

O'zbekiston  
vrachlar  
assotsiatsiyasi

**Bosh muharrir:**

Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA  
akademigi

**Tahrir hay'ati:**

Abduraximov Z.A., t.f.d.  
Akilov X.A., t.f.d., professor  
Alimov A.V., t.f.d., professor  
Asadov D.A., t.f.d., professor  
Ahmedova D.I., t.f.d., professor  
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor  
Kurbonov R.D., t.f.d., professor  
Rustamova M.T., t.f.d., professor  
Sidiqov Z.U., t.f.n.  
Sobirov D.M., t.f.d., professor  
Tursunov E.O., t.f.d., professor  
Yarkulov A.B., t.f.n.  
Shayxova X.E., t.f.d., professor

**Nashr uchun mas'ul xodim:**

Mavlyan-Xodjaev R.Sh., t.f.d.

**Dizayn, kompyuterda teruvchi:**

Abdusalomov A.A.

Jurnal O'zbekiston matbuot va  
axborot agentligidan 2016 yil 13 dekabrda  
ro'yhatdan o'tgan.

Guvohnoma: 0034.

Tahririyat manzili: 100007,  
Toshkent shahri, Parkent ko'chasi,  
51-uy.

Tel.; 268-08-17

E-mail: info@avuz.uz

Veb - sayt: www. avuz. uz



(105)

В  
У  
Л  
Л  
Е  
Т  
Е  
Н  
И

- Тошбоев А., Салиев К.К., Салиев Д., Солиев А.К, Ахмедов Б.Х.** Болалар клиник шифохонасининг гематология бўлими маълумотларига кўра, андижон болалар контингенти орасида лейкоцитларнинг тарқалиши ва хавф омиллари 49
- Тошбоев А., Салиев К.К., Салиев Д., Солиев А.К, Ахмедов Б.Х.** Распределения и факторы риска лейкозов среди детского контингента андижана по данным гематологической отделения детской клинической больницы
- Рустамова М.Т., Нормурадов Ж., Хайруллаева С. С., Хайдаров Х.** Билиар тракт касалликлари: профилактика ва даволашга замонавий ёндашувлар 53
- Рустамова М.Т., Нормурадов Ж., Хайруллаева С. С., Хайдаров Х.** Заболевания билиарного тракта: современные подходы к профилактике и лечению
- Қодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.** Ичак дисбиози билан оғриган беморларни даволаш босқичида синбиотик билан магнитотерапия комплексининг қўлланилиш таъсирини ўрганиш 55
- Қодирова С.Р., Хамрабаева Ф.И.** Изучение применения магнитотерапии в комплексе с синбиотиком в восстановительном лечении больных дисбиозом кишечника
- Кадилов Б.Б., Ахмадалиева У.К., Салахиддинов З.С, Гафурова Л.М.** Fecal намуналарида нр-антигена в аниқлаш натижалари асосида helicobacter pylori бартараф самарадорлигини баҳолаш 60
- Кадилов Б.Б., Ахмадалиева У.К., Салахиддинов З.С, Гафурова Л.М.** Оценка эффективности эрадикации helicobacter pylori по результатам определения нр-антигена в пробах фекалий
- Тагаева М.Х., Бахранова Д.Ф.** Гастродуоденал патологияларнинг беморлар ҳаёт сифати кўрсаткичларига таъсири 62
- Тагаева М.Х., Бахранова Д.Ф.** Влияние гастродуоденальной патологии на показатели качества жизни у больных
- Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т., Нормурадов Ж.А., Тилляходжаев С.С., Хайдаров Х.** Жигар циррозида спилактон эффективлиги, клиник кечиш ва диуретик жавоб ўртасидаги боғлиқлик 66
- Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т., Нормурадов Ж.А., Тилляходжаев С.С., Хайдаров Х.** К вопросу эффективности спилактона при циррозе печени, связь между диуретическим ответом и клиническим течением
- Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.** ОИВ билан зарарланган аҳоли ўртасида ўпканинг сурункали обструктив касаллигининг липидли ва липидсиз хавф омилларини қиёсий тахлили 68
- Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.** Сравнительные анализ распространенность липидных и нелипидных биохимических факторов риска хронических обструктивных заболеваний легких среди вич-инфицированной популяции
- Хамитова Ф.А.** Қандли диабетни бор беморларнинг юз-жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликларида аутотромбоцитар масса билан даволашнинг жароҳат битишига таъсири 70
- Хамитова Ф.А.** Особенности процесса заживление гнойной раны челюстно лицевой области при использовании аутотромбоцитарной массы у больных сахарным диабетом
- Искандаров Т.И., Романова Л.Х.** «Супергумус» минерал ўғитни қўллаш хавфсизлигини гигиеник асослаш 76
- Искандаров Т.И., Романова Л.Х.** Гигиеническое обоснование безопасности применения минерального удобрения «супергумус»
- Мардонов Т.М., Индиаминов С.И., Расулова М.Р.** Бўйин аъзолари комплекси жароҳатларини текшириш алгоритми 79
- Мардонов Т.М., Индиаминов С.И., Расулова М.Р.** Алгоритм исследования поврежденных структур шейного органокомплекса
- Юлдашева М.Т., Палванова М.С. Холматова Ё.Н., Халилова О.С.,** Ташқи муҳитнинг зарарли таъсирлари натижасида нафас йўллари шиллиқ қаватида ташкилий-функционал ўзгаришлар 84
- Юлдашева М.Т., Палванова М.С. Холматова Ё.Н., Халилова О.С.,** Структурно-функциональные изменения слизистых оболочек дыхательных путей при воздействии вредных факторов внешней среды
- Ахмедов У.Б.** Итларда оёқ ампутациясидан сўнг тажрибанинг 60 ва 90 кунларида мияча чувалчанги нишаб бўлаги ганглионар қаватини динамикада морфологик ва морфометрик ўзгаришлари 86
- Ахмедов У.Б.** Морфологические и морфометрические изменения в динамике ганглионарного слоя дольки ската червя мозжечка после ампутации ноги у собак на 60 и 90 сутки эксперимента

**К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИЛАКТОНА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ, СВЯЗЬ МЕЖДУ ДИУРЕТИЧЕСКИМ ОТВЕТОМ И КЛИНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ**

**Хайруллаева С.С., Рустамова М.Т., Нормурадов Ж.А.,  
Тилляходжаев С.С., Хайдаров Х.  
Ташкентская медицинская академия**

Цирроз печени в большинстве случаев диагностируют на стадии декомпенсации, когда ведущим синдромом является портальная гипертензия, асцит. Асцит в 75% пациентов обусловлен циррозом печени. В связи с этим, адекватное ведение асцита при циррозе печени значительно улучшает качество жизни пациента с циррозом печени. Показаны результаты обследования и лечения 30 пациентов с циррозом печени, когда асцит умеренный, не напряжен и хорошо поддается терапии. В комплекс лечения включен Спिलाктон (спиринолактон) в дозе 300 мг, однократно утром, в течение 10 дней. При декомпенсации цирроза печени в виде развития асцита применение Спिलाктона в комплексе лечения данной патологии показало свою эффективность.

**Ключевые слова:** цирроз печени, асцит, спилактон.

**ЖИГАР ЦИРРОЗИДА СПИЛАКТОН ЭФФЕКТИВЛИГИ, КЛИНИК КЕЧИШ ВА ДИУРЕТИК ЖАВОБ ЎРТАСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК**

Жигар циррози кўп холларда декомпенсация ривожланганда, портал гипертензия, асцит аломатлари пайдо бўлганда аниқланади. 75% беморларда асцит жигар циррози билан боғлиқ. Шу ўринда, жигар циррозидаги асцитни мувофиқ олиб бориш беморлар ҳаёт тарзини сезирарли яхшилайти. Жигар циррози ва асцит бор 30 та беморда ўтказилган текширув ва даволаш натижалари кўрсатилган бўлиб, асцит таранглашмаган ва даволашга мойиллиги бор холат ҳисобга олинган. Беморларни даволаш комплексига Спिलाктон (спиринолактон) 300 мг дозада, эрталаб бир марта, 10 кун давомида тайинланган. Жигар циррози декомпенсация даври асцит билан кечганда Спиронни комплекс давода қўллаш даво эффективлигини оширганлиги аниқланган.

**Калитли сўзлар:** жигар циррози, асцит, спилактон.

**ON THE QUESTION OF THE EFFECTIVENESS OF SPILACTONE IN CIRRHOSIS OF THE LIVER, THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DIURETIC RESPONSE AND THE CLINICAL COURSE**

Cirrhosis of the liver in most cases is diagnosed at the stage of decompensation, when the leading syndrome is portal hypertension, ascites. Ascites in 75% of patients is caused by cirrhosis of the liver. In this regard, adequate management of ascites in cirrhosis of the liver significantly improves the quality of life of a patient with cirrhosis of the liver. The results of examination and treatment of 30 patients with cirrhosis of the liver, when ascites is moderate, not tense and responds well to therapy, are shown. The treatment complex includes Spilactone (spironolactone) at a dose of 300 mg, once in the morning, for 10 days. When decompensating cirrhosis of the liver in the form of ascites, the use of Spilactone in the complex treatment of this pathology has shown its effectiveness.

**Keywords:** cirrhosis of the liver, ascites, spilactone.

**Актуальность проблемы.** Цирроз печени в большинстве случаев диагностируют на стадии декомпенсации, когда ведущим синдромом является портальная гипертензия, асцит. Около 4% общей популяции имеют нарушенную функцию печени или заболевание печени, у 10-20% из них с тремя наиболее частыми хроническими болезнями печени (неалкогольная жировая болезнь печени, алкогольная болезнь печени, хронический гепатит С) развивается цирроз в течение 10-20 лет [2,4,]. С ростом распространенности алкогольной и неалкогольной жировой болезни печени в течение следующих нескольких лет ожидается значительное повышение медико-социальной значимости болезней печени наравне с неизбежным увеличением частоты цирроза. Асцит – одно из значимых осложнений цирроза, возникает у 50% пациентов в течение 10-лет от постановки диагноза [3,4,]. Развитие асцита считают важным неблагоприятным прогностическим признаком прогрессии заболевания, так как он связан с 50% смертностью в течение двух ближайших лет. Асцит у 75% пациентов обусловлен циррозом, у остальных – злокачественным новообразованием (10%), сердечной недостаточностью (3%), туберкулезом (2%), панкреатитом (1%) и другими причинами. В зависимости от количества асцитической жидкости и эффективности терапии выделяют: начальный или транзиторный (до 400 мл, выявляется при ультразвуковом исследовании), умеренный (когда асцит не напряжен и хорошо поддается терапии) и выраженный или напряженный асцит (резистентный к лечению). Адекватное ведение асцита не только улучшает качество жизни пациента с циррозом, но и позволяет предотвратить тяжелые осложнения, такие как кровотечение. Как известно, диуретики являются основными препаратами для лечения асцита. Фармакологические исследования показывают, что натрийуретическая активность петлевых диуретиков намного выше, чем у дистальных диуретиков. Спиринолактон, антагонист альдостерона, широко используется в качестве мочегонного средства для достижения объемного гомеостаза. Лечение спиринолактоном может быть эффективным у пациентов с цирротическим асцитом и портальной гипертензией [1,5,6]. Однако, проведенных в этом

направлении исследований недостаточно. При декомпенсации цирроза печени в виде развития асцита, применение спиронолактона необходимо. Известно, что концентрация спиронолактона в плазме крови выходит на плато к третьему дню лечения и после отмены или уменьшения дозы препарата его концентрация и действие снижается через трое суток. Спиронолактон действует главным образом в дистальных канальцах, увеличивая натрийурез и сохраняя калий. Спиронолактон является препаратом выбора для начального лечения асцита при циррозе печени. Начальную дозу 100 мг/сутки можно постепенно увеличивать до 300-400 мг для достижения адекватного натрийуреза. Диуретический эффект развивается через 3-5 дней после начала терапии. В контролируемых исследованиях показано, что лечение спиронолактоном обеспечивает лучший натрийурез по сравнению с петлевыми диуретиками (фуросемид). Спиронолактон (спиронолактон) относится к группе мочегонных средств, не вызывающих потери калия. После приема таблетки действие препарата развивается постепенно, достигая своего максимума только на 2-3 сутки, но и сохраняется продолжительное время. Спустя несколько дней после окончания приема препарата мочегонное действие еще проявляется.

**Цель исследования.** Изучение клинической эффективности Спиронолактона (спиронолактона) в комплексном лечении цирроза печени и портальной гипертензии.

**Материал и методы исследования.** Нами обследовано 30 пациентов с циррозом печени с умеренным асцитом, когда асцит не напряжен и хорошо поддается терапии. Средний возраст больных составил 48,9±5,7 лет. Среди обследованных было 11 женщин и 19 мужчин. Всем больным проведено клиническое обследование, сбор анамнеза и осмотр больного, динамика суточного диуреза, динамика массы тела, общий анализ крови и мочи, показатели билирубина, АЛТ и АСТ, мочевины и креатинина крови. Диагноз цирроза печени ставили на основании данных сбора анамнеза, физикального осмотра, клинико-биохимического, ультразвукового исследования и эзофагогастродуоденоскопии. В комплекс лечения включен Спиронолактон (спиронолактон). Препарат назначали в дозе 300 мг, однократно утром, в течение 10 дней.

**Результаты исследования.** При лечении асцита использовали ступенчатый подход, начинали с назначения диеты с умеренным ограничением соли в рационе, полупостельный режим больного с назначением однократно 300 мг дозы Спиронолактона. С 3-дня лечения больные отмечали тенденцию к уменьшению одышки, появление некоторой легкости в ногах, улучшение аппетита. Положительный диуретический эффект у наших больных развивался через три дня после начала лечения. Добиться снижения массы тела на 300 г/сутки Спиронолактоном удалось на 5-сутки лечения. Результаты ультразвукового исследования показали ослабление повышенного давления в воротной вене.

Наши результаты совпадают с данными других авторов [2,4,5], которые свидетельствуют о том, что хроническое лечение спиронолактоном снижает внутрипеченочное сопротивление и портальную гипертензию. Необходимо отметить, что все пациенты ответили на Спиронолактон (спиронолактон). Пациентам было достаточно 300 мг Спиронолактона в день для достижения диуретического ответа. Лечение Спиронолактоном значительно увеличило суточный диурез, снизило портальное давление. В течение лечения отмечено уменьшение отеков, улучшение самочувствия пациентов.

**Заключение.** Своевременное и адекватное ведение асцита не только улучшает качество жизни пациента с циррозом, но и позволяет предотвратить тяжелые осложнения. Комплексная лечебная тактика при развитии асцита у больных циррозом печени должна базироваться на подходах, включающих полноценное обследование больных, оценку тяжести асцита и наличия осложнений, учет фармакологических характеристик диуретиков, их взаимодействия и побочных эффектов. Необходимым при этом являются одновременный учет и ежедневная оценка важных клинико-инструментальных параметров для принятия индивидуального терапевтического решения по поводу конкретного пациента.

**Вывод.** Для эффективного лечения асцита у больных циррозом печени важны соблюдение режима дня, диеты, регулярная оценка диуреза и лабораторных показателей. Важно знание современных подходов диуретической терапии и правильное использование новых препаратов. Раннее включение в терапию Спиронолактона повышает эффективность лечения цирроза печени с умеренным асцитом и портальной гипертензией, способствует улучшению клинического течения заболевания.

#### Литература.

1. Дядык А.И., Куглер Т.Е., Маловичко И.С., Яровая Н.Ф., Ракитская И.В. Принципы диуретической терапии при лечении больных циррозом печени //Российский журнал гепатологии, гастроэнтерологии, колопроктологии. 2017. Том 27 (5): 48-56.
2. Мехтиева С.Н., Кравчук Ю.А., Субботина И.В., Мехтиева О.Ф., Шаповалов М.С. Патогенетические подходы к диуретической терапии асцита у больных циррозом печени. // Лечащий врач. 2008. №5.
3. Подымова С. Д. Ведение больного со стойким асцитом. /РМЖ. -1996. -№3, с.10
4. Циррозы печени: учебное пособие. Д.Х. Калимуллина [и др.]; под общ. ред. А.Б. Бакирова – Уфа: Вагант, 2016. - 83 с.
5. Окумура Х., Арамаки Т., Кацута Й., Сатомура К., Акаике М. и др. Снижение градиента венозного давления в печени как следствие сокращения объема из-за хронического введения спиронолактона пациентам с циррозом печени и без асцита. Am J Gastroenterol.1991. 86: 46–52. [Google Scholar](#)
6. Nevens F., Lijnen P., Van Billoen H., Fevery J. Влияние длительного лечения спиронолактоном на варикозное давление у пациентов с портальной гипертензией без асцита. Гепатология. 1996. 23: 1047–1052.

УДК: 616.24-002.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЛИПИДНЫХ И НЕЛИПИДНЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ.**

Кодиров Д.А., Салахиддинов З.С.

Андижанский Государственный медицинский институт

Профилактика хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) и факторов риска на уровне населения является самой устойчивой стратегией в долгосрочной перспективе. В профилактике этой болезни и СПИДа заложен большой оздоровительный потенциал и уже существует эффективные меры профилактики и борьбы с ХОБЛ.

Однако службы здравоохранения и деятельность практикующих врачей все-таки часто более ориентированы на лечение, а не на профилактику ХОБЛ. В реализации эффективных мер в отношении течения ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции существует серьезный пробел, особенно среди популяции стран Центральной Азии и в том числе – Узбекистана.

**Ключевые слова:** хроническая обструктивная болезнь легких, факторы риска, биохимических факторов риска, популяция.

**ОИВ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН АҲОЛИ ЎРТАСИДА ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИНИНГ ЛИПИДЛИ ВА ЛИПИДСИЗ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛИ**

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) ва унинг хатар омилларини аҳоли орасидаги профилактикаси узоқни кўзловчи устивор йўналиш бўлиб қолмоқда. Ушбу касалликни ва ОИТС ни профилактикаси учун катта миқдорда сармоя ажратилган бўлиб ҳозирда ЎСОК ва унинг профилактикаси борасида самарали ишлар бажарилмоқда.

Аммо кўп холларда амалиёт врачлари ва соғлиқни сақлаш тизими ушбу касалликларни профилактикасида кўра кўпроқ даволашга эътибор бермоқдалар. Ўрта осие жумладан Ўзбекистон ОИВ билан зарарланган аҳоли орасида ЎСОК кечишини енгиллаштиришга қаратилган чора - тадбирлар орасида сезиларли узилишлар кузатилмоқда.

**Калит сўзлар:** ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, хатар омиллари, биохимик хавф омиллари, популяция.

**COMPARATIVE ANALYSIS PREVALENCE OF LIPID AND NON-LIPID BIOCHEMICAL FACTORS OF RISK OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES AMONG HIV-INFECTED POPULATION.**

Prevention of COPD and risk factors at the population level is the most sustainable strategy in the long term. In the prevention of this disease and AIDS laid large health potential and existing effective prevention and control of COPD.

However, health services and activities of practitioners still often more focused on treatment rather than prevention of COPD. In the implementation of effective interventions for COPD associated with HIV infection, there is a serious gap, especially among populations of Central Asia, including - Uzbekistan.

**Key words:** Chronic obstructive pulmonary disease, risk factors, biochemical risk factors, population.

**Введение.** Исследователями разных стран мира разработаны рекомендации по профилактике хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) с учетом данных об общих факторах риска (ФР) прогрессирования, которые включают коррекцию ФР, общих для ХОБЛ и ВИЧ-инфекцию. Возникла, безусловно, насущная потребность для эпидемиологических результатов и в разработке специальных среднесрочных и долгосрочных программ по профилактике (хронических неспецифических заболеваний) ХНЗ / ХОБЛ среди населения. Такие исследования среди ВИЧ-инфицированной популяции малочисленны. [1, 3].

В связи с этим проблема изучения и предупреждения развития факторов риска и разработка новой стратегии профилактики ХНЗ, в т.ч. ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции является одной из важных на современном этапе. Современная наука и практика остро нуждаются в новых стратегиях профилактики ХОБЛ у популяции ВИЧ-инфицированных. [2, 3, 4].

Поэтому одной из задач нашего исследования было выявление и оценка распространенности факторов риска ХОБЛ на фоне ВИЧ-инфекции.

**Материал и методы.** В условиях г.Андижана с использованием комплексного метода отбора в течение 2 лет обследованы 507 больных ВИЧ-инфицированных / СПИД, находившихся на диспансерном учете и наблюдении в региональном центре по профилактике и борьбе со СПИДом. Из них 244 женщины (48,1%), 263 (51,9%) мужчин. Среди них больных с впервые выявленным диагнозом ХОБЛ были 101 человек, с длительным анамнезом ХОБЛ 97. Практически все обследованные лица (503 человек, 99,2%) были представителями коренной национальности.