



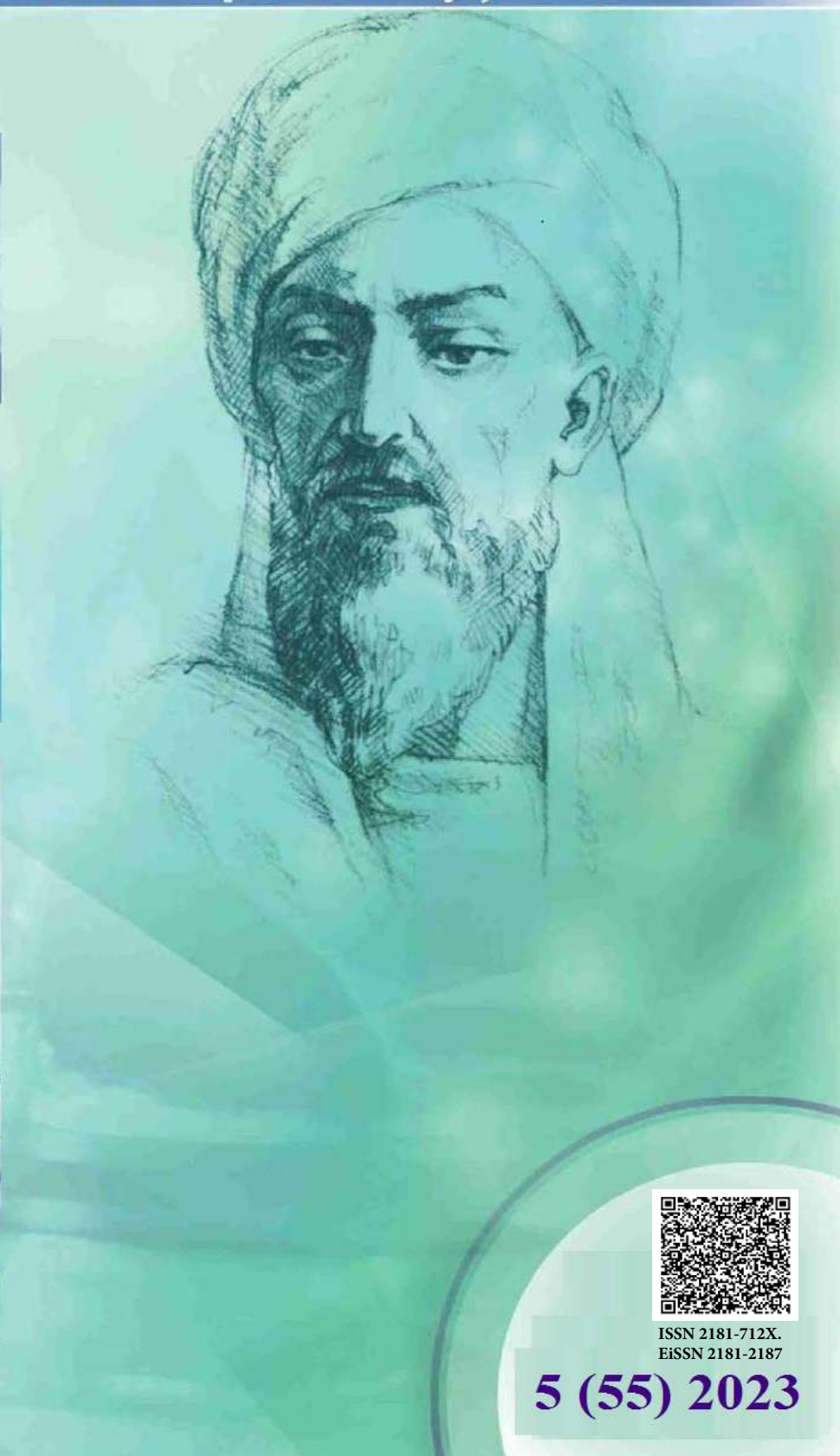
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (55) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (55)

2023

май

19. Pawlak K, Gąsiorowski Ł, Gabryel P, et al. Early and Late Results of the Nuss Procedure in Surgical Treatment of Pectus Excavatum in Different Age Groups. *Ann Thorac Surg* 2016 102:1711-6. 10.1016/j.athoracsur.2016.04.098
20. Ravitch MM. The Operative Treatment of Pectus Excavatum. *Ann Surg* 1991 29:429-44. 10.109700000658-194904000-00002
21. Ravitch MM. The operative correction of pectus carinatum. *Bull Soc Int Chir* 197534:117-20.
22. Robicsek F. Surgical treatment of pectus carinatum. *Chest Surg Clin N Am*. 2000 May 10(2):357-76, viii.
23. Robicsek F, Watts LT. Pectus carinatum. *Thorac Surg Clin* 2010 20:563-74. 10.1016/j.thorsurg.2010.07.007
24. Scarci M, Bertolaccini L, Panagiotopoulos N, et al. Open repair of pectus carinatum. *J Vis Surg* 2016 2:50. 10.21037jovs.2016.02.15
25. Schaarschmidt K, Lempe-Sellin M, Schlesinger F, et al. New Berlin-Buch "reversed Nuss," endoscopic pectus carinatum repair using eight-hole stabilizers, submuscular CO2, and presternal Nuss bar compression: first results in 35 patients. *J Laparoendosc AdvSurg Tech A* 2011 21:283-6. 10.1089lap.2010.0101
26. Skrzypczak P, Kamiński M, Pawlak K, et al. Seasonal interest in pectus excavatum and pectus carinatum: a retrospective analysis of Google Trends data. *J Thorac Dis* 2021 13:1036-44. 10.21037jtd-20-2924
27. Skrzypczak P, Kasprzyk M, Piwkowski C. The new steel bar in pectus carinatum repair and a review of current methods of correcting chest deformations. *J Thorac Dis*. 2022 Oct 14(10):3671-3673. doi: 10.21037jtd-22-956.
28. Steinmann C, Krille S, Mueller A, et al. Pectus excavatum and pectus carinatum patients suffer from lower quality of life and impaired body image: a control group comparison of psychological characteristics prior to surgical correction. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011 40:1138-45. 10.1016/j.ejcts.2011.02.019
29. Suh JW, Joo S, Lee GD, et al. Minimally Invasive Repair of Pectus Carinatum in Patients Unsited to Bracing Therapy. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2016 49:92-8. 10.5090kjts.2016.49.2.92
30. Tikka T, Steyn R, Bishay E, et al. Short and long term outcomes of pectus surgery. *Eur Respir J* 2015 46:OA1741.
31. Varela P, Torre M. Thoracoscopic cartilage resection with partial perichondrium preservation in unilateral pectus carinatum: preliminary results. *J Pediatr Surg*. 2011 Jan 46(1):263-6. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2010.08.010.
32. Wang L, Liu J, Shen S, et al. Comparison of Outcomes Between Anti-Nuss Operation and Modified Anti-Nuss Operation Using a Flexible Plate for Correcting Pectus Carinatum: A Retrospective Study. *Front Surg* 2020 7:600755. 10.3389fsurg.2020.600755
33. Yuksel M, Lacin T, Ermerak NO, et al. Minimally Invasive Repair of Pectus Carinatum. *AnnThorac Surg* 2018 105:915-23. 10.1016/j.athoracsur.2017.10.003
34. Zhang X, Hu F, Bi R, et al. Minimally invasive repair of pectus carinatum with a new steel bar. *J Thorac Dis* 2022 14:2781-90. 10.21037jtd-22-189

Поступила 20.04.2023

Received: 20. 04. 2023, Accepted: 30. 04. 2023, Published: 15. 05. 2023.

УДК 616. 72-002. 772 : 616. 61-07

БУЙРАК ФИБРОЗИ МАРКЕРЛАРИНИ РЕВМАТОИД АРТРИТ КАСАЛЛИГИДА БАҲОЛАШ

Журабоева Г. Б. -//<https://orcid.org/0009-0008-4584-4975>,
Пулатова Ш. Б. -//<https://orcid.org/0000-0001-8326-106X>,
Агзамова Г. С. -//<https://orcid.org/0000-0002-3162-6239>,

Тошкент тиббиёт академияси. Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазор тумани, Фароби кўчаси 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Ревматоид артритли беморларда буйрак дисфункциясини ўрганилди. Унга кўра клиник босқичига боғлиқлик, касалликнинг давомийлиги ҳамда ёши ортиб бориши билан буйрак зарарланиши кўпроқ аниқланди. Серопозитив ревматоид артрит беморларда буйрак зарарланиши кўпроқ учради. Беморлар гуруҳларида фиброз маркерлари бўлган TGF- β 1 билан цистатин-С ўртасида боғлиқлик ўрганилиб, иккала маркернинг қондаги миқдори ортиб бориши билан буйракнинг функционал ҳолатини баҳолаш мезони бўлган коптокчалар филтрация тезлиги (КФТ) камайиши тасдиқланди.

Калит сўзлар: Ревматоид артрит, буйрак шикастланиши, TGF- β 1, Цистатин-С, сурункали буйрак касаллиги.

MARKERS OF KIDNEY FIBROSIS EVALUATION IN RHEUMATOID ARTHRITIS DISEASE

Juraboeva G.B. //<https://orcid.org/0009-0008-4584-4975>
Pulatova Sh.B. //<https://orcid.org/0000-0001-8326-106X>
Agzamova GS. //<https://orcid.org/0000-0002-3162-6239>,

Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825
E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

Renal dysfunction was studied in patients with rheumatoid arthritis. According to him, depending on the clinical stage, duration of the disease and increasing age, kidney damage was more determined. Renal damage was more common in seropositive rheumatoid arthritis patients. The relationship between TGF- β 1 and cystatin-S, which are markers of fibrosis, was studied in groups of patients, and it was confirmed that glomerular filtration rate (GFR), which is a criterion for assessing the functional state of the kidneys, decreases with the increase in the amount of both markers in the blood.

Key words: Rheumatoid arthritis, kidney damage, TGF- β 1, Cystatin-S, chronic kidney disease.

МАРКЕРЫ ФИБРОЗА ПОЧЕК ОЦЕНКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Журабоева Г.Б. //<https://orcid.org/0009-0008-4584-4975>
Пулатова Ш.Б. //<https://orcid.org/0000-0001-8326-106X>
Агзамова Г.С. //<https://orcid.org/0000-0002-3162-6239>

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ **Резюме**

Нарушение функции почек изучали у больных ревматоидным артритом. По его словам, в зависимости от клинической стадии, длительности заболевания и возраста более выражено поражение почек. Поражение почек чаще встречалось у больных серопозитивным ревматоидным артритом. Взаимосвязь между TGF-β1 и цистатином-S, являющимися маркерами фиброза, была изучена в группах больных и подтверждено, что скорость клубочковой фильтрации (СКФ), являющаяся критерием оценки функционального состояния почек, снижается с увеличением количества обоих маркеров в крови.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, поражение почек, TGF-β1, цистатин-S, хроническая болезнь почек.

Долзарблиги

Хозирги кунда дунё аҳолиси Ўзбекистонда сурункали касалликлар орасида - ревматоид артрит(РА) энг кенг тарқалган аутоиммун касалликлардан бири бўлиб ҳисобланади, катта ёшли аҳоли орасида унинг учраши 0.5-2% ни ташкил этиб, ҳозирда замонавий дори воситаларининг ишлатилишига қарамасдан йилдан йилга касалликнинг ўсиши кузатилмоқда [8-9]. Касаллик кўп тарқалиши билан бир қаторда беморларни эрта ногиронликка олиб келиши билан хавфли ҳисобланади. Касаллик беморларни йиллар давомида 60-90%ини иш қобилиятини йўқотишга олиб келса, қолган қисмини эса тўлиқ ногиронликка олиб келади. В.А.Насанованинг сўзларига қараганда(1994), ревматологик беморларнинг 6% ногирон бўлиб, уларнинг 20%дан ортиғи РА билан касалланган [6]. РАкасаллигида ўлим сабабларидан сурункали буйрак касаллиги (СБК) 33-40%ни ташкил қилади. Кўпчилик РА ли беморларда буйрак зарарланиши СБК даражасига етгунча яширин кечади ёки сийдик синдроми белгилари кам кузатилади[4]. Шунинг учун ревматоид артритли беморларда буйрак зарарланишининг клиникагача бўлган ўзгаришларини ўрганиш долзарб муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Ревматоид артритли беморларда буйрак дисфункциясини ўрганиш, буйрак фибрози клиник ҳамда биокимёвий маркёрларини аниқлашдан иборат.

Материал ва услублар:

Тадқиқот учун РА ташҳиси аниқланган 120 нафар бемор қамраб олинди. Тадқиқот Фарғона вилоят марказий кўп тармоқли тиббиёт марказидаги ревматология бўлими 2022-2023 йиллар давомида олиб борилди. Беморлар 3 гуруҳга ажратилди: I гуруҳга 57 нафар РА буйрак зарарланиши билан (РА(+Б)) бўлган беморлар, II гуруҳга 53 нафар РА буйрак зарарланишисиз (РА(-Б)) кечган беморлар, III назорат гуруҳига эса 10 нафар соғлом танлаб олинди. Ушбу тадқиқотда қуйидаги усуллар қўлланилди: сўраб суриштириш, умумий клиник-лаборатор, инструментал ва статистик усуллар.

Натижа ва таҳлиллар

Тадқиқотга олинган беморлар I гуруҳида РА(+Б) билан кечган беморларда клиник босқичлари бўйича эрта босқичида - 4та (7,02%), ифодаланган босқичида 25та (43,86%), кечки 28та (49,12%), II гуруҳида РА(-Б) эрта 20та (37,74%), ифодаланган – 18та (33,96%), кечки босқич кечаётган беморлар эса 15 (28,3%) ни ташкил этди. (диаграмма1).

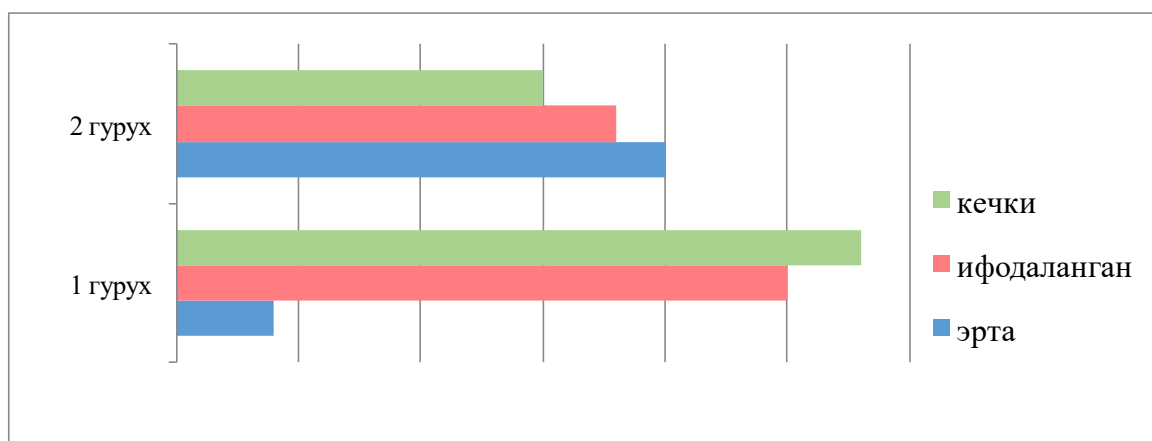


Диаграмма 1. Тадқиқотга олинган беморларнинг клиник даври бўйича тақсимланиши (n).

I ва II гуруҳдаги беморларнинг касаллик давомийлиги бўйича қуйидагича тақсимланди: I гуруҳда РА(+Б) 5-йилгача 25 нафар (43,86%) бемор, 5-10 йилгача 12 нафар (21,05%), 10 йилдан ортиқ давомийлик эса 20 нафар (35,09%) беморда аниқланди. РА(-Б) II гуруҳда эса 5-йилгача - 30(56,6%), 5-10 йилгача - 11нафар (20,8%), 10 йилгача - 12 нафар (22,6%) бемор аниқланди. Беморларнинг I гуруҳида касалликнинг клиник даври бўйича олинган натижаларига кўра 5 йилгача бўлган даврда $43,9 \pm 6,6$ назоратга гуруҳга $80,0 \pm 13,3$ нисбатан ишончли фарқланиш аниқланди ($p < 0,05$), 10 йилдан ортган даврда I гуруҳни $35,1 \pm 6,4$ назорат гуруҳига $10,0 \pm 10,0$ нисбатан ишончли фарқланиш аниқланди ($p < 0,05$). 1-жадвал.

1-жадвал:

		РА(+Б), n=57		РА(-Б), n=53		Назорат, n=10	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
клиник даври	5йилгача	25	$43,9 \pm 6,6^*$	30	$56,6 \pm 6,9$	8	$80,0 \pm 13,3$
	5-10 йилгача	12	$21,1 \pm 5,5$	11	$20,8 \pm 5,6$	1	$10,0 \pm 10,0$
	10йилдан ортиқ	20	$35,1 \pm 6,4^*$	12	$22,6 \pm 5,8$	1	$10,0 \pm 10,0$
клиник босқичи	Эрта	4	$7,0 \pm 3,4^{***}$	20	$37,7 \pm 6,7^{*^^}$	8	$80,0 \pm 13,3$
	Ифодаланган	25	$43,9 \pm 6,6^*$	18	$34,0 \pm 6,6^*$	1	$10,0 \pm 10,0$
	Кечки	28	$49,1 \pm 6,7^{**}$	15	$28,3 \pm 6,2^{\wedge}$	1	$10,0 \pm 10,0$

Изоҳ: * - назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($*p < 0,05$ $**p < 0,01$ $***p < 0,001$)

\wedge - Ревматоид артрит буйрак зарарланиши билан оғриган беморлар кўрсаткичига нисбатан фарқланиш ишончли ($\wedge p < 0,05$ $^^p < 0,001$)

Гуруҳларимизнинг клиник босқичи бўйича олган статистик таҳлилларимиздан қуйидаги натижаларни олдик: I гуруҳдаги РА+Б эрта босқичда $7,0 \pm 3,4$ 2- гуруҳга $37,7 \pm 6,7$ нисбатан фарқланиш ишончли $p < 0,05$ топилди, назорат гуруҳига $80,0 \pm 13,3$ нисбатан фарқланиш юқори ишончлир $< 0,001$ деб топилди. Ифодаланган босқичда I гуруҳдаги беморларда $43,9 \pm 6,6$ 2-гуруҳга $34,0 \pm 6,6$ нисбатан фарқланиш ишончли $p < 0,05$ деб топилди. Кечки босқичларда I гуруҳга $49,1 \pm 6,7$ нисбатан II гуруҳдаги $28,3 \pm 6,2$ фарқланиш ишончли $p < 0,01$, назорат гуруҳига $10,0 \pm 10,0$ нисбатан фарқланиш ҳам ишончли $p < 0,01$ деб топилди.

Иккала гуруҳдаги беморларни ёши бўйича 5 гуруҳга ажратдик. I гуруҳдаги беморларимиз орасида 20-30 ёш-3 нафар (5.26%), 30-40ёш -8 нафар (14.03%), 40-50ёш-9(15.8%), 50-60 ёш-13 (22,81%), 60 ёшдан юқори -24нафарни(42.1%) ташкил этди. II гуруҳдаги беморларимиз орасида 20-30 ёш – 3 нафар (5.7%), 30-40 ёш -15 нафар (28.3%), 40-50ёш-12 (22.6%), 50-60 ёш-13(24.5%), 60 ёшдан юқори -10 нафарни (18.9%) ташкил этди (2-диаграмма).

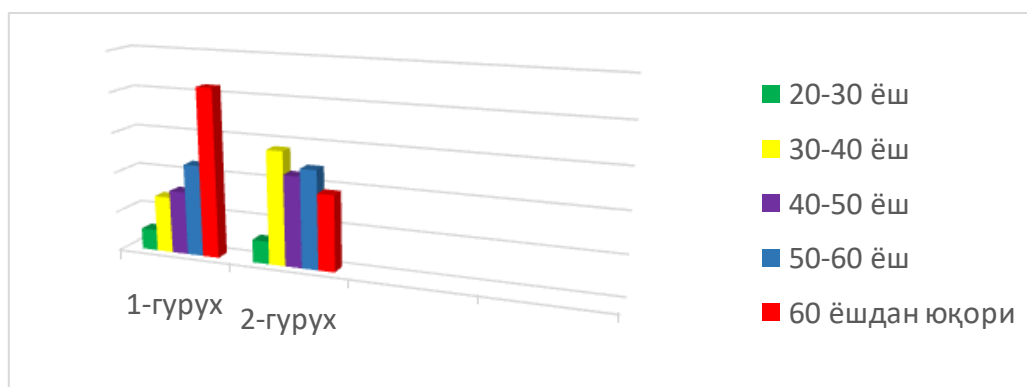


Диаграмма 2. РА да буйрак зарарланишининг беморлар ёши бўйича тақсимланиши (%)

Беморларни ёши бўйича ўтказилган статистик таҳлилларга кўра: I гуруҳдаги 51,7±1,6 ёш ва II гуруҳдаги 47,2±1,8 ёш, кўрсаткичлари орасидаги нисбатан фарқланиш ишончли ($p < 0,05$), I гуруҳдаги ва назорат гуруҳдаги нисбатан фарқланиш ишончли ($p < 0,05$) деб топилди (2-жадвал).

2-жадвал.

	РА(+Б), n=57	РА(-Б), n=53	Назорат гуруҳи, n=10
Ёши	51,7±1,6*	47,2±1,8^	43,5±3,7

Изоҳ: * - назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($*p < 0,05$)

^ - Ревматоид артрит буйрак зарарланиши билан оғриган беморлар кўрсаткичига нисбатан фарқланиш ишончли ($^p < 0,05$)

Барча беморларда сийдик таҳлилари ўтказилди ва куйидаги ўзгаришлар кузатилди: протеинурия, лейкоцитурия, гематурия. Умумий сийдикдаги ҳар қандай ўзгаришлар сийдик синдроми таркибига киритилди. I гуруҳдаги беморларда протеинурия -30 нафар, лейкоцитурия -16 нафар, эритроцитурия -10 нафарда, 1 нафар беморда эса сийдикда ўзгаришлар аниқланмади. II гуруҳдаги беморларда эса протеинурия - 6 тада, лейкоцитурия - 20 тада, эритроцитурия -9 тада кузатилди, 18 нафар беморнинг сийдик таҳлилларида ўзгаришлар кузатилмади.

Бундан ташқари иккала гуруҳдаги беморларни серологик гуруҳи бўйича ҳам таққосладик: I гуруҳда серонегатив ревматоид артритлар сони 17 нафар, серопозитив ревматоид артритлар сони эса 40 нафарни ташкил этди. II гуруҳдаги беморлар орасида серонегатив РА сони 22 нафар, серопозитив РА сони эса 31 нафардан иборат бўлди (3-жадвал).

3-жадвал:

		РА(+Б), n=57		РА(-Б), n=53		Назорат гуруҳи, n=10	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
РФ	Серопозитив	40	70,2±6,1*	31	58,5±6,8	4	40,0±16,3
	Серонегатив	17	29,8±6,1*	22	41,5±6,8	6	60,0±16,3
Сийдик синдроми	Ўзгаришсиз	1	1,8±1,8	18	34,0±6,6***^ ^^	0	0
	Протеинурия	30	77,2±5,6***	6	11,3±4,4*^^^	0	0
	Лейкоцитурия	16	63,2±6,4***	20	47,2±6,9***^	0	0
	Эритроцитурия	10	35,1±6,4***	9	18,9±5,4***^	0	0

Изоҳ: * - назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($*p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$)

^ - Ревматоид артрит буйрак зарарланиши билан оғриган беморлар кўрсаткичига нисбатан фарқланиш ишончли ($^p < 0,05$ ^^ $p < 0,001$).

Серологик гуруҳига кўра ўтказилган статистик таҳлиллардан куйидаги хулосалар олинди: I гуруҳдаги серопозитив РА 70,2±6,1 билан назорат гуруҳи 58,5±6,8 ўртасидаги нисбатан фарқланиш ишончли $p < 0,05$ деб топилди, ҳамда серонегатив РА 29,8±6,1 билан назорат гуруҳи 41,5±6,8 ўртасидаги нисбатан фарқланиш ҳам ишончли деб топилди. Сийдик синдроми бўйича I гуруҳдаги протеинурия белгилари 77,2±5,6 билан II гуруҳдаги протеинурия белгилари 11,3±4,4 орасидаги фарқланиш юқори $p < 0,001$ ишончли деб топилди. Сийдикдаги лейкоцитурияга кўра ҳам I гуруҳни 63,2±6,4 ва II гуруҳ 47,2±6,9 кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли $p < 0,05$ деб топилди ва эритроцитурияга кўра ҳам I гуруҳни 35,1±6,4 ва II гуруҳ кўрсаткичларига нисбатан фарқланишишончли ($p < 0,05$) деб аниқланди. Сийдик

таҳлилларида ўзгариш аниқланмаган беморлар кўрсаткичлари орасида ҳам нисбатан фарқланиш юқори ишончли ($p < 0,001$) деб топилди.

Буйракдаги тубулоинтерстициал фиброз жараёнларининг асосий маркерларидан бири бўлган TGF- β_1 миқдорини қонда аниқлаш тадқиқотимизнинг асосий вазифаларидан бири бўлиб, ушбу цитокин буйрак каналчалари ва уларни ўраб турган интерстициал тўқиманинг склеротик зарарланиш жараёнларида муҳим рол ўйнайди [2, 3]. РА мавжуд беморларга буйрак дисфункциясининг кўшилиши касалликнинг кечиши ваоқибатида салбий таъсир кўрсатади [5].

Цистатин-С ни қон зардобиди ортиши мос равишда коптокчалар филтрациясининг камайишига олиб келиши бир қатор тадқиқотларда ўз исботини топган ва буни бизнинг тадқиқотимиз ҳам тасдиқлади [1]. (4-жадвал).

4-жадвал:

	TGF- β_1 (0-50 ng/ml)	Цистатин С (N 0,5-1,1)	КФТ (мл/мин 1,73 м ²)
РА(+Б), n=57	32,6±3,6*	1,8±0,08***	42,6±1,5***
РА(-Б), n=53	19,4±1,6 [^]	1,1±0,02*** ^{^^}	71,0±1,5*** ^{^^}
Назорат гуруҳи, n=10	19,0±3,8	0,85±0,04	95,8±5,0

Изоҳ: * - назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($*p < 0,05$ $***p < 0,001$)

[^] - Ревматоид артрит буйрак зарарланиши билан оғриган беморлар кўрсаткичига нисбатан фарқланиш ишончли ($^{\wedge}p < 0,01$ $^{\wedge\wedge}p < 0,001$)

Беморларни I гуруҳидаги TGF- β_1 32,6±3,6 ва II гуруҳидаги TGF β 19,4±1,6 кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли $p < 0,01$ деб топилди, I гуруҳни 32,6±3,6 ва назорат гуруҳи 19,0±3,8 кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли $p < 0,05$ аниқланди. I гуруҳ беморларидаги Цистатин С 1,8±0,08 ва II гуруҳ беморларидаги Цистатин С 1,1±0,02 кўрсаткичлари орасидаги нисбатан фарқланиш юқори ишончли $p < 0,001$ чиқди, I гуруҳидаги 1,8±0,08 ва назорат гуруҳидаги 0,85±0,04 нисбатан фарқланиш $p < 0,001$ ишончли деб топилди. II гуруҳ 1,1±0,02 ва назорат 0,85±0,04 гуруҳидаги фарқланиш ҳам ишончли деб топилди. КФТ натижаларига кўра I 42,6±1,5 ва II гуруҳидаги 71,0±1,5 кўрсаткичлар назорат гуруҳи 95,8±5,0 кўрсаткичларига ишончли деб топилди.

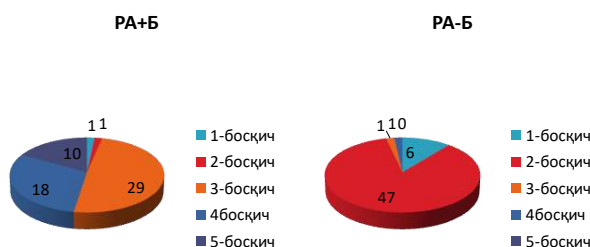


Диаграмма 3. РА да буйрак зарарланишининг сурункали буйрак касаллиги босқичлари бўйича тақсимланиши.

Ўтказилган тадқиқотимизда биз РАли беморларни буйрак фаолиятини фиброз маркёрлари орқали баҳоладик ва КФТ аниқладик. Бу кўрсаткичга асосан СБК қуйидаги гуруҳларга бўлинади: 1-босқич буйрак зарарланиш маркёрлари мавжуд ва КФТ меъёрида ёки $y > 90$ мл/мин-1. 73м² бўлганда, 2- босқич буйрак зарарланиш маркёрлари мавжуд ва КФТ 60-89

<i>Khamroev B.U., Khamdamova M.T.</i> MORPHOLOGICAL PICTURE OF THE LUNGS UNDER THE INFLUENCE OF CHRONIC EXPOSURE IN THE EXPERIMENT.....	551
<i>Toirov Maksud Sharifovich, Zhuraeva Khafiza Iskandarovna</i> RELATIONSHIP OF ISCHEMIC CHANGES ON THE ECG WITH THE DURATION OF PAIN SYNDROME.....	558
<i>Hayaliev R.Ya., Rakhimiy Sh.U., Markushin V.A.</i> MODERN TECHNOLOGIES IN THE CORRECTION OF THE PECTUS CARINATUM.....	563
<i>Juraboeva G.B., Pulatova Sh.B., Agzamova G.S.</i> MARKERS OF KIDNEY FIBROSIS EVALUATION IN RHEUMATOID ARTHRITIS DISEASE.....	573