



**ILMIY VA
INNOVATSION
TERAPIYA**

**SCIENTIFIC >>> >>>
AND INNOVATIVE
THERAPY**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**SCIENTIFIC AND INNOVATIVE
THERAPY**

**ИЛМИЙ ВА ИННОВАЦИОН
ТЕРАПИЯ**

**НАУЧНАЯ И ИННОВАЦИОННАЯ
ТЕРАПИЯ**

Научный журнал по научной и инновационной терапии

основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит, один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

***Н.Ш. Ахмедова (зам. главного редактора),
Ш.А. Наимова (ответственный секретарь),
Г.Ж. Жарылкасинова, Н.А. Нуралиев, К.Ж. Болтаев,
Ф.Э. Нурбаев, С.М. Бахрамов, А.Г. Гадаев,
А.Ш. Иноятов, Р.Б. Абдуллаев***

***Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино***

2022, № 2 (1)

Уроков Ш.Т., Холиков Ф. Й. ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ.....	112
Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЖЕЛУДКА И 12 ПЕРСТНОЙ КИШКИ ИЗ НПВС - ИНДУЦИРОВАННЫХ ОЭЯП	113
Урунова М.В., Музафарова М.Х., Насруллоева М.Н. ИЗУЧЕНИЕ БЕЗВРЕДНОСТИ НАСТОЯ ЛИСТЬЕВ ВИНОГРАДА КУЛЬТУРНОГО, ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ТАДЖИКИСТАНЕ.....	114
Фазилов А.В., Аляви Б.А., Арипов Б.С., Рахимова Д.А., Кенжаев Б.Ч., Рузимов Х.И. ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОКИНЕТИКА ТЕОФИЛЛИНА У БОЛЬНЫХ С БРОНХОСПОСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	115
Фазылов А.В., Тошев С.С., Гафарова Г.И., Шоносирова Х.Р., Пулатов Н.Н. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ.....	116
Хабирова С.З., Зубайдова Т.М., Урунова М.В. ХОЛЕРИТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭФИРНЫХ МАСЕЛ «ГЕПАТОЛЫ» У ЖИВОТНЫХ С ПОДОСТРЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ССЛ4.....	117
Хайтбоев Ж.А. ОРОЛ БҮЙИ МИНТАҚАСИДА ҮТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИДА ИННОВАЦИОН ЁНДАШУВ.....	118
Хамидов Х.Н., Юлдошев Х., Мирзоев К.А. ВЛИЯНИЕ АКЦЕПТОРНЫХ ЦЕНТРОВ В ГЕНОТИПАХ ХЛОПЧАТНИКА	119
Ҳамидова Н.Қ. ГИМЕНОЛЕПИДОЗ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ БАҲОЛАШ.....	119
Хамидова М.Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ВАГИНОЗЕ.....	120
Хамраев А.А., Юлдашева Д.Х. ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒ ХАСТАЛИГИ РИВОЖЛАНИШИНИ СТЕАТОЗ ВА СТЕАТОГЕПАТИТ БОСҚИЧИДА КЛИНИК-ЛАБОРАТОР МАРКЁРЛАРИ.....	121
Хамраев А.А., Арипова Н.Н. СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРГА КЎРА ЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ.....	122
Хамраев А.Н., Раджабова М. С., Абдурахманов М.М. ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ.....	123
Хлямов С.В., Маль Г.С., Артюшкова Е.Б. РАЗВИТИЕ БЕВАЦИЗУМАБ-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В СВЕТЕ ГЕРИАТРИИ.....	124
Ходжаева Ф.М., Ходжаева Н.Н., Акрамова И.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПЛОДОВ СОФОРЫ ЯПОНСКОЙ.....	125
Ходжаева Ф.М. ГЕПАТОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ОТВАРА ПЛОДОВ СОФОРЫ ЯПОНСКОЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЖИВОТНЫХ.....	126
Холов Ү. А. СОВИД-19 ТУРЛИ ХИЛ ВАРИАНТЛАРИДА ЦИТОКИН БЎРОНИНИ АНИҚЛАШ.....	127
Ҳамроев Т.Т., Саноев З.И., Абдиназаров И.Т., Раҳимбоев С.Д., Рашидов С.З. N-ДЕЗАЦЕТИЛАПАКОНИТИН ВА АЛЛАПИНИННИНГ ТУТҚАНОҚҚА ҚАРШИ ФАОЛЛИГИНИ АНИҚЛАШ.....	128

нарушения микробиоценоза влагалища.

Анемия легкой и средней степени тяжести диагностирована в 33,3% и 13,3% случаев в основной группе, тогда как среди женщин контрольной группы в 10,0% случаев выявлена

анемия легкой степени. У 20,0% женщин основной группы отмечено обострение хронического пиелонефрита, цистита и бессимптомная бактериурия. У женщин с нормоценозом данных осложнений не наблюдалось.

Несмотря на малое количество выборки больных полученные данные показывают, что бактериальный вагиноз часто сочетается с осложненным течением I триместра беременности.

Заключение. У беременных женщин с БВ часто наблюдается осложненное течение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. В связи с чем, ранняя диагностика и коррекция микробиоценоза влагалища является залогом успешного течения гестационного периода.

ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒ ХАСТАЛИГИ РИВОЖЛАНИШИНИ СТЕАТОЗ ВА СТЕАТОГЕПАТИТ БОСҚИЧИДА КЛИНИК-ЛАБОРАТОР МАРКЁРЛАРИ

Хамраев А.А., Юлдашева Д.Х.

Тошкент тиббиёт Академияси

Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон

Тадқиқот ишининг мақсади: - жигар ноалкогол ёғ хасталиги (ЖНАЁХ) ни стеатоз ва стеатогепатит босқичида клиник-лаборатор маркёрлари орқали баҳолаш

Текшириш материаллари ва усуллари. Тадқиқотга ЖНАЁХ ташхисланган 98 нафар беморни клиник, лаборатор ва инструментал текшириш натижалари маълумотлари олинди. Беморларнинг 53 (54%) нафари аёл, 45 (46%) эркак жинсига мансуб бўлиб, ёшлари 20 – 75 (ўртача $49,2 \pm 4,2$) йилни ташкил этди. ЖНАЁХ билан хасталанган 98 нафар бемордан 67 (68,3%) жигар стеатози (ЖС) босқичи, 31 (31,6%) стегепатит (СГ) босқичидаги беморлар киритилди. Алкоголли жигар ёғ хасталигини инкор этиш учун анамнез (даврий алкоголли ичимликлар ичмаслиги) йиғилди ҳамда махсус САҒЕ сўровномаси орқали ажратиб олинди. Текшириш давомида амалий 24 нафар соғлом шахслар (ёши 20-65) билан қиёсий баҳоланди. Қон зардобиди липид профилини текшириш: умумий холестерин (ХС), холестерин зичлиги паст бўлган липопротеидлар (ЗПЛП), холестерин зичлиги жуда паст липопротеидлар (ЗЖПЛП), холестерин зичлиги юқори бўлган липопротеидлар (ЗЮЛП), триглицеридлар (ТГ) текширувларни ўз ичига олган. ЗПЛП ва ЗЖПЛП кўрсаткичи қўйидаги формула орқали ҳисобланди: $ЗЖПЛП = ТГ / 2$, $ЗПЛП = ХС_{қон} - (ЗЖПЛП + ЗЮЛП)$. Олинган натижалар Атерогенлик коэффиценти (АК) формуласи орқали ҳисобланди: $АК = ХС_{зпмп} + ХС_{зжпмп} / ЗЮЛП$. Семизлик даражаси Кетле индекси бўйича: $ТМИ = оғирлик (кг) / бўй (м^2)$. Олинган маълумотлар Стьюдентнинг t – мезони қўлланган ҳолда статистик қайта ишланди ва $P < 0,05$ эга бўлган натижалар тафовути ишончли деб тан олинди.

Натижалар ва таҳлиллар. ЖНАЁХ га хос бўлган асосий клиник белгилар мажмуаси қуйидагилар: ўнг қовурға остида оғирлик ва нохус сезги, жигилдон қайнаши, кўнгил айниши, кекириш, метеоризм, ич қотиши, кашасимон ич келиши, тез чарчаш, ҳолсизлик. Тадқиқот ишидан, ЖНАЁХ СГ да учрайдиган клиник белгилар жигар стеатозига нисбатан юқори частотада учради. Ундан ўнг қовурға остида нохушлик, оғирлик ҳисси 58,06 %. Беморларда учраш кўрсаткичи юқори кейинги белги кекириш бўлиб, СГ да (67,7%), жигар стеатозиди 47,7% ни ташкил этди. ЖНАЁХ да кейинги клиник белги ич қотиши бўлиб, бу белги СГ да 54,8% ни, ЖС да эса нисбатан камроқ учраб, 31,3% ни эгаллади. ЖНАЁХ да жигар функционал ҳолатини ўрганишда унинг липид метаболизмини текшириб, таҳлил қилинди. ЖНАЁХ да дислипидемия ТГ 1,9 ммоль/л дан юқорилиги, ХС ЗЮЛП < 1 ммоль/л дан пастлиги тавсифланди. Бу

бузилишлар липид метаболизми чуқурроқ бузилганда янада сезиларли бўлди. Олинган натижалар ЖНАЁХ беморларида стеатоз ва стеатогепатит босқичида атероген дислипидемия мавжудлигини кўрсатади. Бизнинг тадқиқот натижаларимиздан АК 6 ммоль/л дан юқори қайд этилди. ЖНАЁХ да стеатоз ва стеатогепатит босқичида жигарнинг функционал ҳолатини баҳолаш учун пигмент алмашинуви, цитолиз ва холестаза параметрлари ўрганилди. Билирубин даражаси назорат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан сезиларли даражада ошди. ЖС да цитолиз кўрсаткичлари даражаси аспартатаминотрансфераза (АСТ) 20,9 (ТБ/л) аланинаминотрансфераза (АЛТ) - 27,6 ни ташкил қилди, СГ да бу кўрсаткич соғлом ва ЖС га қараганда юқорироқ АЛТ 88,6 6- 8 марта ва АСТ 48,2 3-4 марта кўрсаткич юқорилиги аниқланди. Ишқорий фосфатаза СГ да 1,5—2,5 марта юқорилиги кўрилди.

Шундай қилиб, ЖНАЁХ да клиник белгилар, лаборатор таҳлиллар, пигмент алмашинуви, цитолиз ва холестаза натижалари ЖС га нисбатан СГ да нисбатан юқорилиги баҳоланди. Бизнинг корреляцион таҳлилимиз ЖНАЁХ стеатоз, стеатогепатит босқичида, умумий холестерин ЗПЛП билан ЗЮЛП ўзаро манфий боғлиқликда бўлди.

СУРУНКАЛИ ПАНКРЕАТИТНИНГ ЭТИОЛОГИК ОМИЛЛАРГА КЎРАЎЗИГА ХОС КЕЧИШИ

Хамраев А.А., Арипова Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент шаҳри

Долзарблиги: СП билан оғриган беморларда Д витамини етишмаслиги хавфи ўртача 60% ни ташкил қилади ва бу ҳолат ўз навбатида остеопороз, мушакларнинг кучсизлиги, депрессия, юрак-қон томир тизими касалликлари келиб чиқиш хавфини оширади.

Максад: Сурункали панкреатитда (СП) этиологик омилларга кўра касалликни ўзига хос хусусиятларини аниқлаш.

Материал ва услублар. Тадқиқотлар ТТА клиникаси гастроэнтерология бўлимига СП хуружи даврида даволанган 94 (48 эркак ва 46 аёл) 31 ёшдан 83 ёшгача бўлган беморларда ва 15 соғлом волонтерларда ўтказилди. Беморлар СП этиологик омилига кўра 3 гуруҳга бўлинган: 1чи гуруҳга билиар этиологияли 72 бемор, 2чи гуруҳга идиопатик этиологияли 8 бемор, 3чи гуруҳга аралаш этиологияли 14 бемор киритилган. Беморларда клиник-анамнестик, инструментал, копрологик ва биокимёвий текширувлар ўтказилган. Меъда ости беши ташки секретор функцияси етишмовчилиги нажасда эластаза фаоллиги билан баҳоланган, қон зардобиди витамин Д микдори иммунофермент усулида, кальций микдори маҳсус биотестлардан фойдаланиб аниқланди. Остеопения ва остеопороз ультратовуш денситометр SONOST-3000 OsteoSys аниқланган. Копрологик текширувлар анъанавий усулда ўтказилган.

Натижалар. Барча гуруҳларда шикоятлар асосан эпигастрал соҳасида оғриқлар, диспептик кўринишлар, кўнгил айниш, холсизлик, гуруҳлар орасида шикоятлар кўпам фарқланмади. Барча беморлар нажасида эластаза фаоллиги меёрий кўрсаткичларга (208,27±10,83 мкг/мл) нисбатан паст бўлган: билиар, идиопатик ва аралаш шакилларида 171,58±10,04; 157,25±30,26 ва 124,33±8,16 мкг/мл ташкил этган. Қон зардобиди витамин Д ва кальций микдори билиар шаклида 20,69±1,65 нг/мл ва 1,85±0,05 ммоль/л, идиопатикда - 15,87±5,16 нг/мл ва 1,67±0,2 ммоль/л 2, аралаш шаклида эса 12,88±1,89 нг/мл ва 1,75±0,40 ммоль/л, назорат гуруҳда - 21,90±1,53 нг/мл ва 1,98±0,03 ммоль/л ташкил этган. Олинган натижалар СП билиар шаклида 19,4% беморларда витамин Д меёри, 25% - қисман танқислик, 44,4% - танқислик ва 11,2% - кучли танқислик аниқланган бўлса; идиопатик шаклида 75% беморларда - танқислик, 25% эса кучли дефицит; аралаш шаклида 50% беморларда танқислик ва 50% - кучли дефицит кузатилган. Меъда ости беши ультратовуш текширувлари эхосигналлар паренхима тузилишида турлича бўлиши, амплитудаси ва давомийлигининг ўта вариабиллиги барча

беморларда аниқланди. Меъда ости безининг катталашиси ҳамда тўқимасининг кальцификацияси СП асосан аралаш шаклига хос бўлди витамин Д етишмовчилигида кузатилди. Баъзан СП билиар этиологиясида аъзонинг ўлчамларини катталашиси, панкреатик йўлларда катталашиси, конкрементлар ва кисталар бўлиши ва без тўқимасининг қалинлашиши кузатилди. Шу билан биргаликда витамин Д етишмовчилиги кузатилган беморларда кўпинча тошсиз холецистит, холециститэктомиядан кейинги ҳолат ва реактив гепатит аниқланди. Копрологик текширувлар гепатоген стеаторея, ёгда эрувчи витаминлар ва кальций сўрилишини бузилиши, креаторея, амилорея кузатилди.

Хулосалар: СПнинг билиар шакли 76,6% беморларда аниқланди. Сурункали панкреатитни этиологик шаклларига кўра клиник, функционал, биокимевий ва копрологик ўзгаришлар хослиги аниқланди. Витамин Д ва кальций етишмовчилиги СП барча шаклларида 85,1% кузатилиб, яққол аралаш шаклида етишмовчилик ва ўта етишмовчилик даражасида намоён бўлди. СП панкреатик безининг ташқи секретор функцияси касалликнинг барча шаклларида кузатилиб, кучли етишмовчилик аралаш шаклига хос бўлди ва ўз исботини ультратовуш ва копрологик текширувларда топди.

ПОКАЗАТЕЛИ ДИНАМИКИ ЦИТОКИНОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ

Хамраев А.Н., Раджабова М. С., Абдурахманов М.М.

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Формирование дисфункции левого желудочка (ЛЖ) с трансформацией из бессимптомной в выраженную ХСН происходит не только с активацией таких нейрогуморальных систем, как симпато-адреналовая и ренин-ангиотензин-альдостероновая, но и с участием иммунной активации и системного воспаления. Провоспалительные цитокины являются значимыми компонентами этого процесса. Наиболее важными признаны цитокины фактор некроза опухоли α (TNF- α) и интерлейкин 6 (IL-6)

Цель исследования: определение уровня и корреляции провоспалительных цитокинов и С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови с характером хронической сердечной недостаточности (ХСН), их динамика в результате терапии у больных с постинфарктным кардиосклерозом.

Материалы и методы. На базе кардиологического и кардиореанимационного отделений Бухарского филиала РНЦЭМП, с 2019 по 2022 гг., было обследовано 126 больных, перенесших инфаркт миокарда, из них 109 мужчин (86,5%) и 17 женщин (13,5%), средний возраст $56,6 \pm 10,8$ лет, перенесших инфаркт миокарда не ранее 4 месяцев тому назад. Для определения функционального класса (ФК) ХСН применялась классификация Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) с использованием теста 6-ти минутной ходьбы. ХСН I ФК была выявлена у 29 больных (23%), ХСН II ФК установлена у 45 (36%) больных, ХСН III ФК - у 42 (33%) и IV ФК ХСН - у 10 больных (8%). Для определения активности воспалительного процесса использовали показатели С-реактивного белка. Участие цитокинового звена воспаления оценивалось по данным содержания в плазме крови фактора некроза опухоли α (TNF- α), интерлейкинов: IL-1 β и IL-6,

Результаты. Уровни провоспалительных цитокинов и СРБ были повышены и достоверно отличались от группы контроля. При этом содержание СРБ было увеличено в 3,9 раза, TNF- α в 3,1 раза, IL-1 β — 4,6 раза, IL-6 — в 5,6 раза. Применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) приводило к уменьшению высвобождения провоспалительных цитокинов у больных с ХСН III функционального класса, что может объяснять положительный эффект иАПФ у этой категории больных.