



# УЗБЕКИСТОН ОЛИМЛАРИ ВА ЁШЛАРИНИНГ ИННОВАЦИОН ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДКИКОТЛАРИ МАВЗУСИДАГИ КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

2021

- » Хуқуқий тадқиқотлар
- » Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар
- » Тарих сахифаларидаги изланишлар
- » Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни
- » Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни
- » Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар
- » Педагогика ва психология сохаларидаги инновациялар
- » Маданият ва санъат сохаларини ривожланиши
- » Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши
- » Техника ва технология сохасидаги инновациялар
- » Физика-математика фанлари ютуқлари
- » Биомедицина ва амалиёт сохасидаги илмий изланишлар
- » Кимё фанлари ютуқлари
- » Биология ва экология сохасидаги инновациялар
- » Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари
- » Геология-минерология сохасидаги инновациялар

No24

CONFERENCES.UZ

# "ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 24-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ 18-ҚИСМ

МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ 24-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ДИСТАНЦИОННОЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ НА ТЕМУ "НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ" ЧАСТЬ-18

MATERIALS OF THE REPUBLICAN
24-MULTIDISCIPLINARY ONLINE DISTANCE
CONFERENCE ON "SCIENTIFIC AND PRACTICAL
RESEARCH IN UZBEKISTAN"
PART-18



УУК 001 (062) КБК 72я43

# "Узбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" [Тошкент; 2021]

"Ўзбекистонда илмий-амалий тадқиқотлар" мавзусидаги республика 24-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 январь 2021 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2021. - 47 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн конференция 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишлари бўйича Харакатлар стратегиясида кўзда тутилган вазифа - илмий изланиш ютукларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий конференцияси таълим соҳасида меҳнат қилиб келаёттан профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илгор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаёттан вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари таҳлил қилинган конференцияси.

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович, ю.ф.д., доцент.

# 1. Хуқуқий тадқиқотлар йўналиши

Профессор в.б.,ю.ф.н. Юсувалиева Рахима (Жахон иқтисодиёти ва дипломатия университети)

# 2. Фалсафа ва хаёт сохасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фаргона давлат университети)

# 3. Тарих сахифаларидаги изланишлар

Исмаилов Хусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат ҳилиш давлат инспекцияси)

# 4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган мухандислик-қурилиш институти)

# 5. Давлат бошкаруви

PhD Шакирова Шохида Юсуповна (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Махкамаси хузуридаги "Оила" илмий-амалий тадқиқот маркази)

# 6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна(Андижон давлат университети)

# 7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадкикотлар

Самигова Умида Хамидуллаевна (Тошкент вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш худудий маркази)



## 8. Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

# 9. Иқтисодиётда инновацияларнинг тутган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

# 10. Педагогика ва психология сохаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна (Навоий вилоят халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш худудий маркази)

# 11. Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

# 12. Маданият ва санъат сохаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фаргона политехника институти)

# 13. Архитектура ва дизайн йўналиши ривожланиши

Бобохонов Олтибой Рахмонович (Сурхандарё вилояти техника филиали)

# 14. Тасвирий санъат ва дизайн

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

# 15. Мусика ва хаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

# 16. Техника ва технология сохасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқаюм Рахимбердиевич (Наманган мухандислик- қурилиш институти)

# 17. Физика-математика фанлари ютуклари

Доцент Сохадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган мухандисликтехнология институти)

# 18. Биомедицина ва амалиёт сохасидаги илмий изланишлар

Т.ф.д., доцент Маматова Нодира Мухтаровна (Тошкент давлат стоматология институти)

### 19. Фармацевтика

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

# 20.Ветеринария

Жалилов Фазлиддин Содиқович, фарм.ф.н., доцент, Тошкент фармацевтика институти, Дори воситаларини стандартлаштириш ва сифат менежменти кафедраси мудири

# 21.Кимё фанлари ютуклари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



# 22. Биология ва экология сохасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

# 23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Доцент Сувонов Боймурод Ўралович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш мухандислари институти)

# 24. Геология - минерология сохасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хужалигини механизациялаш мухандислари институти)

# 25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпламга киритилган тезислардаги маълумотларнинг хаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўгрилигига муаллифлар масъулдир.

- © Муаллифлар жамоаси
- © Tadqiqot.uz

# PageMaker\Верстка\Сахифаловчи: Шахрам Файзиев

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz OOO Tadqiqot, город Ташкент, улица Амира Темура пр.1, дом-2. Web: http://www.tadqiqot.uz/; Email: info@tadqiqot.uz Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: http://www.tadqiqot.uz/; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

# БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОХАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

1. Джалалова Нигора Алиевна., Мусаева Хумора	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО	
БРУЦЕЛЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ	8
2. Джалалова Нигора Алиевна., Мидасов Масут Машурович	0
БРУЦЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИДА КУЗАТИЛАДИГАН БИОХИМИК ЎЗГАРИШЛАР	.10
3. Бобоев К.Т., Турсунова М.У.	
ЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ГЕНА IL10 (G1C82A) В	
ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ	
КИШКИ	.11
4. Нишонбоева Н.Ю. Миррахимова М.	
ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО	
РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	.13
5. Собиржонов Азамат Солижонович, Адашов Фаёз Суръатович	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО	
ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ	
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	.15
6. Абраева Н.Н., Абдуллаева Л.М.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ	
КОНТРАЦЕПЦИУ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	.16
7. Кудратова Зебо Эркиновна, Мухамадиева Лола Атамурадовна	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ	
	.18
8. Мамирова Гавхарой Эркинжон кизи	
ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ	1.0
БЕРЕМЕННОСТИ.	.19
9. Набиева Фарангез Садриддиновна, Душанова Гавхар Абдукаримовна	0.1
ПРЕИМУЩЕСТВА ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА	.21
10. Тешаев О. Р., Собиров Б. М., Ортикбоев Ф. Д.	
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	22
ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	.23
11. Худайберганова Наила Хамитовна КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ	
АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ФОНЕ	
ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ	.28
12. Jamoliddinov Yahyobek Jaloliddin o'g'li	.20
ZAHARLI HAYVONLAR: TUR VA TASNIF	30
13. Xamzayev Komiljon Amirovich, Madazimova Barnoxon Dilshodbek qizi	.50
DEFINE THE MAIN REASON OF HYPERTENSION IN PEDIATRIC PATIENTS	
WITH ACUTE KIDNEY INJURY.	32
14. Berdimurodov Botirali Po'latovich	
QANDLI DIABET 2 TIPDA PROBIOTIKLARNING GIPOGLIKEMIK	
TA'SIRINI O'RGANISH	.33
15. Бурибаева Б.И. Халилова З.Т.	
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОПАТОГЕННЫХ И ЭНТЕРОИНВАЗИВНЫХ	
ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	.35
16. Тухтаева Нигора Хасановна, Каримов Маъриф Шакирович	
ГАСТРОПАТИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПОЗИЦИИ ВИРУЛЕНТНОСТІ	И
HELICOBACTER PYLORI	



17. Бурибаева Б.И. Касимов И.А.	
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
ЭНТЕРОПАТОГЕННЫХ И ЭНТЕРОИНВАЗИВНЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕ	ЕЙ39
18. Муминова Зиёда Аброровна, Юсубахмедова Малика Абдураимовна	
ЭНДОКРИННО-ОБМЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, ПОСЛЕ	
ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ	41
19. Маджидова Якутхон Набиевна, Ахмеджанова Зумрад Бахрамовна	
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХИМ, ПЕРЕНЕСШИХ	
КОРОНАВИРУСНУЮ БОЛЕЗНЬ	45



# БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОХАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ

Джалалова Нигора Алиевна., т.ф.н., ассистент Мусаева Хумора., магистр 2 курса Ташкентский педиатрический медицинский институт, n.djalalova73@mail.ru

**Аннотация:** Современном бруцеллезе соотношение острых форм к хроническим составляет 1:14 и особенностью острых форм является отсутствие клинически выраженной «бактериальной агрессии» или абортивное течение, скрывающееся под маской другой инфекционной или неинфекционной патологии.

**Ключевые слова:** Клиника, гепатомегалия, спленомегалия, артрит, артралгия, бруцеллез, сероз, пролифератив.

**Актуальность.** Бруцеллез отличается от других инфекционных заболеваний выраженным полиморфизмом клинической симптоматики. В течение заболевания одной из ведущих черт является склонность к длительному, рецидивирующему течению. Полиморфизм клинической симптоматики заключается в первую очередь в разнообразии ее проявлений, выраженности и напряженности от начала до исхода болезни.

**Цель работы** является изучить изменение клинической картины хронического бруцеллеза в зависимости от продолжительности заболевания.

**Материалы и методы.** Обследовано 140 больных хроническим бруцеллезом в возрасте от 19 до 50 лет, средний возраст 32,2 года. Мужчин было 79, женщин — 61. Группу с первично-хронической формой бруцеллеза составили 72 больных, а в группу со вторично-хроническим бруцеллезом вошло 68 больных. Контрольную группу составили 17 здоровых доноров.

**Результаты и обсуждение.** Анализ сравнительной клинической характеристики в группах больных с первично-хронической и вторично-хронической формами бруцеллеза показал, что для вторично хронической формы заболевания характерен интоксикационный
синдром, проявляющийся волнообразной лихорадкой, ознобами и потливостью. Синдром
поражения органов ретикулоэндотелиальной системы также достоверно чаще регистрируется у больных вторично-хроническим бруцеллезом, нежели у больных с первичнохронической формой заболевания. При этом более чем у половины (57,6±5,1%) больных
определяются регионарные лимфатические узлы, умеренной плотности, не спаянные с
подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации. У значительного числа больных
(89,1±3,2%) отмечается гепатомегалия и у каждого третьего больного — спленомегалия.

Для первично-хронической формы бруцеллеза достоверно характернее артралгии  $(77,9\pm4,2\%)$ , не сопровождающиеся видимыми изменениями в суставах, чем артриты  $(20,0\pm4,2\%)$ . У больных со вторично-хронической формой бруцеллеза артралгии обусловлены сформировавшимися патологическими очагами в суставах — артритами, частота встречаемости которых достоверно выше, чем в группе больных с первично-хроническим бруцеллезом  $(70,6\pm4,7\%$  и  $20,0\pm4,1\%$  соответственно, p<0,05).

Обращает на себя внимание факт, что в группе больных с первично-хроническим бруцеллезом чаще, чем в группе больных со вторично-хронической формой бруцеллеза, наблюдается поражение органов половой системы как у женщин в виде нарушения менструального цикла и невынашивания беременности, так и у мужчин в виде орхоэпидидимитов.



**Выводы:** Таким образом, для вторично-хронического бруцеллеза характерна частота присутствия выраженного интоксикационного синдрома, уменьшающаяся по мере увеличения продолжительности заболевания, и частота висцеральных поражений, сохраняющаяся во времени.

Для первично-хронической формы бруцеллеза у наблюдаемых больных в отличие от вторично-хронической формы интоксикационный синдром и полиморфизм висцеральных поражений не столь характерны.

# Список литературы:

- 1. Лучшев В.И. Бруцеллез // Рос. Мед. журн.- 2004.- №1.- С.42-46.
- 2. Мустанов А.Н. Ганиев М.М. Особенности клиники и лабораторной диагностики бруцеллеза у профессиональной и непрофессиональной групп населения //Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.-2000.-№1.-С.62-64.



# БРУЦЕЛЛЕЗ КАСАЛЛИГИДА КУЗАТИЛАДИГАН БИОХИМИК ЎЗГАРИШЛАР

Джалалова Нигора Алиевна., т.ф.н., ассистент Мидасов Масут Машурович., т.ф.н., доцент Тошкент педиатрия тиббиёт институти, n.djalalova73@mail.ru

**Аннотация.** Харакат-таянч тизимининг зарарланиши билан кечувчи касалликларда яллиғланиш медиатори бўлган серомукоидларнинг микдори ортади, жумладан сурункали бруцеллез билан оғриган беморларнинг қон зардобида серомукоидлар микдори ошганлиги аникланди.

**Калит сўзлар:** Биохимия, серомукоидлар, яллиғланиш, артрит, артралгия, бруцеллез, сероз, пролифератив.

**Мавзунинг** долзарблиги. Олимларнинг олиб борган ишлари ўткир ва септико-метастатик бруцеллезда инфекция кечувининг фаоллиги бактериемия ва токсико-септик компонентга боғликлиги, сурункали шаклда эса организмни бактериал антигенга қарши сезувчанлиги хисобига бўлишини кўрсатди, уларнинг таъкидлашича, бруцеллез сурункали шаклга ўтиши билан бирга тўкималардаги дегенератив ўзгаришлар кучайиб боради.

**Илмий ишнинг максади.** Бруцеллез касаллигининг сурункали кечувида қон зардобида яллиғланиш медиатори бўлган серомукоидлар микдорини ўрганиш.

**Тадкикот усуллари.** Сурункали бруцеллез билан оғриган 140 та бемор текширилди. Биринчи гурухни бирламчи сурункали бруцеллез билан (72 та), иккинчи гурухни иккиламчи сурункали бруцеллез (68та) билан оғриган беморлар ташкил қилди, қиёслаш мумкин бўлган 25 та соғлом донорлар назорат гурухини ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари: Тажриба тахлиллари шуни кўрсатдики, сурункали бруцеллезнинг шакллари ва давридан қатъий назар беморларнинг қон зардобидаги серомукоидлар микдори соғлом одамникидан анча юқоридир. Шу билан бирга бирламчи сурункали бруцеллез хам, иккиламчи сурункали бруцеллезнинг декомпенсация шаклида серомукоидлар микдори (0,656±0,040\*) субкомпенсация шаклига (0,225±0,020\*) нисбатан сезиларли юқорилиги кузатилди. Бирламчи сурункали бруцеллезнинг декомпенсацияланган шаклида касаллик даври узайган сари қон зардобидаги серомукоидлар микдорининг (0,267±0,024\*) ошиши аниқланди. Иккиламчи сурункали бруцеллезнинг декомпенсация турида эса тескари жараённи, яъни касаллик муддати узайган сари беморлар қон зардобидаги серомукоидлар микдори (0,459±0,035\*) пасайди.

**Хулоса:** Тадқиқот натижалари юзасидан олинган тахлиллар шуни кўрсатадики, сурункали бруцеллезнинг турли шакллари ва даврийлик муддати хар хил бўлган клиник шакллари, хамда беморлар қон зардобидаги серомукоидлар микдори орасидаги тафовут инфекцион патологик жараённинг кечуви ва оқибатларини таъминловчи иммуногенезга боғлиқдир.

# Фойдаланилган адабиётлар:

- 1. Нагоев Б.С., Ахмедов Д.Р., Сааева Н.М. Состояние основных компонентов микробиоцидной системы лейкоцитов у больных острым и подострым бруцеллезом. // Эпид. и инф.болезни. - Москва., 2004. -№3. - с.45-49.
- 2. Отараева Б. И., Темирова Т. К., Бутаева А. Р. Содержание микроэлементов в крови больных хроническим бруцеллезом. // Российская научно практ. конфер. Инфекц. бол-ни, проблемы здравоохранения и военной медицины, посвящен.110-летию каф. инф. бол-ей ВМА. Санкт Петербург., 2006. -С. 241.
- 3. Попов П. Н., Марченко В. И., Ткаченко Л. И., Ртищева Л. В. Клинико-лабораторные особенности подострого бруцеллеза. // Российская научн.-практ. конфер. Инфекец.бол-ни: проблемы здравоохранения и военной медицины, посвящен. 110-летию каф. инф. бол-ей ВМА. Санк Петербург., 2006. с. 255.



# ЗНАЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЦИТОКИНА ГЕНА IL10 (G1C82A) В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Бобоев К.Т., Турсунова М.У.

Научно исследовательский институт Гематологии, Ташкентская медицинская академия

**Резюме:** Цель исследования. Анализ роли гена-детерминанта регулятора воспаления IL10 (G1C82A) в патогенезе и течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 100 пациентов с ЯБЖ и ЯБДПК, из них выделены группы с осложнением (n=49) и без осложнений (n=51), которым проведен анализ полиморфных вариантов гена IL10 (G1C82A) методом ПЦР.

Результаты. Ген IL10 (G1C82A) является маркером развития ЯБЖ и ЯБДПК.

Заключение. Выявление частот генотипических вариантов генов-цитокинов IL10 (G1C82A) у больных с ЯБЖ и ЯБДПК будет способствовать к разработке и внедрению новых критериев диагностики и тактики ведения больных.

**Ключевые слова:** молекулярная-генетика, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, полиморфные варианты генов интерлейкинов.

**Rezyume: Tadqiqot maqsadi:** Oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasining patogenezida va kechishida IL10 (G1C82A) yallig'lanish regulyatorining gen-determinantining rolini tahlil qilish.

Materiallar va tadqiqot usullari: OYaK va O'BIYK bilan kasallangan 100 bemor tekshirildi, ulardan PCR yordamida IL10 genining (G1C82A) polimorfik variantlari bo'yicha tahlil qilindi, va shulardan asoratli (n = 49) hamda asoratsiz (n = 51) guruhlar aniqlandi.

**Natijalar:** IL10 geni (G1C82A) oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi rivojlanishining marker hisoblanadi.

**Xulosa:** Oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lgan bemorlarda IL10 (G1C82A) gen-sitokinlarining genotipik variantlarining chastotalarini aniqlash yangi diagnostika mezonlari va boshqarish taktikasini ishlab chiqish va amalga oshirishga yordam beradi.

**Kalit so'zlar:** molekulyar genetika, oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi, interleykin genlarining polimorfik variantlari.

**Summary:** Purpose of the study. To evaluate the molecular and genetic parameters of patients with gastric and duodenal ulcer.

Materials and research methods. 100 patients with gastric and duodenal ulcer were examined. Of these, groups with complications (n = 49) and without it (n = 51) were selected, which were examined for polymorphic variants of the IL10 (G1C82A) and PGC-1A(G/A) genes by PCR.

**Results.** The IL10 (G1C82A), PGC-1A(G/A) are markers of the development of duodenal and gastric ulcer.

Conclusion. Identification of candidate genes for peptic ulcer disease provides prevention of this pathology and plays an important role in the development of new approaches to the diagnosis and treatment of peptic ulcer disease.

**Keywords:** molecular genetics, gastric and duodenal ulcer, polymorphic variants of interleukin genes.

Цель исследования: Анализ роли гена-детерминанта регулятора воспаления IL10 (G1C82A) в патогенезе и течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. В верификации ЯБ использованы результаты лабораторно-инструментальных (ФГДС) и молекулярно-генетических исследований. Исследования проводились на основе выборки больных возрасте от 20 до 84 лет, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 2019-2020 годах. Количество больных составляло 100 человек (с осложнением 49, без осложнения 51). Для выполнения молекулярно-генетического анализа брали венозную кровь в количестве 3 мл в вакутайнер 5мл

Тошкент



(ЭДТА). Изоляцию ДНК производили стандартным методом с использованием набора реагентов «Рибо-преп». Детекции молекулярных маркеров для гена IL10 осуществляли путем стандартной полимеразной цепной реакции на программируемых термоциклерах СG-1-96 «CorbettResearch» (Австралия) и 2720 «AppliedBiosystems» (США), с использованием тест-систем, согласно инструкции производителя.

Результаты и обсуждение. В результате исследований гендерных различий по лабораторно-инструментальным и молекулярно-генетическим данным не было выявлено. В результате фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в основной группе наблюдения у большинства пациентов язвы были локализованы в луковице ДПК, без значимой разницы с группой сравнения и отмечались в основном эрозивно-язвенные поражения слизистой.

Анализ полиморфных вариантов противовоспалительного цитокина гена IL10 показал наличие гомозиготного мутантного генотипа A/A среди пациентов с язвенной болезнью ( $\chi$ 2=0.02; P=0.9; RR=0.94; 95%CI 0.39-2.28; OR=0.94; 95%CI 2.42-0.36). Полиморфизм генов, кодирующих цитокины, такие как интерлейкин 10 (IL-10) и рецептор интерлейкина 1 (IL-1RN), влияют на уровни секреции цитокинов и, по-видимому, способствуют риску развития гастродуоденальных заболеваний. Цитокины обладают плейотропным действием на иммунные и эпителиальные клетки, регулируя пролиферацию и дифференцировку клеток и модулируя секрецию других цитокинов, а также тип и степень воспаления. Хроническое длительное нерегулируемое воспаление слизистой оболочки желудка признано основным движущим механизмом, вызывающим повреждение тканей и ДНК, которое может привести к раку желудка.

Заключение. Для язвенной болезни при фиброгастродуоденоскопическом исследовании характерно эрозивно-язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки. В ходе проведенного молекулярно-генетического исследования выявлена взаимосвязь полиморфизмов генов IL10 (G1C82A) с язвенной болезнью.

# Литература | References

- 1. Бикбавова Г. Р. и др. Неинвазивные методы диагностики язвенного колита //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. − 2020. − № 8. − С. 114-121.
- 2. Ихсанов С. Д., Сергиенко Д. Ф. Влияние гентического полиморфизма VNTR 2 intron гена IL-1Ra на развитие язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и эрозивного гастродуоденита у детей //Астраханский медицинский журнал. 2020. Т. 15. №. 2.
- 3. Цвирко Н. И., Дмитриева К. А. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА //ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В НАУКЕ И ОБРАЗОВАНИИ. 2019. С. 24-26.
- 4. Chao Y. T. et al. Distinct genetic profiles of peptic ulcer in individuals with depression // European Neuropsychopharmacology. 2019. T. 29. C. S905-S906.
- 5. Kolesnikova EV. [Some peculiarities of endoscopic anatomy of the gastroduodenal transition and its changes in duodenal peptic ulcer]. Eksp Klin Gastroenterol. 2016;(6):65-8. Russian. PMID: 30280557.
- 6. Malik TF, Gnanapandithan K, Singh K. Peptic Ulcer Disease. 2020 Jun 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan—. PMID: 30521213.
- 7. Martínez-Campos, C., Torres-Poveda, K., Camorlinga-Ponce, M. et al. Polymorphisms in IL-10 and TGF- $\beta$  gene promoter are associated with lower risk to gastric cancer in a Mexican population. BMC Cancer 19, 453 (2019). https://doi.org/10.1186/s12885-019-5627-z
- 8. Tsimmerman Y. S. Peptic ulcer disease: a critical analysis of the current state of the problem //Herald of Pancreatic Club. -2019. T. 42. No. 1. C. 53-62.



# ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА В ТОНКОЙ КИШКЕ У БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

# Нишонбоева Н.Ю. Миррахимова М.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

**Ключевые слова:** дети, атопический дерматит, кишечник, диагностика, IgE.

**Актуальность.** В настоящие время известно, что желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) содержит большую по количеству, сложную и динамичную популяцию микроорганизмов, которые оказывают заметное влияние на здоровье человека [1, 4, 6]. Взаимосвязь кишечной микробиоты и ее хозяина играет ключевую роль в созревании иммунной системы, пищеварении, метаболизме, детоксикации, производстве витаминов, предотвращении адгезии патогенных бактерий и др. [2,8].

Колонизация микроорганизмами начинается во время рождения и всецело зависит от способа родоразрешения. Результаты многих работ свидетельствуют в пользу того, что дети, рожденные при помощи кесарева сечения, подвергаются более высокому риску развития астмы и аллергических заболеваний. В качестве основных бактерий, колонизирующих кишечник, у них выявляют Staphylococcus и Corynebacterium [3,5,7,8]. Таким образом, кишечная микробиота активно участвует в процессе иммунных реакций, регулируя и формируя типы иммунного ответа.

**Цель.** Изучить значение синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке у больных с АД.

**Методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось 30 больных с АД. Контрольную группу составили 20 здоровых детей аналогичного возраста.

Результаты исследования. Из 30 детей с АД, включенных в исследование, синдрома избыточного бактериального роста диагностирован у 15 (50%) детей. Жалобы, предъявляемые больными, были не выражены и специально уточнялись при тщательном расспросе. В 26,6% случаев (8 детей) симптомы синдрома избыточного бактериального роста отсутствовали, в 40% (12 детей) — отмечалось незначительное вздутие живота и в 16,6% случаев (n=5) деты, сообщали о наличии кашицеобразного стула до 2–3 раз в день. При анализе полученных данных обращает на себя внимание тот факт, что, выявлены статистически достоверно более высокие титры IgE по сравнению с контрольной группой— (348,40±110,16 МЕ/мл соответственно 87,10±10,51 МЕ/мл, p<0,01), уровень эозинофилов кровы (7,40±3,03 ед. соответственно 3,06±1,55 ед., p<0,001). На наш взгляд, это свидетельствует в пользу выраженной аллергической активности иммунного ответа у больных с выявленным нарушением состава кишечной микробиоты и формированием IgE-ассоциированных реакций.

Таким образом, частота синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке и выявленная тенденция клинико-лабораторных показателей у детей с АД свидетельствуют в пользу значимого вклада нарушенного состава кишечной микрофлоры в развитие заболевания.

# Литература

- 1. Ардатская М.Д., Логинов В.А., Минушкин О.Н. Новые возможности диагностики и коррекции микроэкологических нарушений кишечника // Consilium Medicum. Приложение Гастроэнтерология. 2013. №2. С. 51–58.
- 2. Минушкин О.Н., Логинов В.А. Синдром избыточного бактериального роста у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, длительно принимающих ингибиторы протонной помпы // Кремлевская медицина. Клинический вестник. − 2014. − №2. − С. 30–33.
- 3. D.R. Kurbanova, M. K. Mirrakhimova, Improving diagnostic methods for detecting allergic diseases in children, Journal of Biomedicine and Practice 2020, Special issue, pp.522-530
  - 4. Ivashkin V., Zolnikova O., Potskherashvili N. et al. A correction of a gut microflora





composition for the allergic bronchial asthma complex therapy // Ital. J. Med. -2018. - Vol. 12(4). - P. 260-264.

- 5. M. K. Mirrakhimova et al.: Characteristics of Allergic Pathologies Progression in Young Children. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2020, 10(9): 652-656
- 6. Mirrahimova M.K., Khalmatova B.T., Ibragimova S.A. Atopic dermatitis and the condition of the intestine in children. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2019;(5):126-128. (In Russ.) https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-165-5-126-128
- 7. Mirrakhimova Maktuba Xabibullayevna et al /Antileukotriene Drugs in The Treatment of Atopic Dermatitis in Children. International Journal of Pharmaceutical Research |Jan Mar 2021|Vol 13 | Issue 1: 2117-2121
- 8. Zakirova Umida Irkinovna et al/Analysis Of The Prevalence Of Bronchial Asthma In Children In Outpatient Clinics. International Journal of Pharmaceutical Research | Oct Dec 2020 | Vol 12 | Issue 4: 759-765



# КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Собиржонов Азамат Солижонович** Кузиев Шерзод Худойберганович

Адашов Фаёз Суръатович резиденты 1 - курса магистратуры Кафедры: Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии Ташкентского государственного стоматологического института

**Аннотация.** В последнее время появилось много публикаций о частоте обнаружения патологии пародонта при системных заболеваниях. При этом наиболее представительными являются исследования, касающиеся патогенетической связи заболевании пародонта и сердечно-сосудистой патологии. Сопутствующая соматическая патология при болезнях пародонта делает проблему общемедицинской и социальной.

**Ключевые слова:** пародонт, сердечная сосудистая недостаточность, хронический генерализованный пародонтит

**Цель исследования:** Изучить клинические особенности хронического генерализованного пародонтита у пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью

**Материалы методы исследования:** Наблюдения за пациентами с ХГП проводились на отделение челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института за 2020 год. Обследовано 30 человек пародонтопатиями, что составило 52,7% всех стоматологических пациентов, из них группа больных ХГП включала 13пациента (38,2% от всех пародонтопатий и 10% от всех стоматологических заболеваний, соответственно).

Результаты исследования: Симптоматика хронического генерализованного пародонтига у пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью была нами изучена у 30 больных в возрасте от 35 лет и старше. При хроническом генерализованном пародонтите у пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью в 65% случаев выявилась наследственная связь (один или несколько ближайших родственников страдали той или иной пародонтопатией) При стоматологическом опросе наиболее часто пациенты жаловались на кровоточивость десны, расшатанность зубов, их смещение, боль, нарушение жевательной функции, быстрое образование зубных отложений и запах изо рта в течение нескольких лет. При осмотре полости рта у больных хронического генерализованного пародонтига у пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью отмечались выраженные явления цианоза межзубных десневых сосочков, маргинальной и альвеолярной десны, изменение ее конфигурации (выбухание, неплотное прилегание к зубам) Десна легко кровоточилась при зондировании

**Выводы:** Таким образом, клинические особенности хронического генерализованного пародонтита у пациентов с сердечно-сосудистой недостаточностью зависят от степени тяжести основного заболевания. Основные требования к лечению хронического генерализованного пародонтита у лиц с сердечно-сосудистой недостаточностью это - индивидуальный подход к диагностике и выбору методов лечения в зависимости от тяжести пародонтита и наличия соматического фона, комплексность лечения, правильная последовательность применения методов, составляющих комплекс а так же, динамическое наблюдение за больными с целью определения эффективности применяемого лечения и нуждаемости в повторении курса лечения

Литература:

- 1. Алаева Т. J1. Биохимические и патофизиологические особенности при хроническомгенерализованном пародонтите и возможные методы их коррекции: Автореф. дис. .канд.мед. наук. М., 2004.-23 с.
- 2. Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения// Среднеазиатский научно-практический журнал "Stomatologiya" 2017.-№3-(68).-С.9-12.



# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИУ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Абраева Н.Н., магистр 2 года обучения кафедры акушерства и гинекологии №1. Ташкентская Медицинская Академия

**Абдуллаева Л.М.,** доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, д.м.н., Ташкентская Медицинская Академия Телефон: +998(90)0161906 abraeva.naqshidil@mail.ru

**Аннотация:**Репродуктивное здоровье женщин, перенесших кесарево сечение во многом зависит от решения проблемы нежелательной беременности. Несмотря на пристальное внимание к проблеме контрацепции клиницистов, многие вопросы, связанные с применением современных видов контрацепции после кесарева сечения остаются дискутабельными. Это указывает на необходимость изучения репродуктивного поведения женщин после кесарева сечения и оптимизации высокоэффективных методов контрацепции у женщин с рубцом на матке.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, микродозированный КОК, внутриматочные контрацептивы, несостоятельность рубца на матке, микробиоценоз влагалища.

**Цель:** Сравнить и определить эффективность и безопасность различных методов контрацепции у женщин, перенесших кесарево сечение, на основании изучения состояния микробиоценоза влагалища.

Материалы и методы. Было проведено исследование по сравнению различных методов контрацепции у женщин, перенесших кесарево сечение на базе РПЦ г. Ташкента. Объектом исследования явились 60 женщин, перенесших кесарево сечение в возрасте от 20-44 лет. В первую группу были включены 35 женщин, перенесшие кесарево сечение, пользующиеся медьсодержащей ВМС. Во вторую группу были включены 25женщин, перенесших кесарево сечение, принимающие микродозированный КОК (лактинет). Женщины, пользующиеся медьсодержащей ВМС были разделены на подгруппы в зависимости от сроков введения ВМК: 1 подгруппу составили 12 пациенток, которым ВМК был введен через 3 месяца после кесарева операции, 2 подгруппа (8 пациенток) – ВМК был введен через 6 месяцев, 3 подгруппа (15 пациенток), которым ВМК был введен спустя 1 год .и позднее после операции. Проводилось исследование состояния рубца на матке и микробиоценоза влагалища у женщин, перенесших кесарево сечение на фоне применения различных методов контрацепции.

**Результаты:** Из 35 женщин, которым был введен ВМК, у 2 пациенток (16,7%) из 1 подгруппы, которым ВМС был введен через 3 месяца после операции, наблюдалось нарушение менструальной функции, во второй подгруппе этот показатель составил 12,5 %. В 3 подгруппе нарушения менструации не наблюдалось. Изменения микробиоценоз влагалища у женщин с ВМС наблюдалось в 1 подгруппе — в 12,5 %, Во 2 и 3 подгруппах изменения микробиоценоза были незначительны. При приеме «Лактинета» У женщин с 2 группы циклических кровянистых выделений зарегистрировано не было, у 10,5% женщин с нарушениями менструальной функции к 6-му месяцу использования препарата цикл нормализовался. В первом цикле приема 7,1% женщин отмечали тошноту и 10,7% - головную боль, которые при дальнейшем использовании исчезли самостоятельно без назначения дополнительной терапии.

**Заключение:** При сравнении эффективности ВМС и микродозированных КОК (лактинет) безопасность и эффективность КОК были в разы выше, что позволяет рекомендовать их к широкому пользованию у женщин, перенесших кесарево сечение.

# ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 24-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ



Литература

- 1. Кесарево сечение. Пособие для врачей / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова
- 2. Методы и средства контрацепции / Л.С. Гуляева, О.С. Лобачевская М., 2009 34 с.
- 3. Матвеева Е.Г. Контрацепция как медико-социальная профилактика здоровья у женщин после кесарева сечения / Матвеева Е.Г. // Актуальные вопросы развития восстановительной медицины и профилактики важнейших неэпидемических мероприятий: Материалы Всероссийской науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения КГМУ.



# КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Кудратова Зебо Эркиновна,

Ассистент-преподаватель Самаркандского Государственного медицинского института; rusti-1811@mail.ru +998933305454

Мухамадиева Лола Атамурадовна, д.м.н., зав. кафедрой 3-педиатрии и генетики Самаркандского Государственного медицинского института; +998906033396

**Аннотация.** В последние годы в структуре поражения органов дыхания отмечается увеличение удельного веса обструктивных бронхитов, что связано с увеличением числа часто болеющих детей и воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды. Наряду с вирусами обструктивный синдром могут вызывать и внутриклеточные атипичные патогены - Chlamydia pneumonia и Mycoplasma pneumonia, которые обладают особым циклом жизнедеятельности, обусловливающим длительную персистенцию и склонность к рецидивированию процесса.

**Ключевые слова:** обструктивный бронхит, обструктивный синдром, рецидив, анемия, рахит;

**Цель работы:** изучить клинико-лабораторные особенности обструктивных бронхитов у детей в Самаркандской области.

**Материал и методы.** Представлены результаты ретроспективного анализа 25 больных детей с обструктивным бронхитом, в возрасте от 5 месяцев до 6 лет, находившихся на лечение во 2 клинике СамМИ в 2018 г.

Комплексное клинико-лабораторное обследование было проведено всем пациентам. Этиологический спектр не изучался. Исследование атипичной микрофлоры и TORCH инфекции определялись у детей с длительной гипертермией и определение их производилось путем серологической диагностики возбудителей рода Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Cytomegalovirus IgG b Ig M методом ИФА с использованием тестсистем «Вектоген A-IgM-стрип», «Вектоген B-Ig G-стрип».

**Результаты и обсуждение.** Этиологический спектр возбудителей обструктивного бронхита не изучался. Пациентов до 1 года было 28,0 % (7), в возрасте 1-3 года - 56% (14), 3-6 лет - 16 % (4). Отмечалось преобладание мальчиков — 68,0 % (17) по сравнению с девочками - 32% (8). При ТОКСН-инфекции эпизоды бронхообструкции в большинстве случаев (65,7%) регистрировались на 1-м году жизни. Развитие обструктивного бронхита у детей хламидийной инфекцией отмечалось преимущественно в раннем возрасте, микоплазменной инфекцией - в дошкольном возрасте.

Анализ анамнестических данных позволил установить неблагоприятную наследственность по аллергии у 56 % (14) детей. В 28% (7) случаев наследственность отягощалась заболеваниями органов дыхания (частые бронхиты, пневмонии) и ЛОР-органов (синусит, тонзиллит). Распространенность пассивного курения составила 44 % (11).

Провоцирующим фактором в развитии обструктивного бронхита у детей явилась патология органов дыхания в семье -48% (12), при микоплазменной инфекции - атопическая наследственность - 24 % (6), частая ЛОР-патология - 100% (25) и частая заболеваемость ОРИ - 68% (17). Особенностью детей с обструктивным бронхитом вне зависимости от этиологии явилось искусственное и раннее искусственное вскармливание - 84% (21).

**Вывод.** Анализ заболеваемости пациентов показал частое развитие на первом году жизни анемии (76%), рахита (12%), гипотрофии (4%), перинатальной энцефалопатии (8%), паратрофии. 34% обследованных составили группу часто болеющих детей, 65% имели ЛОР-патологию, 46% - аллергические заболевания, 38% - патологию желудочно- кишечного тракта.



# ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

Мамирова Гавхарой Эркинжон кизи

Магистрант Ташкентской Медицинской Академии Телефон:+998909068044 gavharoy.mamirova95@gmail.com

**Аннотация.** Многоплодная беременность — одна из актуальных проблем перинатального акушерства.

В связи с увеличением использования вспомогательных репродуктивных технологий в современном медицине частота многоплодной беременности все больше растёт, особенно, в странах с высоким уровнем оказания медицинской помощи. В связи с многоплодием возникает ряд новых проблем, одна из которых – преждевременные роды, что в

свою очередь обуславливает повышение перинатальной заболеваемости и смертности. В данной тезисе рассматривается факторы риска преждевременных родов у женщин с многоплодной беременностью.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** многоплодная беременность; оценка факторов риска преждевременных родов; течение беременности при многоплодии.

Многоплодная беременность одна из актуальных тем акушерства и перинатологии. В связи с увеличением использования вспомогательных репродуктивных технологий в современном медицине частота многоплодной беременности все больше растёт, особенно, в странах с высоким уровнем оказания медицинской помощи. Основной актуальной проблемой данной беременности является преждевременные роды, частота которых по разным данным составляет от 40% до 60%. Несмотря на развитие медицины и проведенных многочисленных методов ведение беременности данная проблема остаётся нерешенной.

Нами было проведено ретроспективное когортное исследование за последние 3 года (2017-2020гг.) в Республиканском перинатальном центре с разными исходами родов в разных сроках беременности у 27 (25 двоен, 2 троен) пациенток с многоплодием.

Основная часть пациенток были повторнородящие (17 из 27), возраст женщин варьировал от 20 до 46 лет. Средний возраст- 31,7 лет.

Наступление беременности с самопроизвольным путем у 16 (59,26%) пациенток, с экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО) у 5 (18,52%), с индукцией овуляции у 6 (22,22%).

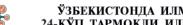
У пациенток из соматических заболеваний наиболее часто встречались анемия, эндемический зоб I степени, заболевания ЖКТ, ВСД по гипо- и гипертоническому типам, варикозная болезнь, хронический пиелонефрит.

В акушерском анамнезе встречались следующие случаи: самопроизвольный аборт (3), неразвивающаяся беременность (5), преждевременные роды (4), рубец на матке после кесарева сечения (3). Отмечались случаи в гинекологическом анамнезе такие, как СПКЯ (4), эндометриоз (3), инфекционно- воспалительные заболевания органов малого таза (9).

По данным УЗИ тип многоплодии были таковы: Бихориональная плацентация у 18 (66,67%), монохориональная у 7 (25,93%), трихориональная у 2-х (7,4%) пациенток.

Беременность  $\mathbf{c}$  многоплодием часто осложнялась анемией с разной степени тяжести 25 из 27 (92,6 %) , нарушением маточно-плацентарно-плодового кровообращения в разных степени тяжести у 25 из 27(92,6%), угрозой прерывания беременности у 23 из 27 (85,2 %), с инфекциями гениталий нижнего тракта у 22 из 27 ( при этом бактериальный вагиноз — 68,18%, кольпит- 31,72%), многоводием у 7 из 27 (25,93%). Роды заканчивались с оперативном путем у 19 из 27 (70,37%), из них 3 были срочными родами. Самопроизвольные роды произошли у 8, из них 4 были срочными родами.

В результате проведенного исследования установлено, что многоплодная беременность ассоциированная с инфекцией и, нарушениями маточно-плацентарно-плодового кровообращения приводящие к многоводию ,также осложненными акушерским и гинекологическим, соматическим анамнезами часто приводят к преждевременным родам. При этом



### ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 24-КЎП ТАРМОКЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

нельзя забывать, что само многоплодие является одним из раздражающим фактором матки приводящее к преждевременным родам.

# Литература:

- 1. Многоплодная беременность риск преждевременных родов// Архипов Вл. В. И соавт.// Журнал «Акушерства»- 2014 г. -№2. -С. 13-19
- 2. Профилактика и терапия угрожающих преждевременных родов при Многоплодии// Косякова О.В., Беспалова О.Н.// Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68.  $- N_{2} 4. - C. 55-70.$
- 3. Manso P., Vaz A., Taborda A., Silva I.S. Chorionicity and perinatal complications in twin pregnancy: a 10 years case series. Acta Med Port. 2011; 24 (5): 695-8.
- 4. Rode L., Tabor A. Prevention of preterm delivery in twin pregnancy // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2014. Vol. 28. P. 273-283.
- 5. Многоплодие. Современные подходы к тактике ведения Беременности // Сичинава Л.Г. // Акушерство, гинекология и репродукция. 2014;8(2):131–138.



# ПРЕИМУЩЕСТВА ИММУНОФЕРМЕНТНОГО АНАЛИЗА

# Набиева Фарангез Садриддиновна

Самаркандский Государственный Медицинский Институт Ассистент кафедры клинической лабораторной диагностики Телефон: +998906021999 nabievafarangiz294@gmail.com

# Душанова Гавхар Абдукаримовна

Самаркандский Государственный Университет Доцент кафедры генетики и биотехнологии Телефон: +998915282525

**Аннотатция.** В последнее время существует большая проблема быстрой и точной диагностики различных видов заболеваний, что представляет собой угрозу для жизни и здоровья всего общества. Своевременная диагностика является важнейшей составляющей частью борьбы с разными заболеваниями. Иммуноферментный анализ- это наиболее надежный и высокочувствительный метод. Его отличает простота проведения реакции, возможность инструментального учета и автоматизациии всех ее этапов.

**Ключевые слова:** иммуноферментный анализ, антиген, антитело, качественный анализ, количественный анализ.

Иммуноферментный анализа (ИФА) — лабораторный иммунологический метод качественного или количественного определения различных соединений, макромолекул, вирусов и пр., в основе которого лежит специфическая реакция «антиген-антитело». ИФА включает в себя ряд последовательных этапов, а сам результат можно оценить визуально или по оптической плотности [3].

Диспансеризация населения, эпидемиологические обследования, выявление отравлений, наличия наркотиков в крови, определение содержания лекарственных соединений в тканях, вирусные заболевания растений, определение антибиотиков, витаминов и других биологически активных соединений при отборе активных штаммов-продуцентов в промышленной биотехнологии, контроль за качеством медицинских препаратов из донорской крови на отсутствие вирусов-возбудителей СПИДа и гепатита В – это лишь небольшой перечень практического применения ИФА.

Серологические исследования остаются единственным методом скрининговой диагностики инфекций, например, токсоплазмоза, токсокароза, трихинеллеза. ИФА используется в двух направлениях: обнаружение с диагностической целью антител в сыворотке крови обследуемого и определение антигенов возбудителя для установления его родовой или видовой принадлежности [1].

Современные фундаментальные исследования в биохимии, клеточной физиологии и иммунологии, микробиологии, вирусологии, онкологии трудно представить без ИФА.

Среди лабораторных методов ИФА находит широкое применение в здравоохранении, различных областях сельского хозяйства, промышленной биотехнологии, природоохранной деятельности и научно-исследовательской Достоинствами ИФА является возможность ранней диагностики инфекции, возможность прослеживать динамику развития процесса, быстрота и удобство в работе работе как экспресс тест [2].

Чувствительность ИФА такова, что определение веществ в концентрациях 10-9-10-12 М, белка в микрограммах-нанограммах в 1 мл — это обыденное дело. Высокая чувствительность в сочетании с быстротой анализа (от нескольких минут до нескольких часов), возможностью одновременного тестирования большого количества образцов и отсутствием особой необходимости предварительных операций по очистке и концентрированию анализируемого соединения в образце придают ИФА неоспоримые преимущества перед другими аналитическими методами [4].

Поэтому, сегодня ИФА находит широкое применение в здравоохранении, различных областях сельского хозяйства, промышленной биотехнологии, природоохранной деятельности и научно-исследовательской работе. Любое заболевание человека и животных можно



быстро и точно диагносцировать путем идентификации возбудителя, его отдельных антигенных компонентов, антител к этим компонентам или веществ, не свойственных здоровому организму и синтезируемых при его патологических состояниях.

# Список литературы:

- 1. Л.М. Анцилевич, Л.А. Ягудина. Практическое применение иммуноферментного анализа в диагностике заболеваний // Практическая медицина. 3 (79) июль 2014 г.-28 с.
- 2. Сейсенбаева М. С., Кошеметов Ж. К., Сандыбаев Н. Т., Нурабаев С. Ш., Матвеева В. М., Богданова М. И., Сугирбаева Г. Д. Приготовление диагностических препаратов для иммуноферментного анализа с целью выявления антигена возбудителья пастереллеза // Актуальные вопросы ветеринарной биологии №1(21). 2014 33 с.
- 3. А. В. Сухоедова, В.В. Меньшиков. Технология использования антигенов в производстве тест-систем для иммуноферментного анализа // Успехи в химии и химической технологии. Том XXX. 2016. № 2.75 с.
- 4. Gan S.D., Patel K.R. Enzyme immunoassay and enzymelinked immunosorbent assay // J. Invest Dermatol. 2013 sep. Vol. 133 (9). P. 12.



# ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Проф. Тешаев О. Р., Собиров Б. М., Ортикбоев Ф. Д. Ташкентская медицинская академия

**Аннотация:** Морбидное ожирение, ассоциировано с различными метаболическими нарушениями приводящими к снижению качества жизни и ее продолжительности. Консервативные методы лечения морбидного ожирения нередко оказываются неэффективными, в связи с чем, бариатрическая хирургия получила широкое распространение. В обзоре проанализированы клинические рекомендации, проведена оценка эффективности и безопасности различных видов операций и обозначены основные проблемы данных оперативных пособий.

**Ключевые слова**: морбидное ожирение, качество жизни, бариатрическая операция, бандажирование желудка, гастрошунтирование.

В настоящее время распространенность ожирения характеризуется, как «неиифекционная эпидемия» и наблюдается более чем у 1 млрд. человек. [1]. Предожирение затрагивает каждого десятого жителя планеты, а морбидное ожирение встречается у 3-5% населения в экономически благополучных странах.[2]. Так же по отчетам Соединенных Штатов Америки число летальных случаев вследствие ожирения ежегодно достигает более 280 000. Исследования ученых Северной Америки показали, что уменьшение массы тела на 10% приводит к уменьшению общей смертности на 20%, а уменьшение смертности от сахарного диабета 2 типа, вызванного морбидным ожирением, па 30%, и смертности от онкологических заболеваний на 40%. [3]

Ожирение является крайне опасным и приводит к развитию целого ряда заболеваний. Избыточная масса тела и ожирение являются самыми мощными факторами риска в развитии метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа. По данным литературных источников до 90% пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, имеют в анамнезе указание на избыточную массу тела. [4] Критерием диагностики морбидного ожирения у взрослых лиц является значение индекса массы тела (ИМТ) ≥35 кг/м² при наличии тяжелых осложнений (СД2, синдром обструктивного апноэ, неалкогольный стеатогепатит и др.) или ИМТ>40 кг/м² независимо от наличия осложнений.[5]

Согласно федеральным клинически рекомендациям с учетом рекомендаций ВОЗ, морбидное ожирение диагностируется при SDS ИМТ ≥40,0 .[6]

Патологическое (морбидное) ожирение мало поддается терапевтическому лечению, поскольку оно эффективно лишь у лиц с небольшим превышением массы тела. [7] С 90-ых годов метаболические нарушения и гормональные заболевания, возникающие вследствие ожирения, стали рассматриваться в комплексе, поскольку было доказано, что практически каждое из них, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, и в сочетание многократно повышают вероятность развития макрососудистой атеросклеротической патологии. Этот комплекс нарушений метаболизма и гормональных заболеваний был объединен в понятие «метаболического синдрома» [8]

В последние годы проблема лечения ожирения привлекает все более пристальное внимание врачей различных специальностей во всем мире. По расчетам экспертов ВОЗ, к 2025 г. число больных ожирением превысит 300 млн. человек.[8] Причем тяжелые формы заболевания, так называемое «морбидное ожирение», в экономически развитых странах встречается у 3–5 % взрослого населения. [9]

Как известно, «морбидное ожирение» (МО), особенно абдоминального типа, представляет собой серьезную угрозу состоянию общественного здоровья из-за повышенного риска развития сопутствующих заболеваний. Рост распространенности МО и сопутствующие ему патологии, среди которых чаще всего встречаются сахарный диабет ІІ типа, заболевания сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, являются важными факторами, влияющими как на продолжительность, так и на качество жизни на общепопуляционном уровне, при этом качество жизни значительно меньше исследовано. По данным многих авторов, увеличение массы тела на 25 % больше нормы статистически

Тошкент



достоверно приводит к увеличению показателя смертности в 12 раз в возрасте до 40 лет от сопутствующих заболеваний, по сравнению с людьми без явлений ожирения [10].

У женщин наличие избыточной массы тела приводит к нарушениям менструального цикла, а также сопровождается бесплодием, ассоциированным с нарушениями секреции половых гормонов.[11] Высокой частотой ановуляций, полипозом и гиперплазией эндометрия. Кроме того, риск развития рака эндометрия, яичников, шейки матки и молочных желез повышается в 10 раз у пациентов с ожирением. [12] Доля морбидных форм ожирения у детей и подростков растет пропорционально распространенности ожирения и избыточной массы тела в популяции в целом.[13] При ожирении у мальчиков возможна задержка полового созревания. Нарушения половой функции у мужчин характеризуются снижением либидо, эректильной дисфункцией, бесплодием.[14] Механическая нагрузка на легочную ткань, вызываемая ожирением, также может стать причиной множества клинических проблем, таких как одышка, снижение жизненной емкости легких и ночное апноэ.[15] У людей с морбидным ожирением происходит увеличение нагрузки на опорно-двигательный аппарат, что отрицательно влияет на течение заболеваний костно-мышечной системы и часто приводит к инвалидизации пациентов [16]

Качество жизни больных с морбидными формами ожирения резко снижено и сопоставимо с пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями а смертность среди молодых мужчин с тяжелым ожирением в 12 раз выше, чем среди их сверстников с нормальной массой тела.[17]

При оценке качества жизни должно быть определено общее состояние здоровья, определены симптомы заболевания, возможности больного (уход за самим собой, работоспособность, занятие любимым делом и т.д.); оцениваются ощущение общего благополучия, потребность в медицинской и социальной помощи. Множество исследователей используют в таких целях специально созданные опросники. Для того, чтобы провести статистический анализ, показатели должны быть оценены количественно.[18;19]

В настоящее время в мире разработано и используется значительное число различных опросников и анкет для оценки качества жизни пациентов, в том числе и для больных морбидным ожирением.[20] Для оценки качества жизни наиболее часто используют опросник sf-36, анкету giqli (gastrointestinal quality of life index) и анкету moorehead-ardelt.[21]

В бариатрической хирургии наиболее часто для оценки качества жизни пациентов применяют две шкалы: GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index) и BAROS (Bariatric Analysis and Reporting Outcome System)[22] Анкета giqli была создана авторами Eypasch E. и соавт. и апробирована в 1993 г. Данный опросник оказался довольно прост в применении, однако также не имеет специфичности, т.к. был разработан для больных гастроэнтерологического профиля, что в полной мере не отражает болезнь-специфические вопросы для больных морбидным ожирением. Анкета BAROS разработана специально для больных морбидным ожирением, однако содержит мало вопросов, что не позволяет оценить в полной мере качество жизни больных до и после операции. Анкета по оценке уровня качества жизни moorhead-ardelt была создана на основе «бариатрического» опросника по оценке отдаленных результатов после хирургического лечения, разработана специально для больных морбидным ожирением, однако содержит мало вопросов, что не позволяет в достаточной мере оценить качество жизни больных. Таким образом, на сегодняшний день не существует единого стандартного подхода и общепризнанной анкеты для оценки качества жизни больных морбидным ожирением. [23]

Бариатрическая хирургия (хирургия ожирения) возникла в середине XX века, когда под этим термином объединили различные виды оперативных вмешательств, направленпые на снижение массы тела путем формирования тонкокишечных обходных анастомозов. Бариатрическая хирургия с того периода времени получила интенсивное развитие и за этот период предложено более 40 видов бариатрических оперативных вмешательств. К 90-ым годам XX века «лапароскопическая революция в хирургии» привела к быстрому росту и широкому распространению малоинвазивных бариатрических операций. Энтузиазм по бариатрическим операциям в мире обусловлен доказанной долгосрочной эффективностью хирургического лечения пациентов, что приводит к значительному повышению продолжительности жизни.[24]

Суть метода регулируемого бандажирования желудка заключается в том, что на кар-



диальный отдел желудка устанавливается регулируемый бандаж, когорый препятствует поступлению объемного пищевого комка за один прием пищи, что в свою очередь обеспечивает быстрое чувство насыщения и уменьшение калория. Продольная резекция желудка - рестриктивная операция, суть которой заключается в резекции желудка с формированием трубчатого маленького желудка по малой его кривизне. При операции резецируется грелинпродуцирующая зона желудка, что обеспечивает психологический комфорт отсутствия чувства голода у пациентов в послеоперационном периоде. [25]

За последние годы имеется ряд научных работ но изучению эффектов бариатрических операций и часть работ направлена на улучшение самой техники оперативного приема, но сравнительные характеристики при современных подходах обследования пациентов и эффективность разных бариатрических операций не представлены. Соответственно анализ современных бариатрических операций и их влияние на метаболический синдром с разработкой алгоритма выбора операции является актуальной задачей на современном этапе развития медицины. [26]

В настоящее время большинством исследователей признается, что консервативное лечение крайних степеней ожирения либо неэффективно и чрезвычайно трудно, либо достигнутый с его помощью эффект бывает кратковременным. Именно это обстоятельство заставляет клиницистов уже давно искать новые, более эффективные методы лечения алиментарного ожирения, включая хирургические. Эффективное лечение таких пациентов требует оценки воздействия различных факторов, связанных с влиянием ожирения на качество жизни, в том числе и бариатрические операции, выполнение которых позволяет добиться стойкого снижения массы тела и вернуть больных с морбидным ожирением к полноценной жизни. Учитывая разнородность популяции пациентов, также необходим анализ связи степени ожирения с качеством жизни с целью дифференцированного подхода к выбору тактики ведения больных и повышения эффективности лечения. [27]

Хирургическое лечение морбидного ожирения признается большинством исследователей как наиболее эффективный способ его лечения. Число операций, выполняемых ежегодно в различных странах, постоянно увеличивается. Так, в Северной Америке, по данным за 2011 г., выполнено 100 000 бариатрических вмешательств, в Европе лидирующие позиции занимают Франция и Великобритания — 27 000 и 10 000 соответственно. [28]

В настоящее время среди всех бариатрических операций наиболее широко применяются 4 вида хирургических вмешательств [29]. Из числа рестриктивных операций на желудке широко применяются: лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛГРЖ) и лапароскопическая продольная (трубчатая, рукавная) резекция желудка (ЛПРЖ). Из числа комбинированных операций превалируют: лапароскопическое желудочное шунтирование (ЛЖШ) («золотой стандарт» бариатрических операций в США) и билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) или его современная модификация — билиопанкреатическое шунтирование с выключением двенадцатиперстной кишки (БПШ), его лапароскопический аналог — ЛБПШ. [29;30].

С середины прошлого столетия, когда были выполнены первые операции, предложены десятки методик оперативного лечения морбидного ожирения, но наибольшей популярностью до настоящего времени пользуются бандажирование желудка (БЖ) и гастрошунтирование (ГШ) [31]. Наиболее частым критерием оценки эффективности оперативных вмешательств является динамика массы тела в различные сроки после операции.[32;33]

Однако в литературе нам встретились лишь единичные сообщения о зависимости результатов операции от различных факторов. [34;35]

Стойкое клиническое выздоровление и возвращение к обычной жизни, которая была до болезни, а также значительное и стабильное улучшение физического состояния и социальной жизни являются главными критериями оценки результатов любого вида лечения [36]

При выборе метода лечения основные вопросы заключаются в том, какой из многочисленных методов лечения будет наиболее эффективен при морбидном ожирении и действительно ли снижается смертность при стабильном уменьшении массы тела у этой группы больных [37;38]

Для поиска решений этих вопросов в Швеции была организована Swedish Obesity Subjects Study- группа. 2000 оперированных больных с морбидным ожирением сравнивались с контрольной группой пациентов, получавшей консервативное лечение. Причем,



наблюдение за первыми 1254 пациентами из каждой группы проводилось в течение 8 лет. Результаты бариатрических операций оказались значительно лучше в этом отношении: у 61% больных с морбидным ожирением послеоперационная потеря массы тела составила 50%. Вместе с тем, очевидно, проявлялась регрессия артериальной гипертензии, сахарного диабета, гиперлипидемии и др., сопутствующих морбидному ожирению заболеваний. [39; 40]

# Литература/References

- 1. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. Obesity surgery. 2013;23(4):427-36.
- 2. Modi AC, Zeller MH, Xanthakos SA, et al. Adherence to vitamin supplementation following adolescent bariatric surgery. Obesity (Silver Spring). 2013;21(3):E190-E195. doi: 10.1002/oby.2003.
- 3. Аметов А.С., 2009; Ворслов Л.О. 2013; Abraham S., Johnson. C.L., 2010; Soheilipour F., et al., 2015
- 4.Аметов А.С. Глюкозо- и липотоксичность взаимоотягощающие факторы при сочетании сахарного диабета типа 2 и ожирения. А. Аметов, Л. Камынина, З. Ахмедова. // Врач. 2014. № 4. С. 20-23.
- 5.Дедов И.И. Эндокринная хирургия. И.И. Дедов [и др.] под ред. И.И. Дедова, Н.С. Кузнецова, Г.А. Мельниченко. // Серия «Практические руководства», Литтерра. Москва, 2014. С. 344..
- 6. Baur LA, Fitzgerald DA. Recommendations for bariatric surgery in adolescents in Australia and New Zealand. J. 2010;46(12):704-707.
- 7. Дедов И.И., 2014; Калиичепко С.Ю., 2014; Новикова Т.С., 2015; Чумакова Г.А. и соавт., 2013; Termizy H.M., Mafauzy M., 2009.
- 8. WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity (Geneva, 3–5 June, 1997). Geneva: WHO.
- 9.Doll H.A., Petersen S.E., Stewart-Brown S.L. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire // Obes Res. -2000. Vol. 8, N 2. P. 160-170.
- 10. Андреева Е.Н., Дедов И.И. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты: рукво для врачей. М.: Мед. информ. агентство, 2006. 456 с.
- 11. De Vito K.M. Validation of a risk prediction tool for coronary heart disease in middle-aged women. / K.M. De Vito, H.J. Baer, H. Dart, S.E. Chiuve, E.B. Rimm, G.A. Colditz. // BMC Women's Health. 2015. 15:1. Article Number:
- 12. Kaplan S.A. Re: Central Obesity is Predictive of Persistent Storage Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) after Surgery for Benign Prostatic Enlargement: Results of a Multicentre Prospective Study. / S.A. Kaplan // The Journal Of Urology [J Urol]. 2016 Jun (Date of Electronic Publication: 2016 Mar 17). Vol. 195 (6). P. 1838-1839.
- 13. Соболева Н.П., Руднев С.Г., Николаев Д.В., и др. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения // Российский медицинский журнал. − 2014. − №4. − С. 4-13. [
- 14. Калинкина О.Б. Беременность и ожирение. Акушерские и перинатальные аспекты.: автореф. дисс. . . . докт. мед. наук: 14.01.01 акушерство и гинекология. Самара, 2013. 42 с.
- 15.Preutthipan A. Diagnosis and management of sleep disordered breathing in resource-poor areas. / A. Preutthipan. // Paediatric Respiratory Reviews. 2013. 14. Supplement 2 (S10-S11)
- 16.Sing D. Obesity Is an Independent Risk Factor of Early Complications After Revision Spine Surgery. / D. Sing, J.K. Yue, L.N. Metz, E.A. Winkler, W.R. Zhang. // Spine [Spine (Phila Pa 1976)]. 2016 May. Vol. 41 (10). P. 632-640.
- 17. Zeller Mh. Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. Pediatrics. 2006;117(4):1155-1161. doi: 10.1542/peds.2005-1141 4.
- 18. Berghofer A., Pischon T., Reinhold T. Obesity prevalence from a European perspective: a review. BMC Public Health; 2008.
  - 19. Korhonen P.E., Seppälä T., Järvenpää S. et al.. Body mass index and health-related quality



of life in apparently healthy individuals. Qual Life Res 2013 May 19.

- 20. Helmiö M., Salminen P., Sintonen H. et al. A 5-year prospective quality of life analysis following laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity. Obes Surg. 2011 Oct; 21 (10): 1585—91.
- 21. Khawali C., Ferraz M.B., Zanella M.T. et al. Evaluation of quality of life in severely obese patients after bariatric surgery carried out in the public healthcare system. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2012 Feb; 56 (1): 33—8.
- 22. Murr MM, Martin T, Haines K, Torrella T, Dragotti R, Kandil A, Gallagher SF, Harmsen S. A state-wide review of contemporary outcomes of gastric bypass in Florida: does provider volume impact outcomes? Ann Surg. 2007 May;245(5):699–706.
- 23. Weiner S., Sauerland S., Weiner R. et al. Validation of the adapted Bariatric Quality of Life Index (BQL) in a prospective study in 446 bariatric patients as one-factor model. Obes Facts. 2009; 2.
- 24. Евдошенко.В., Феденко В.В., 2009; Егиев В.Н. и соавт., 2013; Яшков Ю.И., 2000; Zeng Т., et a!., 2016). Патологическое (морбидное) ожирение мало поддается терапевтическому лечению, поскольку оно эффективно лишь у лиц с небольшим превышением массы тела (Абрамова П.А. и соавт., 2013; Кереп М.А., 2009; Яшков Ю.И., Ершова Е.В., 2011).
- 25. Аскерханов Р.Г. и соавт., 2014; Семенов Е.Е. и соавт., 2013; Юдин В.А. и соавт., 2014; Яшков Ю.И. и соавт., 2013.
  - 26. Мельников А.А., 2015; Юдин В.А. и соавт., 2013; Яшков Ю.И., 2000, 2013.
- 27. Buchwald H., Avidor Y., Braunwald E., Jensen M.D. et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis // JAMA. 2004. Vol. 292, N 14. P. 1724–1737. 8.
- 28. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. Obesity surgery. 2013;23(4):427-36.
- 29. Седов В.М., Фишман М.Б. Лапароскопическая хирургия ожирения: Практическое руководство.—СПб., 2009.—192 с.
- 30. Mason E.E. Posting of Outcome: Voluntary or Required? // Obes. Surg.—2004.—Vol. 14.—P. 1–2. 16.
- 31. [Miller D, Goodman G. Gastric bypass procedures. Surgery for the morbidly obese patient Philadelphia: Lea & Febiger; 1989. O'Brien PE. Bariatric surgery: Mechanisms, indications and outcomes. Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2010;25(8):1358-65. doi:10.1111/j.1440-1746.2010.06391.x
- 32. [MacLean LD, Rhode BM, Nohr CW. Late outcome of isolated gastric bypass. Annals of surgery. 2000;231(4):524.
- 33. Arapis K, Chosidow D, Lehmann M, Bado A, Polanco M, Kamoun-Zana S, et al. Long-term results of adjustable gastric banding in a cohort of 186 super-obese patients with a BMI≥50kg/m2. Journal of Visceral Surgery. 2012;149(2):e143-e52. doi:10.1016/j.jviscsurg.2012.01.007
- 34. [Apfel CC, Heidrich FM, Jukar-Rao S et al. Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. British journal of anaesthesia 2012; 109: 742-753,
- 35. Hillman DR, Platt PR, Eastwood PR. Anesthesia, sleep, and upper airway collapsibility. Anesthesiology clinics 2010; 28: 443-455,
- 36. Сравнительный анализ эффективности лапароскопической рукавной резекции желудка и лапароскопического желудочного шунтирования у больных с сахарным диабетом 2-го типа и нарушением толерантности к глюкозе. / В.В. Феденко [и др.]. // Эндоскопическая хирургия. − 2016. − Т. 22, № 2. − С. 21-31.
- 37. Неймарк А.Е. Применение внутрижелудочных баллонов при лечении больных с ожирением и метаболическим синдромом. / А.Е. Неймарк, В.Ф. Попова, К.А. Анисимова. // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2015. Т. 174, № 3. С. 59-62.
- 38. Тельнова М.Э. Метаболические, гормональные, психические особенности ожирения у молодых мужчин с дебютом заболевания в детском и подростковом возрасте.: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.02 эндокринология. Москва, 2014. С. 24.
- 39. Седов В.М. Лапароскопическая хирургия ожирения: практическое руководство. / В.М. Седов, М.Б. Фишман. // СПб., 2010. С. 92
- 40. Hulme P.A. Pilot Study on Childhood Sexual Abuse, Diurnal Cortisol Secretion, and Weight Loss in Bariatric Surgery Patients. / P.A. Hulme, C.L. McBride, K.A. Kupzyk, J.A. French. // Journal of child sexual abuse. 2015. 24:4. P. 385-400



# КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Худайберганова Наила Хамитовна

Ташкентская медицинская академия, старший преподаватель Телефон:+998977787320 hnoila9@mail.ru

**Аннотация:** Helicobacter pylori является одной из наиболее широко распространенных инфекций на земном шаре. Особый интерес представляет участие инфекции Helicobacter pylori в развитии необъяснимых железодефицитных состояний и железодефицитных анемий (ЖДА) на фоне гастродуоденальных заболеваний, которые в большей степени встречаются в детской популяции.

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, Helicobacter pylori, хронический гастродуоденит.

По оценкам различных авторов, во всем мире инфицированность этим микроорганизмом достигает 60% - 75% [Belzer C., 2006, Matysiak - Bugnik T., 2007, Feldman R.A., 2008].

Среди детского населения в Республике Узбекистан по данным Пазыловой С.А. (2006), распространенность Helicobacter pylori гастродуоденальной патологии составляет (74,5%). Интенсивно, ежегодно в мире публикуется более тысячи работ так или иначе связанных с хеликобактериозом, его ролью в патогенезе разных заболеваний, в том числе и у детей; компьютерная сеть PubMed содержит более 21 тыс. упоминаний о бактерии -количество публикаций по бактериологии, связанных с Helicobacter pylori, уступает лишь кишечной палочке. В ряде исследований показано, что бактерии Helicobacter pylori могут колонизировать не только желудок. С использованием различных методов диагностики микроорганизм был обнаружен в тканях печени, желчном пузыре, толстой кишке, коже, артериях, носовой, ротовой полостях и даже в глазах. При этом поражения носят как органный, так и системный характер. [Бардахчьян Э.Я., 2005, Фадеенко Г.Д., 2006, Циммерман Я.С., 2006, Figura N., 2010].

В генезе некоторых из них роль Helicobacter pylori можно считать доказанной (в соответствии с рекомендациями Маастрихт IV, 2011г. это относится к идиопатической тромбоцитопенической пурпуре и идиопатической железо и B12-дефицитной анемии [Malfertheiner P., 2012, Gut, 2012], в генезе других заболеваний — роль инфекции предполагается, но имеющиеся научные данные противоречивы и требуют дальнейшего изучения, иногда является только гипотезой. Исследования в этой области продолжаются. В детском возрасте, кроме гастродуоденальной патологии имеется вероятность формирования на фоне персистенции Helicobacter pylori дефицита железа и железодефицитной анемии, дефицита витамина  $B_{12}$ , задержки роста у подростков, кожных заболеваний, хронической крапивницы, атопического дерматита, пищевой аллергии и т.д. [Фадеенко Г.Д., 2004; Соколова Т.В., 2004; Бельмер С.В. с совт., 2004; Бардахчьян Э.А., 2005; Ando Ketal 2007; Baysoy Getal., 2008; Корниенко Е.А., 2009].

В настоящее время все чаще встречаются работы, изучающие связь инфекции Helicobacter pylori с развитием пищевой аллергии. Инфекция Helicobacter pylori проявляется различными неожиданными симптомами внежелудочных заболеваний, одним из часто встречаемых является железодефицитная анемия [2,3].

На данный момент стоит вопрос: следует ли проводить эрадикацию Helicobacter pylori при внежелудочных проявлениях в детском возрасте, например, при наличии ЖДА, аллергических заболеваний и задержки роста при хронических гастродуоденитах [1,4].

**Цель исследования**: Изучение особенностей формирования железодефицитной анемии при хроническом гастродуодените хеликобактерной этиологии.

Материалы и методы исследования.

Проводились биохимические и лабораторные методы анализа по определению железа и ферритина в сыворотке крови. Железодефицитная анемия может проявляться у детей в



возрасте от 12 до 16 лет в период полового созревания. Был проведен ряд исследований среди детей в возрасте от 12 до 16 лет, периода полового созревания, с наличием железодефицитной анемией и внежелудочных проявлений хеликобактериоза.

**Результаты исследования.** У 58 детей (32 мальчиков и 26 девочек) были определены уровень гемоглобина, уровень железа в сыворотке, сывороточный ферритин и IgG-антител к Helicobacter pylori.

Показатели уровеня гемоглобина, сывороточного железа, и сывороточного ферритина были изучены в группе с наличием и отсутствием инфекции Helicobacter pylori.

Распространенность анемии, дефицита железа, железодефицитной анемии и инфекции Helicobacter pylori составила 26,9%, 15,8%, 23,1% и 27,3% соответственно. Положительные показатели Helicobacter pylori в группе с анемией составили 34,2%, в группах с гипоферритинемией и дефицитом железа были 19,5% и 35,3% соответственно. Для сравнения в группе, где нет анемии положительные показатели Helicobacter pylori составили 19,6%; 12,2% в группе, где нет гипоферритинемии и 19,4% в группе с дефицитом железа. Положительная частота Helicobacter pylori составила 44,8% по сравнению с 23,7% в группе, не содержащей анемии. Уровень ферритина в сыворотке был значительно ниже у группы, инфицированной Helicobacter pylori (p = 0,0002).

Взаимосвязь между проявлениями анемии и инфекци Helicobacter pylori были явными в основном группе девочек.

**Вывод.** В ходе исследования выявлена взаимосвязь ЖДА с Helicobacter pylori инфекцией. ЖДА связана с тем, что Helicobacter pylori может влиять на метаболизм абсорбции железа в желудке и усугублять дефицит железа у подростков, следует отметить, что более уязвимы к дефициту железа девочки в подростковом возрасте.

# Литература:

- 1. Корсунский, А. А /Опыт оценки биоптатов слизистой оболочки желудка детей по новой классификации степени ее изменений при пилорическом хеликобактериозе / А. А. Корсунский // Первая Северо-западная конференция педиатров. СПб, 2017. С. 139
- 2. Корсунский, А. А. /Инфекция Helicobacter pylori в педиатрической практике / А. А. Корсунский // Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии / под ред. В. Т. Ивашкина, Ф. Мегро, Т. Л. Лапиной. -М., 2009.-С. 224-243.
- 3. Лыкова Е. А., и др. Микроэкологические и иммунные нарушения при гастродуоденальной патологии у детей и возможности их коррекции Сборник.ст. М., 2004.- С. 19-20.
- 4. Jolobe, O. M. /Helicobacter pylori infection with iron deficiency anaemia and subnormal growth at puberty / Jolobe // Arch. Dis. Child.2000. -V. 82. Na 5. P. 428, Comment on: Arch Dis Child. 2000. V. 82.- № 2. P. 136-140



# ZAHARLI HAYVONLAR: TUR VA TASNIF

Jamoliddinov Yahyobek Jaloliddin o'g'li

TTA Davolash ishi fakulteti 2-bosqich talabasi Telefon: 91.166 70 60 yahyobeofficial@gmail.com

Annotatsiya: Maqolada zaharli organizmlarning kashf etilishi va o'rganilishi, ularning dastlabki klassifikatsiyasi, zaharli hayvonlarning morfofiziologik tuzilishi, ular tarkibida uchrovchi turli xil toksinlarning kimyoviy tarkibi va ta'sir mexanizmlari haqida so'z yuritiladi.

Kalit so'zlar: flora, fauna, zahar, venenatus, zaharli hayvonlar, toksinlar, gemorragin, neyrotoksin.

Atrofimizni qamrab olgan tabiat ko'plab ajoyibotlarga, insonni lol qoldiruvchi mo'jizalarga boy. Zaminning flora va faunasi shu qadar xilma-xilki, bu insonni hayratga solish bilan birga uning hayoti uchun ham xavf tug'dirishi mumkin. Xususan, insonning zahar¹li hayvonlardan zararlanish holatlarini va inson bilan zaharli (venenatus) hayvonlar o'rtasidagi konflikli holatlarni eslab o'tish maqsadga muvofiqdir. Avvalambor, zaharli hayvonlar o'zlarida zaharli moddalar hosil qilish xususiyatiga ega bo'lib, ularning ba'zilari zaharli modda hosil qiluvchi bezlarga ega bo'lsa, ayrimlari boshqa usullar yordamida o'zlarining zaharlilik qobiliyatlarini namoyon qilishadi. Ularning ayrim organlari, to'qima suyuqliklari va qoni zaharli bo'lishi mumkin. Bu borada rus olimi S.Pigulevskiy o'z kitobidailk marotaba zaharli hayvonlarni o'ziga xos (spetsifik) va o'ziga xos bo'lmagan (nospetsifik) zaharlilar guruhlariga ajratishni taklif qilgan². Ana shu xususiyatlariga, ya'ni zaharni ishlab chiqarish va ajratishga ko'ra zaharli hayvonlarni ikki guruhga bo'lib o'rganishimiz mumkin:

- 1. Birlamchi zaharli hayvonlar (faol zaharli)
- 2. Ikkilamchi zaharli hayvonlar (nofaol zaharli)

Faol zaharli hayvonlarning zahar (toksin) ishlab chiqaruvchi maxsus bezlari yoki hujayralari mavjud bo'lib, ularning aksariyatida zaharni boshqa organizmga kiritish uchun jarohatlaydigan apparati (mexanizmi) bo'ladi. Hayvon toksin orqali o'ljani halok etishi yoki o'zini xavfdan himoya qilishi mumkin. Bu ularning hayot tarzini belgilab beradi.

Nofaol zaharli hayvonlar maxsus zahar ajratish tuzilmasiga ega bo'lmaydi, aksincha ularning ayrim a'zolarida yoki to'qimalarida metabolizmning toksik mahsulotlari to'planadi. Bu guruhga taalluqli hayvonlar butun hayoti davomida yoki vaqtinchalik ya'ni davriy ravishda "zaharli" xusussiyatga ega bo'ladilar. Xususan, bu kabi hayvonlar (baqalar³, marinka balig'i⁴ va ovlanadigan baliqlarning 300 ga yaqin turida ma'lum sharoitlarda tanasida neyrotoksinlar to'plashi aniqlangan) ni ko'payish davri va anomal sharoitlarda is'temol qilish inson organizmida zaharlanish simptomlarini keltirib chiqarishi mumkin⁵.

Har bir tur o'zi yashayotgan muhitda yashab qolish uchun turlicha iodaptatsiyalardan foydalanadi. Zaharlilik xossasi hayvonlarning dastlabki filogenetik rivojlanish davrida himoyalanish, ov qilish bir so'z bilan aytganda yashash uchun kurash natijasida paydo bo'la boshlagan. Hayvonot olamining evolutsiyasi natijasida hayvonlarning zaharlilik xususiyati, ayniqsa zaharlarning kimyoviy tuzilishi ko'plab o'zgarishlarga uchradi. Agar dastlabki davrlarda paydo bo'lgan metabolitlar (toksinlar) struktura jihatdan juda sodda tuzilgan bo'lsa, tabiiyki keyingi davrlarda paydo bo'layotgan zaharlar murakkab tuzilishlarga ega bo'la boshladi.

Тошкент

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Zahar – (lot. Venenum) organizmga ta'sir etganda uning hayot faoliyatini buzib, hayotini xavf ostida qoldiradigan moddalar. – Toshkent: Oʻz ME, 2006.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Пигулевский С.В. Ядовитые животные. – Ленинград: Медицина, 1966. https://www.forens-med.ru

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Janubiy Amerikada yashovchi drevolaz baqasi - Dendrobatidae (E.D.Cope - 1865) zahari turdoshlari orasida eng kuchli hisoblanadi.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Marinka balig'i – Schizothorax intermedius (J.McClelland - 1842) ning uvildirig'I, erkak jinsiy bezlari va qora rangli qorin pardasi o'ta zaharli.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Izoh: bu kabi holatlar dunyo xalqlari oʻzining iyerarxik va an'anaviy tajribalari natijasida qaysidir ma'noda koʻnikmaga egalar.



Oqibatda toksinning tuzilishi shaxsiy organizm oqsillaridan ham farqlana ketdi, ya'ni ular uchun "begona"lashishni boshladi. Zahar organizmning oqsil tuzilishidan qanchalik farq qilsa, u boshqa organizmlar uchun shunchalik falokatli ta'sir qiladi va albatta, zaharlanish darajasi ham shunchalik yuqori boʻladi.

Zaharli moddalar toksik faolligi jihatidan turlicha darajada bir-biridan farq qiladi. Quyida zaharli moddalar tarkibidagi toksinlarning bir nechtasi bilan tanishib chiqishni oʻzimizga maqbul deb topdik:

- 1. Gemotik zaharlar (gemorraginlar) Qonning fiziologik va funksional holatlariga ta'sir qiluvchi zaharlar.
- 2. Neyrotoksik zaharlar (neyrotoksinlar) asab tizimi va miya faoliyatiga ta'sir qiluvchi zaharlar.
  - 3. Miyotoksik zaharlar mushaklarni shikastlaydigan zaharlar.
- 4. Gemorraginistoksinlar qon tomirlariga zarar yetkazadigan va qon ketishiga olib keluvchi zaharlar.
  - 5. Gemolitik toksinlar qizil qon hujayralari (eritrotsitlar) ga letal ta'sir koʻrsatuvchi toksinlar.
  - 6. Nefrotoksinlar buyraklarning funksiyasiga ta'sir etuvchi toksinlar.
  - 7. Kardiotoksinlar yurak faoliyatini buzuvchi zaharlar.
- 8. Nekrotoksinlar bu xildagi toksinlar to'qimalarni maxsus izchillik bilan yo'q qilib, turli xildagi nekrozlar kelib chiqishiga olib keladi.
- 9. Protoplazmatik zaharlar bu turdagi toksinlar hujayra darajasida ta'sir qiluvchi zaharlar hisoblanadi.

Zaharli hayvonlarning bir-biri bilan sistematik yaqinligi ya'ni bir turkumga yoki bir oilaga mansubligi ularning zaharlari ham bir xil va aksincha, o'zaro uzoq turlarning zaharlari turlicha degani emas. Fikrimiz dalili sifatida o'rgimchaksimonlar sinfi vakili qoraqurt¹ zahari bilan sudralib yuruvchilar sinfiga mansub ko'zoynakli ilon (kobra²) zaharini olsak. Ular sistematik jihatdan o'zaro uzoq turlar bo'lsa ham zaharlarining kimyoviy tarkibi bo'yicha bir xil, ya'ni ikkalasining ham zahari neyrotoksin hisoblanadi. Aksincha, bir sistematik birlikka mansub dengiz iloni³ va qora ilon⁴ zahari turlicha, birining zahari neyrotoksin bo'lsa, ikkinchisining zahari gemorragindir.

Hozirgi kunga kelib yer yuzida zaharli hayvonlarning 5000 dan ortiq turlari fanga ma'lum boʻlib, shu jumladan ularning 1500 ga yaqin turlari MDH davlatlari hududida uchraydi. Xususan, quyida ularni mansub boʻlgan tiplari kesimida koʻrib chiqamiz: sodda hayvonlar — 20dan ortiq, kovakichlilar — 100 ga yaqin, chuvalchanlar — 70 ga yaqin, boʻgʻimoyoqlilar — 4000 ga yaqin, mollyuskalar — 90 ga yaqin, ignaterililar — 25 ga yaqin, baliqlar — 500 ga yaqin, amfibiyalar — 40 ga yaqin reptiliyalar — 100 ga yaqin turlarni qamrab oladi. Shu bilan birga, kurramizda sut emizuvchilar sinfiga oid bir necha zaharli turlar aniqlangan.

Yuqoridagilardan xulosa qilish mumkinki, zaharli hayvonlarning tanaga jarohat yetkazishlaridan saqlanish uchun har bir inson ularning tashqi tuzilishi, odatlari haqida ma'lumotga ega boʻlishi, ular yashaydigan hududlarda boʻlganlarida ehtiyot choralarini koʻrishlari va zaharlanish holatlarida birinchi tez yordam koʻrsatish haqida ma'lum tushunchalarga ega boʻlishlari lozim.

# Foydalanilgan adabiyotlar:

- 1. Пигулевский С.В. Ядовитые животные. Ленинград: Медицина, 1966.
- 2. O'zbekiston milliy ensiklopediyasi. Toshkent: O'z ME, 2006.
- 3. Xolikov P.X., Qurbonov A.Q., Daminov A.O., Tarinova M.V. Tibbiy biologiya va genetika. Toshkent: Zamin Nashr, 2019.
- 4. Романова Е.Б. Иммунофизиологнческие механизмы поддержания гомеостаза организма в условиях воздействия стрессорпых факторов среды обитания. Нижний Новгород, 2008. Автореф... доктора биологических наук. 51 с.
  - 5. https://www.forens-med.ru

Тошкент

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> O'rgimchaklar turkumi Theridiidae oilasi vakili.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Tangachalilar turkumi Elapidae oilasi vakili.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Tangachalilar turkumi Elapidae oilasi Hydrophiinae kichik oilasi vakili.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Tangachalilar turkumi Viperoidea oilasi vakili.



# DEFINE THE MAIN REASON OF HYPERTENSION IN PEDIATRIC PATIENTS WITH ACUTE KIDNEY INJURY.

# **Xamzayev Komiljon Amirovich**

Tashkent Pediatric Medical Institute docent Phone number: +998977764115 komiljonk@mail.ru

# Madazimova Barnoxon Dilshodbek qizi

Tashkent Pediatric Medical Institute magister Phone number:+998902599011 liebling1993@mail.ru

Annotation: Nephrotic syndrome (NS) is one of the most common children's kidney diseases. Recent data show that a significant proportion of children with NS develop arterial hypertension (AH) and lead to the development of AKI. According to research estimates, the prevalence of hypertension in children with NS is from 8 to 59.1%. Outpatient hypertension, circadian rhythm disorders, and blood pressure variability indicators predominate in children with NS. The International Study of Kidney Disease in Children (ISKDC) found that diastolic blood pressure > 98% of children with Nile disease and 13.4% of children with focal glomerular obsolescence. Currently, hypertension as a risk factor for the development of AKI with NS in children is becoming an urgent issue, as the number of patients suffering from hypertension with NS is increasing. AKI affects 21.7% of patients admitted with nephrotic syndrome, mostly severe and in one third of cases associated with adverse outcomes. AKI at admission is observed in a fifth of hospitalized children with nephrotic syndrome. (Arvind Bagga, 2019).

**Keywords:** hemodialysis; acute kidney injury; hypertension.

**Purpose of the study:** The study aimed to assess to prevalence of hypertension in patients with AKI regarding its causes: pre-renal, renal or post-renal.

**Materials and methods of research:** In total, we will monitor 25 patients with nephrotic syndrome aged 3 to 17 years who are on inpatient treatment in the Department of Nephrology of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics. Clinical, laboratory and functional studies will be performed.

- 1. General clinical methods of examination:
- anamnestic and clinical data.
- 2. Laboratory tests:
- general urinalysis
- biochemical analysis of blood
- 3. Instrumental non-invasive studies:
- Ultrasound
- Echocardiography

**Results:** Among them, 35% required acute hemodialysis due to either clinical or biochemical indications. Prevalence of hypertension was 70%, with the highest rate in post-renal AKI (85%), followed by renal AKI (75%) and pre-renal AKI (30%). Dialyzed patients were older, had higher blood pressure and required more hypotensive drugs.

**Conclusion**: Hypertension is prevalent in AKI; however, it depends upon its origin. Uncontrolled hypertension, together with edema and pulmonary congestion are the indication for dialysis initiation. However, caution should be exercised during dialysis to avoid hypotensive episodes.

### References:

- 1. Eddy A.A, Symons J.M. Nephrotic syndrome in childhood (2003)
- 2. Written article by Arvind Bagga (2019).
- 3. Kidney Diseases Improving Global Outcomes (KDIGO) working group on AKI. Kidney Int Supple 2012.



# QANDLI DIABET 2 TIPDA PROBIOTIKLARNING GIPOGLIKEMIK TA'SIRINI OʻRGANISH

### Berdimurodov Botirali Po'latovich

Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti assistenti doktor19-91@mail.ru

**Annotatsiya:** Qandli diabet bilan kasallangan insonlar soni ko'payib borgan sari uning eng maqbul davosi ham o'z ahamiyatini oshirib bormoqda.Bu izlanishimiz orqali qandli diabetning samarali va nisbatan tabiiy davosini yaratish imkoniga ega bo'lamiz.

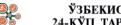
Kalit so'zlar: diabet, alloksan, probiyotiklar, gipoglikemik ta'sir, 5% glyukoza, qonda qand

Mavzuning dolzarbligi: Qandli diabet 2 tip XXI asrning haqiqiy epidemiyasiga aylanib, barcha mamlakatlar va qit'alarda fojiali tezlikda tarqalmoqda. Qonda glyukoza miqdori dietani va hayot tarzini oʻzgartirish orqali diabet yoki unga bogʻliq boʻlgan asoratlarni oldini olish orqali nazorat qilinishi mumkin va dalillar shuni koʻrsatadiki, omega-3 yogʻkislotalari, sut mahsulotlari kabi qoʻshimchalar, pista va kofe glikemik nazoratni yaxshilashi yoki diabet xavfini kamaytirishi mumkin. Sulfonilmochevina, biguanidlar, glinidlar, a-glyukozidaza ingibitorlari, tiazolidindionlar, dipeptidil peptidaza IV (DPP-4) ingibitorleri va glyukagonga oʻxshash peptid 1 (GLP-1) retseptorlari agonistlari, ammo bu dorilarning aksariyati salbiy ta'sirga ega boʻladi. Bir nechta dalillar shuni koʻrsatadiki, ichak mikroflorasi diabet kasalligini kechishida rol oʻynaydi va probiotik qabul qilish qonda glyukoza darajasining pasayishiga olib keladi. Probiotiklarning gipoglikemik ta'siri asosan insulin sekretsiyasini va insulinga sezgirlikni oshirish hamda a-glyukozidaza faolligini pasaytirish bilan bogʻliq. **Tadqiqotning maqsadi:** Qandli diabet 2 tipda probiotiklarning gipoglikemik ta'sirini baholash.

**Materiallar va metodlar:** Ushbu tadqiqotda probiotikalar (fermentlangan sutdan ajratilgan) ishlatilgan. Ushbu shtammlar bulonda yoki lizogen bulonda (LB) anaerob yoki aerob sharoitida 37 daraja Selsiy inkubatorida 24 soat davomida o'stirildi va har bir shtammning bakterial zichligi taxminan 109 CFU / ml ni tashkil etdi.

Sakkiz haftalik erkak laboratoriya sichqonlari standart sharoitda standart parhez berildi. Alloksandan kelib chiqqan diabet modeli uchun sichqonlarga 3 kun ketma-ket vena ichiga 350 mg / kg alloksan yuborildi va nazorat guruhidagi sichqonlarga faqat bufer vosita qilindi. Probiotiklar alloksan inyeksiyasidan uch kun o'tgach berildi. Sichqonlar 4 guruhga bo'lingan: C guruhi (oddiy ichimlik suvi, n = 7); S guruhi (normal ichimlik suvi bilan alloksan ta'sirida qandli diabet, n = 6); SG guruhi (ichimlik suvida 5% glyukoza bo'lgan alloksan ta'sirida diabet, n = 6); SGP guruhi (ichiladigan suvda 5% glyukoza bo'lgan alloksan ta'sirida diabet va oshqozon naychasi orqali 5 × 109 CFU / ml probiyotiklar aralashmasini iste'mol qiluvchi, n = 6). Glyukometr yordamida glyukoza miqdorini aniqlash uchun quyruq venasidan qon namunalari olindi. Glyukoza darajasi ketma-ket 2 hafta davomida 11 mmol / L dan yuqori bo'lgan sichqonlar diabetik hisoblanadi. Qandli diabet kasalligining dastlabki tashxisi qo'yilgandan so'ng haftada bir marta qonda glyukoza miqdori glyukometr yordamida aniqlandi.

Natijalar: Bizning 2 hafta davomidagi kuzatuv va tekshiruvlarimiz shuni ko'rsatdiki, S guruhi (normal ichimlik suvi bilan alloksan ta'sirida qandli diabet, n = 6) dagi sichqonlarning 4 tasida tana vazni sezilarli darajada 3±0,9 kamayganligi, qondagi qand miqdori esa 4±0,8 mmol/l oshganligi kuzatildi; SG guruhi (ichimlik suvida 5% glyukoza bo'lgan alloksan ta'sirida diabet, n = 6)dagi barchasida tana vazni 6±0,7 gr kamayganligi,qondagi qand miqdori esa 19±0,9 mmol/l kuzatildi. SGP guruhi (ichiladigan suvda 5% glyukoza bo'lgan alloksan ta'sirida diabet va oshqozon naychasi orqali 5 × 109 CFU / ml probiyotiklar aralashmasini iste'mol qiluvchi, n = 6) sichqonlarning barchasida tana vazni sezilarli darajada 6±0,9 kamayganligi, qondagi qand miqdori esa 9±0,8 mmol/l oshganligi kuzatildi.



### ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 24-КЎП ТАРМОКЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

Xulosa: Bizning tadqiqotlarimiz natijalari probiotiklarning qandni kamaytirish qobiliyati yuqoriligini isbotlashini kutmoqdamiz.Bu esa qandli diabetni ham terapevtik davolash imkoniyati oshirishga, ham iqtisodiy tarafini kamaytirishga yordam beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

- 1. Moosheer SM, Waldschutz W, Itariu BK, Brath H, Stulnig TM.. Primary care diabetes. 2014.
- 2. Pastors JG, Warshaw H, Daly A, Franz M, Kulkarni K. The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management.
- 3. Gao D, Ning N, Wang C, Wang Y, Li Q, Meng Z, et al. Dairy products consumption and risk of type 2 diabetes: 2013;8(9) Epub 2013/10/03. 10.1371/journal.pone.0073965



# КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОПАТОГЕННЫХ И ЭНТЕРОИНВАЗИВНЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

### Бурибаева Б.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, ассистент Телефон: +998(94) 6986968 dr.buribaeva@gmail.com

### Халилова 3.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, к.м.н., доцент Телефон: +998(90) 9875771 zuzutel@mail.ru

Аннотация: По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируются более 4 млрд. случаев ОКИ, из них 60% заболевших составляют дети до 3-х лет. Нами изучалась частота регистрации основных клинических симптомов заболевания у больных энтеропатогенным и энтероинвазивным эшерихиозами. Результаты проведенных исследований свидетельствует о том, что у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом наблюдается диарея секреторного, а энтероинвазивным — колитического характера. Более выраженное проявление интоксикационного синдрома отмечалось у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом, чем энтероинвазивным.

Ключевые слова: Острые кишечные инфекция, диарея, эшерихиоз, клиника, дети.

Острые кишечные инфекции (ОКИ), по-прежнему представляют одну из наиболее актуальных проблем инфекционной патологии. Поэтому ОКИ, которые продолжают оставаться наиболее частыми заболеваниями детского возраста после ОРВИ, являются актуальными для педиатрии не только как заболевания, приводящие развитию тяжелого состояния у детей, но и как болезни, влияющие на дальнейшее развитие ребенка. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируются более 4 млрд. случаев ОКИ, из них 60% заболевших составляют дети до 3-х лет. В структуре ОКИ уточненной этиологии на долю эшерихиозов у детей приходится от 15 до 36%, у взрослых этот показатель ниже 15%.

Нами была изучена сравнительная клинико-лабораторная характеристика энтеропатогенных и энтероинвазивных эшерихиозов у детей. Обследованию подвергались 82 больных раннего возраста с эшерихиозом, из них у 28 - с энтероинвазивным, у 54 с энтеропатогенным эшерихиозом, получавшие стационарное лечение в одной из детской инфекционной больницы г. Ташкента.

Нами изучалась частота регистрации основных клинических симптомов заболевания у больных энтеропатогенным и энтероинвазивным эшерихиозами. Результаты проведенных исследований свидетельствует о том, что частота выявления основных клинических симптомов в сравниваемых группах больных детей эшерихиозами мало чем отличаются. Однако, имелись некоторые различия в регистрации того или иного симптома у детей больных энтеропатогенным и энтероинвазивным эшерихиозами. Так, бледность и сухость кожных покровов достоверно чаще обнаруживались у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом, чем энтероинвазивным. Сниженный тургор кожи также больше наблюдался у пациентов энтеропатогенными эшерихиозами в сравнении с энтероинвазивными. В группе больных детей с энтероинвазивным эшерихиозом по сравнению с энтеропатогенным более часто выявлялись уплотненная сигма, увеличение печени, учащение стула более 15 раз в сутки, что носит достоверный характер.

Эти вышеуказанные изменения у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом могут быть следствием секреторной диареи, характерной для указанной патологии.

Также нами изучалась проявления интоксикационного синдрома у детей больных энтеропатогенным и энтероинвазивным эшерихиозами. Более выраженное проявление интоксикационного синдрома отмечалось у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом, чем





энтероинвазивным. Достоверное различие показателей выявлены в обнаружении таких клинических симптомов, характерных для синдрома интоксикации, как нарушение сна, головные боли, отсутствие аппетита. Лишь в отношении такого клинического симптома, как общая слабость между сравниваемыми группами больных статистическая достоверная разница не выявлена.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствует о том, что у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом наблюдается диарея секреторного, а энтероинвазивным – колитического характера. Более выраженное проявление интоксикационного синдрома отмечалось у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом, чем энтероинвазивным.

# Список литературы:

- 1. Бондарева А.В. Клинико-эпидемиологические особенности и терапия эшернхиозов у детей на современном этапе//Автореферат. 2013. Москва. С. 23.
- 2. Шаджалилова М.С. Анализ клинико-эпидемиологических и микробиологических параметров острых кишечных инфекций у детей //Медицинские новости. 2015. № 8. С. 60-62.



# ГАСТРОПАТИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПОЗИЦИИ ВИРУЛЕНТНОСТИ HELICOBACTER PYLORI

# Тухтаева Нигора Хасановна

Ташкентская медицинская академия, старший преподаватель Телефон:+998901281831 hnoila9@mail.ru

# Каримов Маъриф Шакирович

Ташкентская медицинская академия, профессор Телефон:+998901853174 hnoila9@mail.ru

**Аннотация.** Бактериальный патоген человека Helicobacter pylori являясь предметом интенсивных исследований с момента его первого описания поражает половину населения мира. Его геномная последовательность очень разнообразна и является мощным инструментом для понимания эволюции и болезни, для выявления факторов, вызывающих более высокий риск тяжелых последствий, и для поиска новых подходов к терапии. В тезисе рассматривается генотипические особенности Helicobacter pylori в формирование НПВС гастропатии у больных ревматоидным артритом.

Ключевые слова. Ревматоидный артрит, HПВС, гены Helicobacter pylori.

*Неlicobacter pylori* (*H. pylori*) — грамотрицательная бактерия с уреазной активностью, колонизирующая слизистую оболочку (СО) желудка [1]. Распространенность инфекции *Н. pylori* зависит от региональных особенностей, социоэкономических факторов, этнической принадлежности и возраста человека. Хеликобактерная инфекция чаще встречается в развивающихся странах и реже — в развитых. По данным эпидемиологических исследований, опубликованных Всемирной организацией здравоохранения в 2010 г., инфицированность *Н. pylori* взрослого населения колебалась от 11 % в Швеции до 70–90 % — в Нигерии, Бразилии, Мексике, Чили и Индии [2,3]. В Узбекистане инфицированность населения НР составляет около 80% [4].

**Цель исследования** — оценка роли и генотипические особенности Helicobacter pylori в формирование НПВС гастропатии у больных ревматоидным артритом

**Материалы и методы исследования**. Обследовано 82 больных ревматоидным артритом (71 (84%) женщин и 11(16%) мужчин), находившихся на стационарном лечении длительно применявших НПВС.

Материалом исследования послужила геномная ДНК Н. pylori, выделенная из биоптата антрального отдела желудка.

Полученные результаты. Проведенные нами исследования позволили провести подбор и оптимизацию работы систем олигопраймеров генов Н. Pylori. Разработанная методология стала основой для генотипирования генов Н. Pylori у больных РА с гастропатиями и без гастропатии, что позволило провести предварительные молекулярно-генетические исследования с определением частоты встречаемости аллельных вариантов вышеуказанных генов, среди условно здоровых доноров и больных. Оптимизация молекулярно-генетических способов детекции генов вирулентности Н. Pylori помогут повысить результативность и снизить затратность исследования.

В результате молекулярно-генетического исследования не было установлено статистически значимых различий между группами пациентов по степени активности (p>0,05). Но в то же время в группе пациентов со 2 степени активности PA спектр генотипов H.pylori существенно отличался, значительно чаще встречались vacAm2, iceA2 и ген HP. Гены cagA, vacAs1, vacAs1a, vacAs1b, vacAs1c, iceA1 и HP H. pylori практически одинаково часто определялись у пациентов с 1 и 2 степенью активности PA. У пациентов, постоянно принимавших НПВС до терапией диклофенаком натрия и продолжавших их приём в дальнейшем, не приводила к изменению частоты спектра генотипов H.pylori.

Тошкент





Таким образом на основании исследования можно сделать следующий **вывод:** по данным молекулярно-генетического исследования у больных с PA 2 степени активности превалирует патогенный штамм VacA m2, IceA 2. Полученные нами предварительные результаты позволяют предположить, что гены H. Pylori VacA m2, IceA 2 могут рассматриваться как дополнительные маркеры возникновения НПВС-гастропатии при ревматоидном артрите.

# Список литературы

- 1. Structure based annotation of Helicobacter pylori strain 26695 proteome / S. Singh [et al.] // PLoS ONE. 2014. Vol. 9. P. 1–19.
- 2. The efficacy of two-week quadruple first-line therapy with bismuth, lansoprazole, amoxicillin, clarithromycin on Helicobacter pylori eradication: a prospective study / B. Ergül [et al.] // Helicobacter. 2014. Vol. 18. P. 454–458.
- 3. Helicobacter pylori в развивающихся странах // Всеобщие Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации [Электронный ресурс]. 2010.
- 4. Распространённость хеликобактер ассоциированных заболеваний желудка в Узбекистане // Гепатология и гастроэнтерология. 2018.



# НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛАБОРАТОРНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭНТЕРОПАТОГЕННЫХ И ЭНТЕРОИНВАЗИВНЫХ ЭШЕРИХИОЗОВ У ДЕТЕЙ

### Бурибаева Б.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, ассистент Телефон: +998(94) 6986968 dr.buribaeva@gmail.com

### Касимов И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, д.м.н., профессор Телефон: +998(90) 9172461 ilhomjonasomovich@gmail.com

**Аннотация:** Обследованию подвергались 82 больных раннего возраста с эшерихиозом, из них у 28 - с энтероинвазивным, у 54 с энтеропатогенным эшерихиозом, получавшие стационарное лечение в одной из детской инфекционной больницы г. Ташкента. Результаты проведенных исследований свидетельствует о том, что статистическая достоверность результатов между сравниваемыми группами больных в отношении количественных изменений общего анализа крови не обнаружена.

Ключевые слова: Острые кишечные инфекция, диарея, эшерихиоз, клиника, дети.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают оставаться наиболее частыми заболеваниями детского возраста после ОРВИ и являются актуальными для педиатрии не только как заболевания, приводящие развитию тяжелого состояния у детей, но и как болезни, влияющие на дальнейшее развитие ребенка. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируются более 4 млрд. случаев ОКИ, из них 60% заболевших составляют дети до 3-х лет. Среди причин смертности детей острые кишечные инфекции стойко занимают 2-3 место после заболеваний верхних дыхательных путей и ВИЧ – инфекции.

Нами была изучена сравнительная клинико-лабораторная характеристика энтеропатогенных и энтероинвазивных эшерихиозов у детей. Обследованию подвергались 82 больных раннего возраста с эшерихиозом, из них у 28 - с энтероинвазивным, у 54 с энтеропатогенным эшерихиозом, получавшие стационарное лечение в одной из детской инфекционной больницы г.Ташкента.

Изучение качественных изменений показателей общего анализа крови у обследуемых нами больных детей с эшерихиозами показало статистическую недостоверность результатов между сравниваемыми группами больных в отношении таких количественных изменений общего анализа крови, как повышение количества лейкоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов, моноцитов. Заслуживает внимание тот факт, что у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом имело место более частое снижение показателей количества гемоглобина и эритроцитов крови по сравнению с энтеропатогенным эшерихиозом

Интерпретация результатов общего анализа кала у детей больных энтеропатогенными и энтероинвазивными эшерихиозами показало следующее, что в группе больных детей с энтероинвазивным эшерихиозом имело место увеличения частоты обнаружения при копроскопическом исследовании наличие крови и эритроцитов, что составляло в 39,2% случая в обоих показателях соответственно. В то же время концентрация йодофильной микрофлоры, мыло и лейкоциты оказались достоверно чаще у пациентов с энтеропатогенным эшерихиозом в сопоставление с энтероинвазивным. Полученные данные проведенных результатов исследований свидетельствуют о том, что у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом диарея носит секреторный, а энтероинвазивным — колитический характер.

Также своеобразные результаты получены при интерпретации общего анализа мочи. Практически во всем параметрам указанного анализа результаты между сравниваемыми группами больных были недостоверны. Исключение составляют лишь такие показатели,



как наличие в моче эпителия и эритроцитов. Количество эпителия в моче достоверно было больше у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом. В отношение же обнаружения эритроцитов в моче наблюдается противоположная картина. Следует подчеркнуть, тот факт, что у 20,3 % больных детей энтеропатогенным и 46,4 % детей с энтероинвазивным эшерихиозом в моче обнаружен белок. Это свидетельство того, что в указанном контингенте больных детей наблюдалось поражение клубочков почек. У определенного контингента детей больных эшерихиозом в моче обнаружены лейкоциты, слизь и бактерии, что может быть следствием воспалительных процессов в почечной паренхиме.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствует о том, что статистическая достоверность результатов между сравниваемыми группами больных в отношении количественных изменений общего анализа крови не обнаружена. Заслуживает внимание тот факт, что у детей больных энтеропатогенным эшерихиозом имело место более частое снижение показателей количества гемоглобина и эритроцитов крови по сравнению с энтеропатогенным эшерихиозом. В группе больных детей с энтероинвазивным эшерихиозом имело место увеличения частоты обнаружения при копроскопическом исследовании наличие крови и эритроцитов, что составляло в 39,2% случая в обоих показателях соответственно. В то же время концентрация йодофильной микрофлоры, мыло и лейкоциты оказались достоверно чаще у пациентов с энтеропатогенным эшерихиозом в сопоставление с энтероинвазивным. Следует подчеркнуть, тот факт, что у 20,3 % больных детей энтеропатогенным и 46,4 % детей с энтероинвазивным эшерихиозом в моче обнаружен белок. Это свидетельствует о том, что в указанном контингенте больных наблюдалось нарушение выделительной функции почек, обнаружение же количества лейкоцитов, слизи и бактерий в моче может быть следствием воспалительных процессов в почечной паренхиме.

### Список литературы:

- 1. Бондарева А.В. Клинико-эпидемиологические особенности и терапия эшернхиозов у детей на современном этапе//Автореферат. 2013. Москва. С. 23.
- 2. Шаджалилова М.С. Анализ клинико-эпидемиологических и микробиологических параметров острых кишечных инфекций у детей //Медицинские новости. 2015. № 8. С. 60-62.



# ЭНДОКРИННО-ОБМЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН, ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ.

Муминова Зиёда Аброровна.

Д.м.н., доцент Ташкентской медицинской академии.

Юсубахмедова Малика Абдураимовна

Магистр Ташкентской медицинской академии. Телефон: +998(99)9972808 Style.bonu 91@mail.ru

Аннотация. В этом обзоре приведен анализ данных современных литературных источников о механизмах развития эндокринных и метаболических нарушений у пациенток после выполнения оперативных вмешательств по поводу миомы матки. Миома матки относится к наиболее часто встречающимся доброкачественным опухолям половых органов у женщин. В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает второе место после воспалительных процессов. Её частота колеблется от 20 до 50%. Основными видами оперативных вмешательств в лечении миомы матки являются гистерэктомия, миомэктомия, удаление матки с придатками или без яичников. Дефицит эстрогенов, наблюдающийся после выполнения гистерэктомии, лишает пациентку полноценного протективного действия женских половых гормонов в отношении всех видов обмена веществ и нормального функционирования систем органов. Гипоэстрогения приводит к развитию постгистерэктомического синдрома, проявляющегося преждевременным развитием атеросклероза и болезней кровообращения, остеопорозом, расстройствами психологического статуса, урогенитальными нарушениями. Главном звеном патогенеза эндокринно-метаболических расстройств после гистерэктомии является гипоэстрогения. Эндокринные расстройства при этом обнаруживаются практически на всех уровнях регуляторно-исполнительной эндокринной оси.

**Ключевые слова:** миома матки, гистерэктомия, миомэктомия, гипоэстрогения, эндокринные нарушения, изменения обмена веществ, постгистерэктомический синдром, метаболический синдром.

Миома матки является доброкачественной опухолью моноклонального происхождения, развивающейся из одной первичной клетки, в результате мутации приобретающей способность к нерегулируемому росту и растет как генетически аномальный клон [15]. Для возникновения такого клона важнейшее значение имеют взаимодействия половых стероидов, факторов роста и цитокинов во время менструальных циклов, приводящие к мутациям гладкомышечных клеток (ГМК) миометрия [9].

В настоящее время собрано много данных, свидетельствующих о ключевом значении эндокринных нарушений в патогенезе миомы матки. В свою очередь, среди эндокринных факторов главное место в развитии опухоли традиционно отводится женским половым гормонам. Доказательствами служат следующие факторы, подтверждающие роль эстрогенов: миома матки не возникает до периода стероидогенеза, развивается в течение репродуктивного возраста, в постменопаузе миома подвергается регрессу [13].

До настоящего времени наиболее широко для лечения миомы матки применялись хирургические методы. В возрасте до 40 лет хирургическому лечению подвергаются около четверти больных миомой матки [6]. При этом

пациенткам в подавляющем большинстве случаев (81–92%) выполняется гистерэктомия (ГЭ) в виде надвлагалищной ампутации матки (НАМ) или ее экстирпации (ЭМ) [2]. В обоих случаях экстирпация матки может быть выполнена без удаления придатков, либо с удалением одного или двух придатков. Последнее обстоятельство имеет большое значение для сохранения возможно более высокого уровня эстрогенов [1]. В структуре выполняемых гинекологических абдоминальных оперативных вмешательств частота ГЭ в различных регионах России от 25% до 38%, в Великобритании —25%, в США — 36%, в Швеции — 38%. Средний возраст женщин, которым производится ГЭ, составляет 40,5 лет, то есть, основной контингент пациенток находится в репродуктивном возрасте [6, 8].

Тошкент



Лишь в 8–19% случаев постановки диагноза миомы, проводятся органосохраняющие операции (миомэктомии), хотя данный вид оперативного вмешательства, на первый взгляд, наиболее предпочтителен в отношении сохранения репродуктивной функции и гипотетически не должен вызывать существенного снижения уровня эстрогенов. Основной причиной редкого применения органосохраняющих операций является онкологическая настороженность хирургов или личное пожелание пациентки к проведению радикальной операции [2,3].

В репродуктивном и пременопаузальном возрасте ГЭ влечет за собой множество проблем, включающих: нарушения психологического статуса, различные расстройства обмена веществ (энергетического, жирового углеводного, белкового и минерального), изменения функционирования системы кровообращения, центральной нервной, эндокринной и мочеполовой систем [2, 4, 8]. Перечисленные нарушения в различных их сочетаниях составляют основу клинических проявлений постгистерэктомического синдрома (ПГЭС) или хирургической менопаузы. Эти расстройства проявляются в различной степени, различных сочетаниях и в разные сроки практически у всех пациенток после выполнения ГЭ.

Главной причиной развития ПГЭС является дефицит эстрогенов — гипоэстрогения [4, 9]. Значительная роль в формировании ПГЭС отводится также эмоциональным переживаниям пациенток вследствие утраты репродуктивной функции, сексуальных нарушений, осознания собственной «неполноценности» и возможного снижения качества личной и социальной жизни пациентки [8,10]. Развитие гипоэстрогении и ПГЭС возможно как при выполнении операции с удалением обоих придатков, так и при сохранении одного или двух яичников[3].

Дефицит эстрогенов, наблюдающийся после выполнения ГЭ, лишает пациентку полноценного протективного действия женских половых гормонов в отношении всех видов обмена веществ и нормального функционирования систем органов.

Дегидрирующая активность эстрогенов реализуется через торможение процессов перекисного окисления мембранных липидов и ингибицию активности микросомальной пероксидазы, что позволяет уменьшать последствия нарушений энергетического метаболизма в клетках [19]. Инактивация свободных радикалов эстрогенами осуществляется при различных видах инициации перекисного окисления. Антиоксидантное действие эстрогены проявляют в концентрациях, близких к физиологическим [20].

Эстрогены повышают уровень гликолитической АТФ, участвующей в энергообеспечении проводящих систем внутренних органов, регуляции параметров потенциалов действия клеток гладкомышечной мускулатуры и обеспечивает работу Ca2+Mg2+AT Фазы кальциевого насоса, удаляющего избыток Ca2+ из саркоплазмы. Функциональная активность натриевого насоса увеличивается под влиянием эстрадиола посредством усиления калий связывающей способности Na+K+AT Фазы [18].

Эффекты действия эстрогенов на активный транспорт Ca2+ аналогичны первичной компенсаторной реакции митохондрий при ишемии тканей и тканевой гипоксии и осуществляются через увеличение гидрофобности мембран митохондрий, ингибирование процессов окисления НАД-зависимых субстратов и дыхательной цепи митохондрий, ослабление Ca-аккумулирующей активности и динамики транспорта ионов Ca2+ [11].

Особенно важным является благоприятное влияние эстрогенов на липидный профиль плазмы, что проявляется снижением концентраций атерогенных липопротеидов низкой плотности (ЛП НП) и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПО НП) — транспортных белков холестерина, и ростом содержания липопротеидов высокой плотности (ЛПВП ). Эстрогены снижают концентрации триглицеридов, общего холестерина, стимулируют синтез жирных кислот и фосфолипидов [5,14].

Эстрогены повышают чувствительность к инсулину, ослабляют инсулинорезистентность тканей, возрастающую с наступлением менопаузы, стимулируют секрецию инсулина поджелудочной железой, усиливают утилизацию глюкозы клетками, снижая уровень глюкозы в крови [17]. Таким образом, влияние эстрогенов на углеводный обмен проявляется уменьшением гликемии и увеличением содержания гликогена в тканях, а также креатинина и фосфора в крови и мышцах, что способствует накоплению макроэргических соединений в мышечной ткани.

Тесно связаны с нарушениями минерального обмена нарушения метаболизма костной



ткани. Как остеобласты, так и остеокласты имеют эстрогеновые рецепторы. Эстрогены усиливают синтез белков, характерных для зрелых остеобластов, активируя их; снижают активность остеокластов, а также их число (через ускорение апоптоза), способствуют выработке остеобластами остеопротегерина — белка, нарушающего дифференцировку предшественников остеокластов. Эстрогены вызывают снижение активности остеокластов и активируют остеобласты через стимулирование секреции кальцитонина, оказывая защитное действие на процессы остеобразования. Эстрогены являются физиологическим антагонистом паратгормона и сдерживают вызываемую им резорбцию костной ткани. Эстрогены поддерживают баланс между активностью остеобластов и остеокластов в процессе ремоделирования за счет снижения резорбции и вторичного понижения образования костной ткани. В условиях гипоэ- строгении в организме снижаются и перечисленные эффекты, что приводит к развитию остеопороза [16].

Следствием оперативных вмешательств на матке и ее придатках и возникающего в связи с этим гормонального дисбаланса является пополнение групп риска развития сердечнососудистых заболеваний, абдоминального ожирения, остеопороза, урогенитальных расстройств, и других нарушений, приводящих к потере трудоспособности, а нередко и к инвалидизации [16]. Дефицит эстрогенов играет существенную роль в возникновении дислипидемии, артериальной гипертензии (АГ), абдоминального ожирения, инсулинорезистентности и компенсаторной гиперинсулинемии [5, 12].

Главной причиной развития нарушений метаболизма костной ткани у пациенток после проведения ГЭ является резкое снижение синтеза эстрогенов.

При дефиците эстрогенов одновременно утрачиваются как органические, так и минеральные элементы костной ткани, что типично для остеопороза. Процесс остеопороза у женщин после ГЭ начинается с первых дней послеоперационного периода, развивается постепенно и долгое время может оставаться незамеченным. В течение года происходит потеря от 5 до 15% костной массы, при физиологической потере — не более 1,5%. Следствием этих процессов является повышенный риск возникновения переломов костей у женщин с удаленными яичниками по сравнению со здоровыми женщинами того же возраста. В частности, переломы позвонков в этой группе возникают в 9 раз, а переломы шейки бедренной кости — в 3 раза чаще. Протективный эффект эстрогенов в отношении костной ткани реализуется следующими путями:

- ингибирующим действием на остеокласты;
- блокадой активности некоторых гормонов, стимулирующих остеоразрушение (паратгормона, тироксина), через снижение их синтеза или снижение чувствительности остеокластов;
- стимуляцией синтеза ряда высокоактивных биологических веществ, участвующих в ремоделировании костной ткани (в частности, кальцитонина);
  - усилением всасывания кальция в кишечнике.

**Выводы:** Производя обзор литературных источников, посвященные эндокринно-обменным расстройствам у женщин, перенесших оперативные вмешательства по поводу миомы матки, следует сделать следующее заключение:

Ключевым звеном патогенеза эндокринно-метаболических расстройств после перенесенной гистерэктомии является гипоэстрогения. Эндокринные расстройства, наблюдающиеся после гистерэктомии, обнаруживаются в разной степени практически на всех уровнях регуляторно-исполнительной эндокринной оси (гипоталамус — гипофиз — периферические эндокринные железы).

# Литература

- 1. Чаава Л.И., Цыган В.Н., Дрыгин А.Н., Пахомова М.А. Патогенетическая характеристика последствий оперативных вмешательств при миоме матки. СПбГПМУ: Медицина: теория и практика.
- 2. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Современные аспекты лечения миомы матки. Медицинская кафедра. 2003; 4(8): 110–18.
- 3. Аккер Л.В., Гальченко А.И. Хирургическая менопауза. М.: Медицинское информационное агентство; 2014.
  - 4. Аскольская С.И., Адамян Л.В. Гормональные изменения после гистерэктомии. Кли-



мактерий. 2001; 3: 63.

- 5. Беляков Н.А., Сеидова Г.Б., Чубриева С .Ю., Глухов Н.В. Метаболический синдром у женщин. СП б.:СП бМАПО ; 2005.
- 6. В ихляева Е .М. Р уководство по эндокринной гинекологии. М.: Мед. информ. агентство; 2000.
- 7. Кулакова В .И., ред. Гинекология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР -Медиа; 2009.
- 8. Доброхотова Ю.Э. П сихоэмоциональный и гормональный статус женщин после гистерэктомии без придатков. Рос. мед. журн. 2000; 4: 25–8.
- 9. Долецкая Д.В. О собенности личности женщин репродуктивного возраста после хирургического лечения миомы матки. Акуш. и гинекол. 2006; 5: 35–7.
- 10. Коломыцкая И .Н. Неврологические симптомы и психоэмоциональный статус у больных с миомой матки. Аавтореф. дис.канд. мед. наук. М.; 2004.
- 11. Лукьянова Л .Д. Действие некоторых стероидных гормонов на транспорт кальция и окислительный мета- болизм изолированных митохондрий. Бюл. эксперим. биол. и медицины. 1994; 12: 616–8.
- 12. Подзолков В .И., Никитина Т .И., Брагина А .Е., Подзолкова Н.М. П олиметаболические нарушения после гистерэктомии: случайность или закономерность. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2011;
  - 7(3): 294–6.
- 13. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. М иома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СП б.: ЭЛБИ; 2000.
- 14. Святов Д .И. М етаболический синдром (учебное пособие). СП б.: ИнформМед; 2012.
- 15. Сидорова И .С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). М.:МИА ; 2003.
- 16. Скорбач Е .И., Щербина И .Н., Лазуренко В .В., Мерцалова О .В. П остгистерэктомические нарушения и профилактика их развития. Международный Медицинский журнал. 2011; 2: 24–7.
- 17. Gaspard U., Gottal J., van-den-Brule F. P ostmenopausal changes of lipid and glucose metabolism: a review of their main aspects. Maturitas. 1995; 21(3): 171–8.
- 18. Opie L.H., Nathan D., Lubbe W. Biochemical aspects of arrhythmogenesis and ventricular fibrillation. Am.J. C ardiol. 1979; 43(1): 131–48.
- 19. Ruiz-Larrea M.B., Leal A.M., Liza M., Lacort M., de Groot H. A ntioxidant effects of estradiol and 2-hydroxyestradiol on iron-induced lipid peroxidation
  - of rat liver microsomes. Steroids. 1994; 59(6): 383-8.
- 20. Weglicki W.B., Mak I.T., Simic M.G. M echanisms of cardiovascular drugs as antioxidants. J. M ol. Cell. Cardiol. 1990; 22(10): 1199–208.



# КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХИМ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ БОЛЕЗНЬ.

Маджидова Якутхон Набиевна

Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Неврологии, детской неврологии с медицинской генетикой ТашПМИ.

Ахмеджанова Зумрад Бахрамовна

Соискатель кафедры Неврологии, детской неврологии с медицинской генетикой ТашПМИ Zumrad1987@gmail.com +998(99)6176454.

**Аннотация:** В тезисе приводятся результаты исследования больных с COVID-19 с хронической ишемией мозга. Самым ранним и наиболее распространенным клиническим симптомом заболевания является нарушение когнитивных функций. Уже на самых ранних стадиях XИМ у 85-90% пациентов выявляются когнитивные нарушения различной степени выраженности, которые при заболевании COVID-19 прогрессируют.

**Ключевые слова:** Хроническая ишемия мозга, COVID-19, неврологические осложнения, умеренные когнитивные расстройства.

**Целью исследования** явилась оценка динамики когнитивных функций на основании клинико-неврологического обследования больных с XИМ 1-2 стадии, перенесших короновирусную болезнь.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 60 больных с XИМ 1-2 стадии. Основную группу составили 30 пациентов с XИМ, перенесших кароновирусную болезнь, группу сравнения составили 30 пациентов с XИМ 1-2 стадии. Состояние когнитивной сферы изучалось с помощью краткого теста оценки психической сферы — Mini Mental State Examination (MMSE), состояние психо-эмоциональной сферы определялось по Шкале депрессии Гамильтона (ШДГ).

**Результаты собственных исследований:** Анализ очаговой неврологической симптоматики показал: центральный парез VII пары черепно-мозговых нервов выявлен у 90% и 80%, центральный парез XII пары черепно-мозговых нервов имел место соответственно у 50% и 30% обследованных. Рефлексы орального автоматизма встречались соответственно у 30% и 20%, анизорефлексия диагностирована у 67% и 62% больных, шаткость в позе Ромберга у 67% и 57% и интенция при выполнение пальценосовой пробы у 32% и 20%, соответственно, у больных с ХИМ после каронорвирусной болезни и ХИМ.

В процессе наблюдения у больных основной группы общий балл по MMSE составил 21,7±0,02, тогда как в группе сравнения составил 23,8±0,04 что подтверждает отрицательное влияние кароновирусной болезни на когнитивную сферу.

У всех больных на момент включения в исследование выявлялись нарушения в эмоциональной сфере. Исследование психо-эмоционального состояния с помощью клинических шкал депрессии показало, что депрессивный синдром характерен в группе больных с ХИМ, но преобладает в основной группе. Результаты по Шкале депрессии Гамильтона (ШДГ) составляла в среднем по группе сравнения  $10,3\pm2,1$  баллов, что соответствует легкой депрессии (8-16 баллов), тогда как в основной группе больных с ХИМ, перенесших кароновирусную болезнь составила  $7,8\pm1,2$ баллов.

**Выводы:** При ХИМ нарастание неврологической симптоматики сочетается с углублением когнитивных и депрессивных расстройств. Формирование когнитивных и депрессивных расстройств соотносится с более обширным очаговым поражением головного мозга и более выраженными сосудистыми нарушениями, обусловленными кароновирусной болезнью.

Тошкент



# Литература:

- 1. Чуканова Е.И. , Чуканова А.С. Эффективность и безопасность препарата Мексидол ФОРТЕ 250 в рамках последовательной терапии у пациентов с хронической ишемией мозга © /журн Неврологии и психиатрии им Корсакова 2019, vol. 119, no 9
- 2. Чуканова Е.И., Чуканова А.С. Отдельные механизмы патогенеза формирования недостаточности мозгового кровообращения. *Фарматека* (кардиология/неврология). 2014;13(286):14-20.
- 3. Левин О.С. Диагностика и лечение дисциркуляторной энцефалопатии. Методическое пособие. М. 2010.
- 4. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. //Неврологический журнал 2006 ,11(приложение 1);с. 4-12
- 5. Захаров В.В. с соавт. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения: описание клинического случая// Терапевтический архив, №4, 2016, с.93-98
- 6. Маджидова Ё.Н., Азимова Н.М., Нарзиева Г.Н.,Бахрамов М.С.,Таджиев Т.Р. Эффективность терапии когнитивных нарушений и депрессивных расстройств при хронической ишемии мозга.//Неврология №1 2020
- 7. Румянцева С.А.,и соавт.Проблемы и перспективы коррекции промежуточного метаболизма у больных с сосудистой коморбидностью//журнал Нейропеws№1-2 2014.

# "ЎЗБЕКИСТОНДА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТАДҚИҚОТЛАР" МАВЗУСИДАГИ РЕСПУБЛИКА 24-КЎП ТАРМОҚЛИ ИЛМИЙ МАСОФАВИЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛЛАРИ

(18-кисм)

Масъул мухаррир: Файзиев Шохруд Фармонович Мусаххих: Файзиев Фаррух Фармонович Сахифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 31.01.2021

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz OOO Tadqiqot, город Ташкент, улица Амира Темура пр.1, дом-2. Web: http://www.tadqiqot.uz/; Email: info@tadqiqot.uz Тел: (+998-94) 404-0000

Editorial staff of the journals of tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,

Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: http://www.tadqiqot.uz/; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000