

БИМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

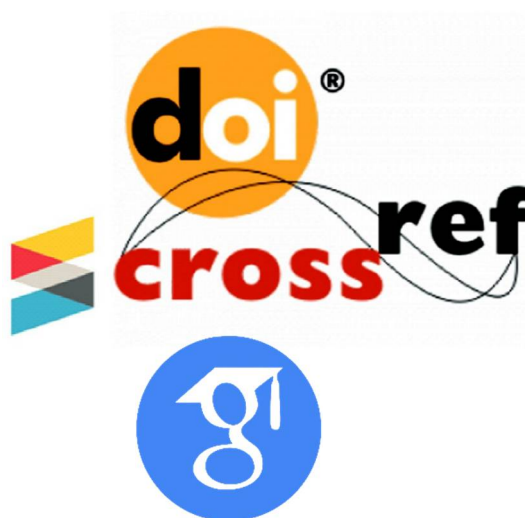
7 ЖИЛД, 5 СОН

ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ

ТОМ 7, НОМЕР 5

JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

VOLUME 7, ISSUE 5



МУНДАРИЖА | СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

1. **Askarova K. Fotima**
CERVICITIS AND PREGNANCY.....10
2. **Matlubov M. Mansur, Nematulloev K. Tukhtasin**
FEATURES OF THE FUNCTIONAL STATE OF EXTERNAL RESPIRATION
IN PREGNANT WOMEN WITH VARIOUS DEGREES OF OBESITY.....14
3. **Tilyavova A. Sitora, Shopulotov A. Shokhrukh**
URINARY INCONTINENCE AND URINARY LOSE: THE QUALITY OF LIFE
OF PATIENTS.....22
4. **Todjiyeva I. Nigina**
HYPERPLASTIC PROCESSES OF ENDOMETRIUM IN PREMENOPAUSE:
IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS.....29
5. **Khasanova A. Dilyafuz**
AUTOIMMUNE THYROIDITIS: PREGNANCY AND CHILDHOOD.....36

ALLERGOLOGY AND IMMUNOLOGY

6. **Jabborova I. Oysha, Nuraliev A. Nekkadam**
CHARACTERISTICS OF THE EFFECT OF ACUTE EXPOSURE ON THE
PHENOMENON OF BACTERIAL TRANSLOCATION.....42
7. **Karimova A. Maqsuda, Kurbanova N. Nodira**
STUDY OF THE EFFECT OF A GENE-MODIFIED PRODUCT (SOY) ON THE
MICROFLORA OF THE COLON.....50
8. **Nazarova O. Nigina, Jabbarov A. Azim**
THE ROLE OF TGF β 1 GENE IN THE DEVELOPMENT OF LYUPUS NEPHRITIS.....58
9. **Yuldasheva Kh. Dilnavoz**
DIAGNOSTIC SIGNIFICANCE OF CLINICAL AND LABORATORY MARKERS
IN THE DEVELOPMENT OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE.....62

HEMATOLOGY

10. **Djalalova K. Ozoda**
EFFECT OF CASEIN HYDROLYSATES ON BLOOD LIPIDEMIC INDEX.....72
11. **Rizaev A. Jasur, Makhmonov S. Lutfulla, Gadaev G. Abdugafar, Turakulov I. Rustam**
CHOICE OF THERAPY FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA ASSOCIATED WITH
HELICOBACTER PYLORI.....77

INTERNAL MEDICINE

12. **Abdugaffar D. Dusanov, Toshpulat A. Okboev, Jamshid A. Ismailov, Munavvar P. Safarova.**
CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF NON-SPECIFIC ULCERATIVE
COLITIS.....90
13. **Ismoilova A. Yulduz, Agababyan R. Irina, Akhatova P. Vazira**
ORGANIZATION OF SPECIALIZED MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC
HEART FAILURE.....97
14. **Pulatova Shakhnoza, Nabieva Dildora**
ASSESSMENT OF THE CLINICAL AND PATHOGENETIC SIGNIFICANCE OF
MINERAL METABOLISM DISORDERS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING
SPONDYLITIS.....104


БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ | JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

RIZAEV Jasur Alimdzhanovich
doctor of medical sciences, professor
MAKHMONOV Lutfulla Saidullaevich
Samarkand State Medical University
GADAEV Abdugafar Gadaevich
doctor of medical sciences, professor
TURAKULOV Rustam Ismatullaevich
Doctor of Medical Sciences, Associate Professor
Tashkent Medical Academy

CHOICE OF THERAPY FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI

For citation: Rizaev A. Jasur, Makhmonov S. Lutfulla, Gadaev G. Abdugafar, Turakulov I. Rustam. CHOICE OF THERAPY FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA ASSOCIATED WITH HELICOBACTER PYLORI. Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 5, pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTATION

Aim: in a comparative aspect, to choose the most effective method for the treatment of iron deficiency anemia associated with *Helicobacter pylori*.

Material and methods: The study was conducted in 90 patients diagnosed with iron deficiency anemia with complaints of the gastrointestinal tract, which were divided into two groups. The first group consisted of 60 patients who initially received antihelicobacter complex treatment (amoxiclav + clarithromycin + ezemprozole), and then antianemic drugs (first by injection, and then in tablets for 3 months, depending on the severity of the disease). The control group consisted of 30 patients, 10 each with mild, moderate and severe anemia, who received only antianemic treatment.

Results. In the main group, after antihelicobacter and subsequent antianemic treatment, all indicators changed in a highly significant ($p < 0.001$) positive direction. Unlike the main group, in the control group, which received only antianemic drugs, the hemoglobin index significantly increased from 65.2 ± 1.72 g/l to 91 ± 1.42 g/l, but the values did not reach the normal level. Serum levels of iron and ferritin also decreased from 2.25 ± 0.15 mmol/l to 9.22 ± 0.15 mmol/l and from 3.79 ± 0.45 μ g/l to 55.14 ± 0 , respectively. The determined indicators confirm that anemia has not been eliminated. In addition, positive and significant changes in the level of transferrin saturation were observed, however, the level of iron saturation did not reach the norm, being less than 20%. Despite the decrease in soluble transferrin from 6.06 ± 1.03 g/l to 5.86 ± 1.035 g/l, the determined indicator indicates the persistence of the state of iron deficiency in patients in the control group.

Conclusion. Identification of *Helicobacter pylori* is necessary in all patients diagnosed with chronic iron deficiency anemia and complaints from the gastrointestinal tract; In patients diagnosed with *Helicobacter pylori*-associated iron deficiency anemia, it is highly effective to first carry out

bacterial eradication therapy, and then prescribe an iron preparation, depending on the severity of the disease.

Key words: Helicobacter pylori, anemia, ferritin, iron deficiency anemia.

РИЗАЕВ Жасур Алимджанович

Тиббиёт фанлари доктори, профессор

МАХМОНОВ Лутфулла Сайдуллаевич

Самарқанд Давлат тиббиёт университети

ГАДАЕВ Абдугаффор Гадаевич

Тиббиёт фанлари доктори, профессор

ТУРАКУЛОВ Рустам Исматуллаевич

Тиббиёт фанлари доктори, доцент

Тошкент тиббиёт академияси

HELICOBACTER PYLORI БИЛАН БОҒЛИҚ ТЕМИР ТАНҚИСЛИК КАМҚОНЛИГИДА ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШ

АННОТАЦИЯ

Тадқиқот мақсади: Helicobacter pylori билан боғлиқ темир танқислик камқонлигида самарали даволаш усулини қиёсий баҳолаш хисобига энг самарали усулини танлаш.

Тадқиқот материали ва услублари: Темир танқислиги камқонлиги аниқланган ва ошқозон ичак тизимида шикоятлар билдирган 90 нафар беморлар олиниб улар иккита гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳни 60 нафар аввал анти Helicobacter pyloriga қарши комплекс муолажалар (амоксиклав + кларитромицин + эземедрозол) олиб, ундан кейин антианемик препаратлар (касаллик оғирлик даражасидан келиб чиқиб дастлаб инъекцияда ва ундан сўнг таблеткада 3 ой давомида) қабул қилган беморлар ташкил этдилар. Назорат гуруҳи фақат антианемик муолажалар олган 30 нафар ҳар бири 10 нафардан энгил, ўрта оғир ва оғир даражадаги беморлардан иборат бўлди.

Тадқиқот натижаларининг таҳлили. Асосий гуруҳда анти Helicobacter pylori ва ундан сўнг ўтказилган антианемик (вена ичига ва ундан сўнг 3 ой давомида ичишга) даво муолажаларидан кейин барча кўрсаткичлар юқори ишончли ($p < 0.001$) ижобий томонга ўзгарди. Асосий гуруҳдан фарқли ўлароқ фақат антианемик препаратлар қабул қилган назорат гуруҳида гемоглобин кўрсаткичи $65,2 \pm 1,72$ г/л дан $91 \pm 1,42$ г/л га ишончли кўтарилган бўлса ҳам кўрсаткичлар меъёр даражасига етмади. Шунингдек, қон зардобидаги темир ва ферритин кўрсаткичлари ҳам мос равишда $2,25 \pm 0,15$ ммоль/л дан $9,22 \pm 0,15$ ммоль/л га ва $3,79 \pm 0,45$ мкг/л дан $55,14 \pm 0,55$ мкг/л га ишончли ошди. Лекин аниқланган кўрсаткичлари анемия бартараф этилмаганлигини тасдиқлайди. Бундан ташқари трансферрин тўйиниш даражасида ҳам ижобий ишончли ўзгаришлар кузатилган бўлса ҳам 20%дан кам бўлиб темир билан тўйиниш даражаси меъёрига етмади. Эрувчи трансферрин рецепторлари $6,06 \pm 1,03$ г/л дан $5,86 \pm 1,035$ г/л гача камайган бўлса ҳам аниқланган кўрсаткич назорат гуруҳидаги беморларда темир танқислиги ҳолати сақланиб қолганлигини кўрсатади.

Хулоса: Сурункали темир танқислиги камқонлиги аниқланган ҳамда ошқозон – ичак тизимига шикоятлар билдирган барча беморларда Helicobacter pyloriga аниқлаш лозим;

Helicobacter pylori билан ассоцияланган темир танқислиги камқонлиги аниқланган беморларда аввал бактерияга қарши эрадикация терапиясини ўтказиб ундан сўнг касаллик оғирлик даражаларига мос равишда темир препаратини буюриш юқори самара беради.

Калит сўзлар: Helicobacter pylori, анемия, ферритин, темир танқислиги камқонлиги.

РИЗАЕВ Жасур Алимджанович

доктор медицинских наук, профессор

МАХМОНОВ Лутфулла Сайдуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет

ГАДАЕВ Абдугаффор Гадаевич

доктор медицинских наук, профессор
ТУРАКУЛОВ Рустам Исматуллаевич
доктор медицинских наук, доцент
Ташкентская медицинская академия

ВЫБОР МЕТОДА ТЕРАПИИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ *HELICOBACTER PYLORI*

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: в сравнительном аспекте выбрать наиболее эффективный метод лечения железодефицитной анемии, ассоциированной с *Helicobacter pylori*.

Материал и методы исследования: Исследование проведено у 90 больных с диагнозом железодефицитная анемия с жалобами на желудочно-кишечный тракт, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 60 больных, которые вначале получали антихеликобактерное комплексное лечение (амоксиклав + кларитромицин + эзомепрозол), а затем антианемические препараты (сначала инъекционно, а затем в таблетках в течение 3 мес в зависимости от тяжести заболевания). Контрольная группа состояла из 30 пациентов, по 10 человек с легкой, средней и тяжелой анемией, которые получали только антианемическое лечение.

Результаты. В основной группе после антихеликобактерного и последующего антианемического лечения все показатели изменились в высокой достоверную ($p < 0,001$) положительную сторону. В отличие от основной группы, в контрольной группе, получавшей только антианемические препараты, показатель гемоглобина достоверно увеличился с $65,2 \pm 1,72$ г/л до $91 \pm 1,42$ г/л, но показатели не достигли нормального уровня. Также снизились сывороточные уровни железа и ферритина с $2,25 \pm 0,15$ ммоль/л до $9,22 \pm 0,15$ ммоль/л и с $3,79 \pm 0,45$ мкг/л до $55,14 \pm 0$ соответственно. Определяемые показатели подтверждают, что анемия не ликвидирована. Кроме того, наблюдались положительные и достоверные изменения уровня насыщения трансферрина, однако уровень насыщения железом не достигал нормы, составляя менее 20%. Несмотря на снижение растворимого трансферрина с $6,06 \pm 1,03$ г/л до $5,86 \pm 1,035$ г/л, определяемый показатель свидетельствует о сохранении состояния дефицита железа у больных контрольной группы.

Заключение. Выявление *Helicobacter pylori* необходимо у всех больных с диагнозом хроническая железодефицитная анемия и жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта; У больных с диагнозом *Helicobacter pylori*-ассоциированная железодефицитная анемия высокоэффективно сначала провести бактериальную эрадикационную терапию, а затем назначить препарат железа в зависимости от тяжести заболевания.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, анемия, ферритин, железодефицитная анемия.

1983 йилда *Helicobacter pylori* (HP) тўғрисида илм маълумотлар олинди. Йиллар давомида олинган натижалар шуни кўрсатдики бу инфекция нафақат меъда касалликларини чақиради, балки экстрогастрал белгилар билан ҳам кечиши аниқланди. [23]

Эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатдики сурункали гастритнинг 75-98% холатда, меъда яра касаллигида 70-80% , 12-бармоқли ичак яра касалигида 80-100%, яра касаллигига боғлиқ бўлмаган диспепсияни 30-90% холатида HP ўрни борлиги тасдиқланди. [1].

Охири йилларда темир танқислиги синдроми ва темир танқислиги камқонлигида *H. pylori* инфекциясини ҳам ўрни борлиги адабиётларда чоп этилмоқда. Соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган хабарига кўра ер юзида 2 миллиардга яқин одам анемия билан азият чекаётган бўлса шуларнинг 50-55% темир танқислиги ётмоқда.

Россия Федерацияси аҳолисида инфекция 50-80% аҳолида аниқланиб унинг кўрсаткичлари мамлакатнинг турли худудларида бир-биридан бирмунча фарқ қилади. Новосибирск ва Санкт-Петербургда бу рақамлар 80-95% [21, 26, 8]. Москвада 88% [12], Якутияда 78-88% [7], Ямал-Ненец автоном округида 80% [7], Хакасиянинг кўчиб келган аҳолисининг 86,5% ва маҳаллий аҳолининг 85,4% ида аниқланган [9].

Ўзбекистонда ҳам хеликобактер пилори кенг тарқалган бўлиб ошқозон ичак касалликлари мавжуд беморларнинг 80% унинг *Sag* мусбат штамлари аниқланади. Вилоятлар кесимида энг кўп Хоразм вилоятида (79%) ва энг кам Тошкент шаҳри (60%) аҳолисида топилган [4].

Темирнинг организмга сўрилиш жараёнида ошқозон етакчи ўрин тутди. Маълумки, хлорид кислота таъсирида ошқозонда уч валентли темир ионини икки валентли шаклига ўтади [5, 6]. Шу сабабли темир танқислиги камқонлиги шаклланишининг сабаби атрофик гастрит бўлиши мумкин. Атрофик гастритнинг иккита аутоиммун жараёнлар таъсирида ва узок муддат *Helicobacter pylori*нинг персистирланиши натижасида ривожланган турлари мавжуд [10].

Ошқозонда *Helicobacter pylori* колонияларининг кўпайиши шиллик қаватда сурункали яллиғланиш жараёнларини чақиради. Бунинг натижасида унинг плазматик хужайраларида *Helicobacter pylori* инфилтрацияси кузатилиб яллиғланиш цитокинлари ишлаб чиқарилади ва унга қарши махсус антителалар пайдо бўлади. Сўнгра *Helicobacter pylori* антителаларининг антиген мимикрияси ошқозон париетал хужайраларига қарши таъсир кўрсатади ва оқибатда унинг антрал қисмида атрофия юзага келади [18]. Япон олимлари томонидан 118 та *Helicobacter pylori* билан ассоцирланган атрофик гастрит мавжуд беморлар узок муддат, яъни 8 йил 6 ой кузатилган ва бактериянинг муваффақиятли эрадикацияси ошқозон, шу жумладан унинг антрал қисмидаги атрофик жараёнларни сезиларли камайтирилганлиги кўрсатилган [20].

Сўнги йилларда *Helicobacter pylori* идиопатик камқонлик ривожланишининг бошланиш жараёнларида етакчи омилардан бири сифатида қаралмоқда [16, 17, 20]. W. Xia ва ҳаммуаллифлар темир танқислиги камқонлигига чалинган ўсмир қизларни текшириб уларнинг 46,9 % да *Helicobacter pylori* мавжудлигини аниқлашган ва эрадикация муолажалари темир препаратлари билан ўтказилган даво юқори самара бериши аниқланган [29]. G. Vitale ва ҳаммуаллифлар такидлашча *Helicobacter pylori* эрадикацияси қонда темирнинг ошишига олиб келган [28]. 956 та беморни қамраб олган 16 кузатувларнинг метатаҳлили H.Pylori эрадикация муолажаларини темир препаратлари билан биргаликда ўтказганда фақат темир препаратлари билан даволашга нисбатан гемоглобин кўрсаткичларини 1.48 марта ($p < 0.00001$), зардобдаги темирни 1,15 марта ($p < 0.00001$) ва ферритинни 1, 84 марта ($p < 0.00001$) оширилганини кўрсатган. Ушбу таҳлилда H.Pylori билан ассоцирланган камқонликларни даволашда бактерия эрадикацияси самарали усул эканлиги тасдиқланган [30] томонидан 2010 йилда сабаби аниқланмаган темир танқислиги камқонлигини даволашда эрадикация терапиясини кўшимча тавсия этишга асос бўлиб хизмат қилган. [22]

Тадқиқот мақсади: *Helicobacter pylori* билан боғлиқ темир танқислик камқонлигини турли усулларни даволаш натижаларини қиёсий ўрганиш ҳисобига энг самарали даволаш тактикасини аниқлашдан иборат.

Тадқиқот материали ва услублари: Олдимизга қўйилган мақсаддан келиб чиқиб темир танқислиги камқонлиги аниқланган ва ошқозон ичак тизимида шикоятлар билдирган 90 нафар беморлар олиниб улар иккита гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳни 60 нафар аввал анти *Helicobacter pylori*га қарши комплекс муолажалар (амоксиклав + кларитромицин + эземедрозол) олиб, ундан кейин антианемик препаратлар (касаллик оғирлик даражасидан келиб чиқиб дастлаб инъекцияда ва ундан сўнг таблеткада 3 ой давомида) қабул қилган беморлар ташкил этдилар. Ушбу гуруҳдагилар ҳам ўз навбатида темир танқислик камқонлигининг оғирлик даражасидан келиб чиқиб (енгил, ўрта оғир ва оғир) учта кичик гуруҳларга ажратилдилар. Назорат гуруҳи фақат антианемик муолажалар олган 30 нафар ҳар бири 10 нафардан енгил, ўрта оғир ва оғир даражадаги беморлардан иборат бўлди.

Барча гуруҳдаги беморларда антихеликобактер ҳамда антианемик муолажалар билан бир қаторда уларнинг шикоятлари, объектив кўрик натижалари, лаборатор – асбобий текширишларига асосланган ҳолда кўрсатмалардан келиб чиқиб спазмолитиклар, витамин комплекслари, гастропротекторлар ва бошқа дори гуруҳлари буюрилди.

Кузатувдаги беморлар қонида куйидаги кўрсаткичлар аниқланди:

Helicobacter pylori кўрсаткичларини аниқлаш: Уни қон зардобида аниқлашда ўрамада 96 тестдан иборат ВЕСТЕР-БЕСТ иммунофермент анализ тўпламидан фойдаланилди. Ушбу тўплам қон зардобидаги *Helicobacter pylori*ни микдорий кўрсаткичини иммунофермент таҳлил ёрдамида аниқлашга асосланган.Текширув диапазони 0-20Ед/мл.

Қон зардобида темирни аниқлаш мақсадида ўрамада 400 та тестдан иборат «HUMAN, GERMANIYA» иммунофермент анализ тўпламидан фойдаланилди. Ушбу тўплам инсон қон зардобидаги темирни микдорий кўрсаткичини ИФА ёрдамида аниқлашга асосланган.

Витамин В12 - қон зардобида аниқлаш мақсадида ўрамада 96 тестдан иборат «ELABSCIENCE В12, Германия» иммунофермент анализ тўпладан фойдаланилди. Ушбу тўплам инсон қон зардобидаги Витамин В 12 микдорий кўрсаткичини иммунофермент таҳлил ёрдамида аниқлашга асосланган. Текширув диапазони 0,781-50нг/мл. Сезувчанлик: 0.469ng/ml.

Қон зардобида интерлейкин – 6 (ИЛ-6) ва α-ўсма некроз омили (α-ЎНО) кўрсаткичларини аниқлаш мақсадида ўрамада 96 тестдан иборат «АО ВЕКТОР BEST ROSSIYA» фирмаси реактивидан фойдаланилди. Ушбу тўплам инсон қон зардобида юқорида қайд этилган цитокинлар микдорий кўрсаткичини иммунофермент таҳлил ёрдамида аниқлашга асосланган.

Тадқиқотда олинган маълумотларга статистик ишлов беришда MS Excel (2013) пакетли компьютер дастуридан фойдаланилди. Барча жадвалларда келтирилган кўрсаткичларнинг ўртача арифметик ва стандарт оғишлари (M±m) ҳисобланилди. Гуруҳлар ўртасидаги тафовутлар ишонч-лилиги Студент мезонларини тоқ ва жуфт фарқларини қўллаш орқали аниқланди.

Тадқиқот натижаларининг таҳлили.

Ўтказилган таҳлил асосий гуруҳда барча кўрсаткичлар ўтказилган комплекс муолажалардан кейин ишончли ижобий томонга ўзгарганлиги тасдиқланди. Назорат гуруҳида эса фақат айрим седиропеник белгиларда ишончли ижобий ўзгаришлар қайд этилди.

Ўтказилган эзофагогастрофиброскопия (ЭФГДС) кўрсаткичларида асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда мос равишда қуйидаги ўзгаришлар аниқланди: юза гастрит 55% ва 60%, эрозив гастрит 25% ва 20%, атрофик гастрит 10% ва 10%, ошқозон яраси 10% ва 10% ташкил этди. Патологик жараён жойлашиши бўйича солиштирилганда кўрсаткичлар мос равишда қуйидагича бўлди: пангастрит 10%дан, антрал 75% ва 70%, 12 бармоқ ичак яра касаллиги 15% ва 20%. ЭФГДС аниқланган кўрсаткичлар ўзаро солиштирилганда асосий ва назорат гуруҳлари орасида ишончли фарқ аниқланмади (p>0.05).

Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс (анти *Helicobacter pylori* ва ундан сўнг антианемик) ва назорат гуруҳида буюрилган фақат антианемик муолажалардан кейин беморлардаги ЭФГДС мавжуд белгиларнинг динамикадаги даволашдан олдин ва кейинги ўзгаришлари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

Темир танқислиги енгил даражаси мавжуд асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг даволашдан олдин ва кейинги эзофагогастродуодиноскопияда аниқланган белгиларнинг динамикадаги ўзгаришлари.

Кўрсаткичлар		Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		р
Эндоскопия текширувлари		Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	
Гастроудодени т	Юза	11 (55%)	3 (15%)***	6 (60%)	6 (60%)	p>0.05
	Эрозив	5 (25%)	0***	2 (20%)	2 (20%)	p>0.05
	Атрофик	2 (10%)	0***	1 (10%)	1 (10%)	p>0.05
	Яра	2 (10%)	0***	1 (10%)	1 (10%)	p>0.05
Жойлаши ши	Антрал	15 (75%)	2 (10%)***	7 (70%)	7 (70%)	p>0.05
	Пангастрик	2 (10%)	0***	1 (10%)	0	p>0.05
	12 бармоқ ичак	3 (15%)	1(5%)**	2 (20%)	2 (20%)	p>0.05

Изоҳ: Р- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.
*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *-p<0.05; **-p<0.01; ***-p<0.001.

Жадвалдан кўришиб турибдики, асосий гуруҳдаги беморларда ЭФГДС аниқланган барча белгилар ўтказилган комплекс муолажалардан кейин ишончли ижобий томонга ўзгарган. Назорат гуруҳида эса аниқланган ўзгаришларда ижобий динамика кузатилмади. Ушбу ҳолатни уларда антианемик муолажалар билан биргаликда *Helicobacter pylori* қарши комплекс даво ўтказилмаганлиги билан боғлаш мумкин.

Олдимизга қўйилган мақсаддан келиб чиқиб, барча кузатувдаги беморларда, шу жумладан, темир танқислиги енгил даражаси аниқланган мазкур гуруҳда ҳам *Helicobacter pylori* қон зардобидида аниқланди. Асосий гуруҳда кўрсаткичлар 27.9 ± 1.2 Ед/мл ва назорат гуруҳида 25.9 ± 0.7 Ед/мл ни ташкил этиб улар бир-биридан ишончли фарқ қилмади ($p > 0.05$).

Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс (анти *Helicobacter pylori* ва ундан сўнг антианемик) муолажалардан кейин беморларда *Helicobacter pylori* кўрсаткичлари мос равишда 27.9 ± 1.2 Ед/мл дан 14.6 ± 0.8 Ед/мл га ($p < 0.001$) юқори ишончли камайди, назорат гуруҳида буюрилган фақат антианемик муолажалардан кейин 25.9 ± 0.7 Ед/млдан 23.78 ± 0.7 Ед/мл ($p > 0.05$) бўлиб кўрсаткичлар ишонли ўзгармади. Бу биринчи гуруҳда ўтказилган комплекс даво муолажаларининг юқори самарадорлигидан далолат беради.

Темир танқислигининг енгил даражаси аниқланган асосий ва назорат гуруҳида уни тасдиқлашда қўлланиладиган лаборатор кўрсаткичлар мос равишда куйидагича бўлди: гемоглобин 91.3 ± 1.5 г/л ва 95.5 ± 1.8 г/л ни ($p > 0.05$), зардобдаги темир 4.54 ± 0.24 ммоль/л ва 4.81 ± 0.11 ммоль/л ($p > 0.05$), ферритин 9.29 ± 0.8 мкг/л ва 10.6 ± 1.23 мкг/л ($p > 0.05$), трансферринни тўйиниш даражаси $9.7 \pm 0.34\%$ ва $10.6 \pm 0.66\%$ ($p > 0.05$), эрувчи трансферрин рецепторлари 4.42 ± 0.9 г/л ва 4.39 ± 0.36 г/л ($p > 0.05$) ни ташкил этди. Солиштирма ўрганиш феррокенитик кўрсаткичлар асосий ва назорат гуруҳларда бир-биридан ишончли фарқ қилмаслиги ҳамда улар ўзаро мосликда танланганлигини кўрсатди.

Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс (анти *Helicobacter pylori* ва ундан сўнг антианемик) муолажалардан кейин беморларда гемоглобин кўрсаткичлари 91.3 ± 1.5 г/л. дан 122.2 ± 1.6 г/л га ($p < 0,001$), қон зардобидидаги темир микдори $4,54 \pm 0.24$ мкмоль/л дан 16.2 ± 0.4 мкмоль/л га ($p < 0,001$), ферритин 9.29 ± 0.8 мкг/л дан 105.5 ± 2.2 мкг/л ($p < 0,001$)га, трансферринни тўйиниш даражаси $9.7 \pm 0.34\%$ дан $26.05 \pm 1.8\%$ га ($p < 0,001$), эрувчи трансферрин рецепторлари 4.42 ± 0.9 г/л дан 1.32 ± 0.9 г/л га ($p < 0,01$) ишончли ўзгарди. Назорат, яъни фақат антианемик муолажалар ўтказилган гуруҳда эса 2-жадвалда келтирилганидек, динамикада зардобдаги темир ва ферритин кўрсаткичларида ишончли ижобий ўзгаришлар кузатилди. Буни ушбу гуруҳ беморлари ҳам темир препарати қабул қилганлиги билан боғлаш мумкин. Гемоглобин, трансферрин тўйиниш даражаси ва эрувчи трансферрин рецепторлари муолажалардан кейин ижобий томонга ўзгарган бўлса ҳам фарқлар ишончсиз бўлди.

2- жадвал

Темир танқислиги енгил даражаси аниқланган асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг қон зардобидидаги феррокенитик кўрсаткичларининг даволашдан олдин ва кейинги динамикадаги ўзгаришлари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		p
	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	
Лобаратор кўрсаткич натижалари					
Гемоглобин г/л	$91,3 \pm 1,5$	$122,2 \pm 1,6^{***}$	$95,5 \pm 1,8$	$100,9 \pm 3,53$	$p > 0,05$
Зардобдаги темир мкмоль/л	$4,54 \pm 0,24$	$16,2 \pm 0,4^{***}$	$4,81 \pm 0,11$	$7,65 \pm 0,31^{***}$	$p > 0,05$
Ферритин мкг/л	$9,29 \pm 0,8$	$105,5 \pm 2,2^{***}$	$10,6 \pm 1,23$	$65,9 \pm 2,03^{***}$	$p > 0,05$
Трансферринни тўйиниш даражаси	$9,7 \pm 0,34$	$26,05 \pm 1,8^{***}$	$10,6 \pm 0,66$	$16,56 \pm 3,23$	$p > 0,05$
Эрувчи трансферрин рецепторлари	$4,42 \pm 0,9$	$1,32 \pm 0,092^{***}$	$4,39 \pm 0,36$	$4,13 \pm 0,06$	$p > 0,05$

Изоҳ: Р- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.

*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *- $p < 0.05$; **- $p < 0.01$; ***- $p < 0.001$.

3-жадвалда иккинчи кичик гуруҳ, яъни ўрта оғирлик даражадаги темир танқислиги камқонлиги аниқланган беморларда кузатилган гастроэнтерологик белгиларнинг солиштирма кўрсаткичлари келтирилган.

3-жадвал

Темир танқислиги ўрта оғир даражаси аниқланган асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг гастроэнтерологик белгиларнинг солиштирма кўрсаткичлари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		P
	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	
Гастроэнтерологик белгилар					
Эпигастрал соҳада оғрик	7 (35%)	0***	3 (30%)	2 (20%)	p>0.05
Эпигастрал соҳада оғирлик ва тўйиш хисси	6 (30%)	2 (10%)***	2 (20%)	1 (10%)	p>0.05
Зарда қайнаши	9 (45%)	2 (10%)***	4 (40%)	2 (20%)***	p>0.05
Кекириш	6 (30%)	0***	4 (40%)	3 (30%)	p>0.05
Кўнгил айнаши	5 (25%)	2 (10%)**	2 (20%)	1 (10%)	p>0.05
Қорин дам бўлиши	12 (60%)	3 (15%)***	5 (50%)	4 (40%)	p>0.05
Қабзият	14 (70%)	2 (10%)***	8 (80%)	6 (60%)***	p>0.05
Ичнинг бўлмаслиги	20 (100%)	10 (50%)***	10 (100%)	10 (100%)	p>0.05
Иштаха пасайиши	12 (60%)	1 (5%)***	7 (70%)	4 (40%)	p>0.05

Изоҳ: P- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.

*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *-p<0.05; **-p<0.01; ***-p<0.001.

Жадвалда келтирилганидек беморларда аниқланган гастроэнтерологик шикоятлар асосий ва назорат гуруҳида бир биридан ишончли фарқ қилмади. Ўтказилган анти Helicobacter pylori ва ундан сўнг комплекс антианемик муолажалардан кейин асосий гуруҳ беморларида барча шикоятлар ишончли ижобий томонга ўзгарди. Фақат антианемик даво ўтказилган назорат гуруҳида эса зарда қайнаши (p<0.001) ва қабзият (p<0.001) каби шикоятларда ишончли ижобий ўзгаришлар қайд этилди. Қолган барча шикоятлар 3 ойлик темир препарати билан ўтказилган муолажалардан сўнг динамикада ижобий томонга силжиган бўлса ҳам улар ишончсиз бўлди.

Юқоридагилар билан бир қаторда ушбу темир танқислиги ўрта оғир даражаси аниқланган беморларнинг асосий ва назорат гуруҳларида сидеропеник белгилари мавжудлигини солиштирма ўргандик. Бунда асосий ва назорат гуруҳларида аниқланган белгилар орасидаги фарқ (p>0.05) ишончсиз бўлди.

Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс (анти Helicobacter pylori ва ундан сўнг антианемик) муолажалардан кейин беморлардаги мавжуд сидеропеник белгилар динамикада даволашдан олдин ва кейин мос равишда қўйидагича ўзгарди: Мушак холсизлиги ва юқори чарчоқ 65%дан 20%га (p<0.001), жисмоний зўриқишда хаво етишмаслик хисси 60%дан 10%га (p<0.001), бош айланиши 50%дан 5%га (p<0.001) камайди. Невралгия, уйку бузилиши ва эслаш қобилиятининг пасайиши, дисфагия, хид ҳамда таъм билишнинг бузилиши, кайлонохия, стоматит ва глоссит каби белгилар батомом йўқолди. Шунингдек, тери ва шиллик қаватларнинг рангпарлиги 70%дан 15%га (p<0.001), тахикардия 80% дан 20%га (p<0.001), тери қопламларининг қуруқлиги 35%дан 10%га (p<0.001), тирноқларнинг синувчанлиги 75%дан 20%га (p<0.001), соч қуруқлиги ва тўкилиши 20%дан 5%га (p<0.001) ишончли камайганлиги қайд этилди.

Назорат гуруҳида бош айланиши 40%дан 20%га (p<0.001), уйку бузилиши ва эслаш қобилиятининг пасайиши 70%дан 50%га (p<0.001), невралгия 10%дан батомом йўқолди (p<0.001), хид билишнинг бузилиши 20%дан 10%га (p<0.05) ишончли камайди. Қолган барча сидеропеник белгиларда ишончли ижобий ўзгаришлар кузатилмади.

4-жадвал

Темир танқислиги ўрта оғир даражаси аниқланган асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг даволашдан олдин ва кейинги седиропеник белгиларининг динамикадаги солиштирма ўзгаришлари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		p
	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	
Анемик ва сидеропеник белгилар					
Мушак холсизлиги ва юқори чарчоқ	13 (65%)	4 (20%)*	6 (60%)	5 (50%)	p>0.05
Жисмоний зўриқишда ҳаво етишмаслик ҳисси	12 (60%)	2 (10%)*	5 (50%)	4 (40%)	p>0.05
Бош айланиши	10 (50%)	1 (5%)*	4 (40%)	2 (20%)*	p>0.05
Невралгия	3 (15%)	0*	1 (10%)	0*	p>0.05
Уйку бузилиши ва эслаш қобилиятини пасайиши	12 (60%)	0*	7 (70%)	5 (50%)*	p>0.05
Дисфагия	1 (5%)	0	0	0	p>0.05
Ҳид билишнинг бузилиши	4 (20%)	0*	2 (20%)	1 (10%)	p>0.05
Таъм билишнинг бузилиши	9 (45%)	0*	5 (50%)	4 (40%)	p>0.05
Тери ва шиллик қаватларнинг рангпарлиги	14 (70%)	3 (15%)*	8 (80%)	7 (70%)	p>0.05
Тахикардия, юрак чўққисидан систолик шовкин	16 (80%)	4 (20%)*	7 (70%)	6 (60%)	p>0.05
Тери қопламаларининг қуруқлиги	7 (35%)	2 (10%)*	3 (30%)	2 (20%)	p>0.05
Тирноқларнинг синувчанлиги	15 (75%)	4 (20%)*	7 (70%)	6 (60%)	p>0.05
Койлонихия	12 (60%)	0 (0%)*	5 (50%)	4 (40%)	p>0.05
Соч қуруқлиги ва тўкилиши	4 (20%)	1 (5%)*	3 (30%)	3 (30%)	p>0.05
Стоматит, глоссит	3 (15%)	0*	2 (20%)	1 (10)	p>0.05

Изоҳ: P- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.

*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *-p<0.05; **-p<0.01; ***-p<0.001.

Ўтказилган таҳлил асосий гуруҳда барча кўрсаткичлар комплекс муолажалардан кейин ишончли ижобий томонга ўзгарганлигини тасдиқлади. Назорат гуруҳида эса фақат айрим седиропеник белгиларда ишончли ижобий ўзгаришлар кузатилганлигини кўрсатди.

Иккинчи кичик гуруҳнинг асосий ва назорат гуруҳларида ЭФГДС аниқланган ўзгаришлар қуйидагича бўлди. Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс (анти *Helicobacter pylori* ва ундан сўнг антианемик) ва назорат гуруҳида буюрилган фақат антианемик муолажалардан кейин мавжуд белгиларнинг динамикадаги даволашдан олдин ва кейинги ўзгаришлари 5-жадвалда келтирилган.

5-жадвал

Темир танқислиги ўрта оғир даражаси мавжуд асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг даволашдан олдин ва кейинги эзофагогастроудиноскопияда аниқланган белгиларнинг динамикаси.

Кўрсаткичлар	Fe танқис ўрта оғир даража		Назорат гуруҳи		p	
	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин		
Эндоскопия текширувлари						
Гастроудинит	Юза	12 (60%)	4 (20%)*	5 (50%)	4 (40%)	p>0.05
	Эрозив	5 (25%)	0*	2 (20%)	1 (10%)	p>0.05
	Атрофик	1 (5%)	0*	1 (10%)	2 (20%)	p>0.05

	Яра	2 (10%)	0***	2 (20%)	3 (30%)	p>0.05
Жойлашиш и	Антрал	16 (80%)	3 (15%)***	7 (70%)	6 (60%)	p>0.05
	Пангастрик	1 (5%)	0***	1 (10%)	1 (10%)	p>0.05
	12 бармоқ ичак	3 (15%)	1 (5%)***	2 (20%)	3 (30%)	p>0.05

Изоҳ: P- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.

*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *-p<0.05; **-p<0.01; ***-p<0.001.

Унга кўра асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида муолажаларгача бўлган фарқлар ишончсиз бўлиб, бу гуруҳлар мос равишда танланганлигини тасдиқлайди. Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс муолажалардан кейин динамикада барча кўрсаткичларда ўзгаришлар ишончли бўлиб, бу даво самарадорлигини юқори бўлганлигини кўрсатади. Асосий гуруҳдан фарқли ўлароқ фақат антианемик даво олган назорат гуруҳида ўзгаришлар ишончли бўлмай, бемор организмида *Helicobacter pylori* ни сақланиши унинг етакчи сабаби эканлигини кўрсатади.

Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс (анти *Helicobacter pylori* ва ундан сўнг антианемик) муолажалардан кейин беморлардаги мавжуд сидеропеник белгилар динамикада даволашдан олдин ва кейинги ўзгаришлари барча ҳолларда юқори ишончли бўлганлигини кўрсатди (6-жадвал).

6-жадвал

Темир танқислиги ўрта оғир даражаси аниқланган асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг даволашдан олдин ва кейинги сидеропеник белгиларининг динамикадаги солиштирма ўзгаришлари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		P
	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	
Анемик ва сидеропеник белгилар					
Мушак холсизлиги ва юқори чарчоқ	17 (85%)	1 (5%)***	8 (80%)	5 (50%)***	>0.05
Жисмоний зўриқишда ҳаво етишмаслик хисси	15 (75%)	3 (15%)***	7 (70%)	3 (30%)***	>0.05
Бош айланиши	14 (70%)	3 (15%)***	6 (60%)	5 (50%)	>0.05
Невралгия	6 (30%)	1 (5%)***	2 (20%)	1 (10%)	>0.05
Уйқу бузилиши ва эслаш қобилиятини пасайиши	16 (80%)	4 (20%)***	9 (90%)	7 (70%)***	>0.05
Дисфагия	2 (10%)	0***	1 (10%)	1 (10%)	>0.05
Ҳид билишнинг бузилиши	9 (45%)	0***	4 (40%)	3 (30%)	>0.05
Таъм билишнинг бузилиши	12 (60%)	4 (20%)***	6 (60%)	5 (50%)	>0.05
Тери ва шиллик каватларнинг рангпарлиги	20 (100%)	8 (40%)***	10 (100%)	8 (80%)***	>0.05
Тахикардия, юрак чўққисида систолик шовқин	17 (85%)	6 (30%)***	9 (90%)	7 (70%)	>0.05
Тери қопламаларининг қуруқлиги	18 (90%)	4 (20%)***	8 (80%)	7 (70%)	>0.05
Тирноқларнинг синувчанлиги	17 (85%)	8 (40%)***	8 (80%)	7 (70%)	>0.05
Койлонихия	16 (80%)	10 (50%)***	7 (70%)	6 (60%)	>0.05
Соч қуруқлиги ва тўкилиши	11 (55%)	4 (20%)***	6 (60%)	6 (60%)	>0.05
Стоматит, глоссит	8 (40)	0***	3 (30%)	2 (20%)	>0.05

Изоҳ: Р- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.

*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *-p<0.05; **-p<0.01; ***-p<0.001.

Назорат гуруҳида эса жадвалда келтирилганидек, мушак холсизлиги ва юқори чарчок 80%дан 50%га (p<0.001), жисмоний зўриқишда хаво етишмаслик ҳисси 70%дан 30%га (p<0.001), уйқу бузилиши ва эслаш қобилятининг пасайиши 90%дан 70%га (p<0.001), тери ва шиллиқ қаватларининг рангпарлиги 100%дан 80%га (p<0.001), тахикардия 90%дан 70%га(p<0.001) ишончли камайиб, қолган шикоятларда ижобий силжишлар кузатилган бўлса ҳам улар ишончли ўзгармади.

Учинчи кичик гуруҳнинг асосий ва назорат гуруҳида ўтказилган ЭФГДС куйидаги ўзгаришлар аниқланди (7-жадвал).

7-жадвал

Темир танқислиги оғир даражаси мавжуд асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг даволашдан олдин ва кейинги эзофагогастроудиноскопияда аниқланган белгиларнинг динамикаси.

Кўрсаткичлар		Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		p
Эндоскопия текширувлари		Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	
Гастроуденит	Юза	10 (50%)	2 (10%)***	6 (60%)	6 (60%)	p>0.05
	Эрозив	4 (20%)	1 (5%)***	2 (20%)	2 (20%)	p>0.05
	Атрофик	4 (20%)	0****	1 (10%)	1 (10%)	p>0.05
	Яра	2 (10%)	0***	1 (10%)	1 (10%)	p>0.05
Жойлашиши	Антрал	13 (65%)	3 (15%)****	6 (60%)	5 (50%)	p>0.05
	Пангастрик	3 (15%)	0***	1 (10%)	1 (10%)	p>0.05
	12 бармоқ ичак	4 (20%)	0***	3 (30%)	4 (40%)	p>0.05

Изоҳ: Р- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.

*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *-p<0.05; **-p<0.01; ***-p<0.001.

Унга кўра асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида муолажаларгача бўлган фарқлар аксарият ҳолларда ишончсиз бўлиб, бу гуруҳлар мос равишда танланганлигини тасдиқлайди. Асосий гуруҳда ўтказилган комплекс муолажалардан кейин динамикада барча кўрсаткичларда ишончли ўзгаришлар кузатилиб, бу комплекс даво самарадорлигини юқори бўлганлигидан далолат беради. Жадвалда келтирилганидек, асосий гуруҳдан фарқли ўлароқ фақат антианемик даво олган назорат гуруҳида ўзгаришлар ишончли бўлмай, *Helicobacter pylori* га қарши эридикацион терапия ўтказилмаганлиги унинг асосий сабаби деб ҳисоблашга асос бўлади.

Ушбу гуруҳдаги беморларда ҳам қон зардобида *Helicobacter pylori* ўрганилганда, даволашдан олдин ва кейин асосий гуруҳда кўрсаткичлар 55.6±3.4 Ед/мл дан 19.3±3.05 Ед/мл га (p<0.001) ишончли камайди. Назорат гуруҳида эса ушбу кўрсаткич мос равишда 46.7±3.28 Ед/мл дан 44.5±3.28 Ед/мл ташкил этиб ишончсиз камайганлиги (p>0.05) аниқланди. Ушбу рақамлар асосий гуруҳда *Helicobacter pylori* га қарши ўтказилган уч таркибли терапиядан сўнг томир ичига ва ундан сўнг 3 ой муддатга ичиш учун буюрилган антианемик муолажалар ишончли ижобий ўзгаришларга олиб келганлигини тасдиқлайди.

Темир танқислигининг оғир даражаси аниқланган асосий ва назорат гуруҳида уни тасдиқлашда қўлланиладиган лаборатор кўрсаткичларнинг даволашдан олдинги ва кейинги даражалари 8-жадвалда келтирилган.

8- жадвал

Темир танқислиги оғир даражаси аниқланган асосий ва назорат гуруҳидаги беморларнинг қон зардобидаги ферроқенитик кўрсаткичларининг даволашдан олдин ва кейинги динамикадаги ўзгаришлари.

Кўрсаткичлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи		p
	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	Муолажадан олдин	Муолажадан кейин	
Лобаратор кўрсаткич натижалари					
Гемоглобин г/л	69,3 ± 1,04	119 ± 1,5***	65,2 ± 1,72	91 ± 1,42***	>0.05
Зардобдаги темир мкмоль/л	2,32 ± 0,2	18,03 ± 0,3***	2,25 ± 0,15	9,22 ± 0,15***	>0.05
Ферритин мкг/л	4,3 ± 0,3	10,61 ± 0,5***	3,79 ± 0,45	55,14 ± 0,55***	>0.05
Трансферрини тўйиниш даражаси	10,35 ± 0,5	22,35 ± 0,5***	9,16 ± 0,86	15,16 ± 0,8***	>0.05
Эрувчи трансферрин рецепторлари	6,35 ± 0,5	4,65 ± 0,5*	6,06 ± 1,03	5,86 ± 1,035	>0.05

Изоҳ: P- даволашдан олдинги асосий ва назорат гуруҳлари кўрсаткичлари фарқи.

*-даволашдан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар фарқи: *-p<0.05; **-p<0.01; ***-p<0.001.

Муолажаларгача бўлган асосий ва назорат гуруҳидаги барча ферроқенитик кўрсаткичлар бир биридан ишончли фарқ қилмади ва бу гуруҳлар ўзаро монанд танланганлигини кўрсатади.

8-жадвалдан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда анти *Helicobacter pylori* ва ундан сўнг ўтказилган антианемик (вена ичига ва ундан сўнг 3 ой давомида ичишга) даво муолажаларидан кейин барча кўрсаткичлар юқори ишончли (p<0.001) ижобий томонга ўзгарди. Асосий гуруҳдан фарқли ўлароқ фақат антианемик препаратлар қабул қилган назорат гуруҳида гемоглобин кўрсаткичи 65,2 ± 1,72 г/л дан 91 ± 1,42 г/л га ишончли кўтарилган бўлса ҳам кўрсаткичлар меъёр даражасига етмади. Шунингдек, қон зардобидаги темир ва ферритин кўрсаткичлари ҳам мос равишда 2,25 ± 0,15 ммоль/л дан 9,22 ± 0,15 ммоль/л га ва 3,79 ± 0,45 мкг/л дан 55,14 ± 0,55 мкг/л га ишончли ошди. Лекин аниқланган кўрсаткичлари анемия бартараф этилмаганлигини тасдиқлайди. Бундан ташқари трансферрин тўйиниш даражасида ҳам ижобий ишончли ўзгаришлар кузатилган бўлса ҳам 20%дан кам бўлиб темир билан тўйиниш даражаси меъёрига етмади. Эрувчи трансферрин рецепторлари 6,06 ± 1,03 г/л дан 5,86 ± 1,035 г/л гача камайган бўлса ҳам аниқланган кўрсаткич назорат гуруҳидаги беморларда темир танқислиги ҳолати сақланиб қолганлигини кўрсатади.

Шундай қилиб, *Helicobacter Pylori* билан ассоцияланган темир танқислиги камқонлигини турли оғирлик даражаларида асосий ва назорат гуруҳларида нафақат ферроқенитик кўрсаткичлар, балки қон зардобида аниқланган бактерия антиганачалари (енгил, ўрта ва оғир даражаларида мос равишда 27.9 ± 1.2; 38.5 ± 0.4; 55.6 ± 3.4 барча ҳолларда p<0.01 ва 25.91 ± 0.7; 37.05 ± 1.08; 46.7 ± 3.28 сўнги икки ҳолатда p<0.01) ва яллиғланиш олди цитокинлари кўрсаткичларида ҳам шундай ҳолат кузатилди ва улар бир-биридан ишончли (p<0.001) фарқ қилди. Бу органзмдаги *Helicobacter pylori* кўрсаткичлари билан темир танқислиги камқонлиги орасида ўзвий боғлиқлик борлигини кўрсатади. Ундан ташқари темир танқислиги камқонлигини *Helicobacter pylori* билан бирга келган барча оғирлик даражаларида аввал ушбу бактерияга қарши ўтказилган эрадикация терапиясидан сўнг монанд антианемик даво ўтказилиши узоқ муддатли юқори самара беришини тасдиқлайди.

ХУЛОСА

Сурункали темир танқислиги камқонлиги аниқланган ҳамда ошқозон – ичак тизимида шикоятлар билдирган барча беморларда *Helicobacter pylori*ни аниқлаш лозим;

Helicobacter pylori билан ассоцияланган темир танқислиги камқонлиги аниқланган беморларда аввал бактерияга қарши эрадикация терапиясини ўтказиб ундан сўнг касаллик оғирлик даражаларига мос равишда темир препаратини буюриш юқори самара беради.

REFERENCES / СНОСКИ / ИҚТИБОСЛАР:

1. Андреева Т. И., Красовский К. С., Ананьева Г. А., Андреичева Е. Н. Потребление бездымного табака — дополнительная проблема контроля над табаком в России // Наркология. — 2011. — № 1. — С. 44—49.
2. Жебрун А.Б. Инфекция *Helicobacter pylori*. — СПб: Феникс; 2006.
3. Исмаилова Ж.А. Оптимизация эрадикационной терапии хеликобактер-ассоциированного заболевания желудка с учетом генетических факторов вирулентности, диссертационная работа на соискание ученой степени доктора медицинских наук (DSc). 2022 й.
4. Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З. и др. Распространённость и молекулярно-генетические характеристики *Helicobacter pylori* в Узбекистане // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 28. С. 48-51.
5. Колосова Н.Г., Баяндина Г.Н., Машукова Н.Г., Геппе Н.А. Обмен железа в организме и пути коррекции его нарушений. Трудный пациент 2011; 8—9: 54—58.
6. Махмонов Л.С., Ризаев Ж.А., Гадаев А.Г. HELICOBAKTER PYLORI И ЕГО ВАЖНОСТЬ ПРИ РАЗВИТИИ АНЕМИИ СВЯЗАННОЙ С ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА И ВИТАМИН В12// Проблемы биологии и медицины. - 2021. №5. Том. 130. - С. 215-218.
7. Распространенность атрофического гастрита в разных популяциях Сибири по данным серологического исследования / О. В. Решетников, С. А. Курилович, С. А. Кротов [и др.] // Клиническая медицина. — 2008. — № 7. — С. 35—38.
8. Решетников О.В., Курилович С.А. Распространенность хеликобактериоза в некоторых районах Сибири по данным серологических исследований // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2000. — N 3. — С. 32—34.
9. Цуканов, В. В. Эпидемиология язвенной болезни / В. В. Цуканов, О. В. Штыгашева, С. В. Баркалов. — Красноярск, 2004. — 213 с.
10. Amarapurkar D.N., Amarapurkar A.D. Intrinsic factor antibody negative atrophic gastritis; is it different from pernicious anaemia? Trop Gastroenterol 2010; 31 (4): 266—270.].
11. Association of IL1B -511C/-31T haplotype and *Helicobacter pylori* vacA genotypes with gastric ulcer and chronic gastritis [Электронный ресурс] / D. N. Martínez-Carrillo, E. Gar131 za-González, R. Betancourt-Linares [et al.] // BMC Gastroenterol. — 2010. — Vol. 10, №126.
12. Epidemiological characteristics of *Helicobacter pylori* infection in Moscow / S. V. German, I. E. Zykova, A. V. Modestova [et al.] // Gig. Sanit. — 2011. — № 1. — P. 44—48.
13. Frenck. R., Clemens J. *Helicobacter* in the developing world // Microb. Infect. — 2003. — Vol.8.— N 5.—P. 705—713. doi: 10.4103/1319-3767.54743.
14. Gastroduodenitis and *Helicobacter pylori* in Nigerians: histopathological assessment of endoscopic biopsies / K. B. Badmos, O. S. Ojo, O. S. Olasode [et al.] // Niger. Postgrad. Med. J. — 2009. — Vol. 16, № 4. — P. 264—267).
15. *Helicobacter pylori* infection in symptomatic patients with benign gastroduodenal diseases: analysis of 5.664 cases / J. P. Ortega, A. Espino, B. A. Calvo [et al.] // Rev. Med. Chil. — 2010. — Vol. 138, № 5. — P. 529—535.
16. Hershko C., Ronson A. Iron deficiency, *Helicobacter* infection and gastritis. Acta Haematol 2009; 122 (2—3): 97—102.
17. Fayed S.B., Aref M.I., Fathy H.M. et al. Prevalence of celiac disease, *Helicobacter pylori* and gastroesophageal reflux in patients with refractory iron deficiency anemia. J Trop Pediatr 2008; 54 (1): 43—53.
18. Hershko C., Skikne B. Pathogenesis and management of iron deficiency anemia: emerging role of celiac disease, *Helicobacter pylori*, and autoimmune gastritis. Semin Hematol 2009; 46 (4): 339—350.
19. Isolation of *Helicobacter pylori* in gastric mucosa, dental plaque and saliva in a population from the Venezuelan Andes / L. De Sousa, L. Vásquez, J. Velasco [et al.] // Invest. Clin. — 2006. — Vol. 47, № 2. — P. 109—116.

20. Kodama M., Murakami K., Okimoto T. et al. Helicobacter pylori eradication improves gastric atrophy and intestinal metaplasia in long-term observation. *Digestion* 2012; 85 (2): 126—130.
21. Malaty H., Paykov V., Bykova O. Helicobacter pylori and socioeconomic factors in Russia // *Helicobacter*. – 1996. – N 1. – P. 82–87.
22. Malfertheiner P., Megraud F., O’Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut* 2012; 61 (5): 646—664.]
23. O’Connor A., Gisbert J.P., McNamara D., O’Morain C. Treatment of Helicobacter pylori infection 2010 // *Helicobacter*. 2010. Vol. 15. Suppl. 1. P. 46–52.
24. Prevalence of Helicobacter pylori infection, chronic gastritis, and intestinal metaplasia in Mozambican dyspeptic patients / C. Carrilho, P. Modcoicar, L. Cunha [et al.] // *Virchows Arch.* – 2009. – Vol. 454, № 2. – P. 153–160.
25. Rizaev A. Jasur, Makhmonov S. Lutfulla, Gadaev G. Abdugaffor, Turakulov I. Rustam. Assessment of external factors involved in prediction of iron deficiency anemia associated with Helicobacter Pylori. *Journal of Biomedicine and Practice*. 2022, vol.7, issue 4, pp. 436-446
26. Safonova N., Zhebrun A., Noskov F. The role of helicobacteriosis in the gastroenteropathology in Saint–Petersburg // *Helicobacter pylori and the new concepts in gastro–duodenal disease*. Charles University, Prague–Chechoslovaria. – 1992. – P.31.
27. Seroprevalence of Helicobacter pylori in dyspeptic patients and its relationship with HIV infection, ABO blood groups and life style in a university hospital, Northwest Ethiopia / F.Moges, A. Kassu, G. Mengistu [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 12, № 12. – P. 1957–1961.
28. Vitale G., Barbaro F., Ianiro G. et al. Nutritional aspects of Helico-bacter pylori infection. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2011; 57 (4): 369—377.
29. Yusupov Mashrab, Rizaev Jasur, Ziyadullaev Shuxrat. The value of cytokines in children with escherichiosis. *Journal of Biomedicine and Practice*. 2022, vol. 7, issue 4, pp.58-63
30. Yuan W., Li Y., Yang K. et al. Iron deficiency anemia in Helicobacter pylori infection: meta-analysis of randomized controlled trials. [Journal Article, Meta-Analysis, Research Support, Non-U.S. Gov’t, Review]. *Scand J Gastroenterol* 2010; 45 (6): 665—676.