

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2020

O'zbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181–5887

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2020. №3

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

Арипов Б.С., к.м.н. (Ташкент)
Бабаев К.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Бахрамов С.М., академик РАН, д.м.н.,
профессор (Ташкент)
Гафуров Б.Г., д.м.н., профессор (Ташкент)
Губергриц Н.Б., д.м.н., профессор (Донецк)
Джумагулова А.С., д.м.н., профессор (Бишкек)
Закирходжаев Ш.Я., д.м.н., профессор (Ташкент)
Зияев Ю.Н., д.м.н., профессор (Ташкент)
Зуфаров М.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Искандарова С.Д. (Ташкент)
Карпов Ю.А., д.м.н., профессор (Москва)
Ливерко И.В., д.м.н., профессор (Ташкент)
Мамасолиев Н.С., д.м.н., профессор (Андижан)
Набиева Д.А., д.м.н. (Ташкент)
Рахимова Д.А., д.м.н. (Ташкент)
Рустамова М.Т., д.м.н., профессор (Ташкент)
Собирова Г.Н., д.м.н. (Ташкент)
Ташкенбаева Э.Н., д.м.н. (Самарканд)
Тулабаева Г.М., д.м.н., профессор (Ташкент)
Фозилов А.В., д.м.н., профессор (Ташкент)
Хамраев А.А., д.м.н., профессор (Ташкент)
Хужамбердиев М.А., д.м.н., профессор (Андижан)
Шек А.Б., д.м.н., профессор (Ташкент)
Шодикулова Г.З., д.м.н. (Самарканд)

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

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

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

Подписано в печать 23.09.2020. Формат 60×84^{1/8}. Печать офсетная.
Усл. п.л. 24,0. Тираж 150. Заказ № 610.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЕМАНЕРА ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ <i>Атаджанова М.А., Мурадова И.Г., Овезова С.О., Худайбердыева Г.П.</i>	102
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕИССЛЕДОВАННОЙ КИШЕЧНОЙ ДИСПЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Бобро Л.Н.</i>	103
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНТЕЗА ЛЕЙКОТРИЕНОВ И АКТИВНОСТИ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ В РАННИЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ <i>Бурмак Ю.Г., Петров Е.Е., Иваницкая Т.А.</i>	104
КАЛЬЦИЕВЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ <i>Вьюн Т.И., Пасиешвили Л.М.</i>	104
ПОЛИПОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ – ЭХО-ГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА <i>Ибрагимов А.Ю., Кодиров Н.А., Фазылов А.В., Хусанов А.М.</i>	105
ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ <i>Кадырова Ш.А., Нарзиева З.Ш.</i>	106
ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТОМЕТРИИ НА БАЗИСНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С <i>Каримов М.Ш., Парпиева Д.А., Миррахимова Н.М.</i>	106
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ <i>Каримов М.Ш., Шукурова Ф.Н.</i>	107
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК <i>Касымова Г.Б.</i>	108
ГРУППЫ РИСКА КОМОРБИДНЫХ ГЕПАТИТ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА <i>Коломиец В.М.</i>	108
ЗНАЧЕНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ <i>Курбанов В.А., Танрыбердыева Т.О., Бекнепесова М.Ч.</i>	109
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ПРИМЕНЕНИЕМ СИМБИОТИКА «BIFOLAK®-ACTIVE» <i>Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж.</i>	109
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАСЛА ИЗ КОСТОЧЕК ВИНОГРАДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ <i>Мамедсахатова С. Ч., Овезова Г.К.</i>	110
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ, ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ <i>Парпиева Д.А., Каримов М.Ш.</i>	111
ИЗМЕНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ФИБРОЗА <i>Рахимова З.Р., Ходжакулиев Б.Г.</i>	111
ВЛИЯНИЕ ПСИХОСАМОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ <i>Садикова С.И., Джалилова С.Х.</i>	112
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ <i>Садикова С.И.</i>	113
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПОДРОСТКОВ <i>Садикова С.И., Джалилова С.Х.</i>	113
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ИХ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ <i>Тагаева М.Х.</i>	114
ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОПРОТЕКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Танрыбердыева Т.О., Гурбанов В.А., Гароев Г.Я.</i>	115
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНЫХ СБОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ <i>Танрыбердыева Т.О., Бекнепесова М.Ч., Болмаммедов Ы.Ч.</i>	115
УРОВЕНЬ ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ 19 И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ <i>Тимошенко Г.Ю.</i>	116

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНТЕЗА ЛЕЙКОТРИЕНОВ И АКТИВНОСТИ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ В РАННИЕ СРОКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ

БУРМАК Ю.Г., ПЕТРОВ Е.Е., ИВАНИЦКАЯ Т.А.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава, Украина

Цель исследования. Целью настоящего исследования стало изучение динамики содержания липоксигеназных метаболитов арахидоновой кислоты и активности липопероксидации в ранние сроки после проведенной терапии больных пептической язвой (ПЯ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) с коморбидной гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Группа исследуемых лиц включала 54 больных ПЯ ДПК в возрасте от 38 до 49 лет, из которых у 33 пациентов имела место коморбидная ГБ. Определение содержания ЛтВ4 и ЛтС4 в плазме крови проводили радиоиммунным методом (набор реактивов производства Amersham, Великобритания), уровень малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом; референтными значениями стали показатели практически здоровых лиц (n=21), не имевших с исследуемыми больными различий по полу и возрасту. Математическая обработка проводилась с помощью методов вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты исследования. Исходным исследованием было выявлено значительное, по сравнению с группой контроля, увеличение содержания в плазме крови больных ПЯ ДПК и коморбидной ГБ ЛтВ4 – в 1,4 раза (в контроле – $53,2 \pm 11,4$ пг/мл; $p < 0,001$) и ЛтС4 – в 5,3 раза (в контроле – $39,7 \pm 10,8$ пг/мл; $p < 0,001$), при этом с аналогичными показателями больных ПЯ ДПК анализируемые показатели достоверно не различались. Содержание МДА в сыворотке больных обеих исследуемых групп было равнозначным и по сравнению с референтной нормой ($4,88 \pm 0,18$ мкмоль/л) отмечалось его

увеличение в 2,3 раза ($p < 0,001$). Повторным (после основного курса лечения) исследованием содержания Лт в плазме крови исследуемых показано, что у больных ПЯ ДПК наблюдалось снижение содержания ЛтВ4 и ЛтС4 в 2,4 ($p < 0,01$) и 2,9 ($p < 0,05$) раза. Вместе с тем следует отметить, что динамика снижения ЛтВ4 и ЛтС4 у больных коморбидной патологией хотя и была достоверной, но менее значимой – в 1,98 и 1,93 раза ($p < 0,01$). Необходимо подчеркнуть, что в отличие от больных ПЯ ДПК, где в показателях ЛтВ4 и ЛтС4 достоверность различий (по сравнению с контролем) после лечения не наблюдалась, у больных коморбидной патологией эти показатели сохраняли как более высокие значения, так и достоверность различий с референтной нормой ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). Следует также отметить, что динамика снижения уровня МДА после лечения у исследуемых больных была достоверной ($p < 0,001$), но по сравнению с больными ПЯ ДПК (снижение в 1,45 раза) достоверно ($p < 0,001$) менее выраженной у больных коморбидной патологией (снижение в 1,23 раза). Изложенное выше, таким образом, позволяет сделать нижеследующие выводы.

Выводы. У больных ПЯ ДПК, а также при коморбидном ее течении с ГБ имеет место существенное повышение синтеза лейкотриенов, сочетающееся с выраженной активацией процессов пероксидации липидов. Динамика снижения содержания лейкотриенов в ранние сроки лечения больных коморбидной патологией является значимо сниженной, чем у больных ПЯ ДПК, при этом сохраняется высокой активностью процессов пероксидации липидов, что позволяет указанное выше рассматривать как критерий отягощения течения коморбидной патологии.

КАЛЬЦИЕВЫЙ ДИСБАЛАНС КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

ВЬЮН Т.И., ПАСИЕШВИЛИ Л.М.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Определить состояние кальциевого обмена у пациентов с ХП и при его сочетании с ГБ и установить его влияние на развитие осложнений.

Материал и методы исследования. У 70 пациентов с коморбидностью ГБ и ХП (основная группа) и 40 лиц с изолированным ХП (группа сравнения) проведено определение фракций

кальция в сыворотке крови. В группах, обследованных преобладали женщины (72,9% (51/70) и 70% (28/40)), средний возраст по группам составил $33,2 \pm 2,1$ (основная) и $32,9 \pm 3,1$ (сравнения) лет. Показатели контроля получены у 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Состояние кальциевого обмена определяли биохимическим методом (набор реактивов PLIVA-Lachema, Чешская республика). Ионизированный кальций (Ca_i) сыворотки крови рассчитывали по формуле Д.И. Мицурсы; одновременно определяли кальциевый коэффициент – КК (соотношение общего и ионизированного Са между биологическими жидкостями).

Результаты исследования. При исследовании содержания общего Са сыворотки крови было установлено его достоверное ($p < 0,05$) снижение по сравнению с контролем ($2,62 \pm 0,03$ ммоль/л) как у пациентов основной группы ($2,32 \pm 0,01$ ммоль/л), так и группы сравнения ($2,50 \pm 0,01$ ммоль/л). Показатель Са_i также был ниже данных контроля ($1,23 \pm 0,01$ ммоль/л) и составил $1,16 \pm 0,01$ и $1,18 \pm 0,01$ ммоль/л

соответственно ($p < 0,05$). Такие изменения в показателях фракций кальция крови приводили к увеличению кальциевого коэффициента у лиц основной группы с $46,9 \pm 0,2\%$ до $49,8 \pm 0,2\%$, что было результатом потери ионизированного кальция клеткой. В группе сравнения колебаний в показателях КК выявлено не было ($47,0 \pm 0,3\%$). Изучаемые параметры не имели зависимости от пола и возраста пациентов (больные в пременопаузе и климаксе к работе не привлекались).

Выводы. При сочетанном течении ГБ и ХП отмечаются изменения в показателях кальциевого обмена, что обусловлено нарушением поступления кальция с пищей и перераспределением его между биологическими средами. При отсутствии адекватного поступления Са с пищей, его восполнение для «повседневной потребности» организма будет происходить за счет костной матрицы, т.е. возникают предпосылки к формированию остеопоротических состояний, что требует контроля и коррекции выявленных нарушений.

ПОЛИПОЗ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ – ЭХО-ГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

ИБРАГИМОВ А.Ю., КОДИРОВ Н.А., ФАЗЫЛОВ А.В., ХУСАНОВ А.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, 1-Республиканская клиническая больница, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Сравнительная оценка и диагностика полипов желчного пузыря, а также их дифференциальная диагностика.

Материал и методы. Ретроспективно провели сравнительный анализ результатов ультразвукового анализа у 110 пациентов, с заключением полип или полипоз желчного пузыря. Проанализировали количество, размеры, форму, экзогенность, структуру, наличие или отсутствие акустической тени, ножку.

Результаты исследования. Эхографические размеры «полипов» желчного пузыря составили: 2–5 мм у 57 (51,8%) пациентов, 6–10 мм у 39 (35,4%) и 11–22 мм у 14 (12,7%) пациентов.

Динамическое ультразвуковое наблюдение позволяет следить за изменением размеров полипа. Отсутствие роста полипа мы предлагаем считать сохраняющиеся размеры либо их изменение на 1 мм, так как, эта величина находится в пределах ошибки измерения. Медленным ростом – увеличение диаметра полипа на 2 мм в год. Быстрый рост, когда диаметр полипа увеличивается более 2 мм в

год. Современная тактика ведения пациентов с полипами желчного пузыря состоит в их периодическом ультразвуковом контроле и своевременном операционном лечении.

Из 110 человек, находящихся под ультразвуковым мониторингом, у 86 (78,2%) человек размеры полипа или полипов желчного пузыря остаются те же. Тогда как у 24 (21,8%) человек установлен медленный рост полипов и увеличение их количества.

Выводы. Эхографическое заключение «полипоз желчного пузыря», это понятие собирательное, которое может соответствовать различным гистологическим формам доброкачественных опухолей и опухолеподобных процессов желчного пузыря.

Размеры полипа желчного пузыря 10 мм и более и быстрый рост являются показаниями к хирургическому лечению. Полипы желчного пузыря размером менее 10 мм при их медленном росте, менее 2 мм в год, подлежат ультразвуковому мониторингу.