



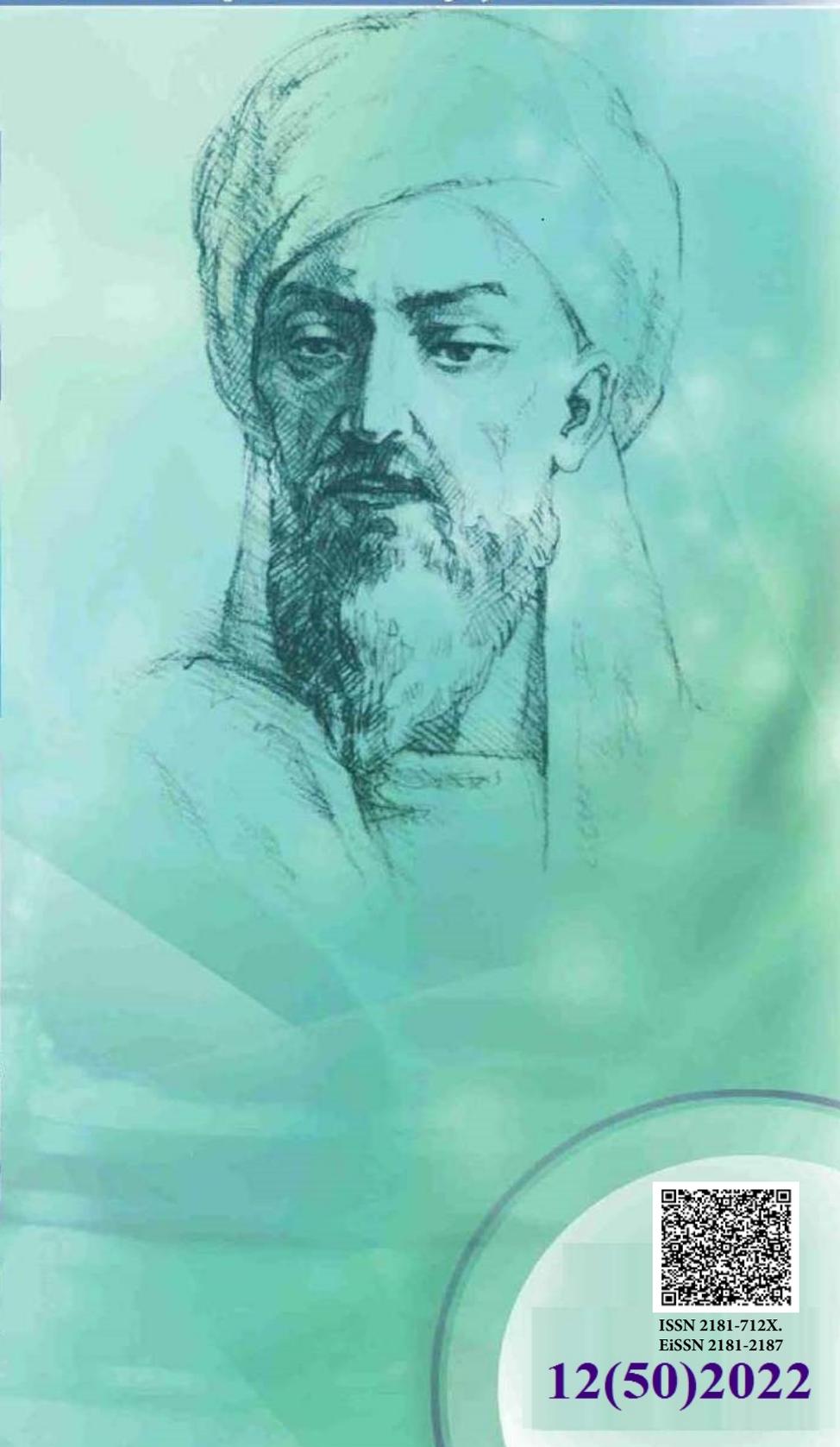
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**12(50)2022**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

**Ред. коллегия:**

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
Т.А. АСКАРОВ  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
С.И. ИСМОИЛОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Б.Т. РАХИМОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com>

E: [ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал*

*Научно-реферативный,*

*духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**12 (50)**

**2022**

*декабрь*



Received: 20.11.2022  
Accepted: 29.11.2022  
Published: 20.12.2022  
UDK 616.36-003.826-057.36-055.1

## YO'G'LI GEPATOZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA FARMAKOLOGIK VA PARHEZ TERAPIYASINING TURLI XIL VARIANTLARI SAMARADORLIGI

Ulmasova Shaxnoza Raxmatdjanovna

Harbiy qism 51411, Toshkent, O'zbekiston

### ✓ Rezyume

*Jigar noalkogol yog' kasalligi keng tarqalganligi, tashxislashda qiyinchiliklar va asoratlar rivojlanish ehtimoli tufayli zamonaviy gepatologiyaning dolzarb muammosiga aylangan. Butun dunyoda jigar noalkogol yog' kasalligining tarqalishi o'rtacha 20-40% ni tashkil qiladi va har yili ortib bormoqda. Ushbu kasallikning avj olishi oqibatida jigar fibrozi va sirrozi hamda ba'zi holatlarda gepatotsellyulyar karsinoma rivojlanishi sababli o'lim foizi tobora oshmoqda. Kriptogen jigar sirrozining 60-80%i noalkogol steatogepatitning natijasida yuzaga kelishi aniqlangan. Jigar noalkogol yog' kasalligi butun dunyo bo'ylab jigar transplantatsiyasining birinchi sababi hisoblanadi.*

*Kalit so'zlar: Jigar noalkogol yog' kasalligi, yog'li gepatoz, noalkogol steatogepatit, parhez, ursosan, atovastatin*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ФАРМАКО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ

Улмасова Шахноза Рахматджановна

Военная часть 51411, Ташкент, Узбекистан

### ✓ Резюме

*Неалкогольная жировая болезнь печени стала актуальной проблемой современной гепатологии в связи с ее распространенностью, трудностями диагностики и возможностью развития осложнений. Во всем мире распространенность неалкогольной жировой болезни печени составляет в среднем 20-40% и ежегодно увеличивается. В связи с развитием этого заболевания, фиброза и цирроза печени, а в ряде случаев и гепатоцеллюлярной карциномы увеличивается смертность. Установлено, что 60-80% криптогенного цирроза печени возникает в результате неалкогольного стеатогепатита. Неалкогольная жировая болезнь печени является причиной номер один трансплантации печени во всем мире.*

*Ключевые слова: неалкогольная жировая болезнь печени, жировой гепатоз, неалкогольный стеатогепатит, диета, ursosan, атовастатин.*

## EFFECTIVENESS OF VARIOUS OPTIONS OF PHARMACO-DIETARY THERAPY IN PATIENTS WITH FATTY HEPATOSIS

Ulmasova Shakhnoza Raxmatdzhonovna

Military unit 51411, Tashkent, Uzbekistan

### ✓ Resume

*Non-alcoholic fatty liver disease has become an urgent problem of modern hepatology due to its prevalence, diagnostic difficulties and the possibility of complications. Worldwide, the prevalence of non-alcoholic fatty liver disease averages 20-40% and is increasing every year. In connection with the development of this disease, fibrosis and cirrhosis of the liver, and in some cases, hepatocellular carcinoma, mortality increases. It has been established that 60-80% of cryptogenic cirrhosis of the liver occurs as a result of non-alcoholic steatohepatitis. Non-alcoholic fatty liver disease is the number one cause of liver transplantation worldwide.*

*Key words: non-alcoholic fatty liver disease, fatty liver, non-alcoholic steatohepatitis, diet, ursosan, atovastatin.*



## Dolzarbligi

Jigar noalkogol yog' kasalligi (JNAYoK) keng tarqalganligi (rivojlangan mamlakatlarda aholining 20-30% gacha), tashxislashda qiyinchiliklar va jarayonning rivojlanish ehtimoli tufayli zamonaviy gepatologiyaning dolzarb muammosidir [1, 5, 6].

Shu bilan birga, O'zbekistonda va dunyoda ushbu kasallikning tarqalishi to'g'risidagi ma'lumotlar qarama-qarshidir, bu JNAYoK tashxisoti uchun ishlatiladigan mezonlardagi farqlar bilan bog'liq.

JNAYoK semizlik, insulin qarshiligi, arterial gipertenziya va dislipidemiya bilan kuchli bog'liq bo'lib, hozirgi vaqtda metabolik sindromning jigar ko'rinishi sifatida qabul qilinadi.

JNAYoK ikkita klinik shakli, yog'li gepatoz (YoG) va jigar noalkogol steatogepatiti (JNS) bilan ifodalanadi. YoG yaxshi kechishi, alkogolsiz steatogepatit esa yallig'lanish va fibroz natijasida gepatotsitlarning shikastlanishi bilan tavsiflanadi, bu jigar sirrozi, jigar hujayralari yetishmovchiligi va gepatotsellyulyar karsinomaga o'tishi mumkin [2, 4, 7]. JNAYoKning klinik kechishi yetarlicha o'rganilmagan va kasallik ko'pincha simptomsiz kechadi. Jigarning holati va funksiyasini aks ettiruvchi qonning biokimyoviy ko'rsatkichlari me'yoriy qiymatlarda bo'lishi mumkin va steatogepatitning rivojlanish ehtimolini ko'rsatadigan yagona ko'rsatkich zardobdagi transaminazalar darajasining oshishi hisoblanadi.

JNAYoKni davolashda turmush tarzini o'zgartirishga qaratilgan chora-tadbirlar muhim ahamiyatga ega va patogenetik jihatdan asoslanadi. Parhez terapiyasi JNAYoKni oldini olish va davolashning eng samarali usuli bo'lib, nafaqat energiya qiymatini pasaytirish, balki parhezning makronutrient tarkibini - uglevod va yog' komponentlarini o'zgartirish ham asosiy ahamiyatga ega. Shu bilan birga, eng samarali terapevtik parhezlar hali aniqlanmagan va kombinatsiyalangan parhez va farmakoterapiyaning JNAYoKning klinik kechishiga ta'siri tabiati o'rganilmagan [3, 8, 9, 10].

**Tadqiqot ilmiy maqsadi:** Yog'li gepatoz bilan og'rigan bemorlarda farmakologik va parhez terapiyasining turli xil variantlari samaradorligi o'rganish.

## Material va usullar

Tadqiqotni bajarish uchun 2019-2021 yillarda Davlat Xavfsizligi Xizmati huzuridagi Markaziy harbiy gospitalning terapiya va reabilitatsiya bo'limida statsionar va keyinchalik ambulator davolanish kursidan o'tgan JNAYoK bilan kasallangan 149 bemor tekshirildi.

Jami 149 nafar bemorlar, shu jumladan, ma'muriy tarkibdan 60 (40,3%), tezkor tarkibdan 43 (28,8%), tezkor-qo'riqlash tarkibidan 26 (17,44%), tezkor-texnik tarkibdan 16 (10,73%), tezkor-jangovar tarkibdan 4 (2,68%) nafari ushbu tadqiqot uchun tanlab olindi. Ularning o'rtacha yoshi  $38,2 \pm 6,6$  yilni tashkil qildi.

Tasodifiy tanlov usuli bo'yicha 6 ta kichik guruhlar (A, B, C, E, F, G) tuzilgan, bu kichik guruhlardagi bemorlar faqat shaxsiylashtirilgan parhezni (A va E kichik guruhlari) yoki kombinatsiyalangan parhez va farmakoterapiya olganlar: ursodezoksixol kislotasiUDXK (B va F kichik guruhlari) yoki atorvastatin (C va G kichik guruhlari). D va H kichik guruhlari bemorlari parhez va doridarmonlarga rioya qilishdan bosh tortdilar va nazorat kichik guruhlarini tashkil qildilar.

JNAYoK bilan kasallangan barcha harbiy bemorlarga asosiy oziq-ovqat guruhlari - non, go'sht va parranda go'shti, baliq idishlari, sabzavot va mevalarni o'z ichiga olgan oqsil, yog'lar va uglevodlarning nazorat qilinadigan tarkibi bilan shaxsiylashtirilgan parhez (ShP) buyurildi.

## Natija va tahlillar

YoG uchun farmakologik va parhez terapiyasining turli xil variantlari samaradorligini baholash uchun bemorlar kichik guruhlariga bo'lingan: A - shaxsiylashtirilgan parhez (ShP, n = 17), B - kombinatsiyalangan terapiya: ShP + UDXA (n = 18), C - kombinatsiyalangan terapiya: ShP + atorvastatin (n=18), D - davolash qo'llanilmagan harbiy xizmatchilar (nazorat kichik guruhi, n=18).

12 oylik terapiyadan so'ng A kichik guruhidagi bemorlarda antropometrik ko'rsatkichlar dinamikasini tahlil qilish, tana vaznining boshlang'ich darajasiga nisbatan (10,4% ga,  $r < 0,0001$ ), TVI (10,8%,  $r < 0,0001$ ) ga va BA/SA indeksi (3,4% ga,  $r < 0,001$ ) ga sezilarli pasayishi aniqlandi. Yuqoridagi ko'rsatkichlar 3 oylik terapiyadan keyin nazorat bilan solishtirganda ham sezilarli farqga ega edi.

B kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik terapiyadan so'ng tana vaznining boshlang'ich darajasiga (10,6%,  $r < 0,0001$ ), TVI (10,1%,  $r < 0,001$ ) va BA/SA indeksi darajasiga nisbatan sezilarli pasayish (4,1% ga,  $r < 0,001$ ) qayd

etildi; B kichik guruhidagi ushbu ko'rsatkichlarning pasayish darajasi A kichik guruhiga nisbatan sezilarli farqlarga ega emas edi ( $r > 0,05$ ). B kichik guruhidagi bemorlarda kuzatuvning 3-oyidan boshlab tana vazni, TVI va BA / SA indeksi nazorat guruhi bilan solishtirganda barqaror pasayish moyilligiga ega (mos ravishda  $r < 0,001$ ,  $r < 0,01$ ,  $r < 0,01$ ).

C kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik davolanishdan so'ng tana vaznining boshlang'ich darajasiga (14,2%,  $r < 0,0001$ ), TVI (12,4%,  $r < 0,0001$ ) va BA/SA (4,7% ga,  $r < 0,001$ ). darajasiga nisbatan sezilarli pasayish kuzatildi. indeks TVI pasayish darajasi A kichik guruhiga qaraganda aniqroq edi ( $r = 0,03$ ). C kichik guruhidagi tana vazni, TVI va BA / SA indeksi davolashning 3-oyidagi nazorat bilan solishtirganda sezilarli farqqa ega edi ( $r < 0,001$ ,  $r < 0,001$ ,  $r < 0,05$  mos ravishda). Davolanish jarayonida TVIning nisbiy o'zgarishi foizi 4.2-rasmda ko'rsatilgan.

Turli davolash rejimlari bilan yog'li gepatoz bilan og'riqan harbiy bemorlar qonining biokimyoviy ko'rsatkichlari dinamikasi 1-jadvalda keltirilgan.

1 - jadval

**Davolash paytida YoG bilan og'riqan harbiy bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlarning dinamikasi**

Ko'rsatkich	Guruh	Davolash bosqichlari			
		Davolashdan oldin	Davolashning 3-oyida	Davolashning 6-oyida	Davolashning 12-oyida
ALT, B/l	A	23,7±1,1	24,2±1,2	23,5±1,6	21,8±1,2
	B	24,4±1,8	22,6±2,2	24,1±2,6	23,8±3,1
	C	23,7±1,6	24,2±2,4	24,5±2,8	23,3±2,5
	D	32,2±2,4	30,2±3,2	32,3±3,3	33,8±3,1
AST, B/l	A	21,1±1,3	22,6±1,7	18,7±0,7	21,8±1,6
	B	20,5±1,1	20,3±1,7	22,5±2,2	18,8±1,1
	C	19,2±1,2	21,2±1,2	18,7±1,1	21,2±2,1
	D	26,3±2,5	22,4±2,1	26,2±1,7	26,1±2,1
GGTP, B/l	A	37,2±1,5	27,7±1,2	31,8±1,7	29,2±1,1**
	B	31,7±3,7	22,5±2,8	30,2±2,8	23,8±2,8***
	C	33,2±4,1	27,3±2,5	36,1±3,4	34,5±3,3
	D	38,2±3,6	34,7±3,5	42,2±5,7	37,1±3,7
IF, B/l	A	73,1±4,5	70,6±2,7	70,6±3,4	74,2±3,8
	B	70,8±3,2	73,4±5,5	56,2±4,2	56,1±5,3**
	C	69,2±4,2	82,5±4,4	70,2±6,2	60,7±3,2*
	D	88,1±7,1	85,4±4,2	87,5±3,3	81,3±3,6
XS, mmol/l	A	5,3±1,2	5,2±1,3	5,3±0,8	5,1±0,7**
	B	4,7±1,8	4,3±1,7	4,3±1,2	4,2±0,8**
	C	5,2±0,4	5,1±1,2	4,7±1,1	4,7±1,1*
	D	4,8±1,1	5,2±1,2	5,3±0,8	5,4±0,7
XS ZPLP, mmol/l	A	3,2±0,2	3,1±0,2	3,3±0,2	3,2±0,1
	B	3,2±0,3	3,4±0,1	3,5±0,1	2,8±0,1
	C	3,2±0,4	3,3±0,2	3,4±0,2	3,2±0,1
	D	3,5±0,1	3,4±0,1	3,2±0,1	3,6±0,2
TG, mmol/l	A	2,2±0,1	1,7±0,2	1,4±0,1	1,3±0,2***
	B	1,6±0,2	1,6±0,1	1,5±0,1	1,5±0,1
	C	2,2±0,2	1,8±0,1	1,5±0,1	1,5±0,2***
	D	3,3±0,2	3,3±0,2	3,2±0,2	3,2±0,2
Bazal glikemiya (venoz qon), mmol/l	A	4,8±0,2	4,4±0,2	4,4±0,2	4,4±0,2
	B	5,5±0,2	5,7±0,2	4,7±0,2	4,7±0,2*
	C	5,4±0,1	5,6±0,3	5,4±0,1	5,1±0,2**
	D	5,4±0,2	5,6±0,3	5,5±0,1	5,7±0,1

Izoh: \*  $r < 0,01$ , \*\*  $r < 0,001$ , \*\*\*  $r < 0,0001$  daslabki natijaga nisbatan

A kichik guruhidagi bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlar dinamikasini baholashda, 12 oylik terapiyadan so'ng, boshlang'ich ko'rsatkichlarga nisbatan GGTPning sezilarli pasayishi (30,1±3,7%,  $r < 0,001$ ), xolesterin (13,1±1,1%,  $r < 0,001$ ) va triglitseridlar (70,9±11,0%,  $r < 0,0001$ ); ALT, ACT, ishqoriy fosfataza, XS ZPLP, bazal glikemiya ko'rsatkichlari sezilarli farqlarga ega emas edi ( $r > 0,05$ ). A kichik guruhidagi GGTP, xolesterin va triglitseridlar D kichik guruhiga nisbatan sezilarli darajada past edi (mos ravishda  $r < 0,001$ ,  $r < 0,001$  va  $r < 0,01$ ).

B kichik guruhida 12 oylik davolanishdan so'ng GGTP ( $39,6 \pm 5,6\%$  ga,  $r < 0,0001$ ), xolesterin ( $16,3 \pm 3,4\%$ ,  $r < 0,001$ ), ALT ( $37,1 \pm 3,2\%$  ga,  $r < 0,001$ ) sezilarli darajada pasaygan va bazal glikemiya ( $16,9 \pm 2,5\%$ ,  $r < 0,01$ ) asosiy qiymatlarga nisbatan. D kichik guruhi bilan qiyosiy tahlil ushbu ko'rsatkichlarda sezilarli farqlarni aniqladi ( $r < 0,01$ ,  $r < 0,01$ ,  $r < 0,001$  va  $r < 0,001$ ).

C kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik terapiyadan so'ng ishqoriy fosfataza ( $20,5 \pm 4,4\%$ ,  $p < 0,01$ ), xolesterin ( $15,6 \pm 3,5\%$ ,  $p < 0,01$ ) ning boshlang'ich darajasiga nisbatan sezilarli pasayish kuzatildi. triglitseridlar ( $80,8 \pm 25,0\%$ ,  $p < 0,0001$ ) va bazal glikemiya ( $12,1 \pm 1,7\%$ ,  $p < 0,001$ ). C kichik guruhidagi bu ko'rsatkichlar D kichik guruhiga qaraganda ancha past edi ( $p < 0,001$ ). S kichik guruhidagi ishqoriy fosfataza va bazal glikemiya darajasi ham A kichik guruhiga qaraganda ancha past edi.

12 oylik terapiyadan so'ng A kichik guruhidagi bemorlarda gormonal profil parametrlarining o'zgarishini tahlil qilish, boshlang'ich ma'lumotlarga nisbatan insulin darajasining sezilarli darajada pasayishini ko'rsatdi ( $43,4 \pm 12,3\%$ ,  $r < 0,001$ ). A kichik guruhida D kichik guruhiga nisbatan insulin ( $r < 0,0001$ ) darajasining sezilarli darajada pasayishi aniqlandi.

B kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik terapiyadan so'ng dastlabki ko'rsatkichlar bilan solishtirganda insulin ( $64,1 \pm 19,9\%$ ,  $p < 0,001$ ) darajasi sezilarli darajada pasaygan; olingan natijalarni A kichik guruhi bilan solishtirganda, sezilarli farqlar topilmadi ( $p > 0,05$ ). B va D kichik guruhlaridagi natijalarni solishtirganda, B kichik guruhida insulin ( $p < 0,0001$ ) darajasining sezilarli darajada pasayishi aniqlandi.

## 2-jadval

### Davolash paytida YoG bilan og'riqan bemorlarda jigar fibrozining og'irligi dinamikasi

Ko'rsatkich	Guruh	Davolash bosqichlari			
		Davolashdan oldin	Davolashning 3-oyida	Davolashning 6-oyida	Davolashning 12-oyida
F0	A	38,8	38,2	54,1	51,8*
	B	21,3	28,5	21,3	24,8*
	C	25,3	16,6	30,3	32,8*
	D	21,2	21,3	31,5	34,7*
F1	A	22,3	47,5	35,1	41,2*
	B	28,5	14,2	21,6	28,5
	C	33,2	58,2	43,4	46,1*
	D	44,3	43,2	42,2	30,3
F2	A	27,7	9,4	6,4	6,7*
	B	21,3	35,6	30,7	35,6*
	C	25,1	8,2	22,3	15,3*
	D	23,2	21,3	26,2	26,1
F3	A	11,2	4,7	4,3	0*
	B	21,3	14,2	13,8	10,9*
	C	16,6	16,6	8,8	5,5*
	D	11,2	14,1	0	8,7
F4	A	0	0	0	0
	B	7,2	7,2	6,3	0*
	C	0	0	0	0
	D	0	0	0	0

Izoh: \*  $r < 0,05$  boshlang'ich dastlabki natijaga nisbatan

C kichik guruhidagi bemorlarda 12 oylik terapiyadan so'ng insulin ( $103,6 \pm 27,3\%$ ,  $r < 0,0001$ ) boshlang'ich darajasiga nisbatan sezilarli pasayish kuzatildi. peptid ( $53,6 \pm 3,7\%$  ga,  $r < 0,0001$ ), shu bilan birga C kichik guruhidagi bemorlarda A kichik guruhiga nisbatan sezilarli dinamika kuzatildi.

12 oylik terapiyadan so'ng YoG bilan og'riqan 117 bemorda kichik guruhlarda NOMA IQI o'rtacha qiymatlarining pasayishi. edi: A -  $2,7 \pm 0,1$ , V -  $1,4 \pm 0,2$ , S -  $3,7 \pm 0,2$ , D -  $0,4 \pm 0,1$ . A va C kichik guruhlarida IQI NOMA ning pasayishi davolanishning 3-oyidan boshlab sezilarli bo'ldi (boshlang'ich natija bilan solishtirganda  $r < 0,05$ ).

Jigar elastografiyasi paytida, A, B va C kichik guruhlarida YoG bo'lgan bemorlarni davolash jarayonida fibrozning og'irligining pasayishi qayd etilgan, ya'ni F0 va F1 bosqichlarida fibroz bilan og'riqan harbiy bemorlar soni sezilarli darajada oshgan. F3 va F4 fibroz bosqichlari bo'lgan bemorlar sonining kamayishi; aniqlangan o'zgarishlar D kichik guruhi bilan sezilarli farqlarga ega edi (12 oylik terapiyadan keyin  $r < 0,05$ ,  $r < 0,01$ ,  $r < 0,05$  va

$r < 0,05$ ). Yogʻli gepatoz bilan ogʻrigan bemorlarda jigarning ultratovushli elastografiyasi natijalari 2-jadvalda keltirilgan.

### Xulosasa

JNAYoK mavjud bemorlarda oqsil, yogʻ va uglevodlarning nazoratini oʻz ichiga olgan shaxsiylashtirilgan parhez bilan UDXXK hamda atorvastatin uygʻunlashtirilgan holda qoʻllanilganda kasallikka xos asosiy koʻrsatkichlarida nazorat guruhi bemorlariga nisbatan yaqqol pasayish kuzatildi.

### ADABIYOTLAR ROʻYXATI:

1. K.A. Komshilova, Ye.A. Troshina, Ye.V. Yershova [i dr.] Adiponektin i pokazateli metabolizma glyukozы i lipidov na raznyx kliniko-morfologicheskix stadiyax nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni u bolnix abdominalnyx ojireniem //Terapevticheskiy arxiv. – 2014. – № 10. – S. 27–32. [rus tilida]
2. Alexin S.M., Somova M.N. Nealkogolnaya jirovaya bolezni pecheni: novye vozmojnosti kombinirovannoy terapii //Farmateka. 2013. № 10 (263). S. 43-47. [rus tilida]
3. Ametov A.S. Saxarniy diabet 2 tipa i nealkogolnaya jirovaya bolezni pecheni: prakticheskie rekomendatsii dlya endokrinologov //Farmateka. 2013. № 5 (258). S. 58-69. [rus tilida]
4. Axmedov V.A., Melikov T. I. Geneticheskie aspekti formirovaniya nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni //Lechashiy vrach. 2019. № 8. S. 28. [rus tilida]
5. Babak O.Ya., Kolesnikova Ye.V., Shut I.V. Vzaimosvyaz mejdu sodержaniem adiponektina, visseralnogo jira i polimorfnim genom ADIPOR1 u bolnix nealkogolnoy jirovoy boleznyu pecheni //Sovremennaya gastroenterologiya. 2012. № 5 (67). S. 7-12. [rus tilida]
6. Balukova Ye.V., Uspenskiy Yu.P. Nealkogolnaya jirovaya bolezni pecheni i metabolicheskiy sindrom //Poliklinika. 2014. № 2. S. 45-48. [rus tilida]
7. Baskov, S.S. Nealkogolnaya jirovaya bolezni podjeludochnoy jelezi kak digestivniy marker metabolicheskogo sindroma / S.S. Baskov, G.A. Pronina, D.I. Injevatkin // Med.-biol. i sos.-psixol. problemi bezopasnosti v chrezvichaynix situatsiyax. – 2012. – № 4. – S. 50–55. [rus tilida]
8. Bivalkevich N.V. Zakonomernosti strukturno-funksionalnoy reorganizatsii pecheni pri formirovanii diet-indutsirovannoy nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni u kris: dissertatsiya ... kandidata biologicheskix nauk: 03.03.04 / Bivalkevich Nataliya Vladimirovna; Tixookeanskiy gosudarstvenniy meditsinskiy universitet.- Vladivostok, 2015.- 127 s. [rus tilida]
9. Bobronnikova L.R., Juravlyova A.K. Mexanizmi progressirovaniya dislipidemii u patsientov s nealkogolnoy jirovoy boleznyu pecheni //Ukrainskiy terapevticheskiy jurnal. 2013. № 2 (37). S. 083-088. [rus tilida]
10. Vakalyuk I.I., Virstyuk N.G., Kazmiruk V.M. Progressirovanie fibroza pecheni u bolnix so stabilnoy ishemicheskoy boleznyu serdsa na fone nealkogolnoy jirovoy bolezni pecheni //Gastroenterologiya. 2016. № 4 (62). S. 27-31. [rus tilida]

**Qabul qilingan sana 20.11.2022**