

**ОРГАНИЗМНИНГ БИЛАК СУЯКЛАРИ ДИСТАЛ УЧИДАН СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШДАН СЎНГИ ИММУНОЛОГИК РЕАКТИВЛИГИ**

Тешаев А.А., Аскарров Т.А., Хамдамов Б.З.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;  
Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

Охириги йилларда дунёда замонавий травматологик беморларда иммун тизими ҳолатини ўрганиш, беморларни жарроҳлик амалиётига тайёрлаш ва амалиётдан кейинги даволаш жараёнларини олиб боришнинг ажралмас бир қисми бўлиб келмоқда (4,5,6,7). Организмнинг иммун тизими ҳолати, унинг организмга қўйилган металл мосламалар билан реакциясида муҳим рол ўйнашига қарамай, кўпгина травматолог ва ортопед мутахассислар даво жараёнида иммун тизим ҳолатига етарлича эътибор бермайдилар (1,2,3).

Шу сабабли, замонавий травматологияда тадқиқотларни чуқурлаштириш, травматологик беморларни даволашда янги, замонавий клиник, иммунологик ва лаборатор тажрибаларга асосланган ёндашувларни талаб этади.

**Тадқиқот мақсади.** Билак суяклари дистал учидан синишлари мавжуд беморларда турли оператив даво усулларида кейинги иммунологик кўрсаткичларнинг қийёсий таҳлили.

**Тадқиқот материали текширув усуллари.** Ушбу илмий тадқиқот иши 130 нафар билак дистал учи синиши ташхиси билан Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт марказида стационар даволанган беморларнинг клиник ва иммунологик маълумотларига асосланади. Тадқиқотимизнинг асосий босқичларидан бири бу - жарроҳлик аралашувлари динамикасида IL-1 $\beta$ , VEGF A ва  $\beta$ FGF лар ўзгаришлари таҳлилидан иборат бўлди.

Беморлар остеосинтез усуллари техникасига кўра 2 гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ клиникада ишлаб чиқилган усул бўйича компрессион-дистракцион остеосинтез амалиёти бажарилган 63 (48,5%) бемордан иборат бўлган, 2-гуруҳга аънанавий очик усулда суяк пластиналари ёрдамида бажарилган остеосинтез амалиётлари бажарилган 33 (25,4%) нафар беморлар ва тери қопламалари орқали кегайлар билан остеосинтез қилинган 34 (26,1%) нафар беморлар киритилди.

**Тадқиқот натижалари.** Билак суяклари дистал учидан синган беморларда жарроҳлик муолажаларидан 5 кун ўтгач цитокинлар концентрациясини ўрганиш учун ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, остеосинтез усуллари биз ўрганган цитокинларнинг синтезига таъсир қилганлиги кузатилди.

Ташқи фиксация мосламаси ёрдамида перкутан компрессион - distraкцион остеосинтез бажарилган беморларда IL-1 $\beta$ нинг даражаси амалиётдан олдинги қийматлардан 2 баравар паст бўлиб, ўртача 32,7 $\pm$ 7 пг/мл (P<0,001) ташкил қилди, аънанавий усулдан фойдаланган беморларда эса яллиғланиш цитокинлар концентрацияси амалиётдан олдинги қийматлар даражасида 61,7 $\pm$ 2,6 пг/мл да сақланиб қолинди. Макрофаглар жароҳат жойига кўчиб, улар яллиғланиш цитокинларининг кенг доирасини, шу жумладан IL-1 $\beta$ ни ҳам ажратиб чиқарди.

Остеорепарация жараёни динамикасида VEGF A даражасини ўрганиш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, компрессион - distraкцион остеосинтез амалиёти бажарилган беморларда остеорепарацияда муҳим роль ўйнайдиган кучли ангиоген омил - қон томир эндотелиал ўсиш омил (VEGF A) сезиларли даражада пасайганлиги кузатилди. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, VEGF A нинг паст даражалари ҳимоя хусусиятларига эга. Шундай қилиб, ташқи фиксацияловчи ускуна ёрдамида перкутан компрессион - distraкцион остеосинтез бажарилганда унинг кўрсаткичи ўртача 146,1 $\pm$ 9,5 нг/мл ни ташкил этди, бу эса амалиётдан олдинги қийматлардан деярли 2 марта паст эканлигини кўрсатди.

VEGF A даражаси 2-гуруҳ беморларида бошланғич маълумотларга нисбатан кўтарилган ҳолатда 260,3 $\pm$  10,4 пг/мл (P<0,05) туриб қолди. Гистологик битиш жараёни мураккаб биологик тартибга солиш механизми билан бирга кузатилиши мумкин. Остеорепарациянинг турли босқичларида кўплаб цитокинлар турли функцияларни бажаради. Синиқларни даволаш учун зарур бўлган ангиогенез, қон оқимини тиклашдан иборатдир, VEGF A бу жараённинг бошқарувчи устун хисобланади.

Остеорепарация ва қайта тиклаш пайтида FGF сигналининг аниқ механизми ҳозирда охиригача аниқ эмас. Лекин, бу омилнинг даражаси бизнинг ишлаб чиққан усулга кўра компрессион - distraкцион остеосинтези бажарилган беморларда бошланғич маълумотлар билан солиштирганда сезиларли даражада ортди - 6,4 $\pm$ 0,4 пг/мл, (P<0,01), (3 диаграмма). Очик усулда воляр пластиналарнинг турли вариантлари билан остеосинтези ва синиқ бўлақларини сиклар билан перкутан остеосинтези жарроҳлик амалиёти бажарилган 2 гуруҳ беморларида,  $\beta$  FGF даражаси манба маълумотларидан ишончли даражада юқори - 4,3  $\pm$  0,2 пг / мл (P<0,01) бўлди, аммо компрессион - distraкцион остеосинтези бажарилган беморларга қараганда паст (P< 0,01), бўлганлиги белгиланди.

Адабиётларга келтирилишича, FGF остеобласт ҳужайра чизигини ҳужайра ўлимидан ҳимоя қилади. Эҳтимол, бу бизнинг ишлаб чиқилган методологиямизга кўра компрессион - distraкцион остеосинтездан фойдаланган беморларда ижобий динамикани тушунтиради. Уларнинг таъсири суяк синиқларининг битишининг дастлабки босқичларида вужудга келади ва репаратив остео - ва хондрогенезнинг асосий омилни ифодалайди.

Шундай қилиб, суякларни тиклаш инсон суякларининг битиши учун эндоген қобилиятини англайди. Суяк синишидан сўнг қон томир деворининг бузилиши туфайли жароҳатланиш жойларида гематома ҳосил бўлади ва



нейтрофиллар гематома соҳасида ўз фаолиятини бошлайди, тўқима ва микроорганизмлар қолдиқларини фагоцитлайди. Бунинг ортидан ўлик нейтрофилларни олиб ташлаш, ангиоген реакцияларни рағбатлантириш ва турли цитокинларни ўз ичига олган таъмирлаш каскадини бошлаш учун макрофаглар оқими келади. Синиқ жойи фиксацияси ва қон таъминоти барқарорлигига қараб, синган жойларда эндохондрал ёки интрамембраноз оссификация юзага келади. Ўтказилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, очик усулда воляр пластиналарнинг турли хил вариантлари билан остеосинтези ва кегайлар ёрдамида суяк бўлақларини перкутан остеосинтез жаррохлик амалиётидан кейинги IL-1 $\beta$  даражасининг, VEGF A ошиши билан ва FGF синтезининг пасайиши бирга келиши кузатилди. Шунинг учун бу тоифадаги беморлар учун ташқи фиксация мосламаси ёрдамида суяк орқали компрессион - дистракцион остеосинтезни амалга ошириш мақбул.

#### Хулосалар.

1. Билак суяклари дистал учидан синиши мисолида даво муолажаларидан сўнгги муддатларда остеосинтез муолажалари организм иммун тизимига таъсир ўтказди.
2. Синган соҳани ташқи фиксацияловчи мосламалар ёрдамида остеосинтез бажарилган беморларда II-1 $\beta$  миқдори амалиётдан олдинги қийматлардан 2 баравар паст бўлди, анъанавий усулда эса яллиғланиш цитокинлари концентрацияси амалиётдан олдинги қийматлар даражасида сақланиб қолиниши аниқланди.
3. Қон томир эндотелиал ўсиш омил омил (VEGF A) кўрсаткичи ташқи фиксацияловчи мослама ёрдамида остеосинтез бажарилган беморларда амалиётдан олдинги қийматлардан деярли 2 марта паст эканлигини белгиланди.
4. Остеорепарация ва қайта тиклаш пайтида  $\beta$  FGF омил даражаси ҚД остеосинтези бажарилган беморларда бошланғич маълумотлар билан солиштирганда сезиларли даражада ортанлиги кузатилди, очик усулда воляр пластиналар ва сиклар билан билан остеосинтези бажарилган беморларда  $\beta$  FGF даражаси манба маълумотларидан ишончли даражада юқори бўлди, аммо компрессион - дистракцион остеосинтези бажарилган беморларга қараганда пастроқ бўлди.

### ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Туксанов А.И., Шодиев С.И., Кувоннов М.М., Маликов Ю.Р.

Медико-санитарное объединение Навоийского горно-металлургического комбината, Республика Узбекистан, г. Навои

В последние годы продолжается устойчивая тенденция к росту числа больных желчно-каменной болезнью. А лапароскопические холецистэктомии стали золотым стандартом в лечении калькулезного холецистита. Выполнение таких вмешательств стало доступным не только в ведущих клиниках, но в городских и районных больницах.

**Цель исследования:** Изучить результаты лапароскопических операций на материале МСО НГМК.

**Материалы и методы исследований:** Проведен ретроспективный анализ 470 медицинских карт стационарных больных, оперированных по поводу калькулезного холецистита в различных формах его проявления в многопрофильном хирургическом отделении МСО НГМК г. Навои. За период с 2005 по 2021гг. лапароскопическая холецистэктомия выполнена 470 больным. Среди больных, перенесших ЛХЭ, большинство составили пациенты наиболее работоспособных возрастов от 19 до 60 лет - 300 (63,8%) человека, старше 60 лет было 170 (36,2%). Мужчин было 104 (22,1%), женщин - 366 (77,9%) человек. Средняя продолжительность заболевания составила  $5,3 \pm 0,4$  года. Болевые приступы накануне или при поступлении были в 56,4% случаев.

Мы придерживаемся следующей хирургической тактики. При установлении диагноза желчно-каменной болезни, нами проводятся исследования на выявление сопутствующих заболеваний. Наличие тяжелой сопутствующей патологии, старческий возраст является противопоказанием для выполнения оперативного вмешательства. У таких пациентов мы ограничиваемся консервативной терапией. Больным поступившим к нам по экстренным показаниям, мы стремимся купировать приступ острого холецистита и оперировать их в отсроченном порядке. Однако из 470 больных 88 (где приступ купировать не удалось) была все же проведена экстренная лапароскопическая холецистэктомия. В анамнезе у 76 (16,1 %) больных были различные операции в основном в нижних отделах брюшной полости.

Все операции ЛХЭ выполнены под эндотрахеальным наркозом. Операционная бригада состояла из хирурга, ассистента и операционной сестры. В обязательном порядке вводился в желудок назогастральный зонд, катетер в мочевой пузырь, а нижние конечности бинтовались эластичными бинтами. Операция выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz». ЛХЭ выполнялась по стандартной методике: наложение пневмоперитонеума, введение троакарров, ревизия брюшной полости, холецистэктомия и удаление желчного пузыря из брюшной полости. Практически на всех операциях использовали atraumaticкие зажимы, что позволяло избежать излишней травмы органов и тканей и как их следствие – геморрагий и перфораций.

**Результаты исследований:** ЛХЭ проведена 382 (81,2%) больным с хроническим калькулезным холециститом, а 88 (18,8%) больным с острым калькулезным холециститом. У 461 (98%) пациентов проведение ЛХЭ была успешной, а в 9 (2 %) случаях наблюдения были вынуждены пойти на конверсия т.е. выполнить лапаротомию. Причиной перехода на лапаротомию были: выраженные рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря, аномалии желчных протоков и возникшее кровотечение из ложа желчного пузыря. Интраабдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов после ЛХЭ наблюдались у двух пациентов на вторые сутки после операции по дренажной трубке стала активно выделяться желчь. Однако, перитонеальные явления отсутствовали, желчеистечение прекратилось на 5-6-ые сутки, дренаж удален на 7-8-ые сутки соответственно с последующим благоприятным исходом. У