

ISSN 2181-3612 (Online)

# MSU

## Medical science of Uzbekistan

Vol. 2 No. 5 (2023)

### O'zbekiston tibbiyot ilmi



[www.fdoctors.uz](http://www.fdoctors.uz)

# “O‘zbekiston tibbiyot ilmi”

## ELEKTRON JURNALI

5-nashr. (sentyabr-oktyabr, 2023 yil)

**Davriy nashrning rasmiy nomi:** “O‘zbekiston tibbiyot ilmi” elektron jurnali O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan 24.05.2022 sanada berilgan №1631-sonli guvohnomasi bilan ro‘yxatdan o‘tgan.

**Xalqaro indeksi:** ISSN 2181-3612 (Online).

**Jurnal asoschilari:** Andijon davlat tibbiyot instituti va “I-EDU GROUP” MCHJ.

**Jurnalning maqsadi:** sog‘liqni saqlashning barcha bo‘g‘inlari xodimlarini bemorlarda turli kasalliklarda tashxis qo‘yish, davolash va profilaktikasini takomillashtirish bo‘yicha innovatsion yondashuvlar bilan tanishtirish, tibbiyot va ilmiy tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish va takomillashtirish.

**Jurnalning onlayn versiyasi veb-saytda mavjud:** [www.fdoctors.uz](http://www.fdoctors.uz)

**Tahririyat telefoni:** +998 (94) 018-02-55

**Pochta manzili:** 170100, Andijon shahar, “YU.Otabekov” ko‘chasi, 1-uy.

**Web-sayt:** [www.fdoctors.uz](http://www.fdoctors.uz)

**E-mail:** [info@fdoctors.uz](mailto:info@fdoctors.uz)

## Bog‘langan tizimlar:

GoogleScholar

DOI Crossref

inLibrary

SLIB.UZ

CYBERLENINKA

Orcid

Publons

Scienceweb

archive.org

ResearchBib (OAK 14-baza)

Bielefeld Academic Search Engine (OAK 13-baza)

EuroPub Database

Researchgate (OAK 40-baza)

**TAHRIRIYAT TARKIBI:**

- ARZIKULOV ABDURAYIM SHAMSHIEVICH** – Bosh muharrir, professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.  
**TOSHBOEV SHERZOD OLIMOVICH** – mas’ul kotib, dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.

**TAHRIRIYAT JAMOASI:**

- 1. MADAZIMOV MADAMIN MUMINOVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston) ORCID/GoogleScholar.
- 2. SALAXITDINOV ZUXRITDIN** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 3. AGRANOVSKIY MARK LEYZEROVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 4. SALAXITDINOV KAMALITDIN ZUXRITDINOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 5. XUDAYBERDIEV KABIL TURSUNOVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 6. RASUL – ZADE YULDUZ GULYAMOVNA** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, (Toshkent, O‘zbekiston).
- 7. ABDULLAJONOV BAXRAMJON RUSTAMOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 8. RAXMANOVA LOLA KARIMOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi, (Toshkent, O‘zbekiston).
- 9. MAMATXUJAEVA GULNARAXAN NAJMIDINOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).

**TAHRIRIYAT KENGASHI:**

- 1. KAXXAROV ZAFARJON ABDURAXMANOVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 2. OLEYNIK VLADIMIR ALEKSEEVICH** – professor, tibbiyot fanlari doktori, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 3. TULANOV DILSHOD SHOMIRZAEVICH** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 4. MIRZAKARIMOVA DILDORA BAXODIROVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 5. ABDULLAEVA MAVJUDA ERGASHEVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).
- 6. SALIEVA MANZURA XABIBOVNA** – dotsent, tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti, (Andijon, O‘zbekiston).

# OLINGAN TISH KATAGINI TISH BO‘LAGI BILAN YOPISH USULINING SAMARASI

Isayev U.I. 

1. Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O‘zbekiston.

**Annotatsiya.** Ushbu tadqiqot ishi tish chiqarish jarayonida alveolyar jarayonni saqlab qolish uchun tish bo‘lagidan foydalanish usulining samaradorligini o‘rganishga qaratilgan. Adabiyotlarni o‘rganish va zamonaviy klinik tadqiqotlar tahlili asosida usul samaradorligining asosiy jihatlari aniqlandi. Alveolyar jarayonning strukturaviy barqarorligini, funktsional natijalarini tahlil qilish, shuningdek, ushbu usuldan foydalangandan keyin uzoq muddatli oqibatlarni baholash tadqiqotning asosiy yo‘nalishlariga aylandi.

**Kalit so‘zlar:** usul, tish bo‘lagidan foydalanish, konservatsiya, alveolyar jarayon, samaradorlik, rekonstruksiya, stomatologiya, tish implantatsiyasi, osseointegratsiya.

## Kirish

Zamonaviy stomatologiyada tish olingandan keyin alveolyar o‘siq kelajakda ortopedik muolajalarga keskin ta‘sir ko‘rsatishini inobatga olib alveolyar o‘sig‘ini saqlab qolish asosiy vazifa bo‘lib hisoblanadi. Shuning uchun, alveolyar o‘siq strukturasi yaxlitligini samarali saqlash usullarini o‘rganish va baholash, stomatologik praktika mutaxassislari uchun ustuvor vazifa bo‘lib kelmoqda.

Bugungi kunda, bu yo‘nalish bo‘yicha tish olingandan keyin alveolyar o‘siqni saqlab qolish maqsadida tish bo‘lagidan foydalanish usuli istiqbolli xisoblanadi [17].

Bu usul tish fragmentini qo‘llab alveolyar o‘siq hajmini kamaytirishiga va o‘z navbatida iplant qo‘yish va protezlashda asoratlarning rivojlanishini pasaytirishga yo‘naltirilgan [6].

Ushbu maqolada biz bu usulning samaradorligini tizimli tahlil qilishni, uning afzalliklari va kamchiliklarini ko‘rib chiqishni, shuningdek, uni klinik amaliyotda qo‘llash istiqbollari baholashni maqsad qilganmiz. Bundan tashqari, maqola ushbu jarayonning muvaffaqiyatiga ta‘sir qiluvchi asosiy omillarni aniqlash va alveolyar suyaklarni saqlashning muqobil yondashuvlari bilan qiyosiy tahlilni o‘tkazishga qaratilgan.

Alveolyar o‘siq muhim anatomik tuzilma bo‘lib, jag‘larning alveolyar kataklari tishlarni yaxlitligini va ushlab turishni ta‘minlaydi [26]. Bu tishlarni o‘rab turgan va tish ildizlarining barqaror holatini ta‘minlaydigan zich suyak to‘qimalarining plastinkalaridan iborat suyak to‘qimasi hisoblanadi. Alveolyar o‘siq murakkab morfologiyaga ega bo‘lib, tishlarni qo‘shimcha qo‘llab-quvvatlash va mustahkamlashni ta‘minlaydigan alveolyar do‘boqlar va egatlardan iborat [2,5].

Alveolyar o‘siqning tuzilishi jag‘larning turli bo‘limlarida joylashishiga qarab yuqori o‘zgaruvchanlikni ko‘rsatadi. Yuqori jag‘da alveolyar o‘siq tishlarda tayanch vazifasini bajaruvchi keng alveolyar do‘mboqlarga ega bo‘lib tekisroq shaklga ega. Pastki jag‘da alveolyar o‘siq zichroq tuzilgan va pastki tishlarning ildizlarini yaxlitligini saqlaydigan aniq egatlar bilan tavsiflanadi [49].

Alveolyar o‘siqning strukturaviy xususiyatlari tishlarning barqarorligini ta‘minlashda, chaynash va gapirishda ularning normal ishlashini ta‘minlashda muhim rol o‘ynaydi. Alveolyar tizmaning anatomik xususiyatlarini tushunish, tish olingandan keyin ushbu tuzilmani saqlab qolish usullarining samaradorligini ko‘rib chiqishda asosiy omil hisoblanadi [7]. Alveolyar jarayonda sodir bo‘ladigan fiziologik jarayonlar uning strukturaviy yaxlitligini va funktsional faolligini saqlashda muhim rol o‘ynaydi. Tish olingandan keyin alveolyar o‘siqda bir qator o‘zgarishlar yuz beradi, bu uning shakli va hajmiga ta‘sir qiladi [12].

Suyak rezorbsiyasi jarayoni tish olingandan keyin alveolyar o‘siqda kuzatiladigan asosiy fiziologik jihatlardan biridir. Bu hodisa tish tomonidan olib boriladigan funktsional yuklanishning yo‘qolishiga javoban boshlanadi va suyak to‘qimasi hajmining asta-sekin kamayishiga olib keladi [13]. Bundan tashqari, osteoblastlar va osteoklastlar faoliyatidagi o‘zgarishlar alveolyar o‘siqning suyak tuzilishini qayta qurishga ta‘sir qiladi, bu uning deformatsiyasiga va shaklini yo‘qotishiga olib kelishi mumkin [8].

Shu bilan birga, regeneratsiya va ta‘mirlash jarayonlari ham alveolyar o‘siqning butunligini saqlashda muhim rol o‘ynaydi. Odatda, osteogenez tizimi suyak to‘qimalarining tiklanishini ta‘minlashga va uning optimal tuzilishini saqlab turishga qodir. Ammo, agar bu jarayon buzilgan bo‘lsa, suyak atrofiyasi va degradatsiyasi kabi patologik o‘zgarishlar rivojlanishi mumkin, bu esa keyingi jarrohlik aralashuvlar yoki protezlarni sezilarli darajada murakkablashtirishi mumkin. [4,9,30].

Shunday qilib, alveolyar o‘siqda sodir bo‘ladigan fiziologik jarayonlarni tushunish tish olingandan keyin uni saqlashning samarali usullarini ishlab chiqish uchun muhimdir. Alveolyar tizmaning strukturaviy yaxlitligini yetarli darajada tiklash va saqlab turish bemorning hayot sifatini sezilarli darajada murakkablashishiga va yomonlashishiga olib kelishi mumkin.

Stomatologiya sohasida alveolyar o'siqni saqlab qolish uchun turli usullar, jumladan alveolyar plastik jarrohlik, so'rilishi mumkin bo'lgan materiallardan foydalanish, membranalar va suyak o'rnini bosuvchi vositalardan foydalanish keng qo'llaniladi. Alveolyar plastik jarrohlik - bu suyak implantlari yoki sintetik materiallar kabi turli xil materiallardan foydalangan holda alveolyar o'siqning anatomik tuzilishini tiklashga qaratilgan jarrohlik usullari to'plami [1,14,22]. Bu bilan bir qatord so'rilishi mumkin bo'lgan materiallardan foydalanish suyak to'qimalarining o'sish jarayonlariga rag'batlantiruvchi ta'sir ko'rsatadi, uning yangilanishini rag'batlantiradi va rezorbsiyani oldini oladi. Shu bilan birga, membranalaridan foydalanish suyak to'qimasini tiklashning yanada samarali jarayonini rag'batlantiradigan, alveolyar jarayonni yumshoq to'qimalarning invazyasidan himoya qiluvchi to'siqni yaratishga qaratilgan. Bundan tashqari, suyak o'rnini bosuvchi vositalardan foydalanish suyak to'qimalarining o'sishi va yangilanishini rag'batlantirish, uning yo'qolishini qoplash va alveolyar jarayonning tarkibiy yaxlitligini saqlashga qaratilgan. Ushbu usullar alveolyar o'siqning tuzilishini saqlab qolish va stomatologik aralashuvlar natijalarini optimallashtirishda muhim rol o'ynaydi va ma'lum bir usulni tanlash bemorning individual xususiyatlariga va klinik xususiyatlariga bog'liq [34,46,50].

Qo'llanib kelinayotgan alveolyar suyaklarni saqlash usullarining samaradorligini baholash, uning strukturaviy yaxlitligini saqlashga optimal yondashuvni aniqlash uchun muhimdir. Asosiy ko'rsatkichlaridan biri bu usulning tish olingandan keyin alveolyar o'siq hajmini saqlab qolish qobiliyatidir. Suyak rezorbsiyasini kamaytiradigan va uning anatomik tuzilishini saqlaydigan usullar samaraliroq hisoblanadi. Samarali usullar suyak to'qimasini tiklash jarayonlarini faollashtirishga yordam berishi va osteoblastlarning o'sishini rag'batlantirishi kerak, bu esa alveolyar o'siqning yanada samarali tiklanishini ta'minlaydi. Muayyan usuldan foydalanish bilan bog'liq asoratlarning chastotasi va og'irligini baholash ham samaradorlikning muhim mezonini hisoblanadi. Bemor uchun asoratlar va istalmagan oqibatlar xavfi minimal bo'lgan usullar afzalroq deb hisoblanadi. Alveolyar o'siqning uzoq vaqt davomida barqaror saqlanishini ta'minlaydigan usullar klinik amaliyot nuqtai nazaridan afzalroqdir [31,38,39,40].

Usulni samarali tanlash o'ziga xos klinik vaziyatning xususiyatlariga, bemorning anatomiyasiga va uning tibbiy ehtiyojlariga bog'liq (1-jadval).

Jadval № 1. Alveolyar o'siqni saqlashning mavjud usullarining afzalliklari va kamchiliklari [3, 10, 15, 16, 18, 19, 20, 25, 28].

Usul	Afzalliklari	Kamchiliklari
Alveolyar plastika	Suyak to'qimalarining muhim hajmini tiklash qobiliyatini ta'minlaydi.	Jarrohlik mahorati va maxsus jihozlarni talab qiladi.
	Alveolyar o'siqning tizimli barqarorligiga erishishga imkon beradi.	Bemor uchun qo'shimcha tiklanish va reabilitatsiya vaqtini o'z ichiga olishi mumkin.
	Bemorning o'ziga xos anatomik xususiyatlariga moslashtirilishi mumkin.	Infektsion va transplantatsiyani rad etish kabi asoratlar xavfi mavjud.
So'rilishi mumkin bo'lgan materiallarni qo'llash	Qo'shimcha jarrohlik aralashuvlarsiz suyak to'qimalarining yangilanishini rag'batlantirishga yordam beradi.	Suyak to'qimasini to'liq tiklash uchun uzoq vaqt kerak bo'lishi mumkin.
	Jarrohlik muolajalari bilan bog'liq asoratlar xavfini kamaytiradi.	Materiallarga individual reaksiyalar bemorlarda turli reaksiyalarga olib kelishi mumkin.
	Boshqa usullarga qaraganda ancha tejamkor bo'lishi mumkin.	Qayta tiklanishning cheklanishi, ayniqsa suyakning sezilarli darajada yo'qolishi holatlarida.
Membranlardan foydalanish	Yumshoq to'qimalarning kirib kelishini oldini oladigan va suyak to'qimalarining yangilanishi uchun maqbul sharoitlarni ta'minlaydigan himoya to'siqni yaratishga imkon beradi.	Qo'llangan membranani rad etish yoki infeksiyalar bilan bog'liq asoratlar paydo bo'lishi mumkin.
	Jarrohlik muolajalariga qo'shimcha murakkabliklarsiz osongina qo'shilishi mumkin.	Membranani olib tashlash uchun qo'shimcha jarrohlik kerak bo'lishi mumkin.
	Regeneratsiya jarayonining yuqori prognozligi va nazorat qilinishiga imkon borligi.	Ba'zi turdagi membranalar qimmatroq bo'lishi, bu esa davolanish narxiga ta'sir qilishi mumkin.

Suyak o'rnini bosuvchi moddalardan foydalanish	Suyak yo'qotilishining o'rnini qoplash va suyak to'qimalarining yangilanishini rag'batlantirish imkonini beradi.	Ba'zi suyak o'rnini bosuvchi moddalar regeneratsiyani rag'batlantirishda cheklangan samaraga ega bo'lishi mumkin.
	Boshqa usullarga nisbatan qulayroq va tejamkor bo'lishi mumkin	Bemorning individual xususiyatlari suyak o'rnini bosuvchi materiallarga turli xil reaksiyalarni keltirib chiqarishi mumkin.
	Zamonaviy texnologiyalardan foydalanganda qo'shimcha jarrohlik aralashuvlarga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi.	Kamdan kam hollarda allergik reaksiyalar yoki rad etish xavfi bo'lishi mumkin.

Alveolyar o'siqni saqlab qolish uchun tish bo'lagidan foydalanish usuli, shuningdek, autotransplantatsiya deb ham ataladi, bu tabiiy tishni jag'ning bir qismidan ikkinchisiga o'rnatish yoki ko'chirib o'tkazishga qaratilgan jarrohlik muolajadir. Ushbu usul bir yoki bir nechta tishlarni olib tashlashda, keyinchalik alveolyar o'siqni saqlab qolishda, ayniqsa suyakning deformatsiyasi yoki rezorbsiyasi xavfi yuqori bo'lgan hollarda qo'llanilishi mumkin [11].

Autotransplantatsiya jarayoni odatda bir necha bosqichlar, jumladan, donor va retsipient joylarini oldindan rejalashtirish va anatomik baholash, donor joydan tishni olib tashlash, transplantatsiya qilingan tishni qabul qilish uchun alveolyar o'siqni tayyorlash va yangi joyga tishni implantatsiya qilishni o'z ichiga oladi. [21,23,27].

Ushbu usulning asosiy printsipti transplantatsiya qilingan tish yordamida normal anatomik tuzilmani tiklash orqali alveolyar o'siqni saqlab qolishdir. Ushbu yondashuv transplantatsiya qilingan tishni optimal ushlab turish va alveolyar sohada suyak regeneratsiyasini kuchaytirishni ta'minlaydi [29].

Ammo shuni ta'kidlash kerakki, ushbu muolaja tish va alveolyar to'qimalarda jarrohlik bo'yicha maxsus ko'nikmalar va tajribalarni, shuningdek, optimal natijalarga erishish va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni minimallashtirish uchun ehtiyotkorlik bilan rejalashtirishni talab qiladi.

Keyingi o'n yil ichida alveolyar suyakni saqlab qolish uchun tish bo'laklaridan foydalanish diagnostika usullari, jarrohlik asboblari va osseointegratsiya texnologiyalari yaxshilanishi bilan sezilarli darajada rivojlandi. Kompyuter tomografiyasining rivojlanishi va 3D modellashtirish ham ushbu usulning natijalarini rejalashtirish va bashorat qilishni optimallashtirishda muhim rol o'ynadi.

Hozirgi vaqtda autotransplantatsiya usuli alveolyar o'siqni saqlab qolish va tish implantlari muvozanatini optimal ushlab qolish uchun samarali alternativ hisoblanadi. Stomatologiya va ortopediya sohasidagi doimiy tadqiqotlar davolashning eng yaxshi natijalarini ta'minlash va bemorlarning hayot sifatini yaxshilash uchun ushbu texnikani ishlab chiqish va takomillashtirishga hissa qo'shishda davom etmoqda.

Tishning strukturaviy xususiyatlari alveolyar o'siqni saqlab qolish uchun tish fragmentini qo'llash usulining samarasiga ta'sir qiluvchi muhim omillardan biridir. Ushbu tuzilish xususiyatlariga tishning anatomik va morfologik xususiyatlari, masalan, hajmi, ildiz shakli, dentin va emal to'qimalarining sifati, periodontal to'qimalarning holati kiradi. Muvaffaqiyatli transplantatsiya donor va qabul qiluvchi resipient o'rtasidagi moslikka bog'liq. Tish ildizlarining mos hajmi va shakli yangi joyga yanada samarali moslashish va integratsiyani ta'minlaydi. Hajm yoki shakldagi nomuvofiqlik tishning noto'g'ri joylashishi yoki alveolyar jarayonning deformatsiyasi kabi asoratlarga olib kelishi mumkin. Dentin va emal to'qimalarining sog'lom holati muvaffaqiyatli tish transplantatsiyasi uchun muhim omil hisoblanadi. To'qimalarning sifatsizligi implantatsiya jarayonida travma xavfini oshirishi yoki atrofdagi to'qimalar uchun salbiy oqibatlariga olib kelishi mumkin [32,47]. Periodontal to'qimalarning, shu jumladan milk to'qimasi va alveolyar suyakning optimal sog'lomligi transplantatsiya qilingan tishning muvaffaqiyatli moslashishi uchun asosiy omil hisoblanadi. Yallig'lanish jarayonlari yoki boshqa periodontal patologiyalarning mavjudligi osseointegratsiya jarayoniga va tishning yangi joyda barqaror holatini saqlab turish qobiliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin [33].

Tishning ushbu strukturaviy xususiyatlarini har tomonlama baholash tish transplantatsiyasi bilan bog'liq mumkin bo'lgan xavf va asoratlarni kamaytirishga imkon beradi.

Usulning muvaffaqiyatiga ta'sir qiluvchi omillar jarrohlik amaliyotining turli jihatlari bilan chambarchas bog'liq bo'lib, ular muolajalarning natijalarida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Alveolyar o'siqni saqlab qolish uchun tish bo'lagidan foydalanish jarayonida tayyorgarlik, jarrohlik ko'rsatkichlari va operatsiyadan keyingi parvarish bilan bog'liq bir qator omillar usulning muvaffaqiyatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Muhim jihatlari - oldindan rejalashtirish, jarrohlik texnikasi, tegishli materiallar va usullardan foydalanish, operatsiyadan keyingi samarali davolash va kuzatish. Alveolyar o'siqni parvarish qilish, alveolyar o'siqni saqlab qolish uchun tish fragmentidan foydalanish usuli qo'llanganidan keyin ijobiy natijalarni ta'minlashda muhim rol o'ynaydi. Muhim omillarga muntazam tibbiy ko'riklar, yallig'lanishni nazorat qilish, stressni boshqarish va yarani to'g'ri parvarish qilish kiradi [35,48].

Zamonaviy klinik tadqiqotlarni ko'rib chiqish tish fragmenti yordamida alveolyar jarayonni saqlab qolish usuliga faol qiziqish bildiradi. Tadqiqotlar jag'ning rekonstruktiv jarrohligida ushbu usulning ahamiyatini ko'rsatadigan tizimli barqarorlik, funktsional natijalar, osseointegratsiya va bemorning qoniqishini tahlil qilishni o'z ichiga oladi [36,42,44,52].

Tish fragmenti yordamida alveolyar o'siqni saqlash usulini qo'llash turli klinik vaziyatlarda uning universal imkoniyatlarini namoyish etadi. Bu travma yoki periodontitdan so'ng rekonstruksiya qilish, onkologik jarrohlikdan so'ng

jag'larni tiklash, shuningdek, yuz-jag' jarohatlaridan keyin reabilitatsiya qilish uchun samarali hisoblanadi. Bundan tashqari, usul estetik stomatologiya, implantologiya va protezlashda muvaffaqiyatli qo'llaniladi [41,45,51].

Yuz-jag' jarohatlardan so'ng reabilitatsiya davrida ushbu usul jag' suyagining anatomik yaxlitligini tiklashga imkon beradi, tishlarni almashtirish va chaynash va fonoartikulyatsiya funksiyalarini tiklashga yordam beradi. Estetik stomatologiya va ortopediyada ushbu usul bemorning individual xususiyatlarini hisobga olgan holda tishlarning shakli va funksiyasini tiklash uchun jarrohlik yechimlarni ta'minlab, tabiiy ko'rinishdagi tish va tish qatorini yaratishga yordam beradi. Implantologiya va protezlash sohasida bu usul implantlar va protezlar uchun mustahkamlik va barqarorlikni ta'minlaydi, tishlarini to'liq yoki qisman yo'qotgan bemorlarni uzoq muddatga muvaffaqiyatli reabilitatsiya qilishga hissa qo'shadi [37,43, 53].

Alveolyar jarayonni saqlab qolish uchun tish bo'lagidan foydalanish usuli rekonstruktiv stomatologiya sohasida uning muhim ahamiyatini ochib berdi. Alveolyar o'siq anatomiyasi va fiziologiyasini tahlil qilish, qo'llanib kelinayotgan saqlash usullarini ko'rib chiqish, turli yondashuvlarning afzalliklari va kamchiliklarini o'rganish ushbu usulning ahamiyatini yanada kengroq tushunish imkonini berdi.

Ko'rib chiqishdan olingan xulosalar, jarrohlik texnikasi bilan bog'liq cheklovlarga va ayrim klinik holatlarda qo'llanilishining cheklanganligiga qaramasdan, alveolyar suyakning strukturaviy barqarorligini ta'minlashda usulning samaradorligini ko'rsatadi.

Ushbu sohadagi keyingi tadqiqotlar ushbu usulning ta'sir qilish mexanizmlarini chuqurroq tushunishga, uni qo'llash texnikasini takomillashtirishga, shuningdek, turli xil stomatologik muammolari bo'lgan bemorlarda optimal natijalarga erishish uchun uni qo'llash ko'lamini kengaytirishga yordam beradi.

#### ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Болонкин И. В. Костная пластика аутоотрансплантатами при дентальной имплантации //Клиническая стоматология. – 2010. – №. 3. – С. 26-29.
2. Бондаренко Н. Н., Балахонцева Е. В. Измерение оптической плотности костной ткани альвеолярного отростка челюстей при заболеваниях пародонта с помощью трёхмерной компьютерной томографии //Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. – №. 4. – С. 660-662.
3. Боровицкая Н. Н. Повторная и отсроченная костная пластика расщелины альвеолярного отростка // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью «Форум стоматологии», 2011. – №. 3. – С. 28-29.
4. Волков А. В. Морфология репаративного остеогенеза и остеointegrации в челюстно-лицевой хирургии: специальность 14.03.02«Патологическая анатомия»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – 2018.
5. Гайворонский И. В., Смирнова М. А., Гайворонская М. Г. Анатомические корреляции при различных вариантах строения верхнечелюстной пазухи и альвеолярного отростка верхней челюсти //Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2008. – №. 3. – С. 95-99.
6. Гурин А. Н., Комлев В. С. Обзор современных биоматериалов и методик сохранения объема лунки зуба после удаления //Дентальная имплантология и хирургия. – 2015. – №. 4. – С. 34-37.
7. Гуровец Г. Возрастная анатомия и физиология. Основы профилактики и коррекции нарушений в развитии детей. – Litres, 2022.
8. Денисова Ю. Л. Современные концепции развития болезней пародонта //Стоматолог. Минск. – 2012. – №. 2. – С. 23-30.
9. Ешиев А. М. Инновационные методы, технологии и материалы в челюстно-лицевой хирургии: дис. – Бишкек, 2011, 42 с, 2011.
10. Жданов Е. В. и др. Планирование лечения и сохранение анатомического строения альвеолярного гребня при замещении зуба, подлежащего экстракции, имплантатом //Пародонтология. – 2005. – №. 3. – С. 40-47.
11. Захарова Е. В. и др. Обзор методов реабилитации пациентов с отсутствием зубов и выраженной редукцией альвеолярного отростка верхней челюсти //Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. – 2020. – №. 4. – С. 14-19.
12. Захарова Н. О., Балуева Е. С. Физиология старения и проблемы геронтостоматологии //Современные аспекты клинической физиологии в медицине. – 2008. – С. 110-111.
13. Иванов С. Ю. и др. Метод непосредственной дентальной имплантации //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 5. – С. 230-230.
14. Калбаев А. А., Юлдашев И. М., Нуриддинов Р. М. КОСТНАЯ ПЛАСТИКА АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ НА ЭТАПАХ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ //Здравоохранение Кыргызстана. – 2010. – №. 1. – С. 45-48.
15. Колин М. Н. и др. ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА НА ОСНОВЕ КСЕНОГЕННОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ЕГО ПРЕИМУЩЕСТВА //Современные тенденции развития науки и технологий. – 2015. – Т. 100. – С. 22.
16. Люндуп А. В. и др. Методы тканевой инженерии костной ткани в челюстно-лицевой хирургии //Вестник Российской академии медицинских наук. – 2013. – Т. 68. – №. 5. – С. 10-15.
17. Михайловский А. А. Сохранение объема костной ткани челюсти при удалении зубов: дис. – 2015.
18. Павленко А. В. и др. Остеокондуктивный материал Easy Graft® в современной хирургической стоматологии //Дентальная имплантология и хирургия. – 2012. – №. 3. – С. 8.
19. Размыслов А. В., Минкин А. У. Оптимизация хирургической тактики при замещении костных дефектов

- и увеличении размеров альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти //Пародонтология. – 2012. – Т. 17. – №. 3. – С. 35-40.
20. Сергеев Ю. А. ПРИМЕНЕНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА В СОЧЕТАНИИ С МЕМБРАНОЙ ДЛЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ВСЛЕДСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ //Аллея науки. – 2018. – Т. 3. – №. 8. – С. 330-334.
21. Сирак С. В. и др. Гистохимические изменения в тканях пародонта после аутооттрансплантации зубов // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11. – №. 1. – С. 99-103.
22. Сирак С. В. и др. Пластика костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти при перфорации верхнечелюстного синуса //Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – Т. 17. – №. 1. – С. 4-7.
23. Сливкин А. А. и др. Аутооттрансплантация зубов мудрости //Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 39. – №. S3-5. – С. 152-156.
24. Стрельников Е. В. Отдаленные результаты дентальной имплантации у больных с частичной и полной потерей зубов: дис. – 2017.
25. Торрес Ж. А., Кузине Ф. Использование кальций-фосфатного остеотропного цемента для аугментации дна верхнечелюстной пазухи в комбинации с костным кортико-спонгиозным трансплантатом //Клиническая стоматология. – 2010. – №. 1. – С. 54-56.
26. Туманова А. В. и др. Взаимосвязь анатомических структур черепа //Наука и образование в глобальных процессах. – 2015. – №. 1. – С. 7-13.
27. Федотова Е. А., Иорданишвили А. К., Музыкин М. И. История и перспективы развития аутооттрансплантации зубов //Актуальные вопросы стоматологии. – 2021. – С. 917-921.
28. Шайхалиев А. И. и др. Пути восстановления морфофункциональных свойств костной ткани с использованием новых композитных материалов //Вестник Медицинского стоматологического института. – 2012. – №. 1. – С. 56-62.
29. Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи //М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. – 2001. – Т. 271.
30. Шукпаров А. Б., Шомуродов К. Э., Мирхусанова Р. С. Принципы направленной костной регенерации: критические предоперационные факторы и критерии успеха //Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 10-13.
31. Avila-Ortiz G., Chambrone L., Vignoletti F. Effect of alveolar ridge preservation interventions following tooth extraction: A systematic review and meta-analysis //Journal of Clinical Periodontology. – 2019. – Т. 46. – С. 195-223.
32. Baranova J. et al. Tooth formation: are the hardest tissues of human body hard to regenerate? //International journal of molecular sciences. – 2020. – Т. 21. – №. 11. – С. 4031.
33. Chen F. M., Jin Y. Periodontal tissue engineering and regeneration: current approaches and expanding opportunities //Tissue Engineering Part B: Reviews. – 2010. – Т. 16. – №. 2. – С. 219-255.
34. Cosyn J., Cleymaet R., De Bruyn H. Predictors of alveolar process remodeling following ridge preservation in high-risk patients //Clinical implant dentistry and related research. – 2016. – Т. 18. – №. 2. – С. 226-233.
35. de Santana V. M., dos Santos J. A. A., Silva P. C. V. NURSING CARE SYSTEMATIZATION IN THE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER ORTHOPEDIC SURGERIES //Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE. – 2017. – Т. 11. – №. 10.
36. Elfana A. et al. Alveolar ridge preservation using autogenous whole-tooth versus demineralized dentin grafts: A randomized controlled clinical trial //Clinical Oral Implants Research. – 2021. – Т. 32. – №. 5. – С. 539-548.
37. Filippi A., Pohl Y. Injuries to the Teeth and the Alveolar Process //Oral and maxillofacial surgery: Surgical textbook and atlas. – Berlin, Heidelberg : Springer Berlin Heidelberg, 2023. – С. 317-327.
38. Hoffmann O. et al. Alveolar bone preservation in extraction sockets using non-resorbable dPTFE membranes: a retrospective non-randomized study //Journal of periodontology. – 2008. – Т. 79. – №. 8. – С. 1355-1369.
39. Даврон, Б. Ж., & Ризаев, Э. А. (2022). NEW APPROACHES TO DIRECTIONAL JAW BONE REGENERATION (LITERATURE REVIEW). ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, 3(3).
40. Мирзоев, Ф. Р., Кубаев, А. С., Абдуллаев, А. С., Бузрукзода, Ж. Д., Шавкатов, П. Х., & Мардонкулов, Ш. К. (2021). КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ СУСТАВНОГО ОТРОСТКА. In VOLGAMEDSCIENCE (pp. 745-747).
41. AS, K., Kh, M. F., Kamariddinzoda, M. K., & Dzhumaev, E. A. (2021). COMPARATIVE EVALUATION OF DIFFERENT RADICULAR CYST TREATMENTS. Conferencea, 46-49.
42. Isamidinovich, M. F., JURAKHANOVNA, P. B., & Akmalovich, J. E. (2022). ҲАМРОҶ КАСАЛЛИКЛАРИ БОР БЕМОРЛАР ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ФЛЕГМОНАЛАРИНИНГ ИММУНОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE, 7(6).
43. Исхакова, З. Ш., & Нарзиева, Д. Б. (2018). Изучение местного иммунитета у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. Современные достижения стоматологии, 56-56. Davrnovich, M. D., Isomidinovich, M. F., Sharifkulovna, I. Z., & Saidolimovich, K. A. (2022). THE PROGRAMME FOR THE COMPREHENSIVE TREATMENT OF MAXILLOFACIAL PHLEGMONITIS PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS B. Journal of Pharmaceutical Negative Results, 6365-6372.

44. Isayev U. I., Akhmedov A. A. Olingan tish bo'lagidan foydalanib alveolyar o'siq hajmini saqlab qolishni takomillashtirish //Boffin Academy. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 271-283.
45. Ахроров, А. Ш., Исаев, У. И., & Ёқубов, Ф. П. (2023). СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА. Journal of new century innovations, 21(1), 126-129.
46. Rustamovich B. L. The Problem of Maintaining the Volume of Bone Tissue After Tooth Extraction and Ways to Solve it //Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. – Т. 15. – С. 96-100.
47. Iskhakova, Z. S., Iskhakova, F. S., & Narzieva, D. B. (2022). THE USE OF OSTEOGENIC MATERIAL TO REPLACE JAW CAVITY DEFECTS. Applied Information Aspects of Medicine (Prikladnye informacionnye aspekty mediciny), 25(4), 20-25.
48. Шомуродов, К. Э., & Исхакова, З. Ш. (2022). Повышение эффективности лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с применением современных перевязочных средств. Шляхи розвитку науки в сучасних кризових умовах: тези доп. I міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 28-29 травня 2020 р.–Дніпро, 2020.–Т. 2.–611 с., 564.
49. Исхакова, З. Ш., Нарзиева, Д. Б., & Исхакова, Ф. Ш. (2023). РОЛЬ ГИДРОКСИАПАТИТА И ЭЛЛАГОВОЙ КИСЛОТЫ В ОСТЕОГЕНЕЗЕ. INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION, 2(14), 116-124.
50. Rizaev, J. A., Khazratov, A. I., Akhmedov, A. A., & Isaev, U. I. (2021). Morphological picture of the resistance of experimental rats against the background of carcinogenesis. Actual problems of dentistry and maxillofacial surgery, 677-678.
51. Jalalova, D., Isayev, U., & Akhmedov, A. (2023). IMPROVING THE PRESERVATION OF THE ALVEOLAR BARRIER VOLUME USING THE EXTRACTED TOOTH FRAGMENT. Science and innovation, 2(D1), 90-97.
52. Alimjanovich, R. Z., & Rustamovich, B. L. (2022). НОВЫЙ ПОДХОД К ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РЕЗОРБЦИИ ТКАНЕЙ ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ УСТАНОВКЕ ИМПЛАНТАТА. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE, 7(5).
53. Rizaev, J. A., & Bekmuratov, L. R. (2022). Prevention of tissue resorption during immediate implant placement by using socket shield technique. Art of Medicine. International Medical Scientific Journal, 2(3).

Article/Original Paper

# OSHQOZON YARA KASALLIKLARI VA UNING KELIB CHIQISH SABABLARI HAMDA DAVOLASH USULLARI

Xidirov Z.E.<sup>1</sup>, Mamatqulov Sh.B.<sup>1</sup>

1. Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston.

**Annotatsiya.** Ushbu tezisda oshqozon yara kasalliklari va ularning kelib chiqish sababi haqida ma'lumotlar keltirilgan. Unda oshqozon yara kasalliklari yara turlarini ajratish, yara kasallik bosqichlarini tasniflash, kasallikning klinik, anatomik kechish jarayoni borasida fikrlar yuritilgan.

**Kalit so'zlar.** etiologiya, klinika, kekirish, ko'ngil aynishi, qayt qilish, qon ketishi, pereforatsiya, penetratsiya, stenoz, perezisterit, pilorostenoz, belgi, davolash, helicobacter pylori.

**Ishning maqsadi:** Me'da yara kasalliklari aniqlash uning kelib chiqish sabablarini o'rganish va ularni davolash.

Oshqozon yara kasalligi Uning morfologik asosi - shilliq qavatda yara hosil bo'lishi hisoblanadi.

Etiologiyasi: oshqozon yara kasalligini kelib chiqishi nasliy, ruhiy, helicobacter pylori va nazoratsiz ayrim dorilarni uzoq muddat qabul qilish tufayli kasallik rivojlanadi shuningdek asabiylashish, stress, chekish, (sigaret, nosvoy), no'to'g'ri ovqatlanish (shilliq qavatni eroziyaga olib keluvchi va oshqozon shirasi ishlab chiqarilishini kuchaytiruvchi achiq, dudlangan, xamirli taomlar, pishiriqlar, quruq va sovuq ovqatlar, ovqatlanish muntazamligini buzilishi, qahva va boshqalar) sanaladi.

Yara kasalligini rivojlanishini 2 ta omilga bo'linadi

1. Himoya
2. Agressiv

2-jadval

### Yara kasalligini rivojlanishi

Omillari	
Agressiv	Himoya
1. Xlorid kislotasi yuqoriligi 2. Pepsin yuqoriligi 3. H.pylori me'tordan ko'p 4. Nasliy moyillik 5. Duodeno-gastral refluks mavjudligi 6. Zararli odatlar (chekish tartibsiz ovqatlanishni mavjudligi)	1. Epiteliyada regeneratsiya jarayonining me'yorida bo'lishi 2. Regionar qon aylanishning yetarli darajadali 3. Antroduodenal kislotalikni tormozlash Shilliq qavatda mukopolisaxarid sintezining saqlanishi

Yara Joylashishiga ko'ra

- Tanasi
- Kardial qismi
- Subkardial
- Pilorik qismi
- Antral qismi

Yara turiga ko'ra

1. Yakka
2. ko'p

Kiliniq kechishi bo'yicha

Tipik: Simptomsiz, og'riqsiz

Atipik: Og'riq sindromi bilan

Oshqozon sekretsiyasiga ko'ra 3 ga bo'linadi

1. Oshgan
2. Me'yorda
3. Kamaygan

Asoratlarning mavjudligiga ko'ra qonash, perforatsiya, penetratsiya, stenoz, malignizatsiya, perezisterit.

**Klinikasi.** Kasallikning klinik manzarasi yaraning joylashishi, o'Ichamlari, chuqurligi, oshqozoning sekretor faoliyati, bemor yoshiga bog'liq holda turli-tuman bo'lib yetakchi belgisi og'riq simptomi hisoblanadi.

Oshqozonning orqa devori va kardial qismi yaralarida ovqat iste'mol qilgandan keyin yuzaga keladigan va

xanjarsimon o'siq asosida joylashgan (musbat Mendel simptomi) og'riq simillovchi, to'mtoq xarakterda bo'ladi, ko'p hollarda to'sh ortiga va yurak sohasiga uzatiladi.

Epigastral sohadagi og'riqlar kichik egrilik yara uchun ovqatdan so'ng 15-60 daqiqa o'tgach yuzaga keladi. Bemorlarda ko'proq ko'ngil aynishi va jig'ildon qaynashi kuzatiladi qayt qilish kam kuzatiladi.

Antral yaralarda och qoringa yuzaga keladigan og'riqlar kuzatiladi. Bunda barcha bemorlarni oshqozon secretor faoliyatining oshishi va qonashga moyilik bilan kechadi og'riq to'shning ortida yoki chaproqda kuzatiladi xarakteri jihatidan stenokardiya og'riqlariga o'xshab ketadi.

Yaralarda og'riq paydo bo'lganda bemorning majburiy holatlari bir nechta omillarni sanab o'tish mumkin. Oshqozoning orqa devoridagi yaralarda yuzaga kelgan og'riqda bemor yostiq qo'ygan holda oyoqlarini yig'ib olib qorin bilan yotishni afzal ko'radi, ko'zdan kechirganda (ho'l va sovuq kaftlar, yaqqol dermatografizm, gipotoniya moyillik va bradikardiya) aniqlanadi.

Kamroq hollarda bemorlarda yara kasalligiga xos bo'lgan belgilar umuman kuzatilmayligi kasallik asoratlari (qon ketishi, perforatsiya, pilorik jomni chandiqli stenoz) namoyon bo'lishi mumkin.

Ayrim bemorlarda, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi birga qo'shib keladi. Bunda og'riq xususiyati ikki to'liqli bo'lib, 40-60 daqiqa davom etadi va ular 1,5-2 soatdan keyin yana kuchayib, uzoq muddat saqlanadi. Erkaklarda qo'shimcha sut bezining mavjudligi yara kasalligining genetik markeri hisoblanadi.

• Taom iste'mol qilgandan keyin tezda yoki 2-3 soat o'tgach jig'ildon qaynashi og'riq simptomining ekvivalenti bo'lishi mumkin.

• Ko'ngil aynishi - Antral yaralar uchun qayt qilish - pilorik jomini funksional yoki organik stenoz uchun xos belgi.

• Kekirish (ko'p hollarda havo bilan ) oshqozon yarasiga xos bo'lib, uning qo'lansa hidli bo'lishi stenoz belgisi hisoblanadi.

2-jadval

Oshqozon yarasini belgilari

Belgilari	Oshqozon yarasini
Og'riq	Ovqatdan so'ng
Tana vazni	Kamayadi
Biopsiya	6-12 oyda qayta biopsiya
Qayt qilish	Qator hollarda

Yaradan qon ketishi.

Qon ketishi bemorlarni 10-15% da kuzatiladi, qon ketishning asosiy sababi yara tubida birmuncha ko'tarilib turgan , anevrizma oqibatida kengaygan hamda eroziyaga uchragan tomirlar devoridagi o'zgarishlar hisoblanadi. Ularning yallig'lanishi tomirdagi o'zgarishlar, turli ulserogen dori vositalar ta'sirida, shuningdek spirtli ichimliklar, nosvoy va sigaret chekish sabab bo'ladi.

Qon ketishi shubha bo'lgan bemorlarda qon bosimi pasaygan, yurak urishi tezlashgan, ayrim hollarda aritmiya aniqlanadi.

Qon ketishi aksariyat bemorlarda uchta klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi

- Qon aralash qayt qilish
- Melena
- Qon ketishining umumiy belgilari (gemoragik shok sindromi).

Melena – ko'p hollarda yumshoq, shakllanmagan, qora rangli badbo'y hidli, ko'mir yaltirashini eslatuvchi najas bu oshqozoning proksimal qismidan qon ketishiga xarakterli.

Yarani teshilishi (Perforatsiya)

Yara kasalligining qon ketishidan keyin ko'p uchraydigan asorat hisoblanib, taxminan, 5-15% bemorlarda kuzatiladi bunda oshqozon devori teshilib ovqat qoldiqlari qorin bo'shlig'iga chiqadi va qorin pardani qitqlab, uning oqibatida yuzaga kelgan og'riq natijasida bemorda og'ir shok holati va tarqalgan peritonit belgilari rivojlanadi bu holat ko'pincha 20-40 yosh oralig'idagi erkaklarda uchraydi.

Yara teshilishida 3 ta kilinik bosqichda farqlanadi

1) Bosqich

Bemorda to'satdan epigastral sohada juda kuchli va chidab bo'lmaydigan og'riq ya'ni (xanjar sanchiganda ) kuzatiladigan og'riqqa o'xshab ketadi.

2) Bosqich

Yolg'on yaxshilanish davri deb ataladi bunda yara yorilgandan keyin 6 soat o'tgach kuzatiladi bemor o'zini nisbatan yaxshi his qiladi ba'zi hollarda eyforiya holat kuzatiladi sog'lom kishiday turib harakatlanadi.

3) Bosqich

Yalig'lanish davri ya'ni (peritonit) davri bunda bemor ahvoli keskin yomonlashadi va tana harorati ko'tariladi, ko'ngli aynishi, ko'p marta qayt qilish kuzatiladi

Pilorostenoz

Pilorik jom stenoz yara kasalligining asoratlardan biri bo'lib oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning organik

torayishi hisoblanadi 3 ta bosqichdan iborat.

1) Oshqozon ichki bosim kuchaygani sababli qizilo'ngach susayishiga olib keladi va qayt qilish 2-3 kunda takrorlanadi, zarda qaynaydi, kekirish.

2) Stenoz kuchayib borgan sari oshqozon kengayadi va qayt qilish fontan ko'rinishini oladi kekirganda aynigan tuxum hidi keladi

3) Stenoz kuzatiladi bunda oshqozondan o'n ikki barmoqli ichakga hatto suv otishga ham qiynaladi bemorni qusuq mahsulotlaridan aynigan hid keladi bemorni vazni keskin pasayib ketadi va oshqozonda doimo og'riq bezovta qiladi og'ir holatlarda giperxloremik koma rivojlanadi

#### Penetratsiya

Yara bazida boshqa a'zolari teshib o'tishiga penetratsiya deyiladi bunda jigar, o'n ikki barmoqli ichak, oshqozon osti bezi organlarni teshib o'tadi bunda ko'ngil aynishi, qusish, tana harorati subfebrile bo'lib qoladi va eritrotsitlarni cho'kich tezligi oshadi

#### Perivisterit

Ba'zi bemorlarda oshqozon yara kasalliklarini yallig'lanish jarayonida ayrim ichki a'zolarining serroz qobig'iga tarqaladi va bu perevisterit deb ataladi.

Oshqozon - Perigastrit yallig'lanishga uchragan qobiqlar qo'shni a'zolar o'rtasida chandiq hosil bo'lishiga sabab bo'ladi

#### Davolash

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalliklarini davolash 2 turga bo'linadi

- Jarohlik
- Konservativ

Jismoniy faollikni cheklash, diyetoterapiya, medikamentoz ovqatlanish kuniga 5-6 marta parhez tarkibi sut mahsulotlari, bulyon, eziltirib pishirilgan sho'rvalar, bo'tqalar, kisel, meva, ilitilgan tuxum

#### Kasallikni dori bilan davolash

- 1) Yara epitelyasini tezlashtiruvchi, oshqozon sekretsiasini kamaytiradigan dorilar (ranisan, zantak, nizatidin)
- 2) Proton nasosi blakatorlari (Omeprazole, Ramiprazol)
- 3) Antixeliko bakterial (Amoksiklav, Flemoksin, Minotsiklin va turlxil antibiotiklar)
- 4) Qon to'xtatuvchi (Vikasol, Aminokapron kislota)

Ayrim hollarda endoskopik davo qo'llanilishi mumkun. Bunda agar 1 oy davomida davo choralari natijasida yarani bitishi kuzatilmasa endoskop orqali Solkoseril, Geparin, Ximotripsin yuborish yo'li orqali davolanadi

#### Xulosa

Demak oshqozon yara kasalliklari turli xil zararli dori vositalarni to'g'ri iste'mol qilmaslik oshqozon shilliq qavatini eroziyaga uchrashi va hilecobacter pylori, o'z vaqtida ovqatlanish rejimiga rivoya qilmaslik sababli oshqozon sekretsiasini kuchayib ketib ko'p kislota va pepsin ishlab chiqishi sababli kelib chiqishi mumkun.

#### ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Erkinovich, X. Z., Murodullavena, K. L., Mamadievich, R. Z., Mamirkulovich, M. Z., Xidirovna, L. Z., Oblakulovich, K. S., & Axmadjonovich, S. S. (2021). Improving the Surgical Treatment of Patients with a Biliary Disease Complicated by Mirizsy Syndrome. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(6), 14697-14702.
2. Bohodur o'g'li, M. S., Ergashovich, Q. B., & Erkinovich, X. Z. (2023). OSHQOZON YARA KASALIKLARI VA ULARNING KELIB CHIQISH SABABLARI. Yangi O'zbekistonda Tabiiy va Ijtimoiy-gumanitar fanlar respublika ilmiy amaliy konferensiyasi, 1(7), 71-75.
3. Davlatov, S. S., Xidirov, Z. E., & Nasimov, A. M. (2017). Дифференцированный подход к лечению больных с синдромом Мириizzi. *Academy*, (2 (17)), 95-98.
4. Хусанов, Э. У., Коржавов, Ш. О., Исмоилов, О. И., & Хидиров, З. Э. (2013). ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСКРЕЦИИ ЛАКТАТА КОЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ. *SCIENCE AND WORLD*, 58.
5. Мустафоев, З. М., Бахронов, Ж. Ж., & Хидиров, З. Э. (2022). Яллигланишга қарши дори воситалари полипрагмазиясида буйрак нефронларида рўй берадиган морфометрик ўзгаришлар. *Биология ва тиббиёт муаммолари.-Самарқанд-2022*, 3, 177-181.
6. Shukurullaevich, A. D., Erdanovich, R. K., Sulaymonovich, D. S., & Erkinovich, H. Z. (2021). Quality of life of patients before and after surgical treatment of diffuse toxic goiter. *Вестник науки и образования*, (3-2 (106)), 80-87.
7. Davlatov, S. S., Xidirov, Z. E., & Nasimov, A. M. (2017). Выбор дифференцированной тактики лечения больных с синдромом Мириizzi. *Завадские чтения*, 62-65.
8. Davlatov, S. S., Khidirov, Z. E., & Nasimov, A. M. (2017). Differentirovanny podkhod k lecheniyu bolnykh s sindromom Mirizzi [Differentiated approach to the treatment of patients with Mirizzi syndrome].
9. Khidirov, Z. E., & Zafarjon, A. (2023). Views on «Postcholecystectomy Syndrome». *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(3), 200-206.
10. Zafarjon, A., & Khidirov, Z. E. (2023). MAIN CAUSES, DIAGNOSIS, AND EFFECTIVE TREATMENT OF POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME. *World Bulletin of Public Health*, 21, 223-228.
11. Erdanovich, R. K., Sulaimanovich, D. S., Shukurillaevich, A. D., & Erkinovich, K. Z. (2022). Tactical And Technical Aspects of Surgical Interventions for Ventral Hernias and Obesity. *Periodica Journal of Modern Philosophy*,

Social Sciences and Humanities, 3, 26-39.

12. Erkinovich, X. Z., Murodullavena, K. L., Mamadievich, R. Z., Mamirkulovich, M. Z., Xidirovna, L. Z., Oblakulovich, K. S., & Axmadjonovich, S. S. (2021). Improving the Surgical Treatment of Patients with a Biliary Disease Complicated by Mirizy Syndrome. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(6), 14697-14702.

13. Курбанова, Л. М., Хидиров, З. Э., & Абдураимов, З. А. (2021). КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЁЗА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ. *Достижения науки и образования*, (1 (73)), 61-68.

14. Ilhomovna, K. M., Khidirov, Z. E., & Abduraimovich, A. Z. (2022). Anatomical features of the nose and nasal cavity. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 4(03), 46-50.

15. Abduraimovich, A. Z., & Erkinovich, H. Z. (2023). MORPHOFUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF THE SMALL INTESTINE DURING EXPERIMENTAL CHOLECYSTECTOMY AND ANTIHYPOXANT THERAPY IN ACUTE SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION. *Journal of Universal Science Research*, 1(10), 222-229.

16. Abduraimov, Z., & Khidirov, Z. (2023). RESTORATION OF MORPHOLOGICAL STRUCTURES IN THE WALL OF THE SMALL INTESTINE. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(10), 103-107.

17. Усанов, С., Хидиров, З., & Олимова, Ж. (2023). ОҚ ЗОТСИЗ КАЛАМУШЛАР ЖИГАРИНИНГ МЕЪЁРДАГИ МОРФОЛОГИК ВА МОРФОМЕТРИК ПАРАМЕТРЛАРИ. *Евразийский журнал академических исследований*, 3(11), 101-107.

# ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ

Хушвакова Н.Ж.<sup>1</sup>, Бекеев Ж.К.<sup>1</sup>, Тулаев Б.З.<sup>1</sup> 

1. Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.

**Аннотация.** Данное исследование представляет собой глубокий анализ гистологических изменений, характеризующихся в контексте аллергического риносинусита. Работа фокусируется на структурных адаптациях слизистой оболочки носа и синусов в ответ на постоянное воздействие аллергенов. Подробно рассмотрены утолщение эпителиального слоя, метаплазия и гиперплазия железистых клеток, а также повреждение базальной мембраны. Важное внимание уделяется также воспалительным инфильтратам, включая эозинофилы, лимфоциты и моноциты. Результаты исследования не только расширяют понимание патогенеза аллергического риносинусита, но и предоставляют базу для разработки более точных стратегий диагностики и терапии, направленных на сохранение структурной и функциональной целостности тканей верхних дыхательных путей. Эта работа имеет значимость для клиницистов, исследователей и специалистов в области респираторной медицины, стремящихся повысить эффективность диагностики и лечения аллергического риносинусита.

**Ключевые слова:** аллергический риносинусит, эозинофилы, моноциты, метаплазия, гиперплазия, эпителиальный слой.

## Введение

Аллергический риносинусит, представляющий собой хроническое воспалительное заболевание верхних дыхательных путей, выделяется своей длительной продолжительностью и периодами обострений. Научные доказательства подтверждают, что данное состояние является результатом аллергической реакции организма на разнообразные аллергены, включая пыльцу растений, грибов, домашние аллергены, такие как домашняя пыльца, перо птиц и экзогенные аллергены окружающей среды [12].

Основные клинические проявления аллергического риносинусита охватывают широкий спектр симптомов, включая насморк, зуд и чихание. Сущность заболевания также проявляется отеком носовой слизистой, что приводит к нарушению дренажа синусов, сопровождаемому головной болью и ощущением давления в области лица [2].

Аллергический риносинусит обусловлен активацией иммунной системы в ответ на воздействие аллергенов. Иммунологическая реакция включает активацию мастоцитов, с последующим высвобождением медиаторов воспаления, включая гистамин. Этот каскадный ответ приводит к воспалению слизистой оболочки носа и синусов, а также структурным изменениям в тканях [19,30].

Сложность аллергического риносинусита проявляется в его хроническом характере, который, в свою очередь, может привести к структурным изменениям в тканях носа и синусов. Длительное воздействие аллергенов предполагает нарастание хронического воспаления, что в свою очередь может сопровождаться бактериальными инфекциями синусов, служа осложнением данного клинического состояния [24].

Аллергический риносинусит представляет сложную проблему, требующую не только компетентного клинического подхода, но и глубокого понимания гистологических изменений для разработки эффективных стратегий диагностики и лечения [21].

Глубокое понимание гистологических изменений при аллергическом риносинусите представляет собой критически важный компонент для развития научных основ в области этого хронического воспалительного заболевания верхних дыхательных путей. Эти изменения охватывают как молекулярные аспекты, так и структурные аномалии тканей, предоставляя ключевые инсайты в механизмы развития и прогрессирования патологии.

В рамках молекулярного аспекта, гистологические исследования выявляют биохимические пути воспаления, включая экспрессию цитокинов и воздействие адгезивных молекул. Это позволяет выработать более точные представления о характере аллергической реакции, ее динамике и влиянии на местные ткани [34].

С другой стороны, структурные изменения, такие как гиперплазия эпителия и фиброз, предоставляют инсайты в последствия хронического воспаления. Эти данные позволяют более глубоко понять, какие ткани более подвержены воздействию, и как эти изменения могут сказаться на функциональности носовых полостей и синусов [17].

Полученные данные о гистологии также имеют прямое влияние на практические аспекты заболевания. Они обеспечивают диагностическую ценность, позволяя различать аллергический и неаллергический риносинусит, что имеет значение для определения оптимальных стратегий лечения. Степень воспаления, выявленная через гистологические изменения, служит важным прогностическим фактором, указывая на возможные осложнения и направляя выбор лечебных методов [14].

В конечном итоге, гистологические исследования при аллергическом риносинусите не только обогащают теоретическое понимание патологии, но также предоставляют базу для инновационных клинических подходов, направленных на более эффективную диагностику, лечение и предотвращение осложнений у пациентов.

Анатомия носа и синусов представляет собой сложную систему, играющую ключевую роль в физиологии верхних дыхательных путей. Строение внешнего носа, с его хрящевыми и костными элементами, формирует уникальную форму и обеспечивает первичный фильтр вдыхаемого воздуха. Внутренняя часть носа, включая перегородку, дополняет этот процесс, подготавливая воздух для последующего пути в легкие [27].

Носовые полости, разделенные на передние, средние и задние, служат эффективным маршрутом для воздуха, подвергая его увлажнению и подготовке перед достижением дыхательных путей. Синусы, такие как лобные, верхнечелюстные и клиновидные, дополняют анатомическую конфигурацию, обеспечивая аэрацию и участвуя в регуляции веса черепа [13].

Сосудистая сеть носа не только обеспечивает увлажнение вдыхаемого воздуха, но также играет важную роль в фильтрации различных частиц. Тройничный нерв, ответственный за иннервацию носа, добавляет слой чувствительности и контроля за секрецией. Функциональная анатомия носа простирается далеко за механические аспекты, включая регуляцию температуры и влажности вдыхаемого воздуха. Эти особенности делают нос и синусы неотъемлемой частью адаптации организма к внешней среде [6].

В целом, глубокое понимание анатомии носа и синусов не только важно для понимания их роли в физиологии, но также является ключом к более эффективным методам диагностики и лечения различных заболеваний верхних дыхательных путей.

Носовая слизистая оболочка, представляющая собой сложную структуру, играет критическую роль в поддержании здоровья верхних дыхательных путей. Её микроструктура, включая респираторное эпителий с цилированными клетками и мукоцитами, а также иммунологические факторы, предоставляет высокоэффективный механизм фильтрации и очистки вдыхаемого воздуха [5].

Носовая слизистая выполняет важные функции фильтрации, задерживая вредные частицы, вирусы и бактерии, предотвращая их проникновение в нижние дыхательные пути. Механизм мукоцилиарного клиренса, обеспечиваемый цилированными клетками, направляет секреты в сторону фаринкса, способствуя удалению задержанных частиц [4].

Более того, носовая слизистая обладает иммунологическим арсеналом, включая иммуноглобулины и лизоцим, что придает ей способность предоставлять дополнительную защиту от патогенов. Эти антимикробные факторы совместно с микробиомом носа создают среду, нейтрализующую и предотвращающую инфекции [26].

Важной составляющей функциональности носовой слизистой является её роль в увлажнении вдыхаемого воздуха. Железы слизистой вырабатывают слизь, обеспечивая уровень влажности, необходимый для поддержания оптимальной микрофлоры верхних дыхательных путей.

Этот интегрированный подход носовой слизистой к фильтрации, очистке, иммунологической защите и поддержанию влажности воздуха подчеркивает её выдающуюся роль в поддержании здоровья верхних дыхательных путей. В практическом аспекте это знание может иметь важное значение для разработки методов профилактики и лечения заболеваний, связанных с верхними дыхательными путями [8].

Структурные особенности синусов варьируются в зависимости от их расположения. Лобные синусы, находящиеся в области лба, помимо своей структурной функции, также вносят вклад в формирование резонанса, улучшая качество звука и голоса. Верхнечелюстные синусы, заключенные в верхней челюсти, поддерживают резонанс голоса и участвуют в регулировании давления. Клиновидные синусы, расположенные в клиновидных костях черепа, не только уменьшают вес черепа, но и предоставляют дополнительную структурную поддержку [1].

Функциональные аспекты синусов охватывают широкий спектр. Аэрация синусов обеспечивает необходимый обмен воздуха, способствуя поддержанию здоровья дыхательных путей. Терморегуляция синусов играет роль в адаптации вдыхаемого воздуха к температуре тела, а звукопроводность лобных синусов влияет на речь и звуковые характеристики. Защитные функции, включая выработку секретов, направленных на увлажнение и защиту слизистой оболочки, предотвращают инфекции [7].

Связь с сосудистой системой и нервной иннервацией дополняет картину, подчеркивая регуляторные механизмы, обеспечивающие поддержание нормального функционирования синусов. Вместе с тем, патологии, такие как синусит, выделяются как состояния, требующие внимательного изучения и лечения, учитывая их влияние на общее здоровье [32].

В обширной перспективе, понимание анатомии, структурных и функциональных особенностей синусов не только является предметом академического интереса, но и предоставляет ценные основы для разработки методов профилактики и лечения, направленных на поддержание здоровья верхних дыхательных путей и обеспечение комфортного функционирования организма в целом.

Аллергический риносинусит представляет собой сложную патофизиологическую динамику, обусловленную взаимодействием различных иммунологических и клеточных элементов. Начиная с фазы сенсибилизации, при которой организм становится чувствительным к конкретным аллергенам, происходит активация иммунной системы.

В основе аллергической реакции лежит взаимодействие антигена с иммуноглобулином E (IgE), что приводит к дегрануляции мастоцитов и высвобождению воспалительных медиаторов, включая гистамин и лейкотри-

ены. Этот фазовый ответ сопровождается вазодилатацией, увеличением проницаемости сосудов и активацией лейкоцитов [9].

Особенно важной является эозинофильная инфильтрация в ткани, обусловленная хемотактическими эффектами воспалительных медиаторов. Эозинофилы, взаимодействуя с слизистой оболочкой, вызывают клеточные изменения и высвобождение вредных факторов, что приводит к последующему повреждению тканей и формированию характерных симптомов аллергического риносинусита [10].

Важную роль играют цитокины и тумор-некротические факторы, участвующие в поддержании воспалительного процесса и вызывающие характерные изменения в клетках слизистой оболочки. Этот каскад медиаторов и клеточных ответов составляет основу патологии аллергического риносинусита, формируя его характерные клинические проявления [31].

Таким образом, механизмы возникновения аллергического риносинусита представляют собой сложную взаимосвязь иммунологических, клеточных и медиаторных элементов, выстраивающих патофизиологическую основу этого распространенного заболевания. Понимание этих механизмов не только расширяет наше академическое понимание данного состояния, но также направляет нас к разработке более эффективных методов диагностики и лечения.

Аллергический риносинусит является комплексным процессом, в котором активация и реакция иммунной системы играют фундаментальную роль. Начиная с фазы сенсибилизации, при которой организм формирует чувствительность к определенным антигенам, и проходя через последующую иммунологическую каскадную реакцию, происходит создание основы для развития аллергического риносинусита.

Решающую роль играют иммуноглобулин E (IgE) и мастоциты, зарегистрированные в тканях слизистой оболочки. Повторное воздействие аллергена приводит к высвобождению воспалительных медиаторов, включая гистамин, вызывая тем самым тип I аллергическую реакцию. Однако, важность этого процесса дополняется воздействием цитокинов, таких как интерлейкины и тумор-некротические факторы, которые активируют клетки слизистой оболочки и привлекают эозинофилы [15,20].

Эозинофилы, инфильтрирующие ткани, осуществляют хемотаксис и вызывают структурные изменения, такие как гиперплазия секреторных клеток и метаплазия эпителия. Сложная реакция слизистой оболочки включает в себя и функциональные изменения, представляя собой маркеры хронического воспаления [11].

Таким образом, влияние иммунной системы на развитие аллергического риносинусита простирается от начальной чувствительности к антигенам до структурных и функциональных изменений в тканях слизистой оболочки. Этот глубокий взгляд на патофизиологию раскрывает сложность и важность иммунологических ответов, что, в свою очередь, указывает на необходимость комплексного исследования для эффективного управления и лечения данного состояния.

Аллергический риносинусит, в своей сущности, представляет собой динамичный процесс, в котором воспаление играет ключевую роль в формировании и поддержании патологии. Воспаление в этом контексте не ограничивается простым реагированием на аллергены. Это комплексный каскад событий, начиная от активации иммунной системы в ответ на воздействие аллергенов до последующих химических, клеточных и структурных изменений в тканях носа и синусов.

Секреция медиаторов воспаления, таких как гистамин, лейкотриены и цитокины, инициирует каскадную реакцию. Однако, особое внимание уделяется эозинофильной инфильтрации, которая играет ведущую роль в патогенезе. Эозинофилы, воздействуя на ткани, вызывают повреждение эпителия и участвуют в поддержании хронического воспаления [25,28].

Цитокины, такие как интерлейкины и TNF- $\alpha$ , не только провоцируют воспалительные ответы, но и участвуют в поддержании характеристик болезни. Увеличение уровней IL-4 и IL-13, например, дополняет эозинофильную активацию, в то время как TNF- $\alpha$  оказывает свое влияние на динамику воспаления [35].

### **Эпителиальные изменения**

Аллергический риносинусит, как хроническое воспалительное заболевание, оставляет свой след на микроструктурном уровне слизистой оболочки носа и синусов. Эпителиальные изменения представляют собой важный компонент этого процесса, выражая адаптивные реакции тканей на продолжительное воздействие аллергенов.

Гиперплазия эпителия, выраженная утолщением эпителиального слоя, подчеркивает постоянную активацию тканей под воздействием аллергического воспаления. Этот процесс сопровождается структурными изменениями в клетках эпителия, отражающими их адаптацию к условиям хронического стресса [3].

Метаплазия клеток представляет собой сложный ответ на длительное воздействие аллергенов. Здесь ткани стремятся изменить тип клеток, чтобы лучше справляться с воздействием аллергенов. Этот процесс включает в себя не только структурные изменения, но и изменения в функциональности клеток. Такие эпителиальные изменения, выраженные гиперплазией и метаплазией, подчеркивают не только сложность аллергического риносинусита, но и стремление организма к адаптации [22].

### **Воспалительные инфильтраты**

Аллергический риносинусит, как комплексное воспалительное заболевание, представляет собой синергию гистологических изменений, которые отражают разнообразные аспекты иммунологического ответа. Воспалительные инфильтраты, играющие решающую роль в формировании и поддержании патологии, подразделяются на специфические компоненты.

Эозинофилы, возглавляя воспалительный отряд, являются ключевыми исполнителями аллергического воспаления. Их активация ассоциируется с продукцией воспалительных медиаторов, участвующих в усилении и поддержании воспаления. Эозинофильный акцент в инфильтратах подчеркивает важность аллергической составляющей в этом заболевании [16].

Лимфоциты, в свою очередь, являются ключевыми актерами в адаптивном иммунном ответе. Их активация в ответ на аллергены углубляет иммунологический контекст воспаления. Моноциты и макрофаги, вступая в игру, усиливают фагоцитоз и секрецию цитокинов, что является неотъемлемой частью поддержания хронического воспаления. Этот анализ служит основой для выработки стратегий лечения, направленных на модуляцию иммунного ответа для более эффективного управления этим состоянием [23,29].

### **Структурные изменения в слизистой оболочке**

Аллергический риносинусит, представляя собой хроническое воспалительное заболевание верхних дыхательных путей, оказывает преобразующее воздействие на гистологическую структуру слизистой оболочки носа и синусов. Эти метаморфозы отражают адаптацию тканей к постоянному воздействию аллергенов и комплексный характер иммунологического ответа.

#### **1. Утолщение эпителиального слоя:**

- Структурные адаптации: выявляется увеличение толщины эпителиального слоя, свидетельствующее о постоянной активации тканей в ответ на аллергическое воспаление. Этот процесс сопровождается не только количественными изменениями, но и морфологическими перестройками клеток [11].

#### **2. Метаплазия и гиперплазия железистых клеток:**

- Стратегические адаптации: Метаплазия железистых клеток представляет собой стратегическую адаптацию, направленную на модификацию их функциональности для повышения защитных механизмов. Гиперплазия железистых клеток является следствием интенсивности секреции и инфекционной активности [18].

#### **3. Повреждение базальной мембраны:**

- Морфологические аномалии: Прогрессирование аллергического воспаления ассоциируется с повреждением базальной мембраны, представляющим собой морфологическую аномалию, свидетельствующую о нарушении структурной целостности тканей. Этот процесс обусловлен интенсивностью воспалительных ответов и медиаторами воспаления [33].

### **Заключение**

Аллергический риносинусит, как хроническое воспалительное состояние верхних дыхательных путей, представляет сложную картину изменений в гистологии тканей носа и синусов. Спектр гистологических адаптаций слизистой оболочки, таких как утолщение эпителиального слоя, метаплазия и гиперплазия железистых клеток, а также повреждение базальной мембраны, представляет собой интегральную реакцию на постоянное воздействие аллергенов. Воспалительные инфильтраты, включая эозинофилы, лимфоциты и моноциты, играют центральную роль в этом иммунологическом балете. Практическая значимость гистоморфологии в контексте диагностики, лечения и предотвращения осложнений аллергического риносинусита неопределима. Это не только основа для формирования стратегий терапии, но и ключ к инновационным подходам к управлению этим состоянием.

Следует подчеркнуть, что гистологические исследования при аллергическом риносинусите продолжают оставаться активной областью научных исследований. Вместе с развитием новых методов анализа и идентификации молекулярных маркеров открываются перспективы для более глубокого понимания и, следовательно, более эффективного управления этим распространенным заболеванием.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Акбашев В. А., Галиева А. Р. ПАТОЛОГИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА //АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПРАВА. – 2019. – С. 127-138.
2. Астафьева Н. Г. и др. Аллергический ринит //Педиатрическая фармакология. – 2008. – Т. 5. – №. 4. – С. 81-87.
3. Безрукова Е. В., Хмельницкая Н. М., Афлитонов М. А. Современные аспекты иммунопатогенеза хронического полипозного риносинусита //Российская оториноларингология. – 2017. – №. 3 (88). – С. 16-23.
4. Беляева Н. Н. и др. Использование неинвазивной оценки цитологического статуса слизистой оболочки носа и рта в социально-гигиеническом мониторинге //Гигиена и санитария. – 2009. – №. 6. – С. 76-78.
5. Беляева Н. Н. и др. Цитологический статус слизистых оболочек носовой и ротовой полости для оценки состояния здоровья //Гигиена и санитария. – 2003. – №. 6. – С. 79-80.
6. Быкова В. П., Бахтин А. А. Морфологические и иммуногистохимические особенности сосудистых образований полости носа //Российская ринология. – 2018. – Т. 26. – №. 4. – С. 8-16.
7. Васильченко С. А. и др. Клинический опыт применения двумерного ультразвукового исследования придаточных пазух носа при синуситах в амбулаторной практике //Медицинский журнал» SonoAce-Ultrasound. – 2011. – №. 22. – С. 72-77.
8. Гаращенко Т. И., Бойкова Н. Э. Затрудненное носовое дыхание и аллергический ринит у детей //Медицинский совет. – 2015. – №. 6. – С. 72-78.
9. Емельянов А. В. и др. Нерешенные вопросы ведения пациентов с тяжелым аллергическим ринитом и полипозным риносинуситом. Возможности анти-IgE терапии //Российская оториноларингология. – 2020. – Т. 19.

– №. 3 (106). – С. 88-99.

10. Зайков С. В. Аллергический ринит диагностика и лечение //Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2010. – №. 2. – С. 24-31.

11. Ильенкова Н. А. Аллергический ринит у детей //Вестник клинической больницы№ 51. – 2008. – №. 2. – С. 20-25.

12. Ильина Н. И. Аллергический ринит //Consilium medicum. – 2000. – Т. 2. – №. 8. – С. 338-344.

13. Измайлова Л. В., Измайлова Л. В., Гарюк Т. О. Морфологические особенности строения верхнечелюстных пазух человека : дис. – 2014.

14. Касимов Х. К. и др. Морфологическая структура слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух при остром синусите на фоне аллергического ринита в эксперименте //Re-health journal. – 2020. – №. 2-1 (6). – С. 27-31.

15. Климов А. В. и др. Аллергический ринит и феномен энтопии //Бюллетень сибирской медицины. – 2020. – Т. 19. – №. 3. – С. 137-143.

16. Лазаревич И. Л., Козлов В. С. Применение топических глюкокортикостероидов в лечении персистирующего аллергического ринита //Медицинский совет. – 2014. – №. 15. – С. 78-80.

17. Минина Е. С., Новикова В. И. ТРАНСФОРМИРУЮЩИЙ ФАКТОР РОСТА БЕТА 1 ПРИ СОЧЕТАННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ //Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. – 2021. – С. 205-206.

18. Мусаева Д. М., Хамдамова Г. Р. НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ //НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ Учредители: Бухарский государственный медицинский институт, ООО «Новый день в медицине». – №. 1. – С. 140-143.

19. Никифорова Г. Н., Федоскова Т. Г., Свистушкин В. М. Аллергический ринит //Проблемы ведения пациентов. РМЖ. – 2018. – Т. 26. – №. 8-1. – С. 46-52.

20. Охотникова Е. Н., Шарикадзе Е. В. Бронхиальная астма и аллергический ринит у детей до 6 лет: особенности терапии коморбидной патологии //Современная педиатрия. – 2015. – №. 8. – С. 111-116.

21. Павлуш Д. Г., Дюйзен И. В. Морфологическая характеристика разных типов полипозного риносинусита //Российская оториноларингология. – 2019. – Т. 18. – №. 1 (98). – С. 76-82.

22. Панкова В. Б. и др. Клинико-функциональные нарушения слизистой оболочки верхних дыхательных путей при воздействии промышленных аэрозолей //Клиническая больница. – 2016. – №. 3. – С. 12-18.

23. Попович В. И., Вильчинская Т., Кошель И. В. Современные взгляды на патофизиологию аллергического ринита //Оториноларингология. Восточная Европа. – 2019. – Т. 9. – №. 2. – С. 199-212.

24. Рязанцев С. В., Гончаров О. И. Аллергический ринит //Медицинский совет. – 2018. – №. 20. – С. 76-79.

25. Савлевич Е. Л. и др. Роль блокаторов лейкотриеновых рецепторов в терапии аллергического ринита в сочетании с полипозным риносинуситом //Медицинский совет. – 2022. – Т. 16. – №. 8. – С. 111-116.

26. Самуилов Ю. Ю. СОСТОЯНИЕ МУКОНАЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ И ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНОСИТОМ //Аллергология и иммунология. – 2007. – Т. 8. – №. 1. – С. 48-48.

27. Серегин А. С., Супильников А. А., Тарасов Ю. В. Эволюция представлений о верхнечелюстном синусе // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2019. – №. 4 (40). – С. 39-45.

28. Сидорович О. И., Лусс Л. В. Аллергический ринит с позиции аллерголога //Consilium Medicum. – 2019. – Т. 21. – №. 3. – С. 75-78.

29. Симбирцев А. С. Цитокины в иммунопатогенезе и лечении аллергии //Российский аллергологический журнал. – 2007. – №. 1. – С. 5-19.

30. Смирнова С. В., Игнатова И. А. Современные аспекты патогенеза аллергического ринита //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2004. – Т. 45. – №. 4. – С. 8-15.

31. Стагниева И. В. и др. Цитокины в диагностике воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей //Российская ринология. – 2017. – Т. 25. – №. 4. – С. 43-47.

32. Степанов Е. Н. Роль нарушения микроциркуляции слизистой оболочки полости носа в патогенезе различных форм хронического ринита //Практическая медицина. – 2011. – №. 51. – С. 11-14.

33. Федорина Т. А., Сухачев П. А., Сергеев О. С. Морфофункциональные изменения в сосудистой системе носовых раковин при аллергическом риносинусите //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17. – №. 5-2. – С. 428-432.

34. Хузина А. Х., Карунас А. С., Хуснутдинова Э. К. Молекулярно-генетические аспекты аллергического ринита //Медицинская генетика. – 2007. – Т. 6. – №. 6. – С. 9-16.

35. Шабалдина Е. В. и др. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО И НЕАЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ ПРЕПАРАТОМ НОЗЕФРИНА (МОМЕТАЗОН ФУРОАТ) //Российская оториноларингология. – 2018. – №. 4 (95). – С. 139-150.

# KO'KRAK YOSHIDAGI BOLALARNI OVQATLANTIRISH

Umarkulov M.I.<sup>1</sup>, Abduqahhorov M.A.<sup>1</sup> 

1. Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona, O'zbekiston.

**Anotatsiya.** Ushbu maqolada emizikli va erta yoshdagi bolalarni ovqatlantirish muhokama qilinadi. Muallif ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirishning uch xil ya'ni ko'krak suti (tabiiy yo'l) bilan boqish, aralash ya'ni ko'krak suti va qo'shimcha ovqat bilan boqish, shuningdek sun'iy yo'l bilan boqish kabi usullari haqida xabar beradi.

**Kalit so'zlar.** global strategiya, laktatsiya, gipogalaktiya, tabiiy va sun'iy uslub.

## Kirish

Har bir chaqaloqni sog'lom o'sib ulg'ayishi va kasalliklarga qarshi chidamli bo'la olishini ta'minlovchi asosiy omillardan biri bu- to'g'ri ovqatlanishdir. To'g'ri ovqatlanish esa birinchi navbatda bolani parvarish qiluvchi onaga bog'liq hisoblanadi. Ona bolani oziqlantirishda ovqatning foydalilik koeffitsiyenti yuqori bo'lishiga ya'ni bolaning fiziologik va psixologik jihatdan to'g'ri rivojlanib borishini, infeksiya ya'ni yuqumli kasalliklarga, shuningdek, tashqi muhitdagi noqulay ta'sirlarga qarshi ko'rsatadigan bo'lishini ta'minlashiga e'tibor qaratishi lozim. Hayotining dastlabki yilini yashab kelayotgan bolalarni ovqatlantirishning uch xil turini ko'rsatish mumkin. Bular quyidagilar:

1. Ko'krak suti (tabiiy) bilan boqish
2. Aralash usulda ya'ni ko'krak suti va qo'shimcha ovqat bilan boqish
3. Sun'iy yo'l bilan boqish

## Usullar

### Ko'krak suti bilan (tabiiy usul) da boqish

Yuqorida keltirilgan usullardan biri bu bolani tabiiy usulda ya'ni ko'krak suti bilan boqish deganda chaqaloqni dastlabki besh oy davomida faqat onasining suti bilan oziqlantirib, besh oylikidan to bir yosh bo'lgunicha ko'krak suti bilan birgalikda qo'shimcha ovqat bilan ovqatlantirishga aytiladi. Ona suti tarkibida bolani sog'lom rivojlanishi uchun kerakli bo'lgan barcha oziq moddalar: oqsillar, yog'lar va uglevodlar hazm qilish va singdirish uchun eng qulay miqdor va nisbatda (1:3:6) bo'ladi. Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti bergan ma'lumotlarga ko'ra ko'krak suti bilan oziqlangan bolalarda ichak infeksiyalari 3 barobar, yuqumli kasalliklar bilan kasallanish 2,5 barobar, nafas olish yo'llari kasalliklari kasalliklari bilan 1,5 barobar kam uchraydi. Shuningdek, JSST va Unisef 2003-yilda Jenevada xalqaro konferensiya o'tkazdi. Bundan ko'zlangan asosiy maqsad chaqaloqlar va yosh bolalarni oziqlantirish bo'yicha "Global strategiya" qabul qilindi. Bu hujjatda bolani ko'krak suti bilan oziqlantirishning ahamiyati haqidagi bilimlarni mukammallashtirish va tartibga solish, shuningdek, ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish bo'yicha optimal tavsiyalar keltirilgan. Bular quyidagilar:

1. Bolani 6 oy ya'ni 180 kun davomida istisnosiz ko'krak suti bilan boqish
2. Bolani ko'krak suti bilan boqishni 2 yoshgacha va undan ortiq vaqt davomida davom ettirish va 6 oydan boshlab to'laqonli va xavfsiz qo'shimcha ovqat berish.

Hayotining dastlabki kunidan oq bolani ko'krak suti bilan boqish tug'ilganida 25- 30 daqiqa ichida boshlanishi va har bir ko'krakni 20 daqiqa davomida tutib turilishi kerak. Chaqaloq dastlab og'iz suti bilan oziqlanadi va uning ahamiyati juda katta. Og'iz suti ta'mi sho'rtangroq bo'ladigan sarg'ish rangli suyuqlik bo'lib, u tarkibi jihatdan yetuk ya'ni doimiy sutdan farq qiladi. Og'iz suti tarkibida oqsil deyarli 4 barobar, tuzlar 2 barobar ortiqroq bo'ladi. Shuningdek, vitamin A va karotin, vitamin B, C, B12, E fermentlari, himoyalovchi immune tanachalar ko'proq bo'lib, immunoglobulin A esa ayniqsa, yuqori miqdorda bo'ladi. Bolani ona suti bilan oziqlantirilganda, dastlabki birinchi oyida bir kecha kunduzda 6 yoki 7 marta emiziladi, kunduzi bir safar emizish bilan ikkinchi safar emizish o'rtasida o'tadigan vaqt 3 soatni, kechasi esa 6soatni tashkil etadi. Chaqaloq 1 oylik bo'lganidan boshlab, 4-5 oylik bo'lguncha kuniga 5 yoki 6 marta emiziladi, kunduzi birinchi va ikkinchi safar emizish orasidagi vaqt 3 soatni, kechasi esa 7 soatni tashkil etadi, bola 5 oylikidan to bir yosh bo'lguncha sutkasiga 5 mahal emiziladi, emizish orasidagi vaqt esa kunduzi 4soat, kechasi 8soatni tashkil etadi. Bolani qanday tartibda emizish onanig kun tartibiga bog'liq, emizish orasidagi tafovut 1 soat atrofida bo'lishi mumkin. Bolani emizish 15-20 daqiqa davom etishi va emizib bo'lgach 1-2 daqiqa tik tutib turish kerak agar chaqaloq chotgan holda emizilganda uxlab qolsa boshini 5- 10 daqiqagacha balandroq qilib yotqizish kerak. Ona bolani emizganda bitta ko'krakni berishi va tugaguncha emizishi kerak, chunki ohirgi sut tarkibida ancha yog' bo'ladi. Agar onaning sutiga chaqaloq to'ymaydigan bo'lsa ikkinchi ko'krakni ham tutishi mumkin va keyingi safar emizganda avval tutilgan ikkinchi ko'krakdan boshlashi kerak. Bolani oziqlantirishda kerakli sut miqdorini quyidagi formula orqali aniqlash mumkin. Bolaning yoshi va vaznini hisoblagan holda bolaning og'irligi o'rtacha yosh normalariga to'g'ri keladigan bo'lsa hajm usulidan foydalaniladi. Bunda bir kecha kunduzda kerakli sut miqdori chaqaloq 2 haftalik bo'lgan paytdan 2oylik bo'lguncha tana vaznining 1/5 qismini, 2-4 oylikda 1/6 qismini, 4-6 oylikda 1/7 qismini, 6-9 oylikda 1/8 qismini tashkil etishi kerak.

### Aralash usulda boqish

Tadqiqotlarga qaraganda har bir bola 5 oylik bo'lgan vaqtdan boshlab onasining ko'krak suti qancha bo'lishidan

## Kirish

Har bir chaqaloqni sog'lom o'sib ulg'ayishi va kasalliklarga qarshi chidamli bo'la olishini ta'minlovchi asosiy omillardan biri bu- to'g'ri ovqatlanishdir. To'g'ri ovqatlanish esa birinchi navbatda bolani parvarish qiluvchi onaga bog'liq hisoblanadi. Ona bolani oziqlantirishda ovqatning foydalilik koeffitsiyenti yuqori bo'lishiga ya'ni bolaning fiziologik va psixologik jihatdan to'g'ri rivojlanib borishini, infeksiya ya'ni yuqumli kasalliklarga, shuningdek, tashqi muhitdagi noqulay ta'sirlarga qarshi ko'rsatadigan bo'lishini ta'minlashiga e'tibor qaratishi lozim. Hayotining dastlabki yilini yashab kelayotgan bolalarni ovqatlantirishning uch xil turini ko'rsatish mumkin. Bular quyidagilar:

1. Ko'krak suti (tabiiy) bilan boqish
2. Aralash usulda ya'ni ko'krak suti va qo'shimcha ovqat bilan boqish
3. Sun'iy yo'l bilan boqish

## Usullar

### Ko'krak suti bilan (tabiiy usul) da boqish

Yuqorida keltirilgan usullardan biri bu bolani tabiiy usulda ya'ni ko'krak suti bilan boqish deganda chaqaloqni dastlabki besh oy davomida faqat onasining suti bilan oziqlantirib, besh oyligidan to bir yosh bo'lguncha ko'krak suti bilan birgalikda qo'shimcha ovqat bilan ovqatlantirishga aytiladi. Ona suti tarkibida bolani sog'lom rivojlanishi uchun kerakli bo'lgan barcha oziq moddalar: oqsillar, yog'lar va uglevodlar hazm qilish va singdirish uchun eng qulay miqdor va nisbatda (1:3:6) bo'ladi. Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti bergan ma'lumotlarga ko'ra ko'krak suti bilan oziqlangan bolalarda ichak infeksiyalari 3 barobar, yuqumli kasalliklar bilan kasallanish 2,5 barobar, nafas olish yo'llari kasalliklari kasalliklari bilan 1,5 barobar kam uchraydi. Shuningdek, JSST va Unisef 2003-yilda Jenevada xalqaro konferensiya o'tkazdi. Bundan ko'zlangan asosiy maqsad chaqaloqlar va yosh bolalarni oziqlantirish bo'yicha "Global strategiya" qabul qilindi. Bu hujjatda bolani ko'krak suti bilan oziqlantirishning ahamiyati haqidagi bilimlarni mukammallashtirish va tartibga solish, shuningdek, ko'krak yoshidagi bolalarni ovqatlantirish bo'yicha optimal tavsiyalar keltirilgan. Bular quyidagilar:

1. Bolani 6 oy ya'ni 180 kun davomida istisnosiz ko'krak suti bilan boqish
2. Bolani ko'krak suti bilan boqishni 2 yoshgacha va undan ortiq vaqt davomida davom ettirish va 6 oydan boshlab to'laqonli va xavfsiz qo'shimcha ovqat berish.

Hayotining dastlabki kunidanoq bolani ko'krak suti bilan boqish tug'ilganida 25- 30 daqiqa ichida boshlanishi va har bir ko'krakni 20 daqiqa davomida tutib turilishi kerak. Chaqaloq dastlab og'iz suti bilan oziqlanadi va uning ahamiyati juda katta. Og'iz suti ta'mi sho'rtangroq bo'ladigan sarg'ish rangli suyuqlik bo'lib, u tarkibi jihatdan yetuk ya'ni doimiy sutdan farq qiladi. Og'iz suti tarkibida oqsil deyarli 4 barobar, tuzlar 2 barobar ortiqroq bo'ladi. Shuningdek, vitamin A va karotin, vitamin B, C, B12, E fermentlari, himoyalovchi immune tanachalar ko'proq bo'lib, immunoglobulin A esa ayniqsa, yuqori miqdorda bo'ladi. Bolani ona suti bilan oziqlantirilganda, dastlabki birinchi oyida bir kecha kunduzda 6 yoki 7 marta emiziladi, kunduzi bir safar emizish bilan ikkinchi safar emizish o'rtasida o'tadigan vaqt 3 soatni, kechasi esa 6soatni tashkil etadi. Chaqaloq 1 oylik bo'lganidan boshlab, 4-5 oylik bo'lguncha kuniga 5 yoki 6 marta emiziladi, kunduzi birinchi va ikkinchi safar emizish orasidagi vaqt 3 soatni, kechasi esa 7 soatni tashkil etadi, bola 5 oyligidan to bir yosh bo'lguncha sutkasiga 5 mahal emiziladi, emizish orasidagi vaqt esa kunduzi 4soat, kechasi 8soatni tashkil etadi. Bolani qanday tartibda emizish onanig kun tartibiga bog'liq, emizish orasidagi tafovut 1 soat atrofida bo'lishi mumkin. Bolani emizish 15-20 daqiqa davom etishi va emizib bo'lgach 1-2 daqiqa tik tutib turish kerak agar chaqaloq chotgan holda emizilganda uxlab qolsa boshini 5- 10 daqiqagacha balandroq qilib yotqizish kerak. Ona bolani emizganda bitta ko'krakni berishi va tugaguncha emizishi kerak, chunki ohirgi sut tarkibida ancha yog' bo'ladi. Agar onaning sutiga chaqaloq to'ymaydigan bo'lsa ikkinchi ko'krakni ham tutishi mumkin va keyingi safar emizganda avval tutilgan ikkinchi ko'krakdan boshlashi kerak. Bolani oziqlantirishda kerakli sut miqdorini quyidagi formula orqali aniqlash mumkin. Bolaning yoshi va vaznini hisoblagan holda bolaning og'irligi o'rtacha yosh normalariga to'g'ri keladigan bo'lsa hajm usulidan foydalaniladi. Bunda bir kecha kunduzda kerakli sut miqdori chaqaloq 2 haftalik bo'lgan paytdan 2oylik bo'lguncha tana vaznining 1/5 qismini, 2-4 oylikda 1/6 qismini, 4-6 oylikda 1/7 qismini, 6-9 oylikda 1/8 qismini tashkil etishi kerak.

### Aralash usulda boqish

Tadqiqotlarga qaraganda har bir bola 5 oylik bo'lgan vaqtdan boshlab onasining ko'krak suti qancha bo'lishidan qat'i nazar qo'shimcha ovqat iste'mol qilishi kerak. Buning asosiy sababi hayotining 5 oyiga borib organizmda tuzlar (temir, kalsiy, fosfor) kamayishi kuzatiladi, hujayra ichidagi fermentlarning normal ko'payib borishi buziladi va ovqat hazm qilish qilish reflector fazasining yanada murakkablashishi zarur bo'lib qoladi.

Qo'shimcha ovqat berish deganda ko'krak yoshidagi ya'ni emizikli bolalarga ovqat mahsulotlari va suyuqliklarni ona sutiga qo'shimcha ravishda berish tushuniladi. Bunda bolani aralash usulda boqish nazarda tutiladi. Aralash usulda boqish bola hayotining birinchi yarmida ya'ni 6 oyligida ma'lum sabablarga ko'ra ko'krak suti bilan bir qatorda sutli aralashmalar ko'rinishida qo'shimcha ovqat ham berib boradi, buning natijasida aralashmalar bola ovqatlanish ratsionining 1/5dan ko'proq qismini tashkil etadigan bo'lishi kerak. Bolani aralash usulda boqishning asosiy sabablari 3 guruhga bo'linadi:

1. Ona bilan bog'liq sabablar.
2. Bola bilan bog'liq sabablar.
3. Ijtimoiy-maishiy sabablar.

Aralash usulda bolani boqishning ona bilan bog'liq muammolardan biri bu gipogalaktiya xisoblanadi. Gipogalaktiyaning yuzaga kelishining asosiy sababi – ona organizmining tuzilish xossasiga bog'liq. Shuningdek, keyinchalik yuzaga keladigan ko'krak bezining kasalliklari, on ava bolaning ovqatlanish ratsionining bizilishi, xayajonlanish, bolani emizish rejimining buzilishi bo'lishi mumkin. Onaga aloqador sabablardan yana biri bo'lib, bu ona ma'lum kasallik

bilan og'risa va bolani ko'krakdan butunlay ajratmagan xolatda uni emizishni kamaytirganda. Bu kasalliklarga yurak bilan bog'liq kasalliklar, sil kasalligining malum bir turlari, yengil turdagi endokrin kasalliklarni kiritish mumkin.

Ijtimoiy-maishiy sabablarga birinchi o'rinda bolalarni mehribonlik uylarida tarbiyalanayotganini aytib o'tish mumkin, bunday joylarda enaga-onalar go'daklarning barchasini ham ko'krak suti bilan boqa olmaydi. Ikkinchidan, ona turar joyining ish joyidan uzoqda bo'lishi ham aralash usulda boqishga sabab bo'lishi mumkin.

Bolani aralash usulda boqishga qo'shimcha bo'ladigan asosiy mahsulot bu - sigir sutidir. Sigir suti bakteriyalar bilan ifloslanganini hisobga olgan holda uni qaynatib foydalanish kerak. Qo'shimcha ovqat sifatida fiziologik aralashmalar yani tarkibiy jihatidan ona sutiga yaqin keladigan qilib sigir sutidan tayorlangan va uzoq mudatga yetadigan qilib tayorlanadigan aralashmalar qo'llaniladi. Hozirgi payitda ishlab chiqarilayotgan quruq sut mahsulotlari bilan kanservalangan mahsulotlar bolani bu usulda oziqlantirishga foyda beradi. Bularga misol qilib "malyutka", "malish", "vitalakt", "masha-kasha" va "nestle nan" larni ko'rsatish mumkin. Shuningdek, har bir oilada topiladigan meva va sabzavotlardan tayyorlangan mahsulotlar (meva suvlari, pyure) go'shtsiz quruq ovqatlar, bolalar uchun go'sht, parranda va baliqdan tayyorlangan kanservalar, go'sht sabzavotli yengil ovqatlar keng qo'llaniladi.

### Sun'iy yo'l bilan boqish

Bolalarni sun'iy yo'l bilan ovqatlantirish bolani tug'ilgandan 5-6 oylikgacha yoki ona suti bola umumiy ovqat hajmining 1/5, 1/6dan kamroq qismini tashkil etsa, ona yuqumli, sut orqali o'tadigan kasalliklar, ko'krak bezida anatomik o'zgarishlar, ko'krak bezida sutni umuman sintezlanmasligi va boshqa sabablar tufayli yuzaga keladi. Sun'iy ovqatlantirishga birdan yoki oz-ozdan hazm sistemasini sun'iy ovqatga moslashtirgan holda o'tiladi. Bolani bu usulda boqish emizib boqishga nisbatan murakkab va ma'suliyatli hisoblanadi, chunki sun'iy ovqat tarkibi bolani sutkalik ehtiyojini qoplay olish kerak, masalan, bolani oqsilga bo'lgan sutkalik ehtiyoji 4,5-5gr, yog' 13-14gr., uglevod 7-7,5gr bo'lishi kerak. Agar bola ona suti bilan birga qo'shimcha ovqat iste'mol qilayotgan bo'lsa, sun'iy ovqatlantirishga o'tkazish oson kechadi. Hozirgi kunda oziq-ovqat sanoati tomonidan tabiiy sut tarkibiga yaqinlashtirilgan sun'iy quruq sutlar ishlab chiqarilmoqda. Sun'iy quruq sutlarning afzalligi shundan iboratki, ular maxsus idishlarda o'lchangan va tarkibida oqsil, yog', uglevod, vitaminlar, mikroelementlar miqdori aniq berilgan. Shunga qarab moddalarni to'g'ri taqsimlab berish mumkin. Bu quruq sutlar bolani oyiga moslangan holda maxsus chiqariladi. Bolani ovqatlantirishda quruq sutni suyultirib berish jarayoniga to'liq amal qilish zarur.

1. Foydalaniladigan idish strillangan holda bo'lishi;
  2. Qaynatilgan suvdan foydalanish;
  3. Sun'iy ovqat temperaturasi 40-45daraja issiqlikda bo'lishi;
  4. Idishning so'rg'ich qismidagi teshigi bolaning so'rish jarayoniga qarshilik qilmasligi ya'ni 15-20 daqiqa qavomida ovqatlanishi lozim;
  5. Bolani ovqatlantirayotganda idishning so'rg'ich qismi sut bilan to'la bo'lishi kerak;
  6. Uxlab yotgan yoki yig'layotgan bolani ovqatlantirib bo'lmaydi;
  7. Bolani ovqatlantirib bo'lgach, me'dadagi havoni chiqib ketishi uchun 1-2daqiqa tik ushlab turish kerak.
- Bolani sun'iy ovqatlantirishda har 15 yoki 30 kunda vaznini va bo'yini o'lchab yozib borish kerak.

### Natijalar

Emizikli bolalar uchun ko'krak suti eng yaxshi ozuqa hisoblanadi. Qo'shimcha beriladigan ovqatlardan farqli ravishda unda allergenlar uchramaydi. Ona sutidagi oziq moddalar bolaning yetarli darajada rivojlanishiga yordam beadi. Agar bola hayotining dastlabki ikki yilida to'yib ovqatlanmasa o'sishdan ortda qolishi va balog'at yoshiga yetgach bo'yining past bo'lishi mumkin. Shuning uchun bolani 2 yoshgacha mutanosib ravishda to'yib ovqatlanishi jismonan va ruhan sog'lom bo'lishiga, yoshiga mos tarzda o'sishi va rivojlanishiga erishish uchun qulay davr hisoblanadi. Tadqiqotlarga qaraganda, bolani ommaviy darajada ko'krak suti bilan oziqlantirilganda, 5yoshgacha bolalar orasida 13% gacha o'limni qisqartirish, qo'shimcha ovqatni to'g'ri berish orqali esa o'lim darajasini yana 6%ga kamaytirish mumkin.

### Xulosa

Bola o'sib yanada faol bo'lishi uchun ona uni to'g'ri ovqatlantirish ratsioniga rioya qilishi kerak. Agar ko'krak sutining o'zi yetarli bo'lmasa, ona qo'shimcha ovqatni to'g'ri tanlay olishi kerak. Qo'shimcha ovqat asab-mushak tizimini rivojlanishida ham muhim rol o'ynaydi. To'g'ri tanlangan qo'shimcha ozuqaning o'z vaqtida berilishi emizikli va erta yoshdagi bolalar salomatligini mustahkamlaydi, ovqat qabul qilish jarayonini yaxshilanishini ta'minlaydi.

### ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. В.П. Бисярина "Болалар касалликлари болалар парвариши ва гудакларнинг анатомик-физиологик хусусиятлари". Тошкент Медитсина нашрийоти .1986.
2. Jalilov A.X, Achilova F.A "Bolalarni tabiiy ovqatlantirish". Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari davolash fakulteti II kurs talabalari uchun o'quv uslubiy qo'llanma. Samarqand 2022
3. Daminov T.A, Xolmatova B.T, Boboyeva U.R "Bolalar kasalliklari" Toshkent 2012.

# IMPROVING SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGAL-GASTRIC BLEEDING IN LIVER CIRRHOSIS

Urokov Sh.T.<sup>1</sup>  , Salomov N.I.<sup>2</sup>  , Khamroev Kh.N.<sup>2</sup> 

1. Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Bukhara, Uzbekistan.

2. Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Bukhara, Uzbekistan.

**Annotation. RELEVANCE.** Liver cirrhosis (LC) affects the function of the gastrointestinal tract and is associated with hemodynamic abnormalities in the portal system. The pathological processes that occur in the duodenum and stomach are influenced by reciprocal humoral effects and strong functional links between the liver and the organs of the gastrointestinal system. Some causes of bleeding from the upper gastrointestinal tract, their pathogenesis and mechanisms of occurrence are discussed above. Apparently, it is known that the cause of bleeding from the upper gastrointestinal tract is not only pathological changes in the mucous membrane, but also diffuse changes in the liver. There is a lot of information about ulcers (acute and chronic), erosive gastritis, the mechanism of bleeding from PG, clinical course, but information based on scientific research about the combined course of this pathological process is rare. No information about this pathological process, which is one of the pressing problems of medicine, was found in the literature we examined. To date, more than 200 methods of surgical intervention have been proposed, which is explained by the extreme complexity of the problem, the variety of clinical manifestations of the disease and the lack of absolutely reliable methods of surgical treatment.

**PURPOSE.** Improving the results of surgical tactics in patients with ulcer bleeding combined with liver cirrhosis by choosing the most optimal methods of diagnostic and treatment tactics

**MATERIAL AND METHODS.** Considering cirrhosis in combination with duodenal and gastrointestinal ulcers, we examined the results of treatment of 83 patients with bleeding from pg. The age of the patients ranged from 25 to 79 years. The majority of patients (71.1%) with this pathology are of working age (40-60 years). Men made up 67.5% of the population and women 32.5%. The source of bleeding was arrosion of varicose veins (bpb) of the esophagus and gastric cardia in 41 patients (49.4%); gastric and duodenal ulcers in 31 patients (37.3%); in eight of these patients, the source of bleeding was giant gastric and duodenal ulcers; in 11 patients (13.3%) both bpb and gastric and duodenal ulcers were observed simultaneously.

**RESULTS.** Of the 83 patients who underwent surgical treatment, 71 (85.5%) had bleeding from gastric and duodenal ulcers, 24 from arrosed BPB of the esophagus and stomach, and 11 patients had bleeding from both sources at the same time, which led to the need for suturing the BPB of the esophagus, stomach, and duodenum ulcers. 39 (54.9%) unwell patients underwent urgent and urgent surgery (table). B 24 (33.8%) patients had emergency surgery between two hours and one day, during the peak of their bleeding (between two and six hours — 18 ill Eleven patients had bleeding ulcers and eleven had two sources of bleeding (from BPBP and F) at 4–20 hours. Of them, 15 patients (up to 2-3 days) or 21.1% had recurrence bleeding at 4 sick, indicating the need for emergency operational measures. In 32 (45.1%) patients with stable hemostasis.

**Keywords.** cirrhosis liver, portal hypertension, bleeding, ulcer stomach And duodenum, varicose veins of the esophagus and stomach.

**Introduction.** Hemodynamic abnormalities in the portal system, which are observed in patients with liver cirrhosis (LC), have a significant impact on the function of the gastrointestinal tract. The liver and the organs of the gastrointestinal tract have strong functional connections, and the reciprocal hormonal effects between them contribute to the pathological processes that occur in the duodenum and stomach.

Variceal hemorrhage is a severe medical emergency and a fatal complication of cirrhosis. It poses an even greater risk to patients who have already experienced clinical decompensation, such as ascites, encephalopathy, previous episodes of hemorrhage, or jaundice. It is particularly dangerous in patients with advanced liver disease, classified as Child-Pugh B or C, where bleeding ceases spontaneously in only about 50% of cases. In order to decrease morbidity and mortality, it is crucial to promptly and effectively manage these patients.

The mortality rate for cirrhosis patients who experience variceal bleeding is generally between 10% and 20%. However, since the 1980s, when the mortality rate was nearly 40%, there has been a gradual decrease in mortality. Various factors have contributed to this decline, including aggressive resuscitation in intensive care units, increased use of vasoactive medications, therapeutic endoscopy, and antimicrobial prophylaxis. However, among patients with advanced liver disease (Child-Pugh C), early mortality within the first six weeks remains significant, at approximately 40%. It is important to note that effective variceal bleeding therapy in cirrhosis patients involves both managing acute bleeding and preventing rebleeding. Failure to seek treatment after the initial bleeding stops can result in a 60% recurrence rate

and a fatality rate of 33%.

According to several studies, hepatogenic ulcers in patients with diffuse liver diseases occur in approximately 9.5-16.7% of cases and can reach up to 23.5-27% in some instances. Among patients with ulcerative gastroduodenal bleeding, cirrhosis is detected in approximately 1.8-6% of cases. Chronic ulcer of the stomach or duodenum is found to be the cause of bleeding in 13.8% of cirrhosis patients. Unfortunately, the results of treatment for these ulcers are often unfavorable. The presence of portal hypertension, as indicated by the presence of varicose veins in the stomach and liver veins, is believed to be one of the pathogenic mechanisms that contribute to ulcer formation and worsen the disease course. Measures aimed at reducing portal pressure have been shown to be effective in improving tissue microcirculation in the portal organs.

The liver's functional status plays a significant role in the frequency of hepatogenic ulcers and the outcomes of surgical interventions. When cirrhosis is decompensated, approximately 38% of patients develop ulcers. Additionally, the presence of venous stagnation and varicose vein expansion in the esophagus and stomach exacerbates the development or worsening of hepatogenic ulcers in the presence of portal hypertension. Bleeding from one location can potentially induce bleeding from another source, further complicating the situation. Surgical interventions focus on removing the current source of bleeding.

Different viewpoints and methods exist regarding the extent of surgical care for bleeding from duodenal or stomach ulcers in patients with portal hypertension and cirrhosis. Some procedures that have been performed include devascularization of the stomach's proximal half along its lesser curvature, ligation of the arteries leading to the bottom of the stomach along its greater curve, and skeletonization of the abdominal esophagus. Excision of the ulcer with pyloroduodenoplasty has been performed for duodenal ulcers. In cases of bleeding from gastric and duodenal ulcers in cirrhosis patients, more radical methods such as gastric resection or trunk vagotomy with suturing or excision of the ulcer have been recommended. Proximal selective vagotomy or economical resection of the stomach combined with other surgical procedures has been considered the method of choice by some experts. Temporary endoscopic hemostasis is often used to stabilize patients before surgical treatment to decrease the high mortality rate associated with treating bleeding at the height of the hemorrhage.

**Purpose:** improving the results of surgical tactics in patients with ulcer bleeding combined with liver cirrhosis by choosing the most optimal methods of diagnostic and treatment tactics

**Material and methods.** Considering cirrhosis in combination with duodenal and gastrointestinal ulcers, we examined the results of treatment of 83 patients with bleeding from pg. The age of the patients ranged from 25 to 79 years. The majority of patients (71.1%) with this pathology are of working age (40-60 years). Men made up 67.5% of the population and women 32.5%. The source of bleeding was arrosion of varicose veins (bpb) of the esophagus and gastric cardia in 41 patients (49.4%); gastric and duodenal ulcers in 31 patients (37.3%); in eight of these patients, the source of bleeding was giant gastric and duodenal ulcers; in 11 patients (13.3%) both bpb and gastric and duodenal ulcers were observed simultaneously.

The diagnosis was based on the patient's medical history, clinical manifestations of the disease, esophagogastroduodenoscopy (EGDS), abdominal ultrasound, presence of hepatitis markers, liver biopsy obtained during surgery, and the surface of the stomach and esophagus after the procedure. The severity of liver failure was assessed according to the Child-Pugh classification. There were three groups: Group A had 51 patients (61.5%), Group B had 23 patients (27.7%), and Group C had 9 patients (10.8%).

With the development of a scar-inflammatory process with compression of the splenic-portal trunk, 37 (44.6%) patients with peptic ulcer developed mixed forms of portal hypertension due to cirrhosis of the liver and secondary extraepatic hypertension due to penetration of the ulcer into the hepatoduodenal ligament and pancreas. Eight of 46 (55.4%) patients with giant ulcers had intraepatic portal hypertension and liver cirrhosis at the time of ulcer formation. Of the 83 patients, in 7 (8.4%) the ulcer was discovered for the first time during hospitalization, and in 4 (4.8%) symptoms of portal hypertension were not detected before surgery due to liver cirrhosis.

**Results and discussion.** Of the 83 patients who underwent surgical treatment, 71 (85.5%) had bleeding from gastric and duodenal ulcers, 24 from arrosed BPB of the esophagus and stomach, and 11 patients had bleeding from both sources at the same time, which led to the need for suturing the BPB of the esophagus, stomach, and duodenum ulcers. 39 (54.9%) unwell patients underwent urgent and urgent surgery (table). B 24 (33.8%) patients had emergency surgery between two hours and one day, during the peak of their bleeding (between two and six hours — 18 ill Eleven patients had bleeding ulcers and eleven had two sources of bleeding (from BPBP and F) at 4–20 hours. Of them, 15 patients (up to 2-3 days) or 21.1% had recurrence bleeding at 4 sick, indicating the need for emergency operational measures. In 32 (45.1%) patients with stable hemostasis.

To those who are sick the group underwent thorough preoperative preparation, What favorablereflected on immediate results of treatment.

Of the 39 patients who underwent emergency or urgently, at 37 eliminated both source bleeding , both active and potential.

The main type of surgery were varioustechniques vagotomy With devascularization of the esophagus according to V.T. Zaitsev , gastrotomy with vein ligation in combination with excision of ulcers and pyloroplasty , resection of the stomach with suturing of the BPB through the resected stump stomach resection was performed in 11 patients with gastric ulcer and duodenum. Of these, 8 had giant ulcers (more than 3 cm) of the stomach and duodenum with a complicated

course diseases. In everyone's cases had place \_ combination more two complications simultaneously (bleeding and perforation, bleeding of cicatricial ulcerative stenosis and penetration), which was indication For resections stomach And stitching \_ BPB esophagus And stomach throughstump. Patient bleeding occurred on the 5th day from arrozed BPB stomach, at second Bleeding from the BPB of the lower third of the esophagus and gastric cardia occurred one year after surgery, which required repeated surgery interventions subcardial gastrotomy With ligationveins Sick died from progressive acute hepaticinsufficiency. In the remaining 9 patients who were producedstitching BPB esophagusand stomach through the stump of the resected stomach, there were no relapses of bleeding or mortality. In 10 sick, which was produced gast rotomia With stitching bleeding BPB And excision \_ ulcers DPK With pyloroplasty V 2 (20%) case - h ayah marked relapsebleeding from BPB food water, which was stopped using an obturator probe. 1 patient died from posthemorrhagic anemia and acute hepatic-renal failure. Mri suturing bleeding ulcers WPC (2) marked relapse bleedingV both cases: in 1 - from a sutured ulcer and in 1 - from the BPB of the esophagus and stomach, which led to death against the background of increasing liver failure.

Thus, out of the number of urgently and urgently operated patients (39), 6 (15.4%) patients had a relapse bleeding. Died this oh \_ group 4 sick, postoperative mortality composed \_ 10.3%. Complications And lethal outcomes more often marked at those sick, which were you are full palliative operational interventions \_ in view of heavy states, V two cases limited \_ only resection stomach, eliminating only the active source of bleeding.

Bleeding was stopped by conservative measures at 44 sick. Lethal Exodus in this group marked at 2 patients (both from group C), or V 4.5% cases. Mrichinaof death acute hepatic-renal failure occurred.

From 44 patients 32 operated on through 3–4 weeks after the bleeding stopped, 14 of them underwent gastric resection (5 according to Gorbashko) with suturing of veins through the stump of the stomach. For duodenal ulcers, various methods of vagotomy were used, of which 13 MCB with proximal gastrotomy with ligation of the BPB of the lower segment of the esophagus and stomach according to M.D. Maciora, 7 were supplemented with laser irradiation with extraperitonealization according to Beresnev, 9 Electrocoagulation for the deceased in this group there was no common mortality amounted to 7.2%.

So way, choice surgicaltactics for cirrhosis with PG in combination with peptic ulcer complicated bleeding, is certain difficulties. Heaviness state patients are often unable to perform a more adequate amount of surgical intervention. At the same time, on background available violations hemostasis caused by pathologyliver, hypoxia mixed genesis achieve stable hemostasis not always succeeds What leads To relapsesbleeding. That's why in everyone's cases necessary correct both causative factors, such as active, So And potential, What promotes reduction numbersrelapses bleeding and improves the immediate results of treatment of patients with this pathology.

Acute gastrointestinal bleeding is still a frequent reason for hospital admission and is a potentially fatal emergency. Variceal hemorrhage is the most frequent cause of acute upper gastrointestinal bleeding in individuals with liver cirrhosis. It is also a major cause of morbidity and mortality in these patients and a dangerous complication of portal hypertension. It's also conceivable for lesions seen in the general population, such as portal hypertensive gastropathy, to cause bleeding. Patients who survive an acute variceal hemorrhage should get therapy to avoid recurrence before they are released from the hospital due to the high likelihood of recurrence.

**Conclusion.** It has been reported that in patients with cirrhosis, mortality can reach 50% after the index hemorrhage. These patients typically require extensive treatment, which calls for a collaborative approach and clear, step-by-step supervision. Endoscopic therapy is a key aspect, but pharmacological treatment with vasopressors and antibiotic treatment are also important components of successful patient care.

#### References:

1. Beresnev S.A. Features of the treatment of ulcerative gastroduodenal bleeding in patients with liver pathology: Abstract . dis . Dr. honey. Sciences.— Kharkov, 1991.—41 With.
2. Eramishantsev A.K., Manukyan G.V. "Today" and "tomorrow" of portal hypertension surgery // Annals of Surgical Hepatology . - 1998. - T. 3, No. 2.—S. 111–114.
3. Zaitsev V. T., Veligotsky N. N., Bersenev S. A. Surgical tactics for bleeding due to peptic ulcer disease in the presence of portal hypertension syndrome // Surgical treatment of portal hypertension, diseases and injuries of the liver. - Kharkov, 1986. - P. 29–30.
4. Kataev S. S., Shifrin O. S., Golovanova O. Yu. et al. Hepatogenic ulcer (some aspects of pathogenesis) // Klin. med.—1989.—T. \_ 67.—S. 32–36.
5. Pruchansky V.S., Prozorovsky K.V. Changes in the mucous membrane of the stomach and duodenum in patients with chronic diffuse liver diseases // Vestn . roentgenol. — 1993.—No . 5.—S. 24–26.
6. Khalmetov B. T. Surgery of portal hypertension in combination with gastroduodenal ulcers in patients with liver cirrhosis: Author's abstract . dis . Ph.D. honey. Sciences.— Tashkent, 1995.—17 p.
7. Khanevich M.D., Khrupkin V.I., Zherlov G.K. and others. Bleeding from chronic gastroduodenal ulcers in patients with intravenous tripepatic portal hypertension. —Novosibirsk: Science, 2003.—198 With.
8. Khamroev Kh.N., Ganzhiev F.Kh. « Dynamics of structural and functional disorders of the liver of rats during experimental alcoholism cirrhosis.» P roblemsofmodern surgery " 06.10.2023. <https://adti.uz/konferensiyalar/>
9. Khamroev H.N. « Influe of diffusion diseases of the liver on the current and forecst of obstructive jaundice» Tibbiyotda Yangi kun 1 (30) 2019, 275-277 bet.

10. Khamroev H.N. "The influence of diffuse liver diseases on the course and prognosis of obstructive jaundice" Collection of materials from the first Bukhara international conference of "medical students and youth" volume 2019. 136-137 pp. [https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/24890/1/%D0%9D%D0%B5%D1%87%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%83%D0%BA\\_%D0%91%D1%83%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%20\(pdf.io\).pdf](https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/24890/1/%D0%9D%D0%B5%D1%87%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%83%D0%BA_%D0%91%D1%83%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%20(pdf.io).pdf)
11. Khamroev Kh.N., Ayubov B.M., Khaidarov F.N., Musoev T.Ya. 2019 YIL « Results percutaneous interventions under ultrasonic control for obstructive jaundice of various origins» Collection of abstracts of a scientific and practical conference with international participation « Current issues of socially significant diseases « 84-85 art.
12. Hamroev Khudoyshukur Nutfilloevich, Khasanova Dilnoza Akhrorovna. « With omparative classification of liver morphometric parameters in the liver and in experimental chronic alcoholism.» International Journal of Cognitive Neuroscience and Psychology IJCNP, Volume 1, Issue 1, 2023 <https://medicaljournals.eu/index.php/IJCNP/article/view/18>
13. Khamroev Kh.N, Khasanova D.A. «Comparative characteristics of morphometric parameters of the liver.» Journal Problems of biology and medicine PBiM 2023 No. 5. <https://www.sammu.uz/ru/journals> .
14. Khamroyev Kh.N. \_ "To assess liver morphological changes in the norm and features of the character of its changes during chronic alcohol intoxication." International Scientific and Practical Conference of Young Scientists "Science and Youth: Conference on the Quality of Medical Care and Medical Literacy " April 25, 2023. <https://ksph.edu.kz/ru/2023/04/%d0%bc%d0%b0%d1%82%d0%b5%d1%80%d0%b8%d0%b0%d0%bb%d1%8b%d0%ba%d0%be%d0%bd%d1%84%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%bd%d1%86%d0%b8%d0%b8/>
15. Khamroev Kh.N. " To assess the morphological changes in the liver under normal conditions and the characteristics of the nature of its changes during chronic alcohol intoxication." Republican scientific and practical conference with international participation 05/30/2023. A p p l i c a t i o n o f h i g h i n n o v a t i v e t e c h n o l o g i e s i n p r e v e n t i v e m e d i c i n e. <https://adti.uz/konferensiyalar/>
16. Urokov, Sh. T., & Khamroev, Kh. N. (2018). Clinical and diagnostic aspects of obstructive jaundice combined with chronic diffuse liver diseases (literature review). Achievements of science and education , (12 (34)), 56-64.
17. Khamroev, Kh. N., & Urokov, Sh. T. (2019). INFLUENCE OF DIFFUSE LIVER DISEASES ON THE COURSE AND PROGNOSIS OF OBSTRUCTIONAL JAUNDICE. A New Day in Medicine , (3), 275-278.
18. Khamroev, Kh. N., & Ganzhiev, F. Kh. (2023). Dynamics of structural and functional disorders of the liver of rats with experimental alcoholic cirrhosis. R oblemsofmodernsurgery , 6 . \_
19. Nutfilloevich, H. K., & Akhrorovna, K. D. (2023). COMPARATIVE CLASSIFICATION OF LIVER MORPHOMETRIC PARAMETERS IN THE LIVER AND IN EXPERIMENTAL CHRONIC ALCOHOLISM. International Journal of Cognitive Neuroscience and Psychology , 1 (1), 23-29.
20. Nutfilloevich, H. K., & Akhrorovna, K. D. (2023). COMPARATIVE CLASSIFICATION OF LIVER MORPHOMETRIC PARAMETERS IN THE LIVER AND IN EXPERIMENTAL CHRONIC ALCOHOLISM. International Journal of Cognitive Neuroscience and Psychology , 1 (1), 23-29.
21. Latipov, I. I., & Khamroev, Kh. N. (2023). Improved Result of Diagnosis of Doppler Ultrasound of Chronic Abdominal Ischemia Syndrome. Central Asian Journal of Medical and Natural Science , 4 (4), 522-525.
22. Sh T, U., IK, S., Kh N, H., & Sh I, S. (2023). IMPROVING THE IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS. Journal of Pharmaceutical Negative Results , 14 (2).
23. Xamroyev, X. N. (2022). The morphofunctional changes in internal organs during alcohol intoxication. EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE , 2 (2), 9-11.
24. Khamroyev, X. N. (2022). TOXIC LIVER DAMAGE IN ACUTE PHASE OF ETHANOL INTOXICATION AND ITS EXPERIMENTAL CORRECTION WITH CHELATE ZINC COMPOUND. European Journal of Modern Medicine and Practice , 2 (2), 12-16.
25. TESHAEV, S. J., TUHSANOVA, N. E., & HAMRAEV, K. N. (2020). Influence of environmental factors on the morphometric parameters of the small intestine of rats in postnatal ontogenesis. I
26. Nutfilloevich, K. K., & Akhrorovna, K. D. (2024). MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE LIVER IN NORMAL AND CHRONIC ALCOHOL POISONING. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 36(3), 77-85.
27. Nutfilloyevich, K. K. (2024). NORMAL MORPHOMETRIC PARAMETERS OF THE LIVER OF LABORATORY RATS. ОБРАЗОВАНИЕ НАУКА И ИННОВАЦИОННЫЕ ИДЕИ В МИРЕ, 36(3), 104-113.
28. Уроков, Ш. Т., Холиков, Ф. Й., Кенжаев, Л. Р., & Хамроев, Х. Н. (2023, December). СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ КОЛЕЦИСТИТАХ И ГРЫЖАХ ДИАФРАГМЫ. In Proceedings of Scientific Conference on Multidisciplinary Studies (Vol. 2, No. 12, pp. 114-116).
29. Каюмова, Г. М., Хамроев, Х. Н., & Ихтиярова, Г. А. ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19. Современный мир, природа и человек: сборник материалов XXII-ой, 214.

**Jurnal asoschilari:**  
Andijon davlat tibbiyot instituti va "I-EDU GROUP" MCHJ.

**O'zbekiston tibbiyot ilmi**  
elektron jurnali  
**5-nasr**

## MUNDARIJA

№	Maqola nomi	Bet
1.	OLINGAN TISH KATAGINI TISH BO'LAGI BILAN YOPISSH USULINING SAMARASI <b>Isayev U.I.</b>	04-09
2.	OSHQOZON YARA KASALLIKLARI VA UNING KELIB CHIQISH SABABLARI HAMDA DAVOLASH USULLARI <b>Xidirov Z.E., Mamatqulov Sh.B.</b>	10-13
3.	ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНОСИНУСИТЕ <b>Хушвакова Н.Ж., Бекеев Ж.К., Тулаев Б.З.</b>	14-18
4.	KO'KRAK YOSHIDAGI BOLALARNI OVQATLANTIRISH <b>Umarkulov M.I., Abduqahhorov M.A.</b>	19-21
5.	IMPROVING SURGICAL TREATMENT OF ESOPHAGALGASTRIC BLEEDING IN LIVER CIRRHOSIS <b>Urokov Sh.T., Salomov N.I., Khamroev Kh.N.</b>	22-25

# «O‘zbekiston tibbiyot ilmi»

ELEKTRON JURNALI

5-nashr. (sentyabr-oktyabr, 2023 yil)

<http://www.fdoctors.uz>

Подключенные системы

Google Scholar

ORCID  
publons

CYBERLENINKA  
in Library

ROAD  
DIRECTORY OF OPEN ACCESS SCHOLARLY RESOURCES

INTERNET ARCHIVE

ISRA  
JIF

EuroPub

doi

Crossref

SCIENCEWEB  
NATIONAL BASE OF SCIENTIFIC RESEARCH OF UZBEKISTAN

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА

eLIBRARY.RU

SLIB.UZ  
Scientific library of Uzbekistan

DRJI

Directory of Research Journals Indexing

BASE  
Bielefeld Academic Search Engine