемераза занжирли реакциясидан фойдаланиш, эпидемиологик таҳлил учун секвенлаш ёрдамида асосий патогенларнинг генотипларини белгилашни тақазо қилади. Даволаш амалиётида и турли клиник соҳа вакилларини юқумли касалликларни ташхислаш ва олдини олиш масалаларида хабардор бўлишга ҳамда беморлар тўлиқ ва аниқ ёрдам олиши лозим бўлиб, бу йўналишда турли тиббиёт мутахассислари иштирокида қатор илмий ва амалий муаммоларни ҳал этиш зарур.

#### Адабиётлар.

1. Анганова Е.В., Е.Д. Савилов, А.В. Духанина, Н.Н. Чемезова, Л.А. Распопина. Генетические маркеры патогенности условно-патогенных энтеробактерий в оценке их этиологической значимости при острых кишечных инфекциях у детей. *Инфекция и иммунитет* 2012, Т. 2, № 1–2. СОВРЕМЕННОЕ ЛАБОРАТОРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ...стр 237. <https://iimmun.ru/index.php/iimm/article/view/92/91>
2. Айвазян С. Р., И. Э. Грановский, В. В. Филиппова, Н. И. Воронцова, В. А. Малов, И. П. Белецкий. Современная лабораторная диагностика острых инфекционных диарейных заболеваний. *РОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ* 2012, том 5. Стр.51-56.
3. Искандарова, Г. Т. Эпидемиологические аспекты кишечных инфекций в Ташкентской области Республики Узбекистан / Г. Т. Искандарова, О. Н. Шарипов, Д. Ю. Юсупова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2017. — № 1.2 (135.2). — С. 57-59. — URL: <https://moluch.ru/archive/135/37846/>
4. Ковалев О. Б., О. В. Молочкова, К. С. Коняев, Е. Ю. Пылаева, П. А. Ануфриева, В. В. Курманова, А. А. Корсунский, О. А. Кащенко, Е. В. Галеева, Н. И. Крылатова. Этиология и клинические проявления острых кишечных инфекций у детей, по данным стационара за 2016—2018 гг. *Детские инфекции*. 2019; 18(2):54-57 <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2019-18-2-54-57>
5. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги 177 сонли буйруғи. "Бактериологик, вирусологик ва ўта хавфли юқумли касалликлар лабораторияларида ўтказиладиган лаборатория текширув усулларини такомиллаштириш тўғрисида. 2015.01.05. 4 илова.
6. Mahjoubai Baiya, Asmaa Lamrani Hanchi, Nabila Soraa (2022). The Impact of Gastrointestinal PCR on the Management of Gastrointestinal Infections in Immunocompromised Patients. *Saudi J Pathol Microbiol*, 7(5): 205-209.
7. Nguyen Thomas, Saadia Akhtar. Gastroenteritis. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, 2018, Chapter 84, 1129-1149.e2;
8. Qu M, Lv B, Zhang X, Yan H, Huang Y, Qian H, et al. Prevalence and antibiotic resistance of bacterial pathogens isolated from childhood diarrhea in Beijing, China (2010-2014). *Gut Pathog*. 2016;8:31.
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund. WHO/UNICEF Joint Statement: Clinical Management of Acute Diarrhea. ENAacute\_Diarrhoea\_reprint.pdf. Published 2004. Accessed December 22, 2017. <https://www.unicef.org/publications/files/>
10. Uppal B, Perween N, Aggarwal P, Kumar SK. A comparative study of bacterial and parasitic intestinal infections in India. *J Clin Diagn Res*. 2015;9(3):DC01-DC04.

УДК:616.831-005: 617-089.5-035-08

## ЮҚОРИ ҲАВФ ГУРУХЛИ БЕМОЛДАРДА СУРУНКАЛИ БОШ МИЯ ҚОН АЙЛАНИШИ ЕТИШМОВЧИЛИГИНИ ДАВОЛАШГА ЁНДАШУВЛАР

<sup>1</sup>Каримов Ш.И., <sup>1</sup>Ўлбарисов А.А., <sup>1</sup>Алиджанов Х.К., <sup>1</sup>Нурматов Д.Х., <sup>2</sup>Абдурахмонов С.Ш.

<sup>1</sup>Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази, <sup>2</sup>Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Қарши филиали

Юрак қон-томир касалликлари орасида ўлим ва ногиронликнинг энг юқори даражаси бош миёда сурункали қон айланиши бўзилиши билан боғлиқ касалликларда кузатилади. Турли томир ўзанларининг мултифокал атеросклероз билан зарарланишларини ташхислашни мукамаллаштириш, уни даволашга янгича ёндашувлар ушбу патология тўғрисидаги стандарт тасаввурларни бир мунча ўзгартирди. Дунё олимларининг фикрига кўра атеросклеротик торайишларни даволашнинг ҳозирги кунда кўплаб турлари мавжуд ammo бу муаммонинг ечими эмаслиги аксинча торайишларни даволашдан кўра уни олдини олиш муҳимлиги таъкидланиб келинмоқда. Албатта ҳар битта даволаш усули узининг самарасига эга. Каротид артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши бўлган беморларни жаррохлик усулида даволашга бўлган ёндашув ташхислаш босқичида аниқланган кўшимча касалликларга тўлақонли баҳолашни талаб қилади, бу эса ўз навбатида юқори ҳавф гуруҳига кирувчи беморларда даволашни тўғри танлаш имконини беради. Уйқу ва тож артерияларнинг қўшма зарарланиши бўлган беморлар учун босқичли амалиёт ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Юқори ҳавф гуруҳига кирувчи беморларда бир нечта артериал ҳавзаларда зарарланиш бўлганда, уйқу



артериясига эндоваскуляр усулда даволаш, мақбул усуллардан бири ҳисобланади.

**Калит сўзлар:** Атеросклероз, ишемик инсульт, миокард инфаркти, қандли диабет, коронар аретиялар, каротид артериялар, каротид реконструкция, каротид ва коронар стентлаш, бош мия қон айланишинг бўзилиши (БМҚАБ), стеноз.

#### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

Среди сердечно-сосудистых заболеваний самый высокий уровень смертности и инвалидности наблюдается при заболеваниях, связанных с хроническими нарушениями мозгового кровообращения. Усовершенствование диагностики мультифокального атеросклероза, новые подходы к его лечению несколько изменили стандартные представления об этой патологии. По мнению мировых ученых, в настоящее время существует множество видов лечения атеросклеротических сужений, но это не решение данной проблемы, наоборот, подчеркивается, что важнее предотвратить сужение, чем лечить его. Конечно, каждый метод лечения имеет свой эффект. Подход к хирургическому лечению больных с атеросклеротическим поражением сонных артерий требует тщательной оценки дополнительных заболеваний, выявленных на этапе диагностики, что, в свою очередь, позволяет правильно подобрать тактику лечения у больных высокого риска. Больным с сочетанным поражением сонных и коронарных артерий целесообразна этапность. Эндоваскулярное лечение сонной артерии считается одним из оптимальных методов при наличии поражения нескольких артериальных бассейнов у больных, относящихся к группе высокого риска.

**Ключевые слова:** атеросклероз, ишемический инсульт, инфаркт миокарда, сахарный диабет, коронарные артерии, сонные артерии, реконструкция сонных артерий, каротидное и коронарное стентирование, нарушение мозгового кровообращения, стеноз.

#### IMPROVEMENT OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HIGH PERI-OPERATIVE RISK

Among cardiovascular diseases, the highest level of mortality and disability is observed in diseases associated with chronic disorders of cerebral circulation. Improvement in the diagnosis of multifocal atherosclerosis, new approaches to its treatment have somewhat changed the standard ideas about this pathology. According to world scientists, at present there are many types of treatment for atherosclerotic narrowing, but this is not a solution to this problem, on the contrary, it is emphasized that it is more important to prevent narrowing than to treat it. Of course, each method of treatment has its own effect. The approach to surgical treatment of patients with atherosclerotic lesions of the carotid arteries requires a thorough assessment of additional diseases identified at the diagnostic stage, which, in turn, allows choosing the right treatment tactics for high-risk patients. Patients with combined lesions of the carotid and coronary arteries appropriate staging. Endovascular treatment of the carotid artery is considered one of the best methods in the presence of lesions of several arterial basins in patients at high risk.

**Key words:** atherosclerosis, ischemic stroke, myocardial infarction, diabetes mellitus, coronary arteries, carotid arteries, carotid artery reconstruction, carotid and coronary stenting, cerebrovascular accident, stenosis.

**Кириш.** Ўлим сабаблари орасида етакчи ўринларни эгаллаб туриши туфайли атеросклероз замонавий тиббиётнинг муҳим ва охиригача ҳал этилмаган муаммоларидан бири ҳисобланади [1,6]. Сўнги йилларда атеросклерозни ташхислашни такомиллашуви, намоён бўлишида бир вақтнинг ўзида артерияларнинг бир нечта қисмини зарарловчи тизимли жараён тариқасида ёндавуш, ушбу патология ҳақидаги стандарт тасаввурларни ўзгартирди. Клиник амалиётда атеросклеротик жараёнларнинг тарқалган кўринишлари кўпроқ учрамоқда [7,8]. Гемодинамик жиҳатдан муҳим аҳамиятга эга бўлган бир неча томир ўзанлари артериялари зарарланган беморларни алоҳида тоифасини умумлаштирувчи мультифокал атеросклероз тушунчаси пайдо бўлди. Улар орасида уйқу ва коронар артерия томирларнинг қўшма зарарланиши етакчи ўрин тутди [9-11]. Юрак қон-томир касалликлари орасида ўлим ва ногиронликнинг энг юқори даражаси бош мияда сурункали қон айлиниши бўзилиши билан боғлиқ касалликларда кузатилади [12,15]. Иқтисодий жиҳатдан ривожланган барча мамлакатларда инсультдан ўлим даражаси 12-20% ни ташкил қилади, юрак касалликлари ва барча ўсма касалликларидан кейин иккинчи ўринда туради [16].

ЖССТ маълумотларига кўра, 2020 дунёда 17,9 млн. инсон ҳаётдан кўз юмган. Булардан 7,6 млн. юрак ишемик хасталигидан 6,9 млн. эса инсультдан вафот этган. Бу эса атеросклероз юрак қон-томир касалликларининг асосий сабаби эканлиги яққол тасдиқлайди. Юрак қон-томир касалликлари бўйича Европа статистикасида кўрсатилишича 2016 йилда юрак ва юрак қон-томир тизими касалликлари бутун Европада барча ўлимнинг асосий сабаби бўлиб, йилига 3,9 миллиондан ортиқ ҳолатни ёки 45% ни ташкил этади. Эракларда юрак қон-томир касалликларидан 1,8 миллион ўлим (барча ўлимнинг 40%), аёлларда эса 2.1 миллион (барча ўлимнинг 49%) ни ташкил қилади. Таққослаш учун, аҳолининг вафот этишига олиб келадиган кейинги энг кенг тарқалган касалликлардан саратон, мос равишда эракларда 1,1 миллион (24%) ва аёлларда 900 000 дан кам (20%) тўғри келади [16]. Россияда ҳар йили 460 000 га яқин инсонда бош мияда қон айланишининг ўткир бўзилиши кузатилади (таққослаш учун: Германияда бу кўрсаткич 270 000 кишини ташкил этади, бирламчи инсульт Германия аҳолиси 79 миллион кишига тахминан 200 000 кишига тўғри келади. Россия аҳолиси эса 145 миллион киши). Америка қўшма штатларида бу кўрсаткич 700 минг кишини ташкил қилади ва уларнинг



500 мингтаси биринчи марта, 200 мингтаси эса иккинчи марта инсулт ўтказган [17]. Бош миёда қон айланишининг ўткир ишемик типда бўзилиши 85% ни ташкил этади (18), унинг асосий сабаби уйқу артериясида учрайдиган атеросклеротик пиллакчалардир. Ишемик инсулт кўпинча эмболик характерга эга бўлиб, пиллакчаларнинг бир қисми кўчиб кетиши билан тушунтирилади.

Мамлакатимиз бош невропатологи Маждидова Ё.Н. маълум қилишича, 2019-йилда 81 мингдан ортиқ инсулт ҳолати аниқланган (ҳар 1000 аҳолига қарийб 2,5 кишини ташкил қилган). Рўйхатга олинган инсултлар сони доимий равишда ўсиб бормоқда. Шуни ҳам таъкидлаш лозимки, охири кунларда қишлоқ жойларида инсултнинг кўпайиши кузатилмоқда. Инсулт оқибатларидан шифохоналарда ўлим кўрсаткич 17,4% ни ташкил қилади, қишлоқ жойларда эса шаҳардагига қараганда 1,5 баравар юқори. Инсултдан кейинги ногиронлик ўртача 83,8% ни ташкил қилади, шаҳарда эса (94,7%) қишлоқ жойларида (72,9%) ни ташкил қилади. Шундай қилиб, агар қишлоқ жойларда вафот этиш кўпроқ бўлса, шаҳарларда беморларнинг яшаб қолиши юқори бўлганлиги сабабли ногиронликнинг юқори фоизи мавжуд бўлмоқда. Бу ҳолат муҳим ижтимоий муаммо ҳисобланади, чунки, бугунги кунда Ўзбекистонда доимий парваришга муҳтож 180 мингга яқин ногиронлар бор. Афсуски, жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларнинг ярмидан кўпи (58%) касаллик тарихидан ишемик инсулт билан касалланган [4]. Ҳозирги кунда кўплаб олимларнинг фикрига кўра битта қон томири ўзанида атеросклеротик ўзгаришлар учраши жуда кам ҳолларда кузатилади [15].

**Муаммонинг долзарблиги.** Академик **Каримов Ш.И.** (2020 йил) маълумотида кўра битта қон томир ўзанида атеросклерозни учраши деярли бўлмади, аксинча атеросклеротик ўзгаришлар бир неча қон томирлар хавзасида учраши кўпдир. Европалик олимларнинг ўтказган таҳлиллари шуни кўрсатадики 5 йиллик таҳлил натижасида коронар артерияларни зарарланиши кузатилган беморларнинг 5-9% да уйқу артерияларида 70% юқори бўлган торайишлар аниқланади [22]. Қон томирларнинг атеросклеротик зарарланиши кўп ҳолларда қандли диабет билан бирга кечиши кузатилади ва бу ҳолат касалликни даволашни етарлича қийинлаштиради ва ўз навбатида оғир асоратларга олиб келади, шулардан бири инсултдир. Статистик тадқиқотлар натижаларига кўра инсулт билан оғриган беморларда диабет касаллиги инсулт бўлмаган беморларга қараганда 3 марта кўп учрайди [21]. Аксинча, қандли диабет билан оғриган беморларда инсулт ҳавфи, оғримаган беморларга қараганда 3-4 марта юқори [23].

Renfrew-Paisley (2018 йил) фикрига кўра инсултдан ўлим кўрсаткичи диабет касаллигида сезиларли даражада юқори бўлади ва 45-64 ёшли беморларни 20 йил давомида кўзатган тадқиқотида диабет билан оғриган беморларда инсултдан ўлим ҳавфи 3,5 марта юқори эканлиги кўрсатилган.

Баъзи олимларнинг фикрича [20] атеросклеротик жараён деярли ҳар доим бир вақтнинг ўзида бир нечта томир ўзанларида ривожланиб бориши ва икки ёки ундан ортиқ қон-томир ўзанларининг зарарланиши 36,8-64% гача бўлиши ҳақида маълумот беради. Timagan C.H., Rosero E.B., Smit S.T., (2015) маълумотларига кўра, гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли уйқу артериясининг торайиши (50% дан ортиқ) бўлган беморларда 66% ҳолларда юрак тож артерияларидан бирининг зарарланиши кўзатилади. Турли томир ўзанларининг мултифокал атеросклероз билан зарарланишларини ташхислашни мукамаллаштириш, уни даволашга янгича ёндошувлар ушбу патология тўғрисидаги стандарт тасаввурларни бир мунча ўзгартирди [19]. Ҳозирги вақтга қадар дунёда уйқу артериялари ва коронар артерияларни қўшма атеросклеротик патологиясига чалинган беморларни даволаш тамойиллари бўйича баҳслар давом этмоқда ва уларни даволашга умумий ёндошув йўқ. Бу нафақат ушбу муаммолар билан шуғулланувчи клиниканинг тажрибаси, балки муассасанинг тиббий жиҳозланганлиги ва иқтисодий таъминланганлиги билан ҳам боғлиқ. Шу муносабат билан уйқу ва коронар артерияларнинг қўшма атеросклеротик зарарланишига чалинган беморларни даволашни яхшилашга йўналтирилган жарроҳлик амалиётлари уларни эрта ташхислаш ва тактик-техник жабҳаларини янада такомиллаштириш алоҳида муҳим аҳамият касб этади [19]. Жаҳон амалиётида уйқу ва коронар артерияларда атеросклеротик зарарланиши патогенезини ўрганиш, шу жумладан гиперлипидемияни турли томир ўзанларида атеросклеротик жараён пайдо бўлишидаги ўрнига қаратилган бир қатор мақсадли илмий текширишлар ўтказилмоқда. Уйқу артерияларининг атеросклеротик ўзгаришларида нафақат гемодинамика бўзилиши, балки пиллакчага ўткир қон қуйилишлар, емирлаётган пиллакчалар бўлаклари билан томирларнинг узокроқда жойлашган қисимларини эмболияга олиб келувчи миёда қон айланишини ўткир бузилишларини ўрганишга бағишланган текширувлар долзарблигича қолмоқда.



Шу жумладан, ривожланишнинг ўрта босқичларида бўлган уйқу ва коронар томирлардаги атеросклеротик пилакчаларнинг морфологик хусусиятларини аниқлашга йўналтирилган ва кейинчалик асоратлар шаклланиш эҳтимолини башоратлашда қўлланилиши мумкин бўлган изланишлар давом этмоқда. Мамлакатимиз соғлиқни сақлаш тизими ривожланишининг ҳозирги босқичида мултифокал атеросклерозга чалинган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашга қаратилган кўплаб чоралар кўрилмоқда. Ушбу йўналишда, хусусан қўшма атеросклерозга чалинган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг тактикаси ва ташхислаш сифатини яхшилашда ижобий натижаларга эришилган [19]. Уйқу ва коронар артерияларнинг қўшма атеросклеротик зарарланишига чалинган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган илмий-текшириш ишлари жаҳоннинг кўплаб етакчи илмий марказлари ва олий ўқув юртлари клиникалари томонидан ўтказилган, шу жумладан Department of Vascular Surgery, Leicester Royal Infirmary (Leicester, United Kingdom); Department of Vascular Surgery, St Thomas' Hospital, Westminster Bridge Road (London, United Kingdom); West China Hospital of Sichuan University (Chengdu, China); Department of Cardiology, University of Tor Vergata (Rome, Italy); Department of Cardiology, Motol University Hospital, 2nd Medical School, Charles University (Prague, Czech Republic); Department of Vascular Surgery, Royal Perth Hospital (Western Australia, Australia); Department of Surgery, Western Sydney University School of Medicine (Sydney, Australia); Mayo Clinic (Rochester, USA); Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine (Seoul, Korea); Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (Montreal, Canada); А.В.Вишневский номидаги жарроҳлик илмий тиббиёт маркази (Москва, Россия), А.Н.Бакулев номидаги юрак қон-томир жарроҳлик маркази (Москва, Россия), академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик илмий-амалий тиббиёт маркази (Тошкент, Ўзбекистон), Республика хирургик ангионеврология ихтисослаштирилган маркази (Тошкент, Ўзбекистон) шулар қаторига киради. Дунё олимларининг фикрига кўра атеросклеротик торайишларни даволашнинг ҳозирги кунда кўплаб турлари мавжуд аммо бу муаммонинг ечими эмаслиги аксинча торайишларни даволашдан кўра уни олдини олиш муҳимлиги таъкидланиб келинмоқда. Албатта ҳар битта даволаш усули узининг самарасига эга. Уйқу артерияси атеросклеротик торайишини даволашдан мақсад, инсултнинг олдини олиш ҳисобланади. Даволашнинг энг қўлай усуллари, дори-дармон билан даволаш, уйқу артериясида очик жарроҳлик амалиёти ва уйқу артериясини стентлаш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда фақат АҚШ да ҳар йили амалга ошириладиган уйқу артериясидаги амалиётлар сони йилига 80000-100000 ни ташкил қилади. Уйқу артерияси торайишида ўтказиладиган жарроҳлик амалиёти ишемик инсулт ва асоратларининг профилактикаси ҳисобланади. Профилактика жарроҳлик амалиёти вақтида ва ундан кейин кузатилиши мумкин бўлган хавф билан бевосита боғлиқ бўлиб, бу ўз навбатида мураккаб кўп компонентли тушунчадир. Бош миёда сурункали қон айланиши бўзилиши бўлган беморларда қон-томирларда мултифокал атеросклеротик пилакчаларнинг учраши ва оғир соматик касалликларнинг қўшилиб келиши хавф гуруҳининг ортиб боришига олиб келади [20,21]. Аслини олганда ҳозирги кунда беморларнинг катта қисми ушбу тоифага киради.

#### **Юрак қон-томир жарроҳлигида хавф омиллари ва унга булган ёндашувлар.**

Кўпгина Европа ва дунё олимларининг фикрига кўра ёндош касалликлар инсултни даволашни янада қийинлаштиради ва асоратлар келиб чиқишига кенг йўл очиб беради. Хавф омилларини дунё олимлари ўзгача таҳлил қилади яъни хавф цереброваскуляр бўзилишлар даражаси ва қўшимча касалликлар қўшилиши билан белгиланади

Ўтказилган кўплаб халқаро тадқиқотлар беморларни юқори хавфли деб таснифлаш учун қуйидаги мезонларни тақдим этади: [23].

#### **NASCET ва ACAS бўйича юқори хавф гуруҳлари.**

Анатомик касалликлар: КЭАЭ дан кейинги қайта торайиш, қарама- қарши томондаги уйқу артериясининг окклюзияси, буйин соҳасида ўтказилган жарроҳлик амалиётлари ёки нур терапиясидан кейинги ҳолатлар, жарроҳлик йўли билан эришиб бўлмайдиган ҳолатлар (масалан проксимал ва дистал С2 дан юқори ёки умров остида жойлашган торайишлар), трахеостомия, қарама-қарши лоренгиал фалажда, икки томонлама юқори фоизли стенозларда, даволанишни талаб қиладиганларда, уйқу артерияси интракраниал қисмининг оғир стеноз зарарланишларида.

Ёндош касалликлар: нотурғун стенокардия, юрак отиш фракциясининг пастлигида, юрак етишмовчилигида, режалаштираётган АҚШ амалиётида обструктив ўпка касалликлари, 75 ёки 80 ёшдан ошган беморлар киради.



**SAPPHIRE бўйича ҳавф гуруҳлари**

Юрак қон-томир ёки упканинг клиник жиҳатдан аҳамиятли касалликлари, қарама-қарши уйқу артериясининг окклюзияси, қарама-қарши ларенгиал нервнинг парези, олдинги каротид эндартерэктомиядан кейинги рестеноз қайталаниши, бўйин соҳада ўтказилган жарроҳлик амалиёти ёки нур терапияси, 80 ёшдан катталар.

**T.M. Sundt** ўз текширувларида ҳавф гуруҳлари қуйдаги гуруҳларга бўлиб келтириб ўтади.

*Неврологик ҳавф омиллари:* прогрессив неврологик дефицит, ўткир инсулт, бош миёда қон айланишининг ўткир бўзилиши, ривожланиб боровчи бош миёда қон айланишининг ўткир бўзилиши.

*Соматик ҳавф омиллари:* стенокардия, яқинда ўтказилган миокард инфаркти, ривожланиб боровчи қон айланиш етишмовчилиги, оғир гипертензия, ўпканинг сурункали обструктив касалликлари, 70 ёшдан катталар.

*Ангиографик ҳавф омиллари:* қарама-қарши ички уйқу артериясининг окклюзияси, умумий уйқу артериясининг юқори бифуркацияси, ички уйқу артериясида тромб бўлиши.

Жарроҳлик аралашувининг юқори ҳавфлиги юқорида номлари келтирилган тадқиқотлар ёзишчача кўп жиҳатдан ўхшашдир шунингдек, бир-бирини такрорлайди. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра [18], ўткир ишемик инсулт билан оғирган беморларда тож артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши 30-60% ҳолларда аниқланади. Ушбу икки ҳавзанинг атеросклеротик зарарланиши ўртасидаги боғлиқлик юрак ишемик касаллиги бўйича амалиёт ўтказган беморларда инсултнинг учраш хавфи юқорилиги ва каротид эндартерэктомиядан кейин беморларда миокард инфаркти пайдо бўлиш хавфини юқорилигини келтиради [21]. Bhatt D., (2017 йил) **REACH** тадқиқоти натижаларига кўра, турли қон-томир ҳавзалари касалликларининг қўшма зарарланиши тўғрисида маълумот беради: 1,6% ҳолатларда касалликнинг характерли клиникасига эга учта артериал ҳавзанинг (коронар, бош миё, периферик артериялар) гемодинамик жиҳатдан аҳамиятли зарарланишлари аниқланган. Тож ва бош миё артерияларнинг қўшма зарарланишлари-8,4%, тож ва периферик артериялар - 4,7%, бош миё ва периферик артериялар-1,2% ҳолларда учрайди. Чет эл адабиётида жарроҳликнинг у ёки бу усулини қамраб олган кўплаб фикрлар мавжуд [15,18,21]. Баъзи тадқиқотчилар бир вақтнинг ўзидаги амалиётларни қўлай деб ҳисоблайди [16,22,23], бошқа олимлар биринчи босқич сифатида уйқу артериясида, сўнгра тож артерияда амалиётларни тавсия қиладилар [19].

Баъзи олимларнинг фикрига кўра уйқу ва тож артерияларида бир вақтнинг ўзида амалиёт ўтказиш маъқул усул деб ҳисобланади, гарчи уларда асорат ва ўлим даражаси юқорилигича қолмоқда. Шу муносабат билан ҳозирги вақтда тож ва уйқу артерияси қўшма зарарланган беморларни даволашнинг қўлай усулини танлаш жиддий клиник муаммодир [13]. Neylog R 2017 йилда уйқу ва тож артерияларнинг зарарланишларини жарроҳлик даволашдан сўнг натижаларини тизимда таҳлил қилди. У бир вақтда ўтказилган амалиётларда ўлим даражаси (4,6%) жуда юқори эканлигини келтириб ўтади. Охириги вақтларда уйқу артериясида интервенцион жарроҳлик усулда даволаш шиддат билан ривожланаяпти. Ҳозирги кунгача уйқу артериясида очиқ ва ёпиқ жарроҳлик амалиётларининг хавфсизлиги ва қўлайлиги солиштирилмоқда. Кўпгина олимларнинг фикрига кўра юқори ҳавф гуруҳига кирувчи беморларда уйқу артериясини стентлаш хавфсиз ва самарали усул ҳисобланади.

2017 йил Европада ўтказилган CREST-1 текширувлар натижаларида уйқу артериясини стентлашнинг самарадорлиги, эндартерэктомиядан кам эмаслиги кўрсатилган. Сўнги йилларда катта тезликда ривожланаётган гибрид жарроҳлик усули мултифокал атеросклерозга чалинган ва хавф даражаси юқори бўлган беморларда қўллашни кенгайтириш ҳақида фикр юритишга имкон беради. Баъзи ҳолатларда эса бу танлов жарроҳлик амалиёти ҳисобланади. Қатор кўп марказли метатахлиллари [12] маълумотлари ёрдамида каротид стентлаш амалиёти ва каротид эндартерэктомиа амалиётлар натижалари билан солиштирилди.

Янги эндоваскуляр технологияларни жорий этилиши, шунингдек амалиёт вақтидаги эмболияга қарши муолажаларни мукамаллаштирилиши адабиётларда қўшма атеросклеротик зарарланиши бўлган беморларда бир вақтнинг ўзида уйқу артерияларини стентлаш ва уларни коронар шунтлаш тўғрисидаги маълумотлар элон қилина бошланишига олиб келди. Сўнги йилларда уйқу артерияларининг симптомларсиз торайишларида ЮИК клиникаси мавжуд бўлган беморларда бир вақтнинг ўзида жарроҳлик амалиёти ўтказиш зарурияти ҳақидаги масала кенг муҳокама қилинмоқда. Шу билан бир қаторда белгиларсиз кечувчи каротид артерия торайишида каротид эндартерэктомиа ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки у инсулт ривожланиш хавфини камайтирмайди деган фикрлар мавжуд. Ҳозирги кунда жаҳонда уйқу ва коронар артерияларнинг



қўшма атеросклеротик зарарланишини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш бўйича изланишлар давом этмоқда. Ушбу тоифадаги беморлар сонини узлуксиз ошиши, даволашга ёндошувларнинг турличалиги ва унинг натижаларининг қониқарсизлиги касалликнинг клиник кечишларини кейинчалик текшириш заруратини белгилайди. Яна бир аҳамиятли томони шундаки, турли муаллифлар томонидан келтириладиган маълумотлар тегишли ҳудудлардаги иқлим, экология, аҳоли яшаш тарзи, менталитети бўйича фарқланадиган беморларни даволашга асосланган. Замонавий ташхислаш услублари, жарроҳликдаги янги эндоваскуляр технологиялар, каротидли ва коронар касаллик ҳақидаги замонавий қарашлар мултифокал атеросклерозни даволашни ангиожарроҳликнинг ҳозирги даражаси нуқтаи назаридан ўрганиш имконини беради. Бироқ бош мия инсультини ўтказган беморда аортакоронар шунтлашдан кейинги ҳолатларнинг ярмидан кўпининг анамнезида транзитор ишемик хуруж бўлмаган. Уларда уйқу артерияларини стентлаш, уйқу ва коронар артерияларнинг қўшма зарарланишларини бартараф этишда танлов услуги бўлиши мумкин. Малаев Д.У. (2020 йил) фикрига кўра КС айниқса қўшимча хавф омиллари бўлган беморларда олтин стандарт ҳисобланади, бироқ эмболик асоратларни камайтиришга қаратилган чора-тадбирларга қарамасдан бош мия МРТ текширувида стентлашдан кейин ҳам 30-78% ҳолатларда янги ишемик ўчоқлар пайдо бўлади, ammo улар клиник симптомсиз кечишини келтириб ўтган.

Оҳирги вақтларда уйқу артерияларининг яққол намоён бўлган торайишларида ва оғир ёндош касалликларга чалинган, ҳамда жарроҳлик амалиётида хавф юқори бўлган беморларни каротид стентлаш каротид эндартерэктомияга нисбатан муқобил усулга айланмоқда. Бош мияни озиқлантирувчи ва коронар артерия томирларининг ҳар иккаласи зарарланган беморларни миокард инфаркти ҳамда инсультдан ўлим ҳавфи юқорилигини инobatга олган ҳолда беморларда миокард ревааскуляризациясига қадар уйқу артерияларининг стентлаш амалиёти бажарилиши мумкинлиги таъкидланиб келмоқда. Гемодинамик аҳамиятли стенозда, айниқса 70 ёшдан ошган ва юқори хавф гуруҳидаги беморларда уйқу томирларини стентлаш яъни каминвазив, муқобил интервенционал амалиёт ҳисобланади. Бироқ бунда кўпинча уйқу артериясини стентлаш вақтида ёки ундан сўнг пайдо бўладиган ҳамда ўз ичига артериал гипотензия ва брадикардияни олувчи гемодинамик депрессияни ҳисобга олиш муҳим. Van der Neuden (2018йил) жуда кўп сонли кетма-кет КС ва АКШ амалиётлари таҳлилини нашр этди, юқори хавф гуруҳидаги беморларда икки артериал ўзан зарарланишларида ўтказиладиган амалиётлар учун муқобил ёндашувни таклиф этади: биринчи уйқу артериясини стентлаш, кейинги этапда эса АКШ амалиётини бажаришни таклиф этади [23]. Адабиётлардаги маълумотларнинг ўтказилган таҳлили шуни кўрсатмоқдаки, уйқу ва коронар қон томирлари қўшма зарарланишини ташхислаш ва жарроҳлик усули билан даволаш сифати сезиларли даражада яхшилانган, бироқ юқори хавф гуруҳига кирувчи беморларда уйқу қон томирини торайишларини даволаш тактикаларини жорий этиш, турли артериал хавзаларда қўшма зарарланишларда ташхислаш тактикасининг стандарт баённомасини ишлаб чиқиш, шунингдек жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратлар профилактикаси бўйича даволаш чора тадбирларини мақбуллаштириш даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради.

Ҳозирги даврда уйқу артерияси ва коронар артериянинг қўшма зарарланишларини жарроҳлик йўли билан даволаш тактикаси ўта долзарб масала ҳисобланиб, замонавий томир жарроҳлигида яқунига етмаган, ҳамда ўрганишни давом этиш лозим бўлган муаммо ҳисобланади.

**Хулоса** ўрнида шуни айтишимиз мумкинки:

1. Каротид артерияларнинг атеросклеротик зарарланиши бўлган беморларни жарроҳлик усулида даволашга бўлган ёндашув ташхислаш босқичида аниқланган қўшимча касалликларга тўлақонли баҳолашни талаб қилади, бу эса ўз навбатида юқори хавф гуруҳига кирувчи беморларда даволашни тўғри танлаш имконини беради.

2. Уйқу ва тож артерияларнинг қўшма зарарланиши бўлган беморлар учун босқичли амалиёт ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

3. Юқори хавф гуруҳига кирувчи беморларда бир нечта артериал хавзаларда зарарланиш бўлганда, уйқу артериясига эндоваскуляр усулда даволаш, мақбул усуллардан бири ҳисобланади.

#### Адабиётлар.

1. Анри М., Анри И., Полидор А., Хагель М. Каротидная ангиопластика и стентирование с защитой мозга: методика, результаты и ограничения (Часть 3) // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2006. – Том 12, № 2. - С. 35-48.
2. Алиджанов Х. К. Возможности ревааскуляризации головного мозга путем реконструкции наружной сонной артерии у больных с окклюзией внутренней сонной артерии: Дисс. канд. мед. наук. – Ташкент., 2012.
3. Бахритдинов Ф. Ш. Тактика хирургического лечения окклюзионных поражений ветвей дуги аорты: Дисс. докт. мед. наук. – Ташкент., 1992.



4. Бахритдинов Ф. Ш., **Касимов** З. З., Суюмов А. С. Диагностика и хирургическое лечение хронической сосудисто-мозговой недостаточности // Журн. Хирургия Узбекистана. – 2011. - №3. – С. 82-86.
5. Бахритдинов Ф. Ш. Собиров Ж. Г. Тактика хирургического лечения больных с мультифакторным атеросклерозом // Журн. Хирургия Узбекистана. – 2014. - №1. – С. 56-61.
6. Бахритдинов Ф. Ш. Собиров Ж. Г. Выбор тактики хирургического лечения больных с сочетанными атеросклеротическими поражениями ветвей дуги аорты // Журн. Хирургия Узбекистана. – 2014. - №2. – С. 16-21.
7. Божерия Л. А., Пирцхалаишвили З. К., Морозов К. М., Каменский А. В. Реконструкция сонной артерии человека заплатами из различных материалов (поиск оптимального материала для улучшения результатов пластики сонных бифуркаций) // Анналы хирургии. – 2008. - №2. - С. 5-19.
8. Бекбосынов А. Ж. Сочетанная коррекция нарушений функционального состояния системы гемостаза у больных ишемическим инсультом // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – Том 19, №4. - С. 21-27.
9. Белов Ю. В., Чарчян Э. Р. Технология "полной" защиты головного мозга и внутренних органов в условиях "сухой" аорты при реконструкции дуги аорты // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – Том 14, №3. – С. 83-91.
10. Белоярцев Д. Ф. Варианты реконструкций каротидной бифуркации при атеросклерозе: история вопроса и современное состояние проблемы // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2009. - Том 15, №1. - С. 117-126.
11. Белоярцев Д. Ф., Адыхаев З. А. Протокол профилактики периперационных инсультов при реконструкциях бифуркации сонной артерии // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – Том 19, №4. - С. 171-177.
12. Сворцова В.И., Стаховская Л.В. Комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Сердечно-сосудистая патология. Современное состояние проблемы. М.: Медиа Медика. 2009. С. 266–73.
13. Сворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. Сборник методических рекомендаций, программ, алгоритмов. М.: Литтерра, 2007. С. 192.
14. Гавриленко А.В., Иванов В.А., Куклин А.В. и др. Многофакторный анализ результатов хирургического лечения: каротидной эндартерэктомии и каротидного стентирования у пациентов с симптомными стенозами сонных артерий // Матер-лы 22-й международной конференции Российского Общества ангиологов и сосудистых хирургов. Ангиология и сосудистая хирургия.
15. Белоусов Ю.Б., Белоусов Д.Ю., Афанасьева Е.В. и др. Прогнозирование влияния статинов на прямые медицинские затраты при вторичной профилактике у пациентов с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Качественная клиническая практика. 2011. С. 97–115.
16. Archi J.P.Jr., Engrinton R.D. Carotid Surgery in book: Vascular Surgery Highlights 1999–2000. Health press. Oxford. 2000. P. 61–68.
17. Скоромец А.А., Дамбинова С.А., Дьяконов М.М. и др. Биохимические маркеры в диагностике ишемии головного мозга. Международный неврологический журнал. 2009. № 5. С. 27-29.
18. Dickerson L.M., Carek P.J., Quattlebaum R.G. Trident Medical Center/Medical University of South Carolina Family Medicine Residency Program, USA Am Fam Physician. 2007. Aug. 1. Vol. 76 (3). P. 382-388.
19. Юлбарисов А.А. "Совершенствование ранней диагностики и хирургического лечения сочетанного атеросклероза сонных и коронарных артерий" Дисс. док. мед. наук. – Ташкент., 2019.
20. Kresovic T.F., Blatzler D., Karp et al. Multistate utilization? Processes and outcomes of carotid endarterectomy. J. Vascular Surgery. 2001. Vol. 33 (2). P. 227-235.
21. Bhatt D., Steg P., Onman E., Hirsch A., Ikeda Y., Mas J. et al. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. //JAMA. - 2006. - Vol. 295. P. 180-189
22. Naylor AR, Cuffe RL, Rothwell PM, Bell PR. A systematic review of outcomes following staged and synchronous carotid endarterectomy and coronary artery bypass. Eur J Vase Endovasc Surg 2003;25:380-389.
23. Van der Heyden J. et al. Staged carotid angioplasty and stenting followed by cardiac surgery in patients with severe asymptomatic carotid artery stenosis. //Circulation. - 2007. - Vol. 116. P. 2036 -2042.

УДК 616.288-002-036-06:616.379-008.64

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ОТИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Маматова Т.Ш., Амонов Э.И., Кучмуратова С.Р., Пардаев Д.Э.

### Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников

Некротическая форма наружного отита часто стало встречаться у больных с сахарным диабетом, который порою заканчивается тяжёлыми осложнениями, угрожающими жизни больного. Данная статья посвящена описанию случая из практики, закончившиеся некрозом не только мягких тканей наружного слухового прохода, но и даже костной ткани сосцевидного отростка, из-за чего была необходимость проведения оперативного вмешательства в виде расширенной анитромостоидэктомии.

**Ключевые слова:** наружный отит, диагностика и лечение.

### ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ТАШҚИ ОТИТНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ташқи отитнинг некротик тури қандли диабет билан хасталанган беморларда учраб, ҳатто бемор ҳаётига хавф солувчи оғир асоратлар бериши мумкин. Мақолада амалиётда учраган қандли диабетли бемордаги ташқи некротик отит фонида нафақат юмшоқ тўқималар зарарланган, балки некрот ҳолати ҳатто суяк тўқимасигача этиб борган. Эндокринолог маслаҳати асосида жарроҳлик амалиёти – анитромостоидэктомия ўтказиш орқали даволаш жараёни баён қилинган.

**Калит сўзлар:** ташқи отит, диагностика ва даволаш.

### FEATURES OF THE EXTERNAL FLOW OF OTITIS EXTERNAL IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

The necrotic form of external otitis, often began to occur in patients with diabetes mellitus, which sometimes ends in severe complications that face the patient's life. This article is devoted to the described case from practice, ending in necrosis not only the soft tissue of the external auditory canal, but also the bone tissue of the casatoid process, because of which there was a need for surgical intervention in the form of an extended anitromastoidectomy.

**Key words:** otitis externa, diagnosis and treatment.

Наружный отит у больных с сахарным диабетом, в связи с поражением не только мягких тканей наружного слухового прохода, даже поражением хряща и костной структуры называется злокачественной формой наружного отита. Это заболевание встречается преимущественно у лиц пожилого возраста. Заболевание впервые было описано в 1966 году J.Chandler. В структуре