

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ
ЖУРНАЛИ**
6 СОН, 1 ЖИЛД

**ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И
ПРАКТИКИ**
НОМЕР 6, ВЫПУСК 1

**JOURNAL OF BIOMEDICINE
AND PRACTICE**
VOLUME 6, ISSUE 1



Бош муҳаррир:

Ризаев Жасур Алимжанович
тиббиёт фанлари доктори, профессор,
Самарқанд давлат тиббиёт институти ректори
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Бош муҳаррир ўринбосари:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
тиббиёт фанлари доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректори, **ORCID ID:** 0000-0002-9309-3933

Масъул котиб:

Самиева Гулноза Уткуровна
тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат тиббиёт
институти Нормал ва патологик физиология кафедраси
мудир. **ORCID ID:** 0000-0002-6142-7054

Масъул котиб:

Абзалова Шахноза Рустамовна
тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
Тошкент Педиатрия тиббиёт институти. Илмий тадқиқотлар,
инновациялар ва илмий педагогларни тайёрлаш бўлими
бошлиғи. **ORCID ID:** 0000-0002-0066-3547

ТАҲРИРИЯТ КЕНГАШИ:

Хайтов Рахим Мусаевич

*Россия Федерацияси Фанлар академияси академиги, тиббиёт
фанлари доктори, профессор, Россия Федерациясида
хизмат кўрсатган фан арбоби, Россия ФТБА "Иммунология
институти ДИМ" ФДБТ илмий раҳбари*

Jin Young Choi

*Сеул миллий университети Стоматология мактаби оғиз ва
юз-жағ жарроҳлиги департаменти профессори, Жанубий
Кореянинг юз-жағ ва эстетик жарроҳлик ассоциацияси
президенти*

Гулямов Суръат Саидвалиевич

*тиббиёт фанлари доктори, профессор Тошкент педиатрия
тиббиёт институти Илмий ишлар ва инновациялар бўйича
проректор. ORCID ID: 0000-0002-9444-4555*

Абдуллаева Наргиза Нурмааматовна

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти 1-клиникаси бош врач
ORCID ID: 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти №1-сон Акушерлик ва гинекология
кафедраси мудир
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Раббимова Дилфуза Таштемировна

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Болалар касалликлари пропедевтикаси
кафедраси мудир.
ORCID ID: 0000-0003-4229-6017*

Орипов Фирдавс Суръатович

*тиббиёт фанлари доктори, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Гистология, цитология ва эмбриология
кафедраси мудир
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Ярмухамедова Саодат Хабибовна

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент, Самарқанд давлат
тиббиёт институти Ички касалликлар пропедевтикаси
кафедраси мудир
ORCID ID: 0000-0001-5975-1261*

Мавлянов Фарход Шавкатович

*тиббиёт фанлар доктори, Самарқанд давлат тиббиёт
институти болалар жарроҳлиги кафедраси доценти
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Акбаров Миршавкат Миролимович

*тиббиёт фанлари доктори,
В.Ваҳидов номидаги Республика
ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази*

Сандов Садаммир Абборович

*тиббиёт фанлар доктори,
Тошкент фармацевтика институти
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Тураев Феруз Фатхуллаевич

*тиббиёт фанлари доктори,
ортирилган юрак нуқсонлари бўлими, В.Ваҳидов номидаги
Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик маркази
ORCID ID: 0000-0002-6778-6920*

Худанов Бахтинур Ойбутаевич

*тиббиёт фанлари доктори,
Ўзбекистон Республикаси Инновацион ривожланиш
вазирлиги бўлим бошлиғи*

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович

*тиббиёт фанлари доктори,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти Тери-таносил,
болалар тери-таносил касалликлари ва ОИТС
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович

*тиббиёт фанлари номзоди, доцент,
Тошкент педиатрия тиббиёт институти
Факультет болалар хирургия кафедраси.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович

*тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд давлат тиббиёт
институти №2-сон Педиатрия, неонатология ва болалар
касаликлари пропедевтикаси кафедраси доценти.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Эшқобилов Тура Жураевич

*тиббиёт фанлари номзоди, Самарқанд давлат тиббиёт
институти Суд тиббиёти ва патологик анатомия кафедраси
доценти. ORCID ID: 0000-0003-3914-7221*

Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналлов. www.tadqiqot.uz
ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; E-mail: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000

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

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор,
Ректор Самаркандского государственного
медицинского института
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Ответственный секретарь:
Самиева Гульноза Уткуровна
доктор медицинских наук, доцент кафедры нормальной и
патологической физиологии Самаркандского
государственного медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-6142-7054

Заместитель главного редактора:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич
доктор медицинских наук, проректор по научной
работе и инновациям Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Ответственный секретарь:
Абзалова Шахноза Рустамовна
кандидат медицинских наук, доцент, Ташкентский
педиатрический медицинский институт. Заведующая
отделением научных исследований, инноваций и научно-
педагогической подготовки.
ORCID ID: 0000-0002-0066-3547

РЕДАКЦИОННЫЙ КОЛЛЕГИЯ:

Хайтов Рахим Мусаевич
*академик РАН, доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки Российской Федерации, научный
руководитель ФГБУ "ГНЦ Институт иммунологии"
ФМБА России.*

Jin Young Choi
*профессор департамента оральной и челюстно-лицевой
хирургии школы стоматологии Стоматологического
госпиталя Сеульского национального университета,
Президент Корейского общества челюстно-лицевой и
эстетической хирургии*

Гулямов Суръат Саидвалиевич
*доктор медицинских наук., профессор Проректор по научной
работе и инновациям в Ташкентском педиатрическом
медицинском институте. ORCID ID: 0000-0002-9444-4555*

Абдуллаева Наргиза Нурмаматовна
*доктор медицинских наук, доцент, Главный врач 1-клиники
Самаркандского государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0002-7529-4248*

Худоярова Дилдора Рахимовна
*доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой
Акушерства и гинекологии №1 Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Раббимова Дилфуза Таштемировна
*кандидат медицинских наук, доцент, заведующая
кафедрой Пропедевтики детских болезней Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-4229-6017*

Орипов Фирдавс Суръатович
*доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой
Гистологии, цитологии и эмбриологии Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Ярмухамедова Саодат Хабибовна
*кандидат медицинских наук, доцент, заведующая
кафедрой Пропедевтики внутренних болезней
Самаркандского государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0001-5975-1261*

Мавлянов Фарход Шавкатович
*доктор медицинских наук, доцент кафедры Детской хирургии
Самаркандского государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Акбаров Миршавкат Миролимович
*доктор медицинских наук, Республиканский
специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова*

Саидов Саидамир Абборевич
*доктор медицинских наук, Ташкентский
фармацевтический институт
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Тураев Феруз Фатхуллаевич
*доктор медицинских наук, главный научный с
отрудник отделения приобретенных пороков сердца
Республиканского специализированного центра
хирургии имени академика В.Вахидова.
ORCID ID: 0000-0002-6778-6920*

Худанов Бахтинур Ойбугаевич
*доктор медицинских наук, Министерство
Инновационного развития Республики Узбекистан*

Бабаджанов Ойбек Абдужаббарович
*доктор медицинских наук, Ташкентский педиатрический
медицинский институт, кафедра Дерматовенерология,
детская дерматовенерология и СПИД
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Теребаев Билим Алдамуратович
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры
Факультетской детской хирургии Ташкентского
педиатрического медицинского института.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327*

Юлдашев Ботир Ахматович
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры Педиатрии,
неонатологии и пропедевтики детских болезней №2
Самаркандского государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Эшкobilов Тура Жураевич
*кандидат медицинских наук, доцент кафедры Судебной
медицины и патологической анатомии Самаркандского
государственного медицинского института
ORCID ID: 0000-0003-3914-7221*

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

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

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

Chief Editor:

Rizaev Jasur Alimjanovich
MD, DSc, Professor of Dental Medicine,
Rector of the Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0001-5468-9403

Deputy Chief Editor:

Ziyadullaev Shukhrat Khudayberdievich Doctor
of Medical Sciences, Vice-Rector for scientific work
and Innovation, Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0002-9309-3933

Responsible secretary:

Samieva Gulnoza Utkurovna
doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Samarkand State
Medical Institute Department of normal and pathological
physiology. **ORCID ID:** 0000-0002-6142-7054

Responsible secretary:

Abzalova Shaxnoza Rustamovna
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Tashkent
Pediatric Medical Institute. Head of the Department of Scientific
Research, Innovation and Training of Scientific Teachers.
ORCID ID: 0000-0002-0066-3547

EDITORIAL BOARD:

Khaitov Rakhim Musaevich

*MD, DSc, Professor, Academician of the Russian
Academy of Sciences, Honored Scientist of the
Russian Federation, scientific director of the FSBI
«NRC Institute of immunology» FMBA of Russia*

Jin Young Choi

*Professor Department of Oral and Maxillofacial
Surgery School of Dentistry Dental Hospital
Seoul National University, President of the
Korean Society of Maxillofacial Aesthetic Surgery*

Gulyamov Surat Saidvalievich

*Doctor of Medical Sciences, Professor Tashkent Pediatric
Medical Institute Vice-Rector for Research and Innovation.
ORCID ID: 0000-0002-9444-4555*

Abdullaeva Nargiza Nurmatovna

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Chief
Physician of the 1st Clinic of Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0002-7529-4248*

Khudoyarova Dildora Rakhimovna

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Obstetrics and Gynecology,
Samarkand State Medical Institute No.1
ORCID ID: 0000-0001-5770-2255*

Rabbimova Dilfuza Tashtemirovna

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Propaedeutics of Pediatrics,
Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0003-4229-6017*

Oripov Firdavs Suratovich

*Doctor of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Histology, Cytology and
Embryology of Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0002-0615-0144*

Yarmukhamedova Saodat Khabibovna

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Head of the Department of Propaedeutics of Internal
Medicine, Samarkand State Medical Institute.
ORCID ID: 0000-0001-5975-1261*

Mavlyanov Farkhod Shavkatovich

*Doctor of Medicine, Associate Professor of Pediatric
Surgery, Samarkand State Medical Institute
ORCID ID: 0000-0003-2650-4445*

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich

*Doctor of Medical Sciences,
Republican Specialized Center of Surgery
named after academician V.Vakhidov*

Saidamir Saidov

*Doctor of Medical Sciences,
Tashkent Pharmaceutical Institute,
ORCID ID: 0000-0002-6616-5428*

Turaev Feruz Fatkhullaevich

*MD, DSc, Department of Acquired Heart Diseases,
V.Vakhidov Republican Specialized Center Surgery
ORCID ID: 0000-0002-6778-6920*

Khudanov Bakhtinur Oybutaevich

*Associate professor of Tashkent State Dental Institute,
Ministry of Innovative Development
of the Republic of Uzbekistan*

Babadjanov Oybek Abdujabbarovich

*Doctor of sciences in medicine, Tashkent Pediatric
Medical Institute, Department of Dermatovenerology,
pediatric dermatovenerology and AIDS
ORCID ID: 0000-0002-3022-916X*

Terebaev Bilim Aldamuratovich

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Tashkent Pediatric Medical Institute,
Faculty of Children Department of Surgery.
ORCID ID: 0000-0002-5409-4327.*

Yuldashev Botir Akhmatovich

*Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of
Pediatrics, Neonatology and Propaedeutics of Pediatrics,
Samarkand State Medical Institute No. 2.
ORCID ID: 0000-0003-2442-1523*

Eshkobilov Tura Juraevich

*candidate of medical Sciences, associate Professor
of the Department of Forensic medicine and pathological
anatomy of the Samarkand state medical Institute
ORCID ID: 0000-0003-3914-7221*

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

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

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

МУНДАРИЖА \ СОДЕРЖАНИЕ \ CONTENT

STOMATOLOGY

- 1. Inogamov Sh. M., Sadikov A. A., Rizaev J. A., Daminova N. R.**
DENTAL STATUS AND ITS SIGNIFICANCE IN ASSESSING THE DENTAL HEALTH OF ATHLETES.....9
- 2. Mukhlisakhon Dadabayeva, Nigora Ziyadullaeva, Bekzod Buronov, Davron Khabilov, Bobur Kurbonov, Munira Karimova**
THE INFLUENCE OF GENERAL SOMATIC DISEASES ON THE STATE OF THE ORAL ORGANS
(review of the literature).....15
- 3. Gavkhar Indiaminova, Munisa Arzikulova**
IMPROVEMENT OF METHODS OF PROVIDING DENTAL CARE FOR CHILDREN
WITH MENTAL DELAYED DEVELOPMENT.....22
- 4. J.A. Rizaev, A.A. Shodmonov, K.J.Olimjonov**
PERIIMPLANTITIS - EARLY COMPLICATIONS IN DENTAL IMPLANTATIONS.....28

ANESTHESIOLOGY AND REANIMATOLOGY

- 5. Durdona Usmanova, Kambarali Khaidarov**
DIAGNOSTIC APPROACH TO CONDUCTING CARDIAC SURGERY IN CHILDREN
WITH CONGENITAL HEART DISEASES.....34

CHILDREN'S SURGERY

- 6. Matyaqub Chuliev, Bilim Terebaev, Ildam Uglanov, Feruz Baratov**
OCCURRENCE, DIAGNOSTICS, PRINCIPLES OF TREATMENT OF PURULENT
INFLAMMATORY DISEASES OF SOFT TISSUES IN YOUNG CHILDREN.....39

INFECTIOUS DISEASES

- 7. Gulzada Utepova, Lobar Nigmatova, Barno Haydarova, Dilmora Isabayeva**
ROLE OF REDOUSA IN THE STRUCTURE OF ABORTION AND PERINATAL LOSSES.....46

MORPHOLOGY

- 8. Malokhat Nazarova, Dilorom Adilbekova, Nilufar Isaeva**
MORPHOLOGICAL STATE OF THE LIVER IN THE OFFSPRING, IN CONDITIONS
OF CHRONIC TOXIC HEPATITIS IN THE MOTHER.....52

NEUROLOGY

- 9. Sayyora Sayfutdinova**
EXPERIENCE OF CLINICAL APPLICATION OF NEUROPROTECTIVE THERAPY
IN PERIVENTRICULAR LEUKOMALATION IN CHILDREN.....58
- 10. Hanifa Halimova, Nilufar Rashidova, Bakhtigul Holmuratova**
GENDER CHARACTERISTICS AND FEATURES OF THE COURSE OF PRIMARY HEADACHES.....64
- 11. Sabina Sattarova, Ra'no Azizova, Nargiza Abdullaeva, Gulnoza Samiyeva**
GIYEN-BARRE SINDROMINING KLINIK XUSUSIYATLARI, KECHISHI VA DIAGNOSTIKASI.....69

ONCOLOGY

- 12. Javlon Yuldashev, Mavluda Karimova, Doniyar Pulatov**
MODERN ASPECTS OF BILATERAL BREAST CANCER. (LITERATURE REVIEW).....78
- 13. Mirzagaleb Tillyashaykhov, Meri Lipartiya, Timur Alimov**
ATYPICAL NON-HODGKIN LYMPHOMA ONCOPEDIATRY (CASE FROM CLINICAL PRACTICE).....87
- 14. Kamol Rakhmonov, Mirzhalal Dzhuraev, Mavluda Karimova, Dildora Tugizova**
THE USE OF TRAM - FLAP IN RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN PATIENTS WITH BREAST CANCER.94

15. Dildora Tugizova, Mirzhalal Dzhuraev, Mavluda Karimova CERVICAL CANCER DURING PREGNANCY (MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF MANAGEMENT). (Literature review).....	102
OTOLARYNGOLOGY	
16. Zebo Djabbarova COMBINATION THERAPY FOR ALLERGIC RHINITIS: SEARCH FOR THE OPTIMAL SOLUTION.....	110
OPHTHALMOLOGY	
17. Khalidjan Kamilov, Shahida Dadamukhamedova, Nozim Zaynutdinov COMPARATIVE SHORT TERM STUDY OF POSTERIOR CHAMBER PHAKIC INTRAOCULAR LENSES FOR THE CORRECTION OF HIGH MYOPIA. (ICL VS IPCL).....	118
18. Lola Babadzhanova, Dilorom Makhmudova, Adolat Dusmukhamedova, Durdona Kalankhadzayeva THE MIXED FORM OF STRABISMUS IN CHILDREN.....	126
19. Temur Saidov, Nodira Yangieva COMPLEX TREATMENT OF GLAUCOMATOUS OPTIC NEUROPATHY BY ENDONASAL ELECTROPHORESIS IN COMBINATION WITH ELECTROSTIMULATION (REVIEW).....	132
20. Muji-Emiliya Mustafaeva, Fazilat Bahritdinova NEUROPROTECTION AS A THERAPEUTIC TARGET IN DIABETIC RETINOPATHY.....	140
PEDIATRICS	
21. Sharofat Kuryazova, Salomat Khudayinazarova, Bakhtiniso Toshmetova STUDY OF RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY IN CHILDREN OF PRESCHOOL AGE OF THE PRIARAL REGION.....	148
THERAPY	
22. Gulandom Shodikulova, Zarrina Babamuradova, Ozod Mirzaev STUDY OF THE STATE OF TISSUE REMODELING IN PERSONS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DISPLASI.....	154
23. Gulandom Shodikulova, Dilshod Samatov, Zarangis Tairova PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE AND DIAGNOSIS OF THE PATHOLOGY OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH CONNECTIVE TISSUE DISPLASION.....	160
24. Shakhnoza Khodjanova FEATURES OF ANTIAGGREGATORY AND ANTI-INFLAMMATORY EFFICACY OF ACETYLSALICYLIC ACID IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE.....	167
25. Zebo Djabbarova RATIONALE OF TACTICS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF CLIMACTERIC SYNDROME.....	175
26. Mohigul Juraeva, Jasurbek Ravzatov CIRRHOTIC CARDIOMYOPATHY. REVIEW ARTICLE.....	183
27. Oybek Melikuziev CLINICAL ASPECTS OF THE PNEUMOCOCCAL PNEUMONIAE IN CHILDREN.....	189
28. Nargiza Abdurakhmanova, Khalmurad Akhmedov REACTIVE ARTHRITIS - A MODERN VIEW OF THE PROBLEM.....	196
29. Shavkat Muminov PARAMETERS OF CENTRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE, AFTER REVASCULARIZATION.....	205

30. Alyavi Bakhromhon, Shavkat Muminov GEOMETRIC HEART REMODELING IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE, AFTER REVASCULARIZATION.....	212
31. Umida Narzulaeva, Gulnoza Samieva, Shaklo Nasirova HEMOREOLOGICAL DISORDERS IN THE EARLY STAGES OF HYPERTENSION IN HOT CLIMATES.....	221
32. Ergashova Madina, Shodikulova Gulandom PECULIARITIES OF HEMODYNAMIC CHANGES IN HEART IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND SECONDARY OSTEOARTHRISIS.....	226
PHARMACOLOGY AND CLINICS PHARMACOLOGY	
33. Ziyovuddin Khakimov, Alisher Rakhmanov, Shokhida Safaeva, Nargiza Kurbanova COMPARATIVE STUDY OF HEPATOPROTECTIVE ACTIVITY OF GUM RESIN FERULA ASAPHETID AND LEGALON IN ACUTE TOXIC HEPATITIS INDUCED BY PARACETAMOL.....	232
34. Shakhnoza Saidova, Durдона Pulatova, Nargiza Pulatova, Lola Musaeva CORRECTION OF ELECTROLYTE DISTURBANCES IN PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA.....	239
PHTHISIOLOGY	
35. Mirazim Khakimov, Donier Abdurakhmanov, Davronbek Mukhtarov, Fatima Tashpulatova, Sarwar Alijanov, Hafiza Bozorova THE IMPORTANCE OF ENDOSCOPIC AND BACTERIOLOGICAL METHODS IN THE DIAGNOSIS OF GENITAL TUBERCULOSIS.....	247
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	
36. Bakhodir Ibragimov, Dildora Hudoyarova PROSPECTS FOR DIAGNOSING POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME.....	253
37. Bakhodir Ibragimov, Dildora Hudoyarova NEW ADVANCES IN THE TREATMENT OF POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME.....	259
PSYCHIATRY	
38. Zebo Jabbarova, Dilovar Burxanova CLINIC AND COMPARATIVE DIAGNOSIS METHODS OF THE ADINAMIC COMPONENT IN DEPRESSIVE DISORDERS.....	265
39. Charos Kuchimova, Marguba Ismatova, Farangiz Yuldasheva, Tolib Turaev FEATURES OF DRUG ADDICTION AND PHASE DEPRESSIVE DISORDERS IN DYSTHYMIC DISORDERS.....	270
REHABILITATION	
40. Yokutkhon Kamalova THE STUDY OF THE TEMPERAMENT OF ATHLETES IN FOOTBALL AND BASKETBALL.....	276
FORENSIC MEDICAL EXAMINER	
41. Sayit Indiaminov, Shukrillo Shoyimov PECULIARITIES AND FORENSIC ASPECTS OF INJURIES IN PEDESTRIAN CHILDREN AT A TRAFFIC..	281
42. Sayit Indiaminov, Shukrillo Shoyimov CHARACTERISTICS, MECHANISM AND ESTIMATION OF THE DEGREE OF THE SEVERITY OF INJURIES IN CHILDREN AFFECTED BY A CAR.....	289

SURGERY

- 43. Zafar Kurbaniyazov, Ismail Arziyev, Farrux Sayinaev**
OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS OF EARLY BILIARY
COMPLICATIONS AFTER CHOLECYSTECTOMY.....296
- 44. Mirzakarim Achilov, Iskandar Shonazarov, Gayrat Ahmedov, Zayniddin Saydullayev,
Kodir Sherkulov**
DIAGNOSTIC FEATURES AND METHODS OF SURGICAL TACTICS OF BILIARY ILEUS.....304
- 45. Muxammad Dusiyarov, Otabek Eshonxodjaev, Zayniddin Saydullayev, Gayrat Axmedov**
ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF ANTISSEAL COATING ON THE MODEL OF
LUNG WOUND IN EXPERIMENT.....309
- ## **MAXILLOFACIAL SURGERY**
- 46. Navruz Bobonazarov, Dilshod Dushmanmedov, Makhmud Dushmanmedov,
Dilnovo Dushmanmedova, Omonov Rustam**
TO THE QUESTION ABOUT THE TREATMENT OF ODONTOGENIC
CYSTS OF THE JAWS IN CHILDREN.....327
- 47. Mahmud Dushmanmedov, Zilola Khakimova, Dushmanmedova Dilnazov,
Bobonazarov Navruz, Olimjonov Kamronbek**
CHARACTERISTIC OF FUNCTIONAL CHANGES IN SECONDARY AND
RESIDUAL DEFORMATIONS AFTER URANOPLASTY.....335


БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Сабина Завкиевна Саттарова
Раъно Баходировна Азизова
Наргиза Нурмаматовна Абдуллаева
Гулноза Уткуровна Самиева

Самаркандский медицинский институт, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ТЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ

For citation: Sabina Zavkiyevna SATTAROVA, Ra'no Bahodirova AZIZOVA, Nargiza Nurmamatova ABDULLAEVA, Gulnoza Utkurovna SAMIYEVA. CLINICAL FEATURES, COURSE AND DIAGNOSIS OF GUILLAIN-BARRE SYNDROME. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 1, pp. 69-77

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-1-11>

АННОТАЦИЯ

Синдром Гийена-Барре (СГБ) - очень редкое аутоиммунное заболевание, которое связано с демиелинизацией периферической нервной системы и прогрессирующей мышечной слабостью, возникающей в основном у ранее здоровых людей.

Заболеваемость СГБ составляет 1,1–1,8 случая на 100 000 в год, и заболеваемость увеличивается с возрастом. СГБ клинический спектр неоднороден и включает острую воспалительную демиелинизирующую полинейропатию (ОВДП), острую моторная аксональная нейропатия (ОМАН), острая моторная и сенсорная аксональная нейропатия (ОМИСАН) и Синдром Миллера Фишер (МФС). Заболевание обычно характеризуется быстрым началом симметричной слабости конечностей, которая прогрессирует в течение нескольких дней до 4 недель и встречается у пациентов любого возраста. В развитых странах СГБ стал наиболее частой причиной острого вялого паралича. Несмотря на улучшенное распознавание и лечение, СГБ продолжает оставаться тяжелым заболеванием.

Ключевые слова: синдром Миллера-Фишера, острая моторная аксональная нейропатия (ОМАН), внутривенный иммуноглобулин, ганглиозидные антитела.

Sabina Zavkiyevna Sattarova
Ra'no Bahodirovna Azizova
Nargiza Nurmamatovna Abdullaeva
Gulnoza Utkurovna Samiyeva
Samarqand tibbiyot instituti, O'zbekiston
Toshkent tibbiyot akademiyasi, O'zbekiston

GIYEN-BARRE SINDROMINING KLINIK XUSUSIYATLARI, KECHISHI VA DIAGNOSTIKASI

ANNOTATSIYA

Giyen-Barre sindromi (GGb) - periferik asab tizimining demiyelinatsiyasi va asosan sog'lom odamlarda paydo bo'ladigan progressiv mushaklarning zaifligi bilan bog'liq bo'lgan juda kam uchraydigan autoimmun kasallik.

GBS yiliga 100 000 odam boshiga 1,1-1,8 holat uchraydi, yosh bilan kasallik soni ham ortadi. GBS klinik spektri geterogen bo'lib, o'tkir yallig'lanishli demiyelinatsion polinevropatiya (O'YDP), o'tkir motor aksonal neyropatiya (O'MAN), o'tkir motor va sensor aksonal neyropatiya (O'MSAN) va Miller Fisher sindromi (MFS) ni o'z ichiga oladi. Kasallik odatda bir necha kundan 4 haftagacha davom etadigan va har qanday yoshdagi bemorlarda uchraydigan nosimmetrik ekstremal zaiflikning tez boshlanishi bilan tavsiflanadi. Rivojlangan mamlakatlarda GBS o'tkir zaif falajning eng keng tarqalgan turi bo'ldi. Kasallikni tez aniqlash va davolanishiga qaramasdan, GBS jiddiy kasallik bo'lib qolmoqda.

Kalit so'zlar: Miller-Fisher sindromi, o'tkir motor aksonal neyropati (O'MAN), intravenoz immunoglobulin, gangliozid antitela.

Sabina Zavkiyevna Sattarova

Ra'no Bahodirova Azizova

Nargiza Nurmamatova Abdullaeva

Gulnoza Utkurovna Samiyeva

Samarkand medical Institute, Uzbekistan

Tashkent medical Academy, Uzbekistan

CLINICAL FEATURES, COURSE AND DIAGNOSIS OF GUILLAIN-BARRE SYNDROME

ANNOTATION

Guillain-Barre syndrome (GBS) is a very rare autoimmune disease that is associated with demyelination of the peripheral nervous system and progressive muscle weakness that occurs mainly in previously healthy people.

The incidence of GBS is 1.1-1.8 cases per 100,000 per year, and the incidence increases with age. The clinical spectrum of GBS is heterogeneous and includes acute inflammatory demyelinating polyneuropathy (AIDP), acute motor axonal neuropathy (AMAN), acute motor and sensory axonal neuropathy (AMSAN), and Miller Fisher Syndrome (MFS). The disease is usually characterized by a rapid onset of symmetrical limb weakness, which progresses within a few days to 4 weeks and occurs in patients of any age. In developed countries, GBS has become the most common cause of acute flaccid paralysis. Despite improved recognition and treatment, GBS continues to be a serious disease.

Keywords: Miller-Fischer syndrome, acute motor axonal neuropathy (AMAN), intravenous immunoglobulin, ganglioside antibodies.

Введение. Синдром Гийена-Барре (СГБ) – острый демиелинизирующая полинейропатия (рисунок 1), описанная впервые в 1859 г. Его черты - восходящая двигательная слабость, часто наблюдается сенсорная и вегетативная дисфункция в продромальном периоде заболевания (обычно респираторным или желудочно-кишечная инфекция). Считается, что это аутоиммунное происхождение. СГБ может вызвать значительные заболеваемость, требующая длительного пребывания в стационаре и значительные периоды реабилитации. Примерно 10–5% пациентов нуждаются в долгосрочной помощи. [1,3]

Выявлено много предшествующих инфекций - включая *Campylobacter jejuni*, цитомегаловирус (ЦМВ), *Mycoplasma pneumoniae*, вирус Эпштейна-Барра, и вирус гриппа. Иммунизация и роды также был связан с СГБ. СГБ обычно начинается резко с дистальным, относительно

симметричным началом парестезии. Боль встречается у 50% пациентов. Эпидемиологический исследования в разных странах установили связь между инфекцией *Campylobacter jejuni* и разработка ГБС. *Campylobacter jejuni* инфекция определяется как наиболее частое предшествующее заболевание у пациентов с СГБ и по оценкам, почти 25-40% пациентов с СГБ во всем мире инфицированы *C. jejuni* 1 – 3 недели до болезни. Раньше считалось, что СГБ быть единым клиническим субъектом[2,5]. Однако недавние исследования показали, что СГБ можно разделить как минимум на 4 основных клинические и электрофизиологические подтипы, такие как острый воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ОВДП), острая моторная аксональная нейропатия (ОМАН), острая моторно-сенсорная аксональная нейропатия (ОМСАН) и синдром Миллера-Фишера (СМФ). ОВДП характеризуется демиелинизация, ОМАН ограничивается чисто моторным вовлечение и ОМСАН - более тяжелое заболевание с моторно-сенсорное вовлечение. Сезонная вариация СГБ подтипы и их связь с *C. jejuni* малоизвестны. Полимеразная цепная реакция - чувствительный инструмент для выявления предшествующей инфекции *C. jejuni* пациенты СГБ [2,12,24].



Рисунок 1: Поврежденный (демиелинизированный) нерв

Название и синонимы заболевания. Синдром Гийена-Барре (СГБ) - это скрывающее название синдром. СГБ характеризуется неоднородным клиническим спектром. Наиболее частая форма в западных странах - это ОВДП. Менее распространенные формы: ОМАН, ОМСАН и вариант черепного нерва Синдром Миллера Фишера (СМФ). [3,10]

Эпидемиология. Десять исследований сообщили о заболеваемости детей (0-15лет), и обнаружил, что ежегодная заболеваемость составляет 0,34 и 1,34 / 100 000. Снижение заболеваемости с течением времени между 1980-ми и 1990-ми годами. До 70% случаи СГБ были вызваны предшествующими инфекциями. В общая заболеваемость СГБ во всем мире составляет 1,1–1,8 случая на 100000 в год, с более высокими показателями у мужчин, чем у женщин. Заболеваемость бывает бимодальной по возрасту с пиками, встречается у молодых людей и пожилых людей. Заболеваемость увеличивается до 3,3 случая на 100 000 в год после 50 лет возраст.. Было высказано предположение, что была ассоциацией между СГБ и вакцинацией, хотя доказательства этого малом количестве [1,12,23].

Клинические особенности и патофизиология [10,19]

Симптомы. Клинические признаки СГБ различны. Слабость и сенсорные нарушения являются наиболее частым проявляющие симптомы. Обычно наблюдается прогрессирующий восходящий двигательная слабость начиная с нижних конечностей, начиная с затруднением ходьбы до паралича. Слабость может подниматься, чтобы задействовать дыхательные мышцы и вызвать нарушение дыхания. Параличи лицевого нерва встречаются часто и может быть связанная с бульбарным слабостью и офтальмоплегией [1,14,25].

Сенсорные симптомы могут включать боль, онемение и парестезия. Боль обычно поражает поясницу и может быть тяжелым. Онемение и парестезия начинаются дистально и восходит аналогично двигательной слабостью у 80% пациентов [1,22].

Признаки. При клиническом обследовании определяется вялый арефлектический паралич. Мышечное истощение обычно происходит в течение двух недель, появления симптомов и может быть тяжелым. Вегетативная дисфункция является обычным явлением и может вызвать аритмии, колебания артериального давления, задержка мочи, паралитическая кишечная непроходимость и гипергидриоз. При тяжелой форме это может быть связано с внезапной смертью [1,16]

Подтипы СГБ [23,24]

СГБ имеет ряд признанных подтипов, которые имеют отличающиеся клиническими и патофизиологическими признаками:

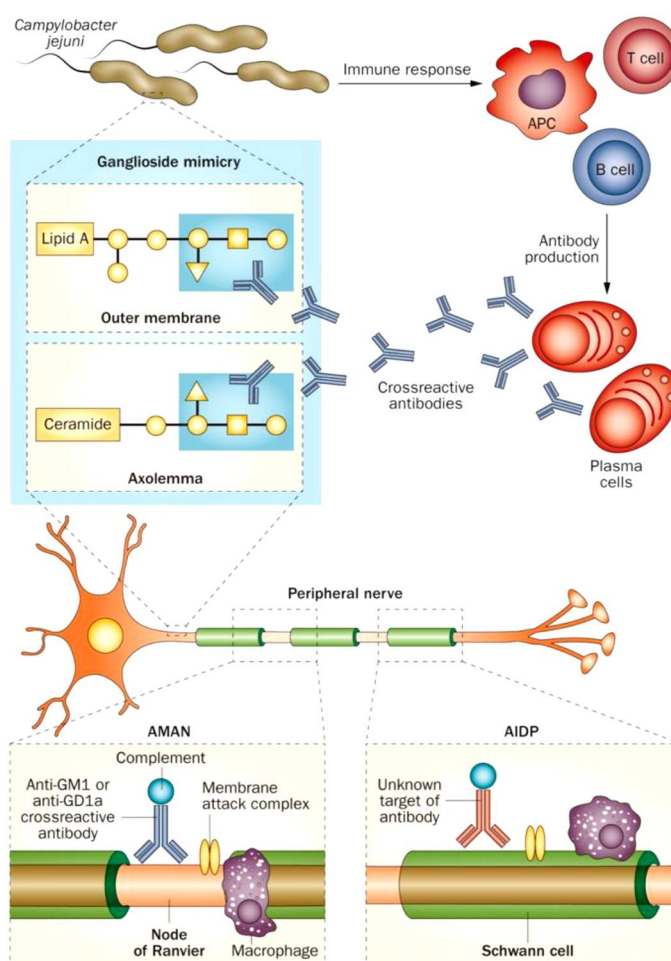
ОВДП. Острая воспалительная Демиелинизирующая полиневропатия (ОВДП) является наиболее распространенной формой, составляет около 85-90% случаев и характеризуется патологически демиелинизацией, лимфоцитарной инфильтрацией и макрофагально-опосредованным клиренсом миелина. Клинические признаки - симметричная восходящая двигательная слабость с гипо или арефлексией. Основной патологический процесс включает воспаление и разрушение миелиновых оболочек, окружающих аксоны периферических нервов, активированными макрофагами. Это приводит к замедлению и блокированию проводимости внутри периферических нервов, вызывая мышечную слабость. В тяжелых случаях может развиваться вторичное аксональное повреждение. Аксоны нервных окончаний, поврежденные при ОВДП, сопровождаются связыванием антител и фиксацией комплемента. Активация пути комплемента в основном приводит к мембранной атаке комплекса (МАС) образование с деградацией терминального аксонального цитоскелета и повреждением митохондрий [1,7,10].

ОМАН. Острая моторная аксональная невропатия (Аман) чаще встречается в Японии и Китае, среди молодежи и в летние месяцы. Он имеет связь с прецедентной инфекцией *Campylobacter jejuni* (Рисунок 2).

Рисунок 2: Острая моторная аксональная нейропатия, вызванная *Campylobacter jejuni*

Клинические признаки похожи на ОВДП, но сухожильные рефлексы могут быть сохранены. Как и ОВДП, острая моторная аксональная невропатия считается, IgG - и комплементарным расстройством. Электрофизиологическое исследование может отличить от других вариантов как селективный двигательный нерв и показано вовлечение аксонов. При ОМАН патологический процесс включает связывание антител к ганглиозидным антигенам на клеточной мембране аксона, инвазию макрофагов, воспаление и повреждение аксонов [1,3,15]

ОМСАН. Острая моторная и сенсорная аксональная нейропатия (ОМСАН) - это вариант СГБ, в котором задействованы как моторные, так и сенсорные волокна, что может быть продемонстрировано с помощью электрофизиологических исследований. Он более серьезен и связан с длительным или даже частичным выздоровлением. Клинические признаки похожи на ОМАН, но также включают



сенсорные симптомы. Основной патологический процесс аналогичен таковому для ОМАН (то есть опосредованное антителами повреждение аксонов) [1,3,24]

СМФ. Синдром Миллера-Фишера (MFS) проявляется атаксией, арефлексией и офтальмоплегией. У 25% пациентов может развиваться слабость конечностей. Электрофизиологические исследования показывают, прежде всего, нарушение сенсорной проводимости. Антиганглиозидные антитела к GQ1b обнаруживаются у 90% пациентов и связаны с офтальмоплегией. Было проведено ограниченное количество патологических исследований MFS, но была продемонстрирована демиелинизация нервных корешков. Критическое различие между MFS и AIDP или острой моторной аксональной нейропатией заключается в активации антител против GQ1b и против GT1a в MFS, которые нацелены на глазодвигательные и бульбарные нервы, которые, как считается, имеют относительно высокую плотность ганглиозидов GQ1b и GT1a (рисунок 3).

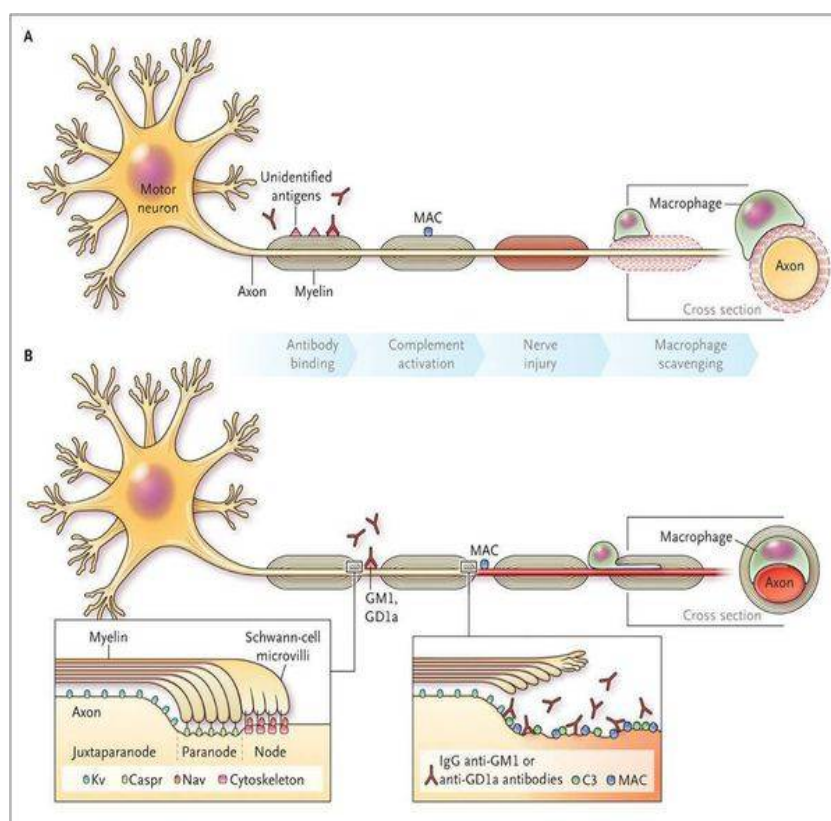


Рисунок 3. Антитело опосредованное аксональное повреждение

Описана хроническая форма СГБ, известная как хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Клинические признаки сходны с таковыми при ОВДП но имеют медленно прогрессирующее или рецидивирующее течение [1,3,17].

Исследования [3]

Биохимия сыворотки крови. Мочевина и электролиты обычно нормальны, но могут иметь признаки синдрома неадекватной секреции АДГ или почечной дисфункции. АЛТ и гамма-ГТ могут быть повышены у 33% пациентов. Креатинкиназа может быть повышена [4,13].

Маркеры воспаления. Скорость оседания эритроцитов обычно повышена и С-реактивный белок тоже иногда повышен.

Анти-ганглиозидные антитела. Анти-GM1 является положительным у 25% пациентов и ассоциируется с худшим исходом. Анти-GD1a ассоциируется с ОМАНовым подтипом СГБ. Анти-GQ1b ассоциируется с синдромом Миллера-Фишера.

Радиологические исследование. КТ головного мозга показана для исключения других причин симптома и свидетельства повышенного внутричерепного давления перед выполнением люмбальной пункции. МРТ на позвоночнике может быть виден избирательный

корешок переднего спинномозгового нерва усиление гадолинием и исключит шейный поражение нерва [26].

Поясничная пункция. Повышенные уровни белка и клеток в спинномозговой жидкости являются признаком СГБ

Исследования нервной проводимости. Результаты зависят от подтипа СГБ. Большинство шоу демиелинизирующий паттерн, в то время как у некоторых пациентов может проявляться свидетельство потери аксонов с незначительной демиелинизацией или без нее.

Функциональные респираторные тесты. Они могут показать снижение жизненной емкости легких, максимальное давление на вдохе и выдохе. Газы артериальной крови может указывать на прогрессирующую дыхательную недостаточность [15,19].

Дифференциальная диагностика [1]

Неврологический

- миастения
- синдром Итона-Ламберта (миастенический)
- Рассеянный склероз
- Поперечный миелит

Метаболический

- Периодический гипокалиемический паралич.
- Гипермагниемия.
- Гипофосфатемия
- Острая перемежающаяся порфирия.

Инфекционный

- Постдифтерийная нейропатия.
- полиомиелит
- Ботулизм
- клещевой паралич

Наркотики / токсины

- Отравление тяжелыми металлами (например, свинцом)
- Биологические токсины (включая токсины змей и скорпионов)
- Лекарственные препараты (включая ставудин, нитрофурантоин и аминогликозиды)

Другие

- Острый полимиозит.
- Миопатия в критических состояниях

Регулирование. Междисциплинарный вклад важен во всех аспектах уход за пациентами с СГБ как в острой фазе, так и реабилитация пациентов. Терапии можно классифицировать как быть поддерживающим или иммуномодулирующим.

Дыхательные пути и органы дыхания. Около 30% пациентов с СГБ нуждаются в ИВЛ. Ухудшение дыхательной функции может быть быстрым, и всем пациентам следует проводить частые обследования. Клинические маркеры, указывающие на необходимость вентиляционной поддержки, включают бульбарную слабость, неспособность поднять голову, слабость верхних конечностей и тахипноэ [1,2,19]. Необходим тщательный мониторинг тестов дыхательной функции. Жизненная емкость должна измеряться три раза в день и может быть легко оценена у постели больного. Измерение жизненной емкости дает информацию о дыхательной недостаточности. Газы артериальной крови могут быть измерены для получения объективных данных о развитии дыхательной недостаточности. Насыщение кислородом легко контролируется, но нарушение насыщение может быть поздним признаком.

Клинические показания к интубации и вентиляции легких включают:

Жизненная емкость менее 1Л или менее 15 мл кг-[3]

- Максимальное давление вдоха менее 30 см H₂O.
- Максимальное давление выдоха менее 40 см H₂O.
- Бульбарное поражение с неспособностью кашлять, глотать и защищать дыхательные пути.

□ Признаки дыхательной недостаточности по газам артериальной крови и вегетативной нестабильности [1,3,21].

□ Трахеостомия должна быть рассмотрена, если существует вероятность необходимости длительной респираторной поддержки. Респираторная физиотерапия может быть неопределимой в содействии очищению секрета и профилактике внутрибольничных пневмоний.

Анестезиологическое рассмотрение. Суксаметоний абсолютно противопоказан пациентам с СГБ. Имеется ряд сообщений о случаях тяжелой гиперкалиемии, угрожающих жизни аритмий и остановки сердца после его введения

Сердечно-сосудистая система. Вегетативная дисфункция встречается примерно у 70% пациентов и может представлять угрозу для жизни. Рекомендуется мониторинг ЭКГ, артериального давления и баланса жидкости. Наиболее распространенной аритмией является синусовая тахикардия но наблюдались и другие изменения ЭКГ в том числе предсердные а также желудочковая тахикардия, удлинённый интервал QT, атриовентрикулярная блокада и даже асистолия [1,3,18]. Артериальное давление может колебаться между тяжелой гипертензией и гипотензией. Ортостатическая гипотензия встречается часто. Следует соблюдать осторожность при лечении крайних уровней артериального давления вазоактивными препаратами, поскольку пациенты могут быть особенно чувствительны к их воздействию. Интубированные пациенты с вегетативной дисфункцией могут развить нестабильность после всасывания трахеи.

Желудочно-кишечный тракт. Хорошее питание особенно важно для пациентов с бульбарной слабостью, а также для тех, кто находится на седативном и механическом вентилировании. Плохое пероральное потребление может потребовать введения энтерального или парентерального питания. Вход диетолога полезен для обеспечения адекватного потребления калорий, микроэлементов, жидкости и электролитов. Пациенты с вегетативной дисфункцией могут быть восприимчивы к развитию паралитической кишечной непроходимости. Это может быть обработано с прокинетиическими агентами как метоклопрамид или эритромицин.

Нервная система. Нейропатическая боль является обычным явлением и встречается примерно в 50% случаев пациентов. Неопиоидные анальгетики (Парацетамол, НПВП) в сочетании с опиоидами анальгезию следует назначить изначально, но она может обеспечить неадекватное обезболивание. Дополнительные методы лечения, такие как противосудорожные препараты (например, габапентин или карбемазепин) и могут быть эффективны трициклические антидепрессанты.

Профилактика венозной тромбоземболии. У неподвижных пациентов очень высокий риск развития глубоких вен тромбоз и тромбоземболия легочной артерии. Низкомолекулярный вес гепарина в сочетании с пневматическим компрессионные устройства или чулки против эмболии, рекомендуется до тех пор, пока пациенты не смогут ходить без посторонней помощи.

Психологическая сфера. Среди пациентов часто встречается депрессия с ГБС. Если возможно, это важно для пациента и их семье, чтобы иметь доступ к группам поддержки. Это также важно, чтобы консультирование и психиатрическая помощь доступны при необходимости [1,3,15].

Реабилитация. 40% пациентов, страдающих СГБ, будут нуждаться в поступлении на стационарную реабилитацию. Пристальное внимание следует обращать внимание на положение конечности и осанку как конечность слабость может привести к параличу сдавленного нерва, сдавливанию язвы и контрактуры. Обширный вклад от физиотерапевты и эрготерапевты необходимы предоставить индивидуальные укрепляющие упражнения и вспомогательные средства. Пациенты также могут страдать от стойких утомляемость, которая может возникнуть при выполнении упражнений программа [5,6]

Внутривенный иммуноглобулин. Внутривенный иммуноглобулин (IVIg) является эффективным средством лечения СГБ и, как было показано, сравним с плазмообменом в ускорении выздоровления. Он наиболее эффективен, если вводится в течение двух недель после появления симптомов. Ивиг имеет ряд преимуществ перед плазмообменом. Он более

широко доступен, менее трудоемок и имеет меньше побочных эффектов. Показания к проведению Ивиг включают мышечную слабость и угнетение дыхания.

IVIg содержит объединенные донорские антитела IgG и может уменьшить тяжесть аутоиммунного воспаления при СГБ, блокируя Fc-рецепторы. Это предотвращает связывание Fc-части антител и, таким образом, прерывает опосредованное антителами разрушение клеток. Активация комплемента также изменяется. Противопоказания к внутривенному введению включают: предшествующую анафилактическую реакцию на внутривенное введение и дефицит IgA (связанный с анафилактическими реакциями на продукты крови). Побочные эффекты Ивиг могут быть легкими или тяжелыми и включать тошноту, головную боль, дерматологические расстройства, включая эритродермию, перегрузку жидкостью, нарушение функциональных тестов печени, венозную тромбоземболию, острую почечную недостаточность и анафилаксию. Нет никаких доказательств того, что повторные курсы лечения полезны. [1,9,18,21]

Плазмаферез. Плазмаферез является эффективным методом лечения и, как было показано, ускоряет выздоровление при СГБ. Были продемонстрированы улучшения в восстановлении мышечной силы, способности самостоятельно ходить, а также потребности и продолжительности механической вентиляции легких. Он более полезен, когда начинается в течение одной недели после появления симптомов, но может быть полезен до тридцати дней после начала болезни. Плазмаферез успешно применялся в легких, умеренных и тяжелых случаях СГБ с различным количеством обменов в зависимости от тяжести заболевания. Показания к плазмообмену такие же, как и для внутривенного введения. Плазмаферез предполагает прохождение крови через экстракорпоральный клеточный сепаратор. Фракции плазмы крови удаляется и заменяется раствором плазмы или человеческого альбумина. Во время процедуры вводят антикоагулянты. Целью плазмаферез является удаление антител, связанных с основным аутоиммунным ответом. Противопоказаниями к плазмаферез являются: коагулопатия, подавляющий сепсис, гемодинамическая нестабильность и шок [1,7,8].

Кортикостероиды. Кортикостероиды использовались для того, чтобы подавить воспаление, связанное с синдромом Гийена-Барре синдром. Сейчас они больше не используются. Здесь нет доказательства того, что они улучшают выздоровление или влияют на долгосрочный прогноз. [6,25]

Прогноз. Большинство пациентов с СГБ полностью выздоравливают, но это может занять много месяцев интенсивной терапии. 15% пациентов страдают стойкой инвалидизацией. 10% не могут ходить без посторонней помощи в течение одного года. Рецидив может наблюдаться в 2-5% случаев [1,2]. Смертность от СГБ колеблется от 2 до 12%. Распространенными причинами смерти являются венозная тромбоземболия, пневмония, аритмии и осложнения, связанные с дизавтономией [2,3]

Маркеры плохого прогноза включают возраст > 40 лет, быстрое начало симптомов, сильную слабость (особенно если требуется механическая вентиляция легких или имеется выраженная слабость верхних конечностей), ассоциацию с предшествующим диарейным заболеванием или кампилобактерной инфекцией, доказательства повреждения аксонов при электрофизиологических исследованиях и отсутствие лечения либо плазмаферезом, либо внутривенным введением.

Список использованной литературы

1. Hughes R.A., Cornblath D.R., Guillain-barre syndrome. The Lancet, 2005; 366(9497): 1653-66.
2. Govoni V., Granieri E., Epidemiology of the Guillain-Barré syndrome. Current opinion in neurology, 2001; 14(5): 605-13.
3. Guillain-Barré Syndrome: Indications for Plasma Exchange. Transfusion Science, 1999; 20: 53-61.

5. Hughes R.A., Swan A.V., van Doorn P.A., Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome. The Cochrane Library, 2010.
6. Tsang, R.S. The relationship of *Campylobacter jejuni* infection and the development of Guillain-Barré syndrome. *Curr. Opin. Infect. Dis*, 2002; 15: 221-228.
7. Meythaler J.M., Rehabilitation of Guillain-Barré syndrome. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 1997; 78(8): 872-9.
8. Raphaël J.C., Chevret S., Hughes R., Annane D. Plasma exchange for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2002; 2(2).
9. Rees J.H., Soudain S.E., Gregson N.A., Hughes R.A. *Campylobacter jejuni* infection and Guillain-Barré syndrome. *New England Journal of Medicine*, 1995; 333(21): 1374-9.
10. Reilly M., Hutchinson M., Suxamethonium is contraindicated in the Guillain-Barré syndrome. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 1991; 54(11): 1018.
11. Haymaker WE, Kernohan JW. The Landry-Guillain-Barré syndrome; a clinicopathologic report of 50 fatal cases and a critique of the literature. *Medicine (Baltimore)*, 1949; 28(1): 59-141.
12. Sinha S, Prasada KN, Pradhan S, Jaina D, Jhab S. Detection of preceding *Campylobacter jejuni* infection by polymerase chain reaction in patients with Guillain-Barré syndrome. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2004; 98: 342—346.
13. McGrogan A., Madle G., SeOMAH H., DeVries C.S. Epidemiology of Guillain-Barré Syndrome worldwide. A systemic literature review. *Neuroepidemiology*, 2009; 32: 150-63.
14. Toft CE. Guillain-Barré Syndrome – a case study. *Accident and Emergency Nursing*, 2002; 10(2): 92- 102.
15. Parkin RT, Davies-Cole JO, Balbus JM. A definition for chronic sequelae applied to campylobacter and guillian-barre syndrome (СГБ). *Annals of Epidemiology*, 2000; 10(7): 473.
16. Brody AJ, Sternbach G, Varon J. Octave landry: Guillain-Barré syndrome. *The Journal of Emergency Medicine*, 1994; 12(6).
17. Hahn AF, FRCPC. Guillain-Barre' syndrome. *The Lancet*, 1998; 325(9128): 635-641.
18. Taylor WA, Brostoff SW, Hughes RAC. P2 specific lymphocyte transformation in Guillain-Barré syndrome and chronic idiopathic demyelinating polyradiculoneuropathy. *Journal of the Neurological Sciences*, 1991; 104(1): 52-5.
19. Shahar E, Shorer Z, Roifman CM, Levi Y, Brand N, Ravid S, et al. Immune globulins are effective in severe pediatric Guillain-Barre syndrome. *Pediatric Neurology*, 1997; 16(1): 32-6.
20. Pascuzzi RM, Fleck JD. Acute peripheral neuropathy in adults: Guillain-Barré Syndrome and Related Disorders. *Neurologic Clinics*, 1997; 15(3): 529-47.
21. Rees JH, Soudain SE, Gregson NA, Hughes RA. *Campylobacter jejuni* infection and Guillain-Barré syndrome. *New England Journal of Medicine*, 1995; 333(21): 1374-9.
22. Looney RJ, Huggins J. Use of intravenous immunoglobulin G (IVIG). *Best Practice & Research Clinical Haematology*, 2006; 19(1): 3-25.
23. Katri B, Koontz D. Disorders of the peripheral nerves. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2012; 76.
24. Hughes R, FMedSci, Cornblath DR. Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*, 2005; 366(9497): 1653–1666.
25. Kuwabara S. Guillain-Barré Syndrome Epidemiology, Pathophysiology and Management. *Drugs*, 2004; 64(6): 597-610.
26. Hughes R, van der Meche FG. Corticosteroids for treating Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2000; 2: 001446.
26. Прокоп, Галански. Спиральная и многослойная компьютерная томография (в двух томах), Москва. = 2009. = I том – 413 с. II том. – 710с.



ISSN 2181-9300

Doi Journal 10.26739/2181-9300

**БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ
ЖУРНАЛИ
6 СОН, 1 ЖИЛД**

**ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И
ПРАКТИКИ
НОМЕР 6, ВЫПУСК 1**

**JOURNAL OF BIOMEDICINE
AND PRACTICE
VOLUME 6, ISSUE 1**

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

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