

ний к ЭПСТ мы не ставили, за исключением редких случаев, когда стриктура терминального отдела холедоха распространяется более 3-х см, и выше интермуальной части общего желчного протока.

Хорошие результаты получены у 154 больных и определялись главным образом адекватным рассечением БДС для создания условий отхождения всех конкрементов.

Однако одним из недостатков ЭПСТ является рефлюкс дуоденального содержимого в желчные и панкреатические протоки с последующим развитием холангита и панкреатита. Острый деструктивный панкреатит в нашем случае развился у 3 (1,8 %) больных после ЭПСТ и завершился лапаротомией, санацией, дренированием сальниковой сумки и брюшной полости с холецистостомией. Исход – выздоровление. У 11 (6,7 %) больных наблюдались явления холангита и клиника острого отека поджелудочной железы, которые купированы назначением консервативных мероприятий: ингибиторов протез, спазмолитиков, антибиотиков и дезинтоксикационной терапией.

**Выводы.** ЭРХПГ является высокоинформативным методом для дифференциальной диагностики желтух. Несомненные преимущества ЭПСТ, позволяющие использовать ее у наиболее тяжелых больных, особенно пожилого возраста, и хорошие при этом ближайшие результаты, указывают на целесообразность применения этой операции у каждого больного с холедохолитиазом, стриктурой БДС, осложненных механической желтухой.

УДК 617

#### **ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ**

*Абдуазизов Э. К.<sup>1</sup>, Райимов Г. Н.<sup>1</sup>, Усмонов И. О.<sup>1</sup>, Косимов Ш. Х.<sup>2</sup>*

*1 – Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья*

*2 – Андижанский Государственный Медицинский Институт*

*e-mail: sher\_kasimov@inbox.ru*

**Summary.** *Traumatic injuries of the spleen account for 15 to 35 % of all injuries to the abdominal organs. The question of the methods of trauma to the spleen is also relevant because recently its important role in the immunological response of the body has been proven.*

Нами проанализировано лечение 27 больных, которые были госпитализированы в 2018–2020 гг. в Ферганский Филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи Республики Узбекистан. Из них мужчин было 18 (66,7 %), женщин – 9 (33,3 %). Возраст больных колебался от 17 до 65 лет, причем 85 % больных были в возрасте от 30 до 50 лет.

Клиническая картина травмы селезенки часто была нечеткой, особенно при сочетанных повреждениях органов брюшной полости. Все больные поступали в стационар с клиническими признаками внутреннего кровотечения разной степени выраженности. Болевой синдром в левом подреберье наблюдался у всех больных, боль часто отдавалась в левое плечо. Всем больным при травме живота проводилось комплексное обследование (общий анализ крови и мочи, УЗИ селезенки, при необходимости обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости), при котором определялся характер и размеры повреждения, количество излившейся крови в брюшной полости. При неясных случаях для уточнения диагноза проводилась диагностическая лапароскопия. В настоящее время мы придерживаемся принципов органосохраняющих операций при разрывах селезенки. В то же время выполнить органосохраняющие операции удается далеко не всегда, так как удельный вес тяжелых повреждений довольно высок.

Считаем, что абсолютными показаниями к спленэктомии являются повреждения сосудов ножки селезенки, разможнение селезенки, разрывы в области ворот и неостанавливающиеся кровотечения, множественные повреждения органов и перитонит.

Спленэктомия нами выполнена у 22 больных. При объемных кровопотерях произведена реинфузия крови.

При надрывах и маленьких размерах раны у 2 больных проведено ушивание раны селезенки. Во избежание прорезывания швов на края разрыва в качестве прокладок применялся участок большого сальника на питающей ножке, у 2 больных использовалась электрокоагуляция раневой поверхности и у 1 пациента – гемостатическая губка.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что при подозрении на закрытую травму селезенки УЗИ и диагностическая лапароскопия должны быть стандартом диагностики, при возможности предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям.

УДК 616.31

## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПАРОДОНТИТА

Абдукаримов Н. М., Джалилова Ю.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

e-mail: publichealth68@mail.ru

**Summary:** *Paradontal pathology is one of the most common problems in modern dentistry, which is a serious medical and social problem all over the world. Moreover, the diagnosis and treatment of these diseases represents one of the most difficult problems of dentistry, because the etiology, pathogenesis and even the name of the disease remain controversial for many years - this fact has led to many different classifications. It is known that any chronic disease is the final stage of a long pathophysiological process that occurs in the body under the influence of negative factors, which have a direct or indirect effect on the development of a disease. This article provides an overview of domestic and foreign literature on the main etiological factors of the development of periodontal diseases, as well as their development mechanisms in terms of modern dentistry.*

Заболевания пародонта являются наиболее сложной и распространенной проблемой. По данным ВОЗ заболеваемость от 55 до 99 % людей в группе 15–20 лет и от 65 до 98 % в группе 35–45 лет. Этиологические факторы: наследственность 20 %, среда 25 %, плохая гигиена 55 %. Ненадлежащий уход является главной причиной образования зубной бляшки и микробной биопленки, которые приводят к заболеваниям пародонта. В образовании зубной бляшки главную роль играют микроорганизмы и их токсины. При плохой гигиене за 4 часа число микробов на 1 кв. см. зуба достигает 104 000.

Непосредственно вызывают воспаление тканей пародонта анаэробная инфекция, образующая микробные комплексы, например: *Streptococcus oralis*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus sanguinis* или *Veillonella parvulla*, *Actinomyces odontolyticus*, *Actinomyces naeslundii* и др.

Предрасполагающими факторами являются и аномалии челюстно-лицевой области: скученность зубов, короткая уздечка языка и др.

Следующий фактор, это вредные привычки. В частности, курение вызывает подавление сосудистой реакции и деструкцию тканей пародонта.

Важное место в хронизации воспалительного процесса занимает состояние иммунной системы организма. Специфическая иммунная защита взаимодействует с микробными модулинами, что приводит к воспалительной реакции.

Состояние внутренних органов и систем, также влияет на здоровье пародонта. В общей структуре сопутствующей внутренней патологии, заболевания сердечно-сосудистой системы занимают до 68 %, особенно в сочетании с сахарным диабетом.

Заболевания желудочно-кишечного тракта, непосредственно влияют на ткани пародонта. Пародонтиты у больных гастроэзофагальной болезнью, панкреатитом,