

# O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2023. № 1

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

**Редакционная коллегия:**

**Главный редактор** А.Л. Аляви, академик АН РУз,  
д.м.н., профессор  
Зам. глав. редактора А.Х. Абдуллаев, д.м.н.  
Зам. глав. редактора М.М. Каримов, д.м.н., профессор  
М.Ю. Алиахунова, д.м.н., профессор  
Б.А. Аляви, д.м.н., профессор  
А.Г. Гадоев, д.м.н., профессор  
Б.Т. Даминов, д.м.н., профессор  
У.К. Каюмов, д.м.н., профессор  
М.Ш. Каримов, д.м.н., профессор  
У.К. Камилова, д.м.н., профессор  
Р.Д. Курбанов, академик АН РУз,  
д.м.н., профессор  
И.Р. Мавлянов, д.м.н., профессор  
Д.А. Рахимова, д.м.н.  
Г.А. Садыкова, д.м.н., профессор  
А.М. Убайдуллаев, академик АН РУз,  
д.м.н., профессор  
Ф.И. Хамробаева, д.м.н., профессор

**Редакционный совет:**

Арипов Б.С., к.м.н. (Ташкент)  
Арутюнов Г.П. чл.-корр. РАН, д.м.н.,  
профессор (Москва)  
Ахмедов Х.С., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Бабаев К.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Губергриц Н.Б., д.м.н., профессор (Донецк)  
Джумагулова А.С., д.м.н., профессор (Бишкек)  
Закирходжаев Ш.Я., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Зияев Ю.Н., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Зуфаров М.М., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Искандарова С.Д. (Ташкент)  
Ливерко И.В., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Мамасолиев Н.С., д.м.н., профессор (Андижан)  
Мирахмедова Х.Т., д.м.н. (Ташкент)  
Набиева Д.А., д.м.н. (Ташкент)  
Рустамова М.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Собирова Г.Н., д.м.н. (Ташкент)  
Собиров М.А., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Ташкенбаева Э.Н., д.м.н., профессор  
(Самарканд)  
Тулабаева Г.М., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Фозилов А.В., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Хамраев А.А., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Хужамбердиев М.А., д.м.н., профессор (Андижан)  
Шек А.Б., д.м.н., профессор (Ташкент)  
Шодикулова Г.З., д.м.н., профессор  
(Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации. Рег. № 0572 от 28.12.2010 г.

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.  
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы обращаться по адресу:  
00084, Узбекистан, Ташкент, ул. Осие 4. Научно-организационный отдел.  
Тел.: (998–71) 234–30–77. Факс: (998–71) 235–30–63  
E-mail: [tervestuz@mail.ru](mailto:tervestuz@mail.ru)  
Сайт: [terapevt.uz](http://terapevt.uz)

Подписано в печать 00.04.2023. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>. Печать офсетная.  
Усл. п.л. 31,0. Тираж 000. Заказ № 00.

## КАРДИОЛОГИЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ <i>Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н.</i> .....	7
PSIXO-EMOTSIONAL HOLAT BILAN BOG'LIQ BO'LGAN YURAK ISHEMIK KASALLIGINI BEQARORLASHTIRISHDA ISHTIROK ETUVCHI YALLIG'LANISH SITOKINLARINING MOLEKULAR-GENETIK MARKERLARINING O'RNI <i>Nasirova Z.A.</i> .....	12
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Атаходжаева Г.А., Арипова Д.Ш., Турсунбаев А.К.</i> .....	17
ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОЛЛАРИНИНГ ТЕМПЕРАМЕНТ ВА ШАХС ХАРАКТЕРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ <i>Мавлянов И.Р., Мавлянов С.И., Мавлянов З.И., Усмоналиева Н.Ш.</i> .....	22
ОСОБЕННОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ DES СТЕНТОВ <i>Усмонов Д.А., Мухитдинова О.Ю., Юлдашева Ю.Х., Валиев А.А.</i> .....	33
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ ЭРТА БОСҚИЧЛАРИДА КАРДИОРЕНАЛ СИНДРОМ <i>Турсунова Л.Д., Жаббаров О.О., Қодирова Ш.А., Ходжанова Ш.И., Жуманазаров С.Б., Надирова Ю.И.</i> .....	36
РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ И ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА ПРИ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ <i>Зуфаров М.М., Анваров Ж.О., Махкамов Н.К., Им. В.М.</i> .....	41
ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА РАЗВИТИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ COVID-19 <i>Камилова У.К., Закирова Г.А., Машарипова Д.Р., Тагаева Д.Р., Нурутдинов Н.А., Утемурадов Б.Б., Алиева М.Н.</i> .....	48

## ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

МИКРОФЛОРА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Аляви А.Л., Рахимова Д.А.</i> .....	54
РЕСПИРАТОРНЫЙ СТАТУС И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В КОМОРБИДНОМ СОСТОЯНИИ <i>Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Махкамова О.А.</i> .....	57

## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

YOG'LI GEPATOS BILAN KASALLANGAN HARBIY XIZMATCHILARDA FARMOKOLOGIK VA PARHEZ BILAN DAVOLASHNI BIRGA QO'LLASH <i>Karimov M.M., Ulmasova Sh.R., Sobirova G.N., Zufarov P.S.</i> .....	62
---	----

**YOG'LI GEPATOSZ BILAN KASALLANGAN HARBIY XIZMATCHILARDA FARMOKOLOGIK VA PARHEZ BILAN DAVOLASHNI BIRGA QO'LLASH**

**KARIMOV M.M., ULMASOVA SH.R., SOBIROVA G.N., ZUFAROV P.S.**

*Respublika ixtisoslangan terapiya va tibbiy tiklanish tibbiyot markazi;  
Harbiy qism 51411, Toshkent, O'zbekiston*

**РЕЗЮМЕ**

**СОЧЕТАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ДИЕТ ПИТАНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ**

**Каримов М.М., Улмасова Ш.Р., Собирова Г.Н., Zufarov П.С.**

**Военная часть 51411, г. Ташкент, Узбекистан**

Неалкогольная жировая болезнь печени стала актуальной проблемой современной гепатологии в связи с ее распространенностью, трудностями диагностики и возможностью развития осложнений. Во всем мире распространенность неалкогольной жировой болезни печени составляет в среднем 20–40% и ежегодно увеличивается. В связи с развитием этого заболевания, фиброза и цирроза печени, а в ряде случаев и гепатоцеллюлярной карциномы увеличивается смертность. Установлено, что 60–80% криптогенного цирроза печени возникает в результате неалкогольного стеатогепатита. Неалкогольная жировая болезнь печени является причиной номер один трансплантации печени во всем мире.

**Ключевые слова:** неалкогольная жировая болезнь печени, жировой гепатоз, неалкогольный стеатогепатит, диета, урсосан, атоvastatin.

**SUMMARY**

**EFFECTIVENESS OF VARIOUS OPTIONS OF PHARMACO-DIETARY THERAPY IN PATIENTS WITH FATTY HEPATOSIS**

**Karimov M.M., Ulmasova Sh.R., Sobirova G.N., Zufarov P.S.**

**Military unit 51411, Tashkent, Uzbekistan**

**Annotation.** Non-alcoholic fatty liver disease has become an urgent problem of modern hepatology due to its prevalence, diagnostic difficulties and the possibility of complications. Worldwide, the prevalence of non-alcoholic fatty liver disease averages 20–40% and is increasing every year. In connection with the development of this disease, fibrosis and cirrhosis of the liver, and in some cases, hepatocellular carcinoma, mortality increases. It has been established that 60–80% of cryptogenic cirrhosis of the liver occurs as a result of non-alcoholic steatohepatitis. Non-alcoholic fatty liver disease is the number one cause of liver transplantation worldwide.

**Key words:** non-alcoholic fatty liver disease, fatty liver, non-alcoholic steatohepatitis, diet, ursosan, atovastatin.

**XULOSA**

**YOG'LI GEPATOSZ BILAN KASALLANGAN HARBIY XIZMATCHILARDA FARMOKOLOGIK VA PARHEZ BILAN DAVOLASHNI BIRGA QO'LLASH**

**Karimov M.M., Ulmasova Sh.R., Sobirova G.N., Zufarov P.S.**

**Respublika ixtisoslangan terapiya va tibbiy tiklanish tibbiyot markazi, Harbiy qism 51411, Toshkent, O'zbekiston**

Jigar noalkogol yog' kasalligi keng tarqalganligi, tashxislashda qiyinchiliklar va asoratlar rivojlanish ehtimoli tufayli zamonaviy gepatologiyaning dolzarb muammosiga aylangan. Butun dunyoda jigar noalkogol yog' kasalligining tarqalishi o'rtacha 20–40% ni tashkil qiladi va har yili ortib bormoqda. Ushbu kasallikning avj olishi oqibatida jigar fibrozi va sirrozi hamda ba'zi holatlarda gepatotsellyulyar karsinoma rivojlanishi sababli o'lim foizi tobora oshmoqda. Kriptogen jigar sirrozining 60–80%i noalkogol steatogepatit natijasida yuzaga kelishi aniqlangan. Jigar noalkogol yog' kasalligi butun dunyo bo'ylab jigar transplantatsiyasining birinchi sababi hisoblanadi.

**Kalit so'zlar:** jigar noalkogol yog' kasalligi, yog'li gepatoz, noalkogol steatogepatit, parhez, ursosan, atovastatin.

**Dolzarbli.** Jigar noalkogol yog' kasalligi (JNAYoK) keng tarqalganligi (rivojlangan mam-lakatlarda aholining 20–30% gacha), tashxislashda qiyinchiliklar va jarayonning rivojlanish ehtimoli tufayli zamonaviy gepatologiyaning dolzarb muammosidir [1, 5, 6].

Shu bilan birga, O'zbekistonda va dunyoda ushbu kasallikning tarqalishi to'g'risidagi ma'lumotlar qarama-qarshidir, bu JNAYoK tashxisoti uchun ishlatiladigan mezonlardagi farqlar bilan bog'liq.

JNAYoK semizlik, insulin qarshiligi, arterial giper-tenziya va dislipidemiya bilan kuchli bog'liq bo'lib, hozirgi vaqtda metabolik sindromning jigar ko'rinishi sifatida qabul qilinadi.

JNAYoK ikkita klinik shakli, yog'li gepatoz (YoG) va jigar noalkogol steatogepatiti (JNS) bilan ifodalanadi. YoG yaxshi kechishi, alkogolsiz steatogepatit esa yallig'lanish va fibroz natijasida gepatotsitlarning shikastlanishi bilan tavsiflanadi, bu jigar sirrozi, jigar hujayralari yetishmovchiligi va gepatotsellyulyar kar-sinomaga o'tishi mumkin [2, 4, 7]. JNAYoKning klinik kechishi yetarlicha o'rganilmagan va kasallik ko'pincha simptomsiz kechadi. Jigarning holati va funksiyasini aks ettiruvchi qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari me'yoriy qiymatlarda bo'lishi mumkin va steatogepatitning rivojlanish ehtimolini ko'rsatadigan yagona ko'rsatkich zardobdagi transaminazalar dara-jasining oshishi hisoblanadi.

JNAYoKni davolashda turmush tarzini o'zgar-tirishga qaratilgan chora-tadbirlar muhim ahamiyatga ega va patogenetik jihatdan asoslanadi. Parhez terapiyasi JNAYoKni oldini olish va davolashning eng samarali usuli bo'lib, nafaqat energiya qiymatini pasaytirish, balki parhezning makronutrient tarkibini – uglevod va yog' komponentlarini o'zgartirish ham asosiy ahamiyatga ega. Shu bilan birga, eng sama-rali terapevtik parhezlar hali aniqlanmagan va kombinatsiyalangan parhez va farmakoterapiyaning JNAYoKning klinik kechishiga ta'siri tabiiati o'rganil-magan [3, 8, 9, 10].

**Tadqiqot materiali va usullari.** Tadqiqotni ba-jarish uchun 2019–2021 yillarda Davlat Xavfsizligi Xizmati huzuridagi Markaziy harbiy gospitalning terapiya va reabilitatsiya bo'limida statsionar va keyin-chalik ambulator davolanish kursidan o'tgan JNAYoK bilan kasallangan 149 nafar bemor tekshirildi.

Jami 149 nafar bemorlar, shu jumladan, ma'muriy tarkibdan 60 (40,3%), tezkor tarkibdan 43 (28,8%), tezkor-qo'riqlash tarkibidan 26 (17,44%), tezkor-texnik tarkibdan 16 (10,73%), tezkor-jangovar tarkibdan 4 (2,68%) nafari ushbu tadqiqot uchun tanlab olindi. Ularning o'rtacha yoshi  $38,2 \pm 6,6$  yilni tashkil qildi.

Tasodifiy tanlov usuli bo'yicha 6 ta kichik guruhlar (A, B, C, E, F, G) tuzilgan, bu kichik guruhlardagi bemorlar faqat shaxsiylashtirilgan parhezni (A va E kichik guruhlar) yoki kombinatsiyalangan parhez va farmakoterapiya olganlar: ursodezoksixol kislotasi UDXK (B va F kichik guruhlar) yoki atorvastatin (C va G kichik guruhlar). D va H kichik guruhlar bemorlari parhez va dori-darmonlarga rioya qilishdan

bosh tortdilar va nazorat kichik guruhlarini tashkil qildilar.

JNAYoK bilan kasallangan barcha harbiy bemor-larga asosiy oziq-ovqat guruhlari – non, go'sht va parranda go'shti, baliq idishlari, sabzavot va mevalarni o'z ichiga olgan oqsil, yog'lar va uglevodlarning nazorat qilinadigan tarkibi bilan shaxsiylashtirilgan parhez (ShP) buyurildi.

**Tadqiqot natijalari.** YoG uchun farmakologik va parhez terapiyasining turli xil variantlari sama-radorligini baholash uchun bemorlar kichik guruhlariga bo'lingan: A – shaxsiylashtirilgan parhez (ShP,  $n=17$ ), B – kombinatsiyalangan terapiya: ShP<+UDXA ( $n=18$ ), C – kombinatsiyalangan terapiya: ShP<+atorvastatin ( $n=18$ ), D – davolash qo'llanilmagan harbiy xizmatchilar (nazorat kichik guruhi,  $n=18$ ).

12 oylik terapiyadan so'ng A kichik guruhidagi bemorlarda antropometrik ko'rsatkichlar dinamikasini tahlil qilish, tana vaznining boshlang'ich darajasiga nisbatan (10,4% ga,  $r<0,0001$ ), TVI (10,8%,  $r<0,0001$ ) ga va BA/SA indeksi (3,4% ga,  $r<0,001$ )ga sezilarli pasayishi aniqlandi. Yuqoridagi ko'rsatkichlar 3 oylik terapiyadan keyin nazorat bilan solishtirganda ham sezilarli farqqa ega edi.

B kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik tera-piyadan so'ng tana vaznining boshlang'ich darajasiga (10,6%,  $r<0,0001$ ), TVI (10,1%,  $r<0,001$ ) va BA/SA indeksi darajasiga nisbatan sezilarli pasayish (4,1% ga,  $r<0,001$ ) qayd etildi; B kichik guruhidagi ushbu ko'rsatkichlarning pasayish darajasi A kichik guruhiga nisbatan sezilarli farqlarga ega emas edi ( $r>0,05$ ). B kichik guruhidagi bemorlarda kuzatuvning 3-oyidan boshlab tana vazni, TVI va BA/SA indeklari nazorat guruhi bilan solishtirganda barqaror pasayish moyilligiga ega (mos ravishda  $r<0,001$ ,  $r<0,01$ ,  $r<0,01$ ).

C kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik davo-lanishdan so'ng tana vaznining boshlang'ich dara-jasiga (14,2%,  $r<0,0001$ ), TVI (12,4%,  $r<0,0001$ ) va BA/SA (4,7% ga,  $r<0,001$ ) darajasiga nisbatan sezilarli pasayish kuzatildi. Indeks TVI pasayish darajasi A kichik guruhiga qaraganda aniqroq edi ( $r=0,03$ ). C kichik guruhidagi tana vazni, TVI va BA/SA indeksi davolashning 3-oyidagi nazorat bilan solishtirganda sezilarli farqqa ega edi ( $r<0,001$ ,  $r<0,001$ ,  $r<0,05$  mos ravishda).

Turli davolash rejimlari bilan yog'li gepatoz bilan og'rigan harbiy bemorlar qonining biokimyoviy ko'rsat-kichlari dinamikasi 1-jadvalda keltirilgan.

A kichik guruhidagi bemorlarda biokimyoviy ko'r-satkichlar dinamikasini baholashda, 12 oylik tera-piyadan so'ng, boshlang'ich ko'rsatkichlarga nisbatan GGTPning sezilarli pasayishi ( $30,1 \pm 3,7\%$ ,  $r<0,001$ ), xolesterin ( $13,1 \pm 1,1\%$ ,  $r<0,001$ ) va triglitseridlar ( $70,9 \pm 11,0\%$ ,  $r<0,0001$ ); ALT, ACT, ishqoriy fosfataza, XS ZPLP, bazal glikemiya ko'rsatkichlari sezilarli farqlarga ega emas edi ( $r>0,05$ ). A kichik guruhidagi GGTP, xolesterin va triglitseridlar D kichik guruhiga nisbatan sezilarli darajada past edi (mos ravishda  $r<0,001$ ,  $r<0,001$  va  $r<0,01$ ).

B kichik guruhida 12 oylik davolanishdan so'ng GGTP ( $39,6 \pm 5,6\%$  ga,  $r < 0,0001$ ), xolesterin ( $16,3 \pm 3,4\%$ ,  $r < 0,001$ ), ALT ( $37,1 \pm 3,2\%$  ga,  $r < 0,001$ ) sezilarli darajada pasaygan va bazal glikemiya

( $16,9 \pm 2,5\%$ ,  $r < 0,01$ ) asosiy qiymatlarga nisbatan. D kichik guruhi bilan qiyosiy tahlil ushbu ko'rsatkichlarda sezilarli farqlarni aniqladi ( $r < 0,01$ ,  $r < 0,01$ ,  $r < 0,001$  va  $r < 0,001$ ).

1-jadval

Davolash paytida YoG bilan og'rigan harbiy bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlarning dinamikasi

Ko'rsatkich	Guruh	Davolash bosqichlari			
		Davolashdan oldin	Davolashning 3-oyida	Davolashning 6-oyida	Davolashning 12-oyida
ALT, B/l	A	23,7±1,1	24,2±1,2	23,5±1,6	21,8±1,2
	B	24,4±1,8	22,6±2,2	24,1±2,6	23,8±3,1
	C	23,7±1,6	24,2±2,4	24,5±2,8	23,3±2,5
	D	32,2±2,4	30,2±3,2	32,3±3,3	33,8±3,1
AST, B/l	A	21,1±1,3	22,6±1,7	18,7±0,7	21,8±1,6
	B	20,5±1,1	20,3±1,7	22,5±2,2	18,8±1,1
	C	19,2±1,2	21,2±1,2	18,7±1,1	21,2±2,1
	D	26,3±2,5	22,4±2,1	26,2±1,7	26,1±2,1
GGTP, B/l	A	37,2±1,5	27,7±1,2	31,8±1,7	29,2±1,1**
	B	31,7±3,7	22,5±2,8	30,2±2,8	23,8±2,8***
	C	33,2±4,1	27,3±2,5	36,1±3,4	34,5±3,3
	D	38,2±3,6	34,7±3,5	42,2±5,7	37,1±3,7
IF, B/l	A	73,1±4,5	70,6±2,7	70,6±3,4	74,2±3,8
	B	70,8±3,2	73,4±5,5	56,2±4,2	56,1±5,3**
	C	69,2±4,2	82,5±4,4	70,2±6,2	60,7±3,2*
	D	88,1±7,1	85,4±4,2	87,5±3,3	81,3±3,6
XS, mmol/l	A	5,3±1,2	5,2±1,3	5,3±0,8	5,1±0,7**
	B	4,7±1,8	4,3±1,7	4,3±1,2	4,2±0,8**
	C	5,2±0,4	5,1±1,2	4,7±1,1	4,7±1,1*
	D	4,8±1,1	5,2±1,2	5,3±0,8	5,4±0,7
XS ZPLP, mmol/l	A	3,2±0,2	3,1±0,2	3,3±0,2	3,2±0,1
	B	3,2±0,3	3,4±0,1	3,5±0,1	2,8±0,1
	C	3,2±0,4	3,3±0,2	3,4±0,2	3,2±0,1
	D	3,5±0,1	3,4±0,1	3,2±0,1	3,6±0,2
TG, mmol/l	A	2,2±0,1	1,7±0,2	1,4±0,1	1,3±0,2***
	B	1,6±0,2	1,6±0,1	1,5±0,1	1,5±0,1
	C	2,2±0,2	1,8±0,1	1,5±0,1	1,5±0,2***
	D	3,3±0,2	3,3±0,2	3,2±0,2	3,2±0,2
Bazal glikemiya (venoz qon), mmol/l	A	4,8±0,2	4,4±0,2	4,4±0,2	4,4±0,2
	B	5,5±0,2	5,7±0,2	4,7±0,2	4,7±0,2*
	C	5,4±0,1	5,6±0,3	5,4±0,1	5,1±0,2**
	D	5,4±0,2	5,6±0,3	5,5±0,1	5,7±0,1

Izoh: \*  $r < 0,01$ , \*\*  $r < 0,001$ , \*\*\*  $r < 0,0001$  dastlabki natijaga nisbatan.

C kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik terapiyadan so'ng ishqoriy fosfataza ( $20,5 \pm 4,4\%$ ,  $p < 0,01$ ), xolesterin ( $15,6 \pm 3,5\%$ ,  $p < 0,01$ )ning boshlang'ich darajasiga nisbatan sezilarli pasayish kuzatildi, triglitseridlar ( $80,8 \pm 25,0\%$ ,  $p < 0,0001$ ) va bazal glikemiya ( $12,1 \pm 1,7\%$ ,  $p < 0,001$ ). C kichik guruhidagi bu ko'rsatkichlar D kichik guruhiga qaraganda ancha

past edi ( $p < 0,001$ ). C kichik guruhidagi ishqoriy fosfataza va bazal glikemiya darajasi ham A kichik guruhiga qaraganda ancha past edi.

12 oylik terapiyadan so'ng A kichik guruhidagi bemorlarda gormonal profil parametrlarining o'zgarishini tahlil qilish, boshlang'ich ma'lumotlarga nisbatan insulin darajasining sezilarli darajada pasayishini

ko'rsatdi ( $43,4 \pm 12,3\%$ ,  $r < 0,001$ ). A kichik guruhida D kichik guruhiga nisbatan insulin ( $r < 0,0001$ ) darajasining sezilarli darajada pasayishi aniqlandi.

B kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik terapiyadan so'ng dastlabki ko'rsatkichlar bilan solishtirganda insulin ( $64,1 \pm 19,9\%$ ,  $p < 0,001$ ) darajasi sezilarli darajada pasaygan; olingan natijalarni A kichik guruhi bilan solishtirganda, sezilarli farqlar topilmadi ( $p > 0,05$ ). B va D kichik guruhlaridagi natijalarni solishtirganda, B kichik guruhida insulin ( $p < 0,0001$ ) darajasining sezilarli darajada pasayishi aniqlandi.

C kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik terapiyadan so'ng insulin ( $103,6 \pm 27,3\%$ ,  $r < 0,0001$ ) boshlang'ich darajasiga nisbatan sezilarli pasayish kuzatildi, peptid ( $53,6 \pm 3,7\%$  ga,  $r < 0,0001$ ), shu bilan birga C kichik guruhidagi bemorlarda A kichik guruhiga nisbatan sezilarli dinamika kuzatildi.

12 oylik terapiyadan so'ng YoG bilan og'rikan 117 bemorda kichik guruhlarda NOMA IQI o'rtacha qiymatlarining pasayishi. edi: A –  $2,7 \pm 0,1$ , B –  $1,4 \pm 0,2$ , C –  $3,7 \pm 0,2$ , D –  $0,4 \pm 0,1$ . A va C kichik guruhlarida IQI NOMAning pasayishi davolanishning 3-oyidan boshlab sezilarli bo'ldi (boshlang'ich natija bilan solishtirganda  $r < 0,05$ ).

Jigar elastografiyasi paytida, A, B va C kichik guruhlarida YoG bo'lgan bemorlarni davolash jarayonida fibroz og'irligining pasayishi qayd etilgan, ya'ni F0 va F1 bosqichlarida fibroz bilan og'rikan harbiy bemorlar soni sezilarli darajada oshgan. F3 va F4 fibroz bosqichlari bo'lgan bemorlar sonining kamayishi; aniqlangan o'zgarishlar D kichik guruhi bilan sezilarli farqlarga ega edi (12 oylik terapiyadan keyin  $r < 0,05$ ,  $r < 0,01$ ,  $r < 0,05$  va  $r < 0,05$ ). Yog'li gepatoz bilan og'rikan bemorlarda jigarining ultratovushli elastografiyasi natijalari 2-jadvalda keltirilgan.

2-jadval

**Davolash paytida YoG bilan og'rikan bemorlarda jigar fibrozining og'irligi dinamikasi**

Ko'rsatkich	Guruh	Davolash bosqichlari			
		Davolashdan oldin	Davolashning 3-oyida	Davolashning 6-oyida	Davolashning 12-oyida
F0	A	38,8	38,2	54,1	51,8*
	B	21,3	28,5	21,3	24,8*
	C	25,3	16,6	30,3	32,8*
	D	21,2	21,3	31,5	34,7*
F1	A	22,3	47,5	35,1	41,2*
	B	28,5	14,2	21,6	28,5
	C	33,2	58,2	43,4	46,1*
	D	44,3	43,2	42,2	30,3
F2	A	27,7	9,4	6,4	6,7*
	B	21,3	35,6	30,7	35,6*
	C	25,1	8,2	22,3	15,3*
	D	23,2	21,3	26,2	26,1
F3	A	11,2	4,7	4,3	0*
	B	21,3	14,2	13,8	10,9*
	C	16,6	16,6	8,8	5,5*
	D	11,2	14,1	0	8,7
F4	A	0	0	0	0
	B	7,2	7,2	6,3	0*
	C	0	0	0	0
	D	0	0	0	0

Izoh: \* –  $r < 0,05$  boshlang'ich dastlabki natijaga nisbatan.

**Tadqiqot xulosasi.** JNAYoK mavjud bemorlarda oqsil, yog' va uglevodlarning nazoratini o'z ichiga olgan shaxsiylashtirilgan parhez bilan UDXK hamda

atorvastatin uyg'unlashtirilgan holda qo'llanilganda kasallikka xos asosiy ko'rsatkichlarida nazorat guruhi bemorlariga nisbatan yaqqol pasayish kuzatildi.

## ADABIYOTLAR

1. Komshilova K.A., Troshina Ye.A., Yershova Ye.V. [i dr.] Adiponektin i pokazateli metabolizma glyukozy i lipidov na raznykh kliniko-morfologicheskix stadiyax nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni u bolnyx abdominalnym ojireniem // Terapevticheskiy arxiv. 2014. №10. S. 27–32. [rus tilida]
2. Alexin S.M., Somova M.N. Nealkogolnaya jirovaya bolezni pecheni: novye vozmozhnosti kombinirovannoy terapii // Farmateka. 2013. №10 (263). S. 43–47. [rus tilida]
3. Ametov A.S. Saxarmany diabet 2 tipa i nealkogolnaya jirovaya bolezni pecheni: prakticheskie rekomendatsii dlya endokrinologov // Farmateka. 2013. №5(258). S. 58–69. [rus tilida]
4. Axmedov V. A., Melikov T. I. Geneticheskie aspekty formirovaniya nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni // Lechashiy vrach. 2019. №8. S. 28. [rus tilida]
5. Babak O.Ya., Kolesnikova Ye.V., Shut I.V. Vzaimosvyaz mejdru sodержaniem adiponektina, visseralnogo jira i polimorfnyim genom ADIPOR1 u bolnyx nealkogolnoy jirovoy boleznyu pecheni // Sovremennaya gastroenterologiya. 2012. №5 (67). S. 7–12. [rus tilida]
6. Balukova Ye.V., Uspenskiy Yu.P. Nealkogolnaya jirovaya bolezni pecheni i metabolicheskiy sindrom // Poliklinika. 2014. №2. S. 45–48. [rus tilida]
7. Baskov S.S., Pronina G.A., Injevatkin D.I. Nealkogolnaya jirovaya bolezni podjeludochnoy jelezy kak digestivnyy marker metabolicheskogo sindroma // Med.-biol. i sos.-psixol. problemy bezopasnosti v chrezvychaynyx situatsiyax. 2012. №4. S. 50–55. [rus tilida]
8. Bivalkevich N.V. Zakonomernosti strukturno-funksionalnoy reorganizatsii pecheni pri formirovaniy diet-indutsirovannoy nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni u kryс: dissertatsiya... kandidata biologicheskix nauk: 03.03.04 / Bivalkevich Nataliya Vladimirovna; Tixookeanskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet.- Vladivostok, 2015. 127 s. [rus tilida]
9. Bobronnikova L.R., Juravlyova A.K. Mexanizmy progressirovaniya dislipidemii u patsientov s nealkogolnoy jirovoy boleznyu pecheni // Ukrainiy terapevticheskiy jurnal. 2013. №2 (37). S. 083–088. [rus tilida]
10. Vakalyuk I.I., Virstyuk N.G., Kazmiruk V.M. Progressirovanie fibroza pecheni u bolnyx so stabilnoy ishemicheskoy boleznyu serdsa na fone nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni // Gastroenterologiya. 2016. №4 (62). S. 27–31. [rus tilida]

## К ВОПРОСУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

ХАМРАБАЕВА Ф.И.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз*

### XULOSA

#### GASTROEZOFAGIAL REFLYUKS KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARNING HAYOT SIFATI HAQIDAGI

**Xamraboyeva F.I.**

#### O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi

Tadqiqotning maqsadi hayot sifatini GERD davomiyligi va bemorlarning yoshi bilan baholashning subyektiv tizimini tashkil etuvchi munosabatlarni tahlil qilish, ularning ushbu mavzu bo'yicha g'oyalari evolutsiyasini belgilaydigan umumiy xususiyatlarni aniqlash, SF-36. Gastroezofagial reflyuks kasalligi (GERD) bilan og'rigan 26 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan 106 respondentning so'rovi natijalari o'rganildi. GERD diagnostikasi Monreal konsensusining tavsiyalari asosida amalga oshirildi. Hayot sifati 8 haftalik PPI terapiyasidan oldin va keyin SF-36 so'rovnomasi yordamida baholandi.

**Xulosa:** hayotning eng yuqori sifati kasallikning boshlanishida aniqlanadi, keyin kasallik davomiyligi 26–30 yilgacha bo'lgan guruhlarda maksimal minimallashtirish bilan barcha ko'rsatkichlarda pasayish kuzatiladi va keyin ko'rsatkichlar o'sishni boshlaydi, bu hayot sifatini baholash darajasining ortishidan dalolat beradi.

Barcha sanab o'tilgan yoshdagi respondentlar guruhlarida o'z hayot sifatining shaxsiy va umumiy, xususiyatlarini subyektiv baholashning izchil dinamikasi ijtimoiy hayotdagi an'anaviy va boshqa jarayonlarning real ta'siri tufayli ma'lum va noma'lum sabablari va holatlar majmuasi bilan belgilanadi, yosh bosqichlari, mehnat va yashash sharoitlari va GERD davomiyligi bo'yicha shaxsning iqtisodiy muhiti.