



# *Annals of clinical disciplines*



VOLUME 1, ISSUE 2

2024

ACD  
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ  
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

**Ш.Ж. ТЕШАЕВ**

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

М.Ж. Саноева  
У.К. Абдуллаева  
Д.А. Хасанова  
М.Н. Исматова  
С.С. Давлатов  
А.Р. Облоқулов  
Ш.Т. Ўроқов  
Н.У. Нарзуллаев  
Ш.Б. Ахророва  
В.Р. Акрамов  
У.С. Мамедов  
И.К. Садуллоева  
Г.Ж. Жарилкасинова  
А.А. Саидов  
Н.Н. Каримова  
Д.А. Набиева

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Н.А. Нуралиев (Бухара)  
А.Г. Гадаев (Ташкент)  
Г.Н. Собирова (Ташкент)  
М.М. Каримов (Ташкент)  
У.К. Қаямов (Ташкент)  
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)  
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)  
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)  
Edip Gonullu (Турция)  
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

## О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан  
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,  
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23  
Телефон: +998(65)2230050  
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>  
e-mail: [abumkur14@gmail.com](mailto:abumkur14@gmail.com)

<b>1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer .....	6
<b>2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.</b>	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
<b>3. Akhrorova L.B.</b>	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
<b>4. Boltayev E.B.</b>	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
<b>5. Ergashov B.B.</b>	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
<b>6. Ergashov B.B.</b>	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
<b>7. Eshniyazova G.Sh.</b>	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
<b>8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.</b>	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
<b>9. Hikmatov J.S.</b>	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
<b>10. Mekhriddinov M.K.</b>	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
<b>11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.</b>	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
<b>12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.</b>	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
<b>13. Narzulloeva D.S.</b>	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
<b>14. Rajabov D.O'.</b>	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
<b>15. Rakhimov A.Y.</b>	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
<b>16. Raupov F.S.</b>	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
<b>17. Safarova G.A.</b>	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
<b>18. Saidova L.B.</b>	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
<b>19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.</b>	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
<b>20. Umurova N.M.</b>	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
<b>21. Газиев К.У.</b>	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усулларининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
<b>22. Жумаева М.Ф.</b>	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
<b>23. Жумаева М.Ф.</b>	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

<b>24. Жумаева М.Ф.</b>	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
<b>25. Исмагова М.Н.</b>	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
<b>26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.</b>	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
<b>27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.</b>	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
<b>28. Мустафаева М.Р.</b>	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
<b>29. Мухамеджанова М.Х.</b>	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциации с хронической сердечной недостаточностью.....	158
<b>30. Наврузова Л.Х.</b>	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
<b>31. Ниёзов Ф.Ё.</b>	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путём лапароскопии и его возможности...	169
<b>32. Нуриддинов С.С.</b>	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
<b>33. Орипова Ф.Ш.</b>	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
<b>34. Орипова Ф.Ш.</b>	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
<b>35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.</b>	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
<b>36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.</b>	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
<b>37. Раджабова Г.Б.</b>	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
<b>38. Саидова Н.Ф.</b>	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
<b>39. Тухтаев Д.А.</b>	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
<b>40. Умурова Н.М.</b>	
Динамика суточного мониторинга артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертензией среди мужского населения.....	229
<b>41. Хикматов Ж.С., Исмагов Ж.К., Солиева Ш.С.</b>	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237

**Исматова М.Н.**

Бухарского государственного медицинского института, Бухара, Узбекистан

**КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ И СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЧЕК ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788671>**АННОТАЦИЯ**

Изучить удельный вес каждой нозологической формы хронического гломерулонефрита, способствующей развитию нефротического синдрома. Были изучены результаты 104 биопсий, полученных от больных с нефротическим синдромом. Диагноз устанавливался на основании результатов комплексного клинико-морфологического обследования больных.

**Ключевые слова:** хронический гломерулонефрит, клинико-лабораторное обследование, результат.

**Исматова М.Н.**

Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро, Ўзбекистон

**НЕФРОТИК СИНДРОМ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТНИНГ ҲАР БИР МОРФОЛОГИК ШАКЛИДА БУЙРАКЛАРДАГИ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР КЎРСАТКИЧЛАР ВА СТРУКТУР ЎЗГАРИШЛАР ЎРТАСИДАГИ МУНОСАБАТЛАР****АННОТАЦИЯ**

Нефротик синдромнинг ривожланишига ҳисса қўшадиган сурункали гломерулонефритнинг ҳар бир нозологик шаклининг ўзига хос оғирлигини ўрганиш. Нефротик синдромли беморлардан олинган 104 та биопсия натижалари ўрганилди. Ташхис беморларни комплекс клиник ва морфологик текшириш натижалари асосида аниқланди.

**Калит сўзлар:** сурункали гломерулонефрит, клиник ва лаборатория текшируви, натижа.

**Ismatova M.N.**

Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan

**THE CORRELATION BETWEEN CLINICAL LABORATORY INDICATORS AND KIDNEY STRUCTURAL CHANGES IN DIFFERENT TYPES OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS WITH NEPHROTIC SYNDROME**

## ANNOTATION

A study of the specific severity of each nosological form of chronic glomerulonephritis that contributes to the development of nephrotic syndrome. The results of 104 biopsies from patients with neurotic syndrome were studied. The diagnosis was made based on the results of a comprehensive clinical and morphological examination of patients.

**Keywords:** chronic glomerulonephritis, clinical and laboratory examination, result.

**Введение.** Гломерулонефриты (ГН) – группа различных по этиологии и морфологической картине заболеваний почек, в основе которых лежит иммуновоспалительное поражение преимущественно клубочков. В зависимости от морфологических изменений ГН делят на 2 основные группы – пролиферативные и непролиферативные ГН. В группу пролиферативных ГН входят: диффузный эндокапиллярный ГН, экстракапиллярный ГН с образованием полулуний, мембранозно-пролиферативный ГН (МПГН), мезангиопролиферативный ГН (МезПГН). Группа непролиферативных ГН в англоязычной литературе позиционируется как нефропатии, к которым относят нефропатию с минимальными изменениями (НПМИ), мембранозную нефропатию (МНП) и фокально-сегментарный гломерулосклероз (ФСГС). Данные морфологические формы ГН могут иметь различные клинические проявления, не зависящие ни от этиологии, ни от морфологических особенностей поражения клубочков. Выделяют 4 варианта клинического течения ГН: нефротический, гипертонический, смешанный (триадная развернутая форма ГН при остром течении заболевания) и латентный (мочевой вариант, или ГН с изолированным мочевым синдромом) [1]. Достаточно полно охарактеризованы механизмы формирования отдельных синдромов ГН – нефротического, нефритического, сочетания которых в различной вариации наблюдаются при различных клинических вариантах ГН. Однако не описаны факторы, оказывающие определяющее влияние на формирование клинического варианта ГН. Мы обратили внимание на имеющиеся в литературе сведения об ассоциации нефротического синдрома с гипофункцией щитовидной железы [2]. С другой стороны, известны данные о влиянии провоспалительных цитокинов на показатели тиреоидного статуса [3]. Мы предположили, что состояние функционирования щитовидной железы может влиять на развитие не только нефротического синдрома, но и других синдромов ГН. С целью проверки данной гипотезы нами проведено исследование тиреоидного статуса и цитокинового профиля у больных с различными клиническими вариантами ГН [4].

Проведено всестороннее клинико-лабораторное обследование 78 больных (таблица). Из них у 58 (74,4 %) установлена протеинурическая, у 19 (24,3 %) – смешанная и у 1 (1,3 %) – гематурическая форма хронического гломерулонефрита. Больные были преимущественно в возрасте до 35 лет (средний возраст 24,9±5,2 года). Число мужчин и женщин было примерно одинаковым (соответственно 53,4 % и 46,6 %). У всех больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом на фоне выраженного отека лица, туловища, конечностей вплоть до анасарки наблюдались гипопроteinемия, диспротеинемия (гипоальбуминемия, гиперглобулинемия, гипергамма-2-глобулинемия, гипергаммаглобулинемия), гипергаммалипидемия, гиперхолестеринемия, характерный мочевой осадок (гематурия, лимфоцитурия, цилиндрурия), протеинурия более 3,5 г/сут, гиперфибриногенемия, снижение уровня клубочковой фильтрации.

**Результаты.** Нами был проведен корреляционный анализ между изученными морфометрическими параметрами и рутинными лабораторными исследованиями. Оказалось, что между этими показателями существуют прямые и обратные коррелятивные связи. При этом каждая форма ХГН, проявившаяся нефротическим синдромом, имела несколько различных коррелятивных связей.

Так, при МПГН между количеством мезангиальных клеток, концентрацией креатинина крови ( $r = 0,65$ ) и уровнем протеинурии ( $r = 0,56$ ) установлена прямая коррелятивная связь.

На то, что при МпГн между объемом депозитов и гематурией, а также между плотностью депозитов и протеинурией имеются прямые корреляционные связи, указывают Danielewicz, Wagrowska-Danielewicz.

При ММГн существуют обратные коррелятивные связи между площадью клубочков почки и уровнем общего белка в крови ( $\gamma = -0,74$ ), протеинурией ( $\gamma = -0,69$ ), между числом клеток извитых канальцев и содержанием креатинина крови ( $\gamma = -0,73$ ), между количеством клеток клубочков и уровнем креатинина крови ( $\gamma = -0,88$ ). Прямые коррелятивные связи существуют между площадью сечения гломерулярных капилляров и скоростью клубочковой фильтрации ( $\gamma = 0,54$ ), числом клеток извитых канальцев и уровнем общего белка крови ( $\gamma = 0,57$ ), между количеством клеток клубочков и числом гиалиновых цилиндров в моче ( $\gamma = 0,56$ ), между сечением экстрагломерулярных капилляров и уровнем общего белка в крови ( $\gamma = 0,63$ ).

При МГн установлена прямая коррелятивная связь между площадью клубочков и уровнем общего белка крови ( $\gamma = 0,65$ ), а между площадью клубочков и скоростью клубочковой фильтрации ( $\gamma = 0,52$ ), а также числом мезангиальных клеток и протеинурией ( $\gamma = -0,80$ ) обнаружена обратная коррелятивная связь. Такая же направленность наблюдалась между площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем креатинина крови ( $\gamma = -0,53$ ), между площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем протеинурии ( $\gamma = -0,52$ ).

О наличии коррелятивных связей между площадью клубочков с уровнем белка крови и клубочковой фильтрацией, протеинурией и плотностью депозитов при МГн сообщают и др.

При МкГн обнаружены прямые связи между площадью сечения гломерулярных капилляров и уровнем общего белка крови ( $\gamma = 0,74$ ), числом извитых канальцев почки и уровнем общего белка крови ( $\gamma = 0,62$ ), числом мезангиальных клеток и количеством неизмененных эритроцитов в моче ( $\gamma = 0,56$ ), площадью клеток извитых канальцев почки и уровнем общего белка в крови ( $\gamma = 0,70$ ). Обратные коррелятивные связи установлены между площадью сечения гломерулярных капилляров и количеством неизмененных эритроцитов в моче ( $\gamma = -0,57$ ), площадью извитых канальцев и уровнем протеинурии ( $\gamma = -0,53$ ), площадью клеток извитых канальцев и уровнем протеинурии ( $\gamma = -0,56$ ), между площадью сечения экстрагломерулярных капилляров и уровнем общего белка в крови ( $\gamma = -0,79$ ). О наличии коррелятивных связей при МкГн между уровнем креатинина крови и числом клеток, содержащих фермент триптазу, а также между уровнем протеинурии и депозитами, локализованными в базальной мембране, сообщают Danielewicz, Wagrowska-Daniele.

При ФибГн прямые корреляционные связи обнаружены между площадью клубочков и уровнем клубочковой фильтрации ( $\gamma = 0,65$ ), уровнем общего белка крови ( $\gamma = 0,51$ ), между площадью сечения гломерулярных капилляров и числом лейкоцитов в моче ( $\gamma = 0,72$ ), площадью клеток извитых канальцев и числом гиалиновых цилиндров в моче ( $\gamma = 0,77$ ). Обратная корреляция зарегистрирована между показателями числа клеток извитых канальцев и уровнем реабсорбции ( $\gamma = -0,96$ ), а исключительно юные формы Тр, которые с 3-х суток сменялись патологическими формами раздражения.

Полученные нами результаты подтверждают положение о том, что развитие КС сопровождается эндотелиальной дисфункцией с активацией сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, развитием ДВС крови и повышенным потреблением Тр. Развивающаяся при этом ТП выступает в качестве триггера, запускающего пролиферацию мегакариоцитарного



ростка КМ. В связи с повышенным расходом Тр и большой потребностью в них МК КМ не успевают созреть, о чем свидетельствует раннее преобладание незрелых форм в мегакариоцитогамме. В результате этого в кровотоке происходит выброс незрелых МК, которые мы и наблюдаем при КС в микроциркуляторном русле легких. Наличие мегакариоцитоза легких свидетельствует о том, что при КС легкие становятся гемопоэтическим органом, в котором осуществляется продукция Тр. В данных условиях незрелые МК легких продуцируют незрелые Тр, поступающие в кровоток и не способные полноценно выполнять свои функции. При этом при кровопотере изменения в системе «мегакариоцит – тромбоцит» более выражены и раньше развиваются.

**Выводы.** Таким образом, в системе «мегакариоцит – тромбоцит» при критических состояниях, ассоциированных с сепсисом и кровопотерей, происходят выраженные количественные и качественные изменения, отражающие формирование и последующее прогрессирование ее функциональной недостаточности/несостоятельности. Эти изменения не способствуют достижению адекватной компенсации, благоприятствуют прогрессированию КС и нуждаются в терапевтической коррекции.

### Список использованной литературы

1. Нефрология. Клинические рекомендации / Под ред. Е.М. Шиловой, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 816 с. [Nefrologiya. Klinicheskie rekomendacii. Ed. by Shilov E.M., Smirnov A.V., Kozlovskaya N.L. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. 816 p. (In Russ).
2. Anderson JL, Gruppen EG, van Tienhoven-Wind L, et al. Glomerular filtration rate is associated with free triiodothyronine in euthyroid subjects: Comparison between various equations to estimate renal function and creatinine clearance. *Eur J Intern Med.* 2018;48:94-99.
3. Mario F, Pofi R, Gigante A, et al. Hypothyroidism and nephrotic syndrome: why, when and how to treat. *Curr Vasc Pharmacol.* 2017;15(5):398-403.
4. Marchiori R, Pereira L, Naujorks A, et al. Improvement of blood inflammatory marker levels in patients with hypothyroidism under levothyroxine treatment. *BMC Endocr Disord.* 2015;15:32.

# ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

**АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН**

ТОМ 1, НОМЕР 2

**КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ**

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем  
направлениям медицины  
основан в 2024 году  
Бухарским государственным  
медицинским институтом  
Выходит один раз в 3 месяца  
Учредитель Бухарский государственный  
медицинский институт