



# O‘ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

*Медицинский*  
ЖУРНАЛ  
УЗБЕКИСТАНА

№1  
2020

**O`ZBEKISTON** *Медицинский*  
*tibbiyot* *журнал*  
**jurnali** **УЗБЕКИСТАНА**  
**Medical journal of UZBEKISTAN**  
**Ilmiy - amaliy jurnal**

№ 1, 2020

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.К.Шадманов

*В.Е.Аваков, Х.А.Акилов, А.В.Алимов, Б.А.Аляви, Д.А.Асадов, С.М.Бахромов, Б.Т.Даминов, Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Х.К.Джалилов, Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров, С.И.Исмаилов, Х.М.Камилов, Х.П.Камилов (масъул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов, Р.Д.Курбанов, Д.К.Наджимутдинова, Ф.Г.Назирова, У.Ю.Сабиров, С.С.Саудалиев, Ж.М.Собиров, М.Н.Тилляшайхов, Л.Н.Туйчиев, А.М.Убайдуллаев, А.М.Хаджибаев, М.Х.Ходжибеков, А.Н.Юнусходжаев, Б.К.Юсупалиев.*

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан  
 2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)

Муҳаррир - Ш.Б.Джандарбеков.

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Махкамов

100047, Тошкент, Махтумкули кўчаси, 103, Тел. (71) 289-44-57, [www.medjournal.site.uz](http://www.medjournal.site.uz)

Буюртма № 146. Адади 431 нуска.

Босишга рухсат этилди 08.05.2020 й. Формат 60×84 1/4. Нархи шартнома асосида

«Print Line Group» ХК босмахонасида босилди.

Тошкент ш., Бунёдкор шоҳкўчаси, 44.


ТОШКЕНТ

ДУК «O`zbekiston tibbiyot jurnali»

2020

© ДУК O`zbekiston tibbiyot jurnali, 2020 y.

**МУНДАРИЖА**

**SOG'LIQNI SAQLASHNI TASHKIL QILISH**   
**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Азиз Бахрамович Искандаров К ВОПРОСУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ В ШЕЛКОТКАЦКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ УЗБЕКИСТАНА ..... 2

Эркинжон Зиёевич Исаков, Нодиржон Соипжонович Матхошимов АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ..... 6

Фарход Хушбакович Рахимов, Нодира Абдурахмоновна Исломова, Гулрух Комилжоновна Ботиралиева, Хайдар Пазилович Камиллов СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҶА ВА ИХТИСОСЛИКЛАРИДА ИНТЕГРАЦИЯЛАШУВ ВА ИННОВАЦИОН МУҲИТНИНГ ШАКЛЛАНИШИГА ЁНДАШУВ ..... 9

Ирода Абдурасуловна Камилова НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. ТАШКЕНТА ..... 15

**AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI**   
**КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА**


Искандар Рахимович Мавлянов, Сардор Каримович Курганов, Зафар Искандарович Мавлянов, Сардор Расулович Парпиев, Аъзам Баходирович Солиев, Суннат Туйчибаевич Юлчиев ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ PPARA (rs4253778), PPARGC1A (rs8192678) И PPARG2 (rs1801282) У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМИ ВИДАМИ СПОРТА ..... 19

Махмуд Мансурович Усманов, Хамдамбек Фарходович Рузиметов СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО ГИДРОЛИЗА И ТРАНСПОРТА УГЛЕВОДОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ..... 25

Нигора Маърифовна Сидикова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ И СЛЮНЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ ..... 27


Тимур Владимирович Мелькумян, Анжела Даниловна Дадамова, Сурайе Шухратовна Шералиева, Дилоро Жамолитдиновна Каххарова, Шахло Ильхомовна Рахматуллаева, Нодира Акбаровна Некбаева ОЦЕНКА ПРЕДЕЛА ПРОЧНОСТИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ ..... 29

Умида Тохировна Нугманова, Хилола Худойбергеновна Кенджаева, Акрам Юлдашевич Юлдашев, Камола Хамраевна Сафарова ФОРМИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ЧЕЛОВЕКА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ..... 32

**KLINIK TIBBIYOT**   
**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

Маъриф Шакирович Каримов, Динора Аюповна Парпиева, Фазилат Нармаматовна Шукурова РЕВМАТОЛОГИК АМАЛИЁТДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРДА АССОЦИИРЛАНГАН ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ БЕЛГИЛАР ..... 34


<sup>1</sup>Аброр Мирхакимович Азизов, <sup>2</sup>Саодат Убаевна Асилова, <sup>2</sup>Равшан Бахадырович Назаров, <sup>2</sup>Дильшод Кудратович Ширинов ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С РИЗОМЕЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ..... 39

**DAVOLOVCHI SHIFOKORLAR VA DORIHONA ISHCHILARI DIQQATIGA**   
**ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**  
**ЛЕКАРСТВ**

<sup>1</sup>Зиявиддин Зайнутдинович Хакимов, <sup>1</sup>Алишер Худайбердиевич Рахманов, <sup>2</sup>Шохида Тахировна Сафаева ВЛИЯНИЕ КАМЕДЬ – СМОЛЫ FERULA ASAFOETIDA НА ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ..... 42

Динара Хамдуллаевна Ирназарова ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ..... 45

Фотима Абдулазизовна Шокирова, Хайдар Пазилович Камиллов ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ..... 54

**SHARHLAR**   
**ОБЗОРЫ**

Сайит Индиаминович Индиаминов, Азиза Эркиновна Давранова АКТУАЛЬНЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТУПЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ..... 58

Абдигаффор Гадаевич Гадаев, Улугбек Дарханович Ибрагимов, Абдикодир Кенжаевич Курбонов, Рустам Исмагуллаевич Туракулов, Сарвар Эшбоевич Хожиев СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ТАШКИ НАФАС ФАОЛИЯТИ ВА ҚОННИНГ ГАЗ ТАРКИБИ ЎЗГАРИШИНИ БАҲОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ ..... 62

<sup>1</sup>Эркин Назимович Билалов, <sup>2</sup>Дилшод Абдунабиевич Абдиназаров, <sup>2</sup>Ахмаджон Эркин угли Нозимов, <sup>1</sup>Окилхон Ильесович Орипов ХИРУРГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) ..... 65

Нигора Убайдуллаевна Таджиева, Элмира Мамарафиковна Усманова КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ STREPTOCOCCUS PYOGENES 68

Нематжон (Солиевич) Мамасолиев, Хатам Хасанбаевич Турсунов, Бурхонжон Умарович Усмонов, Рано Рустамбековна Курбонова МИОКАРД ИНФАРКТИ – 2019. 2 – ЧИ АХБОРОТ: БЕМОРНИ БОСҚИЧМА – БОСҚИЧ ОЛИБ БОРИШ ВА КУЗАТУВ АЛГОРИТМИ. КЛИНИК ТАВСИЯЛАР ..... 72

Нодир Назирович Султонов, Хабиб Бобомуродович Барноев, Максуд Атабоевич Сабиров СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ..... 75

Хайдар Пазилович Камиллов, Шахзода Исаковна Самадова, Малика Худайбергеневна Ибрагимова, Зебо Муродова КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ЛЕЧЕНИЕ..... 78

Дилбар Камалджановна Махкамова НАРУШЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ..... 82

**AMALIYOTDAGI HODISALAR** 

**СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**

Нигора Хасановна Тухтаева, Маъриф Шакирович Каримов, Марина Валерьевна Сибиркина  
ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕМЕНЕННОСТИ Н. PYLORI У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 86

Муборахон Джалиловна Ахмедова, Тажигуль Ахметовна Ниязова, Хамидулла Баширович Магзумов,  
Шерзод Алиевич Бойбеков БРУЦЕЛЛЁЗНИНГ ЯРИМ ЎТКИР ШАКЛИНИ ЭТИОТРОП ДАВОЛАШ  
УСУЛИНИ САМАРАДОРЛИГИ ..... 89

Зиядулла Эшмаматович Жуманов, Софья Анатольевна Блинова, Сайит Индияминович Индияминов  
АКТУАЛЬНОСТЬ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ  
ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ..... 92

Шухрат Абдужалилович Боймурадов, Элёр Сабилов КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И  
ДЕФОРМАЦИЯМИ ..... 97

<sup>1</sup>Ойбек Абдужаббарович Бабаджанов, <sup>2</sup>Саидкосим Саидазимович Арифов, <sup>1</sup>Шахноза Рустамовна  
Абзалова, Диляфруз Анваровна Уринбаева РОЛЬ ГЕНА VDR В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА ..... 99

**EKSPERIMENTAL TADQIQOTLAR** 

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рустам Абрарович Садыков, Ольга Вячеславовна Ким, Аллонур Бахтинурович Саидов, Айзада  
Сарсенбаевна Досбергенова МЕТОД ПЛАЗМОСОРБЦИИ ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ  
ДЕТОКСИКАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УГОЛЬНЫХ СОРБЕНТОВ ..... 102

Наджиюлла Хабибуллаевич Шамирзаев, Шухрат Жумаевич Тешиев, Равшан Раджапович  
Баймурадов ОҚ КАЛАМУШЛАР МОЯГИ МОРФОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ МЕЪЁРДА,  
СУРУНКАЛИ НУР КАСАЛЛИГИДА ВА БИОСТИМУЛЯТОР ТАЪСИРИДА ЎЗГАРИШИ ..... 106

Махмуд Мансурович Усманов, Хамдамбек Фарходович Рузиметов

## СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО ГИДРОЛИЗА И ТРАНСПОРТА УГЛЕВОДОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Ташкентская медицинская академия

Имеющаяся литература свидетельствует о том, что на апикальной поверхности энтероцитов локализовано несколько типов транспортеров, одни из которых включают в себя финальные ферменты и переносчики, образуя, например, мальтазно-транспортный или  $\gamma$ -амилазно-транспортный ансамбли, и обеспечивают транспорт мономеров, образующихся в процессе гидролиза ди- или полимерных соединений, соответственно. Другие переносчики - "свободные" - акцептируют мономерные соединения, поступающие в составе пищи, как таковые.

Показано, что на фоне некоторых форм патологии пул свободных переносчиков может не изменяться или уменьшаться при одновременном повышении пула ферментативно-транспортных комплексов. Следовательно, для получения наиболее полной информации о состоянии кишечного пищеварения и всасывания при той или иной патологии нельзя ограничиться определением только состояния полостного, мембранного пищеварения или всасывания, а необходима комплексная, одновременная характеристика всех трех звеньев пищеварительно-транспортного конвейера.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) и связанные с ней осложнения остаются одной из важнейших проблем современной гастроэнтерологии, что объясняется распространенностью заболевания, тяжестью осложнений, нерешенностью некоторых принципиальных вопросов лечения. В большой степени ряд нарушений, симптомов и синдромов у больных осложненной дуоденальной язвой обусловлен нарушениями кишечного пищеварения, являющегося в настоящее время еще полностью неизученной проблемой в лечении дуоденальной язвы и ее осложнений. В то же время для полного суждения о нарушении этих процессов необходимо изучить все три этапа пищеварения (полостное, мембранное пищеварение и всасывание).

Учитывая сказанное, в настоящей работе, с применением методики углеводных нагрузок, изучалось состояние полостного, мембранного пищеварения и всасывания (гидролитическо-транспортной и собственно транспортной функций) углеводов при экспериментальной язве ДПК у крыс.

### Материал и методы исследования

Опыты проводили на самцах крыс массой тела  $215,0 \pm 13,0$  г. Язвенное поражение ДПК воспроизводили по S.Okabe et al. (1971). Контролем служили крысы аналогичного возраста и пола, подвергавшиеся тем же манипуляциям, что и подопытные животные, но без воздействия на кишку ulcerогенным фактором.

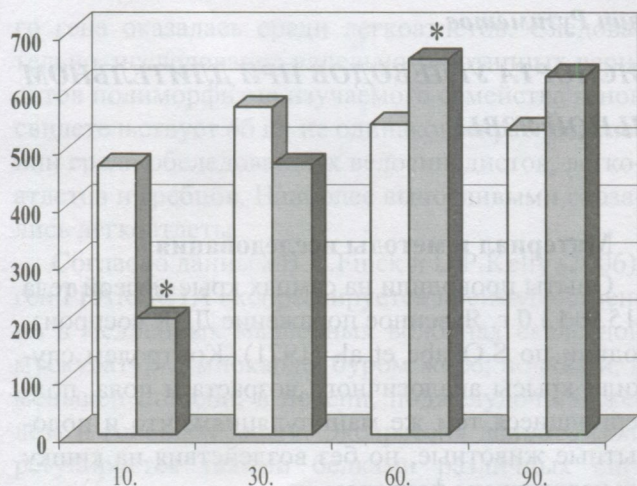
Проведены определения: а) активности панкреатической  $\alpha$ -амилазы, участвующей в начальной стадии гидролиза углеводов, энтеральной  $\gamma$ -амилазы, мальтазы и сахаразы, ответственных за финальные стадии гидролиза углеводов; б) функционального состояния "свободных" глюкозных транспортеров (нагрузка глюкозой) и транспортеров, функционирующих сопряженно с мембраносвязанными энтеральными гидролазами (нагрузка крахмалом, мальтозой или сахарозой), с последующим определением прироста гликемии глюкооксидазным методом.

В исследованиях с определением активности пищеварительных ферментов на 10, 30, 60 и 90 дни после начала опытов забивали по 6 крыс, как из экспериментальной, так и контрольной групп, готовили соответствующие гомогенаты кишечного химуса и слизистой оболочки тонкой кишки (ТК) по ранее описанной методике;  $\alpha$ -амилазную активность поджелудочной железы определяли методом А.М.Уголева (1969);  $\gamma$ -амилазную, мальтазную и сахаразную активность слизистой ТК - методом Dahlgvist (1968). В опытах с исследованием глюкозных транспортеров, после перорального введения животным соответствующих углеводов из расчета 1 г на 1 кг массы тела и в течение 120 мин. (через каждые 15 мин.), определяли прирост уровня глюкозы в крови. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критериев Стюдента и Фишера.

### Результаты и их обсуждение

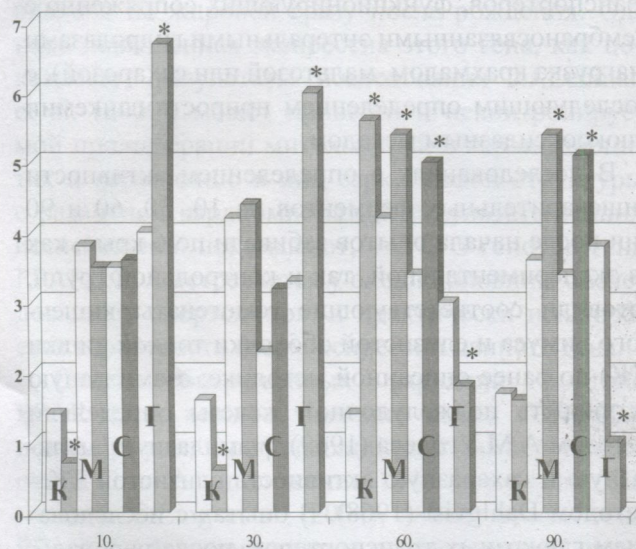
Результаты экспериментов по изучению гидролитических функций поджелудочной железы и ТК представлены на рис. 1 и 2.

Видно, что при дуоденальной язве  $\alpha$ -амилазная активность содержимого ТК, участвующая в полостном гидролизе углеводов, обнаруживает фазные сдвиги. Она повышается, по сравнению с контролем, к 10 дню после формирования язвы ДПК, возвращается к норме на 30 день, вновь по-



Примечание: по вертикали – активность фермента; по горизонтали - дни опытов; \* – достоверность различий между контролем и опытом.

Рис. 1. Активность панкреатической  $\alpha$ -амилазы в содержимом ТК (мг/мин/мл) у крыс в норме (белые столбики) и при экспериментальной дуоденальной язве (темные столбики)

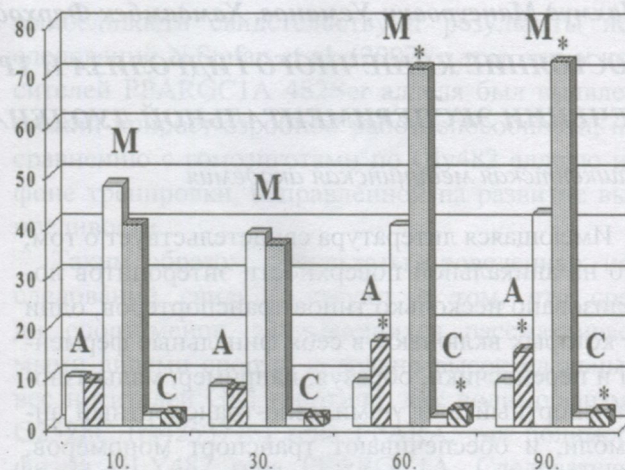


Примечание: по вертикали – прирост гликемии; остальные обозначения те же, что и на рис.1.

Рис. 3. Прирост гликемии (ммоль/л) после пероральной нагрузки крахмалом (К), мальтозой (М), сахарозой (С) и глюкозой (Г) у крыс в норме (белые столбики) и при экспериментальной дуоденальной язве (закрашенные столбики)

вышается к 60 дню и снижается до нормы к 90 дню наших наблюдений. Несколько другую динамику показывает на протяжении длительного времени активность собственно кишечных карбогидраз, ответственных за мембранный гидролиз углеводов (рис. 2).

Активность всех трех ферментов этой группы не отличается от таковой в контроле до 30 дня заболевания, а затем существенно повышается на



Примечание: обозначения те же, что и на рис. 1.

Рис. 2. Активность энтеральных  $\gamma$ -амилазы (А), мальтазы (М) и сахаразы (С) в гомогенате слизистой ТК (ммоль/мин/г) у крыс в норме (белые столбики) и при экспериментальной дуоденальной язве (окрашенные столбики)

60 и 90 дни исследования. Результаты опытов по изучению транспортной функции ТК представлены на рис. 3.

Видно, что на протяжении длительного протекания язвы ДПК различно изменяются также и механизмы глюкозного и транспорта, сопряженного с предварительным гидролизом поли- и олигосахаридов. Прирост гликемии после пероральной нагрузки крахмалом у крыс с дуоденальной язвой, по сравнению с таковым крыс контрольной группы, достоверно снижен на 10 и 30 дни опытов, резко повышен к 60 дню и вновь снижается до уровня контроля к 90 дню наблюдений. При сравнении этих данных с результатами, представленными на рис. 1., не трудно заметить односторонность изменений активности панкреатической  $\alpha$ -амилазы, с одной стороны, и прироста уровня гликемии после перорального введения крахмала, с другой. После мальтозной и сахарозной нагрузок величина прироста сахара в крови не отличается от таковой у контрольных крыс на 10 и 30 дни заболевания, а затем, к 60 и 90 дню повышается. Другими словами, здесь обнаруживается четко выраженная закономерность, указывающая, что отдаленные сроки дуоденальной язвы характеризуются значительной активацией, как мембраносвязанных энтеральных карбогидраз, так и деятельности различных видов фермент-транспортных переносчиков. Что же касается уровня гликемии после глюкозной нагрузки, характеризующей состояние транспортеров, не входящих в состав гидролитическо-транспортных комплексов, то он оказался резко повышенным на 10 и 30 дни формирования язвенной болезни, а за

тем прогрессивно снижался на протяжении дальнейших сроков наблюдений.

Изучение кинетической характеристики транспорта глюкозы (на 30 день после формирования язвы) показало, что при перфузии ТК раствором глюкозы различной концентрации в обеих группах наблюдается четкая зависимость скорости всасывания от концентрации субстрата. С увеличением концентрации глюкозы в перфузате всасывание увеличивается, но до определенного предела, а далее скорость всасывания выходит на плато, что свидетельствует о насыщении глюкозных транспортеров на внешней поверхности энтероцитов. Расчеты показали, что при ЭЯДПК существенно изменяются кинетические характеристики глюкозного транспорта.

Константа транспорта ( $K_t$ ) не изменяется, а максимальная скорость всасывания глюкозы ( $V_{max}$ ) достоверно снижается. Следовательно, модификация глюкозного транспорта при ЭЯДПК реализуется из-за изменений количества транспортеров на единицу пищеварительно-транспортной поверхности ТК (плотность переносчиков). Исходя из этого, можно считать, что при дуоденальной язве, по крайней мере, к 30 дню после формирования ЭЯДПК, количество транспортеров свободной глюкозы, локализованных на апикальной поверхности энтероцитов, уменьшается. Это подтверждается результатами прямых опытов с подсчетами количества энтероцитов на 100 мкм ворсинки этой части ТК.

Надо отметить, что патофизиологические механизмы, лежащие в основе изменений функ-

ций органов пищеварения, связаны со сложными сдвигами нервных и нейроэндокринных регуляторных систем при язвенной болезни ДПК. При этой патологии изменяется, как известно, общий гормональный статус организма, сдвигается от нормы содержание в крови АКТГ, кортизола, тироксина, инсулина, а также таких гастроинтестинальных гормонов, как гистамин, гастрин и бомбезин, которые, в свою очередь, и обуславливают значительные сдвиги от нормы гидролитическо-транспортных функций ТК.

### Выводы

1. При экспериментальной дуоденальной язве изменяются функции всех трех изученных нами звеньев пищеварительно-транспортного конвейера, участвующего в полостном и мембранном пищеварении и всасывании.

2. Глубина и направленность этих сдвигов зависят от степени выраженности некробиотических процессов, стадий заболеваний и исследуемого звена пищеварительно-транспортного конвейера.

3. Ранние стадии дуоденальной язвы характеризуются снижением полостного гидролиза полисахаридов при относительном постоянстве мембранного гидролиза олигосахаридов и резкой активации транспорта "свободной" глюкозы. Поздние же сроки - значительным повышением темпов гидролиза и всасывания поли- и олигосахаридов, при одновременном подавлении функции транспортеров, не сопряженных с ферментативным гидролизом субстрата.

*Нигора Маърифовна Сидикова*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ И СЛЮНЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

### Актуальность

На сегодняшний день проблемам невынашивания беременности отводится важнейшая роль в медицине. По данным ВОЗ, на протяжении последних лет частота невынашивания составляет 20% от всех желанных беременностей, из них 15% приходится на самопроизвольные выкидыши и 5% - на преждевременные роды. Неблагоприятный исход предыдущей беременности отражается на репродуктивном здоровье женщины, способности к последующему зачатию и вынашиванию здорового ребенка [8].

В структуре привычных потерь беременности выделяют генетические (5%), анатомические

(10-14%), эндокринные (10-17%), инфекционные (5%), иммунологические (до 30%) факторы и некоторые др. (тромбофилия (13%)) [1]. По данным литературы, среди гормональных нарушений гиперандрогения (ГА) является одной из ведущих патогенетических причин развития нарушений репродуктивной функции организма, и повышенные уровни основных андрогенов обуславливают развитие недостаточности лютеиновой фазы (НЛФ), которая, в свою очередь, приводит к прерыванию беременности в первом триместре [3,4].

В настоящее время общепризнанных методов диагностики НЛФ не существует. Исследование сыровоточного уровня прогестерона малоинфор-