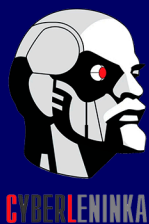


JCPM



Journal of clinical and preventive medicine

FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH



eLIBRARY



№2

2025 y

ISSN 2181-3531

www.fjsti.uz





JCPM

Journal of clinical and preventive medicine

FERGHANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

Год основания – 2021

ISSN - 2181-3531

Свидетельство СМИ (Узбекистан): №01-07/3097

Входит в перечень ВАК РУз с 2023 года

Форма выпуска: электронная

Язык текста: русский, английский

2
—
2025

Фергана

“JOURNAL OF CLINICAL AND PREVENTIVE MEDICINE”

(“Журнал клинической и профилактической медицины”)

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор: СИДИКОВ АКМАЛ АБДИКАХАРОВИЧ - д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора: КАДИРОВА МУНИРА РАСУЛОВНА - д.п.н., профессор

Ответственный секретарь: ВАЛИТОВ ЭЛЬЁР АКИМОВИЧ

2025. №2

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ф.Ю.Юлдашов - доктор медицинских наук, профессор

Е.С.Богомоллова - Приволжский исследовательский медицинский университет проректор, д.м.н., профессор

С.Т.Ибодзода - проректор ТДТУ, д.м.н., профессор

А.А.Сухинин - заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, кандидат медицинских наук, доцент (КубГМУ)

И.Л.Привалова - д.м.н., профессор

Г.М.Гулзода - ректор Таджикского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

Ахмад Манзур - Индия, профессор

Г.И.Шайхова - д.м.н., профессор

Н.Б.Комилов - д.п.н., профессор

Н.Х.Фаттахов - д.м.н., доцент

Н.О.Ахмадалиева - д.м.н., доцент

О.Е.Гузик - заведующий кафедрой гигиены и медицины экологии Белорусской медицинской академии, д.м.н., доцент

Р. Шерматов - кандидат медицинских наук, доцент

И.Г.Тарутин - д.м.н., профессор (Беларусь)

С.Саторов - профессор кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ТГМУ Абу Али ибн Сина (Таджикистан)

А.Р.Мурадинова - кандидат медицинских наук, доцент

С.П.Рубникович - Ректор Белорусского государственного университета, д.м.н., профессор

Б.Б.Мирзаев - д.м.н., профессор

Г.Н.Раимов - д.м.н., профессор

Е.М.Гаин - проректор Белорусской медицинской академии, д.м.н., профессор

А.А.Сухинин - Заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, кандидат медицинских наук, доцент (КубГМУ)

Д.Н.Колобец - БелМОПО, д.м.н., профессор Халафлы Навруз Гызы Хатира-Азербайджанский медицинский

университет доцент кафедры эпидемиологии, кандидат медицинских наук

Э.А.Валчук - профессор кафедры Белорусской медицинской академии последипломного образования

А.Н.Чиканов - д.м.н., профессор (Беларусь)

И.Н.Мороз - д.м.н., профессор (Беларусь)

В.И.Лазаренко - Ректор Курского ГМУ, доктор медицинских наук, профессор

Г.С.Маль - Заведующий кафедрой фармакологии Курского государственного университета, д.м.н.

В.Т.Минченян - д.м.н., профессор

Д.Хасилова - доктор философии в медицинских науках (США)

Ф.Х.Расулов - кандидат медицинских наук, доцент

Ш.С.Шонмова - кандидат психологических наук, доцент (ТПМИ)

Т.З.Хамрокулов - кандидат медицинских наук, доцент

Подготовили к публикации: Э.А.Валитов - Руководитель центра информационных технологий



FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

“JOURNAL OF CLINICAL AND PREVENTIVE MEDICINE”

(“Журнал клинической и профилактической медицины”)

SCIENTIFIC JOURNAL

EDITORIAL BOARD

Editor-in-chief: AKMAL ABDUKAKHAROVICH SIDIKOV - d.m.s., professor

Deputy Editor-in-Chief: KADIROVA MUNIRA RASULOVA - DSc., professor

Executive Secretary: ELYOR AKIMOVICH VALITOV

2025. №2

EDITORIAL BOARD

F.Y.Yuldashov - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.S.Bogomolova - Volga Research Medical University Vice-Rector, Doctor of Medical Sciences, Professor

S.T.Ibodzoda - Vice-Rector of TDTU, Doctor of Medical Sciences, Professor

A.A.Sukhinin - Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (KubSMU)

I.L.Privalova - Doctor of Medical Sciences, Professor

G.M.Gulzoda - Rector of the Tajik State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor

Ahmad Manzoor - India, Professor

G.I.Shaikhova - Doctor of Medical Sciences, Professor

N.B.Komilov - Doctor of Pedagogical Sciences, Professor

N.X.Fattakhov - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

N.O.Akhmadaliev - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

O.E.Guzik - Head of the Department of Hygiene and Medical Ecology of the Belarusian Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

R.Shermatov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

I.G.Tarutin (Belarus) - Doctor of Medical Sciences, Professor

S.Satorov - Professor of the Department of Microbiology, Immunology and Virology of TSMU Abu Ali ibn Sina (Tajikistan)

A.R.Muradimova - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

S.P.Rubnikov - Rector of the Belarusian State University, Doctor of Medical Sciences, Professor

B.B.Mirzaev - Doctor of Medical Sciences, Professor

G.N.Raimov - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.M.Gain - Vice-rector of the Belarusian Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Professor

A.A.Sukhinin - Head of the Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (KubSMU)

D.N.Kolobets - BelMOPO, Doctor of Medical Sciences, Professor

Khalaf y Navruz Gizi Khatira - Azerbaijan Medical University Associate Professor of the Department of Epidemiology, Candidate of Medical Sciences

E.A.Valchuk - Professor of the Department of the Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education

A.N.Chikanov - Doctor of Medical Sciences, Professor (Belarus)

I.N.Moroz - Doctor of Medical Sciences, Professor (Belarus)

V.I.Lazarenko - Rector of Kursk State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Professor

G.S.Mal - Head of the Department of Pharmacology of Kursk State University, Doctor of Medical Sciences

V.T.Minchenyan - Doctor of Medical Sciences, Professor

D.Khasilova - Ph.D. in Medical Sciences, (USA)

F.X.Rasulov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Sh.S.Shoimova - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor (TPMI)

T.Z.Khamrokulov - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

Prepared for publication: E.A.Valitov - Head of Information Technology Center



ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
FERGANA MEDICAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH

ILMIY-TADQIQOT BO'LIMI / RESEARCH SECTION / НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ РАЗДЕЛ

Yo.I.Yoldoshev.

MICROSCOPIC CHANGES IN THE BRAIN OF CHILDREN WHO DIED OF CEREBRAL PALSY..... 4-8

Каттаханова Р.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ..... 9-13

Расулов У.М., Рузалиев К.Н., Расулов Ф.Х.

ТИП АЦЕТИЛИРОВАНИЯ И ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА КЛЕТКИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ..... 14-17

Расулов Ф.Х., Расулов У.М., Борецкая А.С., Хасанов Н.Ф.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ИММУНОГЕНЕЗ У ЖИВОТНЫХ С ТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ..... 18-21

Тиллаева З.У., Шайхова Г.И., Максудова Д.Ш., Зокирхонова Ш.А.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ..... 22-27

Турдалиева П.К., Игамбердиева О.О.

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИОКСИДАНТНЫХ СВОЙСТВ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ ЮЖНОЙ ФЕРГАНЫ..... 28-32

Турдиматов Д.С., Холматов И.Х., Хатамов Р.И.

СОСТОЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ СМЕРТЕЙ ПО ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ТЕЧЕНИЕ 2024 ГОДА И ИХ ОСОБЕННОСТИ..... 33-36

KLINIK TIBBIYOT / CLINICAL MEDICINE / КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Ахмедов Ш.С.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕЦИДИВНЫХ БЛЕФАРОПТОЗОВ..... 37-41

Valitov E.A., Qodirov M.I., Marozikov N.K.

INTEGRATION OF RADIOLOGICAL METHODS AND INFORMATION TECHNOLOGIES IN THE EARLY DIAGNOSIS OF ONCOLOGICAL DISEASES..... 42-45

Mamasaidov J.T., Yoldoshev Yo.I., Sodikov U.M., Yigitaliev U.G.

ULTRASTRUCTURAL CHANGES IN DIFFERENT FORMS OF INFANTILE CEREBRAL PALSY..... 46-50

Shermatov R.M.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PERIODIC DISEASE IN CHILDREN..... 51-55

AMALIYOTDAN KUZATUVLAR / OBSERVATIONS FROM PRACTICE / НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Akhunbaev O.

TREATMENT OF UROGENITAL FORM OF DIABETIC AUTONOMIC NEUROPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS..... 56-59

Gofurov J.A.

PRINCIPLES OF REHABILITATION AND THE ROLE OF DOSED PHYSICAL ACTIVITY IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA..... 60-63

Исмоилова М.И.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС В ПАТОГЕНЕЗЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА..... 64-69

Юлдашов Ф.Ю., Хайдаралиев С.А., Саминов Т.Т.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОПЕРАЦИИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ: ФАКТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧА..... 70-75

BIZNING MEXMONLAR / OUR GUESTS / НАШИ ГОСТИ

Ceylan A.

DIGITAL HEALTH COMMUNICATION: DISSEMINATION AND RELIABILITY OF HEALTH INFORMATION ON SOCIAL MEDIA..... 76-80

TAJIRIBA ALMASHISH / EXCHANGE OF EXPERIENCE / ОБМЕН ОПЫТОМ

Ахмедова Е.А.

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПРЕПОДАВАНИИ ПЕДИАТРИИ С АКЦЕНТОМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ: ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДИКИ..... 81-85

NAZARIY VA EKSPERIMENTAL TIBBIYOT / ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА / THEORETICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

Абдулхакимов А.Р., Фаттахов Н.Х., Хайдаров Г.М., Хомидчонова Ш.Х., Саккизбоев И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ..... 86-91

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

Р.Ю.Каттаханова.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья. г.Фергана, Узбекистан.

Для цитирования: © Каттаханова Р.Ю.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ. ЖКМП.-2025.-Т.2.-№2.-С

Поступила: 14.04.2025

Одобрена: 10.05.2025

Принята к печати: 05.06.2025

Аннотация: *Helicobacter pylori* относится к наиболее распространенным хроническим инфекциям человека и встречается у большинства населения. В настоящее время инфекция *Helicobacter pylori* считается важнейшим этиопатогенетическим звеном развития хронического гастрита (тип В), дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и некардиального рака желудка. Исследования по определению инфицированности *Helicobacter pylori* населения Ферганской области до настоящего времени не проводились. В работе определены инфицированность хеликобактерной инфекцией населения в Ферганской области и главные этиологические факторы в развитии гастритов. Диагностику хеликобактерной инфекции определяли двумя методами: инвазивным и неинвазивным. Установлено, что по инфицированности населения *Helicobacter pylori* Ферганскую область можно отнести к областям с высоким уровнем инфицированности. Определено, что основным этиологическим фактором в развитии гастритов и язвенной болезни является хеликобактерная инфекция. Проведение эрадикации *Helicobacter pylori* приводило к эффективному лечению гастритов и язвенной болезни желудка.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, хронический гастрит, эрадикация *Helicobacter pylori*, уреазный тест.

HELICOBACTER INFEKTSIYASINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI

R.Yu.Kattaxanova.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti. Farg'ona sh, O'zbekiston.

Izoh: © Kattaxanova R.Yu.

HELICOBACTER INFEKTSIYASINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI. KPTJ.-2025-N.2.-№2-M

Qabul qilindi: 14.04.2025

Ko'rib chiqildi: 10.05.2025

Nashrga tayyorlandi: 05.06.2025

Annotatsiya: *Helicobacter pylori* insonning eng keng tarqalgan surunkali infeksiyalariga ishora qiladi va aholining ko'p'hiligidan uchraydi. Hozirgi vaqtda *Helicobacter pylori* infeksiyasi surunkali gastrit (b turi), duodenit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi va kardiyak bo'lmagan oshqozon saratoni rivojlanishining eng muhim etiopatogenetik bo'g'ini hisoblanadi. Farg'ona viloyati aholisining *Helicobacter pylori* infeksiyasini aniqlash bo'yicha tadqiqotlar hozirgacha o'tkazilmagan. Ishda Farg'ona viloyatida aholining *Helicobacter* infeksiyasi va gastrit rivojlanishidagi asosiy etiologik omillar aniqlangan. *Helicobacter* infeksiyasi diagnostikasi ikki usul bilan aniqlandi: invaziv va invaziv bo'lmagan. Aholining *Helicobacter pylori* infeksiyasiga ko'ra, Farg'ona viloyatini infeksiya darajasi yuqori bo'lgan hududlarga kiritish mumkinligi aniqlandi. Gastrit va oshqozon yarasi rivojlanishida asosiy etiologik omil *Helicobacter* infeksiyasi ekanligi aniqlandi. *Helicobacter pylori*-ni yo'q qilish gastrit va oshqozon yarasini samarali davolashga olib keldi.

Kalit so'zlar: *Helicobacter pylori*, surunkali gastrit, *Helicobacter pylori* erradikatsiyasi, ureaz testi.

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION

Kattakhanova R. Y.

Fergana Medical Institute of Public Health. Fergana, Uzbekistan.

For situation: © Kattakhanova R.Y.

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION. JCPM.-2025.P.2.-№2-A

Received: 14.04.2025

Revised: 10.05.2025

Accepted: 05.06.2025

Abstract: *Helicobacter pylori* is one of the most common chronic human infections and occurs in most of the population. Currently, *Helicobacter pylori* infection is considered the most important etiopathogenetic link in developing chronic gastritis (type B), duodenitis, peptic ulcer of the stomach and duodenum, and non-cardiac gastric cancer. Studies to determine *Helicobacter pylori* infection in the population of the Ferghana region have not yet been conducted. The paper identifies the main etiological factors in the development of gastritis and the determination of infection with *Helicobacter pylori* in the Ferghana region. The diagnosis of *Helicobacter pylori* infection was determined by two methods: invasive and noninvasive. It has been established that, according to the infection rate of the population with *Helicobacter pylori*, the Ferghana region can be classified as an area with a high infection rate. It has been determined that the main etiological factor in the development of gastritis and peptic ulcer is a *Helicobacter* infection. Eradication of *Helicobacter pylori* led to effective treatment of gastritis and gastric ulcer.

Keywords: *Helicobacter pylori*, chronic gastritis, eradication of *Helicobacter pylori*, urease test.

Актуальность: вопросов диагностики и лечения *Helicobacter pilori* -ассоциированных заболеваний обусловлена в первую очередь широкой распространенностью данной инфекции в популяции. На начало XXI века *Helicobacter pilori* относится к наиболее распространенным хроническим инфекциям человека и встречается у 80-90% жителей развивающихся стран Азии и Африки, от 63 до 80% у жителей Восточной Европы, в России – 72-95%, в Индии – 84%, на Украине – 70% [1-3].

В настоящее время инфекция *Helicobacter pilori* считается важнейшим этиопатогенетическим звеном развития хронического гастрита (тип В), дуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, MALT-лимфомы и некардиального рака желудка. Общемедицинскую актуальность проблемы подчеркивает тот факт, что в 1994 г. экспертами ВОЗ *Helicobacter pilori* была отнесена к канцерогенам 1-й группы риска в отношении развития рака желудка. Частота инфицирования *Helicobacter pilori* прогрессивно возрастает [2].

С момента открытия существования данного микроорганизма было разработано множество методов его диагностики, которые постоянно подвергаются усовершенствованию. Тем не менее, ни один из методов диагностики хеликобактерной инфекции не является универсальным. Для более точной диагностики наличия *Helicobacter pilori* необходимо использование минимум двух методов.

Исследования по определению инфицированности *Helicobacter pilori* населения Ферганской области до настоящего времени не проводились.

Исходя из этого целью нашего исследования явилось определение главных этиологических факторов в развитии гастритов и определение инфицированности хеликобактерной инфекцией населения в нашем регионе - Ферганской области и внедрение в практику новых инновационных технологий по диагностике и лечению *Helicobacter pilori* [5].

Материал и методы исследования:

Нами было обследовано 175 больных хроническим гастритом на наличие *Helicobacter pilori*. В исследование включались больные обоего пола с эндоскопическим подтверждением хронического гастрита. В группе изучения было 85 женщин, средний возраст которых составил 36.6 ± 12.7 лет

и 90 мужчин, средний возраст которых составил 34 ± 15.6 лет. Длительность заболевания у женщин составила 4.6 ± 3.6 лет, у мужчин 5.4 ± 4.8 лет. С целью определения инфицированности *Helicobacter pilori* среди населения области было обследовано 260 здоровых добровольцев в возрасте от 17 до 55 лет. Диагностику хеликобактерной инфекции определяли двумя методами: инвазивным и неинвазивным. Инвазивный метод включал в себя проведение ЭФГДС с прицельной биопсией и дальнейшим изучением гастробиоптата. Экспресс-диагностику хеликобактерной инфекции у пациентов осуществляли уреазным тестом – «хелпил-тест», согласно инструкциям Ассоциации медицины и аналитики. Принцип использования хелпил –теста основан на изменении цвета индикаторного диска при размещении на нём биоптата слизистой оболочки антрального и фундального отделов желудка. Изменение цвета индикаторного диска на синий через 3 мин после контакта с биоптатом считается хеликобактерпозитивным, а отсутствие изменения окраски – хеликобактернегативным показателем [4].

Из неинвазивных методов диагностики хеликобактерной инфекции был применен иммуноферментный анализ на выявление антител класса IgG к *Helicobacter pilori* и дыхательный (уреазный) тест. До начала лечения все наблюдаемые больные имели клинические проявления желудочной диспепсии: боли и тяжесть в подложечной области живота, отрыжка, тошнота, боли в эпигастрии натощак и после еды, изжога.

До начала лечения у всех наблюдаемых больных отмечена выраженная воспалительная и сосудистая реакция, которая проявлялась диффузной или пятнистой гиперемией слизистой оболочки, ее отеком с большими проявлениями в антральном отделе желудка, где, кроме того, обнаруживались приподнятые эрозии в зоне выраженного воспаления.

Результаты исследования и их обсуждение:

Анализ симптоматики показал, что ведущим клиническим проявлением хронического гастрита у больных был болевой синдром. Его тип и характер определялись этиологией патологического процесса. Так больные с хроническим эритематозным гастритом и дуоденогастральным рефлексом (не хеликобактерной этиологии) достоверно чаще ($76.8 \pm 6.4\%$) предъявляли жалобы на сильные боли, которые в $76.4 \pm 5.9\%$ случаев носили

приступообразный характер, локализовались в эпигастрии (87.3 + 8.1 %) и пилородуоденальной зоне. Достоверно чаще регистрировались ранние боли. Пациенты с хроническим гастритом хеликобактерной этиологии, напротив, чаще предъявляли жалобы на эпизодические (74.3 + 6.3 %), умеренные (81.2 + 6.4 %), монотонные боли, локализованные в эпигастрии (89.4 + 4.6 %) и пилородуоденальной зоне. Среди явлений желудочной диспепсии преобладали тошнота (68.7 + 5.7 %), запоры (37.4 + 9.1 %). Астеновегетативный синдром наблюдался в 43.1 + 5.6 % случаев. Астеновегетативные проявления были разнообразны и включали головную боль, головокружение, потливость, раздражительность др.

При эндоскопическом исследовании преобладало поражение антрального отдела (91.1 + 6.7 %) желудка. Эритематозная форма гастрита являлась преобладающей. Эрозивные формы гастрита составили в совокупности 31.3 + 5.1 % от всего числа обследованных. Эрозии чаще располагались в антральном отделе желудка. Гиперпластические процессы слизистой оболочки желудка эндоскопически выявлены у 6.7 + 2.9 % пациентов. Атрофический гастрит определён у 9.1 + 3.6 % пациентов [7,13].

С помощью иммуноферментного анализа (ИФА) было определено в сыворотке крови наличие специфических антител классов IgG и IgA против *Helicobacter pilori*. Наличие *Helicobacter pilori* этим методом было подтверждено у 86.7 + 3.4 % больных с хроническим гастритом. Отрицательный результат при наличии болей в животе и явлений желудочной диспепсии отмечен в 13.3 + 3.4 % случаев. Исследование здоровых добровольцев с помощью ИФА на наличие *Helicobacter pilori* выявила инфицированность жителей Ферганской области 86 %, что даёт основание отнести её к областям с высоким уровнем инфицированности. Серологические тесты применяются как неинвазивная диагностика у части пациентов [7,8].

В некоторых клинических ситуациях диагностика другими (обычно более информативными) методиками имеет низкую чувствительность из-за невысокого содержания *Helicobacter pilori* в желудке, и лишь серологическая диагностика способна выявить *Helicobacter pilori*. К таким ситуациям относятся желудочно-кишечные кровотечения, атрофический гастрит, рак желудка.

Проведение быстрого уреазного «хелпил теста» выявило наличие хеликобактерной инфекции у 81.2 + 4.2 % больных. Данный тест является методом выбора. Его чувствительность имеет 90 %, а специфичность – 95-100%. Ложноположительным данный тест бывает редко. Ложноотрицательным – при недавних кровотечениях, сопутствующем лечении ингибиторами протонной помпы, антибиотиками, препаратами висмута, при наличии выраженной атрофии и кишечной метаплазии. То есть отрицательный результат на *H. Piloni* при быстром уреазном тесте не исключает полностью отсутствие хеликобактерий, положительный тест указывает на наличие *Helicobacter pilori* [16,17].

Инфекция *Helicobacter pilori* была верифицирована у 97% больных атрофическим хроническим гастритом. У пациентов с данным видом гастрита преобладала слабая, а в группе с неатрофическим гастритом – высокая степень инфицированности. Снижение обсемененности при атрофическом по сравнению с неатрофическим хроническим гастритом, вероятно, связано с нарушением оптимальных условий для колонизации *Helicobacter pilori*. В результате бактерии мигрируют в тело желудка, вызывая развитие пангастрита (атрофического гастрита) [9,10,14,15]. Проведенные нами исследования подтверждают литературные данные и свидетельствуют о доминирующей роли инфекции (*Helicobacter pilori*) в развитии гастритов. Наличие данной инфекции служит показанием к проведению эрадикации возбудителя.

Всем исследуемым больным была назначена следующая схема лечения. Амоксициллин 1г 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки + ингибитор протонного насоса – омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Продолжительность лечения составила 10-14 дней. Проведение тройной терапии оказалось успешной у 90% больных. У них исчезли все клинические симптомы заболевания и произошла полная эрадикация возбудителя. У 10% больных данная терапия оказалась неэффективной и им была назначена вторая схема лечения. Висмута субцитрат 120 мг 4 раза в сутки + метронидазол 500 мг 3 раза в сутки + тетрациклин 500 мг 4 раза в сутки + омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Данная терапия оказалась эффективной. После проведения эрадикации возбудителя рецидивы инфекции наблюдаются редко [9,11,18].

Выводы: Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что по инфицированности населения *Helicobacter pylori* Ферганскую область можно отнести к областям с высоким уровнем инфицированности. Установлено, что основным этиологическим фактором в развитии гастритов и язвенной болезни является хеликобактерная инфекция. Проведение эрадикации *Helicobacter pylori* является обязательным условием для эффективного лечения гастритов и язвенной болезни желудка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аруин, Л. И., Григорьев, П. Я., Исаков, В. А., & Яковенко, Э. П. (1999). Хронический гастрит. Амстердам, 151–161.
2. Аруин, Л. И. (2006). Качество заживления гастродуоденальных язв: функциональная морфология, роль методов патогенетической терапии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (5), 1–5. (репринт)
3. Баранская, Е. К. (2000). Язвенная болезнь и инфекция *Helicobacter pylori*. *Болезни органов пищеварения*.
4. Барышникова, Н. В., Денисова, Е. В., Корниенко, Е. А., и соавт. (2009). Эпидемиологическое исследование резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину у жителей Санкт-Петербурга с язвенной болезнью. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (5), 73–76.
5. Барышникова, Н. В., Успенский, Ю. П., & Ткаченко, Е. И. (2010). Оптимизация лечения больных с заболеваниями, ассоциированными с *Helicobacter pylori*: обоснование необходимости использования препаратов висмута. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (6), 116–121.
6. Белоусов, А. С., Водолагин, В. Д., & Жаков, В. П. (2002). *Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение болезней органов пищеварения*. Москва: Медицина.
7. Бредихина, Н. А. (2001). Современный взгляд на проблему хронического гастрита (диагностика, лечение, профилактика). *Успехи теоретической и клинической медицины*, вып. 4. Материалы научных исследований Российской Медицинской Академии Последипломного образования.
8. Григорьев, П. Я. (2002). *Рекомендации врачу по лечению больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки*. ГМЦ МЗ РФ РГМУ МЗ РФ.
9. Григорьев, П. Я., & Яковенко, А. В. (2001). *Клиническая гастроэнтерология*. Москва: МИ А.
10. Жебрун, А. Б., Александрова, В. А., Гончарова, Л. Б., & Ткаченко, Е. И. (2002). *Диагностика, профилактика и лечение заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori-инфекцией: Пособие для врачей*. Санкт-Петербург.

11. Жебрун, А. Б., Сварваль, А. В., & Ферман, Р. С. (2008). Исследование антибиотикорезистентности штаммов *H. pylori*, циркулирующих в Санкт-Петербурге в современный период. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*, (2, прил. 1), 18–19.

12. Захарова, Н. В. (2003). Кларитромицин – стандартный компонент антихеликобактерной терапии. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, (3).

13. Захарова, Н. В. (2006). Пути повышения эффективности и безопасности схем эрадикации *Helicobacter pylori*. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*, (3), 45–51.

14. Звягинцева, Т. Д. (n.d.). *Болезни пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки*. Москва: ГИУВ МО РФ, Главный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко.

15. Ивашкин, В. Т. (2006). *Клинические рекомендации. Гастроэнтерология*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.

16. Ивашкин, В. Т., Мерго, Ф., & Лапина, Т. Л. (1999). *Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии*. Москва: Триада–Х.

17. Ивашкин, В. Т., & Лапина, Т. Л. (2012). *Гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.

18. Ивашкин, В. Т., Шептулин, А. А., Баранская, Е. К., и др. (2005). *Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни (пособие для врачей)*. Москва.

Информация об авторах:

© КАТТАХАНОВА Р. Ю. - доцент кафедры Пропедевтики внутренних болезней Ферганского медицинского института общественного здоровья. г. Фергана., Узбекистан.

Muallif haqida ma'lumot:

© KATTAXANOVA R.Yu.- Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida dotsenti. Farg'ona sh., O'zbekiston.

Information about the authors:

© KATTAKHANOVA R.Yu.- Associate Professor, Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Ferghana Medical Institute of Public Health., Ferghana., Uzbekistan.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

К публикации принимаются статьи, касающиеся всех аспектов организации и оказания медицинской помощи, соответствующие следующим требованиям:

1. Статьи могут быть на русском или английском языках.
2. Статьи должны быть набраны в текстовом редакторе, таком как Microsoft Word, с использованием шрифта Times New Roman размером 12 пунктов, с полуторным межстрочным интервалом, с полями по 2 см, с выравниванием по ширине и в ориентации «книжная» («портрет»). Интервалы между абзацами должны отсутствовать. Первая строка абзаца – отступ на 15 мм.
3. Статьи должны быть отпечатаны в 2-х экземплярах на одной стороне листа формата A4 (210 x 297 мм).
4. Объем статьи не должен превышать 8 страниц (одна страница не более 2500 знаков с пробелами), включая таблицы (не более 3), рисунки (не более 5) и список литературы (не более 30 источников для оригинальной статьи и 50 – для обзора литературы).
5. Обязательным является дублирование статьи на любом электронном носителе.
6. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие издания или напечатаны в них, не допускается.
7. На 1-й странице указывается название, инициалы, фамилия автора, полное название учреждения, из которого выходит статья, звание и ученая степень руководителя учреждения. Если авторы статьи работают в разных организациях, необходимо с помощью меток соотнести каждого автора с его организацией. В конце статьи обязательны подписи всех авторов с координатами того из них, с которым редакция может вести переписку (адрес, эл.почта и телефон).
8. Структура статьи (IMRAD): введение, материал и методы, результаты и обсуждение, выводы или заключение, список литературы. Введение должно быть ясным и сжатым. Особое внимание необходимо уделить разделу «Результаты и обсуждение», в котором необходимо провести анализ результатов собственных исследований. Желательно сравнение полученных результатов с данными других авторов.
9. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Список

литературы на опубликованные работы составляется в алфавитном порядке – сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Список литературы должны быть написаны по требованию транслитерации. За точность приведенных литературных источников и правильность их оформления ответственность несет автор:

Формулирования (APA) литературы:

1. Goodwin GM, Aaronson ST, Alvarez O, Arden PC, Baker A, Bennett JC, et al. Single dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression. *N Engl J Med*. 2022; 387:1637–48.
2. Wagemann, J. & Weger, U. (2021). Perceiving the other self: An experimental first-person account of nonverbal social interaction. *The American Journal of Psychology*, 134(4), 441-461. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.134.4.0441>
3. World Health Organization. Depressive disorder (depression), 31 March 2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем, 2016–2021 гг. ВОЗ; 2016. [Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016 - 2021] (Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/ru/>)
5. Кубанова А.А., Сехин С.В., Якушин С.Б., Кубанов А.А. Анти-бактериальная терапия гонореи в свете последних международных рекомендаций. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2002;4(4):364 - 378. [Kubanova A.A, Sekhin S.V, Yakushin S.B, Kubanov A.A. Antimicrobial therapy of gonococcal infections according to recent international guidelines. *Klinicheskaa Mikrobiologia i Antimikrobnaya Himioterapiya*. 2002;4(4):364 - 378 (In Russ.)]
10. Таблицы должны иметь заголовки и четко обозначенные графы, удобные для чтения. Данные таблиц должны соответствовать цифрам в тексте. Не следует повторять в тексте все данные из таблиц.

11. При возможности размер рисунка должен соответствовать ширине одной колонки текста (82 мм). В случае необходимости каких-либо обозначений они должны быть сделаны на втором экземпляре рисунка. Рисунки не должны повторять материалов таблиц и должны быть представлены в виде отдельных файлов исключительно в форматах *.jpg, *.gif или *.png с разрешением не менее 600 dpi. Все цветные рисунки необходимо сохранять в CMYK (но не RGB) формате: это является гарантией того, что печатный вариант рисунков будет наиболее точно соответствовать представленному. Имена файлам рисунков присваиваются по аналогии с именами файла текста статьи. **Например: Usmanov_2_ris_4.jpg.**

12. К рукописи необходимо приложить сопроводительное письмо учреждения, из которого выходит работа, с визой руководителя на первой странице.

13. Объем аннотации на русском, английском и узбекском языках (Аннотация, Аннотация, Abstract) не должен превышать 100 слов и отражать наиболее существенные фактические данные без употребления аббревиатур.

14. Все присланные работы подвергаются научному рецензированию. Редакция оставляет за собой право редактирования статей, а также изменения стиля оформления, не оказывающих влияния на содержание, для адаптации их к рубрикам журнала.

15. Представляющую интерес статью редколлегия может вернуть автору с замечаниями для доработки. Кроме того, редакция может потребовать от автора предоставления исходных данных, с использованием которых были получены описываемые в статье результаты, для оценки редактором или рецензентом степени соответствия исходных данных содержанию статьи. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.

16. В одном номере может быть напечатана только одна статья от первого автора.

17. Статьи, оформленные с нарушением правил, к рассмотрению не принимаются и авторам не возвращаются. К публикации принимаются статьи, касающиеся всех аспектов организации и оказания медицинской помощи, соответствующие следующим требованиям:

Статьи следует направлять по адресу:

150100, Республика Узбекистан, город Фергана,
улица Янги Турон, дом 2-а.

Е-mail: info@jcpm.uz

Сайт журнала: www.fjsti.uz

MUALLIFLAR DIQQATIGA

Quyidagi talablarga javob beruvchi, barcha tashkiliy va tibbiy yordam ko'rsatishga taalluqli maqolalar nashrga qabul qilinadi:

1. Maqola rus yoki ingliz tilida bo'lishi mumkin.
2. Maqola kompyuter matnida terilgan, Microsoft Wordda, shrifti Times New Roman, o'lchami 12, xat orasi 2 va 1,5 sm intervalli, eniga to'g'rilangan holda, kitobga o'xshash (portret) bo'lishi kerak. Abzas orasida interval bo'lishi kerak emas. Birinchi abzas xati – 15 mm dan so'ng.
3. Maqola 2 nusxada, A4 formatda (210 x 297 mm) taqdim etilishi kerak.
4. Maqola hajmi jadval, sxema, rasm va adabiyot ro'yxatini (original maqola uchun 30 ta va obzor maqola uchun 50 ta manba) qo'shgan holda 8 varaqdan (1 bet ochiq joy bilan birga 2500 belgidan) oshmasligi kerak.
5. Maqolaning albatta elektron nusxasi bo'lishi kerak.
6. Boshqa jurnallarga yuborilgan, lekin chop etilma gan maqolalar qabul qilinmaydi.
7. Maqolaning birinchi betida maqola nomi, muallif ismi-sharifi, tashkilotning to'liq nomi, tashkilot rahbarining unvoni va ilmiy darajasi ko'rsatilishi kerak. Agar maqola mualliflari har xil tashkilotda ishlasalar, unda har bir muallif qaysi tashkilotdan ekanligi maxsus belgi bilan ko'rsatilishi kerak. Qo'lyozmadamualliflarimzosi va ular bilan bog'lanish yo'llari (manzil, elektron pochta va telefon) bo'lishi kerak.
8. Maqola tuzilishi: (IMRAD) kirish qismi, material va usullar, natija va muhokama, xulosa va nihoyat, adabiyotlar ro'yxati. Kirish qismi aniq va qisqa bo'lishi kerak. Xususiyl izlanishlarning natijasi berilgan "natija va muhokama" bo'limiga ko'proq ahamiyat berilishi lozim. Olingan natijalar boshqa mualliflar ma'lumotlari bilan solishtirilgan bo'lgani ma'qul.
9. Bibliografik manba maqola matnida adabiyot ro'yxati bo'yicha raqamlangan tartibda kvadrat qavs ichida berilishi kerak. Adabiyot ro'yxati chop etiladigan ishda alifbo bo'yicha tuziladi – avval mahalliy, keyin chet el mualliflari. Adabiyotlar transliteratsiya shaklida yozilishi talab etiladi. Berilgan adabiyotlarning aniqligi va uning tuzilishining to'g'riligiga muallif javobgar:

**Adabiyotlarni (APA) formatda
rasmiylashtirish:**

1. Goodwin GM, Aaronson ST, Alvarez O, Arden PC, Baker A, Bennett JC, et al. Single dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression. *N Engl J Med.* 2022; 387:1637–48.
2. Wagemann, J. & Weger, U. (2021). Perceiving the other self: An experimental first-person account of nonverbal social interaction. *The American Journal of Psychology*, 134(4), 441-461. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.134.4.0441>
3. World Health Organization. Depressive disorder (depression), 31 March 2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем, 2016 - 2021 гг. ВОЗ; 2016. [Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016 - 2021] (Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/ru/>)
5. Кубанова А.А., Сехин С.В., Якушин С.Б., Кубанов А.А. Анти-бактериальная терапия гонореи в свете последних международных рекомендаций. Клиническая микробиология и антимикробная химио-терапия. 2002;4(4):364 - 378. [Kubanova A.A, Sekhin S.V, Yakushin S.B, Kubanov A.A. Antimicrobial therapy of gonococcal infections according to recent international guidelines. *Klinicheskaya Mikrobiologiya i Antimikrobnaya Himioterapiya*. 2002;4(4):364 - 378 (In Russ.)]
10. Jadvalning sarlavhasi va kataklari aniq ko'rsatilgan, o'qish uchun qulay bo'lishi kerak. Jadval ma'lumotlari matndagi raqamlarga to'g'ri kelishi kerak. Jadvaldagi hamma ma'lumotlar matnda takrorlanmasligi lozim.
11. Rasmlar alohida faylda, *jpg, *gif yoki *png formatida 600 dpi dan kam bo'lmasligi kerak – bu rasmning aniq ko'rsatilishiga kafolat beradi. Rasm faylining nomi maqola matnining nomi bilan ataladi: masalan, Usmanov_2_ris_4.jpg.

12. Qo'lyozmada tashkilotning yo'llanmasi bo'lishi shart, bunda rahbarning imzosi birinchi betiga qo'yiladi.
13. Annotatsiya hajmi 150 ta so'zdan oshmasligi kerak va abbreviaturasiz aniq bo'lishi, bir abzasdan rus, ingliz va o'zbek tillarida yozilishi kerak (Annotatsiya, Annotatsiya, Abstract).
14. Hamma yuboriladigan ishlar ilmiy taqrizdan o'tadi. Tahririyat maqolalarni tahrirlash huquqini o'ziga qoldiradi, maqola sarlavhasiga muvofiq ravishda hamda mazmuniga ta'sir qilmaydigan holda o'zgartirish huquqiga ega.
15. Tahrir hay'ati maqolani qayta ishlash uchun tanqidiy mulohazalari bilan muallifga qaytarishi mumkin. Bundan tashqari, muharrir yoki taqrizchi talabiga ko'ra muallifdan birlamchi ma'lumotlarni ko'rsatishni talab qilishi mumkin. Maqolani qabul qilish sanasi ushbu maqolaning oxirgi o'zgartirilgan nusxasi kelib tushgan kun hisob lanadi.
16. Bir sonda birinchi muallifning faqat bitta maqolasi chop etiladi.
17. Qoida bo'yicha tuzilmagan maqolalar qabul qilinmaydi va muallifga qaytarilmaydi. Quyidagi talablarga javob beruvchi, barcha tashkiliy va tibbiy yordam ko'rsatishga taalluqli maqolalar nashrga qabul qilinadi:

Maqolani quyidagi manzilga yuborish mumkin:

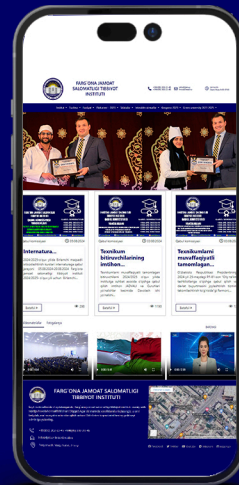
150100, O'zbekiston Respublikasi, Farg'ona shahri,
Yangi Turon ko'chasi, 2-a uy.

E-mail: info@jcpm.uz.

Sayt jurnali: www.fjsti.uz



JICPM



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti rasmiy veb sayti



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ilmiy konferensiyalar sahifasi



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ilmiy jurnal sahifasi



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti ijtimoiy gazetasi



Farg'ona jamoat salomatligi
tibbiyot instituti kutubxona veb sayti