



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

6 (80) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)

Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (80)

2025

июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2025, Accepted: 06.06.2025, Published: 10.06.2025

УДК 616.37.366.002.

СУРУНКАЛИ ТОШСИЗ ХОЛЕЦИСТИТНИ ДОРИВОР ЎСИМЛИКЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Нурова Н.С. <https://orcid.org/0009-0003-6636-6179>

Юлдошева Д.Х. <https://orcid.org/0000-0001-7502-2026> E-mail: yuldosheva.dilnavoz@bsmi.uz

Ражабова Г.Х. <https://orcid.org/0000-0002-9868-6455>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ушбу мақолада сурункали тошсиз холецистит билан касалланган 70 нафар беморнинг клиник-лаборатор кўрсаткичлари натижаси ва стандарт даво билан янги киритилган дори воситасининг самарадорлиги келтирилган. Муқобил даволаш ўтказилган гуруҳдаги беморларда қиёсий даволаш гуруҳига нисбатан даволаш самарадорлиги устунлиги асосланган.

Калит сўзлар: сурункали тошсиз холецистит, стандарт даво, муқобил даво, ўт қони, озрик

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF CHRONIC ASTOLIC CHOLECYSTITIS WITH MEDICINAL PLANTS

Nurova N.S. <https://orcid.org/0009-0003-6636-6179>

Yuldosheva D.Kh. <https://orcid.org/0000-0001-7502-2026> E-mail: yuldosheva.dilnavoz@bsmi.uz

Rajabova G.Kh. <https://orcid.org/0000-0002-9868-6455>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

This article presents the results of clinical and laboratory parameters of 70 patients with chronic acalculous cholecystitis and the effectiveness of a newly introduced drug compared with standard therapy. The superiority of treatment efficacy in patients in the alternative therapy group compared to the control treatment group was substantiated.

Keywords: chronic acalculous cholecystitis, standard therapy, alternative therapy, gallbladder, pain

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АСТОЛИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЛЕКАРСТВЕННЫМИ РАСТЕНИЯМИ

Нурова Н.С. <https://orcid.org/0009-0003-6636-6179>

Юлдошева Д.Х. <https://orcid.org/0000-0001-7502-2026> E-mail: yuldosheva.dilnavoz@bsmi.uz

Ражабова Г.Х. <https://orcid.org/0000-0002-9868-6455>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В данной статье представлены результаты клинико-лабораторных показателей 70 больных хроническим бескаменным холециститом и эффективность вновь введенного препарата по сравнению со стандартной терапией. Обосновано превосходство эффективности лечения у больных в группе альтернативной терапии по сравнению с контрольной группой лечения.

Ключевые слова: хронический бескаменный холецистит, стандартная терапия, альтернативная терапия, желчный пузырь, боль.

Долзарблиги

Холецистит касаллиги жуда кенг тарқалган ҳолат бўлиб, жаҳон аҳолисининг тахминан 10–20% и умр мобайнида шу касаллик билан хасталанади. Шундай бўлсада, бундай беморларнинг 80% гача қисмида касаллик асимтоматик ҳолатда кечади. Фақат АҚШнинг ўзида ҳар йили тахминан 500 000 та холецистэктомиа амалиёти ўтказилади. Ўт тошлари шаклланиш хавфи ёш ўсиши билан ортиб боради, бу ҳолат айниқса аёлларда кўпроқ учрайди. 60 ёшдан катта бўлган аёлларнинг 25% дан ортиғида ўт тошлари учрайди. Шу билан бирга, тез вазн йўқотиш ёки узоқ вақт оч қолиш ҳам ўтдаги суяқлик ҳаракати (билиар стаз) сусайиши сабабли тошлар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин. Эстроген гормони ўт тошлари патогенезида муҳим роль ўйнайди, у ўтда холестерин миқдорини оширади ва ўт копи қисқариш қобилятини камайтиради [1,3,5,7]. Шу сабабли, репродуктив ёшдаги аёллар ва эстроген сакловчи контрацептивлар қабул қилувчиларда эркакларга нисбатан ўт тошлари пайдо бўлиш хавфи икки баробар юқори. Бундан ташқари, қандли диабет билан оғриган беморларда ҳам вегетатив нейропатия сабабли ўт копи деворининг қисқариш қобиляти пасайиши туфайли хавф юқори бўлади. Тошсиз холецистит (калькулёз холецистит) алоҳида ва клиник жиҳатдан муҳим ҳолат ҳисобланади. У холецистит ҳолатларининг 5–10% ни, шу жумладан ўткир холециститнинг тахминан 10% ни ташкил қилади. Бу ҳолат ўз вақтида аниқланмаса, гангрена ёки ўт копи тешилиши каби жиддий асоратларга олиб келиши мумкин [2,4,6,8]. Сурункали тошсиз холециститнинг патогенезидаги асосий механизм — билиар дискинезия, хусусан, холецистокинин (ССК) сигналлашувининг бузилиши туфайли ўт қопининг қисқариш қобилятининг пасайиши ҳисобланади [5,8,9]. Сурункали тошсиз холецистит диагностика ва даволаш бўйича бир қанча илмий тадқиқотлар олиб борилган. Хасталик сурункали бўлганлиги сабабли даврий хуруж қилиш ва даврий даволаш талаб этади ва бу доимий синтетик дори воситалари инсон организмига ижобий таъсирлари билан бирга иммун тизими пасайтириши, аллергия реакциялар хавфи юқори бўлиб ҳисобланади. Бундай ҳолларда инсон организмига табиий, ножўя таъсир кўрсатмайдиган доривор ўсимликлардан тайёрланган дори воситаларини қўллаш ҳам самарали, ҳам ножўя таъсирлари кузатилмайди. Шуларни инобатга олган ҳолда, биз ўз илмий тадқиқот ишимизда доривор ўсимликлардан тайёрланган дори воситасини қўлладик ва шифобахш таъсири баҳоладик.

Илмий тадқиқот ишининг мақсади - Брокколли карами асосида олинган Глюкобрассидин дори воситасининг сурункали тошсиз холециститда шифобахш таъсирини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари

Тадқиқотга сурункали тошсиз холецистит билан оғриган 70 нафар бемор жалб этилди. Беморларнинг 46 нафари (66%) аёл, 24 нафари (34%) эркак жинсига мансуб бўлиб, уларнинг ёши 20–75 ёшни ташкил этди (ўртача ёш $49,2 \pm 4,2$). Текшириш натижалари клиник маълумотнома картаси (сўровнома) орқали баҳоланди. Тадқиқот ўтказиш учун Бухоро тиббиёт институти тассаруфида ташкил этилган этик қўмита ҳаёяти аъзоларидан розилик олинди.

Тадқиқотга киритиш мезонлари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- ёши 18 ёшдан катта бўлиши;
- клиник ва инструментал текширишларга ёзма розилик;
- сурункали тошсиз холецистит тўлиқ бўлмаган ремиссия даври ва хуруж фазасидаги беморлар.

Тадқиқотдан четлаштириш мезонлари қуйидагилар:

- 18 ёшгача бўлган беморлар;
- ҳомиладорлик ёки лактация даври;
- калькулёз холецистит, гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, ўткир босқичдаги ошқозон яраси, яллиғланиш касалликлари ва ичакнинг дивертикуляр касалликлари, сурункали вирусли, алкогольли, аутоиммун жигар касалликлари, юрак-қон томир касалликлари, миокард инфаркти; бош миёда қон айланиши ўткир бузилиши; эндокрин касалликлар; турли локализациядаги ўсмалар; паразитар юқумли касалликлар ва ошқозон-ичак трактининг ўткир инфекциялари; сил касаллигининг фаол шакллари, ОИВ инфекцияси.

Тадқиқотдан четлаштириш учун қуйидаги мезонлар кўриб чиқилди:

- беморнинг тадқиқотда қатнашишдан бош тортиши;
- бошқа клиник тадқиқотларда бир вақтда иштирок этиши;

Текширишдан баҳоланган маълумотларни қиёсий таққослаш учун ва адекват таҳлил қилиш учун назорат гуруҳи (НГ)га 18–40 ёшдаги ($33,42 \pm 3,4$) 30 нафар амалий соғлом шахслар танлаб олинди. Шундан 18 нафари (60%) аёл, 12 нафари (40%) эркак жинсига мансуб.

Тадқиқот иши 3 босқичда амалга оширилди. Биринчи босқичда барча асосий гуруҳдаги беморлар махсус сўровнома орқали ажратиб олинди. Сўнгра клиник белгиларни оғирлик даражасини баҳолаш учун Ликертнинг 4 балли шкаласи орқали таҳлил қилинди. Тадқиқотнинг иккинчи босқичида асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар лаборатор ва биокимёвий текшириш босқичидан ўтказилди. Тадқиқотнинг учинчи босқичида даволаш амалга оширилди. Айнан бу босқичда даволашга янгича ёндошилиб, сурункали тошсиз холециститни стандарт давога қўшимча доривор ўсимликлардан тайёрланган дори воситаси билан олиб борилди. Даволаш босқичида тадқиқотга киритилган 70 нафар беморлардан 34 нафари (48,5%) анъанавий даво ва 36 нафари (51,4%) анъанавий давога қўшимча брокколи карами асосида олинган Глюкобрасицин биологик фаол қўшимча кўринишидаги дори воситаси берилди. Даволаш 10 кун давомида олиб борилди.

Тадқиқот давомида қўлланилган диагностик усулларнинг самарадорлик даражасини таҳлил қилишда статистик тадқиқотлар натижаларининг чинлигини баҳолашнинг ўртача арифметик (M), ўртача квадратик оғиш (σ), ўртача кўрсаткич стандарт хатоси (m), нисбий ўлчамларни (частота, %) ҳисоблаш билан вариацион нопараметрик икки мустақил гуруҳ, микдорий кўрсаткичлар – (Манн-Уитни) усули; иккитадан ортиқ мустақил гуруҳ, микдорий кўрсаткичлар – (Краскел-Уоллис) усули статистика усуллари қўлланди, олинган ўлчовларнинг статистик қиймати экссесс мезони бўйича тақсимотнинг меъёрийлиги ва бош дисперсиялар тенглиги (F – Фишер мезони)ни ўрганиб, параметрик хатоликлар эҳтимоллигини (P) (ишончлилик чегарасини) аниқлаш учун тузилган махсус жадвалдан Стъюдент (t) мезонидан фойдаланилди. Тадқиқот махсус молиялаштирилмаган, муаллифлар орасида ўзарао қарама-қарши манфатлар тўқнашуви йўқ.

Натижа ва таҳлиллар

Текширишларимиздан асосий гр 70 нафар 25-75 ёш ($49,2 \pm 4,2$), шундан 24 нафар (34%) эркак ва 46 нафар (66%) аёлни ташкил этди. Назорат гуруҳи 24 нафар 18-40 ёш ($49,2 \pm 4,2$). Сурункали тошсиз холецистит билан касалланган беморларда кузатилган клиник белгиларни микдорий баҳолаш учун Лайкертнинг баллар орқали белгиланувчи 5 балли ижтимоий шкаласи (Р. Лайкерт. 1932; ред-р 1977)дан фойдаланилди.

1-Жадвал.

Сурункали тошсиз холецистит клиник белгиларини баҳолаш тартиби (Лайкерт шкаласи)

Баҳолаш мезонлари	Ажратилган баллар
Шикоятлар йўқ;	0 балл
касалликнинг клиник кўринишлари деярли сезилмайди; парҳез бузилганда оғриқ ва диспептик синдромлар пайдо бўлади, дори воситалари билан даволаш талаб қилинмайди;	2 балл
шикоятлар ўртача даражада, оғриқли ва диспептик синдромлар даврий ва қисқа муддатли; дори терапияси камдан-кам қўлланилади;	3 балл
аломатлар кучли ифодаланган, оғриқли ва диспептик синдромлар доимий бўлиб, даволаш талаб этади, астеновегетатив синдром белгилари пайдо бўлади.	4 балл

Сурункали тошсиз холециститда асосий клиник белгилар: ўнг қовурға остида оғриқ ва оғирлик ҳисси, оғизда аччиқ таъм сезгиси, жиғилдон қайнаши, метеоризм (қорин дам бўлиши), кекириш; кўнгил айниши.

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, сурункали тошсиз холециститда беморларда асосан оғизда аччиқ таъм сезгиси (90%) билан бошқа клиник белгилари ичидан юқори частотада учраб, Ликерт 4 балли шкаласи асосида $3,63 \pm 0,05$ ни ташкил этди. Кўриниб туриптики, Ликерт шкаласи асосида баҳоланганда ҳам юқори балли ташкил этапти. Шундан ўнг қовурға остида оғриқ, оғирлик хисси эса эса (85,7%) билан навбатдаги юқори кўрсаткични ташкил этди ва Ликерт шкаласи асосида баҳоланганда $3,28 \pm 0,06$ билан кўп кузатиладиган клиник белгилар орасида турипти. Кўнгил айнаши (61%), кўнгил айнаши (57%) билан нисбатан камроқ кўрсаткични эгаллади.

Навбатдаги текширишларимиз, тадқиқотнинг иккинчи босқичида асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар лаборатор ва биокимёвий текшириш босқичидан ўтказилди.

1-

2-жадвал.

Ўрганилган беморларда симптомларнинг учраш кўрсаткичи кўлами (n=70)

Асосий белгилар	Учраш кўрсаткичи n=70	Ликерт шкаласида, балларда
Ўнг қовурға остида нохушлик хисси, оғриқ	60 (85,7%)	$2,28 \pm 0,06$
Оғиз аччиқ таъм сезгиси	63 (90%)	$2,83 \pm 0,05$
Жиғилдон қайнаши	55 (78,5%)	$1,58 \pm 0,04$
метеоризм (корин дам бўлиши)	57 (81,4%)	$1,88 \pm 0,02$
Кекириш	43 (61%)	$1,47 \pm 0,02$
Кўнгил айнаши	40 (57%)	$1,34 \pm 0,05$

Эслатма: Референс назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли фарқ (* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$)

2 – жадвал Текширувчи гуруҳ беморларда қон биокимёвий кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Асосий гр n= 70	референс кўрсаткичлар назорат гуруҳи n=24
Холецистокинин пг /100 мкл	$31,2 \pm 0,2^{***}$	$44,8 \pm 0,6$
ўт кислоталари ммоль/л	$12,9 \pm 0,12^{***}$	$5,22 \pm 0,34$
билирубин ммоль/л	$18,3 \pm 0,14^{***}$	$11,4 \pm 0,41$
холестерин ммоль/л	$5,61 \pm 0,12^{**}$	$4,14 \pm 0,32$
умумий оқсил г/л	$75,2 \pm 3,2$	$65,22 \pm 0,2$
албумин г/л	$47,2 \pm 2,22$	$53,2 \pm 1,0$
АЛТ (ТБ/л)	$47,2 \pm 0,19^{***}$	$33,8 \pm 1,12$
АСТ (ТБ/л)	$48,1 \pm 0,23^{***}$	$36,4 \pm 1,09$

Эслатма: Референс назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан ишончли фарқ (* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$)

Анаънавий даволаш усулининг терапевтик самарадорлиги (n=34)

Асосий белгилар	Белгиларнинг учраш кўлами N=34		Белгиларнинг учраш кўлами балларда	
	Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин
Ўнг қовурға остида ноҳушлик ҳисси, оғриқ	30 (88%)	4 (11,7%)	2,32±0,08	0,42±0,02**
Оғиз аччиқ бўлиши	31(91%)	3 (8,8%)	2,91±0,04	0,32±0,04***
Жиғилдон қайнаши	27 (79%)	4 (12%)	2,12±0,02	0,58±0,04*
метеоризм (қорин дам бўлиши)	28 (82%)	3 (9%)	2,75±0,03	0,88±0,02**
Кекириш	21(62%)	2 (5,8%)	1,47±0,02	0,27±0,02**
Кўнгил айланиши	20 (59%)	1 (2,9%)	1,64±0,05	0,14±0,02*

Алтернатив (Муқобил) даволаш усулининг терапевтик самарадорлиги динамикаси (n=36)

Асосий белгилар	Белгиларнинг учраш кўлами N=36		Белгиларнинг учраш кўлами балларда	
	Даводан олдин	Даводан кейин	Даводан олдин	Даводан кейин
Ўнг қовурға остида ноҳушлик ҳисси, оғриқ	30 (83%)	3 (8,3%)	2,22±0,06	0,55±0,04**
Оғиз аччиқ бўлиши	32(89%)	1 (2,7%)	2,41±0,02	0,12±0,02*
Жиғилдон қайнаши	28 (78%)	2 (5,5%)	2,21±0,03	0,32±0,04***
Метеоризм (қорин дам бўлиши)	27 (75%)	1 (2,7%)	2,18±0,02	0,12±0,02***
Кекириш	22(61%)	1 (2,7%)	2,12±0,04	0,12±0,02**
Кўнгил айланиши	20 (55%)	1 (2,7%)	1,54±0,04	0,12±0,02**

Изоҳ: * – фарқлар муолажадан олдин гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан аҳамиятли (* – $P < 0,05$; ** – $P < 0,01$; *** – $P < 0,001$).

Биокимёвий текширишларда сурункали тошсиз холецистит учун муҳим аҳамиятга эга бўлган таҳлиллардан холецистокинин ва ўт кислоталари, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), умумий билирубин миқдори ва унинг фракциялари ўрганилди. Олинган натижалар асосий гуруҳда холецистокинин билирубин даражасининг назорат гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан сезиларли пастлиги, ўт кислоталари миқдори эса ошганлигини кўрсатди. Жигарнинг функционал фаолияти ҳақида маълумот берувчи кўрсаткичлардан цитолиз кўрсаткичлари АСТ – 48,1, АЛТ – 47,2 га тенг бўлди, аммо бу ферментларнинг ўзгариши ўт пуфаги фаолияти ва моторикаси билан боғлиқлиги аҳамиятсиз кўрсатди.

Навбатдаги тадқиқотларимиз сурункали тошсиз холециститда даволаш самарадорлиги баҳолаш бўлиб, бунда тадқиқот гуруҳига жалб қилинган 70 нафар беморлардан 34 нафари (48,5%) беморлар стандарт, анъанавий терапия ва 36 нафар (51,5%) беморлар стандарт давога қўшимча доривор ўсимликлардан олинган, брокколи карами асосида ажратиб олинган Глюкобрасицин дори воситаси билан даво олиб борилди.

Умумий даволаш жараёнида даволаш самарадорлиги биринчи навбатда беморлардаги клиник белгиларни пасайиши ва лаборатор кўрсаткичларнинг нормага яқинлашишига аҳамият берилди.

Муолажавий қўлланган стандарт ва муқобил даво усулларининг терапевтик самарадорлиги натижалари динамикаси сурункали тошсиз холецистит клиник белгиларидан кўп кузатилган ўнг қовурға остида оғирлик ҳисси ва оғрик тимсолида таҳлил қилинганда, стандарт терапия олган 34 нафар асосий гуруҳ беморларида ушбу белги даволашга қадар 30 нафар (88%), Лайкерт шкаласида миқдорий баҳолаганда ($2,32 \pm 0,08$) баллда беморда қайд этилган бўлса, даводан сўнг 5 нафар (11,7%), Лайкерт шкаласида миқдорий баҳолаганда ($0,42 \pm 0,02$) ташкил этди. Айни шу белги алтернатив давода, яъни стандарт давога қўшимча, брокколи карами асосида ажратиб олинган Глюкобрасицин дори воситаси билан даволаш ўтказилган гуруҳда 36 нафар асосий гуруҳ беморларида ушбу белги даволашга қадар 30 нафар (83%), Лайкерт шкаласида миқдорий баҳолаганда ($2,22 \pm 0,06$) баллда беморда қайд этилган бўлса, даводан сўнг 2 нафар (5,5%), Лайкерт шкаласида миқдорий баҳолаганда ($0,32 \pm 0,04$) ташкил этди. Бундан кўриниб туриптики, алтернатив, янги даво киритилган гуруҳдаги беморларда даводан сўнг самарадорлик юқори кузатилган. Сурункали тошсиз холециститда кўп кузатилган навбатдаги белги оғизда аччиқ таъм сезгиси, айнан бу белги ҳам стандарт даво олган беморларимизда 31 (91%) кузатилиб, Лайкерт шкаласида миқдорий баҳолаганда $2,91 \pm 0,04$ ташкил қилган. Даводан сўнг 3 (8,8%) га пасайган, Лайкерт шкаласида баҳолаганда $0,32 \pm 0,04$ га пасайган. Таққослама гуруҳдаги беморларда оғиздаги аччиқ таъм сезгиси 32 (89%) кузатилиб, Лайкерт шкаласида миқдорий баҳолаганда $2,41 \pm 0,02$ ни ташкил этди. Даводан сўнг 1 нафар беморда клиник белги сақланиб қолган 1 (2,7%), Лайкерт шкаласида баҳолаганда $0,12 \pm 0,02$ пасайган. Бошқа клиник симптомлар ҳам тақосланганда алтернатив, стандарт давога қўшимча Глюкобрасицин берилган гуруҳда даво самарадорлиги юқори эканлиги кўриниб турипти (3-жадвал). Ножўя таъсирлари деярли кузатилмади.

Хулоса

Хулоса қилиб, сурункали тошсиз холециститни даволашда брокколи карами асосида олинган дори воситаси билан билан даво самарадорлиги юқори бўлиб, беморларда асоратланиш хавфи камайишига ва ремиссия даври узайишига олиб келди.

Шундай қилиб, илмий изланишнинг ушбу босқичида қўлга киритилган маълумотларга таяниб сурункали тошсиз холецистит муолажасида қўлланилган муқобил даво усулнинг терапевтик самарадорлиги кўлами стандарт даво чора-тадбирларининг айни кўрсаткичларига нисбатан рақобатбардош тарзда намён бўлди. Ушбу рақобатбардош терапевтик самарадорлик, хусусан, клиник белгилардан ўнг қовурға остида оғрик, оғирлик ҳисси, оғизда аччиқ таъм клиник белгиларида янада яққолроқ кузатилди. Шунингдек, муқобил усулнинг қиёсий давога нисбатан қатор устувор жиҳатлари беморларда асоратланиш хавфи камайишига ва ремиссия даври узайишига олиб келди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Стяжкина С.Н.,Перминова М.Л., Хабибрахманова А.Н., Загидулина С.И., Сайфуллина А.Р. Хронический холецистит, этиология и патогенез // Синергия наук. 2017;10:814-817. – URL: <http://synergy-journal.ru/archive/article0372>
2. Rezkallah KN, Barakat K, Farrah A, Rao S, Sharma M, Chalise S, Zdunek T. Acute Acalculous Cholecystitis due to primary acute Epstein-Barr virus infection treated with laparoscopic cholecystectomy; a case report. *Ann Med Surg (Lond)*. 2018 Nov;35:189-191.
3. Diakopoulos, K.N.; Lesina, M.; Wörmann, S.; Song, L.; Aichler, M.; Schild, L.; Artati, A.; Römisch-Margl, W.; Wartmann, T.; Fischer, R.; et al. Impaired autophagy induces chronic atrophic pancreatitis in mice via sex- and nutrition-dependent processes. // *Gastroenterology* 2015;148:626–638.
4. Yamaguchi, M.; Steward, M.C.; Smallbone, K.; Sohma, Y.; Yamamoto, A.; Ko, S.B.; Kondo, T.; Ishiguro, H. Bicarbonate-rich fluid secretion predicted by a computational model of guinea-pig pancreatic duct epithelium. // *J. Physiol*. 2017;595:1947–1972.
5. Weiss, F.U.; Skube, M.E.; Lerch, M.M. Chronic pancreatitis: An update on genetic risk factors. *Curr. Opin. Gastroenterol*. 2018;34:322–329.
6. Moore P.C., Cortez J.T., Chamberlain C.E., Alba D., Berger A.C., Quandt Z., Chan A., Cheng M.H., Bautista J.L., Peng J. et al. Elastase 3B mutation links to familial pancreatitis with diabetes and pancreatic adenocarcinoma. // *J. Clin. Investig*. 2019;29:676–4681.
7. Sankaran, S.J.; Xiao, A.Y.; Wu, L.M.; Windsor, J.A.; Forsmark, C.E.; Petrov, M.S. Frequency of progression from acute to chronic pancreatitis and risk factors: A meta-analysis. // *Gastroenterology* 2015;149:1490–1500.
8. Wilson S.J., Thavanathan R., Cheng W., Stuart J., Kim D.J., Glen P., Duigenan S., Shorr R., Woo M.Y., Perry J.J. Test Characteristics of Emergency Medicine-Performed Point-of-Care Ultrasound for the Diagnosis of Acute Cholecystitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann. Emerg. Med*. 2023;83:235–246. doi: 10.1016/j.annemergmed.2023.09.005.
9. Maddu K., Phadke S., Hoff C. Complications of cholecystitis: A comprehensive contemporary imaging review. // *Emerg. Radiol*. 2021;28:1011–1027. doi: 10.1007/s10140-021-01944-z.

Қабул қилинган сана 20.05.2025