

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№3 (Том 4)

2023

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3





ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

**Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский университет,  
tadqiqot.uz

**Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

**Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

**Ответственный секретарь**

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

**Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова, д.м.н., проф;  
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;  
Ш.Х. Зиядуллаев, д.м.н., доц;  
Ф.И. Иноятова, д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова, д.м.н., проф;  
Н.А. Ярмухамедова, к.м.н., доц.

**Редакционный совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
А.Н. Арипов (Ташкент)  
М.Ш. Ахорова (Самарканд)  
Н.В. Болотова (Саратов)  
Н.Н. Володин (Москва)  
С.С. Давлатов (Бухара)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
М.М. Матлюбов (Самарканд)  
Э.И. Мусабаев (Ташкент)  
А.Г. Румянцев (Москва)  
Н.А. Тураева (Самарканд)  
Ф.Г. Ульмасов (Самарканд)  
А. Фейзиоглу (Стамбул)  
Ш.М. Уралов (Самарканд)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)  
У.А. Шербеков (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.  
Тел.: +998662333034, +998915497971  
E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

## СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

<b>1. Атаева Ф.Н., Туразода М. У.</b> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ.....	5
<b>2. Garifulina L.M.,Kholmuradova Z. E. ,Kudratova G. N.</b> FEATURES OF IMPLEMENTATION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM PATHOLOGY IN CHILDREN WITH OBESITY, IMPROVEMENT OF PREVENTION AND TREATMENT.....	8
<b>3. Гарифулина Л.М.,Тураева Д.Х.,Аслидинов Ш. Б.</b> СЕМИЗЛИГИ БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕПАТОБИЛИАР ПАТОЛОГИЯ.....	11
<b>4. Ganiev A.G., Sanakulov A.B.</b> ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH A PREDISPOSITION TO ALLERGIC DISEASES...	15
<b>5. Ganiev A.G., Sanakulov A.B.</b> INDICATORS OF CIRCUITAL HEART RHYTHM IN SCHOOLCHILDREN WITH NEUROCULATORY CARDIAC DYSTONIA.....	19
<b>6. Isanova Sh.T., Niyozov Sh. T., Mukhtarova M. A., Shukurov Xodixon Baxtiyor o`g`li.</b> PATHOGENETIC MECHANISM OF PAIN SYNDROME IN NEWBORNS.....	23
<b>7. Ishkabalova G.Dj.,Raxmonkulov Sh.I.</b> SURUNKALI IKKILAMCHI PIELONEFRITNI DAVOLASH XUSUSIYATLARI.....	26
<b>8. Каримжанов И.А., Мадаминова М.Ш., Умаров Д.А.</b> РОЛЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА ИЛ-17А ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....	30
<b>9. Ниязов Ш.Т., Эргашев С. С., Исанова Ш.Т., Мухтарова А. А.</b> ОПТИКО-КОГЕРЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ У ДЕТЕЙ.....	34
<b>10. Rasulov A. S.</b> BIOKIMYOVIY KORSATKICHLARNI O'RGANISH BOLALARDA RAXITNI DAVOLASHDA MUVAFFAQIYATGA ERISHISH YO'LIDIR.....	38
<b>11. Sirojiddinova H. N., Usmonova M. F.</b> YOSH BOLALARDA MEKONIAL ASPIRASYON SINDROMINING KLINIK XARAKTERISTIKASI.....	42
<b>12. Умаркулов З. З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А.У.</b> РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	46
<b>13. Умаркулов З.З., Хамидов О.А., Давлатов С. С., Усмонов А. У.</b> РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАЗИТАРНЫМИ И НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ.....	51
<b>14. Usmanova M.F., Sirojiddinova X. N.</b> YANGI TUG'ILGAN SHAQALOQLARDA MOSLASHUV JARAYONINING ANAMIYATI.....	56
<b>15. Xusainova Sh.K., Zakirova B.I., Makhmujanova S. R.</b> THE PREVALENCE OF RECURRENCE OF OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN CHILDREN.....	59
<b>16. Шавази Н.М., Ибрагимова М. Ф., Шавкатова З. Ш.</b> СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ.....	63
<b>17. Шеркулов К.У., Ахророва Л.Б., Усмонова Н. У.</b> СОЧЕТАННАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И АНАЛЬНОГО КАНАЛА.....	67
<b>18. Lim M.V., Irshodzoda A. D., Xatamova K. V.</b> THE ROLE OF MICROCLIMATE IN CHILDREN WITH RECURRENT OBSTRUCTIVE BRONCHITIS.....	73
<b>19. Лим М. В., Джураева М.С., Абдурахимова А.Ф.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТОЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	77

# JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

## ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК: 616. 3-008. 1 (035). 618.14-072

**Атаева Фарзона Нуриддиновна**  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан  
**Туразода Мафтун Улугбек кизи**  
Самаркандский государственный медицинский университет  
Самарканд, Узбекистан

### УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У ДЕВОЧЕК С ЮВЕНИЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

**For citation:** Atayeva F.N., To'razoda M.U. Improvement of treatment methods for girls with juvenile bleeding in endometriosis. Journal of hepato-gastroenterology research. 2023. vol. 4, issue 3. pp.5-7

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10511085>

#### АННОТАЦИЯ

Все больше данных указывает на то, что эндометриоз с ранним началом (ЭЭ), начинающийся в период менархе или в раннем подростковом возрасте, может иметь происхождение, отличное от взрослого варианта, возникающего в результате неонатального маточного кровотечения (НМК). Это подразумевает посев наивных клеток-предшественников эндометрия в полость таза; затем они могут активироваться вокруг телархе. Он также может быть прогрессирующим, ставя под угрозу будущую репродуктивную способность. Этот вариант, по-видимому, характеризуется наличием эндометриомы яичника. Сегодня диагностика эндометриоза у молодых пациенток часто затягивается на годы; при быстром прогрессировании может сильно поражать органы малого таза даже при отсутствии серьезных симптомов. Учитывая затруднительное положение, большое внимание необходимо уделять симптоматике, которая часто неспецифична, что оправдывает поиск новых, простых, неинвазивных маркеров повышенного риска.

**Ключевые слова:** Ювенильные маточный кровотечения, эндометриоз, лечение эндометриоза.

**Atayeva Farzona Nuriddinova**  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand O'zbekiston  
**To'razoda Maftuna Ulyg'bek qizi**  
Samarqand davlat tibbiyot universiteti  
Samarqand O'zbekiston

### ENDOMETRIOZDA YUVENIL QON KETISHI BO'LGAN QIZLARNI DAVOLASH USULLARINI TAKOMILLASHTIRISH

#### ANNOTATSIYA

Кo'payиб borayotgan dalillar shuni ko'rsatadiki, erta boshlangan endometrioz (EE) hayz ko'rish yoki erta o'smirlik davridan boshlab, neonatal bachadon qon ketishidan (NUB) kelib chiqadigan kattalar variantidan farqli bo'lishi mumkin. Bu tos bo'shlig'iga naif endometriyal progenitor hujayralarni ekishni o'z ichiga oladi; ular keyinchalik thelarche atrofida faollashishi mumkin. Bundan tashqari, kelajakda tug'ilishni xavf ostiga qo'yadigan progressiv bo'lishi mumkin. Ushbu variant tuxumdon endometriomasining mavjudligi bilan ajralib turadi. Bugungi kunda yosh bemorlarda endometrioz tashxisi ko'pincha yillar davomida kechiktiriladi; tez rivojlanishi bilan, hatto jiddiy alomatlar bo'lmasa ham, tos a'zolariga jiddiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Qiyin vaziyatni hisobga olgan holda, simptomatologiyaga katta e'tibor berish kerak, bu ko'pincha o'ziga xos bo'lmagan, yangi, oddiy, invaziv bo'lmagan xavf belgilarini izlashni oqlaydi

**Kalit so'zlar:** yuvenil bachadondan qon ketishi, endometrioz, endometriozni davolash.

**Atayeva Farzona Nuriddinova**  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan  
**To'razoda Maftuna Ulyg'bek qizi**  
Samarkand State Medical University  
Samarkand, Uzbekistan

## IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS FOR GIRLS WITH JUVENILE BLEEDING IN ENDOMETRIOSIS

## ANNOTATION

Increasing evidence indicates that early-onset endometriosis (EE), beginning at menarche or early adolescence, may have an origin that is distinct from the adult variant resulting from neonatal uterine bleeding (NUB). This involves seeding naïve endometrial progenitor cells into the pelvic cavity; they can then become activated around thelarche. It can also be progressive, compromising future fertility. This variant appears to be characterized by the presence of an ovarian endometrioma. Today, the diagnosis of endometriosis in young patients is often delayed for years; with rapid progression, it can severely affect the pelvic organs even in the absence of serious symptoms. Given the predicament, much attention needs to be paid to symptomatology, which is often non-specific, justifying the search for new, simple, non-invasive markers of increased risk

**Key words:** juvenile uterine bleeding, endometriosis, treatment of endometriosis

**Ведение** До недавнего времени подростковый эндометриоз считался редким, часто преходящим состоянием, не особенно серьезным для молодых пациентов. На этом фоне, и не без несогласия некоторых, мы указали, что эндометриоз с ранним началом (РЭЭ) может иногда быть тяжелым, что требует быстрой диагностики и надлежащего лечения. Чтобы обосновать эту точку зрения, мы тщательно проанализировали опубликованные исследования, в том числе некоторые ранние педиатрические исследования, и определили перитонеальный рефлюкс из-за неонатального маточного кровотечения (НМК), встречающийся у 3-5% новорожденных женского пола, как биологически правдоподобную и вероятную причину.

Таким образом, по крайней мере некоторые формы подросткового эндометриоза могут представлять собой подтип заболевания, отличный от заболевания взрослых, требующие специального управления. Обзор недавно опубликованных исследований показывает, что в крупнейшем из когда-либо опубликованных исследований ЭОЭ может быть тяжелым и прогрессирующим, особенно в форме эндометриомы яичника.

**Материал и методы исследования.** Исследование проведено в гинекологическом отделении все случаи, включающих 25 пациенток (средний возраст которых составил 17,2 года) с лапароскопически диагностированным эндометриозом, 52% сообщили по крайней мере об одном симптоме со стороны мочеполовой системы или об одном гастроинтестинальном симптоме (56%). Подростки

с эндометриозом восприимчивы и к другим болевым расстройствам, таким как головная боль, головокружение, боль в пояснице у подростков следует начинать с подробного сбора жалоб и анамнеза. Среди инструментальных методов диагностики для выявления эндометриоза на ранних стадиях используется ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Однако основным методом диагностики малых форм эндометриоза (мелких единичных участков эндометрионидных гетеротопий на поверхности яичников, маточнокрестцовых связок, ректовагинального углубления) является лапароскопия с последующей верификацией при гистопатологическом исследовании.

**Результаты и обсуждение.** Эндометриоз как у взрослых, так и у подростков является эстрогензависимым заболеванием. Эстроген, вырабатываемый яичниками и локально эндометрионидными очагами, способствует увеличению образования простагландинов из-за активности ароматазы, что в свою очередь приводит к возникновению болевого синдрома. Таким образом, оправдано применение гормональной терапии, направленной на подавление выработки эстрогена. Согласно клиническим рекомендациям по эндометриозу, одобренным Научно-практическим Советом Минздрава Узбекистана, из гормональных препаратов целесообразно назначать КОК, прогестагены, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ). Потенциальными препаратами могут выступать антагонисты аГнРГ, андрогены, антиандрогены, ингибиторы ароматазы и антипрогестагены. КОК могут быть предложены подросткам, которым не помогают НВПС и/или требуется контрацепция. КОК можно также использовать в качестве препаратов первой линии ввиду их безопасности, эффективности, низкого профиля побочных эффектов. КОК уменьшают проявления дисменореи путем снижения роста эндометрия, выработки простагландинов и лейкотриенов за счет ингибирования овуляции и децидуализации

эндометрия. Однако их применение может пролонгировать установление диагноза, маскировать симптомы и способствовать прогрессированию заболевания. Гестагены проявляют свой клинический эффект благодаря антиангиогенному, иммуномодулирующему и противовоспалительному действию. К ним относят пероральные препараты (норэтистерон, медроксипрогестерон, диенгест), внутримышечные препараты (депо-форма медроксипрогестерона-ацетата (ДМПА) и левоноргестрел-выделяющая внутриматочная система (ЛНГ-ВМС). Побочные эффекты включают нециклическое маточное кровотечение, вздутие живота, нагрубание молочных желез, увеличение массы тела, изменение настроения. Депо-форма медроксипрогестерона ацетата (ДМПА) и ЛНГ-ВМС более эффективны для подавления менструального цикла по сравнению с пероральными препаратами. Препараты аГнРГ снижают уровень болевого синдрома, вызывая гипогонадическое состояние путем подавления гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси. Кроме того, механизмами снижения боли служат уменьшение воспаления, ангиогенеза и индукция апоптоза в клетках эндометрия. Побочными эффектами являются приливы, сухость влагалища, нарушение сна, головные боли, колебание настроения и снижению минеральной плотности костной массы (МПК). Терапию с аГнРГ следует рассматривать как вторую линию при отсутствии эффекта от гормональной терапии и хирургического вмешательства. Существуют ограничения по возрасту для начала приема аГнРГ, Клинические аспекты нарушения репродуктивной функции женщин в некоторых источниках рекомендуют назначать данные препараты с 16 лет, а в клинических рекомендациях по эндометриозу, одобренных Научно-практическим Советом Минздрава Узбекистана, с 18 лет. Пациенткам, получающим аГнРГ, изначально следует дополнительно назначать «add-back» терапию для предотвращения потери костной массы и симптомов менопаузы. В рандомизированном исследовании J.S.Gallagher и соавт. описаны схемы такой терапии, которые включают использование эстрогена конъюгированного 0,625 мг совместно с норэтиндрона ацетатом 5 мг или применение только норэтиндрона ацетата 5 мг (норэтистерона). Показано, что применение комбинации препаратов по сравнению только с норэтистероном привело к большему увеличению показателей качества жизни подростков и сохранению плотности костной ткани.

**Заключение.** Итоги, следует отметить, что эндометриоз хроническое воспалительное заболевание, которое оказывает выраженное социальное, физическое и эмоциональное воздействие на жизнь девочек-подростков. Необходимо осуществлять раннее выявление скрытых жалоб и качественный сбор анамнеза пациенток, в противном случае возможна задержка установления диагноза на 7—12 лет. В терапии эндометриоза имеет смысл применять индивидуальный и мультидисциплинарный подход. Могут быть использованы дополнительные методы лечения, такие как иглоукальвание, йога, фитотерапия и т.д. Так, в недавнем систематическом обзоре подтверждается, что применение иглоукальвания среди других методов значительно снижает болевой синдром. Таким образом, к лечению эндометриоза должна быть привлечена команда специалистов различного профиля для улучшения долгосрочных клинических результатов, оценки эффективности медикаментозной терапии с возможным переходом к хирургическому лечению.

**Список литературы/ Iqtiboslar / References**

1. Арчеллана Р.С., Робинсон Т.В., Тайсон Р.В., Джойс М.Р., 1997. Синдром МакКьюсика-Кауфмана с юридическими осложнениями гидрометрокольпос и врожденный эндометриоз. Дж. Перинатол. 17 (3 ч. 1), 220–223.
2. Арруда, М.С., Петта, Калифорния, Абрао, М.С., Бенетти-Пинто, СЛ, 2003. Время прошло от появления симптомов до постановки диагноза эндометриоза в когортное исследование бразильских женщин. Гум. Воспр. 18, 756–759.
3. Одебер А., Лекуантр Л., Афорс К., Кох А., Ваттис А., Акладиос К., 2015. Подростковый эндометриоз: отчет о серии из 55 случаев с акцент на клинических проявлениях и долгосрочных проблемах. Дж. Миним. Инвазивный гинекол. 22, 834–840.
4. Bai, SW, Cho, HJ, Kim, JW, Jeong, KA, Kim, SK, Cho, DJ, Song, CH, Park, KH, 2002. Эндометриоз у подростков: Корейский опыт больницы Северанс. Йонсей Мед. Дж. 43, 48–52.
5. Бросенс, И., Бенаджано, Г., 2016. Клиническое значение неонатального менструация. Евро. Дж. Обст. Гинекол. Воспр. биол. 196, 57–59.
6. Бросенс, И., Бенаджано, Г., 2017. Эндометриоза у подростков и будущее репродуктивное здоровье. Дж. Эндометр. Расстройство тазовой боли. 9, 9–16.
7. Бросенс И., Гордтс С., Кампо Р., 2001. Трансвагинальная гидро-лапароскопия, но не стандартная лапароскопия выявляет тонкие эндометриозидные спайки яичников. Плодородный. Стерильно. 75, 1009–1012.
8. Бросенс И., Бросенс Дж. Дж., Бенаджано Г., 2013а. неонатальная матка кровотечение как предвестник тазового эндометриоза. Гум. Воспр. 28, 2893–2897.
9. Бросенс И., Гордтс С., Бенаджано Г., 2013б. Эндометриоз в подростков является скрытым, прогрессирующим и тяжелым заболеванием, которое заслуживает внимания, а не только сострадания. Гум. Воспр. 28, 2026–2031.

# ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 4, НОМЕР 3

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 4, ISSUE 3

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000