

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY  
TIBBIYOT  
JURNALI

№ 3 (100)  
2020

ЎЗБЕКИСТОН  
ВРАЧЛАР  
АССОТСИАТСИЯСИ  
БЮЛЛЕТЕНИ



НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ  
АССОЦИАЦИИ  
ВРАЧЕЙ  
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY  
TIBBIYOT JURNALI

**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  
Kurbanov 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.; 71-268-08-17  
E-mail: info@avuz.uz  
Veb - sayt: www.avuz.uz



(100)

**B  
Y  
U  
L  
L  
E  
T  
E  
N  
I**

**TOSHKENT  
O'zbekiston Vrachlar  
Assotsiatsiyasi 2020 yil**

TOSHKENT TIBBIYOT  
AKADEMIYASI KUTUBXONASI  
№ \_\_\_\_\_

ASOSIY O'QUV ZAL

UYGA BERISH  
MUMKIN EMAS

**МУХАРРИР МИНБАРИ  
МЕНЕДЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ**

**Максудова Н.А., Мамедова Г.Б.** Соғлиқни сақлашда маркетинг тамойилларини самарали қўллаш

**ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ**

**Торакулов Д.Д.** Валеокабинет фаолиятига тегишли булган саломатлик. Даражасини аниқлаш усуллари

**Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** ОИВ инфекциясини олдини олишда ҳамшираларнинг ўрни

**ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА**

**Хайбуллина З.Р., Абдуллаева С.Д.** Коронар атеросклерозда яллиғланиш воситачилари ва эффекторлари – неоангиогенез ва метаболлик синдром билан боғлиқлиги

**Аҳмадалиева У.Қ.** Артериал гипертонияни фармакоэпидемиологияси

**Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э.** Баъзи ижтимоий омилларга боғлиқ холда предгипертония ва артериал гипертонияни аниқлаш хусусиятларини ўрганишни таҳлили

**Джумабаева С.Э., Джумабаев Э.С., Валиева М.Ю.** Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги: хуружлар фенотиплари ва эндотиплари

**Усманова Д.Д., Наджмитдинов О.Б.** Климаксдан сўнг даврда диабетик полинейропатияли бемор аёлларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш

**Мадатов К.А., Исмаилов У.С.** Механик сариқлик билан беморларни ташхислашда ва даволашда кам инвазив технологияси

**Ахтамов А., Ахтамов А.А.** Чақалоқларда ва кўкрак ёшдаги болаларда чаноқ-сон бўғимининг дисплазиясини клиник ва рентгенологик текшириш натижалари

**Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Икромов М.Ф., Мамараджабов Г.А.** Етти ёшдан катта болаларда миянинг қаттиқ шикастланишига анестетик ёрдам

**Шодиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.** Елка суягини дистал қисмининг бўғим ичида синишларини даволаш

**Махкамова Ф.Т., Холиков А.А., Эшбадалов Х.Ю., Насретдинов З.Т., Фаттаева Д.Р.** Юз-жағ соҳаси касалликларига жарроҳлик амалиёти стационар шароитда ўтказиш жараёнлари

**КОЛОНКА РЕДАКТОРА  
МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ**

**Максудова Н.А., Мамедова Г.Б.** Эффективность применения принципов маркетинга в здравоохранении

**ПРАВО И ЭКОНОМИКА**

**Торакулов Д.Д.** Валеокабинет в первичном звене здравоохранения. Актуальность и перспективы развития

**Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** Роль сестринского персонала в профилактике ВИЧ-инфекции

**НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ**

**Хайбуллина З.Р., Абдуллаева С.Д.** Медиаторы и эффекторы воспаления при коронарном атеросклерозе – связь с неоангиогенезом и метаболическим синдромом

**Аҳмадалиева У.Қ.** Артериал гипертонияни фармакоэпидемиологияси

**Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С., Джумабаева С.Э.** Анализ выявляемости предгипертензии и артериальной гипертензии в зависимости от социальных факторов

**Джумабаева С.Э., Джумабаев Э.С., Валиева М.Ю.** Хроническая обструктивная болезнь легких: фенотипы и эндотипы обострения

**Усманова Д.Д., Наджмитдинов О.Б.** Оценка качества жизни пациенток с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде

**Мадатов К.А., Исмаилов У.С.** Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении больных механической желтухой

**Ахтамов А., Ахтамов А.А.** Результаты клинических и рентгенологических исследований дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей грудного возраста

**Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Икромов М.Ф., Мамараджабов Г.А.** Анестезиологическое пособие при тяжелой черепно-мозговой травме у детей старше семи лет

**Шодиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.** Лечение внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости

**Махкамова Ф.Т., Холиков А.А., Эшбадалов Х.Ю., Насретдинов З.Т., Фаттаева Д.Р.** Стационарная хирургическая помощь детям с заболеваниями челюстно-лицевой области

- Эшбадалов Х.Ю., Тешаев М.Г., Махкамова Ф.Т., Туланов Д.Ш., Нажмиддинов Б.Б.** Болаларда ўтқир остеомиелит касалликларининг клиникаси, ташхислаш ва даволаш хусусиятлари
- Каримова Ф.Д., Гиясова М.Г.** Тос аъзолари пролапсиди тўқималар гистологик характеристикаси
- Матякубов Б.Б., Ниязметов Р.Э., Усинова З.Б.** Ретроспектив гуруҳда массив акушерлик қон кетишини даволаш хусусиятлари
- Нуритдинова Г.Т., Махмудова Б.Ш., Юлдашева М.А., Хусанова Х.А.** Чаноқ билан келган туғруқда хомиланинг кўп учрайдиган интранатал бош ва орқа мия шикастлари
- Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Махмудова Д.Х.** Эмизикли оналардаги анемия даражаларининг она сути таркибига боғлиқлиги
- Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Гафурова З.А., Инакова З.Т.** Кам вазнга эга бўлган эрта туғилган болалар қони таркибидаги мис ва темирнинг хусусиятлари
- Хамроева Ю.А., Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С.** Туғма глаукомали болаларда фиброз қобик биомеханик хусусиятларини клиник баҳолаш
- Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Псориастик артритнинг иммунологик хусусиятлари
- Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С., Тилляходжаев С.С.** Қабзиятни ташхислаш ва даволашга замонавий ёндашув
- Исмаилова Ж.А.** Ўзбекистонда *Helicobacter pylori* тарқалишининг эпидемиологик ва генетик жиҳатлари
- Максумова Д.К.** Сурункали гастродуоденал касалликлари бор ОИВ юқтирган популяция орасида оғриқ ва диспептик синдромларни баҳолаш ва тавсифлаш
- Расулова З.Д., Даминова М.Н., Каримова З.К., Абдуллаева О.И., Мирисмаилов М.М.** Герпетик инфекцияни оив инфекцияси билан биргаликдаги клиник кўриниши
- Саидходжаева С.Н.** ОИВ - энцефалопатия бўлган болаларда тажовузнинг турли шаклларининг намён бўлиши
- Индиаминов С.И., Давранова А.Э.** Кўриш органи жароҳатлари замонавий диагностикасининг суд-тиббий экспертиза муаммоларини ҳал қилишдаги самарадорлиги
- 51 Эшбадалов Х.Ю., Тешаев М.Г., Махкамова Ф.Т., Туланов Д.Ш., Нажмиддинов Б.Б.** Особности клиники, диагностики и лечения детей с одонтогенным остеомиелитом челюстно-лицевой области
- 53 Каримова Ф.Д., Гиясова М.Г.** Гистологическая характеристика тканей при пролапсе тазовых органов
- 57 Матякубов Б.Б., Ниязметов Р.Э., Усинова З.Б.** Особенности лечения при массивном акушерском кровотечении
- 61 Нуритдинова Г.Т., Махмудова Б.Ш., Юлдашева М.А., Хусанова Х.А.** Интранатальные предпосылки повреждения головного и спинного мозга плода при родах с тазовым предлежанием
- 63 Хакимов Ш.К., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Махмудова Д.Х.** Зависимость ингредиентного состава грудного молока от степени анемии у кормящих матерей
- 66 Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т., Гафурова З.А., Инакова З.Т.** Особенности содержания железа и меди в крови у недоношенных детей с малым весом
- 68 Хамроева Ю.А., Бобоха Л.Ю., Хамраева Л.С.** Клиническая оценка биомеханических особенностей фиброзной оболочки глаза у детей с врожденной глаукомой
- 71 Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Иммунологические особенности псориастического артрита
- 74 Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С., Тилляходжаев С.С.** Современный подход при диагностики и лечении запоров
- 77 Исмаилова Ж.А.** Эпидемиологические и генетические аспекты распространенности *Helicobacter pylori* в Узбекистане
- 81 Максумова Д.К.** Характеристика болевого и диспептического синдромов у ВИЧ инфицированных с хроническими гастродуоденальными заболеваниями
- 84 Расулова З.Д., Даминова М.Н., Каримова З.К., Абдуллаева О.И., Мирисмаилов М.М.** Клинические проявления герпетической инфекции, сочетанной с вич инфекцией
- 87 Саидходжаева С.Н.** Проявления различных форм агрессии у детей с ВИЧ-энцефалопатией
- 90 Индиаминов С.И., Давранова А.Э.** Эффективность современных методов диагностики повреждений органа зрения для решения задач судебно-медицинской экспертизы

**Индиаминов С.И., Ким А.А., Блинова С.А.** Углерод оксид захарланиш патогенезининг замонавий аспектлари

**93 Индиаминов С.И., Ким А.А., Блинова С.А.** Современные аспекты патогенеза отравлений угарным газом

**Сабиров Э.Э., Боймурадов Ш.А.,** Тамаки чекишда милк рецессиясини келиб чиқиш механизми

**96 Сабиров Э.Э., Боймурадов Ш.А.,** Механизмы возникновения рецессии десны при табакокурении

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ,  
АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР ЭТИБОРИГА**

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,  
ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**

**Абдурахманов К.Ф., М.А.Гафур-Ахунов., Мухаммедаминов Ш.К.** Йўғон ичак саратони: клиник кечувини турлари, соғлиқни сақлаш бирламча тизимидаги ташхис

**100 Абдурахманов К.Ф., М.А.Гафур-Ахунов., Мухаммедаминов Ш.К.** Рак толстой кишки: варианты клинического течения, диагностика в условиях первичного звена здравоохранения

**Маматова Т.Ш., Арифов С.С., Пардаев Д.Э., Артикова Д.Т.** Симптомсиз кечувчи улкан холестеатомали сурункали йирингли ўрта отит

**105 Маматова Т.Ш., Арифов С.С., Пардаев Д.Э., Артикова Д.Т.** Бессимптомное течение хронического среднего отита с гигантской холестеатомой

**ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР,  
ИЛМИЙ МУШОХАДАЛАР**

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ,  
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

**Аллазаров У.А., Исмаилов У.С., Мадатов К.А.,** Ўт тошлари литогенези ҳақида

**107 Аллазаров У.А., Исмаилов У.С., Мадатов К.А.,** О литогенезе желчных камней

**Акилов Х.А., Хидоятлов Ж.С., Примов Ф.Ш., Юлдашев Т.А.** Ўткир асоратланган аппендицитли болаларда лапароскопик ва очик аппендэктомияни қиёсий ўрганиш

**109 Акилов Х.А., Хидоятлов Ж.С., Примов Ф.Ш., Юлдашев Т.А.** Сравнительная оценка результатов хирургического лечения острого осложненного аппендицита у детей

**Гиясова М.Г., Каримова Ф.Д.** Аёлларда кичик чанок аъзолари тушиши диагностикаси ва оператив даволаш саволлари замонавий ҳолати

**116 Гиясова М.Г., Каримова Ф.Д.** Современное состояние диагностики и оперативного лечения женщин с пролапсом органов малого таза

**Курбанов О.А., Наврузов Б.С.** Ичак оқмалари ташхиси

**119 Курбанов О.А., Наврузов Б.С.** Диагностика кишечных свищей

**Матхошимов Н.С., Исаков Э.З.** Сил касаллиги туфайли ногиронликнинг тиббий-ижтимоий жиҳатлари

**122 Матхошимов Н.С., Исаков Э.З.** Инвалидность вследствие туберкулёза как медико-социальная проблема

**Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С.** Болалар учун яқин гувнинг муҳим қарори, муаммолар ва мумкин бўлган ечимлар

**125 Хамраев А.Ж., Раупов Ф.С.** Обширная резекция толстой кишки у детей, проблемы и возможные пути решения

**Юлдашева М.М.** Церебрал веноз гемодинамиканинг клиник ва неврологик хусусиятлари

**130 Юлдашева М.М.** Клинико-неврологические особенности нарушений церебральной венозной гемодинамики

**Искандарова Ш.Т., Кравченко Л.Ш.** Тиббиёт ходимларининг касбий шон-шарафини, кадр-қиммати ва обрўсини ҳимоя қилишнинг ҳуқуқий аспектлари

**133 Искандарова Ш.Т., Кравченко Л.Ш.** Правовые аспекты защиты профессиональной чести, достоинства, репутации медицинских работников

**Искандарова Ш.Т., Мирсаидова Х.М.** Даволаш-профилактика муассасаларини раҳбарларининг компетентлигининг тиббий-ижтимоий жиҳатлари

**135 Искандарова Ш.Т., Мирсаидова Х.М.** Медико-социальные аспекты компетентности руководителей лечебно-профилактических учреждений

**Ходжаев Н.И., Ходжаев Б.Ж.** Атаулло табибнинг ҳаёти ва фаолияти

**138 Ходжаев Н.И., Ходжаев Б.Ж.** Жизнь и деятельность атаулло табиба

**ҲОТИРА**

**141 ҲОТИРА**

о том, что для аутоиммунных заболеваний характерна активация В-клеточного звена иммунной системы на фоне дисбаланса в популяции Т-лимфоцитов [5].

При аутоиммунных заболеваниях повышается синтез IgG, IgA и IgM [2]. Уровень IgG при ПсА повышен при ранней стадии ( $15,2 \pm 0,66$  г/л против  $10,2 \pm 0,59$  г/л в контрольной группе) и, особенно, при длительном течении ( $17,1 \pm 1,16$  г/л). Что касается уровня IgA при ПсА, то его концентрация значимо повышена не зависимо от длительности течения заболевания. Относительно уровня IgM некоторая тенденция повышения.

Все большее внимание исследователей привлекает особый класс иммунокомпетентных клеток, который осуществляет киллерную функцию. Речь идет о натуральных киллерных клетках - НК-клетки- (CD16+). Относительное содержание НК-клеток в кровотоке больных ПсА в ранней стадии было в 1,47 раза выше данных контрольной группы и составило, в среднем,  $21,6 \pm 1,0\%$  ( $P < 0,01$ ).

Уровень ЦИК у больных ПсА на раннем этапе был выше в 1,58 раза значений контрольной группы ( $P < 0,01$ ). По мере увеличения длительности течения заболевания концентрация ЦИК накапливается, составляя, в среднем  $114,0 \pm 3,17$  усл.ед. ( $P < 0,001$ ).

Мы изучили уровень провоспалительных цитокинов – TNF $\alpha$ , IL-6 и IFN $\gamma$  у больных ПсА различной длительности. Уровень TNF $\alpha$  у больных ранним ПсА в 4,1 раза выше значений контрольной группы и составил, в среднем,  $97,3 \pm 7,6$  пг/мл (против  $23,9 \pm 1,7$  пг/мл в контроле), ( $P < 0,001$ ). Длительное течение заболевания проявляется еще большим усилением синтеза фактора некроза опухоли- $\alpha$ , значение которого составило, в среднем,  $120,7 \pm 12,3$  пг/мл,

что в 5 раз превышает данные контрольной группы ( $P < 0,001$ ). Продукция IL-6 у пациентов с ПсА достоверно выше, чем у здоровых лиц ( $63,4 \pm 17,1$  пг/мл против  $21,5 \pm 1,6$  пг/мл в контрольной группе), ( $P < 0,001$ ), с максимальным значением у больных с длительным течением ПсА ( $85,3 \pm 15,4$  пг/мл), ( $P < 0,001$ ). Синтез IFN $\gamma$  коррелирует с уровнем пролиферации кератиноцитов и синовии в ходе острой атаки у пациентов ПсА. Было отмечено увеличение в 2,7 раза у пациентов с течением заболевания до 2 лет ( $77,2 \pm 4,8$  пг/мл) относительно контрольной группы ( $28,6 \pm 2,1$  пг/мл), ( $P < 0,001$ ). Чуть выше были показатели у больных с более длительным течением ( $81,6 \pm 6,8$  пг/мл).

Провоспалительные медиаторы, которые участвуют в патогенезе псориаза и ПсА, секретируются разнообразными клетками, включая естественные, адаптивные и тканевые иммунные клетки, что способствует развитию Th1 типа и продукции IFN $\gamma$ , IL-6 и TNF $\alpha$  [3]. Выявлена взаимосвязь между уровнем провоспалительных цитокинов IL-6, TNF $\alpha$ , IFN $\gamma$  и показателями активности заболевания по DAS с деструктивными изменениями суставов и наличием антигена HLA B-27.

**Заключение.** Изучение показателей иммунной системы у больных ПсА выявило резкие разнонаправленные изменения в содержании антител, популяционного состава лимфоцитов, что в свою очередь, отразилось на синтезе провоспалительных цитокинов. Хроническое нарушение в путях передачи воспалительных сигналов, вероятно, приводят к изменениям со стороны тканевых иммунных клеток кожи и суставов, которые обуславливают выраженность характерных клинических проявлений псориатического процесса.

#### Литература

- Смольникова М.В. Смирнова С.В. Патогенез псориатического артрита // Медицинская иммунология. - 2014. - №3. - С.211-220.
- Смирнова С.В., Смольникова М.В. Иммунопатогенез псориаза и псориатического артрита // Мед. иммунол. - 2014. - №2. - С. 127-138.
- Хаитов Р.М. Иммунология. Норма и патология: Учебник / Р.М.Хаитов, Г.А.Игнатъева, И.Г.Сидорович. - 3-е изд. перераб. и доп. - М.: ОАО «Издательство медицина», 2010. — 752 с.
  - Barton J., Ritchlin C.T. Immunopathogenesis. Psoriatic Arthritis // Psoriasis and Psoriatic Arthritis // - 2004. - P. 36-45
  - Chimenti M. S., Triggianese P., Nuccetelli M. Auto-reactions, autoimmunity and psoriatic arthritis // Autoimmun Rev. - 2015. - Vol. 14, №12. - 1142-1146.
  - Taylor W., Gladman D., Helliwell P. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study // Arthr. Rheum. - 2006. - Vol. 54. - P. 2665-2673.

УДК: 615.357: 616.248-08

#### ҚАБЗИЯТНИ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Рустамова М.Т., Хайруллаева С.С., Тилляходжаев С.С.

(Тошкент тиббиёт академияси)

Ривожланган мамлакатларда эпидемиологик текширувлар натижасида қабзият билан ишга лаёқатли аҳолининг 10% – 50 % ҳаста-

ланганлиги аниқланган [1,2,8]. Қабзият қари ёшдаги беморларни 60% да аниқланган ва 24–41 ёшдагиларда ҳам учрайди. Хасталаниш

тез суръатда ортиб бормоқда, асосан ёш аёллар ва ёши катталарда орасида [4,5,6]. Қабзият билан беморлар 55% да умумий амалиёт шифокорига ва терапевтга, 25% да гастроэнтерологга мурожаат қилишади [2,4]. Қабзият муҳим тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлиб, беморлар ҳаёт сифати ва иш қобилиятини пасайишига, йўғон ичақда ўсма ривожланишига олиб келади. Республикамизда бу муаммо долзарб муаммолардан биридир.

**Қабзиятни таснифи.** Агар қабзият бир неча соат, кун ёки ҳафта ичида ривожланган бўлса бу турдаги қабзиятга ўткир қабзият дейилади. Сурункали қабзият ичак бўшалиш функциясининг 3 ойдан кўп давом этувчи, турғун ёки интермиттирловчи бузилиши бўлиб, қуйида келтирилган 2 ёки ундан ортиқ белгилар билан намоён бўлади:

- ичак маҳсулоти эвакуациясини камайиши (ҳафтада дефекация акти 3 мартадан кам),
- дефекация актида кам миқдорда нажас ажралиши ( суткада 35гр гача),
- нажас юқори зичликда, қуруқ, орқа тешикни шикастловчи характерда,
- дефекациядан сўнг тўлиқ бўшалиш ҳиссининг бўлмаслиги,
- кучаниш пайтида ахлат массани тўғри ичақда тутилиб қолиш ҳисси,
- тўғри ичак маҳсулотини юмшоқ бўлиши ва дефекацияга чақириқ мавжудлигига қарамай кучли кучанувларга мухтожлик, баъзан тўғри ичақдан ахлатни бармоқлар ёрдамида олиш бўлиши,
- ичак таъсирланиш синдроми (ИТС) мезонлари бўлмаслиги.

Қабзият полиэтиологик омиллар таъсирида ривожланади ва бирламчи, иккиламчи ҳамда идиопатик турлари ажратилади [1,3,5,7]. Қабзият меъда ичак тракти мотор функциясини, хусусан йўғон ичак функцияси бузилиши билан боғлиқ ва уни патогенезида овқатланиш режими ва характери муҳим рол ўйнайди. Овқатланишни нерегуляр бўлиши, маҳсулотлар таркибида рафинирланган моддаларни устунлиги ичак мотор функцияси ва микрофлорасини бузилишига ва ичақдаги босимнинг ортишига олиб келади. Бирламчи қабзият 90% да учрайди, уни сабаблари: туғма - йўғон ичак аномалия ва нуқсонлари (долихосигма, Гиршпрунг касаллиги) ҳамда орттирилган - полиплар, геморрой, ўсмалар, ИТСни қабзият билан кечувчи тури. Иккиламчи қабзиятнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: ҳомиладорлик, метаболик ва эндокрин бузилишлар (гиперкальциемия, қандли диабет, гипотиреоз, гипокалиемия, уремия); хирургик амалиётдан кейин юзга келувчи стриктуралар, торайишлар; гастроэнтерологик касалликлар (колоректал ҳосилалар, дивертикулит). Марказий нерв тизими касалликлари: болалар церебрал параличи,

тарқоқ склероз, Паркинсон касаллиги, мия қон айланиши бузилиши, Алцгеймер касаллиги. Психоген касалликлар: депрессив ҳолатлар, шизофрения, нерв анорексияси, ипохондрик ҳолат. Дорилар қабул қилиш: антацидлар, антихолинергик, спазмолитиклар, антибиотиклар, антидепрессантлар, тутқаноққа қарши, антипаркинсоник дорилар, антигистаминлар, НЯҚВ, гипотензив дорилар (кальций антагонистлари, бетаблокаторлар), диуретиклар, темир препаратлари, цитостатиклар, сурги дорилар (доимий қабул қилганда), опиатлар;

Идиопатик қабзиятнинг асосида тўғри ва йўғон ичак нерв мушак аппаратидаги ўзгаришлар ётади. Органик қабзиятлар йўғон ичақдаги механик характердаги патологик жараёнлар билан боғлиқ (ўсмалар, йўғон ичакни сурункали буралиши, чурралар, ичак дивертикули).

Ичак ҳаракатланиш характери бузилишига қараб қабзиятлар гипер- кинетик ва гипокинетик турларга бўлинади. Гипермотор дискинезия гипомоторга нисбатан 20–25% кўп қабзиятга олиб келади.

**Қабзиятни ташҳислаш.** Ташҳис қўйиш учун клиник маълумотлар, шу жумладан анамнез ва физикал текширувлар маълумотлари етарли бўлиши зарур. Якуний ҳулоса учун аниқ лаборатор – инструментал текширув маълумотлари керак. Ич келиш сони, нажас миқдори ва консистенцияси, дефекациядан сўнг тўлиқ бўшалиш ҳисси бор-йўқлиги, кучаниш пайтида ахлат массасини тўғри ичақда тутилиб қолиш ҳисси борлиги, тўғри ичак маҳсулотини юмшоқ бўлиши ва дефекацияга чақириқ борлигига қарамай кучли кучанувларга мухтожлик баҳоланади. Нажас характери эса Бристоль шкаласи бўйича баҳоланади.

**Қабзияти бор беморлар учун зарур клиник ва инструментал текширув режаси:** умумий қон ва ахлат таҳлили (копрограмма); ахлатни яширин қон кетишига ва дисбактериозга текшириш; тўғри ичакни бармоқ билан текшириш; ректороманоскопия, колоноскопия биопсия олиш ва уни гистологик текшириш, ирригоскопия.

**Бошқа мутахассисларни кўрикга жалб қилиш кўрсатмага кўра:** хирург, онколог, проктолог, эндокринолог, психоневролог.

**Даволаш.** Даво мақсади регуляр ич келишини таъминлаш, ошқозон ичак тизими фаолияти бузилишини коррекциялаш, субъектив симптомларни йўқотиш ва бемор ҳаёт тарзини яхшилашдан иборат.

**Умумий тавсиялар.** Дефекацияга шартли рефлексни пайдо қилиш учун кун тартибини ўзгартириш зарурлигини беморларга тушунтириш; беморлар умумий физик фаолиятини ошириш, бир қатор жисмоний машқлар: тос туби мушакларини мустахкамлашни, қорин девори мушакларини уқалашни ўргатиш.

Таъсирловчи характердаги ич келтирувчи воситаларни мунтазам истеъмом қилишни, ҳамда дефекация ритмини ушлаб турувчи хўкналарни тақиқлаш. Беморлар учун рационал номедикаментоз даволаш усуллари ва зарур дори воситаларини танлаш.

**Қабзиятли беморларни асосий даволаш йўллари.** Базис даво тарихи-сида етарли миқдорда суюқлик (2-2,5 литр кунига) ва кўп миқдорда клечатка сақловчи овқатлар бериш тавсия қилинади. Беморга ичакни нормал бўшашишни таъминлаш мақсадида парҳез тавсия қилинади. Парҳез таркибига ичак мотор функциясини механик ва химик стимулловчи моддаларни юқори миқдорда сақловчи озиқ овқатлар киритилади. Рацион ўсимликлар клечаткаси, табиий пребиотиклар, шу қаторда ахлат миқдорини кўпайтирувчи моддаларни сақлаши керак: нон (қаттиқ ундан), арпали нон, мевалар ҳамда хом сабзавотлар. Кўп миқдорда биритирувчи тўқима сақловчи гўшт, сут маҳсулотлари (янги қатиқ), квас, ўсимлик ёғларини (оливка, маккажухори, писта) истеъмом қилиш яхши самара беради. Беморларга овқат билан лавлаги, сабзи, помидор, қовоқли, гулкарамли салатлар (кунига 200 гр), мевалардан банан, олма, ўрик, олхўри тавсия этиш мумкин. Янги кўкатлар петрушка, укроп, кашнич, сельдер ва улардан тайёрланган салатлар ейиш тавсия этилади. Наъматак дамламаси меъёрида мумкин. Оч қоринга 1-2 стакан совуқ сув ёки мевали шарбатига бир ош қошиқ ксилит, ёки асал кўшиб ичиш мақсадга мувофиқ. Асосан ўсимлик мойи (оливка, писта ёғи 1-2 ош қошиқда наҳорга ёки кефирга аралаштириб) ётишдан олдин қабул қилиш лозим. Гречка, перловка ва овсянкали кашалар мумкин.

Эфир мойига бой сабзавотлар: шолғом, редиска, пиёз, чеснок, кўзиқоринлар мумкин эмас. Суюқликлардан кофе, қизил вино чекланади. Гуручли, маннали каша, макарон, эзилган картошка, кисел мумкин эмас.

Агар бемор кўшимча сувли юктамаларни кўтара олса, у ҳолда рационга диетик кўшимчалар (отрублар) кўшилади. 1-2 чой қошиқдан кунига 3 мартадан бошлаб миқдорини ош қошиқдан кунига 3 мартагача оширилади, албатта керакли миқдордаги сув билан бирга (беморнинг одатдаги кунлик сув рационига 2-3 стакан кўшилади).

**Қабзиятни дори воситалари ёрдамида даволаш.** Медикаментоз даво ўз ичига ич сурувчи дориларни олади. Ич сурувчи воситалар таъсир этиш механизмига қараб куйидаги гуруҳларга бўлинади:

1. Ичак таркиби миқдорини кўпайтирувчи воситалар: овқат клечаткаси ва толалари (отрублар, микроцеллюлоза, денгиз карами, агар агар);

осмотиклар (олигоқандлар – лактулоза; по-

лиэтиленгликоль; спиртлар – сорбитол, маннитол, глицерин; тузли ич сурувчилар – магнезий сульфат).

2. Стимуляция қилувчилар: антрагликозидлар (сенна барги ва меваси, алоэ, сабура, ревен илдизи, крушина пўсти); дифенилметан ҳосилалари (бисакодил, натрий пикосульфат); костор ёғи; ўт кислотали препаратлар.

3. Нажасни юмшатувчилар: вазелин ёғи, оливка ёғи, миндал ёғи.

Ичак гипомотор дискинезияси бор беморларда ичак моторикасини яхшилаш учун прокинетиқлар қўлланилиши мақсадга мувофиқ (метокло-прамид, домперидан, мотилиум). Ўт ажралиши бузилиши билан кеча-диган патологиялардаги қабзиятда прокинетиқ билан бирга таркибига ўт кислоталари бор препаратлар (Сертохол ва б.) бериш лозим. Қабзият билан кечувчи йўғон ичак таъсирланиш синдроми, турли генезли гипомотор дискинезия, спастик ҳолатлар, Одди сфинктери дисфункция-сида селектив миотроп спазмолитиклардан мебеверин гидрохлорид 2 ҳафтадан 1 ойгача тавсия этилади. Спастиқ қабзиятда илиқ ёғли хўкналар 150-200 грамм миқдорида жуда яхши самара беради.

Мажбурий қабзиятларда (оғриқли ич келиши, анал ёриқ бўлганда, геморрой, проктит) ични юмшатувчи дори воситаларини кунига 1-2 ош қошиқдан ичишга ёки шамча кўринишида ректал тавсия этилади. Сурункали қабзиятда хўкналар вақти-вақти билан қўлланилиши мумкин. Асосан бирламчи қабзияти бор беморларда сув-ёғли хўкналарни тозаловчи хўкналар (ҳафтада 1 марта) билан алмаштириб туриш тавсия этилади. Ҳозирги вақтда ичак мотор эвакуатор функцияси ва микро-биоценозини яхшилаш мақсадида биологик актив кўшимчалар, шу жумладан пробиотиклар ва пребиотиклар қўлланилмоқда. Пробиотиклар ичак ферментацияси ва ичак перисталтикасини кучайтиради ҳамда метеоризмни кескин камайтиради. Пробиотиклар ва пребиотиклар комплексда тавсия этилса даво натижаси юқори бўлади.

**Госпитализацияга кўрсатма.** Қабзияти бор беморлар асосан амбулатор даволанади, стационар даволанишга кўрсатма: ташхисни тасдиқлаш мақсадида текширувлар ўтказиш, хирургик кўрсатмалар.

**Беморни ўргатиш.** Беморни даволашда даволовчи шифокор ва бемор ўртасидаги мулоқот жуда муҳим. Беморлар парҳез ва кун тартибига риоя қилишлари, физиологик дефекация актини, дефекация учун шартли рефлексни йўлга қўйишлари лозим ва бунда шифокор доимий ёрдам кўрсатиши керак. Ичак таъсирланиш синдромидаги қабзиятда, ипохондриқ ҳолатларда психотерапия яхши ёрдам беради. Қабзияти бор беморларларга бу касалликнинг ҳаёт учун хавфли эмаслиги-



ни ва асоратларни олдини олиш мақсадида бемор режали даволаниши ва шифокорнинг ҳамма тавсияларини бажариши лозимлигини тушунтириш зарур. Қабзиятда профилактик чоралар умумий характердаги тавсиялар, пархез, дефекациянинг физиологик ритми ва характерини ушлаб турувчи дорилар ва биоқўшим чаларни қабул қилишдан иборат. Умумий ва пархез тавсиялари: фаол ҳаёт

тарзини олиб бориш (жисмоний фаоллик, спорт билан шугулланиш, эрта уйғониш, хожатхонага бир хил вақтда қатнаш). Овқатланиш режимига риоя қилиш, рационга толали овқат маҳсулотларини қўшиш ва етарлича суюқликлар истемол қилиш. Сурги дориларни суистемол қилиш зарарли эканлигини беморга тушунтириш.

**Адабиётлар:**

1. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение // Consilium Medicum. –2000.– Т.2.– №7.
2. Буторова Л.И.,Максимова И.Д. Функциональный запор: рациональные подходы к диагностике и лечению.//Клинические перспективы гастроэн-терологии, гепатологии. – 2004. –№ 2.– С.24-28.
3. Минушкин О.Н. Запоры и принципы их лечения. //Терапевтический архив. – 2003. – №1. – С. 13-18.
4. Осадчук М.А.,Балашов Д.Б.,Осадчук М.М. Запор в поликлинической практике // Поликлиника. –2015. – № 1. – С.90–94.
- 5.Саблин О.А. Возможности энтерокинетической терапии нарушений моторики кишечника при запоре.// Фарматека.–2013.–Т.255, № 2.– С.22-27.
6. Хронический запор: методические рекомендации.// Парфенов А.И. и соавторы. ГБУЗ ЦНИИГ. – М.: При- ма Принт, 2016. – 52 С.
7. Drossman D. A. Rome IV– Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction.//Gastroenterology. 2016; 150(6):1257-1261.doi: 10. 1053/ j. gastro. 2016.03.035.
8. Mayev I.V.,V'yuchnova Ye.S., Lebedeva Ye.G. et al. Chronic constipation, approaches for diagnosis and treatment. // Pharmateca. 2011; 225(12):74-79. (In Russ.).

УДК: 616.33-002.44:579.835.12-07/85

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ HELICOBACTER PYLORI В УЗБЕКИСТАНЕ**

Исмаилова Ж.А.

(Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации)

Автором изучено региональные эпидемиологические и генетические особенности распространенности *Helicobacter pylori* среди населения Узбекистана. Работа базируется на совокупности результатов проведенных клинических, биохимических, иммунологических, генетических и инструментальных методов исследования. Установлено, что Узбекистан относится к регионам с высокой степенью инфицированности населения *H. pylori* (80%). 84% населения Узбекистана имеют смешанный *IceA1-IceA2*-генотип *CagA*. При язвенной болезни превалирует патогенный штамм *CagA+* *VacA s1*, *VacA m2* и *IceA 1,2*, при хроническом гастрите (тип В), ассоциированном с *H. pylori*, – штамм *Cag+* *VacA s1*, *VacA m2* и *IceA 1*. Уровень резистентности штаммов *H. pylori* к кларитромицину достигает 13,3%. Пролонгирование эрадикационной терапии до 10 дней и добавление к ней ВТД позволяет повысить эффективность эрадикации *H. pylori* до 95%.

**Ключевые слова:** генетическое исследование, хеликобактер пилори, язвенная болезнь желудка, хронический гастрит.

**ЎЗБЕКИСТОНДА HELICOBACTER PYLORI ТАРҚАЛИШИНING ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ГЕНЕТИК ЖИХАТЛАРИ**

Муаллиф томонидан Ўзбекистон аҳолисида *Helicobacter pylori* тарқалишининг ҳудудий эпидемиологик ва генетик хусусиятлари ўрганилган. Изланиш ўтказилган клиник, биохимиявий, иммунологик, генетик ва инструментал текширув усуллари натижаларига асосланган. Тадқиқотга кўра Ўзбекистонда 80% аҳолида *H. pylori* инфекцияси аниқланган бўлиб, у юқори зараланиш ҳудудларига хосдир. Шулардан 84% аралаш турдаги *IceA1-IceA2*-генотип *CagA* эга. Меъда яра касаллигида *CagA+* *VacA s1*, *VacA m2* и *IceA 1,2* патоген штаммлари, сурункали гастритда эса (В тип) *Cag+* *VacA s1*, *VacA m2* и *IceA 1* штамми аниқланган. *H. pylori* нинг кларитромицинга резистентлиги 13,3% ташкил қилган. Эрадикацион терапияни квадритерапия холида узокроқ муддатда ўтказилиши самарадорликини 95% га ошириш аниқланган.

**Калит сўзлар:** генетик текшириш, хеликобактер пилори, меъда яра касаллиги, сурункали гастрит.

**EPIDEMIOLOGICAL AND GENETIC ASPECTS OF THE PREVALENCE OF HELICOBACTER PYLORI IN UZBEKISTAN**

The author studied the regional epidemiological and genetic characteristics of the prevalence of *Helicobacter pylori* among the population of Uzbekistan. The work is based on the totality of the results of clinical, biochemical, immunological, genetic and instrumental research methods. It was established that Uzbekistan belongs to the regions with a high degree of *H. pylori* infection of the population (80%). 84% of the population of Uzbekistan have