

SOUTH ARAL SEA MEDICAL JOURNAL



ISSN



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

**«ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ПАТОМОРФОЛОГИЯНИНГ
ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАРИ»**
мавзусидаги Халқаро илмий-амалий анжуман тўплами



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ
И ИННОВАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Сборник Международной научно-практической конференции по теме
**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОМОРФОЛОГИИ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН»**

Ушбу илмий ишлар тўпламида тиббиёт олий ўқув юртларида фаолият олиб бораётган профессор-ўқитувчилар бажараётган илмий-тадқиқот ишлари натижалари ўрин олган. Тезисларнинг мазмуни ва улардаги хатоликлар учун масъулият муаллифлар зиммасидадир.

В сборник научных трудов вошли результаты научно-исследовательских работ, проведенных профессорско-преподавательским составом медицинских ВУЗов. Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной информации ответственность несут авторы.

23-24 май 2025 йил. Урганч. Ўзбекистон

МУХАМЕДЖАНОВА А.А. ¹ , НУРПЕИСОВА Р.Г. ² , ТАДЖИЕВА З.Б. ³ , ИКОННИКОВА А.А. ⁴ , АЛЪЖАНОВА К.К. ⁴ , КЕТЕБАЙЕВА Д. Н.	191
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ	194
МУХТАРОВА Д.Р., ЮСУПОВА М.А.	194
ОРОЛБЎЙИ ХУДУДИДА ЯШОВЧИ ЎСМИР ЁШЛАР ОРАСИДА КАРИЕСЛАРНИНГ МОРФОМЕТРИК КЎРСАТКИЧЛАРИ.	195
НУРМЕТОВА Д.	195
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ХУДУДИДА ЯШОВЧИ АХОЛИДА УЧРАЙДИГАН ЎПКА САРАТОННИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	196
ОРТИҚОВ А.П., ЮЛДАШЕВ Б.С.	196
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ.	200
РАЖАПОВ А.А.	200
КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН АЁЛЛАР ЙЎЛДОШИДАГИ ТАЯНЧ СЎРҒИЧЛАРИДА ҚОН ТОМИР ЭНДОТЕЛИЙ ҲУЖАЙРАЛАРИДА CD34 МОНОКЛОНАЛ АНТИТЕЛОСИНИНГ ИММУНОГИСТОКИМЁВИЙ ТАҲЛИЛИ.	202
РАСУЛОВ Х.А. ¹ , МАВЛОНОВ У.О. ²	202
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ГНОЙНО НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.	203
РУЗМАТОВ П.Ю., РАХИМОВ Д.Д. МАТНИЯЗОВА Н.М.	203
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ГНОЙНО НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.	204
РУЗМАТОВ П.Ю., РАХИМОВ Д.Дж., БАБАДЖАНОВ А.Р., БАБАЖАНОВ М.Б.,	204
СТИМУЛИРОВАННАЯ ГАСТРИНОМ И ИНГИБИРОВАННАЯ СОЛЯНОЙ КИСЛОТОЙ СЕКРЕЦИЯ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ	209
СЕРЕБРЯКОВ В.В., НАМОЗОВА Г.И.	209
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИ ШОШИЛИНЧ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ МАРКАЗИДА ПОЛИОРГПН ЖАРОХАТЛАР БИЛАН ШИКАСТЛАНГАНЛАРГА КЎРСАТИЛАЁТГАН ТИББИЙ ЁРДАМ ТАҲЛИЛИ.	213
СОБИРОВ О.	213
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ	214
СУЛТАНОВ Б.Б. ¹ , КАРИМОВ Р.Х. ² , ХАДЖИМУРАТОВА М.Х. ³ , ЮСУПОВА Д.М.	214
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	222
ТАЖИЕВА З.Б., РАЖАБОВА М.	222
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОСОБЕННОСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ	223
ТАЖИЕВА З.Б., РАЖАБОВА М.	223
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	224
ТАЖИЕВА З.Б., РАДЖАБОВА М.	224
ИЗУЧЕНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД	229
ТУРСУНОВА Ж.А., ТУРСУНОВ Х.З., САДЫКОВ Р.Р.	229
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОНИЦАЕМОСТИ РУБЦОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 585 НМ И СО₂-ЛАЗЕРОМ	240

Выводы: Продолжительность гнойно некротических процессов у пациентов с ДГНК безусловно ухудшает течение заболевания. Это объясняется не только увеличением количества осложнений, но и связано с подавлением иммунного статуса пациентов и присоединением патологий других органов мишеней.

Независимо от формы СД в первую очередь следует определить уровень ампутации голени - это залог успеха в послеоперационном периоде. Выполнение в положенном объеме профилактических мероприятий, при возникновении инфекционного осложнения проведение лечения в соответствии с требованием и канонами современной гнойной хирургии способны улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

УДК 616.379-008.64:617.586:616.5-002.3

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ГНОЙНО НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СТОПЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.

Рузматов П.Ю., Рахимов Д.Дж., Бабаджанов А.Р., Бабажанов М.Б.,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

ҚАНДЛИ ДИАБЕТДА ОЁҚ ПАНЖАСИ ЙИРИНГЛИ -НЕКРОТИК ЗАРАРЛАНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ ВА НАТИЖАЛАРИНИ БАШОРАТ ҚИЛИШ.

Рузматов Палванназир Юлдашевич, Рахимов Дадахон Джалаладинович,
Бабаджанов Анварбек Рахметович, Бабажанов Максудбек Бахтиярович,
Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

OPTIMIZATION OF TREATMENT AND PREDICTION OF THE OUTCOME OF PURULENT NECROTIC LESIONS OF THE FOOT IN DIABETES MELLITUS.

Ruzmatov Palvonnazir Yuldashevich, Rakhimov Dadakhon Jalaladinovich, Babadjanov
Anvarbek Rakhmetovich, Babajanov Maksudbek Bakhtiyarovich,

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Urgench.

e-mail: p.ruzmatov1968@mail.ru, dadaxon-uzmed@mail.ru

Резюме. В данном исследовании проанализированы результаты хирургического лечения - 106 больных, которые получали стационарное лечение в отделении гнойной хирургии Хорезмском областном многопрофильном центре. Которым выполнялись реконструктивно -пластические операции на стопе, традиционная ампутация голени и которым выполнялись ампутация голени по разработанным нами способом 2020-2024 гг.

Ключевые слова: сахарный диабет, реконструктивно-пластические операции, гнойно - некротическая рана, гангрена.

Резюме. Ушбу тадқиқотда Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази йирингли жаррохлик бўлимида стационар шароитда даволанган 106 нафар беморнинг жаррохлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Беморларга оёқ панжада реконструктив пластик операция, одатий болдир ампутацияси ва биз томондан ишлаб чиқилган услубда болдир ампутация си бажарилган 2020-2024 й.

Калит сўзлар: қандли диабет, реконструктив-пластик операция, йирингли-некротик яра, гангрена.

Abstract. This study analyzed the results of surgical treatment of 106 patients who received inpatient treatment in the purulent surgery department of the Khorezm regional multidisciplinary center us in 2020-2024.

Key words: diabetes mellitus, reconstructive and plastic surgery, purulent necrotic wound, gangrene.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения и статистики IDF Diabetes Atlas «на сегодняшний день в мире зарегистрировано около 463 млн больных сахарным диабетом (СД), а согласно прогнозам, в 2045 году этим заболеванием будут страдать 628,6 млн человек». Увеличение числа больных СД влечет за собой рост гнойно- некротических поражений нижних конечностей. Синдром диабетической стопы (СДС) - трактуется как одно из хронических осложнений диабета, связанное с комплексом анатомо-функциональных изменений, приводящих к язвенно-некротическим поражениям стоп, вплоть до развития диабетической гангрены. «Около 30-40% больных с СД имеют проблемы, связанные с патологическими изменениями стопы, а у 20-25% из них возникают гнойно-некротические поражения нижних конечностей». За последние годы практика показала, что успехи лечения больных с осложненными формами СДС непосредственно зависят от ранней диагностики и целенаправленной комплексной терапии, однако, несмотря на наметившийся прогресс в данном направлении, результаты лечения нельзя признать удовлетворительными, так как хирургическая инфекция продолжает оставаться одной из основных причин смерти у данного контингента больных. Ампутации нижних конечностей, осуществляемые у больных СД, составляют 45-70% от всех ампутаций нетравматического происхождения.

Послеоперационная летальность при этом колеблется от 20 до 50%, а частота реампутаций составляет 50% случаев. Исходя из вышеизложенного, проблема выбора лечебно-диагностической тактики, этапности хирургических вмешательств и профилактики осложнений у больных с диабетической гангреной нижних конечностей (ДГНК) является крайне актуальной как с научной, так и с практической точек зрения.

Раневой процесс при синдроме диабетической стопы протекает своеобразно и имеет несколько своих особенностей. Перед хирургом стоит сложная задача при лечении осложненных язв на фоне СДС, так как в таких случаях появляется возможность закрыть рану с местными тканями. Эти вопросы требуют дальнейшего исследования. Все приведенные данные свидетельствуют о нерешенности этой проблемы и целесообразности дальнейшей разработки новых способов диагностики и лечения на фоне СДС.

В связи с этим целью данного исследования явилось - улучшить результаты хирургического лечения больных с хирургическими осложнениями синдрома диабетической стопы, путем оптимизации лечения и прогнозирования исхода гнойно некротических поражений стопы.

Материал и методы исследования.

Согласно опубликованным данным о частоте позднего заживления и ревизии после ампутации ниже колена, частота первичного заживления колебалась от 30 до 90%, а частота реампутации от 4 до 30%. Приблизительно еще 15 % случаев имело место позднее или вторичное заживление, которое в некоторых случаях потребовало санации и дальнейших операций, таких как клиновидное иссечение с целью сохранения длины нижней конечности. Из 30 % больных с ампутацией ниже колена у которых раны не заживают первично, приблизительно половине требуется реампутация на более высоком уровне. Kihп isoат. сообщили, что после заживления раны при большой ампутации ниже колена лишь 4% больных в дальнейшем нужна более высокая ампутация.

По данным литературы 75-80% пациентов с гнойно – некротическими осложнениями СДС нуждаются в оперативном лечении, обычно это ампутации на различных уровнях конечности. Такое большое количество ампутаций обусловлено преобладанием в структуре СДС пациентов с нейроишемической формой синдрома, которая провоцирует более стремительное развитие осложнений и поздней обращаемости больных к врачу.

В настоящее время считается, что ампутировать надо как можно дистальнее, а 20-30% уровень осложнений является приемлемым, если сюда включены все пациенты, у

которых заживления раны первичным натяжением длится более 2-3-х недель и не требует дополнительного оперативного вмешательства. Можно считать, что увеличение этого периода до 3-5 месяцев с целью сохранения заднего отдела стопы или крупный сустав компенсируется лучшими результатами реабилитации.

Среди гнойно-воспалительных осложнений на фоне СД синдром диабетической стопы занимает лидирующую позицию.

Проведённый анализ литературных данных показал, что вопросы совершенствования тактических аспектов хирургического лечения СДС далеки от своего решения. На сегодняшний день отсутствуют исследования, подробно отражающие алгоритм предоперационной подготовки и послеоперационного мониторинга у этой тяжелой категории больных, а также у пациентов с наличием неблагоприятных факторов прогноза. Высокие показатели повторных операций и частота послеоперационных осложнений связаны с неадекватностью выбора техники оперативного вмешательства в формировании адекватной стопы. Решающее значение при этом имеет адекватная оценка периферического артериального русла с сохранением целостности питательной артерии определенной зоны стопы, играющая важную роль в питании тканей стопы, и выбор вида оперативного способа в зависимости от пораженной части для формирования опороспособной стопы. В связи с этим целью данного исследования явилось улучшение результатов оптимизации лечения и прогнозирование исхода гнойно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы.

Таблица 1.

Характер первично-выполненных оперативных вмешательств пациентам в зависимости от формы СДС, абс. (%)

Операция	Форма СДС		Итого
	нейроишемическая	нейропатическая	
Ампутация пальца	4 (3,8)	6 (5,7)	10 (9,5)
Вскрытие флегмоны, некрэктомия	17 (16,)	37 (34,9)	54 (50,9)
Ампутация стопы по Шарпу	2 (1,9)	3 (2,8)	5 (4,7)
Ампутация голени	8 (7,6)	12 (11,3)	20 (18,9)
Ампутация бедра	5 (4,7)	5 (4,7)	10 (9,4)
Реампутация	3 (2,8)	4 (3,8)	7(6,6)
Всего	39 (36,8)	67 (63,2)	106 (100)

Необходимо мультидисциплинарный подход к обследованию и лечению этих пациентов, а именно использование современных неинвазивных способов прогнозирования состояния ткани конечности и выполнения хирургических манипуляций соответственно полученным данным, а также индивидуализированный подход к выбору способа ампутации конечности. Однако до сих пор не разработаны единые лечебно - диагностические алгоритмы (стандарты), позволяющие в потоковом режиме выполнять малотравматичные атипичные ампутации, что позволило бы снизить процент инвалидизации пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы. Качество диагностических и лечебных мероприятий по прежнему зависит от профиля лечебного учреждения, наличие в нем отделения сосудистой хирургии субъективного отношения врачей к тем или иным методом лечения, их знаний и опыт в этой области.

Полученные результаты. Детальное изучения показало, что при нейроишемической форме артериальное поражение нижних конечностей имелось у всех 28 пациентов, при нейропатической – лишь у 16 (15,1%) из 78 больных У пациентов с

раневыми дефектами или гнойно-некротическими процессами на стопе и в культе конечности в зависимости от локализации и характера поражения выполнялись различные хирургические вмешательства. Ведущее место среди них занимали вскрытие флегмоны и некрэктомии, осуществленные у 54 (50,94%) ,ампутация голени у 20 из 106 пациентов.

Таким образом необходим мультидисциплинарный подход к обследованию и лечению этих пациентов , а именно использование современных неинвазивных способов прогнозирования состояния ткани конечности и выполнения хирургических манипуляций соответственно полученным данным а также индивидуализированный подход к выбору способа ампутации конечностей.

Наиболее эффективно решить данные проблемы и повысить качество диагностики, лечения и последующей жизни пациентов позволяет создание алгоритма, определяющего последовательность действий врачей при поступлении в стационар такого больного.

Таблица 2.

Ближайшие результаты лечения у пациентов в зависимости от формы СДС, абс. (%)

Результатлечения	ФормаСДС		Число Больных абс. (%)
	нейроишемическая	нейропатическая	
Гладкое после операционное течение	32 (30,2)	56 (52,8)	88 (83)
Нагноение после операционной раны	2 (1,9)	3 (2,8)	5 (4,7)
Образование нейротрофической язвы	3 (2,8)	4 (3,8)	7 (6,6)
Несостоятельность швов культи.	2 (1,9)	4 (3,8)	6 (5,7)
Всего	39 ()	67 ()	106 (100)

В целом высокая частота послеоперационных осложнений и реампутаций на уровне бедра после ампутации голени у больных контрольной группы независимо от проведенной адекватной антибактериальной и инфузионной терапии требовало глубокого анализа и разработки дополнительных мероприятий.

Более низкий процент первичного заживления культи голени и высокий показатель повторных оперативных вмешательств указывает на необходимость разработки новых методов операции с учетом характера кровоснабжения. В первую очередь следует обратить внимание на анатомические особенности строения артериальной сети в области культи во время создания опороспособной конечности с сохранением коленного сустава.

Выводы: Продолжительность гнойно - некротических процессов у пациентов с ДГНК безусловно ухудшает течение заболевания. Это объясняется не только увеличением количество осложнений, но связано с подавлением иммунного статуса пациентов и присоединением патологий других органов мишеней.

Независимо от формы СД в первую очередь следует определить уровень ампутации голени - это залог успеха в послеоперационном периоде. Выполнение в положенном объеме профилактических мероприятий, при возникновении инфекционного осложнения проведение лечения в соответствии с требованием и канонами современной гнойной хирургии способны улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

Реабилитация больных после ампутации конечности не входит в этапы проведения операции, но является важным условием возвращения человека к нормальной жизни. Уровень ампутации нижней конечности определяется индивидуально, с учетом объема здоровых тканей таким образом, чтобы максимально сохранить функции конечности, создать культю, пригодную к протезированию, предотвратить развитие фантомных болей и других осложнений. Если ампутация проведено правильно, выбран адекватный уровень

удаления конечности, осуществлена профилактика инфекции, серьезных осложнений возникнуть не должно.

Литература:

1. Бенсман В.М., Барышев А.Г., Савченко Ю.П. Надежды и огорчения ампутационного лечения при синдроме диабетической стопы // Высокие ампутации нижних конечностей у детей и взрослых: Сб. науч. тр. Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2019. – С. 34-37.
2. Гвазава Т. Особенности техники выполнения оперативных вмешательств у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы: Дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2016. – 147 с.
3. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. Экономические проблемы сахарного диабета в России // Сахарный диабет. -2020. -№ 3. -С. 56-58.
4. Матмуротов, К. Ж., Ирназаров, А. А., Рузметов, П. Ю., & Рузметов, Н. А. (2022). Ампутации голени: дифференцированный подход к выполнению в зависимости от поражения артериального бассейна. Вестник экстренной медицины, 15(5), 18-25.
5. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Золкин В.Н. и др. Перспективы сосудистой хирургии при атеросклеротическом поражении аорты и артерий нижних конечностей // Рос. мед. журн. – 2001. – №5. – С. 3-6.
6. Рузметов, П. Ю., Матмуротов, К. Ж., Бабаджанов, А. Р., Каримов, Р. Х., & Рузметов, Б. А. (2024). Особенности выполнения реконструктивных вмешательств у больных синдромом диабетической стопы. Journal of Universal Science Research, 2(3), 96-112.
7. Удовиченко О.В., Ерошкин И.А. и др. Применение новых технологий в лечении синдрома диабетической стопы: клинический случай // Homomedicus. -2006.-№6.- С.17-20.
8. Ansel G.M., Sample N.S., Botti III C.F. et al. Cutting balloon angioplasty of the popliteal and infrapopliteal vessels for symptomatic limb ischemia // Catheter. Cfrdiovasc. Interv. – 2004. – Vol. 61. – P. 1-4.
9. Baril M. et al. Outcomes of endovascular interventions for TASC II B and C femoropopliteal lesions // J. Vasc. Surg. – 2008. – Vol. 48. – P. 627-633.
10. Beard J.D. Which is the best revascularization for critical limb ischemia: Endovascular or open surgery // J. Vasc. Surg. – 2008. – Vol. 48. – P. 11-16.
11. Conrad M.F., Cambria R.P., Stone D.H. et al. Intermediate results of percutaneous endovascular therapy of femoropopliteal occlusive disease: a contemporary series // J. Vasc. Surg. – 2006. – Vol. 44, №4. – P. 762-769.
12. Green M.F., Aliabadi Z., Green B.T. Diabetic foot: Evaluation and management // South Med. J. – 2016. – Vol. 95, №1. – P. 95-101. ISSN 2181-7812 www.tma-journals.uz
- Клиническая медицина 93 11. Taylor G.I., Pan W.R. Angiosomes of the leg: anatomic study and clinical implications // Plast. Reconstr. Surg. – 2008. – Vol. 102, №3. – P. 599-616.
13. Matmuratov K.Zh., Ruzmetov B.A., Rakhimov D.Dj., Parmanov S.A., Yakubov I.Y., High amputation in critical ischemia of the lower extremities on the background of diabetes mellitus //New Day in Medicine 9 (47)2022
14. Matmurotov, K. J., Ruzmatov, P. Y., Atajanov, T. S., Ruzmetov, B. A., & Yakubov, I. Y. (2023). The Significance of Transcutaneous Oximetry in Determining the Tactics of Treatment of Distal Foot Gangrene in Patients with Diabetes Mellitus.
15. Matmurotov K.Zh, Ruzmatov P.Yu, Ruzmetov B.A, & Saitov D.N. (2023). Differentiated Strategy For Performing Reconstructive Plastic Surgery For Diabetic Foot Syndrome. Texas Journal of Medical Science, 21, 23–30. Retrieved from <https://zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/4081>
16. Matmurotov K.Zh., Ruzmatov P.Y., Ruzmetov B.A., Rakhimov D.J., Saitov D.N. Minimally invasive endovascular methods of treatment of patients with surgical complications of diabetic foot syndrome /problems of biology and medicine 2022 № 6.1 (141).

17. K. J. Matmurotov, I. S. Sattarov, P. Yu. Ruzmatov, D. D. Rahimov, I. Yu. Yakubov Leg Amputations: A Differentiated Approach to Performance Depending on the Lesion of the Arterial Basin. // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2023, 13(2): 81-86

18. Sattarov I.S., Matmurotov K.Zh., Yakubov I.Y., Rakhimov D.J., The Effectiveness of Subintimal Balloon Angioplasty in the Treatment of Critical Lower Limb Ischemia in Patients with Diabetes Mellitus.// Texas Journal of Medical Science ISSN NO: 2770-2936 Date of Publication:30-08-2023.

19. Sattarov S. Inayat, Matmurotov J. Kuvondik, Yakubov Y. Ilyosbek, Rakhimov D. Dadakhon. Ways to improve revascularization results in patients with diabetic foot syndrome // Journal of Biomedicine and Practice. 2023, vol. 8, issue 4, pp.

СТИМУЛИРОВАННАЯ ГАСТРИНОМ И ИНГИБИРОВАННАЯ СОЛЯНОЙ КИСЛОТОЙ СЕКРЕЦИЯ ЖЕЛЕЗ ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРФЕРМЕНТЕМИИ

Серебряков В.В., Намозова Г.И.

Чирчикский филиал Ташкентской медицинской академии.

Заведующий кафедрой "Анатомия и патология"

Старший преподаватель кафедры "Анатомия и патология"

Аннотация. В данной статье анализируются изменения секреции желудочных желез под стимулирующим действием гастрина и ингибирующим действием соляной кислоты в условиях панкреатической гиперферментемии. Гастрин является важным регулятором секреции желудка, активизирует париетальные клетки и стимулирует выработку соляной кислоты. Соляная кислота ингибирует секрецию гастрина, усиливая выделение соматостатина. В условиях панкреатической гиперферментемии это равновесие усложняется, что приводит к нейроэндокринным изменениям в желудочно-кишечном тракте. Результаты исследования обобщены на основе различных научных источников. Вместе с тем, были проанализированы существующие противоречия и недостаточно изученные аспекты, а также даны рекомендации для будущих исследований.

Ключевые слова: панкреатическая гиперферментемия, гастрин, соляная кислота, желудочная секреция, париетальные клетки, соматостатин, нейроэндокринная регуляция, желудочно-кишечный тракт

GASTRIN-STIMULATED AND CHLORIC ACID-INHIBITED GASTROGENAL SECRETION UNDER PANCREATIC HYPERFERMENTEMIA

Chirchik branch of the Tashkent Medical Academy.

**Head of the Department "Anatomy and Pathology" Serebryakov Vladimir
Vladimirovich.**

**Senior Lecturer of the Department of "Anatomy and Pathology" Namozova
Gulnoza Inatullayevna**

Abstract. This article analyzes changes in gastric gland secretion under the stimulation of gastrin and the inhibitory effect of hydrochloric acid under conditions of pancreatic hyperfermentemia. Gastrin is an important regulator of gastric secretion, activating parietal cells and stimulating the production of hydrochloric acid. Hydrochloric acid inhibits gastrin secretion by stimulating the release of somatostatin. Under conditions of pancreatic hyperfermentemia, this balance becomes more complex, leading to neuroendocrine changes in the gastrointestinal tract. The research results are summarized based on various scientific sources. At the same time, existing contradictions and incompletely studied aspects were analyzed, and recommendations for future research were provided.

Keywords: pancreatic hyperfermentemia, gastrin, hydrochloric acid, gastric secretion, parietal cells, somatostatin, neuroendocrine regulation, gastrointestinal system