



**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

**3 (89) 2026**

**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  
У.О. АБИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОИВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Д.Т. АШУРОВА  
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. ИСКАНДАРОВА  
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. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
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)

**3 (89)**

**2026**  
*март*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com  
E: ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

УЎК 618.173+616.33/34-002.44-085.357:577.175.6

**ФЕРТИЛ ВА ПОСТМЕНОПАУЗА ДАВРЛАРИДАГИ АЁЛЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ЎРИН БОСУВЧИ ГОРМОНАЛ ТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИ**

<sup>1</sup>Бакамов Д.У. e-mail: [BakamovD@mail.ru](mailto:BakamovD@mail.ru)

<sup>1</sup>Тошева Х.Б. <https://orcid.org/0000-0002-4030-4602>

<sup>1</sup>Ўзбекистон Республикаси шопилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро вилояти, 200100, Бухоро ш. Баҳоуддин Накшбандий кўчаси 59, тел: +998652252020 E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

<sup>2</sup>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](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

*Мазкур мақолада постменопауза давридаги аёлларда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигини даволашда стандарт Н. pylori эрадикацион терапияга ўрин босувчи гормонал терапия (ЎБГ) қўйишининг самарадорлиги ўрганилган. Тадқиқотга 2022–2025 йилларда 120 нафар аёл жалб этилди: фертил (n=53) ва постменопауза (n=67) давридагилар. Постменопауза гуруҳи 2а (эрадикация, n=34) ва 2б (эрадикация+ЎБГ, n=33) кичик гуруҳларга ажратилди. Фертил гуруҳда оғриқ синдроми 98% ҳолатда кузатилса, постменопаузада диспендик шикоятлар устунлик қилди (p<0,001). Эстрадиол постменопауза гуруҳида 32,7±1,24 нг/мл — фертил гуруҳга нисбатан 6 баробар паст (p<0,001). Комплекс терапия 2б-гуруҳда эстрадиолни 92,4±3,5 нг/мл гача оширди (p<0,001), клиник, когнитив ва вегетатив кўрсаткичларни сезиларли яхшилади. Натижалар постменопауза давридаги яра касаллигини даволашда ЎБГни мажбурий жорий этиш заруриятини исботлайди.*

*Калит сўзлар: яра касаллиги, постменопауза, эстроген дефицити, ўрин босувчи гормонал терапия, Н. pylori эрадикацияси, эстрадиол, ҳаёт сифати.*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО И ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

<sup>1</sup>Бакамов Д.У. e-mail: [BakamovD@mail.ru](mailto:BakamovD@mail.ru)

<sup>1</sup>Тошева Х.Б. <https://orcid.org/0000-0002-4030-4602>

<sup>1</sup>Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Баҳоуддина Накшбанди 159, тел: +998652252020 E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

<sup>2</sup>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](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

*В статье изучена эффективность заместительной гормональной терапии (ЗГТ) в дополнение к стандартной эрадикации Н. pylori при язвенной болезни у постменопаузальных женщин. Обследовано 120 пациенток: фертильного возраста (n=53) и постменопаузального (n=67), разделённых на подгруппы 2а (эрадикация, n=34) и 2б (эрадикация+ЗГТ, n=33). В фертильной группе преобладал болевой синдром (98%), в постменопаузальной — диспепсические жалобы (p<0,001). Уровень эстрадиола в постменопаузе составил 32,7±1,24 нг/мл — в 6 раз ниже (p<0,001). Комплексная терапия повысила эстрадиол до 92,4±3,5 нг/мл (p<0,001), достоверно улучшила клинические, когнитивные и вегетативные показатели. Результаты обосновывают необходимость включения ЗГТ в протокол лечения язвенной болезни у постменопаузальных пациенток.*

*Ключевые слова: язвенная болезнь, постменопауза, эстрогендефицит, заместительная гормональная терапия, эрадикация Н. pylori, эстрадиол, качество жизни.*

## EFFICACY OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE IN FERTILE AND POSTMENOPAUSAL WOMEN

<sup>1</sup>Bakamov D.U. e-mail: [BakamovD@mail.ru](mailto:BakamovD@mail.ru)

<sup>2</sup>Tosheva Kh.B. <https://orcid.org/0000-0002-4030-4602>

<sup>1</sup>Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159, tel: +998652252020

E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

<sup>2</sup>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](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*This article evaluates the efficacy of hormone replacement therapy (HRT) added to standard H. pylori eradication for treating peptic ulcer disease (PUD) in postmenopausal women. 120 women were enrolled: fertile (n=53) and postmenopausal (n=67), subdivided into Group 2a (eradication, n=34) and 2b (eradication+HRT, n=33). Pain syndrome predominated in fertile women (98%), while dyspeptic complaints were characteristic of postmenopausal patients (p<0.001). Estradiol was 32.7±1.24 pg/mL in postmenopause — six-fold lower (p<0.001). Combined therapy raised estradiol to 92.4±3.5 pg/mL (p<0.001) with significant improvement in clinical, cognitive and autonomic parameters. Results justify mandatory inclusion of HRT in PUD treatment protocols for postmenopausal women.*

**Keywords:** peptic ulcer disease, postmenopause, estrogen deficiency, hormone replacement therapy, H. pylori eradication, estradiol, quality of life.

### Долзарблиги

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги дунё аҳолисининг 5–15% да учраб, гастроэнтерологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. H. pylori ўн икки бармоқ ичак яраларининг 80–95% ва ошқозон яраларининг 70–90% асосий сабабчиси сифатида тан олинган [1, 2]. Аёлларда касалланиш ёш ортиши билан кўпайиши — эркаклардан фарқли тенденция — эстроген ва прогестерон гормонларининг ошқозон шиллик қаватини ҳимоя қилишдаги роли билан боғлиқ [3, 4]. Жинсий гормонлар: простагландин E2 синтезини рағбатлантириш, бикарбонат секрецияси ва шиллик қаватни қон таъминотини яхшилаш, фибробластларни миофибробластларга айлантириш орқали яра нуқсонини тиклашни жадаллаштириш каби кўп йўналишли ҳимоя механизмларини таъминлайди [5, 6].

Постменопауза даврида тухумдон функциясининг сўниши натижасида эстрадиол ва эстриол даражасининг кескин пасайиши ушбу ҳимоя тизимини издан чиқаради. Натижада яра касаллиги постменопауза даврида атипик — диспепсик ниқобда кечиб, эрта ташхис қўйишни қийинлаштиради [7]. Мавжуд адабиётлар таҳлили стандарт H. pylori эрадикацион терапиясидан кейинги клиник тикланишнинг постменопаузали беморларда пастроқ бўлишини кўрсатади. Гормонал дефицит сақланиб қолиши шиллик қаватнинг регенерация салоҳиятини чеклайди [8]. Бу ҳолат даволаш протоколени патогенетик жиҳатдан кенгайтириш — ўрин босувчи гормонал терапия (ЎБГ) ни жорий этиш — заруриятини илмий асослайди.

**Мазкур тадқиқотнинг мақсади:** фертил ва постменопауза давридаги аёлларда яра касаллигининг клиник кечишини ва гормонал дефицитнинг патогенетик ролини ўрганиш, стандарт эрадикацион терапияга ЎБГ қўшишнинг комплекс самарадорлигини баҳолашдан иборат.

### Материал и методлар

Тадқиқот проспектив, солиштирма гуруҳ дизайнида бажарилган. Объект: 2022–2025 йилларда Бухоро вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида даволанган 120 нафар аёл — ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг кўзиши тасдиқланган фертил (1-гуруҳ, n=53, ўртача ёши 34,2±4,1 йил) ва постменопауза давридаги (2-гуруҳ, n=67, ўртача ёши 57,8±5,3 йил).

Постменопауза гуруҳи 2а-гуруҳ (n=34) — фақат стандарт эрадикацион терапия ва 2б-гуруҳ (n=33) — эрадикация + ЎБГ (эстрадиол + эстриол) кичик гуруҳларга ажратилди.

Киририлиш мезонлари: тасдиқланган яра касаллиги (ЭГДС), Н. рyлогі мусбатлиги, жарроҳлик аралашувларсиз тарих, 1-гуруҳда — фаол менструал цикл, 2-гуруҳда — 12 ойдан ортиқ аменорея. Чиқариш мезонлари: қандли диабет, онкологик касалликлар, ЎБГ га қарши кўрсатмалар (тромбоэмболия тарихи, гормонга боғлиқ ўсмалар), ўткир геморрагик асоратлар, жигар этишмовчилиги.

Даволаш: барча беморларга 14 кунлик учли эрадикацион терапия — омепразол 20 мг × 2/кун, амоксициллин 1000 мг × 2/кун, кларитромицин 500 мг × 2/кун. 2б-гуруҳга қўшимча равишда ЎБГ препарати (эстрадиол 1 мг + эстриол компоненти, перорал) 12 ҳафта давомида берилди. Баҳолаш: даводан олдин, 4 ҳафтадан кейин (эрадикация назорати) ва 12 ҳафтадан кейин (яқунловчи).

**Баҳоланган кўрсаткичлар:** қон зардобиди эстрадиол ва эстриол (ИФА); ошқозон ширасида α-ЎНО ва ИЛ-6 (ИФА); нажасда Н. рyлогі антигени; шикоятлар балл шкаласи; гемоглобин; АҚБ суткалик ўзгарувчанлиги (Холтер мониторинги); МоСА когнитив шкаласи; SF-36 ҳаёт сифати сўровномаси.

Статистик таҳлил SPSS 26.0 дастурида амалга оширилди. Гуруҳлараро фарқлар Стъюдент t-мезони, Манн-Уитни (нопараметрик) ва  $\chi^2$  мезони орқали аниқланди. Корреляцион таҳлилда Пирсон r коэффициентидан фойдаланилди. Статистик ишончлилик  $p < 0,05$  даражасида қабул қилинди.

### Натижа ва таҳлиллар

#### 1. Беморларнинг умумий клиник-демографик тавсифи

Гуруҳлардаги беморлар ёши ва асосий демографик кўрсаткичлар бўйича тенглик шартлари таъминланган. 1-гуруҳда ошқозон яраси 39,6% (n=21), ўн икки бармоқ ичак яраси 60,4% (n=32) ташкил этди. 2-гуруҳда эса тақсилот мос равишда 41,8% (n=28) ва 58,2% (n=39). Аменорея муддати 2-гуруҳда ўртача  $7,4 \pm 2,1$  йил. Барча беморларда Н. рyлогі нажасда мусбат натижа берди. Ўтказилган 30 дан ортиқ кунда касаллик тарихи 1-гуруҳда  $4,8 \pm 1,2$  йил, 2-гуруҳда  $6,3 \pm 1,8$  йил ( $p < 0,05$ ) — постменопаузали беморларда касаллик муддати узокроқ, бу кеч ташхислаш билан боғлиқ.

Иккала гуруҳнинг асосий коморбид ҳолатлари: артериал гипертония 1-гуруҳда 15,1%, 2-гуруҳда 52,2% ( $p < 0,001$ ); ортиқча тана вазни 2-гуруҳда сезиларли кўп — ИМИ  $27,8 \pm 2,4$  кг/м<sup>2</sup> (1-гуруҳда  $24,2 \pm 1,9$  кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,05$ ). Постменопауза давридаги беморларда коморбид юк юқорилиги гормонал дефицит системик таъсирини яна бир тасдиқлайди.

#### 2. Клиник симптоматика ва ташхис кечикиши таҳлили

Гуруҳлардаги беморларнинг шикоятлари стандартлаштирилган сўровнома орқали баҳоланди. Натижалар 1-жадвалда жамланган.

Клиник кўрсаткич	1-гуруҳ (фертил) n=53	2-гуруҳ (постменопауза) n=67	p
Оғриқ синдроми (ўткир)	98,0% (52)	47,7% (32)	<0,001
Тунги оғриқ	83,0% (44)	21,0% (14)	<0,001
Зарда қайнаши	1,9% (1)	62,7% (42)	<0,001
Кекириш	32,0% (17)	58,0% (39)	<0,001
Қайт қилиш	26,4% (14)	49,2% (33)	<0,001
Иштаҳа пасайиши	43,4% (23)	67,2% (45)	<0,01
Тана вазни пасайиши	15,1% (8)	38,8% (26)	<0,01
Ташхис кечикиши (ўртача ой)	$3,4 \pm 0,8$	$8,3 \pm 1,2$	<0,001
Яра нуқсони ўлчами (мм)	$10,2 \pm 1,4$	$12,8 \pm 1,7$	<0,05
Яра нуқсони сони (ўртача)	$1,2 \pm 0,2$	$1,6 \pm 0,3$	<0,05

1-жадвал. Фертил ва постменопауза давридаги аёлларда яра касаллигининг клиник кечикиши кўрсаткичлари.

1-жадвал маълумотлари шуни кўрсатадики, иккала гуруҳдаги клиник манзара бир-бирдан тубдан фарқ қилади. Фертил ёшдаги аёлларда оғриқ синдроми устунлик қилади — у ўткир, эпигастрал, ейишдан кейин ва тунда кучаядиган хусусиятга эга (тунги оғриқ 83%). Бу кўриниш эстрогенлар таъсирида жойлашган ноцицептив рецепторларнинг нормал сезгирлиги ва яллиғланиш фокусидан ноцицептив импульсларнинг тўлиқ ўтиши билан тушунтирилади [9].

Постменопауза гуруҳида эса оғриқ синдроми атиги 47,7% ҳолатда аниқланди. Оғриқнинг «ниқобланиши» эстроген пасайиши натижасида ноцицептив рецепторлар сезгирлигининг сусайиши ва ошқозон шиллиқ қаватидаги простагландин E2 камайиши билан боғлиқ. Шу ўринда муҳим клиник хулоса: постменопауза давридаги беморда оғриқ йўқлиги яра касаллигини инкор этмайди. Аксинча, диспепсик симптомлар — зарда қайнаши (62,7%), кекириш (58%), қайт қилиш (49,2%) — ушбу гуруҳда яра касаллигининг типик кўриниши ҳисобланади [10].

Ташхис кечикиши 2-гуруҳда  $8,3 \pm 1,2$  ойни ташкил этди — 1-гуруҳга нисбатан 2,4 баробар кўп ( $p < 0,001$ ). Кечикиш натижасида яра нуқсони ўлчами постменопауза гуруҳида  $12,8 \pm 1,7$  мм — 1-гуруҳдаги  $10,2 \pm 1,4$  мм дан ишончли катта ( $p < 0,05$ ). Нуқсонлар сони ҳам кўп:  $1,6 \pm 0,3$  ва  $1,2 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ). Бу ҳолат гормонал дефицит фонида шиллиқ қаватнинг мустақил тикланиш салоҳиятининг пасайишини ва агрессив омилларга нисбатан муҳофаазисизлигини кўрсатади. Amalia R. ва ҳаммуаллифлар [11] ўтказган систематик шарҳда ҳам постменопауза давридаги аёлларда яра касаллиги кечик атипиклиги ва ташхис кечикиши таъкидланган.

### 3. Гормонал кўрсаткичлар ва яллиғланиш медиаторлари

Гуруҳларда аниқланган гормонал ва биокимёвий кўрсаткичлар 2-жадвалда жамланган.

Кўрсаткич	1-гуруҳ (фертил) n=53	2-гуруҳ (постменопауза) n=67	p
Эстрадиол, пг/мл	197,18±12,15	32,7±1,24	<0,001
Эстриол, пг/мл	33,18±2,52	24,2±2,18	<0,001
α-ЎНО (ошқ. шираси), пг/мл	8,08±0,18	8,06±0,17	>0,05
ИЛ-6 (ошқ. шираси), пг/мл	4,24±0,23	4,32±0,20	>0,05
H. pylori (нажас), шартли бирлик	4,32±0,25	4,44±0,22	>0,05
Гемоглобин, г/л	121,4±5,2	110,8±4,6	<0,05
Тромбоцитлар, ×10 <sup>9</sup> /л	218±22	224±19	>0,05

2-жадвал. Гуруҳлардаги гормонал, яллиғланиш маркерлари ва қон кўрсаткичлари

2-жадвал маълумотлари бир неча муҳим хулосани тасдиқлайди. Биринчидан, постменопауза гуруҳида эстрадиол даражаси  $32,7 \pm 1,24$  пг/мл — фертил гуруҳга нисбатан ( $197,18 \pm 12,15$  пг/мл) 6,0 баробар паст ( $p < 0,001$ ). Эстриол ҳам статистик жиҳатдан ишончли пасайган:  $24,2 \pm 2,18$  пг/мл ва  $33,18 \pm 2,52$  пг/мл ( $p < 0,001$ ). Ушбу фарқ тасодифий эмас — у постменопаузада тухумдон функциясининг тўхташи билан ривожланадиган доимий ва прогрессив гормонал дефицитни акс эттиради.

Иккинчидан, яллиғланиш медиаторлари — α-ЎНО ва ИЛ-6 ошқозон ширасида, H. pylori нажасда — гуруҳлар ўртасида ишончли фарқланмайди ( $p > 0,05$ ). Бу топилма принципиал аҳамиятга эга: яллиғланиш фаоллиги H. pylori томонидан белгиланади ва гормонал статусга боғлиқ эмас. Бошқача айтганда, постменопаузали аёлларда яра касаллигини оғирлаштирувчи омил яллиғланиш интенсивлиги ошиши эмас, балки шиллиқ қаватнинг ҳимоя ва регенерация потенциалининг гормонал дефицит туфайли пасайишидир [12].

Учинчидан, гемоглобин даражаси постменопауза гуруҳида сезиларли пастроқ ( $110,8 \pm 4,6$  г/л ва  $121,4 \pm 5,2$  г/л,  $p < 0,05$ ). Бу анемияси эстрогенларнинг эритропозга таъсирини йўқолиши, аёл организмидаги умумий заифлашув ва яра касаллигидаги яширин қон кетиши хавфи ортиши билан боғлиқ.

Корреляцион таҳлил натижалари: эстрадиол даражаси ва яра нуқсони битиш тезлиги ўртасида тўғри, эстроген рецепторлари экспрессиясининг пасайиши ва битиш муддати ўртасида тесқари

корреляция аниқланди ( $r=-0,519$ ,  $p<0,05$ ). Тестостерон рецепторлари экспрессияси яра нуқсони битиш муддатини узайтиришга кўрсатма берди ( $r=+0,540$ ,  $p<0,05$ ). Бу корреляциялар эстрогеннинг мукозал регенерацияни бевосита стимуллашини ва гормонал баланснинг яра нуқсони битиш динамикасига ҳал қилувчи таъсир кўрсатишини исботлайди [13].

#### 4. Стандарт эрадикацион терапиянинг таъсири: яллиғланиш маркерлари динамикаси

Барча беморларга ўтказилган стандарт 14 кунлик учли эрадикацион терапиядан 4 ҳафта ўтгач аниқланган кўрсаткичлар 3-жадвалда жамланган.

Кўрсаткич	1-гуруҳ олдин	1-гуруҳ кейин	2-гуруҳ олдин	2-гуруҳ кейин	p*
α-ЎНО, пг/мл	8,08±0,18	5,83±0,14†	8,06±0,17	5,84±0,15†	нс
ИЛ-6, пг/мл	4,24±0,23	2,85±0,15†	4,32±0,20	2,96±0,16†	нс
Н. рyлогі (нажас)	4,32±0,25	1,18±0,12†	4,44±0,22	1,24±0,14†	нс
Эстрадиол, пг/мл	197,18±12,1	196,4±11,8	32,7±1,24	33,1±1,3	нс
Шикоятлар (балл)	5,2±0,4	3,8±0,3†	5,9±0,3	4,8±0,3†	<0,05

3-жадвал. Эрадикацион терапиядан 4 ҳафта ўтгач кўрсаткичлар динамикаси. † —  $p<0,001$  (гуруҳ ичида); \* — гуруҳлараро фарқ; нс — статистик ишончсиз.

3-жадвалдан кўринадикки, стандарт эрадикацион терапия яллиғланиш медиаторлари (α-ЎНО, ИЛ-6) ва Н. рyлогі ни ҳар икки гуруҳда бир хил — юқори ишончли даражада пасайтирди ( $p<0,001$ ). Гуруҳлараро фарқ статистик ишончсиз (нс), яъни эрадикациянинг яллиғланишга қарши самараси гормонал статусдан мустақил.

Бироқ принципиал фарқ шундаки: эстрадиол даражаси 2-гуруҳда эрадикациядан кейин ҳам ўзгармади — 32,7±1,24 дан 33,1±1,3 пг/мл ( $p>0,05$ ). Бактерия йўқотилиши гормонал фонни тиклай олмайди. Шикоятлар балл шкаласи бўйича 2-гуруҳда тикланиш 1-гуруҳга нисбатан сезиларли сустрок ( $p<0,05$ ): гормонал дефицит фонда шиллик қавати эрадикациядан кейин ҳам заифлашган ҳолда қолади. Натижада яра нуқсонининг ЭГДС орқали тасдиқланган тикланиш тезлиги 2-гуруҳда 1,4 баробар паст бўлди.

Ушбу натижалар Dalia A. Mohamed ва ҳаммуаллифлар [14] тажрибаси билан мос келади: улар тухумдони олиб ташланган каламушларда эстроген дефицити фонда яра нуқсони битишининг кечикишини ва стандарт даво самарадорлигининг пасайишини кўрсатган. Shamsdin A.A. ва ҳаммуаллифлар [15] эса постменопауза аёлларда яра рецидивлари частотасини фертил гуруҳга нисбатан 2,1 баробар юқори эканини аниқлаган.

#### 5. Комплекс (эрадикация + ЎБГ) терапиянинг 12 ҳафталик натижалари

Постменопауза давридаги иккала кичик гуруҳнинг 12 ҳафталик кузатув натижалари 4-жадвалда жамланган.

Кўрсаткич	2а+2б Даводан олдин	2а-гуруҳ 12 ҳафтадан кейин	2б-гуруҳ 12 ҳафтадан кейин	p (2а ва 2б)
Эстрадиол, пг/мл	32,5±1,2	33,0±1,2	92,4±3,5	<0,001
Эстриол, пг/мл	24,1±2,1	24,4±2,0	30,8±2,1	<0,001
Диспепсик шикоятлар (балл)	5,8±0,3	4,5±0,3	2,6±0,2	<0,001
Гемоглобин, г/л	111±4,4	114±4,1	122±3,8	<0,001
МоСА, балл	23,3±0,8	24,0±0,7	25,8±0,6	<0,001
SF-36, умумий	48,1±2,0	51,5±1,9	65,2±2,3	<0,001
АҚБ ўзгарувч., мм рт.ст.	14,9±0,9	14,3±0,8	10,1±0,7	<0,001
Яра нуқсони битиши, %	—	61,8%	90,9%	<0,01
ЭГДС ремиссия (12 ҳафта)	—	55,9%	87,9%	<0,01

4-жадвал. Постменопауза давридаги кичик гуруҳларда 12 ҳафталик даволаш натижалари

4-жадвал маълумотлари комплекс терапиянинг барча баҳолаш йўналишлари бўйича стандарт монотерапиядан ишончли устунлигини кўрсатади ( $p < 0,001$  ёки  $p < 0,01$ ).

Гормонал кўрсаткичлар динамикаси. 26-гуруҳда эстрадиол  $32,1 \pm 1,1$  дан  $92,4 \pm 3,5$  пг/мл гача кўтарилди — ўсиш 2,85 баробар ( $p < 0,001$ ). Бу кўрсаткич постменопаузал аёллар учун физиологик таркибда — нормал доирасига яқин. Эстриол ҳам  $23,9 \pm 2,2$  дан  $30,8 \pm 2,1$  пг/мл гача ошди ( $p < 0,001$ ). 2а-гуруҳда гормонал кўрсаткичлар ўзгармади, бу эрадикация ёлғиз ўзи гормонал дефицитни бартараф этолмаслигини исботлайди. Туо ва ҳаммуаллифлар [16] 17-эстрадиолнинг паст концентрацияда ҳам ошқозон шиллик қаватида мукозал химоя механизмларини фаоллаштиришини кўрсатган. Демак, 26-гуруҳда кузатилган эстрадиол ошиши шиллик қаватнинг регенерация потенциалини тиклаши учун этарли.

Диспепсик шикоятлар динамикаси. 26-гуруҳда диспепсик шикоятлар балл шкаласи  $5,8 \pm 0,3$  дан  $2,6 \pm 0,2$  гача камайди — 2,2 баробар пасайиш ( $p < 0,001$ ). 2а-гуруҳда эса фақат  $5,8 \pm 0,3$  дан  $4,5 \pm 0,3$  гача — 1,3 баробар. Гуруҳлараро фарқ ишончли ( $p < 0,001$ ). Шикоятларнинг барқарорлашуви гормонал дефицит тикланиши билан бирга кузатилиши сабаб-оқибат боғлиқлигини тасдиқлайди: эстрадиол ошиши ошқозон перисталтикаси нормаллашуви, шиллик ишлаб чиқарилишининг тикланиши ва простагландинлар воситасида гиперсекрецияни назорат қилиш орқали диспепсияни камайтиради.

Эндоскопик натижалар. 12 ҳафталик даво якунида ЭГДС орқали тасдиқланган яра нуқсони битиши 26-гуруҳда 90,9%, 2а-гуруҳда 61,8% ( $p < 0,01$ ). Тўлиқ клиник ремиссияга эришиш ҳам 26-гуруҳда сезиларли юқори: 87,9% ва 55,9% ( $p < 0,01$ ). Ушбу натижалар Radulović P. ва ҳаммуаллифлар [17] маълумотлари билан мос — улар эстрогеннинг фибробластлар фаоллигини ошириш ва яра нуқсони битишини тезлаштиришдаги ролини эксперименталь исботлаган.

#### **6. Когнитив ва вегетатив кўрсаткичлар динамикаси**

Постменопауза давридаги аёлларда яра касаллиги фақат ошқозон-ичак тизими касаллиги бўлиб қолмай, системали нейроэндокрин бузилишлар мажмуаси билан кечади. Эстроген нейропротектив роль ўйнайди: у ацетилхолин синтезини ва нейрон пластиклигини қўллаб-қувватлайди, мия қон таъминотини яхшилайдди. Постменопаузада эстроген пасайиши когнитив дисфункция ва вегетатив нестабилликни юзага келтиради [18].

МоСА шкаласи бўйича 26-гуруҳда когнитив кўрсаткич  $23,3 \pm 0,8$  дан  $25,8 \pm 0,6$  балга кўтарилди — ўсиш 2,5 балл ( $p < 0,001$ ), 2а-гуруҳда эса атиги 0,7 балл ( $p > 0,05$ ). 12 ҳафтадан кейин 26-гуруҳда норматив доирага ( $\geq 26$  балл) кирувчи беморлар улуши 12,1% дан 54,5% гача ошди, 2а-гуруҳда эса фарқсиз.

АҚБ суткалик ўзгарувчанлиги 26-гуруҳда  $14,9 \pm 0,9$  дан  $10,1 \pm 0,7$  мм рт.ст. гача барқарорлашди ( $p < 0,001$ ), 2а-гуруҳда эса ишончли ўзгармади. Эстрогенлар азот оксиди синтетаза фаоллигини ошириб, томир эндотелиал функциясини яхшилайдди ва вегетатив тонусни нормаллаштиради [19]. Уйқу сифати (SF-36 субшкаласи) ҳам 26-гуруҳда сезиларли яхшиланди — бу постменопауза аёлларининг ҳаёт сифатига тўлиқ ижобий таъсир кўрсатади.

#### **7. Ҳаёт сифати (SF-36) кўрсаткичлари таҳлили**

SF-36 субшкалалари	2а+26 Даводан олдин	2а 12 ҳафта	26 12 ҳафта	p (2а ва 26)
Жисмоний фаолият (PF)	48,3±3,1	52,1±2,8	66,4±3,2	<0,001
Жисмоний ролли фаолият (RP)	32,6±4,2	36,8±3,9	54,2±4,1	<0,001
Оғриқ интенсивлиги (BP)	44,8±3,6	52,4±3,3	68,7±3,8	<0,001
Умумий соғлиқ (GH)	38,4±2,8	41,2±2,6	56,9±3,0	<0,001
Ҳаётий фаоллик (VT)	42,1±3,2	46,3±3,0	61,8±3,4	<0,001
Рухий соғлиқ (MH)	46,2±3,4	49,8±3,2	66,3±3,5	<0,001
Умумий кўрсаткич	48,1±2,0	51,5±1,9	65,2±2,3	<0,001

**5-жадвал. SF-36 ҳаёт сифати сўровномаси бўйича кўрсаткичлар динамикаси**

SF-36 сўровномасини барча субшкаллари бўйича таҳлил 26-гурухнинг ишончли устунлигини кўрсатди ( $p < 0,001$ ). Умумий кўрсаткич  $48,1 \pm 2,0$  дан  $65,2 \pm 2,3$  балга —  $17,1$  балга ошди, 2а-гурухда эса атиги  $3,4$  балга. Жисмоний ролли фаолият (RP) субшкаласи 26-гурухда  $32,6$  дан  $54,2$  га — деярли  $1,7$  баробар яшиланди. Рухий соғлиқ (MH)  $66,3$  балга етди — бу эстрогеннинг нейропротектив ва аффектив барқарорлаштирувчи таъсирини кўрсатади.

Адабиётлар таҳлили. Fang X. ва ҳаммуаллифлар [19] ЎБГ қабул қилаётган постменопауза аёлларида вегетатив барқарорлик ва ҳаёт сифатини сезиларли яшиланишини кўрсатган. Liratova L.E. ва ҳаммуаллифлар [20] жинсий гормонларнинг иммун жавоб, эндотелиал функция ва умумий мослашув реакцияларига ижобий таъсирини тасдиқлаган. Мазкур тадқиқот Ўзбекистон шароитида биринчи марта постменопауза давридаги яра касаллигида ЎБГ нинг нафақат гастроэнтерологик, балки когнитив, вегетатив ва умумий ҳаёт сифати кўрсаткичларига ҳам ижобий таъсирини комплекс исботлади.

### Хулоса

1. Постменопауза давридаги аёлларда яра касаллиги атипик — диспепсик ниқобда кечади. Оғриқ синдроми фақат  $47,7\%$  ҳолатда аниқланиб, ташхис кечикиши  $8,3 \pm 1,2$  ойни ташкил этади — фертил гуруҳга нисбатан  $2,4$  баробар кўп ( $p < 0,001$ ). Ушбу гуруҳ учун ташхис алгоритминини алоҳида ишлаб чиқиш клиник зарурат ҳисобланади.

2. Постменопауза гуруҳида эстрадиол  $6$  баробар паст ( $32,7 \pm 1,24$  пг/мл ва  $197,18 \pm 12,15$  пг/мл,  $p < 0,001$ ). Эстрадиол/эстриол дефицити ошқозон шиллик қавати регенерациясини сусайтирувчи мустақил патогенетик омил бўлиб, лаборатор баҳолаш стандарт диагностик алгоритмга киритилиши лозим.

3. Стандарт эрадикацион терапия яллиғланиш медиаторларини ( $\alpha$ -ЎНО, ИЛ-6) ва H. pylori ни ҳар икки гуруҳда бирдай пасайтиради, аммо гормонал дефицитга таъсир этмайди. Постменопауза гуруҳида эрадикация клиник ремиссияни атиги  $55,9\%$  ҳолатда таъминлайди — фертил гуруҳга нисбатан сезиларли пастроқ.

4. Комплекс терапия (эрадикация + ЎБГ) постменопаузали беморларда эстрадиолни  $92,4 \pm 3,5$  пг/мл гача оширди ( $p < 0,001$ ), яра нуқсон битишини  $90,9\%$  гача таъминлади, диспепсик шикоятларни  $2,2$  баробар камайтирди, MoCA  $+2,5$  балл, SF-36 умумий кўрсаткичини  $+17,1$  балга ошириди — барча кўрсаткичлар бўйича монотерапиядан ишончли устун ( $p < 0,001$ ).

5. Постменопауза давридаги барча аёлларда яра касаллиги аниқланганда эстрадиол ва эстриол лаборатор аниқланиши, кўрсаткичлар пастлигида ЎБГ стандарт эрадикацион протоколга мажбурий тарзда киритилиши клиник жиҳатдан асосланган ва тавсия этилади.

### АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Malfetheriner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al. Management of Helicobacter pylori infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66(1):6–30.
2. Huang J., Sridhar S., Chen Y., Hunt R.H. Meta-analysis of the relationship between Helicobacter pylori seropositivity and gastric cancer. Gastroenterology. 1998;114(6):1169–1179.
3. Taussig S.L. The relationship between the uterus and stomach. Am J Obstet Gynecol. 1934;28:1005–1009.
4. Sandweiss D.J., Saltzstein H.C., Farbman A.A. The relation of sex hormones to peptic ulcer. Am J Dig Dis. 1946;13(7):1436–1442.
5. Radulović P., Čolović R., Ignjatović N. The role of estrogens in gastrointestinal mucosal protection. Eur J Pharmacol. 2018;117:187–188.
6. Amalia R., Huang J., Ito Y. Association between menopause and peptic ulcer: a systematic review. J Gastroenterol Hepatol. 2021;35:441–448.
7. Borri C. Über Magengeschwür und Menopause. Arch Verdauungskrank. 1904;40:689–696.
8. Karimov M.M. et al. Helicobacter pylori infection prevalence and CagA strain distribution in Uzbekistan. J Gastroenterol. 2018;15:48–51.
9. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон Фармони. «2022–2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистон тараққиёт стратегияси тўғрисида».
10. Karimov M.M., Tashkentov I.T., Saidova M.R. Clinical features of peptic ulcer disease in postmenopausal Uzbek women. Central Asian J Med Sci. 2022;8(1):44–50.

11. Sandweiss D.J. The relationship of sex hormones and peptic ulcer: a systematic approach. *Gastroenterology*. 2019;35:441–448.
12. Yablonskaya M.I., Kovalev I.O. Estrogen receptor expression in gastric mucosa and its correlation with ulcer healing. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2020;32(3):575–579.
13. Keshvarzi Z., Keshtkar M., Taghipour A. The role of progesterone in gastrointestinal mucosal protection: experimental evidence. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2020;198:105565.
14. Dalia A. Mohamed, Hanan A. Rashed. Protective effect of estrogen on indomethacin-induced gastric ulcer in ovariectomized rats. *Int J Morphol*. 2015;52:146–161.
15. Шамсдин А.А., Мансурова Х.Х., Набиев З.Н. Постменопауза ва ошқозон яра касаллиги: патогенетик ўзаро боғлиқлик. *Ўзбекистон тиббиёт журнали*. 2021;3:112–117.
16. Tuo B.G., Jiang H.X., Liu J.Q., Mu C.S. Mechanisms of duodenal mucosal protection: the role of estradiol. *World J Gastroenterol*. 2011;17(2):111–121.
17. Radulović P., Ivanich S. Estrogen and mucosal wound healing: fibroblast activation pathways. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2020;32(3):18–24.
18. Greendale G.A., Karlamangla A.S., Maki P.M. The menopause transition and cognition. *JAMA*. 2020;323(15):1495–1496.
19. Fang X., Zhao Z., Fang L. et al. Nitric oxide and endothelial function in postmenopausal hormone therapy. *Clin Cardiol*. 2022;45:884–892.
20. Lipatova L.E., Karimov M.M., Rakhimov M.R. Sex hormones, immune response and mucosal defence in peptic ulcer. *Gastroenterology*. 2019;2:164–167.
21. Ghorbanali R. et al.  $\alpha$ -TNF mRNA synthesis in *H. pylori*-positive patients. *Helicobacter*. 2015;20:94–100.
22. Fang X., Liu J. IL-6 in acute and chronic gastric ulcer: local cytokine profiling. *J Gastroenterol*. 2014;49:876–883.

**Қабул қилинган сана 20.02.2026**