

YANG CONFERENCE.UZ 2023

O'ZBEKISTON: INNOVATSIYA, FAN VA TA'LIM

DAVRIYLIGI: 2018-2023



Карл Бенц
1885 год
Германия

Мощность:
0,9 л.с.

BIRINCHI BENZ AVTOMOBILI

Вид топлива:
бензин

Масса:
265 кг

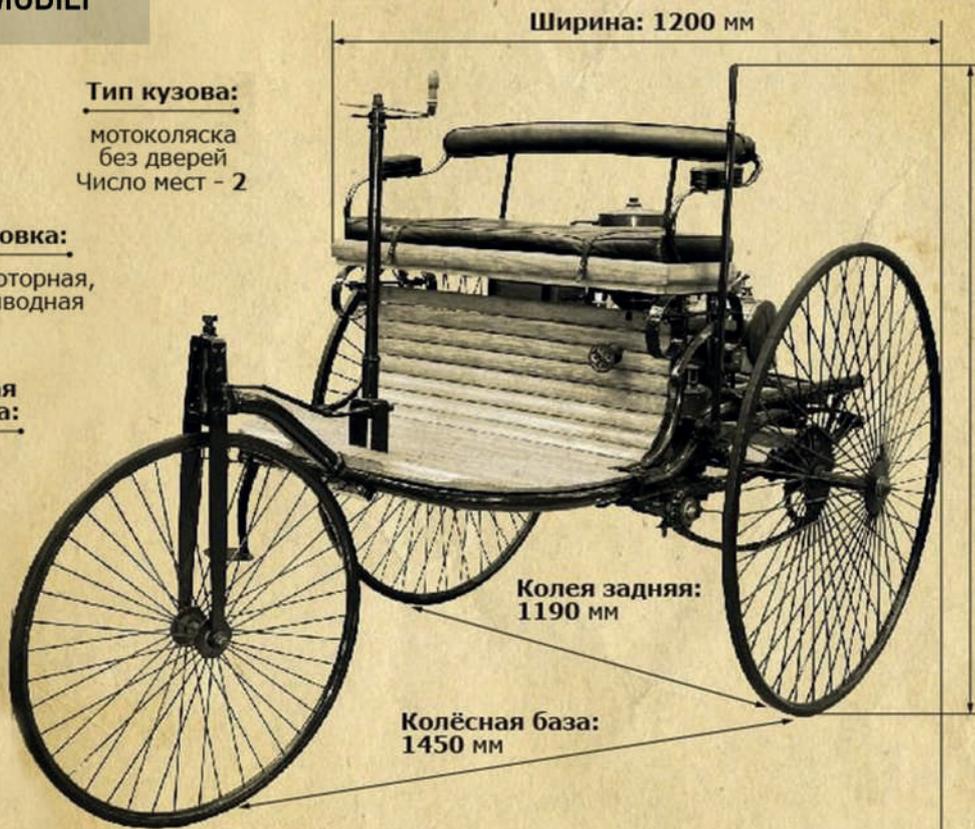
Двигатель:
0,954 L



Тип кузова:
мотоколяска
без дверей
Число мест - 2

Компоновка:
переднемоторная,
заднеприводная

Колёсная
формула:
4x2



Ширина: 1200 мм

Высота:
1400 мм

Колея задняя:
1190 мм

Колёсная база:
1450 мм

Длина: 2400 мм



TOSHKENT SHAHAR, AMIR
TEMUR KO'CHASI, PR.1, 2-UY.



+998 97 420 88 81
+998 94 404 00 00



WWW.TAQIQOT.UZ
WWW.CONFERENCES.UZ



MART
№50

**ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН:
ИННОВАЦИЯ, ФАН
ВА ТАЪЛИМ
18-ҚИСМ**

**НОВЫЙ УЗБЕКИСТАН:
ИННОВАЦИИ, НАУКА
И ОБРАЗОВАНИЕ
ЧАСТЬ-18**

**NEW UZBEKISTAN:
INNOVATION, SCIENCE
AND EDUCATION
PART-18**

ТОШКЕНТ-2023



УУК 001 (062)
КБК 72я43

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” [Тошкент; 2023]

“Янги Ўзбекистон: Инновация, фан ва таълим” мавзусидаги республика 50-кўп тармоқли илмий масофавий онлайн конференция материаллари тўплами, 31 март 2023 йил. - Тошкент: «Tadqiqot», 2023. - 28 б.

Ушбу Республика-илмий онлайн даврий анжуманлар «Харакатлар стратегиясидан – Тараққиёт стратегияси сари» тамойилига асосан ишлаб чиқилган еттита устувор йўналишдан иборат 2022 – 2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси мувофик:– илмий изланиш ютуқларини амалиётга жорий этиш йўли билан фан соҳаларини ривожлантиришга бағишланган.

Ушбу Республика илмий анжуманлари таълим соҳасида меҳнат қилиб келаётган профессор - ўқитувчи ва талаба-ўқувчилар томонидан тайёрланган илмий тезислар киритилган бўлиб, унда таълим тизимида илғор замонавий ютуқлар, натижалар, муаммолар, ечимини кутаётган вазифалар ва илм-фан тараққиётининг истиқболдаги режалари тахтил қилинган конференцияси.

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

1. Ҳуқуқий тадқиқотлар йўналиши

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

2. Фалсафа ва ҳаёт соҳасидаги қарашлар

Доцент Норматова Дилдора Эсоналиевна (Фарғона давлат университети)

3. Тарих саҳифаларидаги изланишлар

Исмаилов Ҳусанбой Маҳаммадқосим ўғли (Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Таълим сифатини назорат қилиш давлат инспекцияси)

4. Социология ва политологиянинг жамиятимизда тутган ўрни

Доцент Уринбоев Хошимжон Бунатович (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

5. Давлат бошқаруви

Доцент Шакирова Шоҳида Юсуповна «Тараққиёт стратегияси» маркази муҳаррири

6. Журналистика

Тошбоева Барнохон Одилжоновна (Андижон давлат университети)

7. Филология фанларини ривожлантириш йўлидаги тадқиқотлар

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



8.Адабиёт

PhD Абдумажидова Дилдора Рахматуллаевна (Тошкент Молия институти)

9.Иқтисодиётда инновацияларнинг тугган ўрни

Phd Вохидова Мехри Хасанова (Тошкент давлат шарқшунослик институти)

10.Педагогика ва психология соҳаларидаги инновациялар

Турсунназарова Эльвира Тахировна Низомий номидаги Тошкент давлат педагогика университети Хорижий тиллар факультети ўқув ишлари бўйича декан ўринбосари

11.Жисмоний тарбия ва спорт

Усмонова Дилфузахон Иброхимовна (Жисмоний тарбия ва спорт университети)

12.Маданият ва санъат соҳаларини ривожлантириш

Тоштемиров Отабек Абидович (Фарғона 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.Муסיқа ва ҳаёт

Доцент Чариев Турсун Хуваевич (Ўзбекистон давлат консерваторияси)

16.Техника ва технология соҳасидаги инновациялар

Доцент Нормирзаев Абдуқайом Раҳимбердиевич (Наманган муҳандислик-қурилиш институти)

17.Физика-математика фанлари ютуқлари

Доцент Соҳадалиев Абдурашид Мамадалиевич (Наманган муҳандислик-технология институти)

18.Биомедицина ва амалиёт соҳасидаги 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 ютуқлари

Рахмонова Доно Қаххоровна (Навоий вилояти табиий фанлар методисти)



22. Биология ва экология соҳасидаги инновациялар

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

23. Агропроцессинг ривожланиш йўналишлари

Проф. Хамидов Муҳаммадхон Ҳамидович «ТИИМСХ»

24. Геология-минерология соҳасидаги инновациялар

Phd доцент Қаҳҳоров Ўктам Абдурахимович (Тошкент ирригация ва қишлоқ хўжалигини механизациялаш муҳандислари институти)

25. География

Йўлдошев Лазиз Толибович (Бухоро давлат университети)

Тўпلامга киритилган тезислардаги маълумотларнинг ҳаққонийлиги ва иқтибосларнинг тўғрилигига муаллифлар масъулдир.

© Муаллифлар жамоаси

© Tadqiqot.uz

PageMaker\Верстка\Саҳифаловчи: Шаҳрам Файзиев

Контакт редакций научных журналов. tadqiqot.uz
ООО 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 СОҲАСИДАГИ
ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР**

1. Эшмурзаева А.А. СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.	7
2. Ergasheva Gulhayo Ismoil qizi. MUNIM HAYOTIY BIRIKMA-VITAMINLAR. KELIB CHIQISH TARIXI VA UNING ORGANIZMDAGI VAZIFASI	9
3. Алейник Владимир Алексеевич, Хамидов Диёрбек Абдуллаевич АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ASP919GLY В ГЕНЕ MTR В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА	11
4. Арифов С.С., Тухтаев М.Б. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА	13
5. Арифов С.С., Тухтаев М.Б. ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМАТОКРИТНОГО ЧИСЛА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА	15
6. Хамидов Диёрбек Абдуллаевич МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	17
7. Xodjayeva Naimaxon Umirzaqovna, Ergasheva Gulhayo Ismoil qizi UGLEVODLAR VA UNING TIRIK ORGANIZMDAGI VAZIFALARI.	19
8. Фаттахов Равшан Абдурашидович СВЯЗЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА СТОМАТОЛОГОВ С СИНДРОМОМ ВЫГОРАНИЯ	20
9. Elmurodova N.B. IMMEDIATE RESULTS OF TRACHEOESOPHAGEAL BYPASS WITH VOICE PROSTHESIS.	22
10. Norov Shohmurod, Marufhanov Hamid Mahmudovich TILNI KO'ZDAN KESHIRISHNI DIAGNOZ QUYISHDAGI ANAMIYATI.....	23
11. Талипов Рустам Миркабилович ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	24
12. Тухтаева Нигора Хасановна СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ	25
13. Худайбергана Н.Х., Ахмедова И.М. КЛИНИКО – БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕЖЕЛУДОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ	26



БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ СОҲАСИДАГИ ИЛМИЙ ИЗЛАНИШЛАР

СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.

Эшмурзаева А.А.

Ташкентская медицинская академия

Телефон: +998909377932

Aida474@mail.ru

Ревматоидный артрит (РА) - центральная проблема современной ревматологии, что объясняется, прежде всего, его значительной и повсеместной распространенностью, поражением лиц преимущественно трудоспособного возраста, неуклонным прогрессированием болезни, приводящим к снижению качества жизни и в итоге – инвалидизации. Клинически выраженный системный ревматоидный васкулит относится к числу тяжелых осложнений РА и развивается приблизительно у 1% больных. Дисфункция эндотелия, рассматриваемая как наиболее ранний «предиктор» поражения сосудов, выявляется при РА как на ранней, так и поздней стадиях заболевания, независимо от активности болезни. Интересным является оценка состояния маркеров дисфункции эндотелия, изменение которых может способствовать прогрессированию заболевания.

Цель исследования - изучение состояния маркеров дисфункции эндотелия у больных РА с анемическим синдромом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 68 пациентов с достоверным РА, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении 3 клиники ТМА, в возрасте 19-76 лет. Средний возраст больных составил $42,3 \pm 1,1$ года. Длительность заболевания от 1 до 25 лет. В контрольную группу, сопоставимую с основной по возрасту и полу, вошли 14 здоровых добровольцев. Активность ревматоидного артрита оценивалась по показателям DAS 28, уровням СОЭ и количеству лейкоцитов. Объем исследования больных включал общепринятые клинико-рентгенологические исследования. Содержание десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови определяли по методу Hladovec. J. (1972). Процентное содержание фактора Вилленбранда исследовали по методу В.Г.Михайлова (1986). Сумму активных форм тромбоцитов определяли с помощью морфофункционального метода, предложенного А.С. Шитиковой (1988).

Результаты исследования. У больных РА без анемического синдрома при сравнении с группой здоровых лиц содержание десквамированных эндотелиоцитов в плазме крови повышалось в среднем в 2,3 раза, у больных РА с анемическим синдромом оно превысило исходный уровень в 4 раза, Интересная динамика отмечена в отношении синтеза оксида азота. Так, у больных РА без анемического синдрома она уменьшилась на 17% при сравнении с группой здоровых лиц. У больных РА с анемическим синдромом данный показатель снижался на 39%. Содержание фактора Вилленбранда у больных РА без анемического синдрома повышалось на 17% по сравнению с показателями здоровых лиц, у больных РА с анемией - на 24%. Известно, что тромбоциты усиленно адсорбируются на участок, лишенных эндотелиальной выстилки на фоне дисфункции эндотелиоцитов, что приводит к повышению активных форм кровяных пластинок. Наблюдаемая динамика активных форм тромбоцитов у больных РА имела тенденцию к повышению независимо от анемического синдрома в среднем в 2,5 раза при сравнении с группой здоровых лиц. Анемический синдром у данного континента больных сопровождалось повышением суммы форм тромбоцитов в среднем в 2,6 раза

Выводы: следовательно, наличие определенной корреляционной связи между



повышением уровня десквамированных эндотелиоцитов, фактора Вилленбранда, активных форм тромбоцитов у больных РА указывает на то, что при данной патологии возникает эндотелиальная дисфункция, выраженность которой возрастает с развитием анемического синдрома.



MUHIM HAYOTIY BIRIKMA-VITAMINLAR. KELIB CHIQUISH TARIXI VA UNING ORGANIZMDAGI VAZIFASI

Ergasheva Gulhayo Ismoil qizi.
Chortoq Ibn Sino nomidagi tehnikum
2-bosqich 28-guruh talabasi.
Telefon: 941795755

Annotatsiya. Ushbu maqola vitaminlar va ularni kelib tarixi. Bu borada ilmiy izlanishlar olib brogan olimlar va ularning faoliyati xaqida to`xtalib, mavzuni yoritishga e`tabor berilgan. Vitaminlar inson hayotida nechog`lik muhim ahamiyat kasb etishi, ularning organizmdagi vazifalari xaqida tushuncha berilgan.

Kalit so`zlar. Vita - hayot. Vitaminlar tushunchasi. Uning taraqqiyotiga xissa qo`shgan olimlar. J.Lind, F.Xopkins, K.Eykman, Funk Lunin. Beri-beri kasalligi, singa kasalligi, Ergosterin, Provitamin, yog`da eriydigan vitaminlar, suvda eriydigan vitaminlar, A, D, E, K, B, C, PP vitaminlari.

Hozirda vitaminlar barcha uchun tanish va keng qamrovga ega tushuncha xisoblanadi. Lekin bu davrga kelguncha, insonlar uni to`liq kashf etgunga qadar juda katta yillarni o`tkazdi. Vitaminlarni o`rganish 18-asrdayoq boshlandi. Bu termin vujuga kelgunga qadar insonlar organizm asosini suv, organik va anorganik birikmalar, makro-mikroelementlar, fermentlar tashkil etishini bilishardi. Keyinchalik esa organizm bir butun sistema sifatida ishlashi uchun yana qandaydir birikma zarur ekanligini aniqlashdi. Bu ishni esa ingliz shifokorlari J.Lind, F.Xopkins yapon shifokori K.Takaki, golland shifokori K.Eykman va Lunin va Funk kabi zamonaviy tibbiyot soha vakillari o`rganib, kerakli tavsiyalar bera oldilar.

Dastlab 19-asrda singa va beri-beri kassaligi epidemiyasi tobora avj olib bora boshladi. Insonlar bu kassalikni qanday va nima yetishmasligidan kelib chiqishini bilolmadilar va singa kasali bilan aholini 70-80%, beri-beri kasaligi bilan esa 30% aholi kasallikka chalindi. Yapon shifokori K.Takaki go`sht, sut va yangi sabzavotlarda beri-beri kasalligini oldini oladigan qandaydir moddalar bor degan fikrni aytadi. Keyinchalik K.Eykman bemorlarga guruch po`stlog`ini yuvmasdan pishirib berilganda ular tuzala boshlaganini kuzatdi. Lekin bu yerda qandaydir ferment yoki birikma emas yana nimadir sabab ekanligini aytib o`tadi. N.Lunin esa istemol qilinayotgan mahsulot va oziq ovqatimiz tarkibida oqsil, uglevod, yog` va suvdan tashqari yana qandaydir birikma bor degan xulosaga keladi. O`zining mulohazalari asosida ilmiy izlanadi. Ammo aynan vitaminlar xaqidagi ta`limot K.Funk nomi bilan bog`liq. U birinchilardan bo`lib, kristall xoldagi ajratib olingan beri-beri kasaligini oldini oluvchi organik moddani topadi va o`z tarkibida organik moddalarni saqlagani uchun uning nomini “Vitaminlar” deb atashni taklif etadi.

Bizga ma`lumki, vitamin so`zi lotinchada vita-hayot so`zidan olingan, yani hayotiy birikmalarni o`zida saqlovchi murakkab komponentlar jamlanmasidir. Vitaminlar bevosita biz iste`mol qilayotgan oziq ovqat mahsulotlari, mevalar sabzavotlar go`sht sut mahsulotlari tarkibida uchrab organizmga tushgandan so`ng, ovqat hazm qilish davridayoq aktiv xolatga keladi va barcha organizmda sodir bo`ladigan biokimyoviy, biofunsional jarayonlar kimyoviy reaksiyasini faollashtirib, hujayra to`qimalargacha kirib boradi. Vitaminlar organizmda o`zlashtirilgandan keyin organism rivojlanishi, o`sishi, takomilashi va ayniqsa moddalar almashinuviga tasir ko`rsatadi. Ko`pgina vitaminlar yetishmasligi moddalar almashinuvini izdan chiqishiga olib kelishi mumkin. Organizmda vitaminlarning kamayishi gipovitaminoz hozirda avitaminoz deb ataladi. Kam xollarda esa ularning organizmda miqdori oshib gipervitaminoz kasalligini keltirib chiqaradi. Bazi vitaminlar oziq mahsuloti bilan birga provitamin ko`rinishida uchraydi va ular to`qimalarda vitaminlarning bialogok faol shakliga aylanib ichaklarda so`rilganda o`tgan yog`da eruvchi vitaminlar kofermentlarga aylanadiva aporferment bilan bog`lanib, murakkab fermentni hosil qiladi. Fermentlarning yashash muddati kam bo`lganligi sababli ular parchalanib, organizmdan turli metabolitlar shaklida chiqarib yuboriladi. Vitanning yetishmasligi insonning mehnat qobiliyati pasayishida turli kassalıklarga organizmning himoya reaksiyasi –immunitetning pasayishida, tashqi muhitning turli omillariga qarshi reaksiyaning pasayishi bilan namoyon bo`ladi. Ba`zi vitaminlar aminokislotalar.

Masalan: vitamin H-biotin, asparaginserin va boshqa aminokislotalar almashinuvida ishtirok



etadi. Vitamin yetishmasligi faqat organizmga vitaminning kam kirishi emas balki boshqa sabablar:ularning ichaklarda so`rilishini buzilishi, to`qimalarga yetkazishning va biologik faol shaklga aylanish jarayonlarining sustlashuvi ham sabab bo`ladi.

Vitaminlar dastlab lotin alofbosining harflari bilan nomlangan bo`lsa keyinchalik kimyoviy tuzilishiga qarab, xalqaro standartlashtirishning yangi nomi bilan ataladigan bo`ldi. Vitaminlarni xususiyatiga ko`ra 2 ta:

Yog`da eriydigan: A,D,E,K vitaminlari.

Suvda eriydigan: B guruhi vitaminlari va C, PP, pantaten, folat, paraaminobenzoat kislotalar va b. vitaminlar kiradi

Vitaminlardan tashqari yana provitamin tushunchasi ham bo`lib, ular organizmda turli o`zgarishga uchrab vitamininga aylanadigan moddalar. Bularga karotinlar (A provitamin) D vitaminiga aylanadigan bazi bir sterinlar (Ergosterin va b) kiradi.

Vitaminlar tabiatiga ega bo`lgan moddalar tuzilishi va tarkibi jixatidan bir-biridan ma`lum darajada farq qiladi. Lekin ularning kimyoviy va biologik xossasi deyarli yaqin, aktivligi bo`yicha bir oz boshqacha bo`lishi mumkin, Bunday hodisa fanda “vitameriya”deb ataladi. O`xshash ta`sirga ega moddalar esa vitamerlar deyiladi. Masalan D vitaminining 5 ta vitameri fanga ma`lum bo`lsa, A vitaminining 2 ta vitameri mavjud.

Xulosa qilib aytganda, barcha vitaminning organizmda o`z o`rni va vazifasi bo`lib, bu vazifani boshqa hech qaysi birikma yoki moddalar bajara olmaydi. Ular birgalikda yahlit bir tizim sifat moddalar almashinuvi, oqsil sintezlari, biokimyoviy reaksiyalarda faol ishtirok etadi. Organizmdagi qaysidir vitaminning oz yoki ko`p bo`lishi butun bir organizmdagi jarayonlar faoliyatini izdan chiqarishi mumkin. Ularni nafaqat tabiiy holda oziq ovqat mahsulotidan va yoinki suniy ravishdagi dori mahsuloti tarzida is`temol qilish lozim bo`ladi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Yu.U.Ovchinnikov.”Biorganicheskaya ximiya” M.Prosvesheniya.1987 yil
2. N.A.Tyukavkina.”Bioximiya”M.Mir 1989 yil
3. M.Dikson “Fermenti” M.Mir 2002 yil
4. Abdullayev.Sh; Ergasheva.E “Vitaminlar va ularning tuzilishi” Namangan 2014-yil.
5. Ziyo.uz sayti.



АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ASP919GLY В ГЕНЕ MTR В РИСКЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алейник Владимир Алексеевич,
профессор кафедры “Нормальной и патологической физиологии” Андижанского Государственного Медицинского Института
Телефон: +998902116321
mr.trupper@mail.ru

Хамидов Диёрбек Абдуллаевич,
ассистент кафедры “Пропедевтики внутренних болезней” Андижанского Государственного Медицинского Института
Телефон: +998914770405
d.abdullaevich@gmail.com

АННОТАЦИЯ: При COVID-19 могут сочетаться различные этиопатогенетические механизмы формирования сердечно-сосудистых осложнений (ССО): наличие предрасполагающих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), прямое и опосредованное повреждение миокарда и сосудов, и наконец, кардиотоксические эффекты лекарственных препаратов разных фармакологических групп, которые назначают для лечения этой инфекции [2]. Действительно, создается впечатление, что риск ССО новой коронавирусной инфекции выше, чем это было отмечено во время эпидемий, вызванных SARS-CoV (тяжелый острый респираторный синдром) и MERS-CoV (ближневосточный респираторный синдром). У пациентов, умерших от COVID-19, уровни биомаркеров перед смертью были в 12 раз выше при наличии морфологических признаков поражения миокарда, чем при их отсутствии [3]. Повышение значений биомаркеров является признаком неблагоприятного исхода имеющегося заболевания. Несомненно, необходимы дальнейшие исследования диагностической и прогностической роли биомаркеров миокардиального стресса при COVID-19 [1].

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Инфаркт миокарда, COVID-19, генетический полиморфизм ASP919GLY в гене MTR.

В специализированном центре, для лечения больных инфицированных COVID-19, города Андижан, в Андижанском филиале Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра Кардиологии, в отделении «Кардиологии» Андижанского Областного Многопрофильного Центра и в Андижанском филиале Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи, был произведен сбор клинических и лабораторных материалов с больных, лечащихся от сердечно-сосудистой патологии. Всего, в исследование, было вовлечено 94 больных с инфарктом миокарда, старше 18 лет.

Данные пациенты были разделены на две группы: пациенты с инфарктом миокарда имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19 и пациенты с инфарктом миокарда, не имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19. Всего, в исследование, было вовлечено 94 больных с инфарктом миокарда, старше 18 лет. Из них:

- первая группа - 53 пациента с инфарктом миокарда, имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19;
- вторая группа – 41 пациент с инфарктом миокарда, не имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью стандартного пакета прикладных программ OpenEpi V.9.2. Анализ отклонения эмпирических частот генотипов от теоретически ожидаемого распределения Харди–Вайнберга осуществляли с помощью пакет программы Statistica 6.0.

У больных с COVID-19 ассоциированным инфарктом миокарда и контроля, доля Asp и Gly аллелей составила 79,2% и 85,0% против 20,8% и 15,0% соответственно. При статистической обработке, выявлено незначимое уменьшение частоты встречаемости дикого аллеля Asp, с высокими отношениями шансов, у больных с COVID-19 ассоциированным инфарктом



миокарда по сравнению с условно-здоровыми донорами ($\chi^2=1,6$; $P=0,3$; $OR=0,7$; $95\%CI: 0,36-1,25$). Но, несмотря на вышеуказанные данные, вероятность риска развития ИМ у больных с COVID-19 возрастает в 1,5 раза, в сравнении с контролем, с учётом присутствия неблагоприятного аллеля Gly при $\chi^2=1,6$; $P=0,3$; $OR=1,5$; $95\%CI: 0,8-2,76$ соответственно. Частота дикого генотипа Asp/Asp у пациентов с COVID-19 ассоциированным инфарктом миокарда и контрольной группы, составили 60,4% против 72,2% соответственно. Как видно, частота дикого генотипа Asp/Asp среди пациентов с COVID-19 ассоциированным инфарктом миокарда оказалась незначимо ниже, чем в контрольной группе ($\chi^2=2,1$; $P=0,2$; $OR=0,6$; $95\%CI: 0,29-1,2$). Исходя из этого, следует отметить, что наличие данного генотипа не оказывает защитного воздействия в развитии ИМ у больных с COVID-19. Выявленная тенденция к увеличению количества неблагоприятного генотипа Asp/Gly у исследуемых пациентов, свидетельствует о небольшом влиянии данного генотипа в развитии инфаркта миокарда у лиц с вирусной инфекцией COVID-19 в анамнезе (37,7% против 25,6% при $\chi^2=2,4$; $P=0,2$; $OR=1,8$; $95\%CI: 0,85-3,65$). Это достоверно повышает риск развития ИМ у больных с COVID-19 в 1,8 раза. Частота обнаружения гомозиготного генотипа Gly /Gly у данной категории больных была незначима по отношению к контрольной группе, и сосило 1,9% против 2,2% при $\chi^2=0,0$; $P=0,9$; $OR=0,8$; $95\%CI: 0,05-9,54$.

Таким образом, рассчитанный относительный риск развития COVID-19 ассоциированного ИМ возрастал при обнаружении минорного аллеля Gly и генотипа Asp/Gly, а у больных с ИМ без COVID-19 в анамнезе риск развития данной патологии увеличился при наличии мутантного аллеля Gly и связанного с ним неблагоприятного генотипов Asp/Gly и Gly/Gly по отношению к группе контроля.

Список использованной литературы:

1. Бучинская Н.В., Исупова Е.А., Костик М.М. Гомоцистеинурия: литературный обзор и описание клинического случая // Вопросы современной педиатрии. - 2019. – Т.18, №3. – С. 187 - 195.
2. Бубнова М. Г. Кардиоваскулярная профилактика. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2018. – Т. 23. – № 6. – С. 7–122.
3. Бучинская Н.В., Исупова Е.А., Костик М.М. Гомоцистеинурия: литературный обзор и описание клинического случая // Вопросы современной педиатрии. - 2019. – Т.18, №3. – С. 187 - 195.
4. Шкода О.С., Шилова А. Н. Оценка частоты встречаемости полиморфных вариантов ключевых генов системы гемостаза и метаболизма фолиевой кислоты у пациентов с ишемической болезнью сердца // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2018. - №2. - С.70 - 77.
5. Баканова М.Л., Минина В.И., Савченко Я.А. Полиморфные варианты генов фолатного цикла у больных раком легкого // Сибирский онкологический журнал. – 2019. - 18(2). – С.70-77.



ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Арифов С.С., Тухтаев М.Б.

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников МЗ РУз, Ташкент
Тел: +99898-306-52-32
dr_tukhtaev@mail.ru

Целью исследования было оценка клинического течения заболевания при болезни Меньера. Всем обследуемым больным проведено комплексное исследование состояние органа слуха с применением психоакустических и объективных методов. Результат исследования показал, что клиническое течения болезни Меньера зависит от продолжительности и тяжести заболевания.

Ключевые слова: болезнь Меньера, течение, диагностика, приступы.

Болезнь Меньера признана одной из частых причин слуховестибулярных расстройств, представляющих трудноразрешимую задачу для клинициста и особенно для врача общей практики.

Цель работы: оценка клинического течения заболевания при болезни Меньера.

Материал и методы исследования. Всем обследуемым больным проведено комплексное исследование состояние органа слуха с применением психоакустических и объективных методов.

Результаты исследования. В период приступа БМ жалобы больных сводились следующим – снижение слуха, шум, нарушение разборчивости речи и чувство заложенности в пораженном ухе, непереносимость громких звуков, усиленное восприятие собственного голоса (аутофония), приступообразное головокружение с расстройством равновесия, тошнотой, рвотой, учащением сердцебиения, усилением потоотделения.

В межприступный период количество и выраженность жалоб больных уменьшалось и отмечено снижение слуха, шум, нарушение разборчивости речи, непереносимость громких звуков в пораженном ухе.

Во всех случаях заболевание началось с одной стороны и 12 (6,3%) больных в последующем процесс стал двухсторонним. На основе жалоб больных и истории развития болезни одностороннее поражение имело место в 179 и соответственно двухстороннее – 12 случаях. При одностороннем процессе, она локализовалась у 86 (37,5%) больных на правом и 93 – на левом ухе.

У всех больных имелась жалоба на снижение остроты слуха в пределах умеренной и тяжелой степени. Хотя, снижение слуха во всех случаях было постоянным, 31 (16,2%) больных отмечали колебания остроты слуха (так называемая «субъективная» флюктуация слуха) в больном ухе. Из них в 28 случаях отмечено взаимосвязь флюктуации слуха с приступами головокружения: понижение остроты слуха перед приступом и во время нее, с последующим улучшением слуха. У 3-х больных с начальной стадией БМ слух возвращался в границы возрастной нормы. Флюктуация слуха у 7 больных наблюдалась также при нервно-эмоциональном или физическом напряжении, при изменении величины атмосферного давления.

Снижение слуха была у 179 (93,7%) больных односторонней и 12 (6,3%) – двухсторонней. 94,2% больных указывали на прогрессивное снижение слуха с увеличением продолжительности болезни, особенно после каждого последующего перенесённого приступа. 17 (8,9%) отметили на стабильный характер, т.е., без тенденции к прогрессированию снижения слуха в течении всей продолжительности болезни.

Шум в пораженном ухе имелся у всех обследованных больных, из них 167 (87,4%) был постоянный и 24 (12,6%) – непостоянный. Он у 179 (93,7%) больных односторонний и 12 (6,3%) – двухсторонний. Непосредственно перед приступом и во время него у всех больных интенсивность шума усиливалась. 131 (68,6%) больных после них отмечено изменение ее характера, т.е., увеличение интенсивности и количества тонов. 41 (21,5%) случаях шум исключительно соответствовал низко- и среднечастотному спектру.



Ощущение заложенности, тяжести или давления в поражённом ухе или обоих ушах отмечали 178 (93,2%) больных и он был периодическим, т.е., перед приступом периоде или в момент приступа, тогда как вне приступа он отсутствовал.

Системное головокружение было кардинальной жалобой больных БМ и ее проявление в течение заболевания были разнообразными у обследованных больных. У всех больных системное головокружение имело приступообразный характер, начиналась внезапно или на фоне ауры. Она проявлялась ощущением вращения самого больного или окружающих предметов в определённой плоскости. Более 80% случаях это было по часовой стрелке во фронтальной или горизонтальной плоскости. Продолжительность головокружения варьировала в пределах от 20 минут до 12 часов, средний показатель составил 3,7±1,14 час.

В 1% всех случаев вестибулярных кризов проявлялись в виде внезапно возникающего мгновенного и неожиданного падения больного без потери сознания, но при этом он сразу самостоятельно вставал без признаков нарушения равновесия и координации (по типу дроп-атаки или отолитические кризы Тумаркина).

Во всех случаях приступы головокружения сопровождалась тошнотой и 31% рвотой. Во всех случаях рвота наступала на самой выраженной ступени вестибулярного криза, не была связана с приемом пищи, после нее не происходило облечение приступа головокружения. В период приступа и ближайший период после нее все больные отмечали утомляемость, раздражительность, головную боль. Анализ жалоб и истории развития болезни показал, что в 2% случаях аурой для вестибулярной «атаки» выступали мигренеподобная головная боль, которая имела «сжимающий» характер и сочеталась оталгией.

Литература:

1. Зайцева О. В. Роль танакана в повышении эффективности вестибулярной реабилитации. Вестник оториноларингологии. 2014;(5):66-68.
2. Крюков А.И., Федорова О.К., Антонян В.Г., Шеремет А.С. Клинические аспекты болезни Меньера. Монография. М. Медицина. 2006.240 с.
3. Левина Ю.В., Кунельская Н.Л., Красюк А.А., Бауш Я.А. Эпидемиологическая характеристика больных, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями при гидропсе лабиринта. Вестн. оториноларингологии. 2011; 4: 40–42.
4. Болезнь Меньера. Методические рекомендации. Составители Маматова Т.Ш., Джабаров К.Д. Ташкент. 2009. 18 с.
5. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Левина Ю.В. Болезнь Меньера: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение. Consilium Medicum. 2016; 18 (3): 107–116. DOI: 10.26442/2075-1753_2016.3.107-116.
6. Ярославская М.А., Петровская А.Н. Психологические особенности пациентов с болезнью Меньера и их психосоциальная адаптация. Вестн. оториноларингологии. 2013; 78 (6): 99–101.
7. Baráth K, Schuknecht B, Naldi AM, Schrepfer T, Bockisch CJ, Hegemann SC. Detection and grading of endolymphatic hydrops in Ménière’s disease using MR imaging. AJNR Am J Neuroradiol. 2014 Jul;35(7):1387-92. doi: 10.3174/ajnr.A3856. Epub 2014 Feb 13. PMID: 24524921.
8. Coelho DH, Lalwani AK. Medical management of Ménière’s disease. Laryngoscope. 2008; 118 (6): 1099–108. Doi: 10.1097/MLG.0b013e31816927f0.
9. Magnan J, Özgirgin ON, Trabalzini F, Lacour M, Escamez AL, Magnusson M, Güneri EA, Guyot JP, Nuti D, Mandalà M. European Position Statement on Diagnosis, and Treatment of Meniere’s Disease // J Int Adv Otol. 2018; 14 (2): 317–321. doi: 10.5152/iao.2018.140818.
10. Nabi S, Parnes LS. Bilateral Ménière’s disease. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2009; 17 (5): 356–62. Doi: 10.1097/MOO.0b013e3283304cb3.
11. Unsal S., Gumus N.M., Gunduz M. Peripheral and central vestibular system findings in Meniere’s disease //Int Tinnitus J. 2019;23(1):115-121
12. Zhang SL, Leng Y, Liu B et al. Meniett Therapy for Ménière’s Disease: An Updated Meta-analysis. Otol Neurotol 2016



ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМАТОКРИТНОГО ЧИСЛА ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА

Арифов С.С., Тухтаев М.Б.

Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников МЗ РУз, Ташкент

Тел: +99898-306-52-32

dr_tukhtaev@mail.ru

Целью исследования было оценить изменение гематокритного числа в различные периоды болезни Меньера и при различном клиническом течении ее приступа. Проведено обследование 47 больных достоверным или подтвержденным диагнозом болезнь Меньера. У всех 47 больных (основная группа) и 30 здоровых лиц (контрольная группа) было изучено гематокритное число применением прямой методики. Результат исследования показал, что по изменению показателя гематокрита выявлена прямая зависимость между степенью дегидратации организма и клиническим течением приступа болезни Меньера.

Ключевые слова: болезнь Меньера, гематокрит, диагностика, приступы.

БМ занимает 2-е место после доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения по частоте встречаемости среди периферических причин головокружения [1,4,6,9,11]. По данным кафедры оториноларингологии РГМУ им. Н.И.Пирогова больные БМ составляют 9,5% от общего числа больных, проходящих стационарное лечение по поводу кохлеовестибулярных нарушений [1,5,10].

В патогенезе БМ важное место отводится формированию эндолимфатического гидропса, при котором, повышается объем эндолимфы в перепончатом лабиринте внутреннего уха. Это приводит к повышению давления эндолимфы. При этом может возникать микродефекты на рейсснеровой мембране, в результате которого эндо- и перилимфа перемешиваются. Учитывая, что последние имеют разный электролитный состав: попадание богатой калием эндолимфы в перилимфу вызывает деполяризацию вестибулярного нерва и его перевозбуждение, которое вскоре сменяется блоком проведения нервного импульса [3,7]. Согласно другой теории в основе приступов головокружения при БМ лежит не разрыв рейсснеровой мембраны, а внезапное перемещение значительного объема эндолимфы из улитки в область преддверья лабиринта и полукружных каналов [8,9]. Возможные причины водянки включают перепроизводство эндолимфы или уменьшение поглощения эндолимфы или включают оба [5,8,12].

Известно, что гематокритное число соотношение объема плазмы крови и эритроцитов крови. Гематокритное число в возрастном периоде 18 лет и старше колеблется в пределах от 34 до 51%, в том числе у лиц женского пола 34 – 47, мужского – 35 – 51%. При дегидратации гематокрит увеличиваются просто потому, что уменьшен объем плазмы. Напротив, у человека, который получил слишком много жидкости, следует ожидать их снижения. Абсолютное число эритроцитов и общее содержание гемоглобина при этом не меняются [2,4,10].

Цель работы: оценить изменение гематокритного числа в различные периоды болезни Меньера и при различном клиническом течении ее приступа.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 47 больных достоверным или подтвержденным диагнозом болезнь Меньера. У всех 47 больных (основная группа) и 30 здоровых лиц (контрольная группа) было изучено гематокритное число применением прямой методики.

Результаты исследования. У больных контрольной группы гематокритное число составило $39,61 \pm 0,11\%$. Средний показатель всех обследованных больных составил $42,41 \pm 0,12\%$. Самый низкий показатель был у больных в период между приступами ($39,82 \pm 0,12\%$), затем в период приступа, при которой не имелась рвота ($40,19 \pm 0,23\%$). У 11 больных с единичными эпизодами рвоты во время приступа гематокритное число составило $43,01 \pm 0,09\%$.

Наибольший сдвиг гематокритного числа наблюдался в тех случаях, когда на протяжении приступа имело место неукротимая рвота и он составил $49,98 \pm 0,09\%$, что достоверно отличается от значений других больных и здоровых лиц ($P < 0,05$).



Таким образом, по изменению показателя гематокрита выявлена прямая зависимость между степенью дегидратации организма и клиническим течением приступа болезни Меньера. При этом на данный показатель оказывало влияние наличие рвоты и степень ее проявления. Это следует учитывать при лечении больных болезнью Меньера.

Литература:

1. Зайцева О. В. Роль танакана в повышении эффективности вестибулярной реабилитации. Вестник оториноларингологии. 2014;(5):66-68.
2. Крюков А.И., Федорова О.К., Антонян В.Г., Шеремет А.С. Клинические аспекты болезни Меньера. Монография. М. Медицина. 2006.240 с.
3. Левина Ю.В., Кунельская Н.Л., Красюк А.А., Бауш Я.А. Эпидемиологическая характеристика больных, страдающих кохлеовестибулярными нарушениями при гидропсе лабиринта. Вестн. оториноларингологии. 2011; 4: 40–42.
4. Болезнь Меньера. Методические рекомендации. Составители Маматова Т.Ш., Джаббаров К.Д. Ташкент. 2009. 18 с.
5. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Левина Ю.В. Болезнь Меньера: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение. Consilium Medicum. 2016; 18 (3): 107–116. DOI: 10.26442/2075-1753_2016.3.107-116.
6. Ярославская М.А., Петровская А.Н. Психологические особенности пациентов с болезнью Меньера и их психосоциальная адаптация. Вестн. оториноларингологии. 2013; 78 (6): 99–101.
7. Baráth K, Schuknecht B, Naldi AM, Schrepfer T, Bockisch CJ, Hegemann SC. Detection and grading of endolymphatic hydrops in Ménière’s disease using MR imaging. AJNR Am J Neuroradiol. 2014 Jul;35(7):1387-92. doi: 10.3174/ajnr.A3856. Epub 2014 Feb 13. PMID: 24524921.
8. Coelho DH, Lalwani AK. Medical management of Ménière’s disease. Laryngoscope. 2008; 118 (6): 1099–108. Doi: 10.1097/MLG.0b013e31816927f0.
9. Magnan J, Özgirgin ON, Trabalzini F, Lacour M, Escamez AL, Magnusson M, Güneri EA, Guyot JP, Nuti D, Mandalà M. European Position Statement on Diagnosis, and Treatment of Meniere’s Disease // J Int Adv Otol. 2018; 14 (2): 317–321. doi: 10.5152/iao.2018.140818.
10. Nabi S, Parnes LS. Bilateral Mènière’s disease. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2009; 17 (5): 356–62. Doi: 10.1097/MOO.0b013e3283304cb3.
11. Unsal S., Gumus N.M., Gunduz M. Peripheral and central vestibular system findings in Meniere’s disease //Int Tinnitus J. 2019;23(1):115-121
12. Zhang SL, Leng Y, Liu B et al. Meniett Therapy for Ménière’s Disease: An Updated Meta-analysis. Otol Neurotol 2016



**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ COVID-19
АССОЦИИРОВАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Хамидов Диёрбек Абдуллаевич,
ассистент кафедры “Пропедевтики внутренних болезней”
Андижанского Государственного Медицинского Института
Телефон: +998914770405
d.abdullaevich@gmail.com

АННОТАЦИЯ: У пациентов, умерших от COVID-19, уровни биомаркеров перед смертью были в 12 раз выше при наличии морфологических признаков поражения миокарда, чем при их отсутствии. Повышение значений биомаркеров является признаком неблагоприятного исхода имеющегося заболевания. Несомненно, необходимы дальнейшие исследования диагностической и прогностической роли биомаркеров миокардиального стресса при COVID-19. Его повышение может быть связано с прямой цитокиновой стимуляцией синтеза BNP, что предполагается при сепсисе. Но, нужно учитывать возможные другие причины повышения содержания в крови NT-proBNP тоже. Однако при прочих равных условиях избыточная секреция BNP, скорее всего, свидетельствует о прогрессирующей дисфункции миокарда.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инфаркт миокарда, COVID-19, генетический полиморфизм Glu429Ala в гене MTHFR.

В исследование были вовлечены пациенты с инфарктом миокарда. Данные пациенты были разделены на две группы: пациенты с инфарктом миокарда имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19 и пациенты с инфарктом миокарда, не имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19. Всего, в исследование, было вовлечено 94 больных с инфарктом миокарда, старше 18 лет. Из них:

- первая группа - 53 пациента с инфарктом миокарда, имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19;
- вторая группа – 41 пациент с инфарктом миокарда, не имеющие в анамнезе вирусную инфекцию COVID-19

Генотипирование полиморфизма ASP919GLY осуществляли на основе метода Tag Man-зондов на амплификаторе Rotor-Gene Q (Qiagen, Германия), с использованием коммерческого тест-набора ООО «Литех» (Россия).

Расчитанный коэффициент отношения шансов показал, что шанс обнаружения функционального неблагоприятного аллеля Ala у респондентов с COVID-19 ассоциированным ИМ было незначимо ниже в то время, как дикий аллель Glu был незначительно выше по сравнению с представителями контрольной группы (23,2% против 23,9% и 79,2% против 76,1% соответственно). Данные расчётов показывают, что при наличии этих аллелей не повышается риск развития COVID-19 ассоциированным ИМ ($\chi^2=0,4$; OR=0,8; 95%CI:0,47-1,49; p=0,6) и ($\chi^2=0,4$; OR=1,2; 95%CI:0,67-2,14; p=0,6). Выявлено, что статистическое различие гомозиготного варианта генотипа Glu/Glu ($\chi^2=1,0$; OR=1,4; 95%CI:0,7-2,87; p=0,4), гетерозиготного генотипа Glu/Ala ($\chi^2=1,6$; OR=0,6; 95%CI:0,29-1,3; p=0,3) и неблагоприятного генотипа Ala/Ala ($\chi^2=0,2$; OR=1,4; 95%CI:0,36-5,39; p=0,7) у больных с выше перечисленной патологией было незначимым. И это указывает на то, что при наличии этих генотипов отсутствует риск формирования данной патологии у больных с COVID-19.

Таким образом, носительство полиморфизмов Glu429Ala в гене MTHFR не оказывало влияния на риск развития ИМ. По всей вероятности, протромботическое действие полиморфизма данного гена может проявляться при сочетании нескольких других генетических мутаций, влияющих на угрозу развития ИМ или при комбинации наследственных и приобретённых факторов. Подобные сочетания являются гораздо большей угрозой, чем при наличии одного генетического нарушения свёртывающей системы.

Список использованной литературы:

1. Бубнова М. Г. Кардиоваскулярная профилактика. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. – 2018. – Т. 23. – № 6. – С. 7–122.



2. Бучинская Н.В., Исупова Е.А., Костик М.М. Гомоцистеинурия: литературный обзор и описание клинического случая // Вопросы современной педиатрии. - 2019. – Т.18, №3. – С. 187 - 195.
3. Шкода О.С., Шилова А. Н. Оценка частоты встречаемости полиморфных вариантов ключевых генов системы гемостаза и метаболизма фолиевой кислоты у пациентов с ишемической болезнью сердца // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2018. - №2. - С.70 - 77.
4. Баканова М.Л., Минина В.И., Савченко Я.А. Полиморфные варианты генов фолатного цикла у больных раком легкого // Сибирский онкологический журнал. – 2019. - 18(2). – С.70-77.
5. Бучинская Н.В., Исупова Е.А., Костик М.М. Гомоцистеинурия: литературный обзор и описание клинического случая // Вопросы современной педиатрии. - 2019. – Т.18, №3. – С. 187 - 195.



UGLEVODLAR VA UNING TIRIK ORGANIZMDAGI VAZIFALARI.

Xodjayeva Naimaxon Umirzaqovna

Chortoq Abu Ali Ibn Sino nomidagi
Jamoat Salomatlik tehnikumi anatomiya
fani o`qituvchisi.

Ergasheva Gulhayo Ismoil qizi

Chortoq Abu Ali Ibn Sino nomidagi jamoat
salomatlik tehnikumi 2-bosqich 28-guruh talabasi
Telefon :941795755

0Annotatsiya. Ushbu maqolada uglevodlar,ularning o`simlik ,xayvon va inson organizmda qanday xollarda uchrashi haqida va ularning tirik organizmdagi funksiyalari haqida ma`lumot keltirib o`tilgan.Uglevodlarni barcha tirik organizmdagi o`rni muhim ekanligi haqida tushuncha berilgan.

Kalit so`zlar. Uglevodlar; glyukoza; fruktoza; kraxmal; glikogen;monosaxarid; oligosaxaridlar; gigant polimer;

Qadim zamondan insonlar uglevodlar haqida bilishgan va undan foydalanib kelishgan. Ulardan paxta,yog`och, zig`ir, qamish shakari, asal va kraxmal kabilardir. Toza xolda birinchi monosaxarid glyukoza va fruktoza18-asr oxiri 19-asr boshlarida sintez qilingan.lekin ularni tuzilishi haqidagi tushunchalar organik moddalarning rivojiga bevosita bog`liq. Deyarli barcha tirik hayotiy shakllarda ,shu jumladan bakteriya o`simlik hayvon va inson organizmda uchrovchi keng tarqalgan organik moddadir. Ularning massasi kichigidan tortib,juda yirik gigant polimerlari ham bor. Uglevodlar o`simliklarda boshlang`ich jarayon fotosintez jarayonida hosil bo`lsa,hayvonlarda ular uglevodni bevosita o`simlikni tayyor iste`mol qilib oladilar. Uglevodlarning juda ham muhim vazifani bajaradi.Masalan ular xujayralarda energiya manbai va akkumulyatori (kraxmal,glikogen) o`simlik va xayvonlarda tuzilish skelet funksiyasi (dengiz qisqichbaqasi, krevetkalar) bakteriyalarning xujayrasi devoir asosidir , ayrim antibiotik tarkibida ham uchraydi.

Tirik organizmda uglevodlarning vazifasi judayam ko`p.Jumladan:

1.Uglevodlar fotosintezning asosiy mahsulibo`lib, ularning uglerod skeleti asosida avtatrof hujayralarda deyarli barcha boshqa maxsulotlar xosil bo`ladi.

2.Energiya funksiyasi. Uglevodlar energiyaning eng qulay manbaidir. Barcha tirik organizmda energiya olishning asosiy usuli glyukoza va fruktozadan olishga mo`ljallangan.

3.Tuzulish funksiyasi. Selyuloza va xitin kabi polisaxaridlar bo`g`imoyoqlilarning hujayra devorining bir qismidir. Shuningdek polisaxaridlar hayvonlarning biriktiruvchi to`qimasining (xafta va tendonlar)ajralmas tarkibiy qismidir.

4.Zaxira funksiyasi.Eng muhim zaxiradagi o`simliklarda kraxmal , xayvonlarda va qo`ziqorinda glikogen xolida to`planadi

5.Transport funksiyasi .Ko`p xujayrali organizmlarda moddalarning asosiy transporti .yuksak rivojlangan o`simliklar floemasida , xayvonlar qonida glyukoza sifatida transportlik vazifasini bajaradi.

6.Glikoproteinlar va glikolipidlarning bir qismi sifatida xujayralar yuzasida joylashgan oligosahardlarning qoldiqlari xujaralararo o`zaro tasirida ham ahamiyatlidir.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1.Yu.U.Ovchinnikov .”Biorganicheskaya ximiya” M.Prosvesheniya .1987 yil

2.N.A.Tyukavkina .”Bioximiya”M.Mir 1989yil

3.Lodish H ;A.Berk C,Kelser ;M,Bretscher “Molekulyar Biologiya ”Toshkent 2016-yil

4.Namdu.uz sayti



СВЯЗЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА СТОМАТОЛОГОВ С СИНДРОМОМ ВЫГОРАНИЯ

Фаттахов Равшан Абдурашидович,
PhD Ташкентский государственный
стоматологический институт, ассистент
Телефон: +998901899908
ravshan.fattahov@yandex.com

АННОТАЦИЯ. Длительный стресс среди стоматологов может иметь пагубные последствия для межличностных и профессиональных отношений, а также для психического и физического здоровья. Для психического здоровья последствия могут включать выгорание, депрессивные расстройства, снижение мотивации и самооценки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром эмоционального выгорания, профессиональный стресс, стоматологи.

Шкала профессионального жизненного стресса (ШПЖЗ): эта шкала, впервые разработанная Д. Фонтаной (1989) для использования в профессиональных группах состоит из 45 альтернативных вариантов ответов, охватывающих многие аспекты профессиональной жизни. Тест дает общую профессиональную оценку стресса, разделенную на четыре категории уровня стресса с равными интервалами. На практике обследуемые преимущественно распределяются между первыми тремя категориями [1,2].

В нашем исследовании большинство врачей - 71,77% (323 человек) находились в средней степени стресса и 23,11% (104) - в категории серьезного стресса. Другими словами, большинство выборки стоматологов испытывают стресс в своей профессиональной деятельности, причем больше 20% испытывает серьезный стресс, и только 5,11% не имеют проблем со стрессом.

Таблица 1. Уровень стресса врачей для всей выборки, мужчин и женщин

Специалисты	Уровень стресса					
	Нет проблем со стрессом		Умеренный стресс		Серьезный стресс	
	n	%	n	%	n	%
Все врачи, 450	23	5,11	323	71,77	104	23,11
Мужчины, 239	12	2,66	173	38,44	54	12,0
Женщины, 211	11	2,44	150	33,33	50	11,11

Чтобы исследовать взаимосвязь между стрессом и СЭВ, были рассчитаны коэффициенты корреляции Пирсона между показателями профессионального стресса и показателями МВІ (параметры «эмоциональное истощение» (ЭИ), «деперсонализация» (ДП) и «редукция профессионализма» (РП). В табл. 2 приведены эти коэффициенты соответственно для всей выборки, для мужчин и для женщин.

Таблица 2. Коэффициенты корреляции между показателями стресса и параметрами МВІ

Вся выборка	Стресс
ЭИ	0,218
ДП	0,278
РП	0,669
Мужчины	
ЭИ	0,088
ДП	0,457



РП	0,702
Женщины	
ЭИ	0,288
ДП	0,114
РП	0,677

Из табл. 2 видно, что положительная значимая корреляция между профессиональным стрессом и параметром ЭИ проявляется для всей выборки ($r=0,218$). Это говорит о том, что существует связь между эмоциональным истощением и профессиональным стрессом, когда люди с высоким уровнем нервного напряжения испытывают высокий уровень стресса. Таблица 3 также указывает на значительную положительную корреляцию между деперсонализацией и стрессом для всей выборки ($r=0,278$). Кроме того, в таблице 2 показана очень сильная положительная корреляция между редукицией профессионализма и стрессом для всей выборки ($r=0,669$), а также для мужчин ($r=0,702$) и женщин ($r=0,677$), что указывает на то, что врачи в состоянии стресса испытывают гораздо больше проблем в профессиональной деятельности.

Список использованной литературы:

1. Agrawal N., Gupta N., Afshan B., Amit G., Vivek S. (2014). Occupational Hazards in Modern Dentistry: A Review. International Journal of Medicine. 1. 1-9.
2. Denton, D. A., Newton, J. T., & Bower, E. J. (2008). Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. British Dental Journal, 205(7), E13–E13. doi:10.1038/sj.bdj.2008.654



IMMEDIATE RESULTS OF TRACHEOESOPHAGEAL BYPASS WITH VOICE PROSTHESIS.

Elmurodova N.B.

«Republican Specialized
Scientific and Practical Center
of Surgery named after Acad. V. Vakhidov»
Uzbekistan, Tashkent.
niki_elmuradova@mail.ru

Annotation: The incidence of laryngeal cancer is currently 4.6 per 100,000 population. Over the past 10 years, a decrease in incidence in men by 2.8% and an increase in incidence by 18.2% in women have been established. The main treatment for common tumors of the larynx is laryngectomy, which leads to loss of voice. Currently, the search for the most effective way to restore voice function in patients with stage III-IV laryngeal cancer who underwent laryngectomy remains an urgent problem. Loss of voice as a result of this operation leads to disability, causes severe mental trauma to the patient. The surgical method (in the form of various methods of tracheoesophageal shunting) has become widespread, which ensures good speech intelligibility and the preservation of individual voice characteristics. Recently, various options for functionally preserving operations for laryngeal cancer have been developed.

Keywords: Voice prosthesis, laryngectomy, tracheostomy, tracheoesophageal bypass.

Purpose of the research: To evaluate the results of tracheoesophageal shunting as an independent method of restoring voice function in patients who underwent removal of the larynx.

Materials and methods: Our experience is based on the treatment of 28 patients operated on during the period from 2015 to 2021. in the Department of Lung and Mediastinal Surgery of the State Institution "RSSPCS named after Academician V. Vakhidov".

Results: Our experience is based on the treatment of 28 patients. The age of patients ranged from 45 to 73 years, and the average age of patients was 60 years. Of these, there were 27 men and 1 women. All patients underwent a tumor biopsy, after histological verification of malignant tumors, 26 patients underwent laryngectomy at the first stage, 2 patients underwent laryngectomy at the second stage after courses of adjuvant chemoradiotherapy. Of all the patients who applied, 16 patients had a violation of the respiratory function, as a result of which a tracheostomy tube was initially installed, in 12 patients there was no violation of the respiratory function, and laryngectomy operations were performed without prior tracheostomy. 20 patients underwent voice prosthetics. Of these, 7 patients underwent voice prosthesis during laryngectomy after the formation of the terminal tracheostomy. It should be noted that radiation therapy by patients in the postoperative period after a single-stage tracheoesophageal bypass leads to deformation and unsuitability of the installed voice prosthesis. Considering these features, 13 patients underwent voice prosthetics after courses of chemotherapy and radiation therapy. The period between operations ranged from 2 to 6 months. Of the 20 patients who had a voice prosthesis installed, it was not possible to restore the phonation function in 1 patient due to the narrowing of the esophagus in the area of the installed prosthesis.

For all patients, the replacement of the voice prosthesis is carried out every 6-9 months on an outpatient basis at our center.

Conclusion: With the simultaneous performance of laryngectomy and voice prosthetics, restoration of the voice of patients is observed in the early stages after surgery, which significantly improves the patient's psycho-emotional state. However, this category of patients needs to receive radiation therapy in the postoperative period, which further leads to deformation and unsuitability of the installed voice prosthesis. Compared to the above tactics, two-stage surgery, due to the longer recovery period of the voice, leads to a violation of the general psychological state of patients, but at the same time, it preserves the duration of the functioning of the voice prosthesis, which is economically beneficial for patients. Based on the results obtained, in 95% of cases, the installation of a voice prosthesis completely restores the patient's normal voice, which improves the patient's social adaptation.



TILNI KO'ZDAN KECHIRISHNI DIAGNOZ QUYISHDAGI AHAMIYATI

Norov Shohmurod

Toshkent tibbiyot akademiyasi
davolash fakulteti 3 kurs talabasi

Marufhanov Hamid Mahmudovich

Toshkent tibbiyot akademiyasi
2 son IKP kafedrası dosenti

Telefon: +998901282512

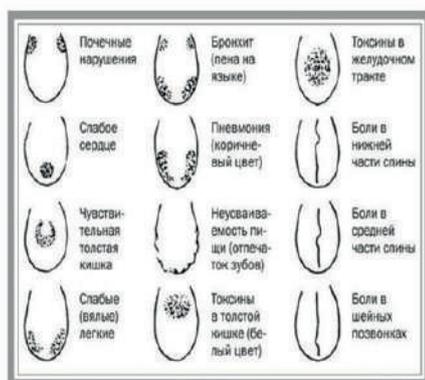
Biz bilamizki qadim zomonlardan beri tilga qarab diagnoz quyish rivojlanib kelgan Ibn Sino bobomiz ham ko'plab kasalliklarga tashxisni tilga qarab quyganlar. Ammo hozrda ko'plab shifokorlar tilga va uning rangining o'zgarishlariga deyarli e'tibor qaratishmayapdi. E'tibor qaratishganda ham oshqozon kasalliklarini ba'zi bir turlariga bog'liq holatda tilni ko'zdan kechirishadi.

Kalit soslar: til, oshqozon ichak tizimi

Maqsad: til nafaqat oshqozon oynasi balki butun organizmni oynasi ekanligini takidlab o'tmoqchimiz

Materiallar va usullar: Oldimizda quyilgan maqsadni amalga oshirish uchun 50 dan ortiq bemorni tilini ko'zdan kechirdik, shikoyatlarini so'rab surishtirdik va tilini sog'lom tilga nisbatan qanchalik o'zgarгани bilish uchun ya'ni taqqoslash uchun rasmga oldik. Ko'pchilik (83.7%) bemorlarning Yoshi 40 dan 50 ekanligi aniqlandi. Eng yosh bemorimiz 26 yosh eng Yoshi katta bemorimiz 72 yosh bo'ldi. Hammasida til o'zgarishlar va shikoyatlar xar xil va kasalliklari esa turli xil edi.

Natija va tahlil: Bu izlanishlarni biz 3 xil bo'limda amalga oshirdik 2-sonli ichki kasalliklar propedeutikasi kafedrasidagi Revmatologiya, nefrologiya va kardiologiya bo'limida bemorlarni ko'zdan kechirdik.



1. til rangi

2. til shakli

3. Til yuzasi

4. blyashka tabiati va joylashishi

5. quruq yoki nam

6. ta'm sezishlari.

Tilni ko'zdan kechirish natijasida olingan malumotlar yani tildagi o'zgarishlar va belgilar har hil tashxis koyilgan bemorlarning patalogiyasiga mosligi 82-85% tashkil qildi.

Biz bu izlanishimiz natijasida til nafaqat oshqozon oynasi balki til hamma ichki organizmimiz oynasi ekanligi takidlab o'tmoqchimiz. Ko'pgina shifokorlar, til sizga kasallik haqida deyarli darhol xabar berishini ogohlantiradi, eng muhimi, kasalliklarni sezish va tanib olishni o'rganishdir. Salomatlikni aniqlashda bevosita yordam, albatta, tildir.



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Талипов Рустам Миркабилович
Старший преподаватель кафедры ПВБ№2
Ташкентской Медицинской Академии
Телефон: +998977022810
rcardio@mail.ru

Актуальность. Вызывает тревогу ежегодный рост относительных показателей общей смертности от сердечно сосудистых заболеваний (ССЗ), в том что число инфаркта миокарда, среди населения Республики, в частности, рост заболеваемости с 59,1% (82036 человек) в 2008 году до 59,3% (79239 человек) в 2009 году. В настоящее время в практическом здравоохранении имеются малочисленные системы оценки риска больных ИБС, в том числе с острым и ранее перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и ограниченно количество регистров острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОИМ). Большинство из них ограничивается констатацией особенностей заболевания на момент острой стадии болезни. Значительно реже приводятся данные об отдаленных исходах болезни и о роли конкретных факторов, определяющих эти исходы.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, эпидемиология инфаркта миокарда, распространённость инфаркта миокарда, регистр инфаркта миокарда

Цель исследования. Проведение регистра больных с инфарктом миокарда в зависимости от пола, возраста, течения, очага поражения, локализации и исход в условиях городской клинической больницы № 7 города Ташкент.

Методы исследования. Проводилась ретроспективная научно - исследовательская работа, с диагнозом ОИМ, поступившим в отделение неотложной кардиологии и реанимации в ГКБ №7 г. Ташкент, был проведен анализ данных по историям болезни. Все полученные данные были занесены в специально разработанные карты.

Результаты исследования. Общее количество пациентов, поступивших в стационар, составило 1101, из них 219 с инфарктом миокарда, которые составили 20,4%. Средний возраст пациентов с ИМ составил $63,3 \pm 11,3$ лет. Количество больных старше 60 лет было (n=134), это составило 74 %, а больные до 60 лет (n=85) 52,1%. Изучение ИМ в зависимости от пола выявило большую частоту встречаемости данной патологии у пациентов мужского пола (n=146) 66,7% по отношению к женщинам (n=73) у которых было 33,3%. В исследовании выявлено ИМ без зубца Q в (n=114) 52% случаях и с зубцом Q в (n=105) 47,9% соответственно. При анализе давности ИМ, у 176 пациентов был первичный ИМ (80,4%), у 43 пациентов повторный ИМ (19,6%). В (n=15) 7% случаях больные были повторно госпитализированы по поводу ОИМ. Анализ локализации ИМ показал, что передний ИМ встречается в (n=155) 71% случаях, а задний ИМ в (n=64) 29%. При анализе ИМ с конкурирующей и сопутствующей патологией выявлено следующее: гипертоническая болезнь в (n=178) 81,3% случаев, сахарный диабет в (n=29) 13,2% и ХСН в (n=155) 70,8%. Результаты осложнений ИМ показали, что в (n=180) 82,2% случаях он протекал с осложнениями, в (n=39) 17,8% без осложнений. Изучение показателей смертности дали, следующие результаты, у (n=41) 18,7% больных был летальный исход.

Таким образом, ретроспективный анализ историй болезней ГКБ № 7, показали следующие результаты: частота встречаемости ИМ у мужчин было на 50% больше, чем женщин, осложненный вариант ИМ был на 22% больше, чем не осложненный, ИМ без зубца Q был на 92,1% больше, чем зубцом Q, ИМ у пациентов старше 60 лет был больше на 63,4%, чем до 60 лет, анализ локализации ИМ показал что передняя локализация была больше на 41,3%, чем задняя локализация и в 24,4% случаях больше регистрировался первичный ИМ, чем повторный



СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ

Тухтаева Нигора Хасановна

Ташкентская Медицинская Академия.

Телефон: +998901281831

Nigora_321@mail.ru

Актуальность: Понятие «подагрическая нефропатия» включает различные формы поражения почек, вызванные нарушениями пуринового обмена и другими метаболическими и сосудистыми изменениями, свойственными подагре. Подагрой страдает 1–2% населения, преимущественно мужчины. Мочевая кислота оказывает повреждающее действие на почки и суставы. Вследствие накопления мочевой кислоты в почках наиболее часто развивается тубулоинтерстициальный нефрит. К развитию нефрита приводит повышенное образование мочевой кислоты и нарушение ее выведения. Характеризуется снижением концентрационной функции почек и нарушением водно– электролитного обмена.

Ключевые слова: подагра, почки, мочевая кислота, аллопуринол .

Введение и цель: Поражение почек при подагре как предиктор ухудшения качества жизни. Целью настоящего исследования является, определение частоты и тяжести поражения почек у больных с подагрой.

Материал и методы: в исследование включены истории болезни 40 пациентов с первичной подагрой (2 женщины, 37 мужчин, средний возраст пациентов 52,5 лет, длительность заболевания 7,5 лет). Проводился анализ медицинской документации, результатов обследования нарушений пуринового обмена, определение степени и частоты поражения почек.

Результаты и обсуждение: у 23 пациентов в анамнезе хронический пиелонефрит, из них у 13 – обострение хронического пиелонефрита, в том числе у 9 на фоне мочекаменной болезни (МКБ). У 16 пациентов диагностирована МКБ, из них у 10 – хроническая болезнь почек (ХБП) разных стадий: у одного пациента ХБП 5 стадии (СКФ менее 15 мл/мин, протеинурия 1 г/л, креатинин 660 мкмоль/л, мочевина 33 ммоль/л в крови, относительная плотность мочи 1010, мочевая кислота 749 мкмоль/л). Один пациент с ХБП 4 стадии (СКФ 25 мл/мин), у 6 пациентов – ХБП 3А (средняя СКФ 51 мл/мин), 2 пациента с ХБП 3Б стадии (средняя СКФ 35 мл/мин).

Выводы и заключение: соотношение больных с осложнениями со стороны почек к общему числу больных подагрой является значительным и составляет 1:2, что говорит о высоком риске поражения этого органа при подагре. Основными препаратами для коррекции пуринового обмена являются ингибиторы ксантинооксидазы: аллопуринол и фебуксостат. Аллопуринол назначают в стартовой дозе 100 мг/сут с постепенным увеличением дозировки до 400–600 мг/сут. При длительном лечении аллопуринолом возможны обратное развитие тофусов и улучшение функции почек. Фебуксостат – препарат выбора при плохой переносимости аллопуринола в дозировке 80 и 120 мг/сут оказывает более выраженный гипоурикемический эффект, лучшую переносимость, и нет необходимости титровать дозировку. Ранняя диагностика гиперурикемии и подагры, персонализированный подход к терапии позволяют продлить жизнь больному, улучшить качество жизни, предупредить осложнения, избежать сложного и дорогостоящего лечения.



КЛИНИКО – БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕЖЕЛУДОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Худайбергана Н.Х., Ахмедова И.М.

Ташкентская медицинская академия

Телефон: +998979019905

hnoila9@mail.ru

Резюме. Высокая распространенность патологии верхних отделов пищеварительного тракта среди детского населения является важной и актуальной социальной и медицинской проблемой. В мире растёт число детей с хроническими воспалительными заболеваниями органов пищеварения. Патология верхних отделов пищеварительного тракта очень часто начинается в дошкольном и школьном возрасте.

Распространённость детей с патологией верхних отделов пищеварительного тракта, особенности течения, высокий риск ранней инвалидизации, среди которых центральное место занимает гастродуоденальная патология, актуальная проблема наших дней. Все это делает актуальным научные разработки в плане поиска наиболее эффективных мер диагностики, этиотропной и патогенетически обоснованной терапии, реабилитации и профилактики этой распространенной патологии.

Ключевые слова: гастродуоденит, особенности, нейровегетативные нарушения, патоморфоз, клиника, лечение

Цель исследования. Выявить ранние клиничко – биохимические особенности внежелудочных проявлений *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.

Материалы и методы. Нами проанализирована клиническая картина у 76 детей в возрасте от 7 до 17 лет с *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологией. Контрольную группу вошли 30 детей с хронической гастродуоденальной патологией, не ассоциированной с *Helicobacter pylori* аналогичного возраста.

Среди обследованных, количество детей младшего школьного возраста составляли (19,7 %) в возрасте от 7-11 лет, старшего школьного возраста (80,3%). Количество девочек превалировало в 1,8 раза.

Дети основной группы связывали появление боли с нарушениями в объеме (55,6%) и качественном составе пищи в виде злоупотребления жирными блюдами (51,1%), что достоверно ($p < 0,001$) чаще, чем в группе сравнения (10,0% и 13,0%) соответственно.

Анализ анамнестических данных показал, что патология беременности в анамнезе имела место у 39,4 % (30 детей), наиболее частыми осложнениями были преэклампсия и токсикоз беременности. У каждого четвертого ребенка отмечалось в анамнезе неблагоприятное течение родов: асфиксия, преждевременные роды, или роды путем кесарева сечения. Особенно часто осложнения в родах встречались у детей первой группы. Роды путем кесарева сечения отмечались у 15 детей из этой группы (19,7%), в то время как в второй группе они имели место у 4 (13,6%). Так же неблагоприятно на становление микробного пейзажа сказываются.

Всем детям основной и контрольной группы провели анализ копрологии. Отличительным моментом в группе больных первой группы явилось превалирование числа детей с амилореей 53(69,7%) против второй группы больных у 5(16,7%) соответственно. Стеаторея первого типа с появлением в фекалиях нейтрального жира, который указывал на недостаточность поджелудочной железы, выявлено в первой группе у 34(44,7%) больных, а в контрольной 5(16,7%) соответственно. Желчные кислоты и мыла в фекалиях т.е. стеаторея второго типа, которые указывали на недостаточное поступлении желчи в тонкий кишечник, т.е. на застой желчи, нами выявлено у 34 (44,7%) и 31 (40,8%), против показателей контрольной группы 5(16,7%) и 4(13,3%) соответственно.

Выводы: Таким образом, при *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей у большинства детей имеются более выраженная клиническая симптоматика. Нарастание степени *Helicobacter pylori* - инфекции сопровождается



более длительной абдоминальной симптоматикой. Наследственность по аллергическим заболеваниям и анемии была отягощена чаще в первой группе больных, что возможно имело место в формировании внежелудочных проявлений *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей.

Список литературы.

1. Ахмедов В.А., Гаус О.В. «Внежелудочные проявления, ассоциированные с инфекцией *Helicobacter pylori*» // Клиническая медицина. России. М.; 2017, 95(1) С. 132-145.
2. Налетов А. В., Масюта Д. И., Гуз Н. П. Сывороточные маркеры эндогенной интоксикации при эрозивно-язвенных заболеваниях двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с персистенцией цитотоксических штаммов *Helicobacter pylori* у детей. Материалы 24-го конгресса детских гастроэнтерологов России. М.; 2017: 106–8.
3. Лобанов Ю. Ф., Латышев Д. Ю., Печкина К. Г. Астенические проявления у детей с хроническим гастритом, инфицированных CagA-положительными и CagA- негативными штаммами *Helicobacter pylori* // Доктор.Ру. 2017. № 12 (141). С. 12–17.
4. Chmiela M, Kupcinskas J. Review: pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*. 2019 Sep;24 Suppl 1:e12638.
5. Ford AC, Yuan Y, Forman D, Hunt R, Moayyedi P. *Helicobacter pylori* eradication for the prevention of gastric neoplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul 6;7:CD005583.

ЯНГИ ЎЗБЕКИСТОН: ИННОВАЦИЯ, ФАН ВА ТАЪЛИМ 18-ҚИСМ

Масъул муҳаррир: Файзиев Шохруд Фармонович
Мусаҳҳиҳ: Файзиев Фаррух Фармонович
Саҳифаловчи: Шахрам Файзиев

Эълон қилиш муддати: 31.03.2023

Контакт редакций научных журналов. [tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)
ООО 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](http://www.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
