

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№4 (Том 3)

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 4





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)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (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.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1. Бабажанов А. С., Зайниев А.Ф., Алимов Ж. И. АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА.....	5
2. Бойкузиев Х. Х., Джуракулов Б. И. ОРГАНИЗМ ИММУН ТИЗИМИНИНГ ШАКЛЛАНИШИДА ИНГИЧКА ИЧАК ВА ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТАНИНГ MORFOFUNKSIONAL АҲАМИЯТИ.....	11
3. Ганиев А. Г. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ДЕТЕЙ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	14
4. Гарифулина Л. М., Исламова Д. С., Ибрагимова Ю. Б. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	17
5. Кадирова Ш. С., Тураева Д. Х. КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА- ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ.....	20
6. Маллаев М. М., Улмасов Ф. Г. МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОГНОЗЕ РАКА ЖЕЛУДКА.....	23
7. Окбаев М. Б., Бойкузиев Х. Х. ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ОЧЛИК ҲОЛАТИ ВА ОРГАНИЗМИНИНГ MORFOFUNKSIONAL ЎЗГАРИШЛАРИ ҲАҚИДА АЙРИМ МУЛОҲАЗАЛАР.....	27
8. Рахмонов К. Э., Анарбоев С. А., Мизомов Ф. О., Махрамкулов З. М. ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛЬБЕНДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	30
9. Рузибоев С. А., Хайдаров Г. А., Саттаров Ш. Х. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ.....	33
10. Санакулов А. Б. ФОРМИРОВАНИЕ НОМО – И ГЕТЕРОТОПНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКОГО СТАТУСА.....	37
11. Garifulina L. M., G'oyibova N. S. SEMIZ O'SMIR BOLALARDA BUYRAKLARNING FUNKSIONAL HOLATI.....	41
12. Gudkov R. A., Dmitriev A. V., Fedina N. V., Petrova V. I. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DIRECT HYPERBILIRUBINEMIA IN CHILDREN: A LITERATURE REVIEW.....	45
13. Mallayev M. M., O'lmasov F. G'. ME'DA ADENOKARSINOMALARIDA ERBB2 EKSPRESSIYASI VA UNING AHAMIYATINI O'RGANISH.....	51
14. Petrova V. I., Dmitriev A. V., Shavazi N. M., Zakirova B. I., Shatskaya E. E. KOMMEREL'S DIVERTICULUM AS A RARE CAUSE OF DYSPHAGIA IN A NEWBORN.....	54
15. Turaeva D. X. SEMIZ BOLALARDA JIGARNING ALKOGOLSIZ YOG'LI GEPATOZI PATOGENEZI VA UNI DAVOLASH.....	58
16. Zakirova B. I., Xusainova Sh. K. RISK FACTORS AND FREQUENCY OF MYOCARDITIS IN CHILDREN AFTER ACUTE BRONCHIAL OBSTRUCTION.....	62


JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Turaeva Dilafruz Xolmuradovna
Samarqand davlat tibbiyot universiteti,
davolash fakulteti pediatriya kafedrasasi assistenti.
Samarqand. O'zbekiston.

SEMIZ BOLALARDA JIGARNING ALKOGOLSIZ YOG'LI GEPATOZI PATOGENEZI VA UNI DAVOLASH

For citation: Turaeva D.Kh./ Pathogenesis of non-alcoholic fatty liver hepatitis in children with obesity and its treatment. Journal of hepatogastroenterology research. vol. 3, issue 4. pp.

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.0000000>

ANNOTASIYA

Uglevod va lipid almashinuvining buzilishi, hamda, arterial qon bosimini va endoteliy funksiyasining boshqarilishini buzilishi kompleksidan iborat bo'lgan metabolik sindrom, pediatriyani dolzarb muammolaridan bo'lib qolmoqda. Oxirgi yillarda bolalar o'rtasida metabolik sindromda ko'p holatlarda jigarning zararlanish belgilari kuzatilayapti, bu uning yog' transfarmatsiyasiga bog'liq bo'ladi. Bunday holatda jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi deb yuritiladi (JAYoG) – va bu metabolik sindromni jigarga xos bo'lgan belgilari bilan namoyon bo'ladi. Tashxis anamnezida alkogol ichmasligini aniqlash, jigardagi virusli va autoimmun kasalliklar markerlarini aniqlanmasligi, toksik va dori ta'sirini inkor etilishi, hamda organizmda mis va temir almashinuvining buzilishiga asoslanib qo'yiladi.

Kalit so'zlar: metabolik sindrom, jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi, bolalar, steatogepatoz.

Тураева Дилафруз Холмурадовна
Самаркандский государственный медицинский университет,
ассистент кафедры педиатрии лечебного факультета
Самарканд. Узбекистан.

ПАТОГЕНЕЗ НЕАЛКОГОЛЬНОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

АННОТАЦИЯ

Метаболический синдром, состоящий из комплекса нарушений углеводного и липидного обмена, а также нарушений артериального давления и функции эндотелия, остается одной из актуальных проблем педиатрии. В последние годы у детей с метаболическим синдромом во многих случаях наблюдаются признаки поражения печени, что зависит от ее жировой трансформации. Это состояние называется неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и характеризуется специфическими для печени симптомами метаболического синдрома. Диагноз ставится на основании анамнеза неупотребления алкоголя, необнаружения маркеров вирусных и аутоиммунных заболеваний в печени, неприятия токсического и лекарственного воздействия, нарушений обмена меди и железа в организме.

Ключевые слова: метаболический синдром, неалкогольная жировая болезнь печени, дети, стеатогепатоз.

Turaeva Dilafruz Kholmuradovna
Samarkand State Medical University, Faculty of Medicine,
Pediatrics department assistant.
Samarkand. Uzbekistan.

PATHOGENESIS OF NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER HEPATOSIS IN CHILDREN WITH OBESITY AND ITS TREATMENT

ANNOTATION

Metabolic syndrome, which consists of a complex of disorders of carbohydrate and lipid metabolism, as well as disorders of blood pressure and endothelial function, remains one of the urgent problems of pediatrics. In recent years, in children with metabolic syndrome, in many cases, signs of liver damage are observed, which depends on its fatty transformation. This condition is called non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and is characterized by liver-specific symptoms of the metabolic syndrome. The diagnosis is made on the basis of a history of non-use of alcohol, non-detection of markers of viral and autoimmune diseases in the liver, rejection of toxic and medicinal effects, disorders of copper and iron metabolism in the body.

Key words: metabolic syndrome, non-alcoholic fatty liver disease, children, steatohepatosis.

Kirish

Bolalarda jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi rivojlanishini asosiy omillaridan biri bu ko'p ovqat yeyish va jismoniy harakatning kamligi hisoblanadi. Oldin jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi xavfsiz hisoblangan, ammo, zamonaviy adabiyotlarda bu patologik holat kuchayib borishi va jigar parenximasida kuchli fibroz o'zgarishlar, hattoki, sirroz va gepatotsellyulyar kartsinoma rivojlanishiga sabab bo'lishi haqida ma'lumotlar paydo bo'la boshladi. Bolalarda jigarning alkogolsiz yog'li gepatozini erta aniqlash va o'z vaqtda davolashni boshlash zamonaviy tibbiyotning muhim vazifasi hisoblanadi.

Jigarning alkogolsiz yog'li gepatozini patogenезi asosini insulinorezistentlik fenomeni tashkil etadi, uning uchun to'qima retseptorlarini normal yoki ko'p miqdorda ishlab chiqarilayotgan endogen insulinga nisbatan sezgirligini susayishi xos hisoblanadi. Bunda glyukozani hujayra ichiga o'tishi buziladi, bu o'z navbatida yog' to'qimasida lipoliz jarayonini tezligini oshishiga va qon zardobida erkin yog' kislotalari kontsentratsiyasini oshishiga olib keladi. Giperinsulinemiya jigarda erkin yog' kislotalarini oksidlanish tezligini susayishiga va zichligi juda kuchsiz bo'lgan lipoproteinlar sintezini oshishiga olib keladi. Jigarga erkin yog' kislotalarini ko'p miqdorda tushishi va shu bilan bir vaqtda ularni oksidlanish tezligini susayishi, ulardan aktiv ravishda efirlar (triglitsidlar) hosil bo'lishi gepatotsitlarni yog' distrofiyasiga olib keladi, bu ayniqsa vistseral semizlik bo'lganda yaqqol namoyon bo'ladi. Gepatotsitlarni steatoz holatida lipotoksik ta'sir rivojlanadi. Erkin yog' kislotalari ham bevosita detergent sifatida, ham bilvosita lipidlarni oksidlanishi mahsulotlari sifatida hujayra strukturasi zararlavchi ta'sir ko'rsatadi, bu o'z navbatida mitoxondriyalar destruktiviyasiga, genotoksik ta'siriga, glikoliz fermentlari faoliyatini so'nishiga, oksidlanish fosforlanishga, erkin yog' kislotalarini utilitatsiya qilinishi uchun peroksisomal yo'lni aktivlanishiga olib keladi. Shu bilan bir vaqtda oksidlanishni zararli mahsulotlari – kislodni aktiv shakllarini miqdorini oshishi kuzatiladi. Oksidlanish stressi sharoitida va mitoxondriyalar zararlanishi natijasida apoptoz yoki nekroz yo'li bilan gepatotsitlar o'lishi kuzatiladi. Gepatotsitlar o'limiga o'simta nekrozi omilining sitotoksik samarasi ham bevosita ta'sir ko'rsatadi. Jigarda yallig'lanish jarayoni rivojlanishi yallig'lanishga qarshi mediatorlarni (tsitokinlar, eykozenoidlar, azot oksidi) ko'p ajralishi ham ta'sir ko'rsatadi, bu o'z navbatida jigarni yulduzsimon hujayralarini miqrobblastlarga transformatsiyasiga olib keladi, ular aktiv ravishda hujayradan tashqari matriks oqsillarini sintez qila boshlaydi. Bu jigarda ko'p miqdorda birlitiruvchi to'qima komponentlari sinteziga hamda uni tuzilishi buzilishiga va funktsiyasini susayishiga olib keladi [1–3]. Semizlik fonida rivojlangan steatogepatozni klinik belgilari ko'pincha 8 yoshdan to 14 yoshgacha II–III darajali semizligi bo'lgan, tana massasi normadan 25% ortiq bo'lgan bolalarda uchraydi [2]. Jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bemorlarni ko'pchiligida hech qanday shikoyatlari bo'lmaydi, ba'zi bemorlar qorin sohasida noaniq joylashgan noqulaylik hissiga, o'ng qovurg'a yoyi osti sohasidagi og'riqqa, holsizlikka yoki lohaslikka shikoyat qiladi. Fizikal tekshiruvlar paytida teri osti yog' qavatini ko'p rivojlanganligini, ba'zan, gepatomegaliyani aniqlash mumkin. Palpatsiyada jigar yuzasini silliq va tekisligi, perkussiyada esa uning pastki chegarasi o'ng qovurg'a yoyidan 1-2 sm chiqib turganligini, qirralari biroz qattiqlashganligini, ba'zan esa og'riqli ekanligini aniqlash mumkin. Ba'zan, Ortner simptomi musbat, piloroduodenal sohani, Meyo–Robson nuqtasini sezgirligi oshganligini aniqlash mumkin, bu o't pufagi, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak, oshqozon osti bezi ham zararlanganligidan dalolat beradi. Ba'zi bemorlarda ich buzilishi kuzatiladi. Sariqlik odatda kuzatilmaydi. Ko'pincha bolalar biliar trakt disfunktsiyasi, oshqozon osti bezidagi o'zgarishlar, gastroduodenit sababli rivojlangan abdominal og'riq sababli qorin bo'shlig'ini UTT tekshiruv paytida shifokor nazariga tushishi mumkin.

Jigar surunkali kasalliklari, ko'pincha jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bemorlarda nekrotik va yallig'lanish jarayonini darajasini hamda jarayonni bosqichini bilish uchun o'tkaziladigan asosiy tekshirish usuli jigarning punktsion biopsiyasi va biopstatani morfologik tekshirish hisoblanadi [4]. Steatogepatozni gistologik ko'rinishi 2 xil bo'ladi. Ko'pincha katta tomchili semizlik kuzatiladi, buning uchun gepatotsitda hujayra yadrosini chetga siljitgan bitta katta vakuola bo'lishi xos hisoblanadi. Kam holatlarda kichik tomchili

semizlik kuzatiladi, bunda gepatotsit markazida joylashgan hujayra yadrosi atrofida ko'plab mayda lipid vakuolasini ko'rish mumkin bo'ladi. Bir qator holatlarda bir vaqtning o'zida distrofiyani ikkala tipini ham kuzatish mumkin bo'ladi [5, 6]. Jarayon avj olganda jigarda nekro-yallig'lanish sababli steatogepatit rivojlanadi. Jarayon aktivlik darajasi odatda kuchsiz namoyon bo'ladi va gistologik jihatdan asosan infiltratni bo'lakchi ichida joylashganligi bilan xarakterlanadi, u polimorf – yadroli leykotsitlar, limfotsitlar va mononuklear fagotsitlardan iborat bo'ladi. Ba'zan, Mellori tanachalari (fibril sitokeratin agregatlari) aniqlanadi. Kasallikni erta bosqichlarida atsinusni 3-zonasida perigeopatotsellyulyar fibroz aniqlanadi, bular og'ir holatlarda avj olib portoportall va porto-markaziy birlitiruvchi to'qimali zanjirlarni hosil qiladi va sirroz rivojlanadi. Steatogepatitning yana boshqa bir gistologik belgisi glikogenli ("bo'sh") vakuolizatsiya natijasida yadro o'lchami kattalashishi, gepatotsitlarni ballonli distrofiyasi hisoblanadi [4, 5]. Jigarning alkogolsiz yog'li gepatozini gistologik jihatdan aktivlik darajasini va fibroz bosqichini aniqlash uchun E. Brunt (1999, 2002) tomonidan ishlab chiqilgan klassifikatsiya qo'llaniladi [7]. Yuqorida aytib o'tilganidek, jigarning punktsion biopsiyasi asosiy tashxis usuli hisoblanadi, lekin, uni invaziv usul ekanligi pediatriya amaliyotida keng qo'llashga to'sqinlik qiladi. Bu usulni keng qo'llanilmasligiga sabab bir qator qarshi ko'rstamalarni borligi va asoratlar rivojlanishi xavfini borligidir. Jigarning alkogolsiz yog'li gepatozini skrining usuli UTT hisoblanadi. Yog' distrofiyasining diffuz shaklida jigar o'lchamining kattalashganligi (ko'pincha oldindan orqaga bo'lgan parametrlari), organ parenximasini exogenligi oshganligini va jigarning chuqur qavatlarida ultratovush signalini susayganligini ko'rishimiz mumkin. Jigar strukturasi ko'pincha notekis bo'ladi, lekin, morfologik o'zgarishlar kuchayib borgan sari u donador bo'lib qoladi. Ultratovush signalini susayishi va tomirlar suratini o'zgarishi jarayonni og'irlik darajasiga proporsional bo'ladi. Bolalarda kam uchraydigan o'choqli (kam sonli steatoz o'choqlari) va lokal (jigarning butun bir bo'lagini zararlanishi) shaklida faqat aniq chegaralangan o'choqda exogenlik oshadi, jigar o'lchami va tomirlari o'zgarmaydi [8–10]. Shuni ta'kidlash kerakki, jigarning alkogolsiz yog'li gepatozida UTT o'ziga xos bo'lmaydi va bolalardagi boshqa kasalliklarda, masalan, Vilson kasalligida, glikogenozlar va boshqalarda ham xuddi shunday ko'rinishga ega bo'lishi mumkin. Oxirgi vaqtlarda jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bolalarda gepatitni aktivlik darajasini, steatoz va fibroz darajasini aniqlash uchun aktiv ravishda boshqa noinvaziv tekshirish usullari ham ishlab chiqarilmoqda. Qonni turli bioximik ko'rsatkichlarini hisobga oladigan bir qator laborator testlar (FibroTest, AktiTest, SteatoTest) qo'llanilayapti. Hozirda «Fibroscan» apparati yordamida o'tkaziladigan jigar elastometriyasi o'tkazilayapti va u fibroz bosqichiga qarab jigarni elastik tarkibini o'lchashga qaratilgan. Jigar parenximasini Xaunsfild birligida o'lchaydigan densitometrik ko'rsatkichlarini baholaydigan kompyuter tomografiya ham samarali qo'llanilayapti. Bunda jigarni rentgen zichligini kamayishi steatoz borligidan dalolat beradi [11]. Yana bir samarali usul metabolik sindrom bo'lgan bemorlarda arteriografiya usuli yordamida puls to'lqinlarini o'lchash orqali jigardagi o'zgarishlarni kasallikni klinik belgilari namoyon bo'lgunga qadar aniqlash mumkin.

Bolalar va o'smirlarda tana massasini kamaytirish jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi rivojlanishini oldini olish va tana masasi yuqori bo'lganligi sababli rivojlangan steatozni davolash uchun muhim ahamiyatga ega. Semizlikni davolash boshqa surunkali kasalliklarni davolash kabi qiyinchiliklar tug'diradi. Semizlikni davolashda ikkita asosiy bosqich farqlanadi: tana massasini kamaytirish va erishilgan natijani ushlab turish. Ovqat tartibini o'zgartirish va jismoniy harakatni oshirish bolalarda steatogepatozni davolashda hamma vaqt samarali hisoblanadi [1, 2]. Jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bolalarni davolashni asosiy usuli davolovchi oziqlantirish hisoblanadi, bu gepatotsitlarda almashinuv jarayonlarini normallashtirishga, sitoliz sindromini oldini olish va kamaytirishga, o't ajralishini va hazm jarayonini yaxshilashga qaratilgan bo'ladi. Bolalarda jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi ko'pincha umumiy semizlik fonida rivojlanganligi sababli, davolovchi oziqlantirish ishtahani normallashtirish va bolani oziqlanish holatini yaxshilashga qaratilgan bo'lishi kerak. Buning uchun, ekstraktiv moddalar va yog'lar saqlamaydigan, uglevodlar kamaytirilgan gipokaloriyalik parhez tavsiya

etiladi. Jigar yog'li gepatozini oldini olish yoki to'xtatish maqsadida, organizmga lipotrop ta'sir qilish uchun, sutkalik ratsion tarkibida hayvon oqsili miqdorini oshirish (5-10%)ga va hayvon yog'iga nisbatan o'simlik yog'i miqdorini (10-15%)ga oshirish, ovqat tarkibi foydali lipotrop (letsitin, xolin, metionin, polien kislotasi va b.) saqlovchi mahsulotlarga boy bo'lishi kerak. Parhezda qaynatilgan go'sht va baliq, hamda, tvorog, grechka va suli yormasi, o'simlik yog'i, ayniqsa, kunjut, qovoq, soya yog'i keng qo'llaniladi. Bir kunda 4-5 marta ovqatlanish tavsiya etiladi. Kechki ovqat 18:00 dan kech bo'lmasligi kerak. Kunlik ratsionda: vegetarianlar qabul qiladigan turli sabzavotalardan tayyorlangan sho'rvalar, sutli kashalar, ayniqsa, grechkali yoki suli yormasidan qilingan bo'tqalar va tvorog-yormali zapekankalar (asosan kunning 1-yarmida), yog'siz sut va nordon sutli ichimliklar (yog'liligi 0,5-2,5%), yog'liligi 0% bo'lgan tvorog, pishloq (yog'liligi 4-20%), smetana (faqat ovqat bilan), tuxum bug'da pishirilgan omlet ko'rinishida yoki tuxum oqsili, go'sht, parranda go'shti va baliq qaynatilgan holatda, yoki bug'da pishirilgan kotlet, tefel ko'rinishida, sabzavotlar qaynatilgan yoki bug'da pishirilgan holatda, mevalar, o'simlik yog'i, quritilgan bug'doy noni – 90-100 gr dan oshmasligi kerak (3-4 bo'lakcha). Cheklanadi: makaron va konditer mahsulotlari, yormalar: marniy, guruch, makkajo'xori, perlova va bug'doy; tuxum, meva va sabzavot sharbalari (1/2 nisbatda suv bilan aralashtirilishi shart), kartoshka, qovun, tarvuz, shirinliklar (shakar, asal, quruq pechenye). Jigar, o't yo'llari va oshqozon osti beziga zararlovchi ta'sir ko'rsatuvchi, ishtahani ochuvchi, xolesteringa boy va glikemik indeksi yuqori bo'lgan mahsulotlar ovqat ratsionidan chiqariladi. Bu eng avvalo, ekstraktiv moddalar ko'p bo'lgan mahsulotlar, hayvon yog'i, oson hazm bo'luvchi uglevodlar, efir yog'lari va organik kislotalar: barcha bulonlar, qovurilgan va yog'li ovqatlar, gastronomik mahsulotlar, yog'lilik darajasi 3,2% dan yuqori bo'lgan sut mahsulotlari, yog'li tvorog (9% dan yuqori), yog'liligi yuqori bo'lgan pishloq (45%dan yuqori), sariyog', mayonez, quyultirilgan sut, tvorogli mahsulotlar, achchiq ovqat qo'shimchalari, ketchup, marinadlar, tuzlamalar, dudlangan mahsulotlar, dukakli o'simliklar, yangi non va pishiriqlar, qo'ziqorin, yong'oq, dag'al hujayra po'stlog'i bo'lgan, organik kislotalar va efir moylari boy bo'lgan sabzavotlar (sholg'om, turp, qalampir, piyoz, sarimsoq piyoz, otquloq, shavel), tarkibida ko'p miqdorda qand saqlovchi mevalar (uzum, banan, anjir), konsentrlangan meva va sabzavot sharbatlari, shirinliklar (shokolad, pechenye, konfetlar, murabbo, pastila, zefir, marmelad), chipslar, saqich, muzqaymoq, shirin gazli suvlar.

Maktabgacha va maktab yoshidagi bolalarda ovqat ratsioni tarkibida jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bemorlarda ovqat ratsionini energetik qiymati fiziologik normadan hayvon yog'i hisobiga 13-17% va uglevodlar hisobiga 30-50%ga o'rtacha 400-550 kkal/sut ga kamaytiriladi. Parhez tarkibidagi hayvon oqsili yosh normasidan 13-15% ortiq bo'ladi. Gipokaloriyalii parhezga qat'iy rioya qilish va barcha tavsiyalarni to'liq bajarish bola tana massasini 1 oyda o'rtacha 2-2,5 kg ga kamayishiga va jigar morfofunktsional holatini yaxshilinishiga olib keladi. Steatoz va steatogepatit bo'lgan bemorlarga umumiy ahvoli va qonning bioximik tahlillarini nazorat qilgan holda harakat aktivligini oshirish tavsiya etiladi. Agar zardobdagi jigar transaminazalari miqdori oshsa, u holda jismoniy zo'riqishlarni vaqtinchalik to'xtatish kerak bo'ladi [12]. Jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bemorlarni davolashni asosiy usuli bu essentsial fosfolipidlar* va ursodezoksixol kislotalar preparatlari bilan davolash hisoblanadi. Kichik maktab yoshidagi bolalarda 250 mg dan sutkada 1-2 marta, katta maktab yoshidagi bolalarda 500 mgdan sutkada 1-2 marta tavsiya etiladi. Davolash kursini davomiyligi 3 oy va undan ko'p bo'lishi mumkin [13].

Vitamin V6, V12, A va Ye, askorbin kislotasi tavsiya etiladi, yaxshi o't haydovchi xususiyatga ega bo'lgan o'rtacha mineralashtirilgan kuzishqoriy mineral suvlar («Slavyanovskaya», «Smirnovskaya», «Essentuki» № 4) bilan davolanadi (2-8 g/l), bular 1 kg tana massasiga 3 ml dan hisoblab 30-40 kun davomida beriladi, bu yilda 2 marta o'tkaziladi. Agar lipid almashinuvi buzilishlari saqlanib qolinsa, qonda alaninaminottransferaza va aspartat – aminottransferaza miqdori yuqori bo'lsa, UTT da jigardagi o'zgarishlar saqlanib qolingan bo'lsa medikamentoz davo qayta o'tkaziladi va /yoki uning davomiyligi uzaytiriladi. Bu bilan bir vaqtda oshqozon-ichak trakti, oshqozon osti bezi-o't yo'llaridagi yondosh kasalliklar, surunkali infektsiya o'chog'ini davolash o'tkazilishi kerak [12].

Tekshirish materiallari va usullari:

Bizning kuzatuvimiz ostida jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan 10 yoshdan to 17 yoshgacha bo'lgan 51 ta bola (34 nafar o'g'il bola va 17 nafar qiz bola), (o'rtacha yosh — 13,2 ± 2,1 yosh) bo'ldi. Shifoxonaga murojaat qilishdan oldingi kasallik davomiyligi 4 – 6 yilni (o'rtacha 4,8 ± 1,4 yilni) tashkil etdi, bemorlarni dinamikada kuzatish davomiyligi 1-4 yilni (o'rtacha 2,4 ± 0,8 yil) tashkil etdi. UTT natijasida, jigardagi diffuz mayda o'choqli donadorlik ko'rinishidagi steatoz, parenximaning giperexogenligi, hamda, parenximani distal qismida ultratovush yutilishi 1/5–1/6 barcha bemorlarda (100%) kuzatildi. Bundan tashqari, 45 nafarida (88,2%) oshqozon osti bezining exogenligini oshganligi (bunda zardobdagi amilaza va lipazani pankreatik fraktsiyasi miqdori o'zgarman) ham kuzatildi. Lipidogramma ma'lumotlariga ko'ra, 33 nafar bemorda (64,7%) qon zardobida xolesterin konsentratsiyasini kam zichlikdagi lipoproteinlar hisobiga 5,22 dan 6,96 mmol/lgacha (o'rtacha 5,89 ± 0,28 mmol/l) oshganligi aniqlandi, u 4,60 dan 5,45 mmol/l gacha (o'rtacha 4,83 ± 0,14 mmol/l) bo'lishi kerak edi.

Natijalar va uning tahlili

Barcha bolalarga dietoterapiya bilan birga 3 oyga essentsial fosfolipidlar tavsiya etildi, keyin, navbati bilan 1 oy muddatga lipoy kislotalar fermentlar va o't haydovchi preparatlar bilan birga tavsiya etildi. Dinamikada 33 nafar bolada jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi aniqlandi. Ulardan 14 tasida 1-2 yil o'tkazilgan davolash fonida yog'li gepatoz belgilari yo'qola boshladi. Bunda, kuzatuv boshida 14 ta bemorning 9 tasida xolesterin va triglitseridlar miqdori oshgan edi, kuzatuv davomida ularning 8 nafarida bu ko'rsatkichlari normaga tushdi. 19 nafar bolada jigarning alkogolsiz yog'li gepatozini davolash fonida UTT ma'lumotiga ko'ra yog'li gepatoz belgilari saqlanib turgan edi. Ulardan 13 nafar bemorda xolesterin miqdori davolash boshida yuqori bo'lib, 4 nafar bemorda u normal ko'rsatkichga tushdi, qolganlarida esa faqat kamayishga moyillik kuzatildi xolos. Shunday qilib, 1-2 yil davomida qat'iy parhezga rioya qilib kompleks davolash jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bolalarga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, 42,4% holatda steatoz exobelgilari yo'qoladi va 36,4% holatda zardobdagi xolesterin miqdori 36,4% holatda kamayishi kuzatiladi.

Xulosa

1. Jigarning alkogolsiz yog'li gepatozi bo'lgan bolalar pediatri, gastroenterolog, endokrinolog va dietolog nazoratida bo'lishi kerak.
2. Agar bola va uning oilasi shifokor tavsiyalarini qat'iy bajarsa, I–II darajali semizlik fonida jigarning alkogolsiz yog'li gepatozini klinikolaborator remissiyasiga erishish mumkin, og'ir holatlarda esa – bemorni ahvoli yaxshilanishi mumkin.
3. Semizlikda setatozni davolash samarasini oshirish uchun nafaqat bola ularni ota-onalari ham jalb qilinishi kerak. Bundan tashqari, ota-onalarni shifokor tavsiyasini bajarishni bola bilan birga olib borishga ko'ndirish kerak.

Список литературы/ Iqtiboslar / References

1. Руководство по детской эндокринологии / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. — М.: Универсум паблишинг, 2016. — 600 с.
2. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М.: Медицинское информационное агентство, 2020. — 456 с.
3. Lewis J. R., Mohanty S. R. Non-alcoholic Fatty Liver Disease: A Review and Update // Digestive Diseases and Sciences. — 2020; 55: 560–578.
4. Павлов Ч. С., Глушенков Д. В. Оценка эффективности лечения неалкогольного стеатогепатита с использованием методов неинвазивной диагностики // Русский медицинский журнал. — 2019; 17 (5): 322–326.

5. Радченко В. Г., Шабров А. В., Зиновьева Е. Н. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы. — СПб.: «Издательство «Диалект»; М.: «Издательство «БИНОМ», 2018. — 864 с.
6. Petta S., Muratore C., Craxi A. Non-alcoholic fatty liver disease pathogenesis: The present and the future // *Dig. Liver Dis.* — 2019; 41 (9): 615–625.
7. Brunt E. M. Nonalcoholic steatohepatitis // *Semin. Liver Dis.* — 2018; 24: 3–20. 8. Ультразвуковая диагностика болезней печени у детей / под ред. И. В. Дворяковского. — М.: Династия, 2018. — 96 с.
8. Араблинский А. В., Чеченов М. Х. К вопросу о неинвазивной диагностике жирового гепатоза при неалкогольном стеатогепатите // *Медицинская визуализация.* — 2018; 1: 46–51.
9. Almeida A. M., Cotrim H. P., Barbosa D. B. et al. Fatty liver disease in severe obese patients: Diagnostic value of abdominal ultrasound // *World J. Gastroenterol.* — 2018; 14 (9): 1415–1418.
10. Кармазановский Г. Г., Вилявин М. Ю., Никитаев Н. С. Компьютерная томография печени и желчных путей. — М.: Паганель-Бук, 2017. — 358 с.
11. Клиническая диетология детского возраста: Руководство для врача / под ред. Т. Э. Боровик, К. С. Ладодо. — М.: МИА, 2018. — 608 с.
12. Laurin J., Lindor K. D., Crippin J. S. et al. Ursodeoxycholic acid or clofibrate in the treatment of nonalcohol-induced steatohepatitis: A pilot study // *Hepatology.* — 2018; 23: 1464–1467.
13. Холмурадова З. Э., Гарифулина Л. М., Кудратова Г. Н. Semizlik bilan og'rig'an bolalarda yurak-qon tomir tizimidagi endoteliyning funksional holati // *Журнал биомедицины и практики.* — 2022. — Т. 7. — №. 2.
14. Жамшедона А. М., Гарифулина Л. М. Semizligi bor bolalarda vitamin d defitsiti holatlarini aniqlash // *Журнал гепатогастроэнтерологических исследований.* — 2022. — Т. 3. — №. 1.
15. Гойибова Н. С., Гарифулина Л. М. Semizligi bor bolalarda buyraklar va ularning funksional holati // *Журнал гепатогастроэнтерологических исследований.* — 2022. — Т. 3. — №. 1.
16. Гарифулина Л. М. и др. Показатели качества жизни подростков с ожирением // *Молодежь и медицинская наука в XXI веке.* — 2018. — С. 39-41.
17. Гарифулина Л., Ашурова М., Холмурадова З. Изменения сердечно-сосудистой системы у подростков при ожирении и Артериальной гипертензии // *Журнал проблемы биологии и медицины.* — 2018. — №. 1 (99). — С. 33-35.

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 4

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 4

Editorial staff of the journals of 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
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

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

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