

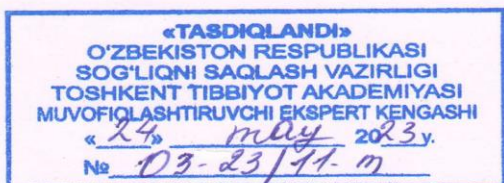
**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

F.Sh.Mamatmusayeva, L.N.Tuychiyev, G.K.Xudaykulova, M.T.Mo‘minova

**BOLALARDA O‘T SUYUQLIGI TARKIBINING VIRUSLI
GEPATITLARDAN SO‘NG O‘ZGARISHI
(monografiya)**

Toshkent - 2023 yil

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI



Mamatmusayeva F.SH., Tuychiev L.N., Xudaykulova G.K.,
Mo'minova M.T.

BOLALARDA O'T SUYUQLIGI TARKIBINING VIRUSLI
GEPATITLARDAN SO'NG O'ZGARISHI

(monografiya)

Toshkent 2023

Tuzuvchilar:

- F.Sh.Mamatmusayeva** TTA Mikrobiologiya, virusologiya, immunologiya kafedrası dotsenti, PhD
- L.N.Tuychiyev** TTA Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- G.K.Xudaykulova** Jamoat salomatligi, sog‘liqni saqlashni tashkil etish va boshqarish kafedrası mudiri, t.f.d.
- M.T.Mo‘minova** TTA Yuqumli va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası dotsenti, t.f.n.

Taqrizchilar:

- Sh.R.Aliyev** TTA Mikrobiologiya, virusologiya, immunologiya kafedrası dotsenti, t.f.n.
- G.K. Abduxalilova** Respublika ixtisoslashtirilgan Epidemiologiya, mikrobiologiya, yuqumli va parazitlar kasalliklar ilmiy-amaliy tibbiyot markazi AMR markazi rahbari, t.f.d.
- S.Yu.Kurbanova** TDSI Mikrobiologiya va farmakologiya kafedrası mudiri, dotsent, t.f.n.

Ushbu monografiya bolalarda virusli hepatitlardan so‘ng o‘t suyuqligi tarkibidagi mikroskopik, biokimyoviy o‘zgarishlar va uni davolash bo‘yicha o‘ziga xos xususiyatlari ilmiy manbalar ma‘lumotlari hamda shaxsiy ilmiy-tadqiqot natijalariga asoslanib yozilgan.

Monografiya infeksiyalar, pediatrlar va umumiy amaliyot shifokorlariga, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari hamda magistratura talabalari uchun mo‘ljallangan.

So‘z boshi

Ko‘pgina izlanishlar shuni tasdiqlaydiki, o‘t suyuqligi tarkibi odam organizmi uchun katta ahamiyatga ega. O‘t suyuqligi tarkibining mikrobiologik va biokimyoviy jihatdan moddalar muvozanatidagi o‘zgarishlari odam organizmida ovqat hazm qilish jarayonida ko‘plab patologik o‘zgarishlarga sabab bo‘ladi. O‘t suyuqligining asosiy vazifasiga oziq-ovqat mahsulotlari tarkibidagi yog‘larni parchalash va uni hazm qilish jarayonida qatnashish kiradi. Agar biliar tizimdagi motor-evakuator vazifalar buzilsa, o‘t suyuqligi tarkibining mikroskopik hamda biokimyoviy jihatdan o‘zgarishi organizmda patologik jarayonni keltirib chiqaradi, shuningdek ichak mikroflorasi tarkibida, miqdor ko‘rsatkichlarida va vazifalarida ham o‘zgarishlarga olib keladi. Shu sababli mazkur monografiyada bolalarda o‘t suyuqligi tarkibining virusli gepatitlardan so‘ng o‘zgarishi, ya’ni rekonvalessensiya davrida biliar tizim funksiyalari va o‘t suyuqligi tarkibidagi o‘zgarishlarga e’tibor qaratildi.

SHARTLI BELGILAR VA ATAMALAR RO‘YXATI

Anti-HCV – C gepatit virusiga qarshi antitanacha

Anti-HBs- B gepatit virusining yuzaki antigeniga qarshi antitanacha

Anti-HBcor- B gepatit virusining yadro antigeniga qarshi antitanacha

AST – aspartataminotransferaza

ALT- alaninaminotransferaza

VGB – B virusli gepatit

VG – virusli gepatit

VGD- D virusli gepatit

GBT-gepatobiliar tizim

DNK-dezoksiribonuklein kislota

IFT-immunoferment tahlil

γ -IFN- gamma interferon

Ig-G-immunoglobulin – ji

MIT-me'da ichak trakti

HBV- DNK - B gepatit virusi

HCV - RNK- V gepatit virusi

Anti - HCV- V gepatit virusining antigeniga qarshi antitelo

HDV - DNK- - D gepatit virusi

HbsAg – gepatit B virusining yuzaki antigeni

HbeAg - gepatit B virusining yuqumlilik antigeni

PTI - protrombin indeks

PZR - polimeraz zanjir reaksiyasi

SVG-surunkali virusli gepatit

O‘TT- ultratovush tekshiruvi

O‘VGA – A o‘tkir virusli gepatit

O‘VGB – B o‘tkir virusli gepatit

O‘VGC – C o‘tkir virusli gepatit

O‘CHY- o‘t chiqaruv yo‘li

I BOB. Bolalarda o't chiqaruv yo'llari patologiyasining zamonaviy jihatlari

Oxirgi o'n yil mobaynida jigarning virus etiologiyali kasalliklari va patogenezini chuqur o'rganilayotganligiga qaramasdan, patologik jarayonning ayrim rivojlanish mexanizmlari va uning klinik belgilarining namoyon bo'lishi mavhumligicha qolmoqda [15; 122-123-b.].

Virusli gepatit kasalliklari gepatobiliar tizim kasalliklarini yuzaga keltirishi, ko'pincha salbiy oqibatlar bilan, xususan asoratlarning rivojlanishi va ayrim holatlarda o'lim bilan yakunlanishi sababli nazariy va amaliy tibbiyotning muhim muammolaridan biri bo'lib hisoblanadi [1; 58-62-b.].

Adabiyotlarda keltirilishicha, bolalar orasida o't chiqaruv tizimining disfunktsiyali patologiyasi me'da-ichak trakti kasalliklari orasida 2 o'rinda turadi. Bolalarda ko'pincha, ya'ni 40-99% o't pufagining gipomotor diskineziyasi kuzatiladi. O't pufagi funktsiyasining buzilishi bolalardagi nevroz, dientsefal vegetativ kriz, virusli gepatit, boshqa yuqumli kasalliklar va ulardan zaharlanish natijasida kelib chiqadi. O't chiqaruv yo'llarining rivojlanishidagi nuqsonlar biliar trakt disfunktsiyasidagi asosiy omillardan hisoblanadi [20; 15-b., 63; 55-b.].

O't chiqaruv yo'llarining patologiyasi Vater so'rg'ichi va Oddi sfinkterining (katta duodenal so'rg'ich stenozida) birlamchi shikastlanishidan so'ng kelib chiqadi. O't yo'llari diskineziyasining umumiy klinik belgilar guruhidan darmonsizlik, jaxldorlik, maktab o'quvchilarida o'qish qobiliyatining pasayishi, kichik yoshdagi bolalarda yig'loqilik belgilari ko'p uchraydi. Ba'zi bolalarda harakat to'xtashi, gipodinamiya, terlash, yurakning tez urishi belgilari kuzatilishi ham mumkin. O't chiqaruv yo'llari disfunktsiyasining xususiy klinik belgilaridan epigastriy sohasidagi og'riq, ko'ngil aynish, qayt qilish, kekirish, og'izda achchiq ta'm bo'lishi belgilari kuzatiladi. Bolalarda biliar tizimning funktsional buzilishlari ko'pincha, vegetativ disfunktsiya bilan bog'liqdir. Bu belgilar maktabgacha yoshdagi bolalarda ustunlik qilsa, maktab yoshidagi bolalarda rivojlanib borib, 10 yoshdan keyin kasallik sifatida yuzaga chiqadi. Biliar trakt disfunktsiyasidagi turg'un klinik belgi bu – qorindagi og'riqdir [10; 9-10-b.]. Yuqorida keltirilgan klinik belgilardan birontasi, biliar trakt disfunktsional buzilishining patognomonik

belgisi hisoblanmaydi. Shu bilan birgalikda ushbu patologiyaga tashxis qo'yish umumiy amaliyot shifokorlarida qiyinchilik tug'diradi [25; 6-7-b.].

Rim mezonlarining III (2006) "O't pufagi va Oddi sfinkterining funksional buzilishlari" bo'limida quyidagilar keltirilgan [27; 14-16-b.]

- Ye - O't pufagi va Oddi sfinkterining funksional buzilishlari.
- Ye1 - O't pufagining funksional buzilishlari.
- Ye2 - Oddi sfinkterining funksional buzilishlari.
- Ye3 - Oddi sfinkterining pankreatik funksiyasini buzilishlari

Bolalarda amaliyotda ko'p qo'llaniladigan usul gepatobiliar stsintigrafiya hisoblanadi (morfinli neostigmin, nitroglitserinni kiritish). Oddi sfinkterini tekshirish usullaridan manometriya va xolestsintigrafiya natijalari orasida korrelyatsiya mavjud. O'tkir xoletsistit (o'tkir xoletsistoxolangit) kasalligida 50% hollarda sariqlik paydo bo'ladi. Ko'pincha, bolalarda xolelitiaz latent kechib, xoletsistit, o't chiqaruv yo'llari obstruksiyasi va o't sanchig'i belgilari bilan namoyon bo'ladi. Tashxislashda sonografiya, rentgenoxoletsistografiya, KT asosiy o'rin to'tadi. Biroq, qonkrementlar tarkibini tekshirish maqsadida, albatta o't suyuqligi tarkibi tekshiriladi. Xolespazmolitiklar davolashda muhim komponentdir. Bu guruhdan asosiy o'rinni mebeverin (dyuspatalin) egallaydi. O'simlik tarkibli preparatlarga flamin (yosh bo'yicha 1/4- 1 tabletkadan kuniga 3 mahal), xolagogum (1 kapsuladan so'tkada 2 mahal), xolagol (1-5 tomchidan, bola yoshiga qarab, qand bilan kuniga 3 mahal, ovqatdan oldin), xolosas (1 choy qoshiqdan, kuniga 2-3 mahal, issiq suv bilan ichish).

Xolafluks spazmolitik ta'sir ko'rsatib, o't suyuqligi oqimi va tosh hosil bo'lishining oldini oladi. O't yo'llari gipertenziyasida jigar hujayralarining himoyasini ta'minlash maqsadida, gepatoprotektorlardan ursodezoksixolat kislota, metionin, essentsial fosfolipidlar qo'llaniladi. Jigardagi istalgan patologik jarayon xolestazga olib kelishi mumkin. Noobstruktiv xolestazda ursodezoksixolat kislota tanlov preparati hisoblanadi. [28; 115-116-b., 53; 44-45-b.].

Jigar ichi xolestaz gepatotsitlarda yoki jigar ichi o't yo'llarida rivojlanishi mumkin, ya'ni intralobulyar, kanalikulyar va ekstralobulyar [56; 117-119-b.].

Ushbu turdagi xolestazlarning kelib chiqishida S-adenozilmetilsintetaza fermentini faolligi pasayadi. Natijada S-ademetionin hosil bo'lishi buziladi. Buning natijasida gepatotsitlarda biokimyoviy jarayonlarda o'zgarishlar kuzatiladi. Ya'ni, gepatotsellyulyar membranalarda fosfolipidlar kamayadi, Na⁺-K⁺-ATFaza va tashuvchi oqsillar faolligi tushadi, hamda o't suyuqligi uchun zarur komponentlarni olib kirish pasayadi. Glo'tation va taurin zahirasi ham kamayadi. Ushbu moddalarning kamayishi oksidant holatni ko'paytiradi. Bu moddalarning tanqisligi natijasida xolestaz etiologiyali gepatotsitlar sitolizi kelib chiqadi [75; 13-15-b.].

Xolestazda ko'pincha, terida qichishish belgisi kuzatiladi. Ko'rik vaqtida bemorlarning terisida tirnash izlari va ksantomalar aniqlanadi. Ichaklarda o't suyuqligining tanqisligi steatoreya, mal'absorbtsiya sindromi, yog'da eruvchi vitaminlarning tanqisligi va suyaklarda mineralizatsiyaning buzilishiga olib keladi. O't suyuqligi komponentlarining doimiy ravishda gepatotsitlarda ortiqcha miqdorda mavjudligi uning nekroziga va jigar-hujayra yetishmovchiligiga olib keladi.

Xolestaz aniq biokimyoviy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi, ya'ni qonda o't suyuqligi orqali chiqishi lozim bo'lgan moddalar ko'payadi. Shuni aytib o'tish kerakki, bolalar qonida ishqoriy fosfataza fermentining miqdori kattalarga nisbatan ko'proq oshadi. Jigarichi xolestazining doimiy va maxsus ko'rsatkichi bu – gammaglo'tamiltranspeptidaza fermentidir. Ishqoriy fosfatazani qondagi miqdorining oshishi esa ko'proq, jigardan tashqaridagi xolestazdan darak beradi [19; 8-b., 25; 7-b., 32; 43-47b.].

Giperxolesterinemiya xolestazda doimo kuzatiladigan belgi emas. Xolestaz gepatotsitlarning sintetik funktsiyasi saqlanganligidan darak beradi. Chunki jigar sirrozida xolesterin miqdori qonda kamayadi. Jigar ichi hamda jigardan tashqaridagi xolestaz jarayonida giperlipidemiya past qattqlikdagi lipoproteidlar hisobiga (α 2- va β -fraktsiya) va asosan, X-lipoproteid hisobiga ko'tariladi [36; 46-47 b., 44; 11-13 b.]. Ursodezoksixolat kislotasi (o't suyuqligi desaturatsiyasi, mayda xolesterinli toshlarni eritadi) o't-tosh kasalligida davolash uchun

qo'llaniladi. Ushbu kasallikni davolash jarayonida jigarning biokimyoviy ko'rsatkichlari yaxshilanadi [63; 68-69-b.]. UDXKning antiapoptotik ta'siri hujayralarda Sa ionlari konsentratsiyasining kamayishi, mitoxondriyadan "tsitoxrom S" ga aylanib chiqishi natijasida xolangiotsitlardagi kaspaz va apoptoz jarayonlarini to'xtatadi [55; 151-b.]. O't suyuqligi shakllanishining jigar-hujayra bosqichida buzilishida xoleretik preparatlarni tavsiya qilish maqsadga muvofiq emas, balki o't suyuqligi hosil bo'lishini kuchaytiruvchi preparatlar tavsiya qilinadi. Xoleretiklar (o'simlik sterollari va va o't kislotalarini saqlaydi) o't suyuqligi shakllanishining kanalikulyar - naycha bosqichida (naychalarda suv diffuziyasi kamayishi natijasida o't oqimining buzilishi), duktulyar bosqichida (sekretin hosil bo'lishini kamayishi, toksik ta'sirlar va immunologik buzilishlari natijasida o't yo'llari epitelialarining shikastlanishi), pufakcha bosqichining buzilishida (o't pufagining konsentratsiyalash va qisqarish vazifasining buzilishida, o't kislotalari va organik anionlarning tanqisligida, Oddi sfinkteri disfunktsiyasida), intestinal bosqichi buzilganda (o't suyuqligini ichaklardan so'rilishi buzilishi natijasida o't kislotalarining axlat bilan birga ko'p miqdorda chiqarilishi) yaxshi samara beradi [22; 4-5-b., 47; 32-36-b., 63; 69-70-b.].

O't chiqaruv yo'llaridagi patologik jarayonga, ko'pincha Oddi sfinkteri va fater so'rg'ichining birlamchi shikastlanishi qo'shiladi (Masalan: katta duodenal so'rg'ich stenozida). Hozirgi kunda dunyo olimlari oldidagi muhim muammolardan biri bo'lib virusli hepatitlar bilan kasallanish darajasini kamaytirish hisoblanadi. Kasallikning keng tarqalishi, hamda jiddiy oqibatlar bilan yakunlanishi natijasida katta ijtimoiy-iqtisodiy yo'qotishlarning oldi olinadi. Oxirgi yillarda jigarning funktsional holatini kech me'yorlashuvi natijasida hepatitlarning rekonvalesentsiya davri cho'zilib bormoqda [1; 59-60-b., 26; 18-19-b.].

Virusli hepatit kasalliklarida etiologik omil o'zgarmagan holda jigardan tashqaridagi a'zo va to'qimalar ham shikastlanadi. Bu shikastlanish turli immunopatologik reaksiyalar hamda virusning bevosita sitotoksik ta'siri oqibatida paydo bo'ladi [8; 8-11-b., 64; 17-23-b.].

Jigar patologiyasi bo'lgan bemorlarda o't kislotalari sintezining susayishi va biliar tizimdagi yetishmovchilikning rivojlanishi gepatotsitlar shikastlanishi bilan bog'liq holda paydo bo'ladi [28; 23-26-b.].

Bolalarda me'da ichak trakti a'zolari patologiyalaridan bo'lgan biliar tizimning surunkali yallig'lanish kasalliklari keng tarqalgan bo'lib, umumiy kasallanishning 17-20%ini tashkil qiladi. MIT a'zolari o'zaro murakkab funktsional bog'liqlikka ega bo'lganligi sababli mazkur traktning biron bir a'zosida kasallik kelib chiqqan holda uning etiologiyasini aniqlash qiyinchilik tug'diradi. Biroq, surunkali xoletsistit kasalligiga o'z vaqtida tashhis qo'yish va davolash jigar, shuningdek ichak kabi a'zolarida bo'ladigan funktsional va morfologik o'zgarishlar, hamda boshqa a'zolar shikastlanishining oldini oladi [7; 32-37-b. 13; 19-23-b.].

Hozirgi kunda semizlik va biliar tizim patologiyalarining birgalikda kechishi olimlarda katta qiziqish uyg'otmoqda. Bu holat tibbiy va ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lib, bolalar va mehnatga layoqatli yoshlarda uchrashi bilan dolzarbdir. Chunki bu kasalliklar yoshlarda hayot sifatining pasayishiga, katta iqtisodiy inqirozga olib keladi. Afsuski, oxirgi yillarda kasallanishning ko'payishi achinarli holdir [37; 41-43-b.].

JSSTning ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda semirish muammosi epidemiya darajasiga yetib bordi. Hozirda ko'pgina davlatlarda ortiqcha tana vazni 30% dan 80% gacha bo'lgan katta yoshlilarda va 20% gacha bolalar orasida kuzatilmoqda. Bu esa o'z navbatida aholining salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi [8; 9-10-b. 10; 6-8-b.].

Oxirgi o'n yillarda biliar tizim kasalliklarining, ya'ni ko'proq o't-tosh kasalliklarining «yosharishi» aniqlanmoqda [6; 286-289-b. 9; 41-42-b.]. Agar bemorlarning o't pufagida funktsional yoki yallig'lanishli surunkali o'zgarishlar mavjud bo'lsa, bu ko'pincha o't-tosh kasalligi rivojlanishiga sabab bo'ladi. O't – tosh kasalligi kelib chiqishining birinchi davrida o't suyuqligining fizik-kimyoviy o'zgarishi kuzatiladi, ya'ni o't pufagida tosh yo'q, biroq o't suyuqligi litogen holda bo'ladi. Bu davrda tosh hosil bo'lishining oldini olsa bo'ladi [11; 17-18-b.].

O't chiqaruv tizimi kasalliklarini laborator tashxislashdagi asosiy usuli duodenal zondlashdir. Hozirgi vaqtda tibbiy amaliyotda bosqichli xromatik duodenal zondlash qo'llanilmoqda. Bu usul biliar tizimdagi nafaqat yallig'lanish jarayonini, balki sfinkter apparatining funktsional, diskinetik buzilishlarini, hamda jigarning sekretor bosimini ham yuqori darajada ishonchli tashxislaydi. Bu usul o't suyuqligini har bir portsiyasidagi biokimyoviy sifatini tekshiradi va litogenlik xususiyatini verifikatsiya qiladi [2; 44-46-b. 12; 101-106-b.].

Gastroenterologiya sohasida MITning funktsional patologiyalaridan biri «biliar disfunktsiyalar» muammosi dolzarb hisoblanadi. O't chiqaruv yo'llaridagi «Funktsional patologiya»larning dolzarbligi kasallikning klinik belgilersiz kechishi, ushbu holatga oid diagnostik mezonlar va terapevtik yondoshuvning yo'qligidadir [13; 75-78-b. 20; 53-57-b.].

Biliar tizim disfunktsiyasi asosida o't pufagi, O'CHY va Oddi sfinkteri tonusining motor-evakuator vazifalarining buzilishi, hamda o't suyuqligi oqimining to'xtashi yotadi. Bolalarda biliar tizim disfunktsiyasi ikkilamchi infeksiya o'choqlari oqibatida, ya'ni ko'pincha virusli gepatit kasalligini o'tkazgandan keyin paydo bo'lishi mumkin [31; 61-63-b.].

O'ChY diskineziyasi MIT funktsional buzilishlarining klassik bir ko'rinishidir. D.A.Drossman zamonaviy tekshiruvlar natijasida, «funktsional buzilishlar - bu gastrointestinal a'zolarga xos belgilarning biokimyoviy o'zgarishlarsiz turli xil ko'rinishidir», - deb tariflagan. Funktsional kasalliklarda morfologik, metabolik va genetik jihatdan boshqa a'zolarda o'zgarishlar aniqlanmaydi. Funktsional sindromlar biron bir a'zo yoki to'qimalarda u yoki bu funktsional boshqaruv mexanizmlarining buzilishi natijasida paydo bo'ladi.

O't suyuqligi oqimining ichak bo'shlig'iga regulyatsiyasini buzilishi, nafaqat MITdagi o'zgarishlardan, balki polikomponent biokimyoviy substrat sifatida funktsional jarayonlarda ishtirok etadigan bo'tun organizmda o'zgarishlar mavjudligidan darak beradi. Ularga pepsin va xlorit kislotalarning neytralizatsiyasi, yog'lar emul'giratori va ularni gidrolizlash, pankreatik va ichak fermentlarini faollashtirish, yog'da eruvchi A, D, K, E vitaminlar so'rilishini

kuchaytirish, vorsinkalarda fermentlarni mustahkamlash, ichak peristaltikasini normallashtirish, antibakterial va antiprotozooy vositalar ta'sirini qo'llab-quvvatlash, ichak bo'shlig'iga ksenobiotik metabolitlarining o't suyuqligi bilan ajralishini ta'minlash kiradi [27; 23-27-b.].

Bolalarda o't suyuqligi hosil bo'lish fiziologiyasining va ajralish mexanizmining turli darajalarda buzilishlari, hamda uni zamonaviy korrektsiya qilish yo'llari hali yetarlicha o'rganilmagan [23; 11-19-b.].

Biliar tizim funksiyasi buzilishini (BTFB) oldini olish, tizimdagi xolestatik o'zgarishlarni samarali davolash surunkali xoletsistit va o't-tosh kasalliklarining oldini olish demakdir [49; 10-12-b.].

Bolalarda, xususan erta yoshlilarda O'CHY motorikasining buzilishi biluar tizim va jigar kasalliklarining paydo bo'lishida muhim o'rin to'tadi. Bolalarda O'ChYlari diskineziyasiga olib keluvchi sabablar bo'lib o't pufagi va boshqa MIT a'zolari patologiyasi, hamda vegetativ nerv disfunktsiyasi hisoblanadi [57; 32-35-b.].

Bolalarda zamonaviy usullar yordamida MIT a'zolari tekshirilganda 70-90% hollarda biluar tizim funktsional buzilishlari aniqlanadi. MIT a'zolarining kasalliklari biluar tizim disfunktsiyasi bilan birga kelganda asosiy kasallikning klinik kechishi og'irlashadi va korrektsiya qilish birmuncha qiyinlashadi. Bu hollarda O'CHY kasalliklari orasida motor funktsiyaning buzilishi patologiyasi, ya'ni diskineziyalar muhim o'rin to'tadi. O'CHY motor vazifasining buzilishi birlamchi va ikkilamchi turlarga bo'linadi. O'CHYlarining ikkilamchi diskineziyasi ko'pincha jigar, biluar tizim va o'n ikki barmoq ichak organik kasalliklari oqibatida kelib chiqadi [36; 9-11-b.].

Shunday qilib, jigardagi patologik jarayon O'ChY diskineziyasi rivojlanishining sabablaridan biri bo'lib hisoblanishi mumkin. Adabiyotlarda keltirilishicha, bemorlarda gastroduodenogepatopankreatik soha kasalliklari aniqlanganda O'ChYda ikkilamchi motor buzilishlar ko'p uchraydi. Biroq ushbu patologiyali bemorlar uchun aniq davolash sxemasi ishlab chiqilmagan [5; 112-113-b.].

1.2. Pediatrik amaliyotda gepatobiliar tizim o'zgarishlariga olib keluvchi sabablar va ularni olib borishda zamonaviy yondoshuvlar

Jigarning zararlanishi bilan bog‘liq bo‘lgan bu kasallikda gepatotsitlar, ya'ni jigar xujayralari shikastlanadi, o‘t kislotalari sintezi va oqimi kamayishi natijasida o‘t yo‘llarida yetishmovchilik kelib chiqadi [33; 5-6-b.]. GBT surunkali kasalliklarining oshib borishi etiologik jihatdan 95% hollarda virusli gepatitlar bilan bog‘liq [16; 19-21-b.]. Bizga ma'lum bo‘lgan virusli gepatitlar - A, V, S, D, E hozirgacha o‘zining yuqori epidemiologik potentsialini saqlab turibdi. Ayniqsa, Yevropa va Shimoliy Amerika davlatlari parenteral gepatitlar bo‘yicha o‘zining yuqori o‘rnini saqlab kelmoqda (30 - 40% aholi virus bilan zararlangan) [63; 52-53-b.]. Bolalarda parenteral virusli gepatitlar 70 - 95% holatlarda surunkali gepatitlarga aylanadi. Bunda asosan, parenteral mexanizm bilan yuqadigan virusli gepatitlardan - HBV, HCV, HDV - asosiy o‘rinni egallaydi (70%) [64; 69-71-b.].

O‘zbekiston Respublikasi virusli gepatit kasalliklari bo‘yicha giperendemik voqea hisoblanadi, biroq “B” virusli gepatit kasalligi bo‘yicha 10 yillik ma'lumotlarga ko‘ra, kasallanish 14,7 barobarga kamayganligi aniqlangan. Kasallanish 2000 yilda 100 ming aholiga mo‘tloq ko‘rsatkich 29,4 bo‘lgan bo‘lsa, 2010 yilga kelib mo‘tloq ko‘rsatkich 100 ming aholiga 2,0 ni tashkil qilgan. Bu esa 2000 yildan boshlab bolalarni «B” virusli gepatit kasalligiga qarshi ommaviy emlash rejali emlash kalendariga kiritilganligi bilan bog‘liqdir. Emlash (vaktsinatsiya) o‘zining samarasi va iqtisodiy tomondan tejamkorligi bilan insonlar hamda davlat uchun foydalidir. Lekin emlashning (vaktsinatsiya) epidemiologik hususiyatini saqlab qolish uchun bir yoshgacha bo‘lgan bolalarning 95%i emlash jarayoniga jalb qilinishi lozim [46; 7-15-b.]. Bu yilga qadar O‘zbekistonda VGB, VGS va VGD kasalligi 25% holatlarda surunkali jarayonga o‘tishi aniqlangan [3; 4-6-b.].

F.I.Inoyatova ma'lumotlariga ko‘ra, bolalar orasida surunkali virusli gepatitlar 8,6% hollarda kuzatiladi. Shu vaqtda ushbu umumiy foizning asosiy qismini VGB kasalligi tashkil etgan. VGB kasalligiga qarshi emlash rejali emlash kalendariga kiritilguniga qadar, umumiy ro‘yxatga olingan VGB bemorlar orasidan 15 yoshgacha bo‘lgan bolalar 65%ni tashkil qilgan. Ushbu ko‘rsatkichdan 26,9%ini 2 yoshdan - 6 yoshgacha bo‘lgan bolalar tashkil qilgan [16; 21-22-b.].

Hozirgi vaqtda HBV-infektsiya bilan zararlangan katta yoshli bemorlarda 2-10% hollarda kasallik surunkali jarayonga o'tishi aniqlangan bo'lsa, bolalarda O'VGB 1,8-18,8% holatlarda surunkali jarayonga o'tishi aniqlangan [52; 8-11-b.].

Bola hayotining 1-yilida HBV-infektsiya bilan zararlangan bolalarda 70-90%, 2-3yoshda 40-70%, 4-6 yoshda 10-40% va 7 yoshdan katta bolalarda 10%gacha bo'lgan holatlarda kasallanish surunkali jarayonga o'tadi [75; 310-312-b.]. V.Acalovschi bo'yicha, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 9,8%ida virus perinatal davridayoq bolaga yuqadi, hamda bu bolalar surunkali HBV tashuvchisi hisoblanadi [69; 861-863].

Oxirgi yillardagi ilmiy tadqiqot natijalariga ko'ra, me'da ichak traktining (MIT) zararlanishi lyamblioz invaziyasida ham kuzatiladi. Yer sharidagi 20% aholi lyamblioz bilan kasallangan. Lyamblioz bilan asosan, kichik va maktab yoshidagi bolalar zararlanadi. Maktabgacha ta'lim muassasasiga boradigan bolalar orasida lyambliya bilan zararlanish 12-13% dan 30-35%gachani tashkil qiladi. Ma'lumki, lyamblioz invaziyasi, ko'pincha tashuvchi sifatida klinik belgilersiz kechadi. Shuning uchun shifokorlar nazaridan chetda qolishi mumkin [68; 15-17-b.].

I.V.Kuimova ma'lumotlariga ko'ra, lyambliya sistalari 25% holatlarda rejali tekshiruvdan so'ng aniqlanadi. Ko'pchilik olimlarning fikriga ko'ra, lyamblioz MIT, o't chiqaruv yo'llari (O'ChY) va jigarda og'ir shikastlanishlarga sabab bo'lishi mumkin. Lyambliozli bemorlarda 29,2% hollarda GBTda patologik o'zgarishlar bo'lishi mumkinligini aniqlagan (O'ChY diskineziyasi, o'tkir va surunkali xoletsistitlar, surunkali xolangioxoletsistit va xolangiohepatit) [68; 13-14-b.]. 7 yoshgacha bo'lgan bolalar lyamblioz invaziyasi bilan zararlangan bo'lsa, MITning shikastlanishi ustun turadi. Bular quyidagilardir: O'ChY diskineziyasi gipomotor tip ustunligi bilan (54,7%), klapan apparatining buzilishi (32,4%), gastroenterit (23,6%), 7 yoshdan katta bolalarda gastroduodenit (37,4%) va xolangio-xoletsistit (39,1%) kabi patologiyalar ko'p uchraydi [70; 449-451-b.]. Hozirgi vaqtda virusli gepatit kasalligini kamaytirish bo'tun dunyo oldida turgan dolzarb muammolardan biri hisoblanadi. Chunki ushbu kasallik infeksiyasi keng

tarqalgan, jiddiy oqibatlar bilan yakunlanadigan kasallik bo'lib, katta ijtimoiy-iqtisodiy yo'qotishga olib kelishi mumkin [69; 861-864-b.].

“A” virusli gepatiti (VGA) Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) oldida turgan dolzarb muammolardan biri bo'lib, bu avvalombor infeksiyaning yuqori darajada tarqalganligi hisoblanadi. VGA kasalligi bo'yicha rivojlangan davlatlar 30%, rivojlanayotgan davlatlar esa 100% giperendemik hudud hisoblanadi. Barcha o'tkir virusli gepatitlar orasida VGA 50% va undan ko'p hollarda ham kuzatiladi. BJSST bo'yicha dunyoda har yili 1,4 mln. VGA bilan kasallanganlar ro'yxatga olinadi. Seroepidemik tekshiruv ma'lumotlariga ko'ra, VGA bilan kasallanish barcha virusli gepatitlar orasida, haqiqatdan ham 3-10 barobar yuqori o'rinlarda turishi isbotlangan. Oxirgi yillarda VGA kasalligining cho'zilgan shakli ko'proq uchrashi oqibatida jigar vazifalarining kech me'yorlashuvi kuzatilmoqda. “A” virusli gepatit bilan kasallangan inson hayoti davomida bir marotaba kasallanadi va turg'un immunitet shakllanadi. “A” virusli gepatitning o'lim bilan yakunlanishi 1 % dan 30 % gacha bo'lib, bu ko'rsatkich bemor yoshi kattalashgan sayin oshib boradi. “A” virusli gepatitning eng og'ir klinik shakllari bu - xolestatik ("o't suyuqligining dimlanishi") va ful'minant (yashinsimon) shakllaridir. VGA kasalligida o't suyuqligining dimlanishi jigar o't yullari devorlarida yallig'lanishga olib keladi. VGA kasalligining ful'minant va yashinsimon shaklida bolalarda 0,5% gacha o'lim bilan yakunlanadi. O'lim o'tkir jigar yetishmovchiligi hisobiga bir necha kun davomida sodir bo'ladi. VGA kasallining o'lim bilan yakunlanishi 1% dan 30% gachani tashkil qiladi [64; 8-9-b.]. Virusli gepatit kasalliklari orasidan o'lim bilan yakunlanish ko'proq surunkali «B» virusli gepatit (VGB) kasalliklarida aniqlangan. Kasallikni oldini olishning bir turi – maxsus profilaktika deyiladi. Emlash (vaktsinatsiya) o'zining samarasi va iqtisodiy tomondan tejamkorligi bilan insonlar va davlat uchun foydalidir. O'z. Res. SSV tomonidan 2012 yil 5 yanvarda qabul qilingan «Respublikamizda virusli gepatitlarga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish» to'g'risidagi 5-sonli buyruqqa asosan, o'tkir virusli gepatit Rekonvalestsent bolalar statsionar davolanishdan chiqqanidan so'ng mahalla shifokori yoki yuqumli kasalliklari xonasida 1, 3, 6, 9, 12 oy muddatlarda

dispanser nazoratdan o'tkaziladi. Ularda tekshiruvlar quyidagilar, ya'ni klinik ko'rik (shikoyatlar, ishtaha, xolsizlik, sklera va teridagi ikteriklik, jigar o'lchamlari va h.z.lar aniqlanadi) va laborator tekshiruv (bilirubin va uning fraktsiyalari, aminotransferaza: AlAT va AsAT aktivligi, immunoferment taxlil (IFA), qonda virusli gepatitga xos markerlar), hamda jigar va O'ChY O'TTdan o'tkaziladi. Tekshiruv natijasida bolalarda quyidagi simptomlar, jumladan postgepatit asteniya (56,3%), o'ng qovurg'a ravog'i ostidagi og'riq va diskomfort (37,5%), ishtaxa pasayishi (31,3% bolalarda) klinik belgilari kuzatilishi mumkin [46; 9-12-b.55; 311-b.].

Shunday qilib, VG rekonvalestsentlarining dispanserizatsiyasi muhim chora-tadbirlardan biri hisoblanib, postgepatit holatlardan bo'lmish jarayonning surunkaliga o'tishini va jigar sirrozini erta tashxislashga yordam beradi. Dispanserizatsiya vaqtida rekonvalestsentlarning jigar va O'ChYlari a'zolari O'TTidan o'tkaziladi. Ushbu dispanser kuzatuvda dinamikada jigardagi patologik jarayon qay darajada o'zgarganligi chuqurroq yoritib beriladi (VGB o'tkazgan bemorlarning dispanserizatsiya va rehabilitatsiyasi) [46; 47-49-b.].

Ko'pgina olimlar fikriga ko'ra, virusli gepatit kasalligini o'tkazgan bemorlarning 60%ida jigarning funktsional jihatdan to'liq me'yorlashuvi kuzatilmaydi. Bu esa klinitstlar oldida kasallikning faol davri yoki qoldiq asoratlari bo'lishi mumkinligini aniqlashdek, taqqoslama tashxis olib borishdek muhim vazifalarni yuklaydi. Klinitst esa muammoni hal qilish maqsadida bemorlar ahvolini diqqat bilan kuzatishi va qo'shimcha biokimyoviy testlar o'tkazishi zarur. Shifoxonadan chiqqan bemorlarning qon tahlili 2 marta, 5-7 kun oralatib, biokimyoviy ko'rsatkichlardan bilirubin, ALT va AST tekshirilishi zarur. Virusli gepatit kasalligini o'tkazgan rekonvalestsent bolalarning 32,9% ida gepatomegaliya bo'lishi ro'yxatga olingan [3; 11-13-b. 30; 8-11-b.].

Virusli gepatit va O'ChY kasalliklari orasidagi o'zaro bog'liqlik to'liq o'rganilmagan. Jigar va O'ChY orasidagi anatomo-funktsional bog'liqlik jigardagi patologik jarayonning O'ChY kasalliklari bilan birga kechishiga sabab bo'lishi mumkin, yoki aksincha. Jigar va O'ChYdagi funktsional va morfologik

o'zgarishlar bir vaqtning o'zida, aynan bir sabab natijasida ham rivojlanadi. Shu o'rinda, infeksiyon omil bo'tun organizmni, shu jumladan O'ChYni ham jarohatlashini aytib o'tish o'rinlidir. Jigardagi yallig'lanish va destruktiv jarayonlar bir vaqtning o'zida O'ChYlarida ham sodir bo'ladi. Ushbu fibroz tipidagi o'zgarishlar o't pufagi va Fater so'rg'ichida ko'plab torayishlarga olib keladi. Surunkali virusli gepatit kasalligi bilan og'rigan bemorlardagi klinik belgilar biliar tizimidagi funktsional (89,6%) va yallig'lanishli (12,6%) shikastlanish belgilari ta'siri oqibatida bemorlarning ahvoli og'irlashishiga olib keladi hamda hayot sifat ko'rsatkichlarini pasaytiradi [11; 17-19-b. 71; 124-126-b.].

Biliar tizim disfunktsiyasi xalqaro tasnif bo'yicha 2 ta tipga, ya'ni o't pufagining va Oddi sfinkterining disfunktsiyasiga bo'linadi. Bolalarda O'ChY kasalliklari, ko'pincha o't pufagi va o't yo'llari motorikasining funktsional buzilishi, hamda Oddi sfinkterining tanqisligi holida uchraydi va oqibatda o't suyuqligi oqimining kiyinlashishiga olib keladi. O'ChYlari diskineziyasi maktabgacha va maktab yoshidagi o'g'il bolalarga nisbatan qiz bolalarda ko'proq hollarda uchrashi aniqlangan. Ma'lumki, jigar hujayralarining me'yoriy ishlashida gepatobiliar tizim hujayra membranasining mo'tloq bo'tunligi va organellalar tuzilmasining fiziologik faolligi muhim ahamiyat kasb etadi. Hujayra membranasining turg'unligi o't suyuqligining fiziologik ishlab chiqarilishini ta'minlasa, hujayralarora bog'liqlikning tiklanishi o't suyuqligi oqimini me'rida saqlaydi [56; 31-32-b.].

Bolardagi O'ChYlari patologiyasining o'z vaqtida tashhislanishi va davolanishi o't pufagi, jigar, oshqozon osti bezi yallig'lanish kasalliklarini, hamda o't pufagi va buyraklarda tosh hosil bo'lishini oldini oladi [50; 66-69-b.].

Hozirgi paytda fraktsion duodenal zondlash usuli nisbatan invaziv usul hisoblanganligi sababli biliar tizim a'zolarining diskinetik o'zgarishlarini tashhislashda kam qo'llanilmoqda. Shu tufayli, biliar disfunktsiyalarni o'z vaqtida aniqlashda qiyinchiliklar tug'ilmoqda [45; 27-28-b.].

O'ChY diskineziyasida gepatobiliar tizimning funktsional holatini baholash uchun kompleks tekshiruv usullari qo'llaniladi. Chunki hech bir yagona tekshiruv usuli

jigar va biliar tizim funktsional holati buzilishini to'liq ko'rsatib bera olmaydi. O'ChYlari diskineziyasi bo'lgan bemorlarda biliar tizim, sfinkter apparatlar va jigar funksiyasining buzilish darajasini aniqlashda duodenal zondlash, O'TT va GBSG (gepatobiliar sfingografiya) usullari qo'llaniladi. GBSG usuli – jigarning yutish-ekskretor vazifasini baholashda, hamda o't pufagi gipokineziyasi bilan sfinkter apparatining patologiyasini taqqoslashda qo'llaniladi. Chunki bu usul boshqa usullarga qaraganda yuqorida keltirilgan patologiyalarni to'g'ri aniqlashda yordam beradi. O'ChY kasalliklarida o't pufagining motor funksiyasini ob'ektiv baholash juda muhim hisoblanadi. Buni aniqlashda vaqt omili va hajmni e'tiborga olish kerak. «O'tli nonushta» usulining turli variantlari mavjud. O't pufagining motor funksiyasini O'TT usulida aniqlashda «O'tli nonushta» usulining o'rni kattadir [42; 29-31-b.].

Shunday qilib, virusli hepatitlarning etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezini, klinikasi, asoratlari, ularni tashhislash va davolash, shuningdek ularning oldini olish haqidagi ma'lumotlar ko'plab adabiyotlarda keltirilishiga qaramasdan, virusli hepatit kasalliklari va ularning O'ChYlariga beradigan asoratlari borasida yangi profilaktik chora-tadbirlarni ishlab chiqish dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi.

Oxirgi yillarda bolalar orasida GBT kasalliklarining surunkali shakli bilan og'riqan bemorlar soni oshib bormoqda. Chunki, ko'pincha bolalik vaqtida qandaydir o'tkir kasallik tashxislanmasdan qolishi va biron bir kasallikning asorati sifatida rivojlanishi mumkin. Natijada GBTidagi o'zgarishlar shakllangan va bu jarayon tezda latent davriga o'tib, persistirlanuvchi patologik jarayonga aylanadi [51; 54-57-b.].

Bolalarda GBT kasalliklari diagnostikasi murakkab bo'lib, xatoliklar ko'p uchraydi. Bu holatlar gastroduodenal va biliar tizimlarning topografik-funktsional jihatdan o'zaro bog'liqligi, hamda klinik belgilarning o'xshashligi bilan tushuntiriladi. Shuning uchun bunday bemorlar ultratovush tekshiruvini (O'TT) - skrining usulida kompleks tekshiruvlardan o'tishlari shart [60; 37-39-b.].

So'nggi yillarda chop etilgan adabiyotlarda keltirilishicha, turli kasalliklarda exografik tekshiruv ishonchli ma'lumotlarni berar ekan. Klinik tibbiyotda O'TT usulining keng diapozonda qo'llanilishi barcha a'zo va to'qimalarni tekshirishda qulayligi, zararsizligi, noinvazivligi, texnik jihatdan soddaligi, uslubning iqtisodiy tomondan tejamkorligi, yuqori darajada axborot taqdim etishi va o'ta sezgirligi kabi asosiy ustunliklari bilan tushuntiriladi [54; 9-12-b.].

T.A.Daminovning ilmiy ishlarida ham GBT kasalliklarida O'TT usulining yuqori informativligi keltirilgan. Bolalarda dastlabki tashxis qo'yilmasdan tekshiruv o'tkazilganda, 40% holatda qorin bo'shlig'i va qorin orqa sohasidagi a'zolarida patologik o'zgarishlarga tashxis qo'yiladi. Patologik holatlar 13% bolalarda klinik simptomlarsiz o'tgan. A.A.G'ofurov bo'yicha, bolalar ommaviy ravishda O'TT tekshiruvidan o'tkazilganda 25,3% bolalarda o't pufagida exografik o'zgarishlar topilgan bo'lsa, ulardan 11,4%ida klinik belgilersiz kechganligi aniqlangan [3; 3-5-b.].

Sabbaghian M.S. et al. (2010) ma'lumotlariga ko'ra, gepatotsitlar nobud bo'lishida oksidlanishli stress va kislorodning faol shakllarini hosil bo'lishi ortishi muhim rol o'ynaydi. Bunda mitoxondriyalar kislorodning faol shaklining asosiy generatori sanalib, unda kislorodning faol ko'rinishlari umumiy molekulyar kislorodning 1-2% to'g'ri keladi. Mitoxondriyalar membranasini yuqori o'tkazuvchanligi esa elektronlarni undan oson chiqib ketishiga sabab bo'ladi, bu esa molekulyar kislorod hosil bo'lish jarayonlarini kuchayishiga olib keladi [73; 133-135-b.].

Bolalarda GBT kasalliklarining rivojlanish patogenezida perinatal davrda immun tizimning yetarlicha shakllanmaganligi asosiy o'rin to'tishi aniqlangan. Bolalarning immun tizimidagi buzilishlar GBT kasalliklarining rivojlanishida, ko'proq surunkali jarayonga o'tishida kattalarga nisbatan qulay sharoit yaratib beradi. Klinik jihatdan GBTidagi patologik jarayonni baholashda shifokorlar sub'ektiv belgilarga asoslanadi. Bu abstrakt baholash bo'lib, organizmga individual yondoshilmaydi. Ba'zi bir kasalliklar e'tibordan chetta qolishiga sabab bo'ladi. Odam organizmi murakkab tuzilgan bo'lib, undagi biologik va fiziologik

jarayonlar o'zaro bir-biri bilan bog'liqdir. Shuning uchun bir patologik jarayonning e'tibordan chetda qolishi ikkinchi bir kasallik asoratiga olib kelishi mumkin. Matematik modellash usuli har bir ko'rsatkich tavsifini sifat va miqdor jihatdan, hamda kam miqdorda ko'tilayotgan oqibatlarni erta aniqlashga yordam beradi. Natijalarni qabul qilingan algoritmlar bo'yicha, zamonaviy kompyuter texnikasida tezda baholash mumkin. Bu usulni jigar kasalliklari diagnostikasini avtomatizatsiyalash maqsadida 60-yil davomida qo'llanilgan. Keyinchalik bunda kiritilgan bioximik va klinik indekslar bemorlarning klinik sog'ayishi va jigarning funktsional yallig'lanishini dinamikada aniqlashda foydalanilgan [62; 89-91-b.].

Hozirgi vaqtda bir qancha diagnostik gipotezalar ichidan Bayes formulasidan foydalaniladi. Bunda kasalda mavjud simptomlardan mavjud kasallik tomon yondoshiladi. Bayes metodi tibbiyotda tanlov yechim sifatida kasallik turini aniqlash maqsadida yetarlicha keng qo'llaniladi. Bayes usulining birgina kamchilik tomoni, faqat kuzatuvga olingan material miqdori ko'p bo'lgandagina hisoblashga imkon beradi [8; 9-11-b.].

Biliar soxada yetishmovchilik, asosan o't tarkibida o't kislotalari, xolesterin va barcha kon'yugatlar (glikokon'yugatlar), fosfolipidlar, lipidlar kabi moddalarning yetishmasligi statsionar davodan chiqqandan keyin Rekonvalesentslarda 4-6 oygacha kuzatilishi mumkin [60, 86, 93].

O'ChYlarining gipomotor diskineziyasi jigar parenximasining xolestatik shikastlanishiga olib keladi va bir kancha jigar funktsional faoliyatini buzadi. Natijada jigarda diffuz shikastlanish oqibatida portal gipertenziya rivojlanadi [10; 6-7-b.].

Bir qancha mualliflar fikriga ko'ra, O'ChYlaridagi diskinetik buzilishlar yashirin kechadi. VGlarda diskinetik sindrom vegetativ nerv sistemasining patogenetik o'zgarishida, hamda xolestsistokinin-pankrezimin gipoproduktsiyasida kuzatiladi. VG shakli va og'irlik darajasi O'ChYlaridagi yallig'lanish jarayoniga to'g'ri ta'sir ko'rsatishini aniqlagan. Uning ma'lumotlariga ko'ra, VGA o'tkazgan bolarlardagiga ko'ra VGB o'tkazgandan keyin O'ChYlaridagi yallig'lanish 2 barobar ko'p uchraydi [14; 88-91-b.].

O'ChYlaridagi yallig'lanish jarayoni VGB va VGS xolestatik shaklida ko'proq kuzatiladi. GV virusi gepatotsitlarda minimal o'zgarishlarga olib kelganda ham, O'ChYlarini shikastlaydi. O'ChYlaridagi yallig'lanish jarayoni o't kapillyarlaridan boshlanib (gepatotsitlar biliar polyusidan), katta va kichik o't yullari, jigardan tashkari o't yullarigacha tarkaladi va limfotsitlarning periportal, hamda perixolangiolitik infiltratsiyasiga olib keladi. Yallig'lanish jarayonining jigardan tashkari o't yullariga tarkalishi o't yullari devorining kalinlashib (shillik osti, ba'zida seroz osti kavat shikastlanadi), yul bushligining beqilishiga va oxir-oqibatda tulik yopilib kolishiga olib keladi. Mexanik tusik o't okimiga xalakit beradi va oqibatda biliar jigar sirrozi rivojlanishiga olib keladi [35; 311-312-b. 68; 700-702-b.].

O't yullari birlamchi diskineziyasida asosiy diagnostik triada mavjud:

- O'ChYlari va boshqa a'zolarida organik kasalliklarining bo'lmasligi;
- klinik va laborator-instrumental usullarda tekshirilganda biliar tizim motorikasining buzilishiga xos belgilarining bo'lishi;
- psixovegetativ buzilishlarning topilishi [67; 61-62-b.].

Ba'zi Rekonvalesentslarda klinik-laborator tekshiruvlardan so'ng, gepatitga xos bo'lmagan qoldiq asoratlar ham aniqlanadi. Bularga gepatomegaliya, o't yullarining va me'da osti bezining shikastlanishi, gepatitdan so'ngi giperbilirubinemiya kabilar kiradi. Bolalarda gepatomegaliya asorati kattalarga nisbatan ko'proq rivojlanadi. O't yullarining shikastlanishidan, kupincha funksional diskinetik sindrom kuzatiladi. Bunda ob'ektiv belgilarga karaganda sub'ektiv belgilar ustun turadi. Bemorlar o'ng qovurg'a ostidagi o'tmas og'riqqa va ogirlikka, og'riqning xech kayerga irradiatsiyalanmasligiga, ogizda achchik ta'm sezishga, ko'ngil aynishiga shikoyat qilishlari mumkin. Ozika yuklamasiga chidamlilik pasayganligi aniqlanadi. Bola ob'ektiv tekshirilganda o'ng qovurg'a ostida yengil og'riq, Ortner simptomining musbatligi (bukilgan barmoklar bilan chukur nafas olish fazasida o'ng qovurg'a yoyi ostiga urilganda og'riq bo'lishi) aniqlanadi. Diskinetik sindrom vegetativ buzilishlar va postinfeksion asteniya (xolsizlik, tez charchash, uykusizlik, kuzgaluvchanlik) bilan kushilib kelishi

mumkin. Laborator tekshiruv natijalari, asosan enzim testlar, me'yorida saklanadi. O'TTida O'ChY diskineziyasi, ya'ni kupincha gipotonik, kam xollarda gipertonik tipda aniqlanadi [53; 44-45-b.].

VGB yengil shaklda kechganda, ALAT mikdori normal va cho'zilgan Rekonvalestsentlarda ham tezda me'yorlashadi. Giperfermentemiya normal Rekonvalestsentlarda 45 ko'ngacha, cho'zilgan Rekonvalestsentlarda esa undan biroz kechroq normallashadi. Nijgorod gepatologik markazi ma'lumotlariga kura, VGB yengil shakli bilan 360 nafar bemorlardan 78,8%ida normal rekonvalestsentsiya, 21,2%ida cho'zilgan rekonvalestsentsiya kuzatilgan. VGB siklik kechganda, sogayish davridagi normal va cho'zilgan Rekonvalestsentlarni 6-12 oygacha, surunkali jarayon rivojlanmaganligiga ishonch hosil qilish maksadida bir xil muddatgacha dispanser nazoratiga olish lozim. Bu nazorat VGB tulkinsimon kechishini aniklashga yordam beradi. Qoldiq asoratlar VGB va S Rekonvalestsentlarda quyidagi foizlarda uchraydi: gepatomegaliya- 18%, O'ChYlarining zararlanishi -5,4%, me'da osti bezining shikastlanishi-3,0%, postgepatit giperbilirubinemiya-2,6%. Qoldiq asoratlar kasallikning surunkali jarayonga o'tishiga xavf solmaydi [52; 8-9-b.].

Ko'pincha, O'VGB va O'VGC latent, sariksiz yoki innaparant shakllarda o'tganligi sababli surunkali jarayonga o'tishi kuzatiladi. Bu uz navbatida kasallikning kech tashxislanishiga, klinik-laborator tekshiruv natijalari noadekvat taxlil kilinishiga va noadekvat davolash taktikasi olib borilishiga sabab bo'ladi [19; 16-17-b.].

O'ChYlari jigar bilan birga patologik jarayonda zararlanadi, bu esa a'zolarning anatomo-fiziologik jixatdan uzaro boglikligi bilan boglik. O't pufagi qontsentrlash kobiliyatining buzilishi gepatotsitlardan xolesteringa boy o'tning chikarilishiga, o'tning kolloid muvozanatining buzilishiga, hamda o't pufagi gipomotor diskineziyasiga olib keladi. Buning natijasida o't pufagida xolesterin qoldiqlarining oshishiga va xolesterin toshlarining paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Bolalarda bu asoratlarning oldini olish bolalarning soglom bo'lib usishini ta'minlaydi. O't yullari diskineziyasi ikki turga bulinadi: birlamchi va ikkilamchi

(simptomatik). Birlamchi diskineziya birlamchi nevrogen (psixogen) yoki gormonal buzilishlar; ikkilamchisi esa reflektor genez natijasida kelib chikadi [1; 58-59-b.].

Motor-tonik buzilishlarga kura, diskineziya gipertonik-giperkinetik (O'ChY va o't pufagi motorikasining, hamda sfinkter apparati tonusining oshishi), gipotonik-gipokinetik (O'ChY va o't pufagi motorikasining, hamda sfinkter apparati tonusining pasayishi). Giperkinetik tipidagi diskineziyada og'riq kiska muddatli, lekin xurujsimon bo'ladi. Xurujlararo davrda og'riq bulmasligi, lekin ba'zida o'ng qovurg'a ostida ogirlik va bosim xislari saklanishi mumkin. Og'riq, odatda o'tkir, sovuk ovkatlardan keyin boshlanadi. Xuruj paytida og'riq o'ng o'mrov, kurak, chov va bel sohalariga irradiatsiyalanishi mumkin. Ba'zida og'riqlar epigastriy sohasida va chap qovurg'a yoyi ostida kuzatiladi. Bemorlar ko'ngil aynishiga, kekirishga, og'izda achchiq ta'm sezishga, ba'zida qayt qilishga shikoyat qilishadi. Ich kelishi ko'proq qabziyatga moyil bo'ladi. Gipokinetik diskineziyalarda bemorlar o'ng qovurg'a ostida o'tmas, simillovchi va uzoq davom etuvchi og'riqqa shikoyat qilishadi, og'riqqa irradiatsiyalanish xos emas. Bemorlar ovqatdan keyin tezda o'ng qovurg'a ostida og'irlik va bosim sezadi. Bu tipda qayt qilish ko'p kuzatiladi [7; 33-36-b.].

Virusli hepatitning rekonvalestsentsiya davrida O'ChYlaridagi o'zgarishlar ko'proq giperkinetik xarakterda bo'lar ekan. Dispeptik buzilishlar normal rekonvalestsentsiya davrida, yallig'lanish belgilari esa kechki rekonvalestsentsiya muddatlarida ko'proq uchraydi. O'tkir virusli hepatitlardan keyin mezenximal-yallig'lanish jarayonining davom etishi o't kislotalarining gidroksillanishini qiyinlashtiradi. Cho'zilgan rekonvalestsentsiya davrida hepatotsitlarda mezenximal-yallig'lanish jarayonining bo'lishi o't kislotalarining hepatotsitlarda gidroksillanishi sekinlashishi, buning natijasida erkin o't kislotalarini chiqarish yetishmasligiga olib keladi. Bu o'z navbatida, o't kislotalari tuzlari defitsitiga, hamda xolestiringa boy o'tning ajralishiga olib keladi. O't kislota tuzlari, normada, o'ziga xolesterin ipchalarini bog'laydi va o'tning kolloid muvozanatini ta'minlaydi. O't kislota tuzlarining yetishmasligi o'tda xolesterin moddasining oshishiga,

hamda oʻtning kolloid muvozanatining buzilishiga, xolesterin qoldiqlari va kaltsiy bilirubinatlarning tuzlarining choʻkishiga olib keladi. OʻVGB va OʻVGC rekonvalesentlarida jigar parenximasidagi yalligʻlanish jarayoni jigar ichi va jigardan tashqari oʻt yullari boʻylab tarqalishi mumkin [9; 41-42-b.].

1.3. OʻChYlari patologiyasining virusli hepatitlar bilan birgalikda kechganda zamonaviy davolash usullari

Hozirgi paytda bolalarda biliar tizim funktsional buzilishlarining standart davolash usullari ishlab chiqilgan. Kasallikning avj olish davrida medikamentoz davolash, keyingi bosqichlarda esa reabilitatsion davolash tavsiya qilinadi.

Medikamentoz va nomedikamentoz davolash usullarini tanlashda quyidagi asosiy mezonlar nazarda toʻtiladi:

- har bir bola uchun individual, kasallikning avj olish va reabilitatsiya davrlari uchun kompleks davolovchi reja tuziladi;
- medikamentoz va nomedikamentoz davolovchi vositalarni birgalikda olib borish;
- davolash-profilaktik tavsiyalarning uzilib qolmasligi;
- kasallikning erta davrlarida (profilaktika maqsadida) fizik omillarni qoʻllash;
- tavsiyalarning qulay va ilgari amaliyotdan oʻtgan boʻlishi;
- turli tipdagi davolash – profilaktik va davolash – sogʻlomlashtiruvchi muassasalardan, yaʼni shifoxona, kunduzgi shifoxona, davolash – reabilitatsiya boʻlimlari, sanatoriya, tibbiy sogʻlomlashtiruvchi markazlaridan foydalanish imkoniyatining mavjudligi [14; 88-90-b.].

Davolanishning dastlabki kunlarida vegetativ nerv tizimini korrektsiya qilish maqsadida medikamentoz davolash oʻtkaziladi. Sedativ vositalar: bromidlar, valeriana, arslonquyruq damlamasi OʻChY diskineziyasining gipertonik va giperkinetik tipida tavsiya qilinadi. OʻChY diskineziyasining gipotonik va gipokinetik tipida esa tonusni meʼyorlashtiruvchi preparatlar: eleoʻterokokk ekstrakti, levzeyya, jеньshen, araliya, limonnik damlamalari qoʻllaniladi. Antibakterial terapiya ushbu patologiyada tavsiya qilinmaydi. Kimyoviy preparatlar tavsiya qilinayotganda bu preparatlarning OʻChYga salbiy taʼsiri haqida oʻylab koʻrish zarur. Lyamblioz va boshqa gijja invazyalarida antigelmint

terapiya o'tkazilishi shart. O'ChYlari patologiyasini davolashda o't haydovchi preparatlar muhimdir. O't haydovchi preparatlar o'z ta'sir mexanizmiga ko'ra: xoleretiklar (o't suyuqligi hosil bo'lishini kuchaytiradi) va xolekinetiklarga (o't pufagidagi suyuqlikni ichakka oqimini kuchaytiradi) bo'linadi. Bolalar orasida gepatobiliar patologiyani davolashda nomedikamentoz uslublarini ishlab chiqish va qo'llash, jumladan elektroforez, bal'neopeloidoterapiya zamonaviy davolash usullari sifatidan keng tadbiq etilmoqda. Klinik tibbiyotda bolalarda uchraydigan gepatobiliar tizim (GBT) kasalliklarining diagnostikasi zamonaviy, dolzarb muammolardan biri bo'lib hisoblanib kelmokda. Ilgari GBT kasalliklarini og'ir va surunkali shakllarga o'tishini oldini oluvchi samarali, adekvat va sog'lomlashtiruvchi chora-tadbirlar qo'llanilgan [23; 23-25-b.].

VG kasalliklarini davolashdan maqsad – bu virusni eradikatsiya qilish va yallig'lanish jarayonlarini kamaytirishdir. Adekvat davolashning kursatgichlari - qon zardobida DNK va RNK viruslarining yukolishi, ALaT va ASaT aktivligining me'yorlashuvi, gistologik kartinaning yaxshilanishi hisoblanadi [5; 63-71-b.].

VG Rekonvalesentslarini O'ChYidagi funktsional va yallig'lanish jarayonini kompleks davolash zarurdir. Bemorlar o't oqimini stimullash uchun tez-tez, kam miqdorda ovqatlanishlari shart. Parhez, albatta o'z tarkibida yetarli miqdorda oqsil saqlashi kerak. Chunki oqsil o'tning xolato-xolesterin koeffitsiyentini oshirib, tosh hosil bo'lish xavfini kamaytiradi. Hayvon yog'larini chegaralash zarur. Gipokinetik diskineziyada taomlar o'simlik moyidan tayyorlanishi kerak, chunki u xoletsistokinin ishlab chiqarilishini kuchaytiradi. O'simlik moyi ovqatdan 30 daqiqa oldin 1 hafta davomida, keyin ertalab och qoringa 10 ml. dan haftasiga 2 marta ichishga buyuriladi [25; 72-74-b.].

VG Rekonvalesentslarida O'ChYdagi o'zgarishlarni davolashda enterosorbtsiya usuli ham qo'llaniladi. Bunda endotoksikoz kamayadi, O'ChYlari endoteliy hujayralari va gepatotsitlar funktsional holati yaxshilanadi, ichaklarda shartli patogen mikroflora miqdori normallasadi. Natijada O'ChYlari ikkilamchi yallig'lanishi kamayadi. Fizioterapiya usuli o't yo'llari va jigar vazifalarini tiklanishini tezlatishga yordam beradi, yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatish,

og'riq hissini kamaytirish, jigarda qon aylanishini, regeneratsiya jarayonlarini yaxshilash maqsadida qo'llaniladi. Fizioterapiya (FT) usuli gepatitning sariqlik yo'qolishi va rekonvalesentsiya davrida, bilirubin miqdori kamayganda va yallig'lanish jarayonini faolligini belgilovchi boshqa ko'rsatkichlar me'yorlashganda qo'llaniladi. Induktotermiya mikroto'lqinli santimetr diapozonli FT usuli bo'lib, Rekonvalesentslarda o't yullaridagi, o't pufagidagi, gepatitning cho'zilgan kechishida, yaqqol gepatitdan keyingi qoldiq asoratlarning avj olish davridan keyingi davrda ko'rsatma hisoblanadi. Diskineziyaning giperkinetik va gipertonik shakllarida novokain bilan elektroforez, parafinli applikatsiyalar, umumiy radonli vannalar foydali bo'lsa, gipokinetik va gipotonik diskineziyada esa – magneziya sulfat bilan elektroforez, faradizatsiya, galvanizatsiya, Bernarning diadinamik toki samarali hisoblanadi. Parafinli applikatsiyalar gepatomegaliya, qonda fermentlar faolligi uzoq muddat saqlanganda, ko'proq kechki davrlarda qo'llaniladi [34; 53-54-b.].

Metabolik dori vositalari orasida jigar shikastlanishiga tezda ta'sir qilib, uning funktsiyalarini me'yoriga keltiradigan dori vositasi bu - Fosfoglivdir. Fosfogliv preparati fosfatidilxolin va glitsirrizinli kislotaning uch natriyli tuzining kombinatsiyasi natijasida hosil bo'lgan. Ta'sir mexanizmi: gepatotsitlar funktsional holatini yaxshilaydi, hujayra membranasi o'tkazuvchanligi buzilishini tiklaydi, yog' va oqsil almashinuvini me'yorlashtiradi va asosiy ta'sirlaridan biri virusga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Preparat enteral qabul qilinadigan kapsula hamda parenteral qabul qilinadigan kukun holida chiqariladi. Poroshok in'ektsiya uchun suvda eritilib, vena ichiga 10-14 kun davomida kuniga 1 mahaldan qilinadi. Keyin 2-3 oy davomida 1-2 kapsuladan 3 mahal ovqat paytida ichiladi. Preparat enteral qabul qilinganda MITdan qonga yaxshi so'riladi. Nojo'ya ta'sirlari deyarli kuzatilmagan. Qayta davolash kursi bolaning yoshi va jigardagi jarayon aktivligiga qarab tavsiya etiladi [5; 25-29-b. 23; 14-16-b.].

Respublika ixtisoslashtirilgan pediatriya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida olib borilgan tadkikot natijalariga ko'ra, birlamchi Fosfogliv qabul qilgan bolalarning

52,5%ida, preparatni qayta kabul qilgan bolalarning 64,6%ida klinik-laborator belgilar dinamikada ijobiy tomonga o'zgargan.

O'ChYlari diskineziyasining gipertonik va giperkinetik tipda kechganda vegetativ asab timini davolovchi preparatlar tavsiya kilinadi: bromidlar, valeriana va arslonkuyruk damlamasi. O'ChYlari diskineziyasining gipotonik va gipokinetik tipda kechishida tonusni oshiruvchi preparatlar tavsiya kilinadi: eleo'terokokk ekstrakti, levzey, araliya, limonnik, jenshen damlamasi. Antibakterial terapiya ushbu patologiyada tavsiya qilinmaydi. Lyambliozda yoki boshqa gijja invazyalarida antigelmint terapiya o'tkazish lozim. O'ChYlari diskineziyasida o't haydovchi dori vositalari asosiy davolash preparatlari hisoblanadi. Ushbu vositalar barcha ta'sir mexanizmi bo'yicha xoleretiklar (o't suyuqligi hosil bo'lishini ko'paytiruvchi) va xolekinetiklar (o't suyuqligini ichak bo'shlig'iga ajralishini kuchaytiruvchi) [41; 33-34-b.].

Biliar tizim kasalliklari ko'pincha, maktab yoshidagi bolalarda (qiz bolalarda o'g'il bolalarga nisbatan 2-3 barobar ko'p uchraydi) aniqlanadi va bu kasalliklar barcha MIT kasalliklarining 80%ni tashkil etadi. O'ChY funktsional buzilishlari (diskineziyalar)ga hozirgi vaqtda premorbid holat sifatida qaraladi. Chunki diskineziyalarning uzoq vaqt davomida kuzatilishi bilialar tizim a'zolarining surunkali kasalliklariga (xoletsistit, xoletsistoxolangit, o't-tosh kasalligi) olib kelishi mumkin. Bularning barchasi tibbiy – ijtimoiy ahamiyatga ega bo'lib, premorbid foniga ega bo'lgan bemor bolalar kasalliklarini erta tashxislash, ratsional terapiya olib borish va dispanser nazoratini takomillashtirishni talab etadi [2; 46-47-b.].

Xalqaro tasnif bo'yicha (Rim mezonlari-II) bilialar tizim funktsional kasalliklariga o't pufagi motorikasi va sfinkter apparati tonusining buzilishi turlariga bo'lingan bo'lib, ushbu turlar noto'g'ri bo'lingan bo'lib, Oddi sfinkteri faoliyatining buzilishini tashxislash juda murakkabdir. Bundan tashqari, o't suyuqligining me'yorida oqishiga Lyutkens va Miritstsi sfinkterlarini qisqarishiga ham bog'liqdir [43; 228-230-b.].

Kasalliklarning xalqaro tasnifi (MKB-10)da “diskineziya” (o‘t pufagi va o‘t chiqaruv yo‘llari uchun) atamasi qo‘llanilganligi sababli, xulosa qilib shuni aytish mumkinki, o‘t pufagi motorikasining patologik holatiga gipokineziya va giperkineziya kirar ekan. Bolalarda o‘t pufagi va o‘t yo‘llarining chegaralangan shikastlanishini tashxislash murakkab bo‘lib, xoletsistit va xolangitning klinik ko‘rinishi bir xil bo‘ladi. Shu sababli, «xoletsistoxolangit» tashxisini qo‘llash maqsadga muvofiqdir [42; 28-30-b.]. O‘TK (xolelitiaz) – oxirgi yillarda pediatrik amaliyotda ko‘p aniqlanmoqda. Oxirgi 10 yil ichida ushbu kasallik bolalar orasida 0,1 dan 1,0% gacha ko‘payganligi kuzatildi. Ushbu kasallikning asosida o‘t suyuqligining hosil bo‘lish va ajralish jarayonini buzilishi yotadi. Ko‘pincha, jigarda fosfolipidlar almashinuvining buzilishi va letsitin-xolesteril-atsetiltransferaza fermenti faoliyatining pasayishi natijasida kelib chiqadi [62; 89-91-b.]. Bolalarda o‘t tosh hosil bo‘lishining o‘ziga xos xususiyati mavjud, ya'ni bolalarda ko‘pincha bilirubinli toshlar hosil bo‘lsa, pubertat va o‘smirlik davrda xolesterinli toshlar hosil bo‘lishi ustunlik qiladi. Shuningdek, bolalarda kimyoviy tarkibi jihatidan aralash bo‘lgan toshlar ham kuzatiladi. Bolalarda O‘TKda qonservativ davolash xavfli bo‘lib, tosh hosil bo‘lish jarayoni qaytmas hisoblanganligi sababli, o‘t toshlarini parchalashni imkoni mavjud emas. Shuning uchun bolalarda o‘t pufagida cho‘kma hosil bo‘lishidan qonservativ davolash o‘tkazish maqsadga muvofiqdir [71; 782-783-b.].

Ma'lumki, turli o‘t kislotalari o‘t suyuqligining ajralish jarayoniga ta'sir qiladi. Ursodezoksixolat kislota o‘t ajralishini ko‘paytiradi, xenodezoksixolat kislota, aksincha kamaytiradi. Toksik o‘t kislotalarini ajratib olishgan, shulardan litoxolat kislota bo‘lib, u xolestatik va sirrotik ta'sir qilish xususiyatiga ega [68; 15-17-b.].

Bundan tashqari, VGA va VGB kasalligida o‘t kislotalari ishlab chiqarilishi yetishmovchiligi o‘t-tosh kasalligi rivojlanishida patogenetik o‘rin egallaydi. Ular ham o‘t kislotalari kanalchalar membranalariga detergent ta'sir ko‘rsatadi va adekvat ravishda mitsellalar hosil qiladi. O‘t kislotalari mitsellalarining nuqsonidan o‘t suyuqligi ekskretsiyasi buziladi va O‘TK paydo bo‘ladi. O‘t kislotalarining litogen ta'siri bilan bir vaqtning o‘zida litolitik xususiyati ham

bo'ladi. O't kislotalarining ushbu xususiyati O'TKni konservativ davolashga imkon beradi va boshqalar o't kislotalarining litolitik ta'sirini aniqlagan. Qator mualliflar o't kislotalarining antibakterial xususiyatini ham aniqlagan. O't kislotalari ham o'ziga xos diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, o't suyuqligi tarkibida o't kislotalarining kamayishi xolesteringa to'yingan o't suyuqligining ajralishiga olib keladi, oqibatda o't pufagida xolesterinli toshlar paydo bo'ladi. O't kislotalarining qon zardobida oshishi gepatobiliar kasalliklar paydo bo'lishiga sabab bo'ladi. Biroq, jigar kasalliklari va virusli gepatitlarda qon zardobida o't kislotalarining tashxislanishi kam ahamiyatga ega [48; 33-35-b.].

Virusli gepatitlarda o't suyuqligining asosiy komponentlari sifat va miqdor jihatdan o'zgaradi. Ushbu o'zgarish virusli gepatit o'tkir kechganda, erta va kechki rekonvalesentsiya davrlarida aniqlanadigan o't suyuqligi tarkibida turli biokimyoviy o'zgarishlarga olib keladi. VGA va VGBda o't suyuqligida xolesterin miqdorining kamayishi, barcha kon'yugirlangan o't kislotalari va ularning fraktsiyalari, asosan glyukokon'yugatlarning, hamda umumiy bilirubin, fosfolipid, lipid kompleksi miqdori kamayishiga sabab bo'ladi [62; 863-865-b.].

O'VGA va O'VGB kasalliklarida jigarda va o't yullarida o't suyuqligining asosiy komponenti hisoblangan lipid komplekslari shakllanishi sezilarli darajada buziladi. Ushbu o'zgarishlar erta rekonvalesentsiya davrida qonda normal biokimyoviy ko'rsatkichlar bo'lgan hollarda ham aniqlanadi (statsionardan chiqqandan so'ng 1 oydan 3 oygacha) va jigarning sintetik, kon'yugirlovchi, ekskretor vazifasi, hamda o't pufagining kontsentratsiyalash vazifasi buziladi [66; 69-70-b.].

Rekonvalesentlarda biliar yetishmovchilik bemor statsionardan chiqqandan so'ng 4-6 oy davomida aniqlanadi. Bu xolatda o't suyuqligining ikkala portsiyasida ham xolesterin, o't kislotalari va ularning kon'yugatlar (asosan glikokon'yugatlar), fosfolipidlar, lipid kompleksi kamaygan bo'ladi. Kasallikning kechki rekonvalesentsiya (statsionardan chiqqandan so'ng 7 oydan 12 oygacha) davrida, o't suyuqligi tarkibida kamaygan biokimyoviy ko'rsatkichlar me'yorlashadi. Kechki rekonvalesentsiya davrlarida o't suyuqligining biokimyoviy tarkibida yuqori foizlarda xolesterinni ko'payishi va o't kislotalarining kamayishi kuzatiladi.

O't suyuqligi kolloid turg'unligining buzilishi qoldiqlar paydo qilish xususiyatiga ega bo'lib, uzoq yillar davomida tosh hosil bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. O'ChYlarining funktsional shikastlanishiga O'ChYlari, o't pufagi, Oddi va Lyutkens sfinkterining diskineziyasi kiradi [52; 532-533-b.].

O'ChYlaridagi shikastlanish VGAda 83% hollarda, VGB va VGSda 81,5% hollarda kuzatiladi. RVGAda gipotonik tipdagi diskineziyalar 51,3%, rVGB va rVGSda 53,7% hollarda aniqlanadi. O'ChYlaridagi diskineziyalar ko'pincha, VGAning o'rta og'ir shaklida, VGB va VGSning og'ir shakllarida aniqlanadi [61; 8-11-b.]. Enterotrop va gepatotrop infeksiyalardan hisoblangan Helicobacter, virusli hepatitlar xoletsistit va O'TKgiga olib kelishi mumkin [60; 450-451-b.]. O't kislotali peroral dori vositalarini qabul qilish orqali o't toshlarini parchalash O'TKning retsidiylanishiga imkon yaratadi (10% hollarda 1 yildan 5 yilgacha), hamda o't kislotalarini doimiy qabul qilish xolesterinli o't toshlarining kalıtsifikatsiyalanish havfini 10%ga oshiradi. Peroral terapiya yoki litotripsiya kabi davolash muolajalaridan so'ng O'TKlarining retsidiylanishi asosan, ko'plab o't toshlari bo'lgan bemorlarda har 5 yilda 30% -50%gacha oshadi [4; 18-30-b.].

Hozirgi paytda bolalar orasida O'ChYlaridagi o'zgarishlari bilan kechadigan A, B va C virusli hepatit rekonvalesentlarida kuzatuv olib borish taktikasi, davolash va rivojlanadigan asoratlar kabi muammolarda yetarlicha ma'lumotlar aniqlanmagan. Shu sababli, ushbu o'rganilayotgan patologiya bolalar orasida dolzarb hisoblanadi.

II BOB. O'T SUYUQLIGI TARKIBINING MIKROSKOPIK VA BIOKIMYOVIY TEKSHIRUV USULLARIDAGI O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Monografiyamizga asos bo'luvchi shaxsiy izlanishlar, ya'ni «A», «B» va «C» O'VG o'tkazgan bolalarda bilialar tizim (BT) holatini o'rganish uchun kuzatuv ostidagi bolalar Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-klinikasini «Virusli hepatit» bo'limidan, EMYuK ITI «Bolalar virusli hepatit» bo'limidan, Shahar 1-sonli yuqumli kasalliklar klinik shifoxonasidan, Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining «Bolalar

gastroenterologiya» bo‘limlaridan va Surxondaryo viloyati Termiz shahridagi 1-sonli oilaviy poliklinikaning Yuqumli kasalliklar shifokori xonasidan (KIZ) yig‘ildi. Nazoratimiz ostidagi bolalar 7 yoshdan 18 yoshgacha bo‘lib, 2011-2019 yilgacha statsionar sharoitda yotib davolangan bolalarning kasallik tarixidan, dispanser nazoratiga olingan rekonvalestsent bolalar tibbiy ko‘rigi hamda ambulator kartasidagi ma'lumotlar asosida kuzatildi. O‘VGA, O‘VGB va O‘VGC tashxisi bemor bolalarga oid epidemiologik anamnez ma'lumotlari, klinik-laborator, qon biokimyoviy tahlil (ALT, AST, 5-nukleotidaza, GGTP, ishqoriy fosfataza fermentlari, umumiy, bog‘langan va bog‘lanmagan bilirubin) natijalariga, VGlarning o‘tkir davrini belgilab beruvchi markerlarning (anti HAV IgM, HbsAg, HbeAg, anti-HbsorIgM, anti-HCV markerlarning immunoferment tahlil (IFA), HBV-DNK, HCV-RNK markerlarning polimeraz zanjir reaksiya (PZR) usullari) aniqlanishi hamda O‘zR SSVning 2012 yil 5-yanvarida qabul qilingan «Respublikada virusli gepatitga qarshi kurash chora-tadbirlarini takomillashtirish to‘g‘risida»gi 5-sonli buyrug‘i asosida qo‘yildi.

2.1. Materiallar

O‘VGA, O‘VGB va O‘VGC bilan kasallangan bolalar yosh bo‘yicha quyidagi 2 ta, ya'ni 7-14 yoshgacha va 14-18 yoshgacha bo‘lgan guruhlarga ajratilib o‘rganildi. Kuzatuv ostidagi bemor bolalarning umumiy soni 228 ta bo‘lib, shulardan O‘VGA 165 nafar (72,4%), O‘VGB 37 nafar (16,2%) va O‘VGC 26 nafar (11,4%)ni tashkil etdi.

2.1.1.-jadval

«A», «B» va «C» virusli gepatit bilan kasallangan bolalarning jins bo‘yicha taqsimlanishi

Kasallik nomi	Umumiy soni (n=228)				P
	o‘g‘il		qiz		
	Soni (n)	(%)	Soni (n)	(%)	
«A» VG (165)	109	66,1	56	33,9	<0,05
«B» VG (37)	22	59,5	15	40,5	>0,05
«C» VG (26)	18	69,2	8	30,8	<0,05

Jami	149	65,4	79	34,6	
------	-----	------	----	------	--

2.1.1-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, virusli gepatitlar bilan kasallanish o‘g‘il bolalarda qiz bolalarga nisbatan «A» VG 2 barobar, «B» VG 1,5 barobar va «S» VG 2,3 barobar ko‘p uchrashi aniqlangan (66,1% va 33,9% mos ravishda, $R < 0,05$; 59,5% va 40,5% mos ravishda, $R > 0,05$; 69,2% va 30,8% mos ravishda; $R < 0,05$).

Kuzatuvimizdagi VG bilan kasallangan bolalar kasallikning o‘tkir davri hamda rekonvalesentsiyaning erta va cho‘zilgan davrlarida o‘rganildi. Nazorat ostidagi 228 nafar bolalarning barchasi uyushgan bolalar jamoasida tarbiyalanadi.

Kuzatuvimizdagi 228 nafar bolalarning yoshi va kasallikning o‘tkir davridagi og‘irlik darajasi bo‘yicha ma‘lumotlar 2.1.2, 2.1.3 va 2.1.4- jadvallarda keltirilgan.

2.1.2-jadval

«A» o‘tkir virusli gepatitning og‘irlik darajasi bo‘yicha kuzatilishi

Yoshi	Jami bemorlar soni n=165 (100%)	O‘VGA og‘irlik shakli (n=165)		
		Yengil	O‘rta og‘ir	og‘ir
		abs. (%)	abs. (%)	abs. (%)
7-14	97 (58,7%)	60 (36,4%)*	36 (21,8%)*	1 (0,6%)
14-18	68 (41,3%)	45 (27,3%)	21 (12,7%)	2 (1,2%)**
Jami	165 (100%)	105 (63,5%)	57 (34,5%)	3 (1,8%)

Eslatma: *-7-14 yoshdagi bolalar ko‘rsatkichi 14-18 yoshdagi bolalar

ko‘rsatkichiga nisbatan ishonchli, $P < 0,05$;

** -14-18 yoshdagi bolalar ko‘rsatkichi 7-14 yoshdagi bolalar ko‘rsatkichiga nisbatan ishonchli, $P < 0,05$;

2.1.2-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalarda 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarga nisbatan O‘VGA kasalligi yengil kechishi 1,3 barobar va o‘rta og‘ir kechishi 1,6 barobar ko‘p qayd etilgan (36,4%/27,3% va 21,8%/12,7% mos ravishda; $R < 0,05$). Kasallikning og‘ir shaklda kechishi 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 2 (1,2%) nafarida, 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 1 nafarida (0,6%) kuzatilgan. Umuman olib qaraganda kasallik 105

(63,5%) nafar bolalarda yengil, 57 (34,5%) nafar bolalarda o‘rta og‘ir, hamda 3 (1,8%) nafar bolalarda og‘ir kechganligi qayd etildi.

2.1.3-jadval

«B» o‘tkir virusli gepatitning og‘irlik darajasi bo‘yicha kuzatilishi

Yoshi	Jami bemorlar soni n=37 (100%)	O‘VGB og‘irlik shakli (n=37)		
		Yengil	O‘rta og‘ir	og‘ir
		abs. (%)	abs. (%)	abs.(%)
7-14	5 (13,5%)	-	4 (10,8%)	1 (2,7%)
14-18	32 (86,5%)*	2 (5,4%)	25 (67,6%)	5 (13,5%)
jami	37 (100%)	2 (5,4%)	29 (78,4%)	6 (16,2%)

Eslatma: *-14-18 yoshdagi bolalar ko‘rsatkichi 7-14 yoshdagi bolalar

ko‘rsatkichiga nisbatan ishonchli, $P < 0,001$;

2.1.3-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, O‘VGB kasalligi 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga nisbatan 6,4 barobar ko‘proq kuzatilgan (86,5% va 13,5% mos ravishda; $R < 0,001$). Ushbu kasallikning 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda ko‘proq kuzatilishiga sabab, Respublikamizda VGB kasalligiga qarshi 2000 yilgacha vaktsinatsiya o‘tkazilmaganligi, shuningdek, bolalarning shu davrda ko‘proq stomatolog, jarroh, travmatolog shifokorlariga murojaatining ortishi bo‘lib hisoblanadi. Bundan tashqari, «V» VG kasalligiga qarshi emlangan bolalarda 9,1% hollarda yondosh va fon kasalliklarining uchrashi ham kasallik virusiga qarshi antitanachalar titrining yetarli darajada hosil bo‘lmasligiga olib keladi. Bundan tashqari, VGB virusining mo‘tatsiyalangan shtammlari bilan bolalarning zararlanishi ham ushbu kasallikka chalinishning asosiy sabablardan biri ekanligi isbotlangan (M.T.Mo‘minova, 2006 y). Shu bilan bir qatorda, bolalarning profilaktik emlamalarni olishga nevropatolog shifokorining qarshi ko‘rsatmalari, hamda ko‘plab bolalarning xususiy emlash markazlarida emlamalarni alohida holda olishlari bolalarning VGB kasalligi bilan emlanmasdan qolib ketishiga va ushbu kasallik bilan og‘irishiga sabab bo‘lgan.

Tadqiqotimizdagi VGB kasalligi bilan og‘rigan 37 nafar bolalardan 2 nafarida (5,4%) yengil, 29 nafarida (78,4%) o‘rta og‘ir va 6 nafarida (16,2%) og‘ir shakllarda kechganligi qayd etilgan.

Kasallikning yengil va qisman o‘rta og‘ir shakllarda kechishi kasallikning o‘tkir shaklidan surunkali shakliga o‘tish ehtimolini ko‘paytirishi ilmiy izlanishlar asosida isbotlangan. Chunki kasallikning og‘ir shaklda kechishi kasallikka o‘z vaqtida tashxis qo‘yilib, adekvat davolash olib borishga yordam beradi hamda keyinchalik kasallikning surunkali jarayonga o‘tishini oldini oladi (L.N.Tuychiyev, 1998y.).

2.1.4-jadval

«C» o‘tkir virusli gepatit kasalligining og‘irlik darajasi bo‘yicha kuzatilishi

Yoshi	Jami bemorlar soni n=26 (100%)	O‘VGC og‘irlik shakli (n=26)		
		Yengil	O‘rta og‘ir	og‘ir
		abs. (%)	abs. (%)	abs. (%)
7-14	12 (46,3%)	8 (30,7%)	3 (11,5%)	1 (3,8%)
14-18	14 (53,9%)*	10 (38,5%)	4 (15,4%)	-
Jami	26 (100%)	18 (69,2%)	7 (26,9%)	1 (3,8%)

Eslatma: *-14-18 yoshdagi bolalar ko‘rsatkichi 7-14 yoshdagi bolalar

ko‘rsatkichiga nisbatan ishonchsiz, $P>0,05$;

2.1.4-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, O‘VGC kasalligi 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga nisbatan 1,2 barobar ko‘proq uchrashi aniqlandi, biroq ko‘rsatkichlar orasidagi farqlar ishonarli emas (53,7% va 46,3% mos ravishda; $P>0,05$). Ushbu kasallik 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalarning faqat 1 nafarida (3,8%) og‘ir shaklda kechganligi kuzatilgan bo‘lsa, 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda umuman aniqlanmadi. 7-14 va 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida kasallikning o‘rta og‘ir va yengil shakllarda kechishi deyarli bir xil darajada uchrashi qayd etildi va ko‘rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo‘lmadi (11,5%/15,4% va 30,7%/38,5% mos ravishda; $P>0,05$).

Kuzatuvimizdagi bolalarda davolashgacha va davolashdan keyingi klinik-laborator ko‘rsatkichlardagi o‘zgarishlar VGA rekonvalestsent bolalarda 3 ko‘rik

davomida, VGB va VGC rekonvalestsent bolalarda esa 4 ko‘rik davomida o‘rganildi. Bu rekonvalestsentsiyaning turini (erta yoki cho‘zilgan) aniqlashga yordam beradi.

1 oydan 3 oygacha bo‘lgan muddat ichida virusli gepatitlarning klinik-laborator ko‘rsatkichlaridagi ijobiy o‘zgarishlar erta rekonvalestsentsiya deb hisoblandi, cho‘zilgan rekonvalestsentsiya esa VGA bolalar uchun 3 oydan 6 oygacha, VGB va VGC guruh bolalari uchun 3 oydan 12 oygacha muddatni tashkil etdi:

1-ko‘rik – kasallikning o‘tkir davri o‘tgandan 1 oydan keyin;

2-ko‘rik - kasallikning o‘tkir davri o‘tgandan 3 oydan keyin;

3-ko‘rik - kasallikning o‘tkir davri o‘tgandan 6 oydan keyin;

4-ko‘rik – «B» va «C» virusli gepatit kasalligini o‘tkir davrini o‘tkazgandan 12 oydan keyin.

Yuqoridagi to‘rt ko‘rikda virusli gepatit bilan kasallangan Rekonvalestsent bolalarda biliar tizimida o‘zgarishlari mavjud (asosiy guruh) bo‘lgan bolalar bilan bir qatorda biliar tizimida o‘zgarishlari mavjud bo‘lmagan (nazorat guruh) bolalarda ham virusli gepatitlarning klinik-laborator ko‘rsatkichlari dinamikasining solishtirma tahlili o‘tkazildi.

Kasallikning rekonvalestsentsiya davrida biliar tizimidagi qoldiq gepatomegaliya, splenomegaliya, o‘t yo‘llari diskineziyasi, reaktiv va o‘tkir xoletsistit, xolangit, postinfektsion asteniya, giperbilirubinemiya va giperfermentemiya belgilari saqlanadi, biroq klinik belgilar kam namoyon bo‘ladi.

Bizga ma'lumki, O‘VGA bilan og‘rigan bolalarda kasallik surunkali jarayonga o‘tmaydi, ammo kasallikning qoldiq asoratlari (gepatobiliar tizimdagi o‘zgarishlar – 95%) ancha yillargacha bolalarni bezovta qilishi va oshqozon-ichak yo‘llarida yallig‘lanish jarayoni bilan birgalikda organik o‘zgarishlarga olib kelishi ilmiy izlanishlarda isbotlangan (D.V.Ruzmetov, 2004 y).

2.1.5-jadval

«A» virusli gepatit bilan kasallangan bolalarda yuqish yo‘llarining uchrash darajasi

Yuqish yo'llari	VGA (n=165)				P
	7-14 yosh		14-18 yosh		
	soni	M±m	soni	M±m	
Suv, oziq-ovqatlar orqali	4	2,4±2,9	2	1,2±3,4	<0,05
Fekal-oral	13	7,8±2,9	3	1,8±0,3	<0,05
Bemor bilan muloqotda bo'lgan	85	51,7±3,0	47	28,5±0,4	<0,05
Noma'lum	8	4,8±0,4	3	1,8±0,3	<0,05

Eslatma: *-14-18 yoshdagi bolalar ko'rsatkichi 7-14 yoshdagi bolalar

ko'rsatkichiga nisbatan ishonchli, P<0,05;

2.1.5-jadvaldan ko'rinib turibdiki, 7-14 yoshgacha bo'lgan bolalarda 14-18 yoshgacha bo'lgan bolalarga nisbatan barcha yuqish yo'llari ishonarli ko'p uchraganligi qayd etildi (R<0,05).

2.1.6-jadval

«B» virusli gepatit bilan kasallangan bolalarda yuqish yo'llarining uchrash darajasi

Yuqish yo'llari	VGB (n=37)				P
	7-14 yosh		14-18 yosh		
	soni	M±m	soni	M±m	
Qon va qon o'rnini bosuvchi mahsulotlar qabul qilgan	-	-	3	8,1±0,3	-
Turli jarrohlik amaliyotlari o'tkazgan	4	10,8±2,9	8	21,6±3,4	<0,05
Stomatologda davolangan	-	-	5	13,5±0,3	-
Parenteral muolajalar olgan	5	13,5±3,0	8	21,6±0,4	<0,05
Noma'lum	1	2,7±0,4	3	8,1±0,3	<0,05

Eslatma: *-14-18 yoshdagi bolalar ko'rsatkichi 7-14 yoshdagi bolalar

ko'rsatkichiga nisbatan ishonchli, P<0,05;

2.1.6-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, VGB kasalligining faqat 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalardagina qon va qon o‘rnini bosuvchi mahsulotlar qabul qilgandan hamda stomatologda davolangandan so‘ng yuqish hollari (8,1% va 13,5% mos ravishda) kuzatilgan. VGB kasalligining turli jarrohlik amaliyotlarini o‘tkazgandan so‘ng yuqishi 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga nisbatan 2 barobar ko‘p uchraganligi qayd etildi (21,6% va 10,8% mos ravishda; $P<0,05$). Parenteral muolajalar olgandan so‘ng kasallikning yuqishi 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalar orasida 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarga nisbatan 1,6 barobar kam uchrashi kuzatildi (13,5% va 21,6% mos ravishda; $R<0,05$). Kasallikni bolalarga noma'lum sababli yuqishi 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda 7-14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga nisbatan 3 barobar ko‘p uchrashi aniqlangan (8,1% va 2,7% mos ravishda; $P<0,05$).

2.1.7-jadval

«C» virusli gepatit bilan kasallangan bolalarda yuqish yo‘llarining uchrash darajasi

Yuqish yo‘llari	VGC (n=26)				P
	7-14 yosh		14-18 yosh		
	soni	M±m	soni	M±m	
Qon va qon o‘rnini bosuvchi mahsulotlar qabul qilgan	1	3,8±0,2	3	11,5±2,9	<0,05
Turli jarrohlik amaliyotlari o‘tkazgan	4	15,4±0,4	5	19,2±3,6	<0,05
Stomatologda davolangan	3	11,5±2,7	3	11,5±2,7	
Parenteral muolajalar olgan	3	11,5±0,4	2	7,7±0,4	<0,05
Noma'lum	1	3,8±0,4	1	3,8±0,3	

Eslatma: *-14-18 yoshdagi bolalar ko‘rsatkichi 7-14 yoshdagi bolalar ko‘rsatkichiga nisbatan ishonchli, $P<0,05$;

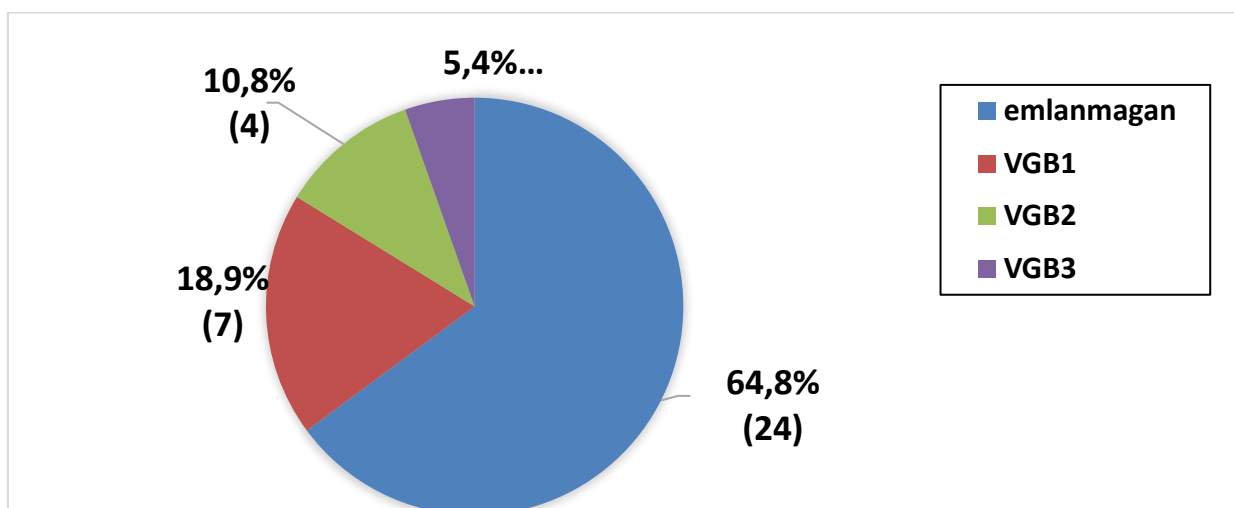
2.1.7-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, 14-18 yoshgacha bo‘lgan bolalarda 7-14 yoshdagi bolalarga nisbatan anamnezida qon va qon o‘rnini bosuvchi mahsulotlar

quyilgandan so'ng va turli jarrohlik amaliyotlari o'tkazgandan so'ng kasallikning yuqishi 3 va 1,2 barobar (11,5%/3,8% va 19,2%/15,4% mos ravishda; $R < 0,05$) ko'p uchrashi kuzatilgan. Ikkala guruh bolalarda ham stomatolog shifokorida davolangandan keyin va noma'lum sababdan yuqish yo'li bir xil darajada uchrashi qayd etildi (11,5% va 3,8%). Parenteral muolajalar qabul qilgandan so'ng kasallikning yuqishi, aksincha 7-14 yoshgacha bo'lgan bolalarda 14-18 yoshgacha bo'lgan bolalarga nisbatan 1,5 barobar ko'p uchrashi aniqlandi (11,5% va 7,7% mos ravishda; $P < 0,05$).

Kuzatuvimizdagi bemor bolalarda V virusli gepatit kasalligiga qarshi emlashni to'liq qabul qilmagan bolalarda ham kasallanish kuzatilganligi ma'lum bo'ldi. Shu sababli kuzatuvimizdagi bolalarda vaktsinatsiyani qabul qilish sxemasi o'rganib chiqildi. Tekshirish jarayonida "B" O'VG bilan og'rigan 37 nafar bolalardan 2 nafari (5,4%) B virusli gepatitga qarshi to'liq emlanganligi, 4 nafari (10,8%) VGBga qarshi vaktsinaning 2 nafari, 7 nafari (18,9%) VGBga qarshi vaktsinaning 1 nafari olganligi hamda 24 nafar (64,8%) bola esa umuman emlanmaganligi aniqlandi ("B" virusli gepatitga qarshi vaktsinatsiyalash emlash kalendariga kiritilmagan yillarda tug'ilgan bolalar). Bundan ko'rinib turibdiki, ushbu bolalar B virusli gepatitga qarshi emlashning olinish sxemasiga (0, 2, 6 oyliklarda) va oraliq davrlariga amal qilmagan.

2.1.1-rasm

Kuzatuvimizdagi «B» virusli gepatitga qarshi emlangan bolalar haqida ma'lumot



2.2. § Tadqiqot usullari

Kuzatuvimizda bo'lgan barcha rekonvalestsent bolalar kompleks klinik, laborator-instrumental tekshiruvlar, jumladan umumiy qon, umumiy peshob (o't pigmentini aniqlash), umumiy axlat tahlili, qon biokimyoviy tahlili (ALT, AST, umumiy bilirubin va uning fraktsiyalari, ishqoriy fosfataza, GGTP va 5-nukleotidaza), jigar va o't yo'llarini ultratovush tekshiruvi, serologik (IFA, PZR) tekshiruvlar, o't yo'llarini duodenal zondlash, o't suyuqligi mikroskopiyasi, biokimyoviy va yuqqa qavatli xromatografiya tekshiruv usullari yordamida tekshirildi.

Klinik tekshiruvlar anamnestik, epidemiologik ma'lumotlardan, bemor bolalarning umumiy holatini baholash, ichki organ va sistemalar zararlanganligini aniqlashdan iborat bo'ldi.

Rekonvalestsent bolalar har bir navbatdagi ko'rikka kelganlarida kasallikning sog'ayish davridagi dinamikasini aniqlash maqsadida laborator tekshiruvlardan qonning biokimyoviy tekshiruvi, umumiy qon, umumiy peshob va umumiy najas tahlillari o'tkazildi.

Biokimyoviy tekshiruvlar: biokimyoviy usul virusli gepatitlarda nospetsifik usul hisoblansada, diagnostika uchun yordamchi usullar sifatida qo'llaniladi. Bu usul jigarning funktsional holatini, hamda shikastlanish xarakterini ko'rsatib beradi.

Refraktometrik usul bilan qonda umumiy oqsil miqdorini, qog'ozda elektroforez usulida oqsil fraktsiyalari aniqlandi. Protrombin indeksini Kvikning unifitsirlangan usulida tekshirildi. Umumiy bilirubin va uning fraktsiyalarini Yendrassek va Kleggorn usulida aniqlandi.

Virusli gepatitlarda qon zardobidagi alaninaminotransferazaning aniqlanishi jigardagi jarayon aktivligini aniqlashda muhimdir. Bodansky usuli bo'yicha qon zardobidagi transaminazalar aktivligining oshishi hujayradan enzimlarning qon oqimiga tushishi hisoblanadi. Jigar shikastlanishining og'irlik indikatori va differentsial genezi AsAT/AlAT koeffitsiyenti bo'yicha hisoblanadi. Normada bu koeffitsiyent 1ga teng bo'lib, uning 0,7 dan pasayishi jigar shikastlanishidan, 1,3 dan oshishi organizmdagi jigardan boshqa a'zolar shikastlanishidan darak beradi.

Transaminazalar (AlAT va AsAT) aktivligini Raytman-Frenkelʼ usulida, ishqoriy fosfatazani - Bodanskiy usulida aniqlandi.

Qorin boʻshligʻining ultratovush tekshiruvlari ALOKA D - 630 (Yaponiya) apparatida chizikli (5 MGts) va qonveksion (3,5 MGts) datchiklar bilan oʻtkazildi. Bu usul oʻzining qulayligi, noinvazivligi va diagnostik baholash boʻyicha skrining diagnostika hisoblanishi bilan ustun turadi (Dvoryakovskiy M.I., 1997y). Biroq, baʼzi olimlarning fikrlariga koʻra, OʻTT usuli klinik-biokimyoviy, serologik usullar bilan kompleks oʻtkazilgandagina samarali hisoblanadi (Inoyatova F.I., 2007y).

OʻTT natijasida jigar oʻng boʻlagining yoʻgʻonligi, vertikal hajmi va chap boʻlagining yoʻgʻonligi, 1-tartibli jigar venalarining umumiy diametri, darvoza venasi diametri, jigar parenximasining exogenligi, taloq oʻlchamlari, taloq venalarining diametri, taloq parenximasining exogenligi, oʻt qopi devorining oʻlchamlari, oʻt qopi hajmi, oʻt suyuqligining quyuqlashishi va choʻkmaga tushishi aniqlandi.

Qon zardobining serologik tekshiruvlari. Bu usulda asosan qon zardobidagi virus antigeni va oʻnga qarshi ishlab chiqarilgan antitanachalar (markerlar) immunoferment tahlil (IFT) usulida, kasallik viruslari esa polimeraz zanjir reaksiya (PZR) usulida aniqlandi (tekshiriluvchi material komonli detergent bilan ishlov berildi). Tekshiruvlar OʻzR SSV Virusologiya ITIning Referens laboratoriyasida olib borilgan.

Oʻt suyuqligi fraktsion duodenal zondlash usuli yordamida 5 fazaga boʻlinib, har 5-10 daqiqa davomida ajratib olindi. Fraktsion duodenal zondlash usuli oʻt suyuqligining ajralish darajasini, oʻt pufagining hajmini, oʻt suyuqligi ajralishidagi funktsional va organik buzilishlarni, jumladan motor holatini bilvosita aniqlashda muhim hisoblanadi (A.A.Ильченко, 2010). Bundan tashqari, barcha oʻt suyuqligining A, V va S portsiyalari mikroskopik tekshiruvdan oʻtkazildi.

Oʻt suyuqligi biokimyoviy parametrlarini tekshirish maqsadida jigar tiklanish darajasini koʻrsatuvchi oʻt suyuqligining «S» portsiyasi olindi. Chunki bu portsiya oʻt suyuqligining jigardan ajralib chiqadigan fraktsiyasi boʻlib, koʻproq jigar

parenximasida va Disse bo'shlig'ida bo'ladigan biokimyoviy jarayonlarni o'zida aks ettiradi.

Yupqa qavatli xromatografiya usuli. O't suyuqligi biokimyoviy tarkibini aniqlash maqsadida qo'llanildi. Bunda o't suyuqligining kalit komponentlaridan bilirubin, xolesterin va o't kislotalari, hamda xolatoxolestirinli koeffitsiyent (XXX) aniqlandi. O't suyuqligining fosfolipidli tarkibini aniqlash maqsadida umumiy fosfolipid va uning fraktsiyalari tekshirildi. O't suyuqligidagi lipidlarni Blay va Daer modifikatsiyasi (2003 y.) bo'yicha Folch usulida (2008 y.), bilirubin N.P.Skakun usuli yordamida tekshirildi [78, 79].

O't suyuqligi tarkibidagi o't kislotalarining konsentratsiyasi Ya.I.Karbach usuli bo'yicha, fruktoza, oltingugurt va o't kislotalarining o'zaro rangli reaksiyasi asosida aniqlandi. Tekshiruv natijalari xolat kislotalarining analogik tarkibining kalibrli qiyshiq chizig'i (mg%) asosida hisoblandi (S.N.Mextiyev, V.B.Grinevich, Yu.A.Kravchuk, R.N.Bogdanov 2007 y.).

O't suyuqligi tarkibidagi xolesterin S.M.Drogovoz usulida tekshirildi. O't suyuqligi tarkibidagi o't kislotalari spektri A.I.Ivanovning yupqa qavatli xromatografiya usulida aniqlandi. Buning uchun, tayyor «Silufol» xromatografik plastinkalar olindi va o't kislotalari chiziqcha ko'rinishida plastinkaga ajralib chiqdi. Bu usuldan keyin o't kislotalarining kon'yugirlangan fraktsiyalarini ajratishga erishiladi, ya'ni glikoxolat, glikodezoksixolat, tauroxolat va taurodezoksixolat. O't kislotasining tauroxenodezoksixolat va taurodezoksixolat fraktsiyalari, hamda glikodezoksixolat va glikoxenodezoksixolat fraktsiyalari qo'shilgan holda paydo bo'ladi. Shu sababli taurin kislotasining birlamchi ikkita kon'yugatini taurodeoksixat kislota deb atadik. O'z-o'zidan ma'lumki, ikkita glikokon'yugatlarni glikodeoksixolat kislota ko'rinishida aniqlangan.

Umumiy fosfolipidlarning miqdori noorganik fosforni saqlanish miqdoriga ko'ra ajratildi. Fosfolipidlarning quyidagi fraktsiyalari alohida aniqlandi: lizofosfatidilxolin, sfingomiyelin, fosfatidilxolin, fosfatidiletanolamin. Ba'zi bir fosfolipidlar minimal miqdorda bo'lganligi sababli (fosfatidilinozit, fosfatidilserin, fosfatid kislota, kardiolipin va fosfatidilglitserin) ularni biz «boshqa fraktsiyalar»

nomi bilan birlashtirib atadik. Fosfolipidlar fraktsiyalarining miqdoriga oid ma'lumotlar yorug'lik ostida xromatogrammani densitometrlash yo'li bilan olindi (V.A.Maksimov, A.L.Chernыshov, K.M.Tarasov, 1998).

O't suyuqligi mikroskopik usulda tekshirilganda jigar ichi o't yo'llari va o't pufagidagi yallig'lanish jarayonlari aniqlandi. O't yo'llari biron sohasida yallig'lanish jarayoni bo'lganda o't suyuqligida leykotsitlar miqdori oshadi va ko'p miqdorda ipsimon shilliqlar topiladi. Ba'zida leykotsitlar o't suyuqligi bilan bo'yalgan bo'ladi (imbibitsiya). «B» portsiyadagi o'zgarishlar o't pufagidagi, «S» portsiyadagi o'zgarishlar esa jigar ichi o't yo'llaridagi yallig'lanishdan (xolangit) darak beradi. Agar «A» va «V» portsiyada bilirubin miqdorining ko'payishi o't suyuqligining quyushganligini va staz borligini, kamayishi esa o't pufagi kontsentratsiyalash vazifasining buzilganligini ko'rsatadi. «V» va «S» portsiyalarda xolesterin kontsentratsiyasining ko'payishi toshsiz xoletsistit, o't tosh kasalligi paydo bo'lishi mumkinligi, «V» va «S» portsiyalarda dumaloq epiteliyal hujayralarning ko'payishi 12 barmoq ichakdagi patologik o'zgarishlarni ko'rsatadi. Kal'tsiy bilirubin va xolesterin kristallarining topilishi ko'proq o't suyuqligi oqimi qiyinlashganligini, hamda o't-tosh kasallik paydo bo'lishiga moyillik mavjudligini aniqlab beradi. Mikroskopik usulning muhim jihati duodenal suyuqlikdan parazit - lyambliyaning topilishidir.

2.2.1-jadval

Bolalarda duodenal suyuqlikning mikroskopik me'yoriy ko'rsatkichlari

Porsiyalar	«A» porsiya	«B» porsiya	«C» porsiya
Rangi	Tilla rang sariq	To'k yashil yoki jigarrang	Tilla rang sariq
Tiniqligi	tiniq	tiniq	tiniq
Epiteliy	yagona	yagona	yagona
Leykotsitlar	1-5	5-15	1-5
Shilliq	Turli miqdorda uchraydi		
Kal'tsiy bilirubin va xolesterin kristallari	yagona	yagona	yagona

Statistik usullar: Olingan natijalar Windows firmasining kompyuterida Excel-2010 programmasida Studentning t-kriteriyasini qo'llab variatsion statistik standart usullar bilan ishlandi.

O'rtacha qiymatlar $M \pm m$ (o'rtacha \pm o'rtacha xatolik) ko'rinishida berilgan. Ishonchlilikni baholash uchun ikkala kuzatuv guruhidagi natijalarning farqi Fisher mezonini (mo'tloq ko'rsatkichlar)dan foydalanildi. $P < 0,05$ bo'lganda natijalar ishonchli hisoblandi. Kvadratik siljish - a , o'rtacha kvadratik xatolik - t , korrelyatsiya koeffitsiyenti - r bilan belgilandi.

III BOB. TADQIQOTNING XUSUSIY QISMI

3.1. «A», «B» va «C» o'tkir virusli gepatit bilan kasallangan bolalarda rekonvalesentsent muddatlariga bog'liq ravishda klinik- laborator va instrumental belgilarning uchrash darajasi

Ilmiy izlanishlarimizning ushbu bosqichida o'tkir A, B va C virusli gepatit o'tkazgan rekonvalesentsent bolalardagi biliar tizim (BT) o'zgarishlarining klinik-laborator va instrumental natijalarining solishtirma tahlillari keltirilgan.

Kuzatuv ostiga O'VG bilan og'rikan biliar tizimida o'zgarishlari mavjud bo'lgan 7 yoshdan 18 yoshgacha, 172 nafar bolalar olingan. Shundan 135 nafari (78,5%) O'VGA, 25 nafari (14,5%) O'VGB va 12 nafari (7%) O'VGC o'tkazgan Rekonvalesentsent bolalardir. Ushbu bolalar tadqiqotimizda asosiy guruh hisoblandi. Nazorat guruhi sifatida umumiy 56 nafar bolalar olingan bo'lib, shundan 30 (53,6%) nafari O'VGA, 12 (21,4%) nafari O'VGB va 14 nafari (25%) O'VGC o'tkazgan, biroq BTda o'zgarishlari bo'lmagan Rekonvalesentsent bolalar olindi.

Barcha kuzatuvimizdagi asosiy guruh bolalari infeksiyon jarayonning sog'ayish davrida bo'lib, ular quyidagi mezonlar asosida kuzatuv ostiga olingan:

- kasallikning o'tkir davriga xos bo'lgan klinik belgilarning susayishi;
- o't chiqaruv yo'llaridagi o'zgarishlarga xos bo'lgan klinik belgilarning namoyon bo'lishi: o'ng qovurg'a ravog'i ostidagi og'irlik hissi va simillovchi og'riqlarning bo'lishi, og'izda achchiq ta'm sezish va og'iz qurishi ko'ngil aynishi, ovqat yuklamasiga tolerantlikning pasayishi;

- postinfektsion asteniya: jigar o'lchamlari va laborator ko'rsatkichlarning me'yorida bo'lishi bilan birgalikda, holsizlik, tez charchash, uyquning buzilishi kabi belgilarning saqlanishi;

- virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda jigar o'lchamlari va sitoliz jarayoniga xos bo'lgan laborator ko'rsatkichlarning me'yorida bo'lishi bilan birgalikda qonda bilirubin miqdorining me'yoridan 2-3 barobarga oshishi;

- virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda qonda biliar tizim o'zgarishlarini belgilovchi fermentlar miqdorining oshishi (5-nukleotidaza, GGTP, IF);

- virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda qonda xolesterin va bettalipoproteidlar miqdorining oshishi, fosfolipidlar miqdorining kamayishi;

- ultratovush tekshiruvlarida (UTT) jigar o'lchamlarining kattalashganligi, konturlarining aniqligi, yuzasining silliqligi, jigar chetlarining yumaloqlashganligi, jigar parenximasining to'lqin o'tkazuvchanligi o'zgarishi, o'choqli o'zgarishlar yo'qligi, qon tomir tasvirining saqlanganligi, qon tomirlar arxitektonikasi o'zgarmaganligi, V.portae - o'lchamlari; o't pufagining shakli, bo'yin sohasida qayrilganligi, devorlari qalinligi, o't pufagining tarkibi, konkrementlarning bo'lmasligi, biroq gomogen devoriy cho'kmalar bo'lishi va splenomegaliyaning aniqlanishi;

- «A», «B» va «C» virusli gepatit kasalligining o'tkir davriga xos serologik markerlar (anti HAV IgM, HbsAg, HbeAg, anti-Hbs IgM, anti-HCV, HBV-DNA, HCV-RNA), hamda «V» va «S» virusli gepatitlar markerlarining serokonversiyasi;

Yuqorida keltirilgan mezonlar asosida kuzatuv ostiga olingan O'VG o'tkazgan bolalarda 1- va 2-ko'rikda aniqlangan klinik belgilarning nazorat guruhi bilan solishtirma tahlili 3.1.1, 3.1.2 va 3.1.3-jadvallarda keltirilgan.

3.1.1-jadval

«A» o'tkir virusli gepatit o'tkazgan bemor bolalarning rekonvalestsentsiya muddatlariga bog'liq ravishda klinik belgilarning solishtirma tahlili

Klinik belgilar	Ko'riklar	Nazorat guruh (n=30)	Asosiy guruh (n=135)	P
-----------------	-----------	-------------------------	-------------------------	---

		Abs.	M±m	Abs.	M±m	
	Dispeptik sindrom					
Og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi	1-ko'rik	6	20,0±7,3	105	77,8±3,57	<0,003
	2-ko'rik	-	-	61	45,2±5,0	
Tilning qurishi va karash bilan qoplanishi	1-ko'rik	7	23,3±7,7	90	66,7±3,7	<0,003
	2-ko'rik	-	-	58	43,0±4,7	
Ko'ngil aynish va qayt qilish	1-ko'rik	9	30,0±8,3	103	76,3±3,6	<0,003
	2-ko'rik	-	-	76	56,3±3,1	
Ishtahaning pasayishi	1-ko'rik	7	23,3±7,7	88	65,2±4,09	<0,003
	2-ko'rik	-	-	79	58,5±3,4	
Qorinda og'riq bo'lishi	1-ko'rik	6	20,0±7,3	61	45,2±4,27	<0,05
	2-ko'rik	-	-	44	32,5±3,6	
Qorin damlashi (meteorizm)	1-ko'rik	6	20,0±7,3	88	65,2±4,09	<0,003
	2-ko'rik	-	-	53	39,3±3,7	
Qabziyat	1-ko'rik	1	3,3±3,2	61	45,2±4,27	<0,05
	2-ko'rik	-	-	41	30,4±2,3	
O'ng qovurg'a ostida og'riq bo'lishi	1-ko'rik	9	30,0±8,3	115	85,2±3,0	<0,003
	2-ko'rik	-	-	81	60,0±4,14	
	Asteno-vegetativ sindrom					
Holsizlik	1-ko'rik	5	16,7±6,8	88	65,2±4,09	<0,003
	2-ko'rik	-	-	63	46,6±4,3	
Uyquchanlik	1-ko'rik	4	13,3±6,1	74	54,8±4,2	<0,05
	2-ko'rik	-	-	49	36,3±4,14	
	1-ko'rik	5	16,7±6,8	88	65,2±4,09	<0,003

Bosh og‘rishi va bosh aylanishi	2-ko‘rik	-	-	49	36,3±4,14	
Xolestatik sindrom						
Sklera va teri subikterikligi	1-ko‘rik	3	10,0±5,4	88	65,2±4,09	<0,003
	2-ko‘rik	-	-	21	16,3±2,6	
Teri qichishi	1-ko‘rik	3	10,0±5,4	88	65,2±4,09	<0,003
	2-ko‘rik	-	-	21	16,3±2,6	
Peshob rangining to‘qlashishi	1-ko‘rik	3	10,0±5,4	61	45,2±4,27	<0,05
	2-ko‘rik	-	-	44	32,6±3,6	
Axlat axolikligi	1-ko‘rik	3	10,0±5,4	61	45,2±4,27	<0,05
	2-ko‘rik	-	-	44	32,6±3,6	
Jigar o‘lchamlarining kattalashishi	1-ko‘rik	11	36,7±9,0	105	77,8±3,57	<0,003
	2-ko‘rik	3	10,0±5,4	55	41,0±4,2	<0,001
	1-ko‘rik	3	10,0±5,4	49	36,3±4,14	<0,05
	2-ko‘rik	-	-	25	18,5±3,3	

Eslatma: P – asosiy guruh ko‘rsatkichlari nazorat guruh ko‘rsatkichlariga nisbatan ishonchli;

3.1.2-jadval

«B» o‘tkir virusli gepatit o‘tkazgan bemor bolalarning rekonvalesentsiya davriga bog‘liq ravishda klinik belgilarning solishtirma tahlili

Klinik belgilar	ko‘riklar	Nazorat guruh (n=12)		Asosiy guruh (n=25)		P
		Aбс.	M±m	Aбс.	M±m	
		Dispeptik sindrom				
Og‘iz qurishi va	1-ko‘rik	5	41,7±14,	18	72,0±8,9	<0,003

achchiq ta'm bo'lishi			2		7	
	2-ko'rik	-	-	16	64,0±9,5	
Tilning qurishi va karash bilan qoplanishi	1-ko'rik	4	33,3±13,6	17	68,0±9,3	<0,003
	2-ko'rik	-	-	18	72,0±8,9	
Ko'ngil aynish va qayt qilish	1-ko'rik	3	25±12,5	17	68,0±9,3	<0,003
	2-ko'rik	-	-	18	72,0±8,9	
Ishtahaning pasayishi	1-ko'rik	3	25±12,5	21	84,0±7,3	<0,001
	2-ko'rik	-	-	20	80,0±7,3	
Qorinda og'riq bo'lishi	1-ko'rik	4	33,3±13,6	13	52,0±9,9	<0,05
	2-ko'rik	-	-	11	44,0±9,8	
Qorin damlashi (meteorizm)	1-ko'rik	4	33,3±13,6	13	52,0±9,9	<0,05
	2-ko'rik	-	-	11	44,0±9,8	
Qabziyat	1-ko'rik	2	16,7±9,4	8	32,0±9,3	<0,05
	2-ko'rik	-	-	11	44,0±9,8	
O'ng qovurg'a ostida og'riq bo'lishi	1-ko'rik	3	25±12,5	13	52,0±9,9	<0,05
	2-ko'rik	-	-	17	68,0±9,3	
Asteno-vegetativ sindrom						
Holsizlik	1-ko'rik	5	41,7±14,2	16	64,0±9,5	<0,05
	2-ko'rik	2	20±12,6	17	68,0±9,3	<0,003

Uyquchanlik	1-ko'rik	4	33,3±13,6	13	52,0±9,9	<0,05
	2-ko'rik	-	-	14	56,0±9,8	
Bosh og'rishi va bosh aylanishi	1-ko'rik	3	25±12,5	17	68,0±9,3	<0,003
	2-ko'rik	-	-	16	64,0±9,5	
Xolestatik sindrom						
Sklera va teri subikterikligi	1-ko'rik	1	8,3±7,9	11	44,0±9,8	P<0,003
	2-ko'rik	-	-	8	32,0±9,3	
Teri qichishi	1-ko'rik	1	8,3±7,9	11	44,0±9,8	P<0,003
	2-ko'rik	-	-	7	28,0±8,9	
Peshob rangining to'qlashishi	1-ko'rik	2	16,7±10,7	10	40,0±9,7	<0,05
	2-ko'rik	-	-	8	32,0±9,3	
Axlat axolikli	1-ko'rik	2	16,7±10,7	10	40,0±9,7	<0,05
	2-ko'rik	-	-	8	32,0±9,3	
Jigar o'lchamlarining kattalashishi	1-ko'rik	5	41,7±14,2	17	68,0±9,3	>0,05
	2-ko'rik	2	16,7±10,7	20	80,0±8,9	<0,001
Jigar o'rtacha qattqlikda	1-ko'rik	3	25±12,5	8	32,0±9,3	>0,05
	2-ko'rik	1	8,3±7,9	14	56,0±9,8	<0,003

		Artralgiik sindrom				
Bo'g'imlardagi og'riq	1-ko'rik	3	25±12,5	17	68,0±9,3 3	<0,003
	2-ko'rik	-	-	12	48,0±9,9	
Beldagi og'riq	1-ko'rik	2	16,7	5	20,0±8,0	>0,05
	2-ko'rik	-	-	7	28,0	

Eslatma: P – asosiy guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli;

3.1.3-jadval

«C» o'tkir virusli gepatit o'tkazgan bemor bolalarning rekonvalesentsiya davriga bog'liq ravishda klinik belgilarning solishtirma tahlili

Klinik belgilar	ko'riklar	Nazorat guruh (n=14)		Asosiy guruh (n=12)		P
		Abs.	M±m	Aбс	M±m	
	Dispeptik sindrom					
Og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi	1-ko'rik	2	14,2±9,3	3	25,0±12, 4	> 0,05
	2-ko'rik	-	-	4	33,3±13, 6	
Tilning qurishi va karash bilan qoplanishi	1-ko'rik	2	14,2±9,3	3	25,0±12, 4	> 0,05
	2-ko'rik	-	-	6	50,0±14, 4	
Ko'ngil aynish va qayt qilish	1-ko'rik	2	14,2±9,3	3	25,0±12, 4	>0,05
	2-ko'rik	-	-	5	41,6±14, 2	
Ishtahaning pasayishi	1-ko'rik	1	7,1±6,8	2	16,7±10,	<0,05

					7	
	2-ko'rik	-	-	6	50,0±14, 4	
Qorinda og'riq bo'lishi	1-ko'rik	-	-	5	41,6±14, 2	
	2-ko'rik	-	-	5	41,6±14, 2	
Qorin damlashi (meteorizm)	1-ko'rik	-	-	4	33,3±13, 6	
	2-ko'rik	-	-	4	33,3±13, 6	
Qabziyat	1-ko'rik	1	7,1±6,8	3	25,0±12, 4	<0,05
	2-ko'rik	-	-	4	33,3±13, 6	
O'ng qovurg'a ostida og'riq bo'lishi	1-ko'rik	-	-	5	41,6±14, 2	
	2-ko'rik	-	-	5	41,6±14, 2	
	Asteno-vegetativ sindrom					
Holsizlik	1-ko'rik	1	7,1±6,8	6	50,0±14, 4	<0,003
	2-ko'rik	-	-	6	50,0±14, 4	
Uyquchanlik	1-ko'rik		-	4	33,3±13, 6	
	2-ko'rik	-	-	3	25,0±12, 4	
	1-ko'rik	1	7,1±6,8	5	41,6±14,	<0,003

Bosh ogʻrishi va bosh aylanishi					2	
	2-koʻrik	-	-	3	25,0±12, 4	
	Xolestatik sindrom					
Sklera va teri subikterikligi	1-koʻrik	-	-	2	16,7±10, 7	
	2-koʻrik	-	-	2	16,7±10, 7	
Teri qichishi	1-koʻrik	-	-	2	16,7±10, 7	
	2-koʻrik	-	-	2	16,7±10, 7	
Peshob rangining toʻqlashishi	1-koʻrik	-	-	2	16,7±10, 7	
	2-koʻrik	-	-	1	8,3±7,9	
Axlat axolikligi	1-koʻrik	-	-	2	16,7±10, 7	
	2-koʻrik	-	-	1	8,3±7,9	
Jigar oʻlchamlarining kattalashishi	1-koʻrik	1	7,1±6,8	3	25,0±12, 4	<0,05
	2-koʻrik	1	7,1±6,8	5	41,6±14, 2	<0,05
Jigar oʻrtacha qattiqlikda	1-koʻrik	1	7,1±6,8	2	16,7±10, 7	<0,05
	2-koʻrik	1	7,1±6,8	6	50,0±14, 4	<0,003
	Artralgik sindrom					
Boʻgʻimlardagi ogʻriq	1-koʻrik	2	14,2±9,3	5	41,6±14, 2	<0,05

	2-ko'rik	-	-	3	25,0±12, 4	
Beldagi og'riq	1-ko'rik	-	-	3	25,0±12, 4	
	2-ko'rik	-	-	2	16,7±10, 7	

Eslatma: P – asosiy 3-guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli

3.1.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, O'VGA o'tkazgan asosiy guruh bolalarda 1-ko'rik davrida nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan dispeptik sindromdagi og'iz qurish va achchiq ta'm bo'lishi belgisi 3,8 barobar (77,8% va 20% mos ravishda; $P < 0,003$), qorinda og'riq bo'lishi belgisi 2,3 barobar (45,2% va 20% mos ravishda; $R < 0,05$), hamda qorin dam bo'lishi (meteorizm) belgisi 3,3 barobar (65,2% va 20% mos ravishda; $P < 0,003$) ko'proq kuzatilishi qayd etildi. Shuningdek, asosiy guruh bolalarida tilning qurishi va karash bilan qoplanishi hamda ishtahaning pasayishi belgisi nazorat guruh bolalariga nisbatan o'rtacha 2,8 barobar ko'p holatlarda uchrashi aniqlandi (66,7%/23,3% va 65,2%/23,3% mos ravishda;

$P < 0,003$). Asosiy guruh bolalarida ko'ngil aynish va qayt qilish belgilari nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan 2,5 barobar (76,3% va 30% mos ravishda; $P < 0,001$), o'ng qovurg'a ravog'i ostida og'riq bo'lishi belgisi esa 2,8 barobarga (85,2% va 30% mos ravishda; $P < 0,001$) ko'proq namoyon bo'lishi qayd etildi. Qabziyat belgisi boshqa dispeptik belgilardan farqli o'laroq asosiy guruh bolalarida nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan 13,6 barobar ko'p namoyon bo'lganligi aniqlandi (45,2% va 3,3% mos ravishda; $P < 0,001$).

Astenovegetativ sindromdagi holsizlik, hamda bosh og'rishi va aylanishi belgilari asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 3,9 barobar (65,2%/16,7% va 65,2%/16,7% mos ravishda; $P < 0,003$), uyquchanlik belgisi esa 4,1 barobar ko'proq qayd etilganligi aniqlandi (54,8%/13,3% mos ravishda; $P < 0,05$).

Xolestatik sindromning sklera va teri subikterikligi, hamda teri qichishi belgilari asosiy guruh bolalarida giperbilirubinemiya hisobiga 65,2% hollarda aniqlangan bo'lsa, nazorat guruhi bolalarida 10% bolalarda aniqlangan ($P < 0,001$). Peshob rangining to'qlashishi va axlat axolikligi belgilari asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 4,5 barobarga ko'proq namoyon bo'lgan (45,2% va 10% mos ravishda; $P < 0,001$).

Jigar o'lchamlarining kattalashishi belgisi asosiy guruhdagi 77,8% bolalarda kuzatilgan bo'lsa, nazorat guruhidagi 36,7% bolalarda kuzatildi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishochli bo'lib hisoblandi ($P < 0,003$).

Jigarning o'rtacha qattqlikda bo'lishi belgisi esa asosiy guruh bolalarida nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan 3,6 barobar ko'p kuzatildi (36,3% va 10% mos ravishda; $P < 0,05$).

2-ko'rik vaqtida nazorat guruh bolalarda faqat jigar o'lchamlarining kattalashishi 10% bolalarda kuzatilib, asosiy guruh bolalariga nisbatan 4,1 barobarga kam ekanligi qayd etildi (10% va 41% mos ravishda; $P < 0,001$). Qolgan barcha klinik belgilar 2-ko'rikda nazorat guruh bolalarida umuman kuzatilmadi.

Tahlil natijalariga ko'ra, barcha ko'rsatkichlar O'VGA o'tkazgan asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan ko'p hollarda aniqlandi va belgilar 2-ko'rik davrida biroz kamayganligi, biroq davomiy bo'lishi qayd etildi.

3.1.2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, O'VGB o'tkazgan asosiy guruh bolalarda 1-ko'rikda dispeptik sindromdagi ko'ngil aynish va qayt qilish belgilari nazorat guruhiga nisbatan 2,7 barobar (68% va 25% mos ravishda; $P < 0,003$), ishtaha pasayishi belgisi esa 3,4 barobar ko'p qayd etilganligi aniqlandi (84% va 25% mos ravishda; $R < 0,001$). O'ng qovurg'a ravog'i ostida og'riq bo'lishi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,1 barobar ko'p hollarda kuzatildi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'ldi (52% va 25% mos ravishda; $P < 0,05$).

Asosiy va nazorat guruh bolalarida og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi, tilning qurishi va karash bilan qoplanishi hamda qabziyat belgilari orasidagi farqlar sezilarli bo'lmadi va o'rtacha 1,8 barobar ko'p uchrashi qayd etildi (72%/41,7%; 68%/33,3% va 32%/16,7% mos ravishda; $P < 0,05$).

Astenovegetativ sindromdagi bosh og'rishi va aylanishi belgilari asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,8 barobar ko'p hollarda kuzatildi (68% va 25% mos ravishda; $P < 0,003$). Biroq, holsizlik va uyquchanlik belgilarining asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan o'rtacha atigi 1,5 barobarga ko'p uchraganligi qayd etildi (41,7%/64% va 52%/33,3% mos ravishda; $P < 0,05$).

Xolestatik sindromdagi sklera va teri subikterikligi hamda teri qichishi belgilari asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan o'rtacha 5,3 barobar ko'p qayd etilganligi kuzatildi (44%/8,3% va 44%/8,3% mos ravishda; $P < 0,003$). Peshob rangining to'qlashishi va axlat axolikligi belgilari esa asosiy guruhda nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan 2,4 barobarga ko'proq namoyon bo'lganligi aniqlandi (40% va 16,7% mos ravishda; $P < 0,05$).

Jigar o'lchamlarining kattalashishi belgisi ikkala guruh bolalarda ham nisbatan yuqori foizlarda kuzatildi va orasidagi farq 1,6 barobar ko'pni tashkil etdi (asosiy guruh 68,0% va nazorat guruh 41,7% mos ravishda; $P < 0,05$). Jigarning o'rtacha qattqlikda bo'lishi ikkala guruhda deyarli bir xil darajada kuzatildi va

ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'lmadi (32,0% va 25,0% mos ravishda; $P > 0,05$).

Bo'g'imlardagi og'riq belgisi nazorat guruhi bolalarida kam foizlarda namoyon bo'ldi, ya'ni asosiy guruh bolalarga nisbatan 2,7 barobar kam uchraganligi qayd etildi (25% va 68% mos ravishda; $P < 0,003$).

2-ko'rikda nazorat guruh bolalarida dispeptik va artralgiik sindromlar umuman kuzatilmadi. Ushbu ko'rikda astenovegetativ sindromdagi holsizlik belgisi nazorat guruh bolalarida kuzatildi, biroq asosiy guruh bolalari ko'rsatkichlariga nisbatan 3,4 barobar kam ekanligi aniqlandi (20% va 68% mos ravishda; $P < 0,003$).

Asosiy guruh bolalarida nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan jigar o'lchamlarining kattalashishi va jigarning o'rtacha qattqlikda bo'lishi belgilari 4,7 va 6,7 barobar ko'p kuzatilishi qayd etildi (80%/16,7% va 56%/8,3% mos ravishda; $P < 0,001$ va $P < 0,001$ mos ravishda).

Shuningdek, O'VGC o'tkazgan bolalarda klinik belgilar orasidagi farqlar 3.1.3-jadvaldan ko'rinib turibdiki, 1-ko'rikda asosiy guruh bolalarida og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi, tilning qurishi va karash bilan qoplanishi hamda ko'ngil aynish va qayt qilish belgilari nazorat guruh bolalari bilan deyarli bir xil darajada kuzatilgan (14,2% va 25% mos ravishda; $P > 0,05$). Asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan ishtaha pasayishi va qabziyat belgilari 2,4 va 3,5 barobar ko'proq uchrashi qayd etildi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonarli ekanligi aniqlandi (16,7%/7,1% va 25%/7,1% mos ravishda; $P < 0,05$). Astenovegetativ sindromdagi holsizlik belgisi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 7 barobar ko'p uchradi (50,0% va 7,1% mos ravishda; $P < 0,05$). Uyquchanlik belgisi esa faqat 33,3% hollarda asosiy guruh bolalarda kuzatilgan. Bosh og'rishi va aylanishi belgilari nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 5,8 barobar kam kuzatildi (7,1% va 41,6% mos ravishda; $P < 0,003$).

Xolestatik sindromdagi jigar o'lchamlarining kattalashishi va jigarning o'rtacha qattqlikda bo'lishi belgilari asosiy guruhdagi bolalarda nazorat guruhdagi

bolalarga nisbatan o‘rtacha 2,4 barobar ko‘p hollarda qayd etilganligi aniqlandi (25%/7,1% va 16,7%/7,1% mos ravishda; $P < 0,05$).

Bo‘g‘imlardagi og‘riq belgisi nazorat guruhidagi bolalarda asosiy guruhdagi bolalarga nisbatan 2,9 barobar kam kuzatildi (14,2% va 41,6% mos ravishda; $P < 0,003$).

2-ko‘rikda faqat jigar o‘lchamlarining kattalashishi va jigarning o‘rtacha qattiqlikda bo‘lishi belgilari nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan o‘rtacha 6,4 barobar kam kuzatildi va ishonchlilik $P < 0,05$ ga teng bo‘ldi (7,1%/41,6% va 7,1%/50% mos ravishda).

Boshqa klinik sindromdagi belgilar 2-ko‘rikda nazorat guruh bolalarida umuman qayd etilmadi. Biroq, asosiy guruh bolalarida barcha klinik sindromdagi belgilar kuzatildi.

Yuqoridagi natijalariga asoslanib, O‘VGA va B o‘tkazgan asosiy guruh bolalarida dispeptik, astenovegetativ va xolestatik sindrom belgilarining nazorat guruh bolalariga nisbatan 1-ko‘rikda ko‘proq kuzatilishi aniqlangan bo‘lsa, O‘VGC o‘tkazgan asosiy guruh bolalarida esa kasallikning o‘tkir davri sust klinik belgilar bilan kechganligi sababli, ushbu belgilar 1-ko‘rikda kam darajada namoyon bo‘ldi, biroq asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalarga nisbatan klinik belgilar nisbatan ko‘p uchraganligi kuzatildi.

Shu sababli, kuzatuvimiz ostidagi asosiy va nazorat guruh bolalarda qon biokimyoviy tekshiruvi o‘tkazildi va 3.1.4-jadvalda keltirilgan ma'lumotlar aniqlandi.

3.1.4-jadval

«A», «B» va «C» VG o‘tkazgan rekonvalesstent bolalarda qondagi biokimyoviy ko‘rsatkichlarning solishtirma aspekti

Guruhlar	VGA		VGB		VGC	
	Nazorat (n=30)	Asosiy (n=135)	Nazorat (n=12)	Asosiy (n=25)	Nazorat (n=14)	Asosiy (n=12)
Qondagi						

biokimyoviy ko'rsatkichlar							
Umumiy bilirubin, mkmol/l	1- ko'rik	20,0±7,8	36,0±4,1*	24,0±3,4	48,0±9,9*	21,0±3,6	28,0±2,1*
	2- ko'rik	14,0±7,0	33,0±4,0*	20,0±4,0	44,0±9,9*	19,0±3,4	31,0±2,3*
Bog'langan bilirubin, mkmol/l	1- ko'rik	14,0±5,9	20,0±3,4*	16,0±5,3	28,0±8,9*	15,0±2,3	18,0±1,7*
	2- ko'rik	13,0±6,1	18,0±3,3*	14,0±2,6	26,0±8,7*	14,0±2,1	20,0±1,9*
Bog'lanmagan bilirubin, mkmol/l	1- ko'rik	6,0±0,8	16,0±3,1*	8,0±1,2	20,0±8,0*	6,0±1,3	10,0±0,85*
	2- ko'rik	5,0±0,9	15,0±3,0*	6,0±1,4	18,0±7,8*	5,0±1,2	11,0±0,9*
AlAT, mmol/l.s.	1- ko'rik	0,6±0,08	1,0±0,4*	1,5±1,0	3,2±0,9*	0,8±0,1	2,5±0,8*
	2- ko'rik	0,4±0,08	0,9±0,3*	0,9±0,9	3,0±0,7*	0,7±0,1	2,7±0,9*
AsAT, mmol/l.s.	1- ko'rik	0,55±0,08	0,8±0,3*	0,9±0,08	2,1±0,8*	0,7±0,1	1,8±0,8
	2- ko'rik	0,35±0,08	0,6±0,2*	0,6±0,1	1,9±0,7*	0,5±0,5	1,9±0,9

Eslatma: *-asosiy guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli ($P < 0,05$)

3.1.4-jadvaldan ko'rinib turibdiki, O'VGA o'tkazgan asosiy guruh bolalarida 1-ko'rikda nazorat guruh bolalariga nisbatan umumiy bilirubin miqdori 1,8 barobar ko'payganligi aniqlandi (36 mkmol/l va 20 mkmol/l mos ravishda; $R < 0,05$). Asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan AlAT va AsAT fermentlarining 1,6 va 1,4 barobarga ishonarli ko'payganligi qayd etildi (1,0/0,6 mmol/l va 0,8/0,55 mmol/l mos ravishda; $P < 0,05$).

O'VGB o'tkazgan asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan umumiy bilirubin miqdori 1- va 2- ko'rikda deyarli birxil darajada 2 barobar ko'payganligi kuzatildi (48/44 mkmol/l va 24/20 mkmol/l mos ravishda; $P < 0,05$). AlAT fermenti asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1-ko'rikda 2,1 barobar ko'p bo'lganligi qayd etilgan bo'lsa (3,2 va 1,5 mmol/l mos ravishda; $P < 0,05$), 2-ko'rikda 3,3 barobar ko'payganligi aniqlandi (3,0 va 0,9 mmol/l mos ravishda; $R < 0,05$). AsAT fermenti 1-ko'rikda asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,3 barobar ko'payganligi (2,1 va 0,9 mmol/l mos ravishda; $P < 0,003$), 2-ko'rikda esa 3,1 barobarga ko'payganligi kuzatildi (1,9 va 0,6 mmol/l mos ravishda; $P < 0,05$).

O'VGC o'tkazgan asosiy guruh bolalarda umumiy bilirubin miqdori 1-ko'rikda 1,3 barobar ortganligi qayd etilgan bo'lsa (28 va 21 mkmol/l mos ravishda; $P < 0,05$), 2-ko'rikda 1,6 barobar ortiqqligi kuzatildi (31 va 19 mkmol/l mos ravishda; $P < 0,003$). AlAT fermenti 1-ko'rikda asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 3,1 barobar ko'paygan bo'lsa (2,5 va 0,8 mmol/l mos ravishda; $P < 0,05$), 2-ko'rikda 3,8 barobar ko'payganligi aniqlandi (2,7 va 0,7 mmol/l mos ravishda; $P < 0,05$). AsAT fermenti ham 1-ko'rikda asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,5 barobar ko'payganligi qayd etilgan bo'lsa (1,8 va 0,7 mmol/l mos ravishda; $P < 0,05$), 2-ko'rikda 3,8 barobar ortganligi aniqlandi (1,9 va 0,5 mmol/l mos ravishda; $P < 0,05$).

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, kuzatuvdagi O'VGA va O'VGB o'tkazgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1-ko'rikda 2-ko'rikka nisbatan ko'rsatkichlar orasidagi farq yuqori ekanligi, 2-ko'rikda esa farqlar biroz kamayganligi kuzatildi. Biroq, O'VGC o'tkazgan asosiy guruh bolalarda 2-ko'rikda 1-ko'rikka nisbatan ko'rsatkichlar orasidagi farqlar ko'payganligi kuzatildi.

Ma'lumki, xolestaz jigar parenximasini shikastlanishi va o't naylari darajasida o't suyuqligi oqimi hamda sekretsiyasi buzilishi oqibatida kelib chiqadi. Bu jarayonda o't yo'llarining obstruksiyasi nafaqat o't suyuqligi ekskretsiyasini buzilishi, balki gepatotsitlar ishemiyasi, hamda endotoksemiya bilan namoyon bo'ladi. Ayni

vaqtda obstruktiv holatda gepatotsitlarni zararlanishida o't komponentlarini, jumladan o't kislotalari to'planishi muhim ahamiyatga ega bo'lib, qonda sitoliz markerlari miqdorini ortishi bilan ko'zga tashlanadi.

3.1.1-rasmda keltirilgan natijalardan ko'rinib turibdiki, tekshirilgan bemor bolalarda kuzatilgan endotoksemiya va gepatotsitlarni shikastlanishi qon zardobida 5-nukleotidaza va γ -glutamiltanspeptidaza (γ -GGTP) fermentlari miqdorini ortishiga sabab bo'ladi. Bu esa o'z navbatida o't suyuqligini oqimi va sekretsiyasini buzilishidan dalolat beradi. Ma'lumki, γ -GGTP va ishqoriy fosfataza fermentidan tashqari xolestaz markeri sifatida 5-nukleotidaza ham muhim sanalib, bu uch ferment o't yo'llari va sinusoid epiteliy xujayralari membranalarida joylashgan. Shu sababli, xolestaz jarayonida o't komponentlari ta'sirida γ -GGTP, ishqoriy fosfataza va 5-nukleotidaza fermentlari qonga o'tadi, ya'ni o't kislotalari ta'sirida membranaga bog'liq fermentlarning sintezi kuchayadi.

Bilirubin va xolesterin miqdorini qonda yuqori bo'lishi muhimdir, biroq bu holat xolestatik shikastlanish uchun xos belgi emas. γ -GGTP fermenti jigar o't yo'llarida joylashgan membrana bilan bog'liq ferment bo'lib, uni qonga chiqishiga asosiy sabab o't kislotalaridir, ya'ni jigar ichki tizimiga o't kislotalarining tushmasligi bilan bog'liqdir.

Kuzatuvimizdagi barcha guruh bolalarda fermentlar miqdorini ortishi aniqlanib, bunda eng yuqori natijalar VGB va VGC kasalliklari mavjud bolalarda qayd etildi (rasm 3.1.1).

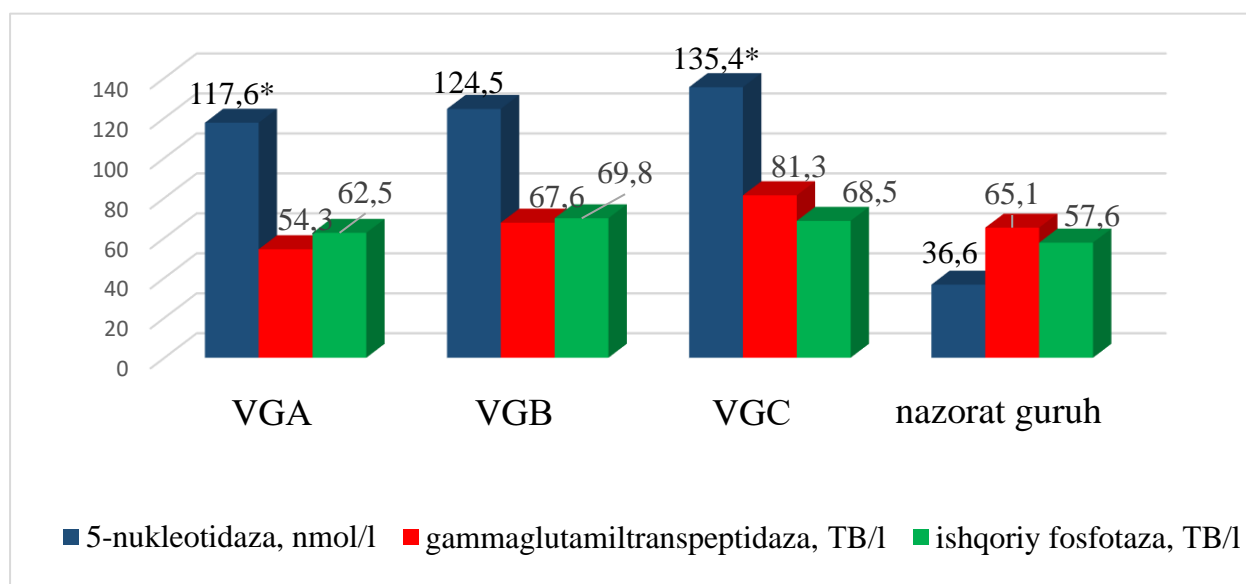
5'-nukleotidaza fermenti fosfatazalar guruhiga mansub bo'lib, nukleotidlar gidrolizini 5'-holatdagi noorganik fosfatni uzilishini katalizlab, buning ta'siri gepatotsitlar membranasi chegarasida ro'y beradi. Ushbu ferment miqdori gepatobiliar shikastlanishlarda ortib borishini e'tiborga olgan holda, ishqoriy fosfatazaga nisbatan jigar patologiyalarida tashxisiy ahamiyati yuqoriligini ta'kidlab o'tish lozim.

5`-nukleotidaza fermenti faolligini aniqlovchi tahlil natijalarining ko'rsatishicha, virusli gepatit o'tkazgan biliar tizimida o'zgarishlari mavjud bo'lgan bolalarda erta davrlarda ferment faolligini kuchayishi kuzatildi. 3.1.1-rasmdagi natijalardan

ko‘rinib turganidek, «A» VG bilan kasallangan bolalarda uning miqdori 117,6+19,4 nmol/l ga teng bo‘lib, nazorat ko‘rsatkichlaridan 49,4% ga yuqori natijalar qayd etildi (nazorat guruhida – 60,7+3,4 nmol/l). Ayni shunday natijalar «B» va «C» virusli gepatit bilan kasallangan bolalarda ham kuzatildi. Bunda «V» VG bilan kasallangan bolalarda 124,5+10,9 nmol/l va «C» VG bilan kasallangan bolalarda esa 135,4+14,8 nmol/l natija kuzatilib, nazorat guruhiga nisbatan mos ravishda 2,05 va 2,23 barobar yuqori natijalar qayd etildi ($P<0,05$). Bundan ko‘rinib turibdiki, «C» VG o‘tkazgan bolalarda «A» VG o‘tkazgan bolalarga nisbatan 13,2%, «B» VG o‘tkazgan bolalarga nisbatan 9,1% yuqoriligi aniqlandi ($P<0,05$).

Adabiyot ma'lumotlariga ko‘ra, yuqoridagi holat hujayrada LPO mahsulotlarini to‘planishi va ularni hujayra ichi tuzilmalariga salbiy ta'siri – membrana fermentlarining inaktivatsiyasi hamda solyubilizatsiyasi, membranalaridagi oqsil-lipid bog‘larni buzilishi bilan, boshqacha aytganda, molekulyar hamda hujayra miqyosidagi buzilishlarga olib keladi. Oksidlanish reaksiyalari tezligini ortishidan so‘ng membrana lipidlari tarkibiga xolesterinni to‘planishi va uning yog‘ kislota tarkibini o‘zgartirishi, u yerda xolesterin-fosfolipid nisbatini ko‘payishiga sabab bo‘ladi. Bu davrda hujayrada sintetik reparativ jarayonlar ustunlik qiladi va uning ekskretor funksiyasi pasayadi.

«A» VG bilan kasallangan asosiy guruh bolalarda γ -GGTP miqdori o‘rtacha 54,3+3,22 TB/l ni tashkil qilgan bo‘lsa, «B» va «C» VG kasalligida bu ko‘rsatkichlar mos holda 67,6+2,29 va 81,3+4,67 TB/l ni tashkil qildi.



3.1.1-rasm. Kuzatuvimizdagi bolalarning qon zardobidagi xolestatik sindromga xos biokimyoviy markerlar holati (* - P<0,05)

Shunday qilib, olingan natijalar shuni ko'rsatmoqdaki, jigarining virus sababli zararlanishi mavjud bolalarda gepatotsitlar ferment tizimlarida turli darajadagi buzilishlardan, ya'ni xolestatik sindromdan dalolat beradi. Natijada jigarni turli patologiyalarida biliar sladj shakllanish darajasini ko'rsatadi. Ushbu o'zgarishlarni tasdiqlash maqsadida kuzatuvimiz ostidagi asosiy va nazorat guruh bolalarida UTT dagi belgilar o'rganildi va quyidagi ma'lumotlar olindi.

3.1.6-jadval

O'VGA o'tkazgan rekonvalesstent bolalardagi biliar tizim a'zolarining UTTdagi exografik belgilari

BT a'zolarining exografik ko'rsatkichlari		Nazorat guruh (n=30)		Asosiy guruh (n=135)		P
		Abs.	M±m	Abs.	M±m	
Jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi	1-ko'rik	7	23,3±7,7	72	53,3±4,2	<0,05
	2-ko'rik	1	3,3±3,2	24	17,8±3,3	<0,05
O't pufagi devorining qalinlashishi	1-ko'rik	3	10±5,4	96	71,1±3,9	<0,003
	2-ko'rik	-	-	72	53,3±4,2	
O't suyuqligining quyushishi	1-ko'rik	-	-	83	61,5±4,1	
	2-ko'rik	-	-	54	40±4,2	
O't suyuqligida cho'kma bo'lishi	1-ko'rik	-	-	47	34,8±4,1	

	2- ko'rik	-	-	-	-	
Splénomegaliya	1- ko'rik	-	-	7	5,2±1,9	
	2- ko'rik	-	-	-	-	

Eslatma: P – asosiy guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli

3.1.7-jadval

O'BGB o'tkazgan rekonvalescent bolalardagi biliar tizim a'zolarining O'TTdagi exografik belgilari

BT a'zolarining exografik ko'rsatkichlari	Nazorat guruh (n=12)			Asosiy guruh (n=25)		P
	Āc.		M±m	Āc.	M±m	
Jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi	1- ko'rik	4	33,3±14,4	10	40,0±9,7	>0,05
	2- ko'rik	1	10±9,4	17	68,0±9,3	<0,05
O't pufagi devorining qalinlashishi	1- ko'rik	4	33,3±14,4	20	80,0±8,0	<0,05
	2- ko'rik	1	10±9,4	22	88,0±6,4	<0,05
O't suyuqligining quyushishi	1- ko'rik	2	16,7±9,4	16	64,0±9,6	<0,05
	2- ko'rik	-	-	15	60,0±9,7	
O't suyuqligida cho'kma bo'lishi	1- ko'rik	2	16,7±9,4	11	44,0±9,9	
	2- ko'rik	-	-	12	48,0±9,9	

	ko'rik					
Splenomegaliya	1-ko'rik	1	8,3	5	20,0±8,0	
	2-ko'rik	-	-	2	8,0±5,4	

Eslatma: P – asosiy guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli

3.1.8-jadval

O'VGC o'tkazgan rekonvalescent bolalardagi biliar tizim a'zolarining O'TTdagi exografik belgilari

BT a'zolarining exografik ko'rsatkichlari		Nazorat guruh (n=14)		Asosiy guruh (n=12)		P
		Abs.	M±m	Abs.	M±m	
Jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi	1-ko'rik	1	7,1±8,0	4	33,3±13,6	<0,05
	2-ko'rik	1	7,1±8,0	6	50,0±14,4	<0,05
O't pufagi devorining qalinlashishi	1-ko'rik	3	21,4±10,6	8	66,7±13,6	<0,05
	2-ko'rik	1	7,1±8,0	8	66,7±13,6	<0,05
O't suyuqligining quyushishi	1-ko'rik	-	-	8	66,7±13,6	
	2-ko'rik	-	-	7	58,3±14,2	
O't suyuqligida cho'kma bo'lishi	1-ko'rik	-	-	5	41,7±14,2	
	2-ko'rik	-	-	7	58,3±14,2	

Splénomegaliya	1-ko'rik	-	-	-	-	
	2-ko'rik	-	-	-	-	

Eslatma: P – asosiy guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli

3.1.6-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1-ko'rikda jigarning diffuz kattalashishi va o't pufagi devorining qalinlashishi belgilari 2,3 va 7,1 barobar ko'p kuzatildi (53,3%/23,3% mos ravishda; $P < 0,05$ va 71,1%/10% mos ravishda; $P < 0,003$). O't suyuqligining quyuqlashishi va o't suyuqligida cho'kma hosil bo'lishi belgilari nazorat guruh bolalarida umuman kuzatilmagan bo'lsa, aksincha asosiy guruh bolalarida o't suyuqligining quyuqlashishi 61,5%, o't suyuqligida cho'kma hosil bo'lishi 34,8% hollarda aniqlandi.

2-ko'rikda asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi belgisi 5,4 barobar (17,8% va 3,3% mos ravishda), hamda o't pufagi devorining qalinlashishi 7,1 barobar ko'p aniqlanganligi qayd etildi (71,1% va 10% mos ravishda; $P < 0,003$). O't suyuqligining quyuqlashishi faqat asosiy guruhdagi 40% bolalarda uchradi. Boshqa BT a'zolarining O'TTdagi o'zgarishlari asosiy va nazorat guruh bolalarida umuman kuzatilmadi.

3.1.7-jadvalda «B» VG o'tkazgan bolalarning BT a'zolarini O'TTdagi o'zgarishlari keltirilgan. Asosiy va nazorat guruh bolalarida 1-ko'rikda jigarning diffuz kattalashishi belgisi deyarli bir xil darajada kuzatildi va ko'rsatkichlar orasidagi farqlar ishonarli bo'lmadi (40% va 33,3% mos ravishda; $P > 0,05$). O't pufagi devorining qalinlashishi belgisi esa asosiy guruh bolalarida nazorat guruhidagi bolalarga nisbatan 2,4 barobarga ko'p qayd etilganligi aniqlandi (80%/33,3% mos ravishda; $P < 0,003$). Nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan o't suyuqligining quyuqlashishi va o't suyuqligida cho'kma hosil bo'lishi belgilari 3,8 va 2,6 barobar kam kuzatildi (16,7%/64% va 16,7%/44% mos ravishda $P < 0,003$ va

P<0,05). Splenomegaliya belgisi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,4 barobar ko‘proq uchradi (20%/8,3% mos ravishda; P<0,05).

3.1.8-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, «C» VG o‘tkazgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1-ko‘rikda jigarning diffuz kattalashishi va o‘t pufagi devorining qalinlashishi belgilari o‘rtacha 3,9 barobar ko‘p hollarda kuzatildi (33,3%/7,1% va 66,7%/21,4%; P<0,05 va P<0,003). O‘t suyuqligining quyushishi, o‘t suyuqligida cho‘kma hosil bo‘lishi va splenomegaliya belgilari esa nazorat guruh bolalarida 1- va 2 ko‘riklarda umuman kuzatilmadi. Asosiy guruh bolalarda o‘t suyuqligining quyushishi 66,7% hollarda, o‘t suyuqligida cho‘kma hosil bo‘lishi 41,7% hollarda aniqlandi. Splenomegaliya belgisi 1- va 2-ko‘rikda asosiy guruh bolalarida umuman aniqlanmadi.

2-ko‘rikda asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan jigarning diffuz kattalashishi va o‘t pufagi devorining qalinlashishi belgilari 7 va 9,4 barobar ko‘p qayd etildi (50%/7,1% va 66,7%/7,1% mos ravishda; P<0,003). Yuqoridagi klinik-laborator o‘zgarishlarga asoslanib, kuzatuvimizdagi bolalarda 1- va 2-ko‘riklarda qonning serologik tekshiruvi tahlili o‘tkazildi.

3.1.9-jadval

«A», «B» va «C» o‘tkir virusli gepatit o‘tkazgan bolalarda dispanserizatsiya davrida serologik markerlarning davolashgacha bo‘lgan davrdagi dinamikasi

Маркерлар	ko‘riklar	Nazorat guruh		Asosiy guruh		P
		Abs.	M±m	Abs.	M±m	
VGA						
		n=30		n=135		
anti HAV IgM	1-ko‘rik	27	90±5,4	124	91,8±2,3	>0,05
anti HAV IgG	2-ko‘rik	26	86,7±6,1	117	86,6±2,9	>0,05
VGB						
		n=12	M±m	n=25	M±m	
HbsAg	1-ko‘rik	12	100	25	100	
	2-ko‘rik	4	33,3±13,6	13	52±9,9	<0,05

HbeAg	1-ko'rik	4	33,3±13,6	13	52±9,9	<0,05
	2-ko'rik	1	8,3±7,9	19	76±8,5	<0,001
anti -HBcIgM	1-ko'rik	1	8,3±7,9	3	12±6,4	>0,05
	2-ko'rik	8	66,7±13,6	12	48±9,9	>0,05
anti -HBe	1-ko'rik	3	25±12,5	4	16±7,3	>0,05
	2-ko'rik	11	91,6±8,0	7	28±8,9	<0,003
HBV-DNA	1-ko'rik	9	75±12,5	23	92±5,4	<0,05
	2-ko'rik	6	33,3±13,6	22	88±6,4	<0,003
VGC						
		n=14	M±m	n=12	M±m	
anti -HCV	1-ko'rik	14	100	12	100	
	2-ko'rik	14	100	12	100	
HCV-RNA	1-ko'rik	9	64,3±12,8	10	83,3±10,7	<0,05
	2-ko'rik	3	21,4±10,9	12	100	<0,001

Eslatma: P – asosiy guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli.

3.1.9-jadvaldan ko'rinib turibdiki, O'VGA o'tkazgan bolalarda anti-HAV-IgM, O'VGB o'tkazgan bolalarda anti-HbsIgM, HbeAg, HBV-DNA, O'VGCo'tkazgan bolalarda anti-HCV, HCV-RNA markerlari musbat ekanligi va dinamikasi aniqlandi.

Shunday qilib, virusli gepatit o'tkazgan bolalarda rekonvalestsentsiya davrida BTda o'zgarishlari mavjud bo'lgan bolalarda BT o'zgarishlari mavjud bo'lmagan bolalarga nisbatan klinik-laborator ko'rsatkichlar hamda instrumental belgilar yaqqol namoyon bo'lib, davomliroq kechishi kuzatildi.

Xususan, bolalarda virusli gepatitlarning rekonvalestsentsiya davrini erta muddatlarida jigar kattalashishi, o'ng qovurg'a ravog'i ostida og'riq bo'lishi, og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi, ko'ngil aynish kabi biliar tizimi o'zgarishlariga xos asosiy klinik belgilarini aniqlanishi qonda 5-nukleotidaza fermentining me'yoridan o'rtacha 1,9 barobar (1,8-2,1 barobar) ortishiga olib keladi.

IV BOB. SHAXSIY IZLANISHLAR

4.1. «A», «B» va «C» O'VG bilan kasallangan rekonvalestsent bolalarda O'ChY motor funksiyasining holati

Tadqiqotimizning ushbu bosqichida 2-ko'rikda kuzatuvimizdagi bolalarning o't chiqaruv a'zolari tonusi va o't suyuqligi biokimyoviy tarkibi o'rganildi. Ushbu vazifani bajarish maqsadida bolalarda fraktsion duodenal zondlash tekshiruv usuli o'tkazildi. Tahlil natijalari asosida kuzatuv ostidagi bolalarda BT motor funksiyasidagi quyidagi o'zgarishlar aniqlandi.

Fraktsion duodenal zondlashni o'tkazish jarayonida Oddi va Lyutkens sfinkterlari hamda o't pufagi tonuslaridagi o'zgarishlar baholandi. 4.1.1-jadvalda asosiy va nazorat guruh bolalarida BT motor funksiyasidagi o'zgarishlarning taqqoslama tahlili keltirilgan.

4.1.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan Oddi sfinkterining tonusi 2,5 barobar ko'p hollarda gipertonus holatda ekanligi qayd etildi (42,2% va 16,6% mos ravishda; $P < 0,003$). Ushbu sfinkterning normotonus holati nazorat guruh bolalarda asosiy guruh bolalarga nisbatan ko'p hollarda kuzatildi (76,7% va 33,3% mos ravishda; $P < 0,001$). Oddi sfinkterining gipotonus holatda bo'lishi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 3,6 barobar ko'proq hollarda kuzatildi (24,4% va 6,7% mos ravishda; $P < 0,003$).

Lyutkens sfinkteri gipotonusi va o't pufagining gipokinetik tipda bo'lishi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan ishonchli ko'p hollarda uchrashi aniqlandi (93,3%/43,3% va 88,1%/40% mos ravishda; $P < 0,001$).

4.1.1-jadval

Virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda biliar tizim motor funksiyasining holati (2-ko'rik)

Тип		Nazorat guruh	Asosiy guruh	Nazorat guruh	Asosiy guruh	Nazorat guruh	Asosiy guruh
-----	--	---------------	--------------	---------------	--------------	---------------	--------------

	(rVGA n=30)		(n=135)		(rVGB n=12)		(n=25)		(rVGC n=14)		(n=12)	
	aб c	M±m	aбc	M±m	aбc	M ± m	aб c	M± m	aб c	M±m	aб c	M±m
Oddi sfinkterining tonusi												
Gipert onus	5	16,6± 8,9	57	42,2 ±6,3 *	3	25 ±1 2,5	8	32 ±9, 3	3	21,4± 10,9	4	33,3±1 3,6
Norm otonus	23	76,7± 9,6	45	33,3 ±6,1 **	9	75 ±1 2,5	-	-	11	78,6± 10,9		
Gipot onus	2	6,7±4, 9	33	24,4 ±5,5 *			17	68± 9,3			8	66,7±1 3,6
Lytakens sfinkterining tonusi												
Gipert onus	-	-	9	6,7± 3,2	4	33, 3± 13, 6	19	76± 8,5*	5	35,7± 12,8	11	91,7±7, 9**
Norm otonus	17	56,7± 11,1	-	-	8	66, 7± 13, 6	-	-	9	64,3± 12,8		
Gipot onus	13	43,3± 11,2	126	93,3 ±3,2 **			6	24± 8,5			1	8,3±1,0
O't pufagingin tonusi												
Giper	-	-	16	11,8	3	25	12	48±			3	25±12,

kinetik tipda					±4,2		±1 2,5		9,9* **				5
Normokinetik tipda	18	60,0± 10,9	-	-		6	50, 0± 12, 5	-	-	10	71,4± 12,0		
Gipokinetik tipda	12	40,0± 10,9	119	88,1 ±4,2 **		3	25 ±1 2,5	13	52± 9,9* **	4	28,6± 12,0	9	75±12, 5*

*-asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlarining nazorat guruh bolalar ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli (P<0,003);

** -asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlarining nazorat guruh bolalar ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli (P<0,001);

***-asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlarining nazorat guruh bolalar ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli (P<0,05);

Lyutkens va o't pufagi tonusining me'yorida bo'lishi faqat nazorat guruh bolalarda kuzatildi (56,7% va 60% mos ravishda).

«B» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida Oddi sfinkterining gipotonusi 68% hollarda kuzatildi. Oddi sfinkterining gipertonus holatda bo'lishi esa asosiy va nazorat guruh bolalarida deyarli bir xil darajada qayd etildi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'lmadi (25% va 32% mos ravishda; R>0,05). Nazorat guruh bolalarining 75% da sfinkterning normotonusda bo'lishi aniqlangan bo'lsa, asosiy guruh bolalarida tonuslarning me'yoriy holatda bo'lishi umuman kuzatilmadi.

Lyutkens sfinkterining gipertonus holatda bo'lishi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,9 barobar ko'p uchraganligi qayd etildi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'ldi (76% va 33,3% mos ravishda; R<0,003). Ushbu sfinkter nazorat guruh bolalarining 66,7%ida normotonusda bo'lganligi aniqlandi.

O't pufagi tonusining gipokinetik va giperkinetik tipda bo'lishi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan deyarli 2 barobar ko'p kuzatilganligi qayd etildi (48%/25% va 52%/25% mos ravishda; $P < 0,05$). Nazorat guruhidagi 50% bolalarda o't pufagining normokinetik tipda bo'lishi aniqlangan bo'lsa, asosiy guruh bolalarda tonusning me'yorida bo'lishi umuman aniqlanmadi.

«S» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida Oddi sfinkterining gipotonusi 66,7% hollarda kuzatilganligi aniqlandi. Ushbu sfinkterning gipertonus holatda bo'lishi ikkala guruh bolalarida deyarli bir xil darajada aniqlandi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'lmadi (21,4% va 33,3% mos ravishda; $P > 0,05$).

Lyutkens sfinkterining gipertonusi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,5 barobar ishonchli ko'p uchraganligi qayd etildi (91,7% va 35,7% mos ravishda; $P < 0,001$).

O't pufagining gipokinetik tipda bo'lishi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 2,6 barobar ko'p aniqlandi (75% va 28,6% mos ravishda; $P < 0,003$).

Shunday qilib, tahlil natijalariga asoslanib, O'VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarda o't pufagining gipokinetik tipda bo'lishi xos ekanligi qayd etildi. Shu sababli, ushbu bolalarda keyinchalik o't suyuqligi tarkibidagi xolesterin moddasining cho'kmaga tushib, Sa bilirubinats mitselliyalari bilan birgalikda tosh hosil bo'lish xavfini ko'paytirishi mumkin.

Fraktsion duodenal zondlash usuli yordamida olingan o't suyuqligining 1-, 2- va 3-portsiyalarida mikroskopik o'zgarishlar o'rganildi va olingan natijalar 4.1.2-jadvalda keltirilgan.

4.1.2-jadval

Asosiy guruh bolalarda o't suyuqligi barcha portsiyalari mikroskopik tarkibining solishtirma tahlili

Tarkib	O't suyuqligi mikroskopik tarkibi, %					
	VGA		VGB		VGC	
	Nazorat guruh	Asosiy guruh	Nazorat guruh	Asosiy guruh	Nazorat guruh	Asosiy guruh

		(n=30)		(n=135)		(n=12)		(n=25)		(n=14)		(n=12)	
		a b s	M±m	ab s	M±m	a b s	M±m	ab s	M± m	a b s	M± m	a b s	M±m
A portsiya	Shilliq	3	10,0±5, 4	31	22,9±3, 6 ¹	1	8,3±1,1	7	28,0 ±8,9 ¹	1	7,1± 1,2	3	25±1 2,5 ³
	Silindrik epiteliy	3	10,0±5, 4	18	13,3±2, 9	3	25±12, 5	12	48±9 ,9 ³	1	7,1± 1,2	4	33,3± 13,6 ³
	Leykotsit oidlar bir ko'ruv maydoni da <10	1 7	56,7±9, 0	11 4	84,4±3, 1 ¹	8	66,7±1 3,6	9	36,0 ±9,6	9	64,3 ±12, 8	4	33,3± 13,6 ³
	Leykotsit oidlar bir ko'ruv maydoni da >10	3	10,0±5, 4	21	15,6±3, 1	4	33,3±1 3,6	16	64,0 ±9,6 ³	2	14,3 ±9,3	8	66,7± 13,6 ²
	Xolesteri n kristallari	-	-	17	12,5±2, 8	1	8,3±1,1	5	20,0 ±8,0 ³	1	7,1± 1,2	2	16,7± 10,7
	Bilirubin at kaltsiy	-	-	15	11,1±2, 7	1	8,3±1,1	8	32±9 ,3 ³	-	-	1	8,3±1 ,1
	Mikrolitl ar	1	3,3±3,2	18	13,3±2, 9 ¹	1	8,3±1,1	7	28,0 ±8,9 ³	-	-	1	8,3±1 ,1
	B portsiya	Shilliq	-	-	18	13,3±2, 9	2	16,7±1 0,7	8	32±9 ,3 ³	1	7,1± 1,2	2
	Silindrik	1	3,3±3,3	61	45,2±4,	4	33,3±1	22	88±6	3	21,4	5	41,7±

	epiteliy				3 ²		3,6		,5 ²		±10,9		14,2 ³
	Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydoni da <10	27	90,0±5,4	45	33,3±4,0	9	75±12,5	5	20,0±8,0 ²	4	28,5±12,0	5	41,7±14,2 ²
	Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydoni da >10	34	10,0±5,4	90	66,7±4,0 ²	3	25±12,5	20	80±8,0 ²	2	14,3±9,3	7	58,3±14,2 ²
	Xolesterin kristallari	1	3,3±0,7	79	58,5±4,2 ²	4	33,3±13,6	18	72±8,9 ¹	1	7,1±1,2	5	41,7±14,2
	Kalbitsiy bilirubinat	2	6,6±4,5	51	37,8±4,1 ²	3	25±12,5	15	60±9,7 ¹	-	-	4	33,3±13,6
	Mikrolitlar	1	3,3±0,7	47	34,8±4,1 ²	3	25±12,5	12	48±9,9 ³	-	-	4	33,3±13,6
C portsiya	Shilliq	1	3,3±0,7	13	9,6±2,5 ¹	1	8,3±1,1	5	20,0±8,0 ³	-	-	1	8,3±1,1
	Silindrik epiteliy	7	23,3±7,7	85	62,9±4,2 ²	5	41,7±14,2	22	88±6,5 ²	2	14,3±9,3	6	50±14,2 ²
	Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydoni da <10	21	70,0±8,3	38	28,1±3,8 ²	9	75±12,5	4	16±7,3 ²	8	57,1±13,2	3	25±12,5 ³

Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydoni da >10	7	23,3±7,7	97	71,8±3,8 ²	3	25±12,5	21	84±7,3 ²	2	14,3±9,3	9	75±12,5 ²
Xolesterin kristallari	1	3,3±0,7	73	54,1±4,3 ²	4	33,3±13,6	15	60±9,7 ³	2	14,3±9,3	6	50±14,2 ²
Bilirubin at kaltsiy	-	-	38	28,1±3,8	3	25±12,5	13	52,0±9,9 ³	1	7,1±1,2	6	50±14,2 ²
Mikrolitlar	1	3,3±0,7	35	26,0±3,7 ²	3	25±12,5	14	56±9,9 ³	3	21,4±10,9	6	50±14,2 ³

Eslatma: 1 – asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli (P <0,003);

2 - asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli (P <0,001);

3 - asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli (P <0,05);

4.1.2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarda o't suyuqligining barcha 1-, 2- va 3-portsiyalarida shilliq aniqlangan bo'lib (22,9%, 13,3% va 9,6% mos ravishda), nazorat guruh bolalarning faqat 1- va 3-portsiyasida (10% va 3,3% mos ravishda) shilliq aniqlandi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'ldi (P<0,003). O't suyuqligining 1-portsiyasida leykotsitoid hujayralarning bir ko'ruv maydonida 10 tadan ko'p bo'lishi asosiy va nazorat guruh bolalarida deyarli bir xil darajada bo'lishi kuzatildi (15,6% va 10% mos ravishda; P>0,05). O't suyuqligining 2- va 3-portsiyalarida esa leykotsitoid hujayralarning bir ko'ruv maydonida 10 tadan ko'p bo'lishi asosiy guruh

bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 6,6 va 3,1 barobar ko'p hollarda aniqlanganligi kuzatildi (66,7%/10% va 71,8%/23,3% mos ravishda; $P < 0,001$).

Mikrolitlarning faqat o't suyuqligining 2- va 3-portsiyalarida asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 10,5 va 7,8 barobarga ishonchli ko'p uchrashi qayd etildi (34,8%/3,3% va 26,0%/3,3% mos ravishda; $P < 0,001$).

O't suyuqligining 2- va 3-portsiyasida silindrik epiteliy hujayrasi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 13,6 va 2,7 barobar ko'payganligi aniqlandi hamda ko'rsatkichlar ishonchli hisoblandi (45,2%/3,3% va 62,9%/23,3% mos ravishda; $P < 0,001$).

O't suyuqligining 1-portsiyasida asosiy guruh bolalarida xolesterin kristallari va kaltsiy bilirubinatsimon deyarli bir xil darajada, kam foizlarda aniqlandi (12,5% va 11,1% mos ravishda). 2-portsiyada esa xolesterin kristallari (58,5% va 3,3% mos ravishda; $P < 0,001$), kaltsiy bilirubinatsimon (37,8% va 6,6% mos ravishda; $P < 0,001$) ko'payganligi kuzatildi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli hisoblandi. O't suyuqligining 3-portsiyasida xolesterin nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 16,4 barobar kam ekanligi aniqlandi (3,3%/54,1% mos ravishda; $P < 0,001$).

«B» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarning o't suyuqligi 2-portsiyasida 1-portsiyasiga nisbatan xolesterinning 3,6 barobar, kaltsiy bilirubinatsimonning 1,8 barobar va mikrolitlarning 1,7 barobarga ko'p uchraganligi kuzatilgan hamda ko'rsatkichlar nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli ekanligi aniqlandi (72%, 60%, 48% va 20%, 32%, 28% mos ravishda; $R < 0,05$ va $P < 0,003$). O't suyuqligining 3-portsiyasida 1-portsiyasiga nisbatan xolesterinning 3 barobar, kaltsiy bilirubinatsimonning 1,6 barobar va mikrolitlarning 2 barobarga ko'payganligi qayd etildi (60%, 52%, 56% va 20%, 32%, 28% mos ravishda; $P < 0,003$).

«C» VG o'tkazgan bolalarning o't suyuqligi 1- va 2-portsiyasidagi xolesterin kristallari, kaltsiy bilirubinatsimon va mikrolit moddalarida asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan yaqqol o'zgarishlar kuzatilmadi va ko'rsatkichlar ishonchsiz hisoblandi. Biroq, xolesterin kristallari, kaltsiy bilirubinatsimon va mikrolit moddalarining o't suyuqligi 3-portsiyasidagi ko'rsatkichlari asosiy guruh bolalarda

nazorat guruh bolalariga nisbatan ko'payganligi qayd etildi hamda ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'ldi (50%/14,3%; 50%/7,1% va 50%/21,4% mos ravishda; $P < 0,001$ va $P < 0,05$).

Shunday qilib, yuqoridagi ma'lumotlarga asoslanib, erta rekonvalestsentsiya davrida VGA o'tkazgan asosiy guruh bolalarda o't chiqaruv yo'llari a'zolarining funktsional o'zgarishlarga mos belgilar aniqlangan bo'lsa, VGB va VGC o'tkazgan asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan o't suyuqligining barcha portsiyalari tarkibida ko'proq yallig'lanishli o'zgarishlarga xos belgilar kuzatilar ekan.

Ushbu o'zgarishlardan ko'rinib turibdiki, 2-portsiyadagi mikroskopik o'zgarishlar o't pufagidagi, 3-portsiyadagi o'zgarishlar esa jigardagi sitolitik yallig'lanish natijasidagi staz hisobiga davom etayotganligidan darak beradi. Virusli gepatitlardan keyingi ushbu funktsional o'zgarishlar Rekonvalestsent bolalarda o'z vaqtida davolanmasa, keyinchalik qoldiq asorat sifatida yallig'lanishli jarayonga o'tishi va o't-tosh kasalligi (O'TK) rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

4.2. «A», «B» va «C» virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda o't suyuqligi biokimyoviy tarkibidagi ko'rsatkichlarning solishtirma aspekti

Tadqiqotimizning ushbu bosqichida o't suyuqligi 3-portsiyasining biokimyoviy tarkibi tahlil qilingan. 4.2.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan o't kislotalari 1,3 barobarga, bilirubin 1,8 barobarga va XXK 1,5 barobarga ishonchli kamayganligi aniqlandi (172/222 mg%; 6,5/12,0 mg% va 2,95/4,44 sh/b mos ravishda; $P < 0,05$). Xolesterin moddasining esa asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1,2 barobarga ko'payganligi qayd etildi (60,0 va 50,0 mg/% mos ravishda; $PP < 0,05$)

«B» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarda ham nazorat guruh bolalariga nisbatan o't kislotalari 1,6 barobar, bilirubin 2,7 barobar va XXK 3,2 barobarga kamayganligi kuzatildi (148/232,5 mg%; 5,0/13,5 mg% va 1,64/5,2 sh/b mos ravishda; $P < 0,05$). Xolesterin moddasi esa asosiy guruh bolalarda nazorat guruh

bolalarga nisbatan 2 barobarga ko'payganligi aniqlandi (90 va 44,7 mg% mos ravishda; $P < 0,001$).

«C» VG o'tkazgan rekonvalescent bolalarning asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan o't kislotalari 1,4 barobarga (172,3 mg% va 243,0 mg% mos ravishda; $P < 0,001$), bilirubin 2,5 barobarga (4,5 mg% va 11,5 mg% mos ravishda; $P < 0,05$) va XXX 1,5 barobarga (3,5 va 5,3 Sh/B mos ravishda; $P < 0,05$) kamayganligi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli ekanligi qayd etildi. O't suyuqligidagi xolesterin moddasining 1,1 barobarga ko'payganligi kuzatildi, biroq ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'lmadi (49,1 va 45,2 mos ravishda; $P > 0,05$).

4.2.1-jadval

O't suyuqligining biokimyoviy tarkibi

Biokimyoviy ko'rsatkichlar	VGA		VGB		VGC	
	Asosiy guruh (n=135)	Nazorat guruh (n=30)	Asosiy guruh (n=25)	Nazorat guruh (n=12)	Asosiy guruh (n=12)	Nazorat guruh (n=14)
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
O'K (mg%)	172,0±11,0 ³	222,0±10,5	148,0±11,0	232,5±121,9	172,3±10,9	243,0±11,4
XL (mg%)	60,0±4,3 ⁴	50,0±4,0	90,0±6,5	44,7±14,3	49,1±14,4	45,2±13,3
XXX (sh/b)	2,95±0,25 ²	4,44±0,15	1,64±0,10	5,2±1,4	3,5±1,3	5,3 ±1,3
BL (mg%)	6,5±0,4	12,0±5,9	5,0±0,5	13,5±0,5	4,5±0,5	11,5 ±1,3

Eslatma: 1 - asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlari nazorat guruh bolalar ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli ($P < 0,05$)

Shuningdek, asosiy guruh bolalarida o't suyuqligining 3-portsiyasidagi biokimyoviy ko'rsatkichlarning qon tarkibidagi 5-nukleotidaza (me'yordagi ko'rsatkich 60,7 nmol/l) fermenti bilan bog'liqligi o'rganildi.

Tahlil natijalariga ko'ra, asosiy guruh bolalarda o't suyuqligining biokimyoviy ko'rsatkichlaridan gidroksirlangan o't kislotalari bilan qondagi 5-nukleotidaza

fermenti orasida korrelyativ bog'liqlik mavjudligi kuzatildi, ya'ni asosiy guruh bolalarida 5-nukleotidaza fermenti ko'payishi bilan birgalikda o't suyuqligi 3-portsiyasida gidroksirlangan o't kislotalarining yaqqol kamayishi aniqlandi.

Tahlil natijalaridan ko'rinib turibdiki, asosiy guruh bolalarda gepatotsitlar tiklanish jarayoni hali to'liq sodir bo'lmaganligi sababli, o't kislotalar sintezi kamayadi. Buning natijasida o't suyuqligi hosil bo'lish jarayoni sekinlashadi va xolesterin moddasining me'yoridan ko'payishi natijasida cho'kma holida paydo bo'ladi hamda oqibatda xolestatik jarayon rivojlanadi. Xolestatik jarayon natijasida o't yo'llari epiteliy hujayralari shikastlanib, 5- nukleotidaza fermenti ko'plab qonga ajralib chiqadi. Shu sababli, kuzatuvimizdagi asosiy guruh bolalarda ham o't suyuqligining tarkibidagi biokimyoviy o'zgarishlar jigardagi sitolitik va bilialar tizimdagi xolestatik jarayonning namoyon bo'lishi bilan bog'liqdir. Bu esa o'z navbatida o't suyuqligidagi chuqur biokimyoviy o'zgarishlarga, ya'ni umumiy xolesterin miqdorining ko'payishiga, o't kislota sintezi yetishmovchiligiga, o't suyuqligi kolloid muvozanatining buzilishiga olib keladi. Oqibatda xolesterin mitselliyalari va kaltsiy bilirubin tuzlarining cho'kishi natijasida O'ChYda yallig'lanish va diskinetik (gipomotor) o'zgarishlar paydo bo'lib, O'TK rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Shunday qilib, virusli gepatit o'tkazgan rekonvalescent bolalarda o't suyuqligi biokimyoviy tarkibi bo'yicha olib borilgan tekshiruv natijalariga ko'ra, asosan «V» va «C» VG rekonvalescent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan o't suyuqligi tarkibida ishonchli biokimyoviy o'zgarishlar kuzatilar ekan. Ushbu ko'rsatkichlar, asosan o't suyuqligi tarkibida o't kislotalari va bilirubin miqdorining yaqqol kamayishi bilan namoyon bo'ldi.

Shu sababli, tadqiqotimizning keyingi bosqichida o't suyuqligi 3-portsiyasi tarkibidagi o't kislotalari spektri va fosfolipidlar tarkibi o'rganildi. Barcha o't kislotalari glitsin va taurin o't kislotalarining kon'yugirlangan ko'rinishida bo'lib, xromatogrammada ular glikoxolat kislota (GX), glikodeoksixolat kislota (GDX), tauroxolat kislota (TX) va taurodeoksixolat kislota (TDX) ko'rinishida namoyon bo'ldi.

Kuzatuvimizdagi bolalarda o't suyuqligi tarkibidagi o't kislotalar spektri tekshirilganda nazorat guruhi bolalarining o't suyuqligi tarkibiga nisbatan asosiy guruh bolalarida ishonchli yaqqol o'zgarishlar bo'lishi isbotlandi. O'tkir virusli gepatit o'tkazgan rekonvalescent bolalarda kon'yugirlangan taurin va glitsin xolat kislotalarining ko'payishi, hamda mos ravishda kon'yugirlangan deoksi- va xenodeoksixolat kislotalarning kamayishi aniqlandi va ushbu ma'lumotlar 4.2.2-jadvalda keltirilgan.

4.2.2-jadval

Virusli gepatit o'tkazgan bolalarda o't suyuqligi tarkibidagi o't kislotalarining spektri (%)

Kuzatuvda gi guruhlar	VGA		VGB		VGC	
	Nazorat guruh (n=30)	Asosiy guruh (n=135)	Nazorat guruh (n=12)	Asosiy guruh (n=25)	Nazorat guruh (n=14)	Asosiy guruh (n=12)
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
GDX	46,0±9,1	34,2±4,1*	43,1±14,2	32,4±9,3	44,7±13,2	33,5±13,6
TDGX	27,4±8,1	41,6±4,2*	32,4±13,5	46,6±9,9	29,1±12,1	43,8±14,3
GX	18,7±7,1	11,3±2,7	16,9±10,8	7,7±0,8	17,3±10,1	8,7±0,9
TGX	7,9±0,7*	12,7±2,8*	9,1±0,8	13,3±6,7	8,3±1,0	13,0±9,7

Eslatma: * - asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlari nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli (P<0,05)

4.2.2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan nazorat guruh bolalarda xolat va deoksixolat (dezoksi- va xenodezoksixolat kislota) kislotalarning nisbati 1:1,8 nisbatda bo'lsa, asosiy guruh bolalarda 1:0,84 nisbatni tashkil etdi. O'VGB o'tkazgan rekonvalescent asosiy guruh bolalarda bu nisbat 1:0,67 nisbatni nazorat guruh bolalarda esa 1:1,4 ni tashkil etdi. O'VGC o'tkazgan rekonvalescent asosiy guruh bolalarda bu nisbat 1:0,7 ni, nazorat guruh bolalarda esa 1:1,7 ni tashkil etdi. Ushbu ko'rsatkichlar orasidagi farqlar ishonchli bo'ldi (P<0,05).

Bundan ko‘rinib turibdiki, VG o‘tkazgan asosiy guruh bolalarda o‘t suyuqligi tarkibida gidrofob xolat kislotalarining miqdori ko‘payishi kuzatilar ekan. «V» va «C» VG o‘tkazgan asosiy guruh bolalarida «A» VG o‘tkazgan asosiy guruh bolalariga nisbatan xenodezoksizolat kislotalarning yaqqol kamayishi aniqlandi.

Bundan tashqari, O‘VG o‘tkazgan rekonvalestsent bolalarning o‘t suyuqligi tarkibidagi umumiy fosfolipidlar miqdori ham o‘rganildi. Unda o‘t suyuqligi tarkibidagi umumiy fosfolipidlar miqdori nazorat guruh bolalarning o‘t suyuqligi tarkibidagi fosfolipidlar miqdori bilan taqqoslanganda, «A» VG rekonvalestsent bolalarda 2,2 barobar, «B» va «C» VG rekonvalestsent bolalarda esa deyarli 3 barobar ishonchli kamayganligi aniqlandi ($P < 0,05$).

Fosfolipidlar spektri bo‘yicha tekshiruv olib borilganda, «A» VG o‘tkazgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan organizm uchun foydali bo‘lgan fosfatidilxolin (FX) fraktsiyasining miqdori 1,6 barobarga kamayganligi (40,9 mg% va 64,5 mg% mos ravishda; $P < 0,003$) va yuqori toksik lizofosfatidilxolin (LFX) fraktsiyasining deyarli 3,8 barobar oshganligi aniqlandi (4,6 mg% va 1,2 mg% mos ravishda; $R < 0,003$). Asosiy va nazorat guruh bolalaridagi sfingomiyelin (SfM) miqdoridagi o‘zgarishlar orasida ishonchli farqlar kuzatilmadi (13,7 mg% va 12,0 mg% mos ravishda; $P > 0,05$) (4.2.1-rasm).

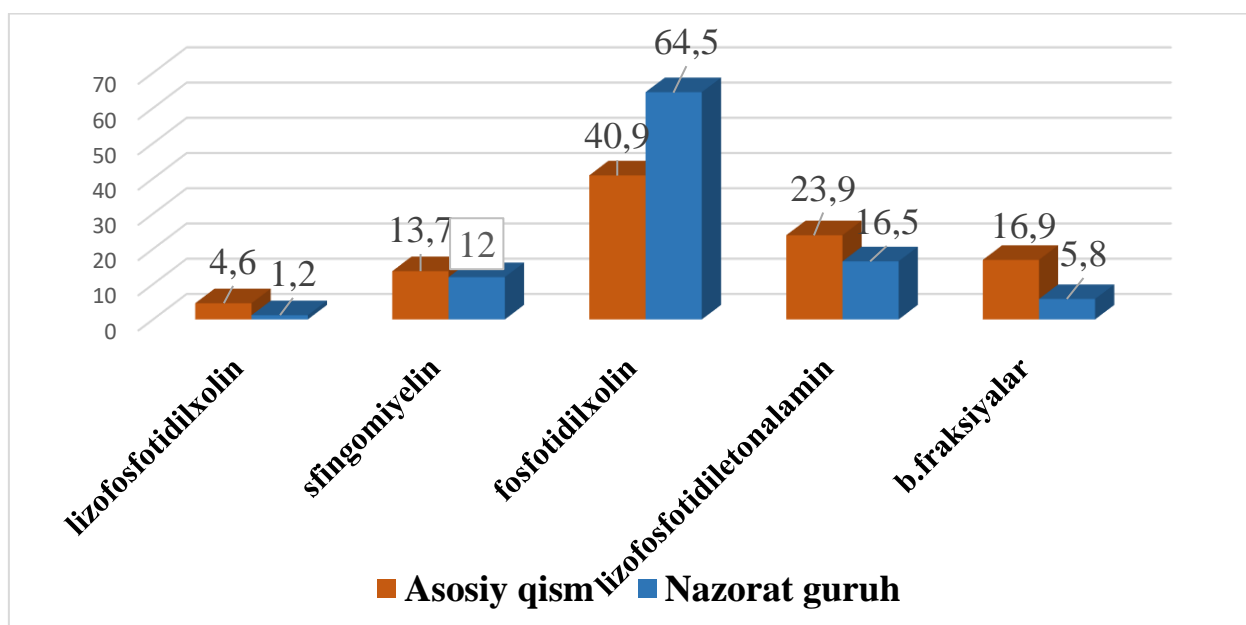
«B» VG o‘tkazgan rekonvalestsent bolalarda asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan FX fraktsiyasi 1,6 barobar kamaygan bo‘lsa (38,5 mg% va 61,9 mg% mos ravishda; $P < 0,05$), LFX fraktsiyasi 2,9 barobarga oshganligi aniqlandi (5,5 mg% va 1,9 mg% mos ravishda; $R < 0,003$). Fosfolipidlarning SfM fraktsiyasi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1,4 barobarga oshganligi qayd etildi, biroq ko‘rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo‘lmadi (14 mg% va 10 mg% mos ravishda; $P > 0,05$) (4.2.2-rasm).

«C» VG o‘tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan fosfatidilxolin 1,5 barobar kamayganligi qayd etildi (36,4 mg% va 55,7 mg% mos ravishda; $P < 0,05$). Asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan LFX fraktsiyasi 2,1 barobar (5,3 mg% va 2,5 mg% mos ravishda; $R < 0,05$)

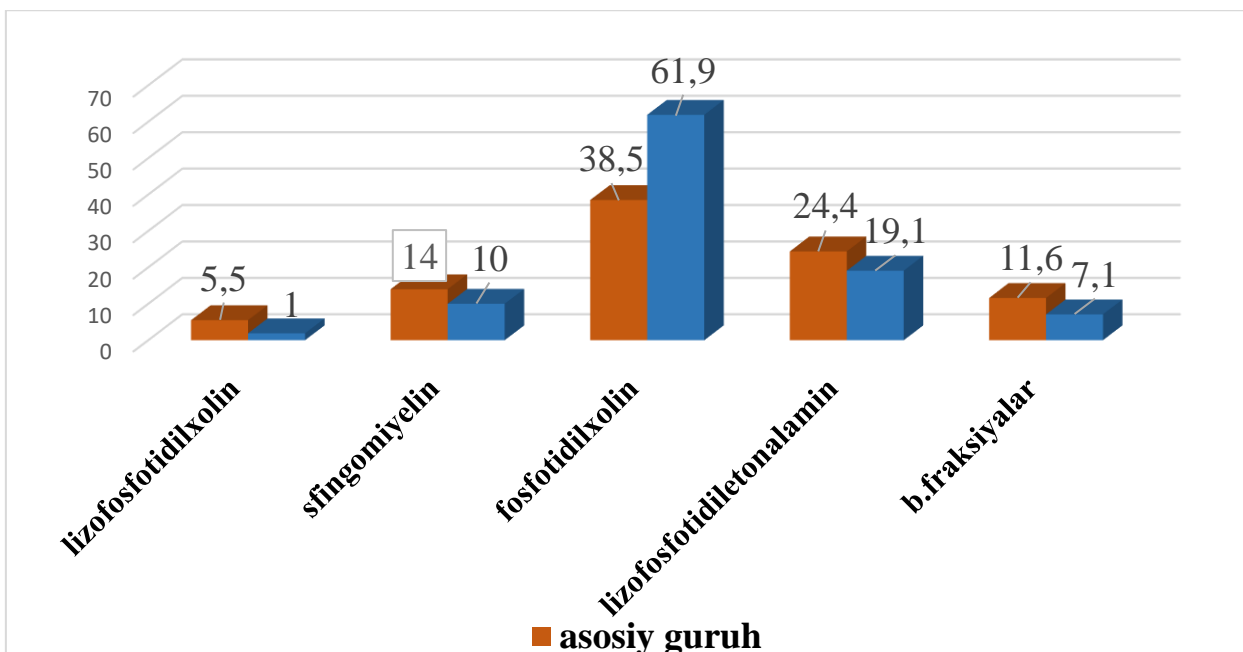
shuningdek, SfM fraksiyasining esa 1,6 barobar oshganligi aniqlandi (16 mg% va 11 mg% mos ravishda; $P < 0,05$).

Shunday qilib, VG rekonvalesstent asosiy guruh bolalarning o't suyuqligi tarkibi nazorat guruh bolalarning o't suyuqligi biokimyoviy tarkibi bilan taqqoslanganda, gidrofob o't kislotalarining oshishi, gidrofil o't kislotalarining kamayishi, hamda fosfolipid fraksiyasidan, asosan FX fraksiyasining kamayishi va LFX, SfM fraksiyalarining ko'payishi hisobiga o'zgarishi kuzatildi.

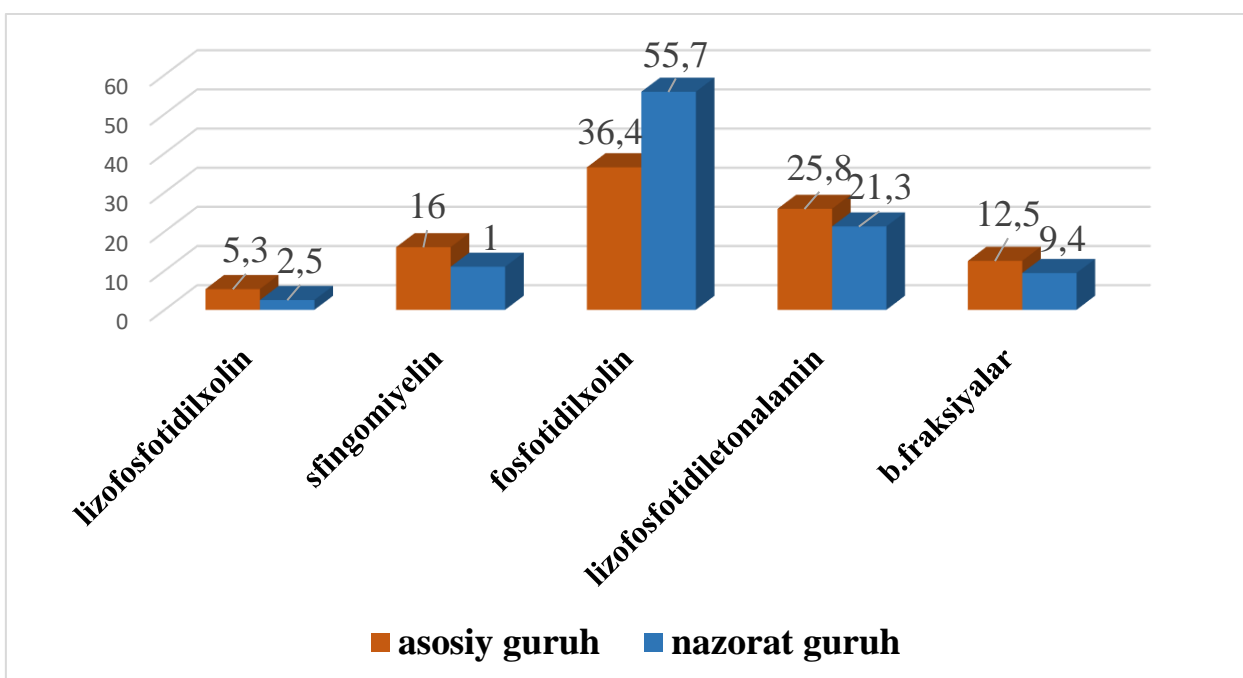
Shuningdek, bolalarda «A», «B» va «C» virusli hepatitlarning rekonvalesstentsiya davrida kuzatilgan biliar tizim shikastlanishlarining gipotonus tipida mikroskopik tekshiruvda mikrolitlar, leykotsitlarning bir ko'rish maydonida 10 tadan ortishi, biokimyoviy tekshiruvda o't kislotasi va bilirubin miqdorining kamayishi, glikoxolat va tauroxolat kislotalari, lizofosfatidilxolinning ortishi, shuningdek gipertonus tipda mikroskopik tekshiruvda kaltsiy bilirubin va xolesterin kristallarining ortishi, biokimyoviy tekshiruvda esa xolesterin miqdori ko'payib, fosfatidilxolin miqdori kamayishi aniqlandi.



4.2.1-rasm. Virusli hepatit «A» rekonvalesstent bolalarda davolashgacha bo'lgan muddatda o't suyuqligi tarkibidagi fosfolipidlar fraksiyalarining taqqoslama ko'rinishi



4.2.2-rasm. Virusli gepatit «B» rekonvalesstent bolalarda davolashgacha bo‘lgan muddatda o‘t suyuqligi tarkibidagi fosfolipidlar fraktsiyalarining taqqoslama ko‘rinishi



4.2.3-rasm. Virusli gepatit «C» rekonvalesstent bolalarda davolashgacha bo‘lgan muddatda o‘t suyuqligi tarkibidagi fosfolipidlar fraktsiyalarining taqqoslama ko‘rinishi

V BOB. SHAXSIY IZLANISHLAR

5.1. § «A», «B» va «C» O'VG o'tkazgan bolalarda bilialar tizim o'zgarishlarining klinik-laborator ko'rsatkichlariga essentsial fosfolipidlar va glitsirrizin kislotaning samarasini o'rganish

Essentsial fosfolipidlar va glitsirrizin kislotaning samarasini o'rganish maqsadida tadqiqotimizda kombinirlangan preparat Fosfogliv olindi. Fosfogliv preparatini bilialar tizim o'zgarishlariga ta'sirini o'rganish maqsadida, nazoratimizdagi 135 nafar «A» O'VG, 25 nafar «B» O'VG va 12 nafar «C» O'VG o'tkazgan bilialar tizimida o'zgarishlari bo'lgan rekonvalestsent bolalar asosiy va nazorat guruh bolalariga ajratildi. Asosiy guruhni Fosfogliv preparati va bazis terapiya qabul qilgan 70 nafar «A» O'VG, 16 nafar «B» O'VG va 7 nafar «C» O'VG o'tkazgan bilialar tizimida o'zgarishlari mavjud bo'lgan rekonvalestsent bolalar tashkil etdi. Nazorat guruhni esa faqat bazis davolash qabul qilgan 65 nafar «A» O'VG, 9 nafar «B» O'VG va 5 nafar «C» O'VG o'tkazgan bilialar tizimida o'zgarishlari mavjud bo'lgan bolalar tashkil etdi.

Fosfogliv preparatining kapsula shakli «A» O'VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida 1 oy va «B» hamda «C» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida 3 oy davomida 1-2 kapsuladan (bola yoshiga mos holda) 3 mahal ovqat vaqtida ichishga tavsiya etildi. Qayta davolash kursi bolaning yoshi va jigardagi jarayon faolligiga qarab tavsiya etildi.

Preparat enteral qabul qilinganda MITdan qonga yaxshi so'riladi. Nojo'ya ta'sirlari deyarli kuzatilmadi. 5.1.1-jadvalda asosiy va nazorat guruh bolalarida davolashdan keyingi klinik belgilarning taqqoslama tahlili keltirilgan.

5.1.1-jadval

«A» o'tkir virusli gepatit o'tkazgan bolalarning 3-ko'rikdagi klinik belgilarining solishtirma tahlili

Klinik belgilar	Asosiy guruh (n=70)		Nazorat guruh (n=65)		P ₁
	Abs.	M±m	Abs.	M±m	
Dispeptik sindrom					

Og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi	4	5,7±0,5	31	47,7±6,1	<0,001
Tilning qurishi va karash bilan qoplanishi	2	2,8±0,5	36	55,4±6,2	<0,001
Ko'ngil aynish va qayt qilish	-	-	23	35,4±5,9	
Ishtahaning pasayishi	-	-	17	26,2±5,4	
Qorinda og'riq bo'lishi	-	-	23	35,4±5,9	
Qorin damlashi (meteorizm)	-	-	21	32,3±5,8	
Qabziyat	1	1,4±0,4	19	29,2±5,6	<0,001
O'ng qovurg'a ostida og'riq bo'lishi	-	-	26	40,0±6,1	
Asteno-vegetativ sindrom					
Holsizlik	-	-	10	15,4±4,4	
Uyquchanlik	-	-	19	29,2±5,6	
Bosh og'rishi va bosh aylanishi	-	-	13	20,0±4,9	
Xolestatik sindrom					
Sklera va teri subikterikligi	-	-	9	13,8±4,2	
Teri qichishi	-	-	8	12,3±4,1	
Peshob rangining to'qlashishi	-	-	9	13,8±4,2	
Axlat axolikligi	-	-	8	12,3±4,1	
Jigar o'lchamlarining kattalashishi	-	-	10	15,4±4,4	
Jigar o'rtacha qattqlikda	-	-	10	15,4±4,4	

Eslatma: P1 – nazorat guruh ko'rsatkichlarining 1- guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli;

5.1.2-jadval

«B» o'tkir virusli gepatit o'tkazgan bolalarning 3- va 4-ko'rikdagi

klinik belgilarining solishtirma tahlili

Klinik belgilar	ko'rik	Asosiy guruh (n=16)		Nazorat guruh (n=9)		P
		A 6 c	M ± m	A 6 c	M ± m	
Dispeptik sindrom						
Og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi	3-ko'rik	1	6,3±1,2	7	77,8±13,8	<0,001
	4-ko'rik	-	-	6	66,7±15,7	-
Tilning qurishi va karash bilan qoplanishi	3-ko'rik	2	12,5±8,2	4	44,4±16,5	<0,05
	4-ko'rik	-	-	4	44,4±16,5	-
Ko'ngil aynish va qayt qilish	3-ko'rik	2	12,5±8,2	5	55,6±16,5	<0,003
	4-ko'rik	-	-	4	44,4±16,5	-
Ishtahaning pasayishi	3-ko'rik	2	12,5±8,2	6	66,7±15,7	<0,001
	4-ko'rik	-	-	4	44,4±16,5	-
Qorinda og'riq bo'lishi	3-ko'rik	1	6,3±1,2	4	44,4±16,5	<0,003
	4-ko'rik		-	3	33,3±15,7	
Qorin damlashi (meteorizm)	3-ko'rik	2	12,5±8,2	4	44,4±16,5	<0,05

	4-ko'rik		-	3	33,3±15,7	
Qabziyat	3-ko'rik	1	6,3±1,2	3	33,3±15,7	<0,05
	4-ko'rik		-	4	44,4±16,5	
O'ng qovurg'a ostida og'riq bo'lishi	3-ko'rik	2	12,5±8,2	5	55,6±16,5	<0,003
	4-ko'rik	-	-	6	66,7±15,7	
	Asteno-vegetativ sindrom					
Holsizlik	3-ko'rik	2	12,5±8,2	5	55,6±16,5	<0,003
	4-ko'rik	-	-	6	66,7±15,7	-
Uyquchanlik	3-ko'rik	1	6,3±1,2	3	33,3±15,7	<0,05
	4-ko'rik	-	-	4	44,4±16,5	-
Bosh og'rishi va bosh aylanishi	3-ko'rik	3	18,7±9,7	5	55,6±16,5	<0,05
	4-ko'rik	-	-	6	66,7±15,7	-
Xolestatik sindrom						
Sklera va teri subikterikligi	3-ko'rik	1	6,3±1,2	5	55,6±16,5	P<0,003
	4-ko'rik		-	6	66,7±15,7	
Teri qichishi	3-ko'rik	1	6,3±1,2	3	33,3±15,7	P<0,05

	ko'rik					
	4-ko'rik		-	4	44,4±16,5	
Peshob rangining to'qlashishi	3-ko'rik	1	6,3±1,2	3	33,3±15,7	<0,05
	4-ko'rik		-	4	44,4±16,5	
Axlat axolikliigi	3-ko'rik	1	6,3±1,2	3	33,3±15,7	<0,05
	4-ko'rik		-	4	44,4±16,5	
Jigar o'lchamlarining kattalashishi	3-ko'rik	3	18,7±9,7	5	55,6±16,5	<0,05
	4-ko'rik	-	-	6	66,7±15,7	-
Jigar o'rtacha qattiqlikda	3-ko'rik	3	18,7±9,7	5	55,6±16,5	<0,05
	4-ko'rik	-	-	6	66,7±15,7	-
Artralgiik sindrom						
Bo'g'imlardagi og'riq	3-ko'rik	2	12,5±8,2	3	33,3±15,7	<0,05
	4-ko'rik	-	-	4	44,4±16,5	-
Beldagi og'riq	3-ko'rik	2	12,5±8,2	2	22,2±13,8	>0,05
	4-ko'rik	-	-	3	33,3±15,7	-

Eslatma: P1 – nazorat guruh ko'rsatkichlarining 2-guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli;

5.1.3-jadval

«C» o‘tkir virusli gepatit o‘tkazgan bemor bolalarning rekonvalesentsiya davriga bog‘liq ravishda klinik belgilarning solishtirma tahlili

Klinik belgilar	ko‘rik	Asosiy guruh (n=7)		Nazorat guruh (n=5)		P
		Abs.	M±m	Abs.	M±m	
	Dispeptik sindrom					
Og‘iz qurishi va achchiq ta‘m bo‘lishi	3-ko‘rik	1	14,2±13.1	2	40±21.9	<0,05
	4-ko‘rik	-	-	3	60±21.9	
Tilning qurishi va karash bilan qoplanishi	3-ko‘rik	1	14,2±13.1	2	40±21.9	<0,05
	4-ko‘rik	-	-	3	60±21.9	
Ko‘ngil aynish va qayt qilish	3-ko‘rik			2	40±21.9	
	4-ko‘rik	-	-	3	60±21.9	
Ishtahaning pasayishi	3-ko‘rik	1	14,2±13.1	2	40±21.9	<0,05
	4-ko‘rik	-	-	2	40±21.9	
Qorinda og‘riq bo‘lishi	3-ko‘rik	-	-	3	60±21.9	
	4-ko‘rik	-	-	2	40±21.9	
Qorin damlashi (meteorizm)	3-ko‘rik	-	-	2	40±21.9	

	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
Qabziyat	3-ko'rik	1	14,2±13.1	1	20±17.8	<0,05
	4-ko'rik	-	-	1	20±17.8	
O'ng qovurg'a ostida og'riq bo'lishi	3-ko'rik	1	14,2±13.1	2	40±21.9	<0,05
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
	Asteno-vegetativ sindrom					
Holsizlik	3-ko'rik	2	28,5±17.0	2	40±21.9	<0,05
	4-ko'rik	1	14,2±13.1	3	60±21.9	
Uyquchanlik	3-ko'rik	1	14,2±13.1	2	40±21.9	
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
Bosh og'rishi va bosh aylanishi	3-ko'rik	1	14,2±13.1	2	40±21.9	<0,05
	4-ko'rik	-	-	2	40±21.9	
	Xolestatik sindrom					
Sklera va teri subikterikligi	3-ko'rik	-	-	-	-	
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
Teri qichishi	3-	-	-	-	-	

	ko'rik					
	4-ko'rik	-	-	2	40±21.9	
Peshob rangining to'qlashishi	3-ko'rik	-	-	2	40±21.9	
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
Axlat axolikli	3-ko'rik	-	-	2	40±21.9	
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
Jigar o'lchamlarining kattalashishi	3-ko'rik	1	14,2±13.1	1	20±17.8	<0,05
	4-ko'rik	1	14,2±13.1	3	60±21.9	<0,05
Jigar o'rtacha qattiqlikda	3-ko'rik	1	14,2±13.1	1	20±17.8	<0,05
	4-ko'rik	1	14,2±13.1	3	60±21.9	<0,05
	Artralgiik sindrom					
Bo'g'imlardagi og'riq	3-ko'rik	1	14,2±13.1	1	20±17.8	<0,05
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
Beldagi og'riq	3-ko'rik	1	14,2±13.1	1	20±17.8	
	4-ko'rik	-	-	2	40±21.9	

Eslatma: P1 – nazorat guruh ko'rsatkichlarining 3-guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli

5.1.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolashdan keyingi 3-ko'rikda «A» O'VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan og'iz qurishi va achchiq ta'm sezish 8,4 barobar, tilning qurishi va karash bilan qoplanishi 19,7 barobar va qabziyat 21 barobarga kamayganligi kuzatildi (5,7%/47,7%; 2,8%/55,4% va 1,4%/29,2% mos ravishda; $P < 0,001$). Asosiy guruh bolalarda 3-ko'rikda boshqa dispeptik belgilar umuman aniqlanmadi.

5.1.2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, 3-ko'rikda «B» O'VG o'tkazgan Rekonvalestsent asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalarga nisbatan og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi 12,3 barobar (6,3% va 77,8% mos ravishda; $P < 0,001$), ishtahaning pasayishi 5,3 barobar (12,5% va 66,7% mos ravishda; $P < 0,001$), o'ng qovurg'a ravog'i ostida og'riq bo'lishi 4,4 barobarga (12,5% va 55,6% mos ravishda; $P < 0,003$) kamayganligi aniqlandi. Shuningdek, asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan astenovegetativ sindromdagi holsizlik belgisi 4,4 barobarga (12,5% va 55,6% mos ravishda; $P < 0,003$), bosh aylanishi va og'rishi belgilari 3,0 barobarga (18,7% va 55,6% mos ravishda; $P < 0,05$) kamayishi qayd etildi.

Bundan tashqari, jigar o'lchamining kattalashishi va jigarni o'rtacha qattqlikda bo'lishi belgilari nazorat guruh bolalarda asosiy guruh bolalarga nisbatan 3 barobar ko'p uchraganligi aniqlandi (55,6% va 18,7% mos ravishda; $P < 0,05$). Bo'g'imlardagi og'riq belgisi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan 2,6 barobarga kamayganligi qayd etildi (12,5% va 33,3% mos ravishda; $P < 0,05$).

5.1.3-jadvaldan ko'rinib turibdiki, 3-ko'rikda «C» O'VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan dispeptik belgilardan og'iz qurishi va achchiq ta'm bo'lishi, tilning qurishi va karash bilan qoplanishi, o'ng qovurg'a ravog'i ostida og'riq bo'lishi belgilari hamda astenovegetativ belgilardan uyquchanlik hamda bosh og'rishi va aylanishi belgilari 2,8 barobarga kamayganligi kuzatildi (14,2% va 40% mos ravishda; $P < 0,05$). Jigar

kattalashishi, jigarning o'rtacha qattiqlikda bo'lishi va artralgiik sindromdagi bo'g'imlardagi og'riq belgilari 3-ko'rikda asosiy va nazorat guruh bolalarida deyarli bir xil darajada kuzatildi (14,2% va 20% mos ravishda; $P>0,05$).

Kuzatuvimizdagi «B» va «C» O'VG o'tkazgan rekonvalesstent bolalarda dispanserizatsiya muddati SSVning buyrug'i bo'yicha 12 oygacha davom etishini hisobga olib, 4-ko'rikda ham klinik belgilarning uchrash darajasi kuzatildi.

«B» O'VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida 4-ko'rikda klinik belgilardan faqat jigar o'lchamlarining kattalashishi va o'ng qovurg'a ravog'i ostidagi og'riq belgilari (12,5% va 12,5% mos ravishda) kuzatildi.

«C» O'VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida esa 4-ko'rikda holsizlik, jigar kattalashishi va jigarning o'rtacha qattiqlikda bo'lishi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 4,2 barobar kamayganligi qayd etildi (14,2% va 60% mos ravishda; $R<0,05$). Boshqa klinik belgilar asosiy guruh bolalarida 4-ko'rikda umuman uchramadi.

Kuzatuvimizdagi bolalarda davolashdan so'ng qon biokimyoviy tekshiruv tahlili o'tkazildi. Tahlil natijalari 5.1.4-jadvalda keltirilgan.

5.1.4-jadval

Kuzatuvdagi bolalarning davolashdan keyingi qondagi biokimyoviy ko'rsatkichlarning solishtirma aspekti

Qondagi biokimyoviy ko'rsatkichlar	VGA		VGB		VGC	
	Asosiy guruh (n=70)	Nazorat guruh (n=65)	Asosiy guruh (n=16)	Nazorat guruh (n=9)	Asosiy guruh (n=7)	Nazorat guruh (n=5)
Umumiy bilirubin, mkmolʼ/l	18,0±0,9	36,0±1,8	19,0±1,2	38,0±1,4	20,0±0,64	28,0±1,2
Bogʻlangan bilirubin, mkmolʼ/l	11,0±0,1	20,0±0,8	14,0±1,2	28,0±0,9	14,0±0,52	18,0±0,9

Bog'lanmagan bilirubin, mkmolʻ/l	7,0±0,7	16,0±1,0	5,0±0,9	10,0±1,0	6,0±0,6	10,0±0,85
AlAT, mmol/l.s.	0,61±0,1	1,2±0,4	0,93±0,8	2,5±0,6	0,82±0,8	2,1±0,8
AsAT, mkmolʻ/l.s.	0,35±0,2	1,0±0,3	0,72±0,4	1,98±0,2	0,68±0,8	1,74±0,8

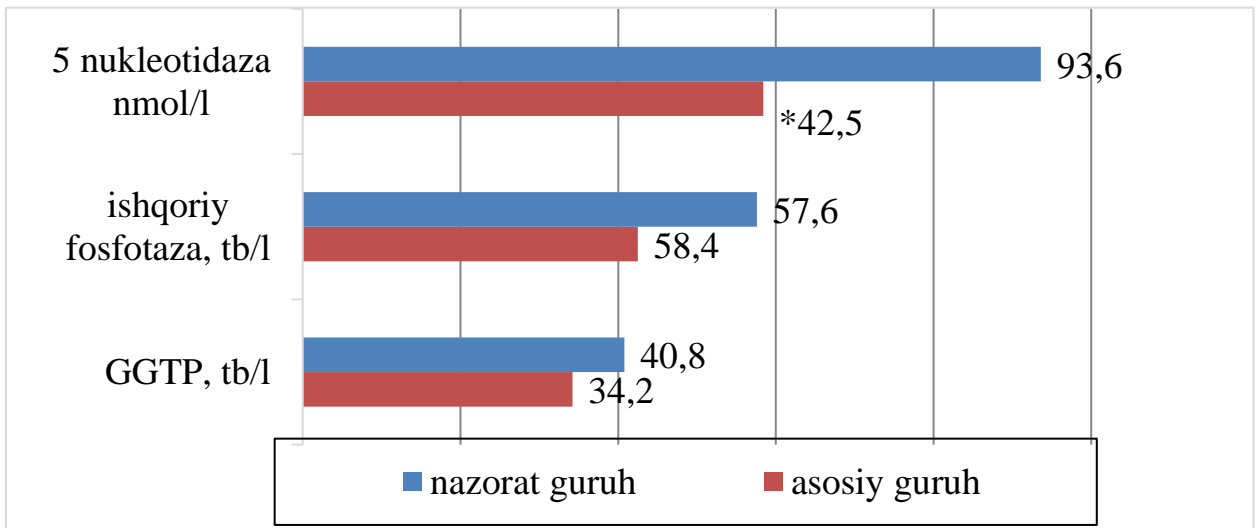
Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari koʻrsatkichlari taqqoslanganda ishonchli

5.1.4-jadvaldan koʻrinib turibdiki, umumiy bilirubin «A» va «B» OʻVG oʻtkazgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 2 barobar kamayganligi kuzatilgan boʻlsa (18,0/36,0 mkmolʻ/l va 19,0/38,0 mkmolʻ/l mos ravishda; $P<0,003$), «C» OʻVG oʻtkazgan asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 1,4 barobar kamayganligi qayd etildi (20,0 mkmol/l va 28,0 mkmolʻ/l mos ravishda; $P<0,05$).

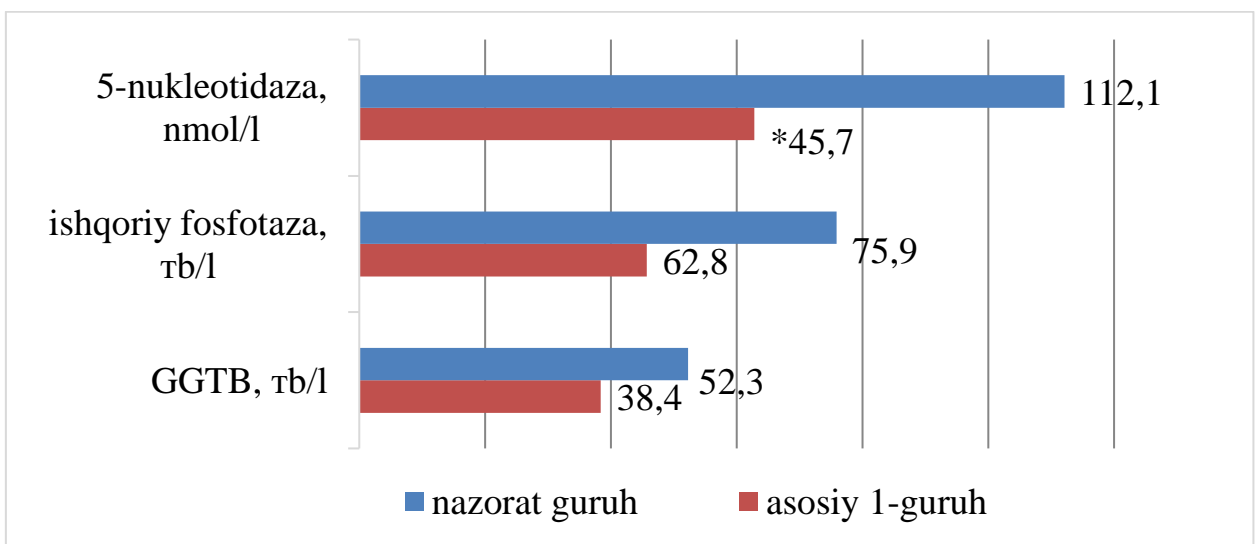
«A» OʻVG oʻtkazgan rekonvalescent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan AlAT fermenti 1,6 barobarga kamayganligi qayd etilgan boʻlsa (0,61 mmol/l va 1,0 mmol/l mos ravishda; $P<0,003$), «B» va «C» OʻVG oʻtkazgan asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 2,6 barobar kamayganligi aniqlandi (0,93/2,5 mmol/l va 0,82/2,1 mmol/l mos ravishda; $P<0,003$).

«A» OʻVG oʻtkazgan rekonvalescent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan AsAT fermenti 2,3 barobarga kamaygan boʻlsa, «B» OʻVG oʻtkazgan asosiy guruh bolalarida 2,8 barobarga kamayganligi qayd etilgan (0,35/0,8 mmol/l va 0,72/1,98 mos ravishda; $P<0,003$). «C» OʻVG oʻtkazgan asosiy guruh bolalarda esa nazorat guruh bolalarga nisbatan 2,6 barobar kamayganligi aniqlandi (0,68 mmol/l va 1,74 mmol/l mos ravishda; $P<0,003$).

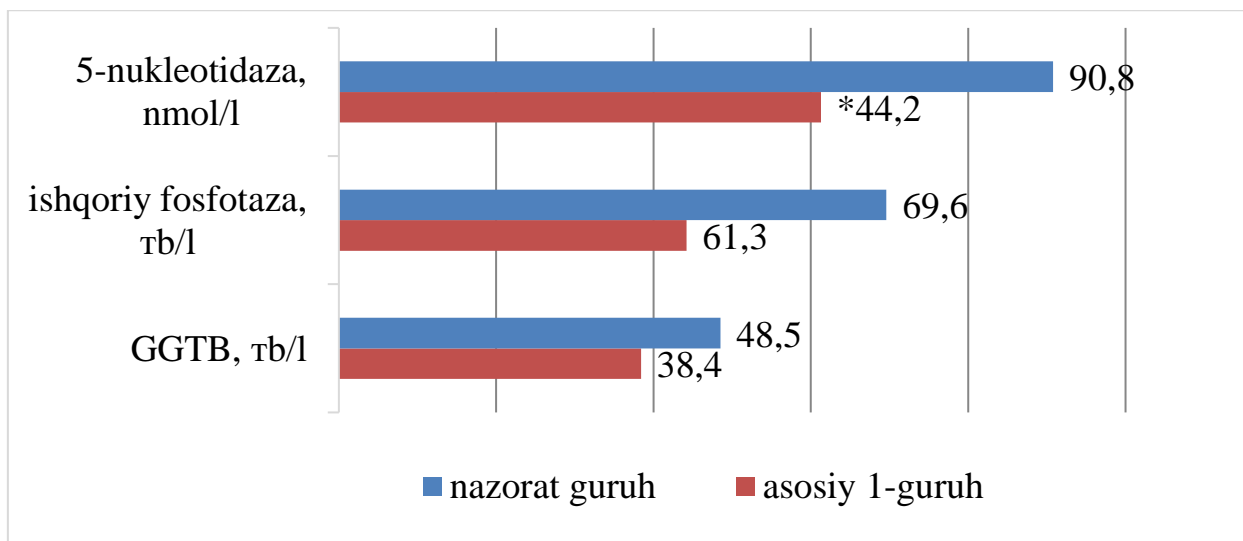
VG oʻtkazgan bolalarda biliar tizim oʻzgarishlariga xos boʻlgan asosiy fermentlarning davolashdan keyingi tahlil natijalari 5.1.1, 5.1.2 va 5.1.3-rasmlarda keltirilgan.



5.1.1-rasm. VGB o'tkazgan bolalarda biliar tizim o'zgarishlariga xos bo'lgan asosiy fermentlarning asosiy va nazorat guruh bolalarida davolashdan keyingi ko'rinishi



5.1.2-rasm. VGB o'tkazgan bolalarda biliar tizim o'zgarishlariga xos bo'lgan asosiy fermentlarning asosiy va nazorat guruh bolalarida davolashdan keyingi ko'rinishi



5.1.3-rasm. VGC o'tkazgan bolalarda biliar tizim o'zgarishlariga xos bo'lgan asosiy fermentlarning asosiy va nazorat guruh bolalarida davolashdan keyingi ko'rinishi

5.1.1-rasmdan ko'rinib turibdiki, «A» O'VG o'tkazgan rekonvalesstent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan GGTP fermenti 1,2 barobar (34,2 va 40,8 TB/l mos ravishda; $P > 0,05$) va ishqoriy fosfotaza 1,3 barobar (42,5 va 57,6 TB/l mos ravishda; $P > 0,05$) kamayganligi kuzatildi, biroq ushbu ko'rsatkichlar orasidagi farq statistik jihatdan ishonchsizdir. 5-nukleotidaza fermentining asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan davolashdan keyin 1,6 barobarga ishonchli kamayganligi qayd etildi (58,4 va 93,6 TB/l mos ravishda; $P < 0,05$).

«B» va «C» O'VG o'tkazgan rekonvalesstent asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan ishqoriy fosfotaza fermenti 1,6 barobar kamayganligi kuzatildi (45,7/75,9 TB/l va 44,2/69,6 TB/l mos ravishda; $P < 0,05$). GGTP fermenti asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan deyarli bir xil, ya'ni 1,4 barobar kamayganligi aniqlandi va ko'rsatkichlar orasidagi farqlar ishonchli bo'lmadi (38,4/52,3 TB/l va 38,4/48,5 TB/l mos ravishda; $P > 0,05$). 5-nukleotidaza fermenti esa «B» O'VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 1,8 barobar kam miqdorda aniqlanganligi qayd etildi (62,8 va 112,1 nmol/l mos ravishda; $P < 0,05$).

«C» O'VG o'tkazgan rekonvalesstent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 5-nukleotidaza fermenti 1,5 barobarga ishonchli kamayganligi kuzatildi (61,3 va 90,8 nmolЬ/l mos ravishda; P<0,05).

Shunday qilib, VG o'tkazgan rekonvalesstent bolalarda biliar tizimida o'zgarishlarini davolashda kompleks davolashdan foydalanilsa, biliar tizim o'zgarishiga xos bo'lgan kalit ferment 5-nukleotidazaning eng ko'p kamayishi kuzatilar ekan.

5.1.5-jadval

«A» O'VG o'tkazgan rekonvalesstent bolalarda BT a'zolarini

UTTdagi o'zgarishlarining davolashdan keyingi solishtirma tahlili

BT a'zolarining exografik ko'rsatkichlari	Asosiy guruh (n=70)		Nazorat guruh (n=65)		P
	Abs.	M±m	Abs.	M±m	
Jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi	-	-	-	-	
O't pufagi devorining qalinlashishi	-	-	26	40±6.0	
O't suyuqligining quyuqlashishi	-	-	31	47,6±6.2	
O't suyuqligida cho'kma bo'lishi	-	-	18	27,6±5.5	
Splenomegaliya	-	-	-	-	

5.1.6-жадвал

«B» O'VG o'tkazgan rekonvalesstent bolalarda BT a'zolarining

O'TTdagi o'zgarishlarning davolashdan keyingi solishtirma tahlili

BT a'zolarining exografik ko'rsatkichlari	ko'rik	Asosiy guruh (n=16)		Nazorat guruh (n=9)		P
		Abs	M±m	Abs	M±m	
Jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi	3-ko'rik	3	18,7±95,7	5	55,6±16,5	<0,05
	4-ko'rik			6	66,7±15,7	

O't pufagi devorining qalinlashishi	3-ko'rik	2	12,5±8,2	5	55,6±16,5	<0,003
	4-ko'rik	-	-	6	66,7±15,7	
O't suyuqligining quyushishi	3-ko'rik	2	12,5±8,2	5	55,6±16,5	<0,003
	4-ko'rik			6	66,7±15,7	
O't suyuqligida cho'kma bo'lishi	3-ko'rik	1	6,3±1,2	4	44,4±16,5	<0,05
	4-ko'rik	-	-	3	33,3±15,7	
Splenomegaliya	3-ko'rik	-	-	3	33,3±15,7	
	4-ko'rik	-	-	4	44,4±16,5	

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlari taqqoslanganda ishonchli

5.1.7-jadval

«C» O'VG o'tkazgan rekonvalescent bolalarda BT a'zolarining O'TTdagi o'zgarishlarning davolashdan keyingi solishtirma tahlili

BT a'zolarining exografik ko'rsatkichlari	ko'rik	Asosiy guruh (n=7)		Nazorat guruh (n=5)		P
		Abs	M±m	Abs	M±m	
Jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi	3-ko'rik	1	14,2±13.1	1	20±17.8	<0,05
	4-ko'rik	1	14,2±13.1	3	60±21.9	<0,05
O't pufagi devorining qalinlashishi	3-ko'rik	1	14,2±13.1	2	40±21.9	<0,05
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
O't suyuqligining quyushishi	3-ko'rik	-	-	2	40±21.9	

	4-ko'rik	1	14,2±13.1	3	60±21.9	
O't suyuqligida cho'kma bo'lishi	3-ko'rik	-	-	2	40±21.9	
	4-ko'rik	-	-	3	60±21.9	
Splénomegaliya	3-ko'rik	-	-	1	20±17.8	
	4-ko'rik	-	-	2	40±21.9	

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlari taqqoslanganda ishonchli

5.1.5-jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolashdan keyin «A» O'VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda biliar tizim a'zolarida exografik o'zgarishlar kuzatilmadi. Nazorat guruh bolalarda esa o't pufagi devorining qalinlashishi va o't suyuqligining quyuqlashishi ko'p hollarda kuzatilishi aniqlandi (40% va 47,6% mos ravishda).

5.1.6-jadvaldan ko'rinib turibdiki, 3-ko'rikda jigar exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi belgisi «B» O'VG o'tkazgan rekonvalestsent nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalarga nisbatan 3 barobar ko'p hollarda saqlanganligi qayd etildi (55,6% va 18,7% mos ravishda; $P < 0,05$). O't pufagi devorining qalinlashishi va o't suyuqligining quyuqlashishi belgilari nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalarga nisbatan 4,4 barobar ko'p kuzatilganligi qayd etildi (55,6% va 12,5% mos ravishda; $P < 0,003$). O't suyuqligida cho'kma bo'lishi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 7 barobar kam hollarda aniqlangan (6,3% va 44,4% mos ravishda; $P < 0,05$). Asosiy guruh bolalarda biliar tizim a'zolarining O'TTdagi o'zgarishlari 4-ko'rikda umuman aniqlanmadi.

5.1.7-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «C» O'VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh va nazorat guruh bolalarda davolashdan keyin 3-ko'rikda jigar to'qimasi exogenligining oshishi va diffuz kattalashishi deyarli bir xil darajada kuzatildi va

ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchsiz bo'ldi (14,2% va 20% mos ravishda; $P > 0,05$). Biroq, ushbu belgi 4-ko'rikda nazorat guruh bolalarda asosiy guruh bolalarga nisbatan 4,2 barobar ko'p qayd etilishi aniqlandi (60% va 14,2% mos ravishda; $P < 0,003$).

O't pufagi devorining qalinlashishi belgisi 3-ko'rikda nazorat guruh bolalarda asosiy guruh bolalarga nisbatan 2,8 barobar ko'p uchrashi qayd etildi (40% va 14,2% mos ravishda; $P < 0,05$). O't suyuqligining quyuqlashishi va cho'kma bo'lishi belgilari 3-ko'rikda asosiy guruh bolalarida umuman kuzatilmadi. Biroq, ushbu belgilar 4-ko'rikda nazorat guruh bolalarda asosiy guruh bolalarga nisbatan 4,2 barobar ko'p bolalarda uchrashi aniqlandi (60% va 14,2% mos ravishda; $P < 0,003$). Splenomegaliya belgisi faqat nazorat guruh bolalarida 3-ko'rikda 20% va 4-ko'rikda esa 40% hollarda kuzatildi.

5.2. § «A», «B» va «C» virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda biliar tizim motor funksiyasiga kompleks davolash usulining ta'sirini o'rganish

Biliar tizim motor funksiyasining turli tipda o'zgarishi «A», «B» va «C» O'VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda kasallikning turli patogenetik mexanizm bilan rivojlanishi va organizmga turlicha ta'sir qilishi bilan bog'liqdir. Bu esa virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda virusning jigarni shikastlash tipiga bog'liq ravishda rehabilitatsion va kompleks davolashda taqqoslama yondoshish zarurligini bildiradi. Kompleks davolashning BT o'zgarishlariga ta'siri haqidagi tahlil natijalari 5.2.1-, 5.2.2- va 5.2.3-jadvallarda keltirilgan.

5.2.1-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarida davolashdan so'ng Oddi va Lyutkens sfinkterlari, hamda o't pufagi tonusining to'liq me'yorlashishi kuzatildi.

Nazorat guruh bolalarida esa Oddi sfinkterining 35,5% hollarda gipertonus, 10,7% hollarda gipotonus holatda saqlanganligi aniqlandi. Lyutkens sfinkterida esa 80% hollarda gipotonus va 6,2% hollarda gipertonusda bo'lganligi qayd etildi. O't pufagining esa 53,8% bolalarda gipokinetik tipda va 6,2% bolalarda giperkinetik tipda o'zgarganligi aniqlandi.

«B» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda Oddi sfinkteri tonusining barcha holatlarda me'yorlashganligi kuzatildi. Lyutkens sfinkterining esa asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 7,8 barobar ko'p hollarda me'yorlashganligi aniqlandi (87,5% va 11,1% mos ravishda; $P<0,001$). Lyutkens sfinkteri gipertonus holatda saqlanishi nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 5,3 barobar ko'p kuzatildi (66,7% va 12,5% mos ravishda; $P<0,001$). O't pufagi tonusining me'yorlashishi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 4,2 barobar ko'p hollarda qayd etildi (93,7% va 22,2% mos ravishda; $P<0,001$). O't pufagining gipokinetik tipda bo'lishi nazorat guruh bolalarda asosiy guruh bolalarga nisbatan 8,8 barobar ko'p uchrashi kuzatildi (55,6% va 6,3% mos ravishda; $P<0,001$).

«C» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda ham Oddi sfinkterining 100% bolalarda me'yorlashganligi kuzatildi. Biroq, nazorat guruh bolalarda 60% hollarda Oddi sfinkterining gipotonus holatda bo'lishi qayd etildi.

Lyutkens sfinkteri va o't pufagining asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 4,2 barobar ko'p hollarda me'yorlashganligi kuzatildi (85,7% va 20% mos ravishda; $P<0,001$). Lyutkens sfinkterining esa nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 4,2 barobar ko'p hollarda gipertonus holatda saqlanganligi aniqlangan bo'lsa, o't pufagida qarama-qarshi holat, ya'ni 4,2 barobar ko'p hollarda gipokinetik tipda o'zgarishi saqlanganligi qayd etildi (60% va 14,3% mos ravishda; $P<0,001$).

5.2.1-jadval

«A» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda biliar tizim motor funksiyasining davolashdan keyingi solishtirma tahlili

Tip	Asosiy guruh (70)		Nazorat guruh (65)		P
Oddi sfinkterining tonusi					
	Abs	M±m	Abs	M±m	
gipertonus	0	0	23	35,3±5,9	
normotonus	70	100	36	55,4±6,1	<0,003

gipotonus	0	0	7	10,7±3,8	
Lytkens sfinkterining tonusi					
gipertonus	0	0	4	6,2±0,6	
normotonus	70	100	9	13,8±4,2	<0,001
gipotonus	0	0	52	80±4,9	
O't pufagi tonusi					
giperkinetik tip	0	0	4	6,2±0,6	
normokinetik tip	70	100	26	40±6,1	<0,001
gipokinetik tip	-	0	35	53,8±6,2	

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlari taqqoslanganda ishonchli

5.2.2-jadval

«B» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda biliar tizim motor funksiyasining davolashdan keyingi solishtirma tahlili

Tip	Asosiy guruh (16)		Nazorat guruh (9)		P
	Abs	M±m	Abs	M±m	
Oddi sfinkterining tonusi					
gipertonus	0	0	1	11,1±10,4	
normotonus	16	100	3	33,3±15,7	<0,05
gipotonus	0	0	5	55,6±16,5	
Lytkens sfinkterining tonusi					
gipertonus	2	12,5±8,3	6	66,7±15,7	<0,001
normotonus	14	87,5±8,3	1	11,1±10,4	<0,001
gipotonus	0	0	2	22,2±13,8	
O't pufagi tonusi					
giperkinetik tip	0	0	2	22,2±13,8	
normokinetik tip	13	81,3±9,7	2	22,2±13,8	<0,001
gipokinetik tip	3	18,7±9,7	5	55,6±16,5	<0,05

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlari taqqoslanganda ishonchli

5.2.3-jadval

«C» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda biliar tizim motor funksiyasining davolashdan keyingi solishtirma tahlili

Tip	Asosiy guruh (7)		Nazorat guruh (5)		P
Oddi sfinkterining tonusi					
	A6c	M±m	A6c	M±m	
gipertonus	0	0	1	20±17,8	
normotonus	7	100	1	20±17,8	<0,003
gipotonus	0	0	3	60±21,9	
Lyutkens sfinkterining tonusi					
gipertonus	1	14,3±13,2	3	60±21,9	<0,05
normotonus	6	85,7±13,2	1	20±17,8	<0,003
gipotonus	0	0	1	20±17,8	
O't pufagi tonusi					
giperkinetik tip	0	0	1	20±17,8	
normokinetik tip	6	85,7±13,2	1	20±17,8	<0,003
gipokinetik tip	1	14,3±13,2	3	60±21,9	<0,05

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlari taqqoslanganda ishonchli

Tekshiruv natijalariga ko'ra, «B» va «C» parenteral virusli gepatit o'tkazgan rekonvalestsent bolalarning nazorat guruh bolalarida biliar tizimi a'zolarining to'liq funksional me'yorlashuvi kuzatilmadi. Bu VGlarda organizmda chuqur va qo'pol patomorfologik, hamda patofiziologik buzilishlar sodir bo'lishini bildiradi.

Yuqorida keltirilgan natijalar asosida xulosa qilib shuni aytib o'tish lozim-ki, dispanserizatsiya vaqtida VG rekonvalestsent bolalarda keyinchalik paydo bo'ladigan turli patologik jarayonlarni (surunkali xoletsistit, O'TK va boshqalar) oldini olish maqsadida, ushbu kompleks davolash sxemasi (Fosfogliv+bazis terapiya) tavsiya qilinsa, yomon oqibatlarining oldi olingan bo'lar edi.

Tadqiqotimizning keyingi bosqichi kompleks davolash sxemasining o't suyuqligi mikroskopik tarkibiga ta'sirini o'rganishdan iborat bo'ldi. Tahlil natijalari 5.2.4, 5.2.5 va 5.2.6-jadvallarda keltirilgan.

5.2.4-jadval

«A» VG biliar tizimida o'zgarishlari bo'lgan bolalarda o't suyuqligi mikroskopik o'zgarishlarining davolashdan keyingi holati

Tip	Asosiy guruh (n=70)		Nazorat guruh (n=65)		P
	abs	%	abs	%	
A porsiya					
Shilliq	4	5,7±0.5	10	15,3± 4.4	<0,00 3
Silindrik epiteliy	-	-	-	-	
Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydonida <10	4	5,7±0.5	17	26,1± 5.4	<0,00 1
Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydonida >10	-	-	7	10,7± 3.8	
Xolesterin kristallari					
Bilirubinatsiy					
Mikrolitlar					
B porsiya					
Shilliq	-	-	7	10,7± 3.8	
Silindrik epiteliy	-	-	7	10,7± 3.8	
Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydonida <10	-	-	7	10,7± 3.8	
Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydonida	-	-	20	30,7±	

>10				5.7	
Xolesterin kristallari	-	-	31	47,6± 6.2	
Bilirubinats kaltsiy	-	-	18	27,6± 5.5	
Mikrolitlar	-	-	31	47,6± 6.2	
C porsiya					
Shilliq	-	-	4	6,2±0, 6	
Silindrik epiteliy	4	5,7±0.5	7	10,7± 3.8	<0,05
Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydonida <10	4	5,7±0.5	18	27,6± 5.5	<0,00 1
Leykotsitoidlar bir ko'ruv maydonida >10	-	-	-	-	
Xolesterin kristallari	-	-	7	10,7± 3.8	
Bilirubinats kaltsiy	-	-	18	27,6± 5.5	
Mikrolitlar	-	-	10	15,3± 4.4	

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlari ishonchli

5.2.5-jadval

«B» VG biliar tizimida o'zgarishlari bo'lgan bolalarda o't suyuqligi mikroskopiyasining davolashdan keyingi holati

Tip	Asosiy guruh (n=16)	Nazorat guruh (n=9)	P
-----	---------------------------	------------------------	---

	abs	%	abs	%	
A porsiya					
Shilliq	-	-	2	22,2±12,6	
Silindrik epiteliy	1	6,3±6,0	2	22,2±12,6	<0,003
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida <10	1	6,3±6,0	2	22,2±12,6	<0,001
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida >10	-	-	2	22,2±12,6	
Xolesterin kristallari	-	-	3	33,3±14,4	
Bilirubinats kaltsiy	-	-	2	22,2±14,4	
Mikrolitlar	-	-	1	11,1±15,8	
B porsiya					
Shilliq	-	-	7	10,7±3.8	
Silindrik epiteliy	-	-	7	10,7±3.8	
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida <10	2	12,5±8,2	5	55,6±	<0,001
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida >10	-	-	4	44,4±	
Xolesterin kristallari	-	-	5	55,6±6.2	
Bilirubinats kaltsiy	1	6,3±6,0	4	44,4±5.5	<0,001
Mikrolitlar	1	6,3±6,0	3	33,3±6.2	<0,05
C porsiya					

Shilliq	-	-	2	22,2±	
Silindrik epiteliy	-	-	3	33,3±	
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida <10	1	6,3±6,0	3	33,3±	<0,05
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida >10	-	-	6	66,7±	
Xolesterin kristallari	1	6,3±6,0	4	44,4	<0,00 1
Bilirubinat kalʼtsiy	-	-	5	55,6±	
Mikrolitlar	2	12,5±8,2	4	44,4±	<0,00 3

Eslatma:*- asosiy va nazorat guruh bolalari ko‘rsatkichlari ishonchli

5.2.6-jadval

«C» VG bilialar tizimida o‘zgarishlari bo‘lgan bolalarda o‘t suyuqligi mikroskopiyasining davolashdan keyingi holati

Tip	Asosiy guruh (n=7)		Nazorat guruh (n=5)		P
	abs	%	ab s	%	
A porsiya					
Shilliq	-	-	-	-	
Silindrik epiteliy					
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida <10			2	40±	
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida >10	1	14,2±	3	60±	<0,00 1
Xolesterin kristallari	-	-	1	20±	
Bilirubinat kalʼtsiy	-	-	1	20±	
Mikrolitlar	-	-	1	20±	

B porsiya					
Shilliq	-	-	1	20±	
Silindrik epiteliy			1	20±	
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida <10			1	20±	
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida >10	1	14,2±	3	60	<0,00 1
Xolesterin kristallari	1	14,2±	3	60±15,4	<0,00 1
Bilirubinatsiy	1	14,2±	4	80±15,8	<0,00 1
Mikrolitlar	-	-	3	60±15,4	
C porsiya					
Shilliq	-	-	1	20±	
Silindrik epiteliy	1	14,2±	2	40±	<0,05
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida <10	1	14,2±	1	40±	<0,00 1
Leykotsitoidlar bir ko‘ruv maydonida >10	-	-	4	80	
Xolesterin kristallari	1	14,2±	3	60±15,8 **	
Bilirubinatsiy	-	-	2	40±15,4	
Mikrolitlar	-	-	4	80±15,4	

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko‘rsatkichlari ishonchli

5.2.4-jadvaldan ko‘rinib turibdiki, «A» VG o‘tkazgan rekonvalesstent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan o‘t suyuqligining 1-portsiyasida shilliqning 2,6 barobar kamayganligi qayd etildi (5,7% va 15,3% mos ravishda; $P < 0,003$). Leykotsitoid hujayralarning bir ko‘rish maydonida 10 tadan kam bo‘lishi esa nazorat guruh bolalarda asosiy guruh bolalarga nisbatan 4,6 barobar

ko'p bo'lishi kuzatildi (26,1% va 5,7% mos ravishda; $P < 0,001$). Leykotsitoid hujayralarning bir ko'rish maydonida 10 tadan ko'p bo'lishi faqat nazorat guruh bolalarining 10,7% da aniqlandi.

«A» VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda o't suyuqligining 2-portsiyasida hech qanday patologik o'zgarishga xos belgilar kuzatilmadi. O't suyuqligining 3-portsiyasida esa silindrik epiteliy hujayralari asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1,9 barobar kamayganligi qayd etildi (5,7% va 10,7% mos ravishda; $P < 0,05$). Asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan leykotsitoid hujayralarning bir ko'rish maydonida 10 tadan kam bo'lishi 4,8 barobarga kamayganligi kuzatildi va ko'rsatkichlar orasidagi farq ishonchli bo'ldi (5,7% va 27,6% mos ravishda; $P < 0,001$). Boshqa ko'rsatkichlar asosiy guruh bolalarida umuman kuzatilmadi.

5.2.5-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «B» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarning kompleks davolash qabul qilgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan o't suyuqligining 1-portsiyasida silindrik epiteliy hujayralari va leykotsitoid hujayralarning bir ko'rish maydonida 10 tadan kam bo'lishi 3,5 barobar ishonchli kamayganligi kuzatildi (6,3% va 22,2% mos ravishda; $P < 0,003$). O't suyuqligining 2-portsiyasida leykotsitoid hujayralarning bir ko'rish maydonida 10 tadan kam bo'lishi asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalarga nisbatan 4,4 barobar kamayganligi aniqlandi (12,5% va 55,6% mos ravishda; $P < 0,001$). Ushbu portsiyada kaltsiy bilirubinatsning nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 7 barobar ko'p uchrashi qayd etildi (44,4% va 6,3% mos ravishda; $P < 0,001$). Mikrolitlarning asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 5,3 barobarga ishonchli kamayishi kuzatildi (6,3% va 33,3% mos ravishda; $P < 0,05$).

O't suyuqligining 3-portsiyasida leykotsitoid hujayralarning bir ko'rish maydonida 10 tadan kam bo'lishi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalarga nisbatan 5,3 barobar kamayishi aniqlandi (6,3% va 33,3% mos ravishda; $P < 0,05$). Ushbu portsiyada xolesterin kristallari nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 7 barobar ko'p bo'lishi qayd etilgan bo'lsa (44,4% va 6,3% mos ravishda;

$P < 0,001$), mikrolitlarning 3,5 barobar ko'p bo'lishi aniqlandi (44,4% va 12,5% mos ravishda; $P < 0,003$).

5.2.6-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «C» VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan o't suyuqligining 1- va 2-portsiyasida leykotsitoid hujayralarning bir ko'rish maydonida 10 tadan kam bo'lish holati va xolesterin kristallari 4,2 barobarga ishonchli kamayganligi qayd etildi (14,2% va 60% mos ravishda; $P < 0,001$). Kaltsiy bilirubinatsning nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 5,6 barobar ko'p hollarda aniqlanishi kuzatildi (80% va 14,2% mos ravishda; $P < 0,001$).

O't suyuqligining 3-portsiyasida silindrik epiteliy va leykotsitoid hujayrasining bir ko'rish maydonida 10 tadan kam bo'lishi nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 2,8 barobar ko'p bo'lishi aniqlandi (40% va 14,2% mos ravishda; $P < 0,05$). Xolesterin kristallari esa nazorat guruh bolalarida asosiy guruh bolalariga nisbatan 4,2 barobar ko'p aniqlanganligi qayd etildi (60% va 14,2% mos ravishda; $P < 0,001$).

Shunday qilib, mikrolitlar (mikroskopik toshlar) odatda, ortiqcha miqdordagi shilliq va xolesterindan paydo bo'ladi. Mikrolitlar me'yorida shilliqqa yopishgan holda o't suyuqligining 1- va 2-portsiyalarida topiladi. O't suyuqligining barcha qoldiq elementlari yoki «quyqa»ning mikroskopik holda yig'ilishi O'TKga olib kelishidan darak beradi.

Shu sababli, yuqorida keltirilgan natijalar shuni ko'rsatadiki, agar VG o'tkazgan Rekonvalestsent bolalarda biliar tizim o'zgarishlarini davolashda kompleks davolash usuli (Fosfogliv + bazis davolash) olib borilsa, o't-tosh kasalligining oldi olingan bo'lar edi. Kompleks davolash usulining olib borilishi barcha «A», «B» va «C» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda mikroskopik ko'rsatkichlarning to'liq me'yorlashuviga olib keladi. Kompleks davolash usuli o'tkir virusli gepatit o'tkazgan bolalarning keyingi hayotida O'TK bilan og'rishining oldini olishga va bolalarni optimal darajada rehabilitatsiya qilishga yordam beradi.

5.3. § O't suyuqligi biokimyoviy ko'rsatkichlariga essentsial fosfolipid va glitsirrizin kislota (Fosfogliv preparati)ning ta'sirini o'rganish

Tadqiqotimizning ushbu bosqichida kuzatuvimizdagi asosiy va nazorat guruh bolalarda davolashdan keyingi o't suyuqligining biokimyoviy ko'rsatkichlari o'rganildi va ushbu ma'lumotlar 5.3.1-jadvalda keltirilgan.

5.3.1-jadval

Ko'rsatkichlar	VGA		VGB		VGC	
	Asosiy guruh (n=70)	Nazorat guruh (n=65)	Asosiy guruh (n=16)	Nazorat guruh (n=9)	Asosiy guruh (n=7)	Nazorat guruh (n=5)
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
O'K (mg%)	228,0±10,5	194,0±10,0	162,0±9,2	148,6±11	197,0±9,0	148,3±11
XL (mg%)	48,0±4,5	53,0±4,5	78,6±5,7	90,1±6,5	66,0±5,0	84,4±6,5
XXK (sh/b)	4,75±0,15	3,66±0,2	2,06±0,5	1,64±0,1	2,98±0,12	1,75±0,10
BL (mg%)	11,5±0,5	9,4±0,4	6,5±0,5	5,0±0,5	8,1±0,6	5,9±0,5

Eslatma: * asosiy guruh bolalar ko'rsatkichlari nazorat guruh bolalar ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli ($P<0,05$)

5.3.1.-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda nazorat guruh bolalariga nisbatan bilirubin va o't kislotalarining 1,2 barobarga oshishi (11,5/9,4 mg% va 228,0/194,0 mg% mos ravishda; $P<0,05$), xolesterin miqdorining 1,1 barobarga kamayishi kuzatildi (48,0 mg% va 53,0 mg% mos ravishda; $P<0,05$). Bu esa o'z navbatida XXKning asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1,3 barobar oshishiga olib keldi (4,75 sh/b va 3,66 sh/b mos ravishda; $P<0,05$).

«B» VG o'tkazgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan bilirubinning 1,3 (6,5 va 5,0 mg% mos ravishda; $P<0,05$) va o't kislotalarining 1,1 barobarga ko'tarilganligi (162,0 va 148,6 mos ravishda; $P<0,05$), xolesterin miqdorining 1,1 barobarga kamayganligi aniqlandi (90,1 mg% va 78,6 mg% mos ravishda; $P<0,05$). Bu natijalar o'z navbatida XXKning asosiy guruh bolalarida

nazorat guruh bolalariga nisbatan 1,3 barobarga ishonchli ko‘payishiga olib keldi (2,06 sh/b va 1,64 sh/b mos ravishda; $P<0,05$).

«C» VG o‘tkazgan asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan bilirubinning 1,6 (8,1 mg% va 5,9 mg% mos ravishda; $P<0,05$) va o‘t kislotalarining 1,3 barobarga ko‘tarilganligi (197,0 va 148,3 mos ravishda; $P<0,05$), xolesterin miqdorining 1,6 barobarga kamayganligi aniqlandi (66,0 mg% va 84,4 mg% mos ravishda; $P<0,05$). Bu natijalar o‘z navbatida XXXKning asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1,7 barobarga ishonchli ko‘payishiga olib keldi (2,98 sh/b va 1,75 sh/b mos ravishda; $P<0,05$).

Yuqoridagi tekshiruv natijalaridan ko‘rinib turibdiki, uchchala asosiy guruh bolalarida bilirubin, o‘t kislotalari va XXXK ishonchli ijobiy o‘zgarishlar kuzatildi ($P<0,05$).

Shunday qilib, o‘tkazilgan tekshiruv tahlillariga ko‘ra, xolesterin miqdorining kamayishi, bilirubin, o‘t kislotalari va XXXK ko‘rsatkichlarining oshishi Fosfogliv va bazis terapiyani birgalikda qabul qilgan asosiy guruh bolalarida faqat bazis terapiya qabul qilgan nazorat guruh bolalariga nisbatan ustunlik qildi. Shu bilan birgalikda, kompleks davolash usulining qo‘llanilishi nafaqat klinik belgilarning, balki laborator, hamda murakkab hisoblangan hujayraichi o‘t suyuqligi sintezi mexanizmini yaxshilovchi ijobiy ta'sirga ega ekanligi ham isbotlandi.

5.3.2 - jadval

O‘t suyuqligi tarkibidagi o‘t kislotalarining davolashdan keyingi ko‘rsatkichlari (%)

Kўрсат- кичлар	BГА		BГB		BГC	
	Asosiy guruh (n=70)	Nazorat guruh (n=65)	Asosiy guruh (n=16)	Nazorat guruh (n=9)	Asosiy guruh (n=7)	Nazorat guruh (n=5)
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m
GDX	55,3±1,3	38,2±0,9	39,9±0,72	30,3±0,8	42,9±1,1	32,4±0,8
GX	28,1±0,7*	38,7±1,2	30,4±1,3	44,1±1,5	32,1±1,1	46,6±1,5
TDX	19,1±0,4	13,8±0,3	15,4±0,6	7,7±0,2	16,7±0,4	10,2±0,2

TX	4,2±0,3	9,3±0,2	9,1±0,3	13,3±0,2	7,8±0,3	12,3±0,2
----	---------	---------	---------	----------	---------	----------

Eslatma: * asosiy guruh ko'rsatkichlari nazorat guruh ko'rsatkichlariga nisbatan ishonchli ($P < 0,05$)

5.3.2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarning asosiy guruhida kon'yugirlangan deoksixolat kislota fraktsiyalarining ko'payishi va toksik xolat kislotalarining kamayishi, ya'ni GDX va TDX kislotalarining asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 24,9% va 38,6% ga ortishi kuzatildi (55,3/38,2 va 19,1/13,8 mos ravishda; $P < 0,05$). Toksik xolat kislotalarning asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan GX kislotasining 1,4 (27,5%) barobarga va TX kislotasining 2,2 (55,1%) barobarga kamayishiga olib keldi (28,1/38,7 mg% mos ravishda; $P < 0,05$ va 4,2/9,3 mg% mos ravishda; $P < 0,001$).

«B» VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalarining ko'rsatkichlariga nisbatan toksik o't kislotalari (GX va TX) fraktsiyasining 31,2% va 30,1% mos ravishda kamayishi kuzatildi (30,4/44,1 mg% va 9,1/13,3 mg% mos ravishda; $R < 0,001$). Deoksixolat o't kislotalaridan – GDX kislotasining 32%ga va TDX kislotaning 50% ga ko'payishi qayd etildi (39,9/30,3 mg% va 15,4/7,7 mg% mos ravishda; $P < 0,001$).

«C» VG o'tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalar ko'rsatkichlariga nisbatan toksik o't kislotalaridan GX va TX kislota fraktsiyalarining 1,6 barobarga kamayishi qayd etildi (32,1/46,6mg% va 7,8/12,3 mg% mos ravishda; $R < 0,001$). Deoksixolat o't kislotalaridan – GDX kislotasining asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 1,3 barobar, TDX kislotasining 1,6 barobarga ko'payishi aniqlandi (42,9/32,4 mg% va 16,7/10,2 mg% mos ravishda; $R < 0,001$).

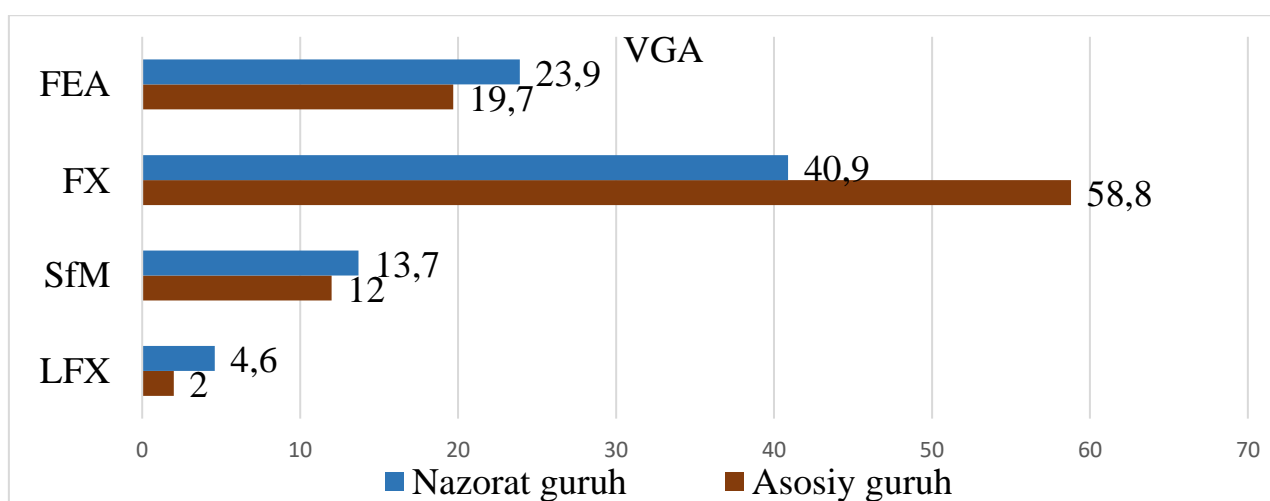
Yuqoridagi tekshiruv natijalariga asoslanib taqqoslama statistik tahlillar shuni ko'rsatadiki, VG o'tkazgan bilialar tizimida o'zgarishlari bo'lgan bolalarda kompleks davolashdan so'ng, o't suyuqligi parametrlari orasida ishonchli farqlar kuzatiladi. Jumladan, «A» VG rekonvalestsent bolalarda xolat va deoksixolat kislotalarining nisbati davolashdan keyin 1:1,79, «B» VG rekonvalestsent

bolalarda 1:1,4 va «C» VG rekonvalestsent bolalarda 1:1,5 nisbatda bo'lishi aniqlandi (amaliy sog'lom bolalarda 1:2,2).

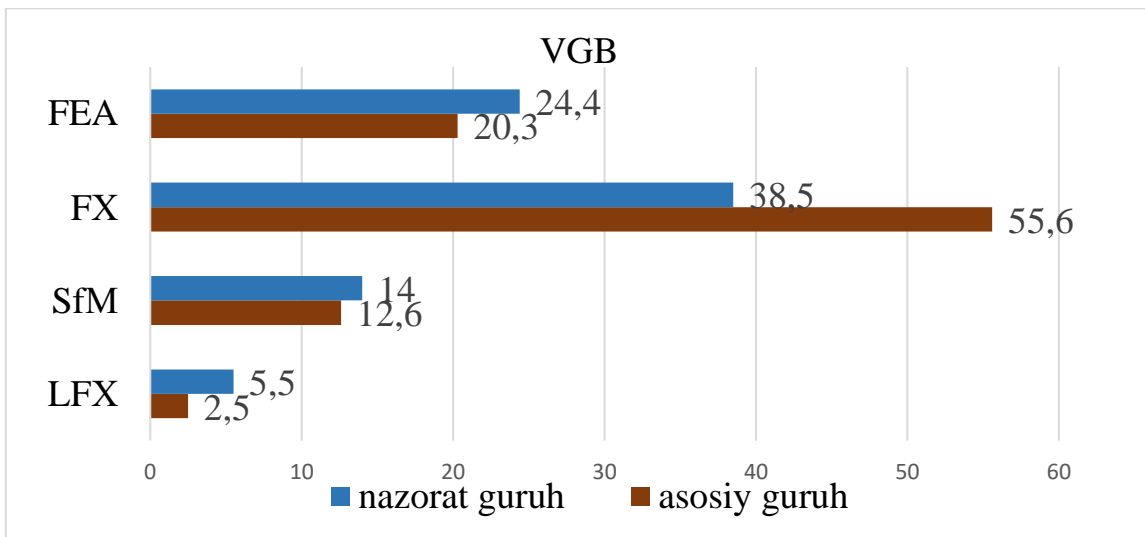
Shuni aytib o'tish lozimki, o't suyuqligi tarkibidagi kon'yugirlangan glitsin va taurin o't kislotalari barcha ko'rsatkichlari bo'yicha davolashgacha va davolashdan keyin 3:1 nisbatni tashkil qildi. Bu nafaqat o't kislotalarining glitsin va taurin bilan qon'yugatsiyasini, balki gidrofil (GDX va TDX) va gidrofob (GX va TX) o't kislotalarining nisbatini ham ko'rsatib beradi.

Shunday qilib, kompleks davolash usuli gidrofil o't kislotalarining ko'payishiga, gidrofob o't kislotalari va toksik o't kislotalarining kamayishiga olib kelar ekan. Virusli gepatit Rekonvalestsent bolalarda ushbu terapiya samarasi bo'yicha taqqoslanganda, «A» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarda «B» va «C» VG o'tkazgan rekonvalestsent bolalarga nisbatan kuchliroq samaraga erishilganligi aniqlandi.

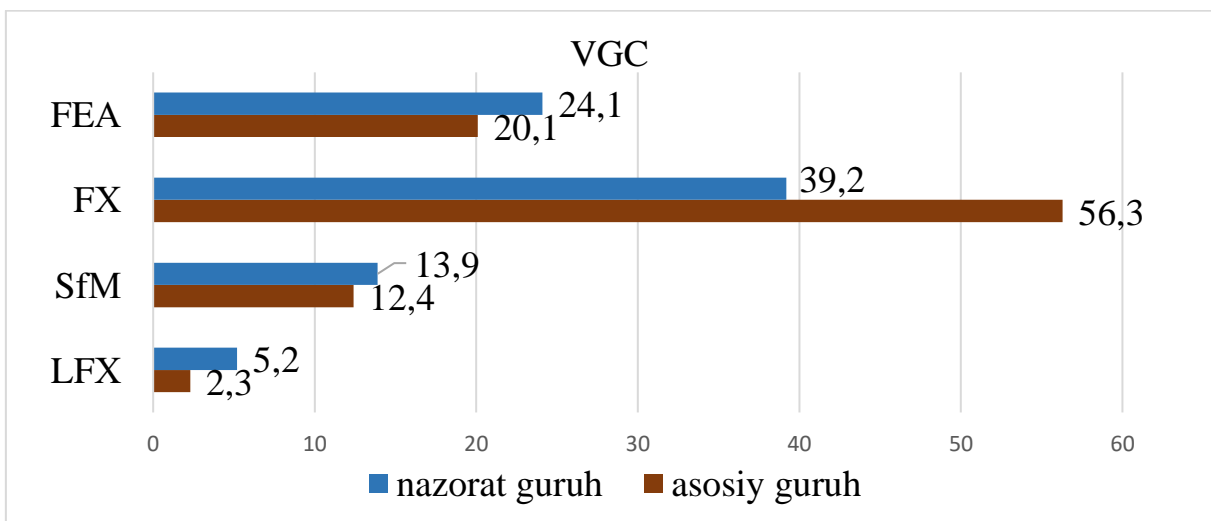
Kompleks davolash usulining o't suyuqligi fosfolipid tarkibiga ta'sirini o'rganishda bizga ma'lum bo'ldiki, o't suyuqligi tarkibidagi fosfolipidlar uning kolloid turg'unligini, fosfolipidning letsitin (fosfatidilxolin) fraktsiyasi esa solyubilizatsiyalash qobiliyatini belgilab beradi. Shu sababli, o'tkazilgan davolash usulining samarasini baholash uchun o't suyuqligining «S» portsiyasidagi fosfolipid tarkibi o'rganildi.



5.3.1-rasm. A virusli gepatit o'tkazgan biliar tizimida o'zgarishlari mavjud bolalarda davolashdan keyin o't suyuqligining fosfolipid spektridagi o'zgarishlar



5.3.2-rasm. B virusli gepatit o‘tkazgan biliar tizimida o‘zgarishlari mavjud bolalarda davolashdan keyin o‘t suyuqligining fosfolipid spektridagi o‘zgarishlar



5.3.3-rasm. C virusli gepatit o‘tkazgan biliar tizimida o‘zgarishlari mavjud bolalarda davolashdan keyin o‘t suyuqligining fosfolipid spektridagi o‘zgarishlar

O‘t suyuqligining fosfolipid fraksiyasi spektri tekshirilganda, 5.3.1-rasmdan ko‘rinib turibdiki, VGA o‘tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda fosfolipidning LFX fraksiyasi 2,6 barobarga ($P < 0,05$) kamaygan bo‘lsa, FX fraksiyasi 46,3% ga ($P < 0,05$) oshganligi aniqlandi. Bu esa o‘t suyuqligi solyubizatsiyalash qobiliyati tiklanganligini belgilaydi.

5.3.2-rasmda keltirilganidek, «B» VG o‘tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda o‘t suyuqligidagi fosfolipid fraksiyasi spektri tekshirilganda, LFX

fraktsiyasi 2,2 barobar ($P < 0,05$) kamayganligi, FX fraktsiyasi miqdori esa 43,9% ga ($P < 0,05$) ortganligi aniqlandi.

5.3.3-rasmdan ko‘rinib turibdiki, «C» VG o‘tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda fosfolipidning LFX fraktsiyasi 2,4 barobarga ($P < 0,05$) kamaygan bo‘lsa, FX fraktsiyasi 44,5% ga ($P < 0,05$) oshganligi aniqlandi. Bu esa o‘t suyuqligi solyubizatsiyalash qobiliyati tiklanganligini belgilaydi.

Shunday qilib, «A» VG o‘tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda umumiy fosfolipidlar miqdori asosiy guruh bolalarida 88,6% ga ($P < 0,05$) ortganligi aniqlandi. Ushbu ko‘rsatkichlar sog‘lom bolalardagi ko‘rsatkichlar miqдорiga yaqindir. «B» va «C» VG o‘tkazgan rekonvalestsent bolalarda umumiy fosfolipidlar davolashdan so‘ng 72,2% ga ko‘payganligi qayd etildi va FX moddasining 1,75 barobarga oshganligi kuzatildi (5.3.4-rasm).

Xulosa qilib shuni aytib o‘tish mumkinki, «A», «B» va «C» VG o‘tkazgan rekonvalestsent asosiy guruh bolalarda o‘t suyuqligi tarkibidagi fosfolipidlar fraktsiyasi keskin o‘zgargan, ya'ni LFX fraktsiyasi kamayib (2,6, 2,2 va 2,4 barobar mos ravishda), FX fraktsiyasi ortganligi (46,3%, 43,9% va 44,5% mos ravishda) va ushbu ma'lumotlar statistik jihatdan ishonchli ekanligi aniqlandi.

O‘tkazilgan korrelyatsion tahlil natijalari shuni ko‘rsatdiki, O‘K va fosfolipid ($r=0,7$), O‘K va FX ($r=0,6$), FX va GDX ($r=0,5$), FX va TDX ($r=0,8$) ko‘rsatkichlari orasida katta, to‘g‘ri korrelyatsion bog‘liqlik, FX va LFX ($r=-0,7$), O‘K va xolesterin ($r=-0,6$), FL va xolesterin ($r=-0,7$) ko‘rsatkichlari orasida esa keskin teskari korrelyatsion bog‘liqlik borligi isbotlandi.

Shunday qilib, o‘tkazilgan tekshiruv natijalari shuni ko‘rsatadiki, BTda o‘zgarishlari bo‘lgan VG o‘tkazgan rekonvalestsent bolalar kompleks terapiya (Fosfogliv + bazis terapiya) qabul qilgandan so‘ng, klinik-laborator, serologik va o‘t suyuqligi biokimyoviy parametrlarining tezda me'yorlashishi kuzatiladi. Shuningdek, kompleks davolash tarkibidagi Fosfogliv preparati «B» va «C» VG hepatitlarning surunkali jarayonga o‘tishini va O‘TKning kelib chiqishini oldini oladi. Bundan tashqari, VG o‘tkazgan rekonvalestsent bolalar o‘z jismoniy va ma'naviy mehnat faoliyatini tezroq tiklaydi, hamda qisqa muddat ichida dispanser

nazoratidan chiqariladi. Xususan, BT o'zgarishlari qayd etilgan guruhda glitsirrin kislota va essentsial fosfolipidlar qo'llanilganda, nazorat guruh bolalarga nisbatan 5-nukleotidaza, o't suyuqligidagi bilirubin, glikodezoksixolat, taurodezoksixolat, fosfatidilxolin miqdorlarining me'yorlashishi bilan birgalikda, B o'tkir virusli gepatitda 87,5%, C o'tkir virusli gepatitda 71,4% to'liq sog'ayish natijasiga erishildi. Kuzatuvimiz ostidagi barcha virusli gepatit bilan kasallangan bolalarda davolashdan keyingi serologik markerlarning dinamikasi va kasallikdan keyingi oqibatlar o'rganildi va quyidagi ma'lumotlar olindi.

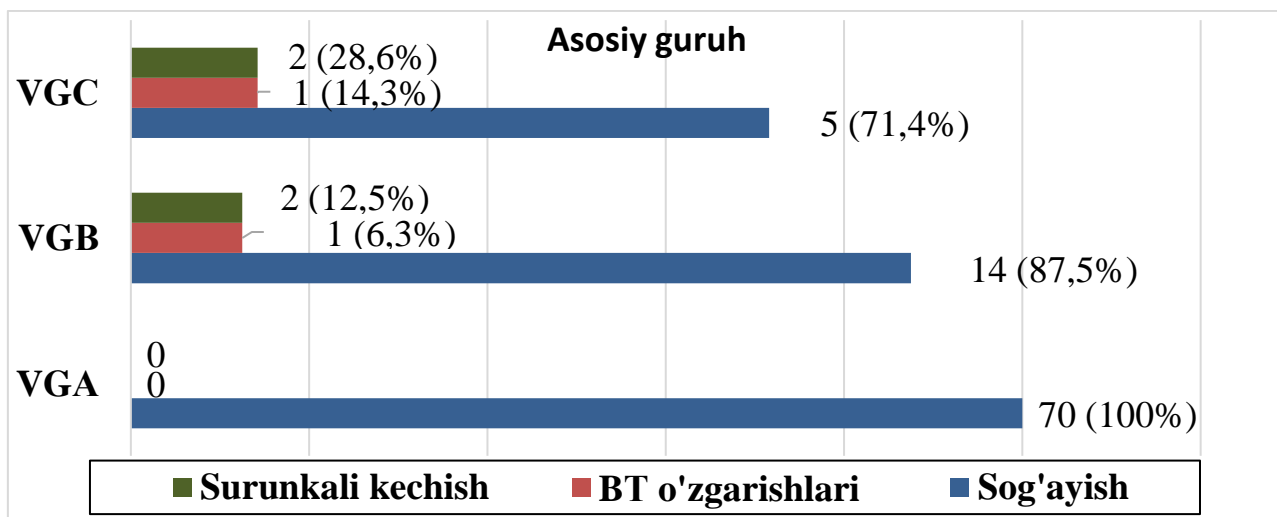
5.3.3-jadval

B va C o'tkir virusli gepatit o'tkazgan bolalarda dispanserizatsiya davrida davolashdan so'ng serologik markerlarning dinamikasi

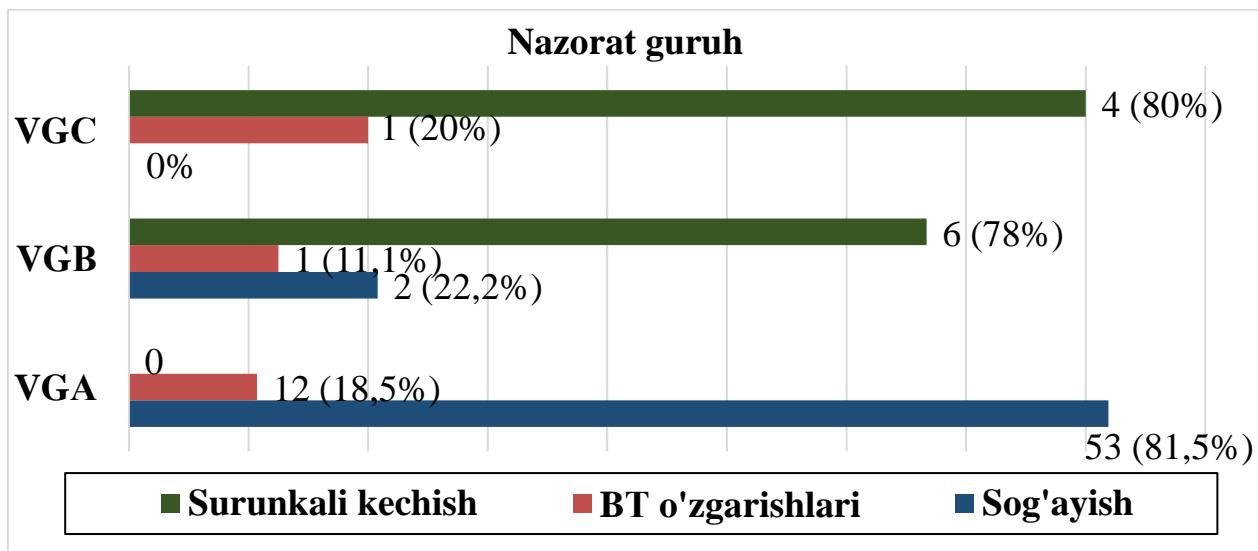
Markerlar	ko'riklar	Nazorat guruh		Asosiy guruh		P
		Abs.	M±m	Abs.	M±m	
VGB						
		n=9	M±m	n=16	M±m	
HbsAg	3-ko'rik	6	66,6±15,7	5	31,3±11,5	<0,05
	4-ko'rik	7	77,7±13,8	2	12,5±8,2	<0,003
HbeAg	3-ko'rik	5	55,5±16,5	4	25±10,8	<0,05
	4-ko'rik	6	66,6±15,7	2	12,5±8,2	<0,003
anti-HBcIgM	3-ko'rik	3	33,3±15,7	11	68,7±11,5	<0,05
	4-ko'rik	2	22,2±13,8	14	87,5±8,2	<0,003
anti-HBe	3-ko'rik	4	44,4±16,5	12	75±10,8	<0,05
	4-ko'rik	3	33,3±15,7	14	87,5±8,2	<0,003
HBV-DNA	3-ko'rik	7	78±13,8	2	12,5±8,2	<0,003
	4-ko'rik	7	78±13,8	2	12,5±8,2	<0,003
VGC						
		n=5	M±m	n=7	M±m	
anti-HCV	3-ko'rik	5	100	7	100	
	4-ko'rik	5	100	7	100	

HCV-RNA	3-ko'rik	4	80±17,8	2	28,6±17,0	<0,001
	4-ko'rik	4	80±17,8	2	28,6±17,0	<0,001

Eslatma: *- asosiy va nazorat guruh bolalari ko'rsatkichlari taqqoslanganda ishonchli.



5.3.4-rasm. «A», «B» va «C» virusli gepatit o'tkazgan rekonvaletsent bolalarda kompleks davolash qabul qilgandan so'ng kasallikdan keyingi oqibatlar



5.3.5-rasm. «A», «B» va «C» virusli gepatit o'tkazgan rekonvaletsent bolalarda faqat bazis davolash qabul qilgandan so'ng kasallikdan keyingi oqibatlar

5.3.4 va 5.3.5-rasmlardan ko'rinib turibdiki, «A» VG o'tkazgan rekonvaletsent asosiy guruh bolalarida davolashdan so'ng bilier tizimidagi o'zgarishlar umuman

kuzatilmadi. Biroq, nazorat guruh bolalarida 18,5% bolalarda biliar tizim o'zgarishlari saqlanganligi aniqlandi.

«B» VG o'tkazgan rekonvalesstent asosiy guruh bolalarda kompleks davolashdan so'ng nazorat guruh bolalariga nisbatan biliar tizim o'zgarishlari 1,7 barobar kam kuzatilganligi qayd etildi (6,3% va 11,5% mos ravishda). Kasallikdan so'ng sog'ayish asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan 3,9 barobar ko'p hollarda kuzatildi (87,5% va 22,5% mos ravishda; $P < 0,001$). Kasallikning surunkali jarayonga o'tishi asosiy guruh bolalarining 12,5%ida, nazorat guruhidagi bolalarning 78%da aniqlandi.

«C» VG o'tkazgan rekonvalesstent asosiy guruh bolalarida 71,6% hollarda kasallikdan so'ng to'liq sog'ayish kuzatilgan bo'lsa, nazorat guruh bolalarida to'liq sog'ayish umuman qayd etilmadi. Davolashdan so'ng biliar tizimdagi qoldiq asoratlarning kuzatilishi asosiy va nazorat guruh bolalarida deyarli bir xil darajada kuzatildi (14,2% va 20% mos ravishda; $P > 0,05$). Biroq, kasallikning surunkali jarayonga o'tishi asosiy guruh bolalarida nazorat guruh bolalariga nisbatan davolashdan so'ng 2,7 barobarga kam kuzatildi (28,6% va 80% mos ravishda; $P < 0,001$).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YHATI

O‘zbekiston Respublikasi Prezidenti hamda Vazirlar Mahkamasining Farmon va Qarorlari

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YHATI

1. Аляви А.Л., Даминов Т.А., Джамбекова Г.С., Система скрининга больных с заболеваниями печени для врачей общего профиля, 2011. – №1. – 2–8;
2. Ардатская, М. Д. // Функциональные расстройства билиарного тракта (определение, классификация, диагностические и лечебные подходы) // Справочник поликлинического врача. - 2011. - N 7. - С. 39-43
3. Богомаз Л.В., Щербаков П.Л., Царькова О.Н. и др. Диагностический алгоритм заболеваний билиарного тракта у детей // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. — 2011. — № 1. — С. 8-14.
4. Винник Ю. С. [и др.] // Диагностические критерии дисфункции сфинктера Одди после холецистэктомии // Анналы хирургии. - 2012. - № 6. - С. 5-9. - Библиогр.: с. 9 (34 назв.) .
5. Гаврилина Н. С., Ильченко Л. Ю. // Билиарная патология у детей// Справочник поликлинического врача. - 2012. - № 7. - С. 16-19
6. Гастроэнтерология: справ. / под ред. проф. А. Ю. Барановского. - СПб. : Питер, 2013. - 512 с. : ил., табл.
7. Гриневич В.Б. //Особенности терапии функционального панкреатического расстройства сфинктера Одди у пациентов с жировой болезнью печени на фоне алиментарной формы ожирения// Лечащий врач. - 2011. - N 7. - С. 87-92
8. Даминов Т.А. Достижения ученых Узбекистана в решении актуальных проблем диагностики и лечения вирусных гепатитов В и С у детей // Ozbekiston tibbiyot Jurnalı.-2014.-№6.-С.18-24.
9. Детская гастроэнтерология: рук. для врачей / под ред. Н. П. Шабалова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. -760 с. : табл., рис.

10. Еналеева Д.Ш., Фазылов В.Х., Созинов А.С. Хронические вирусные гепатиты В, С и D. — М.: МЕД прессинформ, 2011. - 464 с.
11. Желчнокаменная болезнь у детей раннего возраста: учеб.-метод. пособие / под ред. Л. А. Харитоновой, А. М. Запруднова - М, 2012.-30 с. : табл., рис.
12. Заболевания печени и желчевыводящих путей: рук. для врачей / под общ. ред. С. И. Рябова. - СПб.: Спец. лит, 2011. - 544 с. : табл., ил.
13. Запруднов А.М., Харитонова Л.А. Актуальные аспекты заболеваний билиарного тракта в детском возрасте // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. — 2014. — № 1. — С. 3-7.
14. Ильченко А.А. // Тактика ведения больного хроническим бескаменным холециститом // Справочник поликлинического врача. - 2014. - № 3. - С. 72-77
15. Ильченко А.А. Фармакотерапия при заболеваниях желчного пузыря и желчных путей. М.: МИА, Герус, 2015. — 160 с.
16. Ильченко А.А. Функциональные нарушения при билиарной патологии и их медикоментозная коррекция// Качество жизни. Медицина. Болезни органов пищеварения.-2013.- №2.- С.46-52.
17. Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф. // Наглядная детская гастроэнтерология и гепатология //: учеб. пособ. - 2013. - 124 с. : ил.
18. Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф. //Наглядная детская гастроэнтерология и гепатология: учебное пособие / 2013 - 124 с.: ил. <http://www.studmedlib.ru/ru/books/ISBN9785970424261.html>
19. Козловский А.А. //Функциональные заболевания билиарного тракта у детей// 2014.
20. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Катаева Л.А., Шишкина С.В. //Дисфункции билиарного тракта у детей// 2013г.
21. Л.Н.Туйчиев, Г.К.Худайкулова Л.Ю.Аладова, М.Т.Мўминова Ф.Ш.Маматмусаева /Вирусли гепатит А, В ва С реконвалесцент болаларда ўт

суюқлиги таркибидаги ўт кислоталарининг таққослама таҳлили// Инфекция, иммунитет и фармакология, спец.выпуск/ 2013 й, Тошкент, 117-121 бет.

22. Л.Н.Туйчиев, Г.К.Худайкулова, Г.Н.Собирова, Ф.Ш.Маматмусаева / Микроскопический состав желчи у детей реконвалесцентов вирусных гепатитов А, В и С//“Инфекция, иммунитет и фармакология” журналы, Тошкент, 3/ 2014 г. Том 2, С.174-181 бет.

23. Лялюкова Е. А., Ливзан М. А. // Дисфункция сфинктера Одди и синдром избыточного бактериального роста в кишечнике [Текст] / //Лечащий врач. - 2013. - № 1. - С. 61-65 : 2 рис., табл. - Библиогр.: с. 65 (14 назв.) .

24. Маев И.В. Болезни билиарного тракта / Под редакцией И.В. Маева. — Учебное пособие. — Москва, 2012. — 88с.

25. Мельников В.Л., Максимов В.А., Пархоменко Н.А., Зеленцов С.Н. // Особенности внешнесекреторной функции печени при HBV-инфекции / Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2016.- №1 (13). – С. 68-86.

26. Мехтиев С.Н., Гриневич В.Б., Кравчук Ю.А., Богданов Р.Н. Билиарный сладж: нерешенные вопросы / Лечащий врач. — 2014. — №6 — С 4-7.

27. Мехтиев С.Н., Мехтиева О.А. //Алгоритм ведения пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта / С. Н. Мехтиев, // Лечащий врач. - 2013. - № 4. - С. 52-60 : 2 табл. - Библиогр.: с. 60 (13 назв.)

28. Минушкин О.Н. // Функциональные расстройства кишечника и желчевыводящих путей. Лечебные подходы, выбор спазмолитика // Лечащий врач. - 2012. - № 2. - С. 64-67

29. Минушкин О.Н. «Функциональные расстройства билиарного тракта (патофизиология, диагностика и лечебные подходы)» М. 2014.

30. Минушкин, О. Н., Синдром после холецистэктомии в практике терапевта и гастроэнтеролога [Текст] / О. Н. Минушкин // Лечащий врач. - 2015. - № 2. - С. 40-46 : 3 табл. - Библиогр.: с. 46 (12 назв.) .

31. Неронов В.А., Чернышев А.Л., Максимов В.А., Шелемов Е.Е. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта у больных

хроническим активным гепатитом С//Материалы 1 Национального конгресса терапевтов, 1-3 ноября 2016 г., Москва-С.151.

32. Неронов В.А., Чернышев А.Л., Максимов В.А., Шелемов Е.Е. Эпидемиология билиарной недостаточности у больных хроническими вирусными гепатитами// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение №28. Материалы 12-й Российской гастроэнтерологической недели, 16-18 октября 2016 г., Москва.- С.121.

33. Оранский И.Е., Федоров А.А., Кочергин Ю.В., Скорик И.А., Грязелечение и питьевое применение минеральной воды при заболеваниях гепатобилиарной системы у детей в различных экологических условиях, Физиотерапия Бальнеология Реабилитация, 2017-№ 1-С.33-37.

34. Панцырев Ю. М. // Функциональные расстройства сфинктера Одди после холецистэктомии //Post- cholecystectomy functional disorders of the sphincter of Oddi after // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2011. - Т. XXI, N 3. - С. 28-34

35. Патология детей старшего возраста. Ч. 2.: учебное пособие / В.О. Быков, Э.В. Водовозова, С.А. Душко, Г.Н. Губарева, И.Г. Кузнецова, Е.В. Кулакова, Л.Н. Леденева, Э.В. Миронова, Т.А. Попова, И.А. Стременкова, Е.В. Щетинин. – Ставрополь: Изд-во СтГМА, 2011 – 228 с.: табл., рис.

36. Писарев А.Г, Н.С.Васюкова // Ультразвуковой мониторинг желчегонной терапии у детей с гипомоторной дискинезией желчного пузыря на фоне вирусных гепатитов / 2014. С. 6-71

37. Полунина Т. // Диагностика и лечение дисфункций билиарного тракта // Врач. - 2012. - № 10. - С. 26-32.

38. Приказ №5 от 05. 01.2012г. Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан-Ташкент.-2012.

39. Руководство по практическим умениям педиатра [Текст]: учеб. пособие для вузов / под ред. В.О. Быкова – изд. 3-е, стереотип. – Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 574 с.: табл., рис.

40. Селиверстов П.и др.// Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение // Врач. - 2012. - № 3. - С. 9-14.
41. Семенова О.В. Желчнокаменная болезнь у детей — проблема педиатров и хирургов // Новости хирург. — 2013. — № 1. — С. 65-71.
42. Соснин Д.Ю., Зубарева Н.А. // Активность каталазы и лактатдегидрогеназы желчи у пациентов заболеваниями печени и желчевыводящих путей/ Журнал Методы диагностики и технологии. 2014. С.88-94.
43. Т.О.Даминов, Л.Н.Туйчиев, Г.К.Худайкулова, Л.Ю.Аладова, М.Т.Мўминова, Г.Н. Собирова, Ф.Ш.Маматмусаева/ Ўткир вирусли гепатит ўтказган реконвалесцент болаларда реабилитация қилиш усуллари// Услубий тавсиянома, Тошкент, 2012й, 18 бет.
44. Т.О.Даминов, Л.Н.Туйчиев, Г.К.Худайкулова, Г.Н.Собирова, М.Т.Мўминова, Ф.Ш.Маматмусаева /Биохимический состав желчи у реконвалесцентов гепатита А// «Детские инфекции» журналы, Россия, 2012 й. №4, Том 11, 57-60 бет.
45. Тонких Ю.Л., Цуканов В.В., Лукичева Э.В., Куперштейн Е.Ю.// Сибирский медицинский журнал, 2012. №3. С. 60-62.
46. Топчий Н.В., А.С.Топорков //Холелитиаз и билиарный сладж: современные методы диагностики и лечения// Желчнокаменная болезнь.- 2016.-С.36-44.
47. Туйчиев Л.Н., Маматмусаева Ф.Ш., Эргашева З.Н./ Биохимический состав желчи у детей реконвалесцентов вирусных гепатитов В и С// Вестник ТМА № 5, 2020, 139-142
48. Туйчиев Л.Н., Нурузова З.А., Ф.Ш.Маматмусаева, Ёдгорова Н.Т., Жумамуродов С.Т./ Вирусли гепатит С билан касалланган болаларда билиар тизим ўзгаришларининг клиник-биокимёвий хусусиятлари// Инфекция, иммунитет и фармакология илмий-амалий журнал, 2019 йил, № 5, 261-268 бетлар

49. Упницкий А. А. // Принципы диагностики и лечения функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди // Справочник поликлинического врача. - 2012. - № 2. - С. 53-56
50. Учайкин В.Ф. Вирусные гепатиты у детей // Педиатрия. 2014, № 7, с.7-13.
51. Учайкин В.Ф., Молочкова О.В., Писарев А.Г., Чередниченко Т.В., Чаплыгина Г.В. // Холестаз при острых и хронических вирусных гепатитах / Журнал Детские инфекции, 2014. №3, С 51-53.
52. Учайкин В.Ф., Чередниченко Т.В., Смирнов А.В. // Инфекционная гепатология: руководство для детей. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2012. – 640 с.
53. Ф.Ш.Маматмусаева / ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА БИЛИАР ТИЗИМ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ//Дисс.б 2018., 140-бет
54. Хавкин А.И., Волынец Г.В., Жихарева Н.С., Осипова Э.К. //Московский НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ// 2013г.
55. Хисматуллина Г.Я., Волевач Л.В., Баширова Э.С. //Изучение биохимических показателей желчи при заболеваниях билиарной системы у лиц молодого возраста с ожирением/ Гастроэнтерология, Оригинальные статьи, 2012, Практическая медицина 03 (12) Гастроэнтерология | мая 12, 2012
56. Шабалов, Н.П. Детские болезни [Текст]: учеб. для вузов в 2-х томах / Н.П. Шабалов. – 7-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2012 г.
57. Яковенко Э. П. [и др.] // Агонист опиатных рецепторов тримебутин в терапии функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди [Текст] // Лечащий врач. - 2014. - № 2. - С. 56-60: 2 табл. - Библиогр.: с. 60 (14 назв.) .
58. Яковенко Э. П. Нарушение желчеобразования и методы их коррекции // Consilium Medicum. 2012. Экстравыпуск. С. 3–5.
59. Angulo P, et al. Gastroenterology. 2015;149:389-397.

60. Arismendi – Morillo G., Cardozo – Ramones V., Torres – Nava G., Romero – Amaro Z. // Histopathological study of the presence of Helicobacter pylori-type bacteria in surgical specimens from patients with chronic cholecystitis // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2011. – Vol. 34, № 7. – P. 449-453.
61. Bhat P., Snooks M.J., Anderson D.A. // Hepatocytes traffic and export hepatitis B virus basolaterally by polarity-dependent mechanisms // J. Virol. – 2011. – Vol. 85, № 23. – P. 12474-12481.
62. Cengiz M, et al. Hepat Mon. 2014;14:e24635.
63. Chalasani N, et al. Hepatology. 2012;55:2005-2023
64. Cusi K. Gastroenterology. 2012;142:711-725.
65. F.Sh.Mamatmusaeva /Microscopic and biochemical bile structure in acute viral hepatitis «C» convalescent children// European Science Review» №3-4, March–April, Австрия, Vienna - 2016. 133-134 бет.
66. Feldstein AE, et al. Am J Gastroenterol. 2013;108:1526-1531.
67. L.Tuychiyev, Z.Nuruzova, F.Sh.Mamatmusaeva, N.Yodgorova, Z.Orinboyeva/ Optimizing the treatment of biliary disease in children with viral hepatitis// International Journal of Pharmaceutical Research /Oct-Dec 2020\ Vol 12/ Issue 4, pp.536-541
68. Lemos R., Franca P.H., Ferreira L.N., et al. Detection of bacterial DNA in acute and chronic cholecystitis // Br. J. Surg. – 2013. – Vol. 97, № 4. – P. 532-536.
69. Liccardo D, et al. J Gastroenterol. 2015;50:903-912.
70. Mansoor S, et al. Curr Gastroenterol Rep. 2015;17:23.
71. Molleston JP, et al. J Pediatr. 2014;164:707-713.
72. Nobili V, et al. J Hepatol. 2013;58:1218-1229.
73. Nobili, et al. JAMA Pediatr. 2015;169:170-176.
74. Oztur Y, et al. World J Hepatol. 2014;6:33-40.
75. Petta S, et al. Liver Int. 2015;35:1566-1573.
76. Schuppan D, et al. J Gastroenterol Hepatol. 2013;28:68-76.
77. Schwimmer JB, et al. Aliment Pharmacol Ther. 2013;38:1267-1277.

78. Shih S.C., Yang H.W., Chang T.Y., et al. // Investigation of cytotoxic T-lymphocyte – associated protein 4 gene polymorphisms in symptomatic gallstone disease // Hum. Immunol. – 2011. – Vol. 72, №4. – P. 355-358.
79. Shrewsbury, UK: tfm Publishing Ltd; 2012. p. 383-404.
80. Sporea I et al. Ultraschall in Med. 2013;34
81. Sunny NE, et al. Cell Metab. 2011;14:804-810
82. Unal H., Korkmaz M., Kirbas L., et al. Acute acalculous cholecystitis associated with acute hepatitis B virus infection // Int. J. Infect. Dis. – 2009. – Vol. 13, №5. – P. 310-312.
83. Vajro P, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012;54:700-713.
84. Zuxra Nuruzova, Fotima Shaydullayevna Mamatmusaeva Nodira Yodgorova, Ulugbek Abdullaev, Navruza Yuldosheva, Sobir Jumamuradov/ Biochemical Composition Of Bile In Children Of Convalescents Of Viral Hepatitis «A»// European Journal of Molecular & Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 08, 2020, p. 4385-4389

MUNDARIJA

SO‘Z BOSHI	5
QISQARTMALAR RO‘YHATI	6
1 BOB. Bolalarda o‘t chiqaruv yo‘llari patologiyasining zamonaviy jihatlari	12
1.2. Pediatrik amaliyotda gepatobiliar tizim o‘zgarishlariga olib keluvchi sabablar va ularni olib borishda zamonaviy yondoshuvlar.....	20
1.3. O‘t chiqaruv yo‘llari patologiyasining virusli hepatitlar bilan birgalikda kechganda zamonaviy davolash usullari.....	33
II BOB. MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI	
2.1. Bemorlarning umumiy tasnifi.....	41
2.2. Tadqiqot usullari.....	49
III.BOB. XUSUSIY TEKSHIRUV	
3.1. «A», «B» va «C» o‘tkir virusli hepatit bilan kasallangan bolalarda Rekonvalestsent muddatlariga bog‘liq ravishda klinik-laborator va instrumental belgilarning uchrash darajasi	55
IV BOB. «A», «B» va «C» O‘VG bilan kasallangan rekonvalestsent bolalarda O‘ChY motor funksiyasining holati	74
4.2. «A», «B» va «C» virusli hepatit o‘tkazgan rekonvalestsent bolalarda o‘t suyuqligi biokimyoviy tarkibidagi ko‘rsatkichlarning solishtirma aspekti.....	82
V BOB. 5.1. «A», «B» va «C» O‘VG o‘tkazgan bolalarda biliar tizim o‘zgarishlarining klinik-laborator ko‘rsatkichlariga essentsial fosfolipidlar va glitsirrizin kislotaning samarasini o‘rganish	91
5.2. «A», «B» va «C» virusli hepatit o‘tkazgan rekonvalestsent bolalarda biliar tizim motor funksiyasiga kompleks davolash usulining ta'sirini o‘rganish.....	102
5.3. O‘t suyuqligi biokimyoviy ko‘rsatkichlariga essentsial fosfolipid va glitsirrizin kislota (Fosfogliv preparati	