

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON
TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
УЗБЕКИСТАНА

№ 3, 2017

Uzbekiston terapevtlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация терапевтов Узбекистана

ISSN 2181-5887

O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2017, № 3

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал

Пульмонология

ФАКТОРЫ РИСКА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ХИРУРГИИ

АБДУРАХМАНОВ А.А., КАДЫРОВА Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение частоты случаев и факторов риска нозокомиальной пневмонии у больных, перенесших оперативное лечение.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении клинической больницы №1 МЗ. РУз. с 2012 по 2016 гг., по общепринятым критериям, НП обнаружена у 27 больных (0,26%). Средний возраст больных—52 года, мужчин—15, женщин—12. Все больные оперированы в экстренном порядке. Из них — у 11 был — острый калькулезный холецистит, у 7—пупочная и паховые грыжи, у 2—сочетанная травма, у 1—разрыв тонкого кишечника, у 4 — эхинококк печени, у 1—острый панкреатит и у 1—рак желудка. При постановке диагноза учитывались критерии диагноза нозокомиальной пневмонии, такие как (наличие как минимум 3 критериев): лихорадка $>38,0^{\circ}\text{C}$, характер мокроты, лейкоцитоз $>11 \times 10^9 \text{ л}$ или лейкопения $<4 \times 10^9 \text{ л}$, новые, прогрессирующие или персистирующие (>24 ч) инфильтративные тени на рентгенограмме грудной клетки, выполненной в переднезадней проекции, интраабдоминальная инфекция, симптомы раздражения брюшины, гнойное отделяемое по дренажу, признаки внутрибрюшного абсцесса при ультразвуковом исследовании, наличие инфекционного очага в брюшной полости.

Результаты исследования. Ранняя нозокомиальная пневмония наблюдалась у 20, поздняя у 7 больных. Нозокомиальная пневмония возникла в период нахождения в реанимационном блоке у 3 больных. У 16 больных НП возникла на фоне

тяжелого состояния, у 11—на фоне состояния средней тяжести. В молодом возрасте (18–25, среднем (45–59 лет) — у 15, в пожилом и старческом возрасте (60 лет и более) — у 7 больных. НП возникла на фоне следующих заболеваний: 27,6% на фоне ишемической болезни сердца и желой артериальной гипертензии, 6,9 % на фоне сахарного диабета, 20,6 % — хроническая обструктивная болезнь легких, 45,8 % больные были курильщиками. Пациенты получали один из потенциально адекватных режимов антибактериальной терапии, которые рекомендуются для лечения нозокомиальной пневмонии или абдоминальной инфекции в отечественных и зарубежных практических руководствах: цефалоспорины II, III, IV поколения, фторхинолоны. Клиническое улучшение обычно отмечалось через 48–72 ч после начала терапии, поэтому стартовая терапия в течение этого периода времени в большинстве не менялась.

Выходы. Таким образом, НП в изучаемом отделении является редким заболеванием (0,26%), факторами риска которого являются тяжелое состояние, пожилой и старческий возраст, наличие фонового заболевания сердечно-сосудистой системы, дыхания, сахарный диабет. Особенно актуально для пациентов, перенесших вмешательства на органах брюшной полости, для которых характерны развитие ателектазов, а также послеоперационные боли, нарушающие муколиарный клиренс.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И «СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА»—АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

АБДУСАМАТОВА Д.З.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Диагностика и дифференциальная диагностика бронхиальной астмы (БА), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и их сочетания нередко вызывают затруд-

нения у практических врачей. В связи с этим, в последние годы в литературе обсуждается возможность выделения отдельного патологического состояния — «синдрома перекреста».

сальный, по данным разных авторов, наблюдается у 15 – 55% пациентов с бронхиальной обструкцией. Таким образом, различные варианты сочетания ХОБЛ и БА у одного человека не являются парадигмой, что иллюстрирует приводимое ниже собственное клиническое наблюдение.

Материал и методы исследования. Пациент 70 лет, жалуется на одышку в покое, усиливающуюся при физических нагрузках, приступообразный кашель с отхождением светлой вязкой мокроты, провоцируемый резким запахом и эмоциональным напряжением, утомление и слабость. В анамнезе известно, что пациент длительное время работал на химическом производстве. Вызывание химикатов вызывало кашель, чихание. Спустя 40 лет курит в среднем по 10–15 сигарет в день – индекс курильщика (ИКЧ=17,5). Кроме того, имеет аллергические реакции на цитрусовые, кроп, мяту в виде приступов затрудненного дыхания. Впервые эпизоды затрудненного дыхания, возникавшие на рабочем месте, пациент заметил еще в 1980-х годах. Наблюдался в поликлинике по месту жительства с диагнозом хронический бронхит, получал бронхолитическую терапию, но эффект от проводимого лечения был недостаточным.

Результаты исследования. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, цианоз слизистых. Голени пастозны. Слышны стационарные хрипы, частота дыхания 25 в минуту. Перкуторный звук с коробочным оттенком. На аусcultации над легкими выслушиваются сухие свистящие хрипы, а в нижних долях – единичные трескучие. При исследовании других систем грубой патологии не выявлено.

При обследовании: Общий анализ крови и анализ мочи, а также биохимическое исследование крови без значимых патологических отклонений и особенностей. Обращали на себя внимание умеренная эозинофилия мокроты (эозинофилы 1–3 в поле зрения) и повышение общего IgE до 130 МЕ/мл (при норме до 100 МЕ/мл). При исследовании функции внешнего дыхания выявлены признаки тяжелой необратимой бронхиальной обструкции – ОФВ₁ 45% от должной, ОФВ₁/ФЖЕЛ 0.65, проба с ингаляционным бронхолитиком отрицательная (прирост ОФВ₁ 2% и 30 мл). ЭКГ: Признаки гипертрофии левого желудочка. ЭХО-КГ: Гиперкинез свободной стенки правого желудочка, что косвенно свидетельствует о его перегрузке.

Был поставлен следующий диагноз: Хроническая обструктивная болезнь легких тяжелого течения, стабильная. Бронхиальная астма, персистирующего тяжелого течения, неконтролируемая. Хроническое легочное сердце, компенсированное.

Выход. Таким образом, несмотря на все трудности дифференциального диагноза практический опыт показывает, что в случаях так называемого «синдрома перекреста» правильный клинический анализ, начиная с жалоб и заканчивая результатами обследования, в большинстве случаев позволяет определиться с его нозологическими составляющими, а значит назначить пациенту своевременное и эффективное лечение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА, ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ

АБДУСАМАТОВА Ш.А., ИБРАГИМОВА Г.Н.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Наманган, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинической эффективности Левофлоксацина у больных с обострением хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы исследования. Изучено 49 больных с обострением ХОБЛ II (41,7%) и III стадии (58,3%). Возраст обследованных 37–71 лет в среднем 54 +/- 4,3. 1 группа это 19 пациентов (38,8%) – получала стандартную терапию – ингаляций через небулайзер, цефтриаксон по 1,0 гаждые 12 часов, при тяжелой стадии ХОБЛ в терапии подключили преднизолон по 10 мг в сутки (утр.). Вторую группу составили 30 пациентов (61,2%) – получали стандартную терапию в сочетании с в/в раствором Левофлоксацина в разовой дозе 100,0 мл каждый день (всего 5 инъекций). Единичный курс стационарного лечения составил 14 дней. Эффективность терапии оценивали по

клиническим симптомам (кашель, мокрота, одышка), показателям ФВД (ОФВ₁, МОС 50, I С (ёмкость вдоха)).

Результаты исследования. В динамике лечения отмечено достоверное снижение выраженности кашля, выделения и количества гнойной мокроты, одышки во всех группах по сравнению с исходным уровнем. При этом во 2-й группе зарегистрировано более раннее уменьшение кашля – на 4–5 день, по сравнению с 1-й группой эти изменения наблюдались на 5–7 сутки от начала терапии. Терапия с использованием Левомака сопровождалась максимальным приростом МОС 50 ($p=0.03$) и I С ($p=0.04$) относительно стандартного курса лечения обострения ХОБЛ. В то же время не установлено достоверных различий показателей ОФВ₁ после проводимой терапии в сравниваемых группах.

Выводы. Следовательно, использование парентеральной формы Левомака в лечении больных с обострением ХОБЛ II и III стадии приводит к более быстрому и значимому купированию респираторных симптомов, улучшению бронхиальной проходимости и уменьшению гиперинфляции.

СОСТОЯНИЕ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т., НАЗИРОВА М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояния эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), тяжелой бронхиальной астмой (БА) и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия.

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки амлодипина в дозе 5–10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапию (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л).

Проводилось допплерэхокардиографическое исследование сердца больных. Спектрофотометрическим методом оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмНО) в плазме крови.

Результаты исследования. До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражющееся в уменьшении общего синтеза СмНО. У пациентов 2-группы по сравнению с 1-й группой подобная гипопродукция меньше на 14%. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудше-

ния диастолической функции правого желудочка и уменьшение отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы.

При применении амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гипопродукции оксида азота отмечается повышение синтеза СмНО в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно в 1,05 и 1,5 раза ($p<0,05$).

При повторной допплерэхокардиографии отмечается снижение степени среднего давления в легочной артерии и увеличиваются отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца в 1,07 и 1,08 раз ($p<0,05$). Так же выявлена тенденция к улучшению параметров системической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились, соответственно на 11,3 и 4,1% в 1-й группе, на 22 и 9,3% во 2-й группе.

Выводы. У больных БА с легочной гипертензией, гипопродукция стабильных метаболитов СмНО выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ с легочной гипертензией.

Амлодипин на фоне стандартной терапии и озонотерапии корректирует показатели СмНО в плазме крови, соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «КАЛЬЦИЛАЙФ Д3» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ПРИНИМАЮЩИХ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

АРИПДЖАНОВА Ш.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности лечения и профилактики остеопороза отечественным препаратом «Кальцилайф Д3» компании Vida Verde, содержащего кальция 500 мг и витамина Д3 200 мг у больных с хронической обструктив-

ной болезнью легких (ХОБЛ), принимающих ингаляционные глюокортикоиды (ИГКС).

Материал и методы исследования. Сентябрь 2016 года по март 2017 года на базе кафедры пульмонологии Ташкентской медицинской

Всеми нами обследовано 30 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких средней и тяжелой степени тяжести, использовавших ингаляционные глюокортикоиды на протяжении более лет, имевших остеопороз. Диагностика проводилась на основании жалоб и денситометрического исследования минеральной плотности кости (МПК). Определение МПК проводилось ультразвуковым методом на аппарате «SONOST 300» OsteoSys. Пациенты были разделены на 2 группы. 10 человек составили контрольную группу, остальные стандартную терапию ИГКС, а 20 пациентов наряду со стандартной терапией получали препарат Кальцилайф Д3 по 1 таблетке 2 раза в день. Всем пациентам до назначения средства, через 3 и 6 месяцев терапии определяли минеральную плотность костей.

Результаты исследования. В контрольной группе T-score до исследования составил $2,23 \pm 0,2$, в группе подлежащей лечению, $2,27 \pm 0,3$. По-

сле 3-х месяцев отмечалось: в контрольной группе снижение плотности кости $2,29 \pm 0,2$, из них у 2 (20%) без изменений, у остальных снижение МПК, а в группе, получавших КАЛЬЦИЛАЙФ Д3, T-score составил $2,11 \pm 0,2$, из них у 3 (15 %) без изменений, у остальных положительная динамика. Через 6 месяцев в контрольной группе T-score составил $2,33 \pm 0,3$, а в леченной группе $2,03 \pm 0,2$.

Выходы. Из данных видно, что после лечения в группе, получавших «Кальцилайф Д3», отмечался клинический эффект у 75% больных (17 чел.), а у 3 человек (15 %) состояние не изменилось, в то время как в контрольной группе у 80 % больных отмечалось снижение плотности кости. Выводы: «Кальцилайф Д3» оказывал положительное влияние на динамику течения остеопороза у больных с ХОБЛ, принимающих ИГКС, и может использоваться для профилактики и лечения остеопороза различного генеза.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

АРИПДЖАНОВА Ш.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Получение объективных данных о практике лечения внебольничных пневмоний (ВП), рациональности применения антибактериальных препаратов (АБП) на до госпитальном этапе и условиях стационара.

Материал и методы исследования. Нами изучались 40 пациентов, находившихся на лечении с ВП легкой и средней тяжести в пульмологическом отделении 1-клиники Ташкентской медицинской академии за период с сентября по декабрь 2016 г. Из анамнеза изучали использование пациентами антибиотиков на до госпитальном этапе.

Результаты исследования. Среди изученных нами 40 пациентов АБП до госпитализации принимали 30 пациентов, из них пенициллины (амоксициллин таблетки, ампиокс инъекционно (амициллин+оксациллин)) получали 23,5% пациентов, 59,5% получали цефалоспорины 1 и 3 поколения инъекционно (цефазолин, цефтриаксон), мэтронидазол 8% инъекционно, бисептол в таблетках 7%, причем 40% использовали препараты без назначения врача.

В стационаре режим, исходя из тяжести состояния больных, монотерапия АБП имела место в 55,6% случаев, при этом чаще назначались цефалоспорины 3 поколения, в том числе защищенные, респираторные фторхинолоны получали 24%. Более чем в 19,4% случаев пациенты получали комбинации АБП, цефалоспоринов 3 поколения и фторхинолонов (левофлоксацин). Ступенчатая антибактериальная терапия была проведена

в 4,6% случаев. Средняя длительность антибактериальной терапии составила $7 \pm 1,77$ дня.

Исследование продемонстрировало отличия реальной практики лечения антибиотиками ВП в до госпитальных условиях и при стационарном лечении от существующих рекомендаций.

На до госпитальном этапе применялись оксамп-комбинированный пенициллин, потерявший актуальность на сегодняшний день, отмечалось не соблюдение дозы и кратности введения АБП. Среди наших пациентов не использовались ингибитор защищенные пенициллины (амоксициллин/claveulanat), относящиеся к препаратам выбора по современным рекомендациям. Метронидазол не является эффективным в отношении возбудителей ВП. Продолжается приверженность к назначению на амбулаторном этапе лечения АБП для парентерального введения.

В клинике рекомендуемые в стандартах комбинации с пероральными макролидами не использовались, что было бы дешевле, чем комбинации с инъекционными фторхинолонами.

Выходы. Выбор АБП при ВП на до госпитальном этапе в ряде случаев не рационален, часто из-за самостоятельного лечения больными, в клинике выбор препаратов соответствует рекомендациям эмпирической терапии. Однако необходимо рекомендовать более широкое применение защищенных пенициллинов, комбинаций с пероральными макролидами, увеличить внедрение в клиническую практику ступенчатой антибактериальной терапии.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОГО БАРЬЕРА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

МУСАЕВА Л.Ж.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояния слизистого барьера желудка больных хронической обструктивной болезнью лёгких в фазе обострения заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 больных с ХОБЛ средней степени тяжести в фазе обострения. Из них 22 мужчины, 8 женщин, в возрасте от 20 до 60 лет. Диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, данных рентгенографии и спирографии. Состояние слизистого барьера изучали путем определения содержания нерастворимых гликопroteинов и их углеводных компонентов в базальной порции желудочного сока.

Результаты исследований показали, что у больных с ХОБЛ значительно нарушаются защитные функции слизистой оболочки желудка. В желудочном соке больных наблюдали увеличение содержания нерастворимых гликопroteинов на 35,2%

от показателей здоровых лиц ($p<0,02$). Эти результаты утверждают о неполноценности слизистого барьера, что способствует повышенному их выделению из поверхности слизистой в желудочный сок. Подтверждением этого явились результаты изучения содержания углеводных фракций нерастворимых гликопротеинов. Было установлено, что в гликопротеинах снижено содержание фукозы на 28,5%, сиаловых кислот на 37,7% от показателей нормы. В свою очередь, эти компоненты обеспечивают вязкость и упругость слизистого барьера.

Выходы. Таким образом, у больных с ХОБЛ снижаются защитные механизмы в слизистой желудка, что обусловлено снижением синтеза наиболее важных углеводных компонентов нерастворимых гликопротеинов. Неполноценность слизистого барьера способствует превалированию агрессивных факторов, сопровождающаяся повреждением в слизистой желудка.

СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ ФТОРХИНАЛОНАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

МУСАЕВА Л.Ж.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность применения отечественного фторхинолона атон (левофлоксацин) и возможность применения его в виде ступенчатой терапии.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено в пульмонологическом отделении 1-ой клиники ТМА у 27 больных с внебольничной пневмонией средней степени тяжести, в возрасте от 18 до 76 лет. Средний возраст пациентов – $42,5 \pm 4,65$ года, большинство составили женщины (около 62%). Больные были госпитализированы в стационар в сроки от 2 до 7 дней с начала заболевания. Диагноз пневмонии был подтвержден рентгенологически. При поступлении всем больным в первые три дня был назначен атон внутривенно в суточной дозе 500 мг 1 раз в сутки, затем при положительной динамике больных переводили на пероральный прием атона в суточной дозе 500 мг 1 раз в сутки. Все больные также получали дезинтоксикационную и отхаркивающую терапию.

Результаты исследования. При проведении парентеральной терапии атоном температура тела у 71% больных нормализовалась на 2–3 сутки, кашель уменьшился на 5–8-е сутки у 65%

больных; у 29% – на 5 сутки, при рентгенологическом контроле инфильтрация легочной ткани разрешилась полностью на 10–13 день у 90,0% больных. Посевы мокроты на флору и чувствительность были проведены у 81,8% больных. Из мокроты были выделены пневмококк и гемофильная палочка у 64% больных, у 36% посев мокроты роста не дал. При парентеральном применении атона в средних терапевтических дозах 500 мг в сутки у 3 больных отмечались побочные эффекты – тошнота, боли в эпигастрии, головокружение. При переводе на пероральный путь введения левофлоксацина эти побочные эффекты исчезли. У всех больных проводился контроль эффективности антимикробной терапии. Также проводился контроль безопасности фармакотерапии с заполнением карты-сообщения о развившемся побочном действии (приказ МЗ РУЗ №36 от 31.01.2008г.).

Выходы. Полученные данные позволяют говорить о клинической эффективности фторхинолов при лечении внебольничной пневмонии и возможности применения отечественного препарата атон в ступенчатой терапии.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФТОРХИНОЛОНAMI

ПУЛАТОВА Н.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность и изменение состава микрофлоры кишечника при лечении левофлоксацином и оценить безопасность исследуемого препарата.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 30 пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте от 20 до 65 лет включительно, наблюдавшиеся в отделении пульмонологии 1-клиники ТМА. Пациенты принимали левофлоксацин 500 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки. Во время исследования пациенты не получали никакие другие антимикробные средства, помимо исследуемого препарата, а также сорбенты, пребиотики.

Для оценки безопасности терапии использовались клинический, лабораторный и инструментальные методы исследования. Клинический метод включал: жалобы на головную боль, повышение температуры, кашель с мокротой или без, одышку, потоотделение, слабость, также общий осмотр по органам и системам с оценкой витальныx показателей. Лабораторный: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микробиологическое исследование мокроты, кал на дисбиоз (полимеразная цепная реакция (ПЦР) в режиме «реального времени»). Степень дисбиоза оценивали согласно классификации дисбиозов.

Результаты исследования. В ходе исследования оценивались такие клинические симптомы, как кашель с отделением мокроты, одышка, тем-

пература тела, слабость, потоотделение. Все эти симптомы оценивались в баллах. До начала терапии на сильный кашель жаловались 35% пациентов, на умеренный 55%, после лечения препаратом левофлоксацин у 70% пациентов кашель исчез, у 30% — сохранялся слабый. Такие жалобы, как слабость и потоотделение, меньше перестали беспокоить пациентов или совсем исчезли после терапии. Клинические симптомы дисбиоза кишечника, такие как тошнота, метеоризм, вздутие, боль в животе, частота стула, консистенция стула оценивались по 4-балльной системе. Чаще всего пациенты предъявляли жалобы на вздутие живота и метеоризм.

До начала терапии нормальная микрофлора кишечника была у 65% пациентов, дисбиоз I степени выявлялся у 35% пациентов. После курса антибактериальной терапии препаратом левофлоксацин дисбиоз I степени сохранился у 20% пациентов, но у 10% пациентов появился дисбиоз II степени.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности левофлоксацина в лечении внебольничной пневмонии. Однако применение традиционных антибиотиков, таких как левофлоксацин вызвало дисбаланс кишечного микробиоценоза и значительно повысило риск развития дисбиоза. Для сохранения баланса кишечной микрофлоры в процессе антибиотикотерапии необходимо добавлять пребиотики.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т., НАЗИРОВА М.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить состояние легочной гемодинамики и диастолической функции правого желудочка сердца (ПЖ), также «оксидативный стресс» у больных хронической обструктивной болезнью легких с легочной гипертензией (ЛГ) в динамике комплексного лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 34 больных ХОБЛ (возраст 49,7±2,8 лет, стаж заболевания 10,7±2,9 лет). Больные по методу лечения были рандомизированы и разделены на 3

группы, соответственно: 1–11 больных получали базисную терапию (БТ) согласно международным рекомендациям GOLD (2006); 2–11 больных ХОБЛ на фоне БТ получали амлодипин (А) в дозе 5–10 мг в сутки и озонотерапию (ОТ); 3–12 больных ХОБЛ, у которых стандартная терапия сочеталась с ОТ.

Допплерэхокардиографическое исследование проводили с оценкой показателей: отношения раннего и позднего диастолического наполнения (E/A), время изоволюмического расслабления

Выводы. При хронических гепатитах в период рецидива отмечаются характерные изменения цитокинетических свойств нейтрофилов, снижается активность ЦХО, ПО. Под влиянием лечебных мероприятий происходит активация ЦХО, ПО. Эти

данные дают основание предполагать, что определение функционально-метаболической активности лейкоцитов может быть использовано для оценки эффективности проводимой терапии.

МЕТА-АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ ШТАММОВ *HELICOBACTER PYLORI* В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА

КАРИМОВ М.М., ДАЛИМОВА Ш., ЗУФАРОВ П.С., ИСМАИЛОВА Ж.А., ЮНУСОВА Л.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Выявление генотипов, ассоциированных с различной степенью вирулентности бактерии *H.pylori*.

Материал и методы исследования. Генотипирование изолятов *H.pylori* осуществлялось непосредственного на образцах биопсии слизистой желудка. Для изучения генетики *H.pylori* были собраны образцы биопсии слизистой желудка пациентов Хорезмской онкологической больницы с диагнозом рак желудка. Всего было собрано 68 образцов.

Результаты исследования. В результате проведенных исследований было выявлено, что 41 образец был CagA положительным, что соответствует 60% от общего количества образцов. Во всех образцах было обнаружено присутствие

гена VacA, распределение подтипов этого гена показало следующее: s1-вариант встречался в 44 случаях, смешанный генотип s1/s2 был обнаружен у 14 пациентов, что свидетельствует о случаях ко-инфекции, то есть заражения двумя или несколькими штаммами *H.pylori*. Распределение m-allelей этого гена оказалось следующим—m1-вариант аллеля встречался в 39 случаях, в 25 случаях это был m2 вариант. Соотношение этих двух аллелей показало, что вариант s1/m1 встречался у 35 (12,5%) пациентов, 19 генотип s1/ m2—9 (37,5%).

Выводы. Таким образом, в Хорезмском регионе Узбекистана отмечается высокий уровень генотипов, ассоциированных с *H.pylori*.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭРАДИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

КАРИМОВ М.М., СААТОВ З.З., КАРИМОВА Д.К., РУСТАМОВА С.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить влияние эрадикационной терапии на качество жизни больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в динамике до и после лечения.

Материал и методы исследования. Обследованы 50 больных с ЯБДПК в возрасте от 20 до 52 лет (28 мужчин и 22 женщины, средний возраст 36,2±5,7 лет). Эрадикация *H. pylori* проведена ингибитором протонной помпы (ИПП), амоксициллином, кларитромицином с добавлением висмута трикалия дицитрата (Де-нол) в течение 10 дней. Всем больным проводилась ЭГДФС. Диагностику и оценку эрадикации *H. pylori*, проводили быстрым уреазным «Хелпил» тестом и дыхательным тестом «Хелик» (С.-Петербург). Качество жизни оценивали по опроснику SF-36.

Результаты исследования. Изучение качества жизни по опроснику SF-36 выявило, что у больных показатели качества жизни практически по всем показателям были ниже, чем у здоровых лиц. Наиболее значимая динамика после проведенной терапии наблюдалась как в показателях

физического компонента здоровья, так и психического. Из показателей физического компонента здоровья наиболее значимые положительные изменения наблюдались по шкалам ролевого функционирования, боли и общего здоровья. в динамике повысилось на 65% по сравнению с результатами до лечения. Изучение показателей психического компонента здоровья показало, что положительные сдвиги отмечались по всем четырем шкалам, но в большей мере это касалось шкалы жизнеспособности, социального функционирования и психологического здоровья, и составило 80% по сравнению с результатами до лечения.

Выводы. Таким образом, успешно проведенная терапия ЯБДПК положительно влияет на качество жизни больных, что проявилось улучшением показателей как физического, так и психического компонентов здоровья. Изучение и анализ показателей качества жизни до и после лечения позволит объективно оценить результаты лечения и состояния здоровья пациентов.

РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА

МУЛТАМОНОВ М.М., ИСМАИЛОВА Ж.А., СААТОВ З.З., ДУСТМУХАМЕДОВА Э.Х.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить роль пробиотиков при комплексной эрадикационной терапии хеликобактериоза.

Материал и методы исследования. Были изучены результаты эрадикационной терапии 45 больных с верифицированным диагнозом ЯБДПК в стадии обострения. Больные были разделены на 2 сопоставимые по полу, возрасту и особенностям клинического течения группы. Первая группа больных (n=22) получали ИПП, амоксициллин и таритромицин. Второй группе пациентов (n=23) на фоне аналогичного лечения также назначали пробиотик энтерол по 1 капсуле 2 раза в день в течение 14 дней. Диагностику и степень эрадикации НР проводили быстрым уреазным тестом (неинвазивным, дыхательным «Хелик» тестом ТМА, Санкт-Петербург). Кислотообразующую функцию желудка определяли ацидогастрометром АГМ-03 (Исток система, Россия). Из факторов цитопротекции в желудочном соке определяли

концентрацию секреторного иммуноглобулина A (sIgA) и адгезивность желудочного сока.

Результаты исследования. В результате проведенной эрадикационной терапии стойкая эрадикация хеликобактерной инфекции по результатам двух тестов была отмечена у 17 (77, 3%) пациентов в первой и у 20 (87%) во второй группе наблюдения. Содержание sIgA в желудочном соке больных первой группы увеличилась недостоверно с 2, 5± 0, 25 г/л до 3, 0± 0, 45 (p> 0, 05). Во второй группе больных sIgA увеличился достоверно с 2, 4± 0, 27 до 4, 9± 0, 35 (p<0, 05). Таким же образом, во второй группе больных в отличие от первой группы мы наблюдали достоверное увеличение адгезивных свойств желудочного сока на 45%.

Выводы. Т. о., включение в комплекс эрадикационной терапии пробиотиков способствует как повышению степени эрадикации НР инфекции, так и восстановлению факторов цитопротекции СОЖ желудка.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА RS1800629 ГЕНА TNF-А В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

КАРИМОВ Х.Я., ЯРИЕВ А.А., ШУКУРОВ Б.И., ЯКУБОВА А., БОБОЕВ К.Т.

Научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкентская медицинская академия Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Провести анализ ассоциированности генотипических вариантов полиморфизма rs1800629 гена провоспалительного цитокина TNF α с формированием ХГ и ЯБДК, у лиц узбекской национальности.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на 238 образцах ДНК, выделенных из периферической крови больных и группы контроля. Клинический материал для исследования, собран на базе РНЦ ЭПМ МЗ РУз и клиники ТМА. Всего обследовано 123 больных, из них: 56 больных с ХГ (36-мужчин, 20-женщин; средний возраст – 36.9 лет); 67 больных ЯБДК (55-мужчин, 22 женщины; средний возраст – 37.9 лет); Контрольная группа была сформирована из 115 условно-здоровых доноров узбекской национальности. Генотипирование образцов и детекция полиморфизма rs1800629 гена TNF α проводились методом ПЦР на приборе «Applied Biosystems 2720» (США) с использованием наборов реагентов НПО «Литех» (Москва, Россия), согласно инструкции производителя. Статистический анализ результатов проведен с ис-

пользованием пакета статистических программ «OpenEpi 2009».

Результаты исследования. Согласно полученным данным, выявлены статистически значимые различия между объединенной группой больных с ЯБДПК и ХГ и условно здоровых доноров по частотам генотипов и аллелей полиморфизма rs1800629 гена TNF α . Также, в группах больных и контроля наблюдалась частота (H_{obs}) генотипов полиморфизма rs1800629 гена TNF α соответствовала ожидаемым (H_{exp}), согласно закону Харди-Вайнберга ($\chi^2 < 3.8$; $P > 0.05$).

Частота аллелей и генотипов полиморфизма rs1800629 гена TNF α в группах больных с ЯБДПК и ХГ составила: G=85,1%, A=14,9%, G/G=70,1%, G/A=29,8%. A/A=0,0% и G=81,2%, A=18,7%, G/G=64,3%, G/A=33,9%, A/A=1,8%, соответственно. В группе контроля: G=92,2%, A=7,8%, G/G=84,3%, G/A=15,6% и A/A=0,0%. Достоверное увеличение частоты неблагоприятного аллеля A в группах больных с ЯБДПК (14,9%; OR=2,1) и ГЖ (18,7%; OR=2,7) по сравнению группы контроля (7,8%) свидетельствует об ассоциации данного аллеля

с повышенным риском развития данных патологий ($\chi^2=4.6$; $P=0.03$; $OR=2.1$; 95% CI 1.05–4.063 и $\chi^2=8.9$; $P=0.003$; $OR=2.7$; 95% CI 1.383–5.342, соответственно). В то же время статистически значимое уменьшение доли носителей гомозиготного генотипа G/G, обнаруженное в группах больных с ЯБДПК (70.1%) и ХГ (64.3%) по сравнению с группой контроля (64.3%) свидетельствует о потенциальной протективной роли данного генотипа в отношении формирования данных патологий ($\chi^2=5.2$; $P=0.02$; $OR=0.4$; 95% CI 0.21–0.901 и $\chi^2=8.8$; $P=0.003$; $OR=0.3$; 95% CI 0.1589–0.702, соответственно). Зарегистрировано значимое различие в распространенности гетерозиготного генотипа между больными с ЯБДПК (29.8%) и ХГ (33.9%) и контрольной группой (15.6%). Среди больных с ЯБДПК и ХГ отмечено более чем 2-х кратное увеличение частоты гетерозиготного генотипа по сравнению с условно-здоровыми донорами ($\chi^2=5.2$; $P=0.02$; $OR=2.3$; 95% CI 1.11, 4.738 и $\chi^2=7.4$; $P=0.006$; $OR=2.8$; 95% CI 1.31–5.84, соответственно). Эти данные позволяют сделать вывод, о том, что гетерозиготный генотип полиморфизма rs1800629 гена TNFa достоверно ассоциирован

с развитием ЯБДПК и ХГ у лиц узбекской национальности. Возможно, это связано с тем что, у лиц с гетерозиготным генотипом теряется защитный эффект, оказываемый диким генотипом T/T вследствие чего могут развиваться воспалительные и деструктивные процессы участка слизистой оболочки желудка или ДПК. Редкий генотип A/A был выявлен только в группе больных с ХГ (1.8%), что может быть связано эффектом «селективного отбора против неблагоприятного генотипа», т.к. данный полиморфный вариант гена TNFa ассоциирован с ранним проявлением множественных патологий. При разделении исследованных групп сравнения по полу статистически значимых различий по частотам аллелей и генотипов выявлено не было ($P>0.05$).

Вывод. 1. Полученные результаты убедительно показывают вовлеченность гетерозиготного варианта гена TNFa в наследственной подверженности к формированию ЯБДПК и ХГ в узбекской популяции. Эти результаты вносят вклад в формирование фундаментальных представлений о молекулярно-генетических основах и патогенетических механизмах развития ЯБДПК и ХГ в Узбекистане.

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ЛИЦ С ПРИЕМОМ ОРАЛЬНЫХ ВИДОВ КОНТРАЦЕПТИВОВ

ОРЗИЕВ З.М., ОРЗИЕВА Ш.З.

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Установить особенности проявлений клинико-эхографических признаков БС у лиц, принимающих пероральные контрацептивы.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленных задач были проанализированы результаты клинико-эхографических исследований 48 женщин, в возрасте от 18 до 50 лет, которые были распределены на 2 группы, референтные по средним показателям возраста, ИМТ (индекс Кетле), количеству родов и продолжительности интервалов между ними и т.д. В первую группу вошли данные клинико-эхографического исследования 25 женщин, принимавших препарат микролют (левоноргестрал) в таблетках, в суточной дозе 0,03 мг. Представители данной группы наблюдения препарат микролют принимали один раз в сутки перед сном, в одно и то же время, согласно регламенту лечения, в течение 35 дней без перерыва. Продолжительность приема составляла от 3 до 6 месяцев. Вторую – контрольную группу составили результаты клинического и ультрасонографического исследований 23 женщин, у которых в прошлом отсутствовали эпизоды приема любого вида контрацептивов. Диагноз БС верифицировался с помощью трансабдоминальной ультрасонографии на аппарате WED-9618C (КНР).

Результаты исследования. По ходу осуществления поставленных задач перед настоящим

исследованием были получены следующие результаты, представляющие определенный научный интерес. У 18 из общего числа 25 женщин, принимавших оральный вид контрацептивов, были обнаружены клинико-эхографические признаки БС, что составило более 70% лиц данной группы наблюдения. Клинические признаки БС проявлялись у них в виде синдрома «правого подреберья», в виде умеренной периодической боли тупого характера в правом подреберье и вздутия живота. Оба признака чаще всего давали о себе знать после приема высококалорийной пищи. Ультрасонографические симптомы включали в себя эхопозитивные включения в виде гиперэхогенных взвесей округлой, овальной или продольной формы без акустической тени.

В то же время из общего количества 23 женщин контрольной группы всего лишь у 5 (21%) были обнаружены клинико-эхографические признаки БС без каких-либо жалоб, характерных для патологии билиарного тракта.

Выводы. Таким образом, предварительные результаты, полученные по ходу настоящего исследования, свидетельствуют о наличии очевидной связи между приемом оральных контрацептивов и процессом нарушения химизма желчи с последующим формированием ранних субстратов холестеринового литогенеза в виде БС.

в дозе 300 мг (Производитель: GM Pharmaceuticals Ltd, Грузия). Суточную дозировку определяли путём подсчёта 10 мг на кг массы тела, в среднем 2–3 капсулы в день, в течение 28 дней.

Результаты исследования. До лечения уменьшены боли и тяжесть в правом подреберье отмечались у 14 пациентов (43,7%), горечь во рту – у 22 (68,7%), метеоризм – у 12 (37,5%), диарея – у 13 (40,6%). Уровень билирубинемии в среднем составил – 30,1 мкмоль/л, холестеринемия – 5,8 ммоль/л, АлАТ – 24 Е/л, АсАТ – 30 Е/л (при норме до 12 Е/л), щелочная фосфатаза – 360 Е/л (при норме до 227 Е/л). После лечения препаратом «Урсомак» боли в правом подреберье купированы у всех пациентов (100%), метеоризм – у 12 (85%) больных, горечь

во рту у 18 (81%) больных, метеоризм – у 9 (75%) больных.

Достоверно снизились биохимические показатели. Так, уровень билирубина нормализовался на 10 день, АсАТ и АлАТ на 5 день, щелочной фосфатазы на 7 день, соответственно. Побочные эффекты наблюдались только у 2 больных в виде кожного зуда, по-видимому, на непереносимость к компоненту препарата. А также у 5 больных отмечалось наличие диарейного синдрома, который требовал дополнительного назначения ферментных препаратов и кишечных антисептиков.

Выводы. Препарат «Урсомак» эффективен у больных ПХЭС с внутрипеченочным холестазом и может быть рекомендован для комплексной терапии ПХЭС и для длительного применения его.

МЕСТО ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОПАТИЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

САДИКОВА С.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности препарата ИПП лансол у больных с НПВП-индуцированной гастропатией (эрозивно-язвенными поражениями слизистой желудка и 12 перстной кишки).

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 85 больных с НПВП-индуцированной гастропатией, эрозивно-язвенными поражениями слизистой желудка (63 человек) и 12 перстной кишки (22 человека) в возрасте от 18 до 65 лет, из них 52 женщины и 33 мужчины в семейной поликлинике № 16 города Ташкента. Всем больным проводили осмотр, ЭФГДС и стандартизированный расспрос для динамики клинических проявлений и оценки эффективности лечения. Клинические проявления определяли методом субъективной самооценки больных собственных ощущений с использованием градации в баллах: 0 – отсутствие признака, 1 – признак выражен слабо, 2 – признак выражен умеренно, 3 – признак резко выражен. Осмотр и опрос проводился на 1-е, 3–7-е, 14-е сутки и далее каждые две недели до

восьми недель. Всем больным проводили ЭФГДС до лечения, контроль каждые 2–4 недели по состоянию больного до эпителизации эрозий и язв. Все пациенты получали препарат лансол (лансолозол) в дозе 30 мг/сут. в течение 8 недель в комплексной терапии с НПВП-индуцированной гастропатией в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. При лечении уже на 2-й день от начала терапии лансолом 67% пациентов отметили уменьшение болей в эпигастральной области, а к 7-му дню лечения жалобы купированы у всех пациентов. Чувство дискомфорта и тяжесть в эпигастрии значительно уменьшились к 4-му дню терапии.

По данным ЭФГДС, заживление язв было достигнуто на 4 неделе у 84% пациентов, а уже на 8 неделе у 100% больных. При оценке побочных эффектов за время наблюдения нежелательных явлений отмечено не было.

Таким образом, ИПП лансол является эффективным препаратом при комплексной терапии НВПС-гастропатий в амбулаторных условиях.

СВЯЗЫВАНИЕ ФУРОСЕМИДА И ПРОПРАНОЛОЛА С АЛЬБУМИНОМ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

САИДОВА Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение связывание фуросемида и пропранолола с альбумином асцитической жидкости у больных циррозом печени.

Материал и методы исследования. 1) Исследования проводились у 56 больных циррозом

печени с портальной гипертензией с тяжелой степенью гепатоцеллюлярной недостаточности. Контрольную группу составляли 10 практически здоровых добровольцев.

(75%)
показывало
ючной очные
в виде
мость
ых от-
торый
имент-
вен у-
зом и
тера-
).

ФГДС
о со-
сиях.
(лан-
ель в
иной

уже
6 па-
тигаты-
тобы
жени-
чены-
и дре-
е на-
ных
фен-
зии.

сте-
бон-
др-

В группе больных достоверно снижается содержание альбумина сыворотки крови на 21,8%. Общее содержание альбумина АЖ составляло $219,44 \pm 6,43$ г.

2) Связывающую функцию альбумина сыворотки крови и АЖ изучали с помощью наиболее широко применяемых ЛС для лечения портальной гипертензии и асцита—фуросемида и пропранолола.

Результаты исследования. В обследованной группе наблюдали значительное снижение связывающей способности альбумина, в частности, для пропранолола почти в 2 раза, фуросемида—1,5 раза. Связывающая способность альбумина АЖ практически не менялась и мало отличалась от показателей связывающей способности альбумина сыворотки здоровых лиц. Вероятно, что одной из причин развития резистентного асцита является депонирование фуросемида в АЖ. Несвязанный фуросемид легко проникает в АЖ, где связывается с полноценным альбумином и «выключается» из кровообращения. Возможно, что снижение связывания пропранолола альбумином сыворот-

ки крови должно сопровождаться усилением его фармакологического эффекта. Вероятно, на этом основано назначение пропранолола в малых дозах у больных циррозом печени. Однако имеются и другие исследования, в которых доза пропранолола была более высокой 40–160 мг/сут. Частота возникновения побочных эффектов особенно не отличалась при обоих режимах дозирования препарата.

Выводы. У больных циррозом печени с портальной гипертензией в фазе декомпенсации значительно снижается связывающая способность альбумина сыворотки крови с фуросемидом и пропранололом, а связывающая функция альбумина асцитической жидкости практически не нарушается.

Сохранение связывающей способности альбумина асцитической жидкости, является одной из причин снижения фармакологического эффекта лекарственных средств с высоким сродством к альбумину за счет их депонирования в асцитической жидкости

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭССЕНЦИАЛЕ И НЕКОТОРЫХ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА ФЕРМЕНТЫ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

САИДОВА Ш.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение в сравнительном аспекте влияния эссенциала, каптоприла, эналаприла и лизиноприла на содержание ферментов МОС печени при остром токсическом гепатите в эксперименте.

Материал и методы исследования. Эксперименты проведены на белых крысах половозрелого возраста смешанной популяции. Экспериментальная модель острого токсического гепатита была вызвана однократным подкожным введением гелиотрина 250 мг/кг.

Эссенциале вводили в дозе 50 мг/кг раз ос в течение 10 дней. Ингибиторы АПФ каптоприл, эналаприл и лизиноприл вводили в дозе 10 мг/кг раз в виде водной суспензии в течение 10 дней. В течении экспериментальных животных определяли активность амидопирин-N-деметилазы и содержание цитохрома Р-450.

Результаты исследований приведены в табл.. Как видно из представленных данных, при гелиотриновом гепатите значительно снижается содержание и активность ферментов МОС. Эссенциале не влияет на состояние ферментов МОС. И-АПФ оказывают индуктивное действие.

В группах с каптоприлом, эналаприлом и лизиноприлом наблюдали достоверное увеличение активности амидопирин-N-деметилазы и содержания цитохрома Р-450. В этом плане более результативным оказались эффекты эналаприла и лизиноприла.

Группа животных	Амидопирин-N-деметилазы (нмоль НСОН/мг белка/мин)	Цитохром Р-450 (нмоль/мг белка)
Интактная	5.38 ± 0.201	0.677 ± 0.009
ОТГ + H2O	2.98 ± 0.159	0.311 ± 0.011
ОТГ + эссенциале	3.32 ± 0.242	0.357 ± 0.018
ОТГ + каптоприл	$4.05 \pm 0.219^*$	$0.584 \pm 0.039^*$
ОТГ + эналаприл	$4.50 \pm 0.383^*$	$0.635 \pm 0.047^*$
ОТГ + лизиноприл	$4.48 \pm 0.249^*$	$0.664 \pm 0.043^*$

(*—р <0.05 по отношению к показателям нелеченой группы.

Выводы. Таким образом, и-АПФ оказывают индуктивное действие на ферменты МОС, что необходимо использовать при коррекции функции этой системы при лечении острых гепатитов.

Выводы. Суставит оказывает благоприятное комплексное воздействие на основные патогенетические звенья и клинические проявления остеоартроза и остеохондроза. Полученные ре-

зультаты позволяют рекомендовать указанный комплекс(Диклоберл ретард + Суставит) в лечении больных с дегенеративными заболеваниями суставов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ПОКОЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

АКБАРОВА Д.С., ШОФОТИХОВ А.Ф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить в сравнительном аспекте эффективность и безопасность применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) диклофенака (Диклофенак-RG) и мелоксикама (Мелбек форте) при остеоартрозе с высоким риском гастродуodenальных осложнений.

Материал и методы исследования. Исследования проводились у 30 пациентов с остеоартрозом коленных суставов с болевым синдромом, не купирующимся анальгетиками, с отсутствием к моменту госпитализации какой-либо нестероидной терапии в течении двух месяцев и более. Больные были разделены на две группы в зависимости от применяемого НПВП. В 1-группу вошли 12 пациентов, получавшие Диклофенак-RG в дозе 50 мг три раза в сутки, 18 пациентов, принимавшие Мелбек форте в дозе 15 мг в сутки однократно, составили 2-группу. Выраженность болевого синдрома определялась по сенсорно-аналоговой шкале, согласно которой боль оценивалась пациентом от 0 до 100 мм. В исследование вошли пациенты, определяющие силу болевых ощущений выше 30 мм. Влияние НПВП на состояние слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки оценивалось на основании визуальных

данных при ЭГДС исходно и после двухнедельной терапии НПВП.

Результаты исследования. В ходе исследований НПВП различных поколений было выявлено, что Диклофенак-RG и Мелбек-форте сравнимы по силе обезболивающего действия у больных с остеоартрозом. Так, до начала терапии у пациентов 1 группы сила болевых ощущений составляла в среднем $66,8 \pm 0,7$ мм, во $2-69,4 \pm 0,3$ мм. После двухнедельного курса НПВП показатель болевого синдрома достоверно снизился во всех группах и составил в среднем $44,5 \pm 0,3$ мм и $37,4 \pm 0,3$ мм, соответственно. При конторольном ЭГДС выявлено, что терапия с Диклофенак-RG значительно чаще, чем при лечении с Мелбек-форте приводила к эрозивному повреждению слизистой оболочки: 29,4% против 9,4%.

Выводы. Принципиальное значение для оценки безопасности НПВП имеет риск развития НПЕГ-гастропатий, как видно из результатов исследования, поражения ЖКТ значительно реже возникает у больных, принимавших Мелбек-форте, в сравнении с больными, которые принимали Диклофенак-RG. Таким образом, Мелбек-форте, являясь более безопасным препаратом, не уступает по эффективности Диклофенак-RG.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ РАННЕГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

АЛИАХУНОВА М.Ю., НУРИТДИНОВА С.К., ХАКИМОВА Р.А., ХАН Т.А., ИСЛАМОВА Д.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинических особенностей течения раннего аксиального СпА с учетом рентгенологических изменений крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных суставов и позвоночника.

Материал и методы исследования. Проведен анализ частоты различных клинических синдромов аксиального СпА у 69 больных. В исследование были включены пациенты в возрасте до 35 лет с длительностью заболевания от 2 до 5 лет, которым впервые выставлялся диагноз аксиального СпА по критериям ASAS 2009 г. при

исключении псoriатического и реактивного артрита.

Результаты исследования. Среди обследованных больных диагноз недифференцированного СпА был установлен в 52,5%, развернутой стадии АС—в 43,2%, а продвинутой стадии АС (при наличии синдесмофитов)—в 4,3% случаев. Частота периферического артрита (ПА) состояла 38,3%, дактилиты—8,6%, энтезита—28,4%, увеита—4,9%. У больных с развернутой стадией АС уровень С-реактивного белка (СРБ) был выше (38,7 [22,3; 45,8]), а частота ПА—ниже (27%:

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ У РАБОТАЮЩИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА Агзамова Г.С.....	74
ИНСТРУМЕНТАРИЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ АНАЛИЗА МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ АПОПТОЗА ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ Алиев Б.Р., Сайдалиева М., Хидирова М.Б.....	74
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ Асатуллаева Д.Ш., Раимкулова Н.Р., Собирова Г.Н.....	75
ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Джалилова С.Х., Садикова С.И.....	76
КЛЕТОЧНЫЙ ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ Ирназаров А.Х.....	77
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ Ирназаров А.Х.....	77
МЕТА-АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗНООБРАЗИЯ ШТАММОВ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> В ХОРЭЗМСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА Каримов М.М., Далимова Ш., Зуфаров П.С., Исмаилова Ж.А., Юнусова Л.И.....	78
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭРАДИКАЦИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА Каримов М.М., Саатов З.З., Каримова Д.К., Рустамова С.Т.....	78
РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА Каримов М.М., Исмаилова Ж.А., Саатов З.З., Дустмухамедова Э.Х.....	79
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА rs1800629 ГЕНА TNF- α В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Каримов Х.Я., Яриев А.А., Шукuroв Б.И., Якубов А.А., Бобоев К.Т.....	79
КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ЛИЦ С ПРИЕМОМ ОРАЛЬНЫХ ВИДОВ КОНТРАЦЕПТИВОВ Орзиев З.М., Орзиева Ш.З.....	80
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА УРСОСАНОМ Орзиев З.М., Орзиева Ш.З.....	81
МЕТОДИКА НЕИНВАЗИВНОЙ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ Саатов З.З., Якубов М.М., Ахматходжаев А.М.....	81
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ Саатов З.З., Каримов М.М., Якубов М.М., Ахматходжаев А.М.....	82
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Саатов З.З., Собирова Г.Н., Дустмухамедова Э.Х., Исламова Ш.З.....	83
КОРРЕКЦИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА С ВНУТРИПЕЧЁНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ Садикова С.И.....	83
МЕСТО ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОПАТИЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА Садикова С.И.....	84
СВЯЗЫВАНИЕ ФУРОСЕМИДА И ПРОПРАНОЛОЛА С АЛЬБУМИНОМ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ Сайдова Ш.А.....	84
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭССЕНЦИАЛЕ И НЕКОТОРЫХ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА ФЕРМЕНТЫ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ Сайдова Ш.А.....	85
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ Салимова Н.Д.....	86
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СХЕМЫ СТУПЕНЧАТОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Собирова Г.Н., Каримов М.М., Дусанова Н.М., Исламова Ш.З.....	86
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА Хамрабаева Ф.И.....	87
РОЛЬ ПРОСУЛЬПИНА В КОРРЕКЦИИ НЕВРАСТЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА (СРК) Хамрабаева Ф.И., Аликулова Н.А.....	87

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Хамрабаева Ф.И.....	85	Л
АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ Эгамбердиева Д.А., Рузметова И.А., Хусенова Д.Ш.....	86	Э
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В ТЕРАПИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ Эгамова И.Н., Бакиева Ш.Р.....	89	К
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ		
ФАКТОРЫ РИСКА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ХИРУРГИИ Абдурахманов А.А., Кадырова Ш.А.....	90	С
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И «СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА» – АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА Абдусаматова Д.З.....	90	В.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА, ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ Абдусаматова Ш.А., Ибрагимова Г.Н.....	91	В.
СОСТОЯНИЕ СТАБИЛЬНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В ПЛАЗМЕ КРОВИ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Аляви А.Л., Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.....	92	М
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «КАЛЬЦИЛАЙФ дз» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ПРИНИМАЮЩИХ ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ Арилджанова Ш.С.....	92	М
ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ Арилджанова Ш.С.....	93	Н.
ДИНАМИКА ЦИТОКИНОВ В КВВ И В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ Л-АРГИНИНА Базарова С.А., Аляви А.Л., Джамбекова Г.С.....	94	О
СМЕНА СТЕРЕОТИПОВ МЫШЛЕНИЯ – СТУПЕНЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ Гафнер Н.В., Ливерко И.В., Ахмедов Ш.М., Ахатов И.М., Абдуллаева В.А., Мухсимов Ф.М., Мишина И.....	94	О
ЭЗОЗИФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА Джамбекова Г.С., Базарова С.А.....	95	В.
КОРХОНАЛАРДА УЗОҚ МУДДАТ ИШЛАГАН ИШЧИЛАРДА УЧРАЙДИГАН КАСБИЙ БРОНХИТЛАРНИ КЛИНИКАСИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРЛАРИ Кенжабаев Д.....	96	Т
БАКТЕРИОФАГОТЕРАПИЯ – ШАГ В ПРЕОДОЛЕНИИ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Махмудов Д.....	97	И
УРОВЕНЬ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ Ливерко И.В., Ахмедов Ш.М., Гафнер Н.В., Ахатов И.М., Абдуллаева В.А., Мухсимов Ф.М., Махмудов Д.....	97	С
СВЯЗЬ ЭКГ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ВОЗРАСТНЫХ АСПЕКТАХ Мамурова Н.Н., Носирова Д.Э.....	98	С
ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ПРЕПАРАТА АМИЗОН И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЕГО В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Марушко Ю.В., Марушко Т.В.....	99	В
СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Муминов К.П.....	100	С
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Муминов К.П.....	100	П
СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОГО БАРЬЕРА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ Мусаева Л.Ж.....	101	К
СТУПЕНЧАТАЯ ТЕРАПИЯ ФТОРХИНАЛОНАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ Мусаева Л.Ж.....	101	К
СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФТОРХИНОЛОННАМИ Пулатова Н.И.....	102	Т
ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И ЛЕГОЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Назирова М.Х.....	102	И

РЕВМАТОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА И АНТИТЕЛ К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Абдуазизова Н.Х.	113
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ Абдуазизова Н.Х., Ахмадова М.О.	115
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА В СОЧЕТАНИИ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Шукuroв У.М., Эгамбердыева Д.А., Раимкулова Н.Р., Закирова Д.К.	119
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ПОКОЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ Акбарова Д.С., Шофотихов А.Ф.	120
КЛИНИЧЕСКАЯ ОСОБЕННОСТЬ РАННЕГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К., Хакимова Р.А., Хан Т.А., Исламова Д.Н.	120
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ IL-4 И IL-10 ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К., Хакимова Р.А., Хан Т.А., Исламова Д.Н.	121
РОЛЬ АНТИГЕНОВ СИСТЕМЫ HLA КЛАССА I В РАЗВИТИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Алиахунова М.Ю., Нуритдинова С.К., Хакимова Р.А., Хан Т.А., Исламова Д.Н.	121
КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК III СТАДИИ ПРЕПАРАТОМ «МОРИАМИН ФОРТЕ» Бахронов Ш.М., Максудова М.Х., Насрилдинова Н.Н.	122
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Дадабаева Н.А., Мирахмедова Х.Т., Валиева С.М.	123
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ И РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ Иргашева Д.Г., Садикова Д.Т., Юлдашев Р.Н., Примкулова Г.Н.	123
СУРУНКАЛИ БҮЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШДА АНТИБАКТЕРИАЛ ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИНГ НИСБИЙ ТАҚСОЛАМА САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ Исиргапова С.Н., Жаббаров О.О., Умарова З.Ф., Султонов Н.Н.	124
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИАНЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЭРИТИМ Искандерова С.Дж., Маманазарова Д.К., Максудова М.Б.	125
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ТИМОПТИНА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УРОГЕННЫМ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ Искандерова С.Дж., Маманазарова Д.К., Максудова М.Б.	126
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕФЛУНОМИДА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Касимова М.Б., Юсупов У.Р.	127
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА Касимова М.Б., Юсупов У.Р.	127
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К МЕТОТРЕКСАТУ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Киреев В.В.	128
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Киреев В.В.	128
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО АНТИАНЕМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ЭРИТИМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ Кулдашев М.А., Болтабаев С.А., Искандерова С.Дж., Туйчиева М.Ю.	129
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ Мадиева И.А., Яминбаева У.А., Жилонова А.Н.	130
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ТИМОПТИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТЭНТЕРОКОЛИТИЧЕСКИМ РЕАКТИВНЫМ АРТРИТОМ Маманазарова Д.К., Искандерова С.Дж., Максудова М.Б.	131
РЕВМАТОИД АРТРИТДА ХЛАМИДИЙ ИНФЕКЦИЯСИ АССОЦИАЦИЯСИ, КАСАЛЛИКНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДАВОЛАШНИНГ УЗИГА ХОСЛИГИ Матчанов С.Х.	132
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАПРОФФ ГЕЛЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Матчанов С.Х.	132
ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА Мирахмедова Х.Т., Исламова Д.Н., Жилонова А.Н.	133
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АССОЦИАТИВНЫХ СВЯЗЕЙ АНТИГЕНА HLA У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ Мирахмедова Х.Т., Исламова Д.Н., Жилонова А.Н.	133