



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№3.1 (90) 2016

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора), Ф.Г. Назиров,
У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов, А.М. Хаджибаев,
М.Х. Ходжибеков, Ш.А. Юсупов***

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75
(99866) 231-00-39

Сайт

pbim.uz

e-mail

redaksiya@pbim.uz
sammi-xirurgiya@yandex.ru

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

Подписано в печать 10.10.2016.

Сдано в набор 27.10.2016.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 15,5

Заказ 267

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятлов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинлов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

МАТЕРИАЛЫ

**научно-практической конференции с
международным участием**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ»**

Самарканд 3-4 ноября 2016 г.

Мультиморбидность влечет за собой увеличение количества употребляемых лекарств, что еще больше увеличивает частоту лекарственных осложнений у таких больных. Медицинской проблемой с этической составной является лечение неизлечимых заболеваний в пожилом возрасте. С заведомо известным отрицательным результатом, такое лечение требует значительно больше медицинских ресурсов и становится большой проблемой выбора в условиях дефицита последних. **Выводы:** Таким образом, все вышеизложенное предполагает организацию решения геронтологических проблем в государстве путем создания разнонаправленных мероприятий обеспечивающих баланс распределения ресурсов между всеми возрастными категориями. А обеспечение людей пожилого возраста требует организации сложной системы, состоящей из социальной, медицинской, экономической, психологической, профессиональной составляющей.

ПЕПТИДНЫЕ БИОРЕГУЛЯТОРЫ И СТАРОСТЬ

Ю.В. Ломакина

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Старение - самая сложная проблема медицины и биологии. Процесс старения - это постепенная инволюция тканей и нарушение функций организма. Симптомы старости появляются уже в конце репродуктивного периода и становятся более интенсивными по мере дальнейшего старения. При старении, кроме снижения иммунитета, происходят и другие изменения на клеточном уровне. В частности, внутренняя структура клеточного ядра также изменяется при старении. ДНК-белковый комплекс клеточного ядра (хроматин) самоорганизуется в хромосомы только при клеточном делении. В стационарном состоянии хроматин существует в двух разновидностях - эухроматин и гетерохроматин. Гетерохроматин обычно локализован на периферии ядра и содержит, в целом, неактивную часть генома: гены, блокированные репрессорами. Соотношение эухроматин/гетерохроматин меняется при старении за счет уменьшения содержания активного эухроматина, что определяет снижение синтеза белка в клетке. Таким образом, фаза старения организма имеет много уровней дисфункции и может быть классифицирована как системный синдром. Перспективные результаты коррекции иммунодефицитов с помощью эндогенных регуляторных пептидов безусловно указывали на необходимость дальнейшего расширения исследований. Известно, что видовой предел продолжительности жизни животных и человека примерно на 30-40% превышает среднюю длительность жизни. Это связано с воздействием на организм разных неблагоприятных факторов, которые приводят к изменению экспрессии и структуры генов, что сопровождается нарушением синтеза белка и снижением функций организма. Научными работниками геронтологического профиля удалось выделить из тимуса (вилочковой железы) и эпифиза (пинеальной железы) пептидные комплексы, которые, как показали опыты на дрозофилах, крысах и мышцах, регулировали у них процессы биосинтеза белка в клетках. При этом у животных не только повышался иммунитет, но и статистически достоверно, то есть по сравнению с контрольными группами, увеличивалась продолжительность жизни - в среднем на 30%. Далее по степени актуальности следуют пептидные препараты, воздействующие на - работу сердечно-сосудистой системы - Вентфорт, клетки нервной ткани и головного мозга - Церлутен, клетки сердечной мышцы Челохарт, клетки печени - Светинорм, клетки почек - Пиелотакс, клетки яичников - Женолутен / клетки предстательной железы Либидон, а также на клетки мочевого пузыря, костного мозга, поджелудочной и щитовидной желез, костно-хрящевой ткани, мышц, ткани глаза и др. Также созданы десятки цитомединов, выделенных из тканей головного мозга, селезенки, вилочковой и пинеальной желез, желудочно-кишечного тракта и других органов. Изучение механизмов действия цитомединов дало весьма интересные и чрезвычайно важные результаты: оказалось, что каждый из них воздействует на работу тех органов, из которых был выделен (биологи называют это тканеспецифическим эффектом). Цитомедины, однако, не только лечат. Введенные в организм, эти эндогенные пептидные биорегуляторы контролируют в нем многие жизненно важные процессы, предотвращая преждевременное старение. Ведь именно нарушение пептидной биорегуляции снижает устойчивость организма ко всякого рода дестабилизирующим воздействиям - как внешним, так и внутренним, что приводит к сбоям на клеточном уровне и разбалансировке связей между органами. И постепенно в организме накапливаются те количественные и качественные изменения, которые определяют переход от нормального его состояния к патологическому. Что, собственно говоря, и называют старением.

КОРРЕКЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

И.В. Лукашевич, А.Ю. Авраменко

Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

Введение: У пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих лишний вес, очень часто развивается стеатогепатоз со сладж-феноменом на фоне метаболического синдрома, поэтому поиск эффективного средства его коррекции является актуальной проблемой в геронтологии. **Цель исследования:** Изучить эффективность коррекции клинических проявлений сладж-феномена у больных стеатогепатозом на фоне метаболического синдрома при помощи комбинации урсодеооксилиевой кислоты и экстракта артишока (*Synara arvensis extract*). **Материал и методы исследования:** Для характеристики морфо-функционального состояния гепатобилиарной системы проводили программированное ультразвуковое исследование 37 пациентам со стеатогепатозом

с проявлениями сладж-феномена и без него в возрасте от 68 до 79 лет. Длительность заболевания составляла от 5 до 17 лет. Доминирующий контингент – жінки (64%). **Результаты:** При обследовании было выявлено, что у 28 пациентов были визуализированы явления сладж-феномена от ¼ до ½ объема желчного пузыря на фоне умеренного увеличения его объема, толщины и плотности стенки, уплотнение внутривезикулярных желчных протоков при нормальных размерах и повышенной эхоплотности печеночной паренхимы. Клинически развитие заболевания у пациентов отличалось склонностью к торпидному протеканию, резко снижалось качество жизни пациента, была менее эффективной гепатопротекторно-желчегонная терапия, которая требовала более длительного применения. При анализе биохимических показателей крови обследованного контингента было выявлено умеренное повышение активности щелочной фосфатазы, АЛТ, ЛДГ (общ.), ГГТП, достоверно повышался уровень холестерина и триглицеридов. Программа оздоровления обследованных пациентов состояла из коррекции режима питания по времени, нормализации баланса составных частей пищи с акцентом на увеличении жидкостных компонентов до 1,5-2 л/сутки, пищевой коррекции функции кишечника за счет увеличения пектинового компонента пищи, растительных масел и молочно-кислых продуктов, умеренных дозированных физических нагрузок, желчегонно-гепатопротекторной терапии экстрактом артишока (*Synara argensis extract*) в сочетании с урсодезоксихолиевой кислотой в течение 2 - 2,5 мес. После завершения лечения пациенты отмечали значительное улучшение самочувствия, у большинства больных исчезли жалобы со стороны основного заболевания. Кроме того, нами констатированы и позитивные изменения со стороны биохимических показателей крови: активность АЛТ, ЛДГ(общ.), ГГТП после проведенного лечения приближалась к норме, а показателями холестерина и триглицеридов в плазме крови не превышали норму. При ультразвуковом исследовании уменьшилась толщина стенки желчного пузыря и существенно снизились проявления сладж-феномена. **Выводы:** Применение комбинации урсодезоксихолиевой кислоты и экстракта артишока является эффективным средством при коррекции клинических проявлений сладж-феномена у пациентов пожилого и старческого возраста со стеатогепатозом на фоне метаболического синдрома.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХОЛЕЛИТИАЗА И БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С

Н.Э. Мадаминава, Н.К. Жумабоева, Т.З. Джумабоев, А.У. Турсунов

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение: Желчнокаменная болезнь распространена во всем мире, в частности в экономически развитых странах она развивается у 10 – 15% населения. Примерно у ¼ населения старше 60 лет и 1/3 старше 70 лет имеются желчные камни. **Материал и методы исследования:** Обследованы 255 больных циррозом печени класс А по Чайлд Пью С вирусной этиологии в возрасте старше 60 лет. Ультразвуковое исследование с использованием современных ультразвуковых аппаратов MINDRAY DC-6 Expert, позволяющих осуществлять цветное картирование и получать двухмерное изображение, по праву заняло лидирующее положение в диагностике желчнокаменной болезни. Чувствительность и специфичность УЗИ, выполняемого на аппарате с высокой разрешающей способностью, при определении камней в желчном пузыре превышают 95%. Возможно выявление камней до 2 мм в диаметре. При УЗИ определяют размеры желчного пузыря, степень утолщения его стенки, выявляют перегибы и перетяжки пузыря, внутривезикулярные структуры – камни, полипы, желчный песок и др. Возможно проведение нагрузочных проб с целью изучения функциональной активности (сократительной способности) желчного пузыря. С помощью УЗИ можно определить расширение внутри- и внепеченочных протоков, наличие в них конкрементов (в 50 – 60% наблюдений). В случае выявления при УЗИ расширения общего желчного протока (более 6 – 7 мм) вероятность холедохолитиаза достигает 75%. Также важно оценить состояние поджелудочной железы и печени. **Результаты:** Холелитиаз выявлен у 56 (21,9%) женщин. При этом основными эхопризнаками поражения желчного пузыря являлись: увеличение его размеров, неравномерное утолщение и фибротические изменения его стенок, неправильность формы, за счет экстравезикулярной деформации, застой содержимого желчного пузыря из-за снижения его сократительной функции (тонуса) и появление внутривезикулярных образований. Билиарный сладж, как один из основных признаков поражения желчного пузыря выявлен у 176 (69%) больных. Учитывая разновидность эхографической картины билиарного сладжа выделены следующие формы. Эховзвесь – как начальная форма билиарного сладжа выявлена у 64 (25%) больных и характеризовалась гиперэхогенными мелкими частицами в виде взвесей, без акустической тени. Сладж – эхографически проявляющийся неоднородной густой замазкообразной желчью, сгустками, занимающими не более половины полости желчного пузыря и легко смещаемыми при перемене положения тела исследуемого. Частота этой формы выявлена у 48 (18,8%) больных. Следующая форма билиарного сладжа микрохолелитиаз - множественные мелкие (до 1-2 мм) плавающие эхопозитивные включения со слабой акустической тенью, заполняющие более 2/3 полости желчного пузыря. Эту форму поражения желчного пузыря выявили у 24 (9,4%) больных. Холестероз - фиксированные к стенке желчного пузыря несмещаемые образования повышенной эхогенности с ровными нечеткими контурами, с неоднородной рыхлой эхоструктурой размерами от 3 до 5 мм выявлен у 30 больных. При динамическом наблюдении в каждом третьем случае отмечали петрификацию структур холестеротических бляшек с преобразованием их в конкременты. **Выводы:** У пожилых женщин с циррозом печени стадии Класс А по Чайлд Пью, С вирусной этиологии в 21% случаев выявлен латентно протекающий холелитиаз. В 69% случаев выявлены различные варианты билиарного сладжа.

<i>Ким О.В., Матлубов М.М., Гойибов С.С.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА К ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СОХРАННОСТИ КОРОНАРНЫХ РЕЗЕРВОВ	62
<i>Клеблеева Г.Д., Сафарова М.П.</i> СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	63
<i>Кодирова Ш.С.</i> ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	64
<i>Кодирова Ш.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИКЛОФЕНАКА В СОЧЕТАНИИ С МУМИЁ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	64
<i>Кривчанская М.И., Булык Р.Е., Пишиак О.В.</i> РАЗВИТИЕ ГЕРОНТОЛОГИИ НА БУКОВИНЕ	65
<i>Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Саидмуродов К.Б., Зайниев А.Ф., Суярова З.С.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИНИИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	65
<i>Курбанова Н.С., Хамраева Д. Х., Хамраев Х.Т., Хамракулова П.</i> ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СООТНОШЕНИЯ ИНСУЛИНА К ГЛЮКАГОНУ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ САХАРНОГО ДИАБЕТА	66
<i>Курбанова Н.С., Хамраев Х.Т., Хамраева Д.Х., Кувондилов Г. Б.</i> ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕЖУТОЧНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ	67
<i>Курьязова З.Х.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЦИТИКОЛИН У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ	67
<i>Кутликова Г.М., Тиллабоева М.А., Содикова Д.Т., Худаярова Н.К.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	67
<i>Литвинова О.Н., Теренда Н.А., Юришв Е.Е., Панчишин Н.Я.</i> ВОПРОСЫ ГЕРОНТОЛОГИИ В УКРАИНЕ В ПЕРИОД РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	68
<i>Ломакина Ю.В.</i> ПЕПТИДНЫЕ БИОРЕГУЛЯТОРЫ И СТАРОСТЬ	69
<i>Лукашевич И.В., Авраменко А.Ю.</i> КОРРЕКЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	69
<i>Мадаминова Н.Э., Жумабоева Н.К., Джумабоев Т.З., Турсунов А.У.</i> РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ХОЛЕЛИТИАЗА И БИЛИАРНОГО СЛАДЖА У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ АССОЦИИРОВАННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С	70
<i>Мадашева А.Г., Дададжанов У.Д., Абдиев К.М.</i> КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ	71
<i>Мадашева А.Г., Дададжанов У.Д., Дададжанов У.У.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ В-ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ ...	71
<i>Маджидова Г.Т., Ташкенбаева Э.Н., Мухиддинов А.И., Кадьрова Ф.Ш., Шукуров У.А., Носиров М.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФЕПИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ПОЖИЛЫХ	72
<i>Маллаев С.С., Ким О.В.</i> ВЫБОР СПОСОБА ТЕРАПИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРОКТОЛОГИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА АНЕСТЕЗИИ	72
<i>Малкович Н.Н.</i> ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУП ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	73
<i>Мамадалиев А.М.</i> ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	73

ISSN 2181-5674



9 772181 567405