



Республика спорт  
тиббиёти илмий-амалий  
маркази

ISSN 2181-998X



# ТИББИЁТ ВА СПОРТ MEDICINE AND SPORT

2024  
# 2

ТОШКЕНТ

ЎЗБЕКИСТОН МИЛЛИЙ ОЛИМПИА ҚЎМИТАСИ

2024/2

ISSN 2181-998X

РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ  
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ

ТИББИЁТ ВА СПОРТ  
MEDICINE AND SPORT

Тошкент

## **ТАҲРИР ҲАЙЪАТИ**

**Бош муҳаррир**

*т.ф.н. К.К. Сирожитдинов*

**Бош муҳаррир ўринбосари**

*профессор И.Р. Мавлянов*

**Маъсул котиб**

*PhD, к.и.х. Н.Ш. Усмоналиева*

## **Таҳририят аъзолари**

*проф. А.А.Ходжиметов, проф. А.Т. Бабаев,  
проф. А.Х.Аширметов, проф. Ж.А.Ризаев,  
проф. Р.С.Мухамедов, т.ф.д. З.И. Мавлянов*

## **Таҳририят кенгаши**

*Академик Ф.Г.Назиров (Ўзбекистон)*

*Академик А.Л.Аляви (Ўзбекистон)*

*Академик Т.У.Арипова (Ўзбекистон)*

*Академик Г.М.Кориев (Ўзбекистон)*

*Академик Р.Д.Курбанов (Ўзбекистон)*

*Профессор А.И.Икрамов (Ўзбекистон)*

*Профессор Б.Т.Даминов (Ўзбекистон)*

*Профессор Б.А.Поляев (Россия)*

*Проф. Р.М.Маткаримов (Ўзбекистон)*

*Проф. Д.К.Нажмутдинова (Ўзбекистон)*

*Профессор Р.Т.Камилова (Ўзбекистон)*

*Профессор И.Ираситано (Италия)*

*Профессор Ф.И.Хамрабаева (Ўзбекистон)*

*Профессор Л.Н.Туйчиев (Ўзбекистон)*

*Профессор Е.А.Гаврилова (Россия)*

*Профессор Д.М.Сабиров (Ўзбекистон)*

*Профессор И.А.Ахметов (Буюк Британия)*

*Профессор Ш.А.Боймурадov (Ўзбекистон)*

*Профессор Б.Г.Гафуров (Ўзбекистон)*

*Профессор Т.А.Абдуллаев (Ўзбекистон)*

## СОДЕРЖАНИЕ

### СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

|   |    |
|---|----|
| <b>АЛГОРИТМ ОТБОРА ПЕРСПЕКТИВНЫХ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ВЕЛОСПОРТОМ</b><br>Мавлянов И.Р., Таралева Т.А., Абляимов Р.Т., Махмудов Д.Э., Парпиев С.Р.                    | 6  |
| <b>ТУРЛИ ЁШДАГИ СПОРТЧИЛАРДА ЭНЕРГИЯ САРФИНИ КУЗАТИШ ВА ҲАҚИҚИЙ ОВҚАТЛАНИШИНИ БАҲОЛАШ</b><br>Усмоналиева Н.Ш., Турдиалиев Ш.Х.  | 11 |
| <b>МОРФО - ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ПАРАДЗЮДО</b><br>Саттарова Д. Б., Усманходжаева А.А., Таралева Т.А.  | 15 |
| <b>ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ У СПОРТСМЕНОВ-ЮНИОРОВ</b><br>Абдулхаева Д.Р.                        | 17 |
| <b>ЁШ СУЗУВЧИ СПОРТЧИЛАР ЮРАК - ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИ ТУРЛИ ЖИСМОНИЙ ФАОЛИЯТЛАРГА МОСЛАШУВИ</b><br>Тешабает М.Г., Мавлянов И.Р.  | 20 |
| <b>ЦИКЛИК СПОРТ ТУРЛАРИ СПОРТЧИЛАРИНИ ЧУҚУРЛАШТИРИЛГАН ТИББИЙ КЎРИКЛАРИДА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯНИНГ ЎРНИ</b><br>Усмоналиева Н.Ш., Парпиев С.Р., Газиева З.Ю., Ералиева Г.А. | 23 |
| <b>РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ПРЕИМУЩЕСТВА И ПОКАЗАНИЯ</b><br>Маткаримов А.О., Хаялиев Р.Я.   | 28 |
| <b>ИНДИКАТОРЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПОРТСМЕНОВ-МУЖЧИН, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИМ СТАТУСОМ</b><br>Рахимова Н.М.            | 32 |

### СПОРТИВНАЯ И ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ

|  |    |
|--|----|
| <b>ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАР ТЕМПЕРАМЕНТ ВА АСАБ ТИЗИМИ ТИПЛАРИ ОРАСИДАГИ БОҒЛИҚЛИК</b><br>Мавлянов И.Р., Мавлянов С.И., Мавлянов З.И., Усмоналиева Н.Ш. | 36 |
|--|----|

### КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

|   |    |
|---|----|
| <b>TUG'MA ANOMALIYALI BOLALAR HAYOT TARZIDA JISMONIY FAOLLIKNING O'RNI</b><br>Azizova F.L., Tulyaganova D.S.  | 41 |
| <b>BOLALARDA UCHRAYDIGAN GLOMERULONEFRITGA ZAMONAVIY QARASHLAR</b><br>Kurbanova D.R., Abdullayeva M.M.  | 44 |
| <b>BOLALARDA PNEVMONIYADA QON TARKIBINING BA'ZI KO'RSATKICHLARINI BAHOLASH</b><br>Satibaldiyva N. R.  | 48 |
| <b>NEFROTİK BELGILI GN BO'LGAN BOLALARDA IMMUNOLOGİK KO'RSATKICHLAR DINAMİKASI VA LIMFOTROP DAVOLASHNI ASOSLASH</b><br>Xudoyqulov E.A., Tursunova M.U.  | 52 |
| <b>СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ</b><br>Абдуллажанов Б.Р., Ботиров А.К., Ахмадбеков Б.О., Отакузиев А.З., Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А.                       | 57 |
| <b>КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ФК II</b><br>Дадабаева Н.А., Мухсимова Н. Р., Носиржоновна М.Б.   | 66 |
| <b>ИССЛЕДОВАНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТКАНИ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ К НЕЙТРОН-ЗАХВАТНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ IN VITRO</b><br>Ким А.А., Кулабдуллаев Г.А., Джураева Г.Т., Кадырбеков Н.Р., Бекназаров Х.Ж., Кадырбеков Р.Т., Мавлянов И.Р. | 69 |
| <b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАТОГЕНЕЗА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ</b><br>Миррахимова М.Х., Нишанбаева Н.Ю., Икрамова Ш.Н.   | 74 |



## NEFROTİK BELGILI GN BO'LGAN BOLALARDA IMMUNOLOGİK KO'RSATKICHLAR DINAMİKASI VA LIMFOTROP DAVOLASHNI ASOSLASH

Xudoyqulov E.A., Tursunova M.U.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Toshkent, O'zbekiston.

## ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЛИМФОТРОПНОСТЬ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГН ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Худойкулов Э.А., Турсунова М.У.

Ташкентская медицинская академия Ташкент, Узбекистан.

## DYNAMICS OF IMMUNOLOGICAL PARAMETERS AND LYMPHOTROPY IN CHILDREN WITH NEPHROTIC SIGN OF GN JUSTIFICATION OF TREATMENT

Khudaikulov E.A., Tursunova M.U.

Tashkent Medical Academy Tashkent, Uzbekistan.

**Rezyume.** Boshqaruvchi immun sistemada immunomodulyatorlar yuqori konsentratsiyasini hosil qilish imkoniyati va bu bilan immun javob tezlashishi - ularni limfotrop yuborishga asos bo'ladi. GN ni immunomodulyatsiyalovchi terapiyasida limfotrop usulni qo'llay turib biz bu usul limfa sistemasini immunomodulyatorlar - immunomodulin bilan to'yintirish va bu bilan effektivlikni oshishiga harakat qildik. Albatta limfa sistemasini immunomodulin bilan to'yintirish uchun biz to'qimaga yuborilganda preparat so'rilishi va limfa sistemaga o'tishini oshiruvchi sharoitlar yaratdik.

**Kalit so'zlar:** Immunitet, timus, immunoregulyator, O'RVİ, tonzillit, adenoidit, timozin, timopoetin, timalin, T-aktivin, timus gumoral faktori.

**Резюме.** Возможность образования высоких концентраций иммуномодуляторов в контролирующей иммунной системе, а вместе с ней и ускорение иммунного ответа - основа для их лимфотропного введения. Применяя лимфотропный метод в иммуномодулирующей терапии ГН, мы постарались, чтобы этот метод насыщал лимфатическую систему иммуномодуляторами - иммуномодулином и тем самым повышал эффективность. Конечно, чтобы насытить лимфатическую систему иммуномодулином, мы создали условия, которые увеличивают абсорбцию препарата и его прохождение в лимфатическую систему при введении в ткани.

**Ключевые слова:** Иммуитет, тимус, иммунорегулятор, ОРВИ, тонзиллит, аденоидит, тимозин, тимопоэтин, Тималин, Т-активин, гуморальный фактор тимуса.

**Resume.** The possibility of the formation of high concentrations of immunomodulators in the controlling immune system, and with it the acceleration of the immune response, is the basis for their lymphotropic administration. Using the lymphotropic method in immunomodulatory therapy of GN, we tried to ensure that this method saturates the lymphatic system with immunomodulators - immunomodulin and thereby increases efficiency. Of course, in order to saturate the lymphatic system with immunomodulin, we have created conditions that increase the absorption of the drug and its passage into the lymphatic system when injected into tissues.

**Key words:** immunity, thymus, immunoregulator, ARVI, tonsillitis, adenoiditis, thymosin, thymopoietin, Thymalin, T-activin, humoral factor of thymus.

Immunitet buzilishlarini maqsadga muvofiq yo'naltirilgan korreksiya yo'llarini ishlab chiqarish amaliy tibbiyotning birinchi navbatdagi vazifalaridan biri hisoblanadi. Zamonaviy talablarga immunokompetent hujayralar alohida subpopulyasiyaiga ta'sir qiluvchi vosita va usullarni izlash bilan yondoshish javob beradi. Ayniqsa immunoregulyator limfotsitlarga, ularni tanlab faollashtiruvchi yoki susaytiruvchi vosita va usullar muhimdir.

Hozirgi paytda davolash preparatlarining yangi sinfi - timus omillarini ishlab chiqarish va klinik amaliyotga tadbiiq etish bo'yicha ishlar olib borilmokda. Bu jumla ostida timus epiteliy hujayralari tomonidan ishlab chiqariluvchi, gormon tabiatli moddalarning keng guruhi tushunilib, ular T-hujayralarning etilishi va funksional faolligiga bevosita ta'sir qiladi.

Ma'lum sharoitlarda ayrisimon bezi olib tashlangan organizmda ekzogen timus faktorlari timusning funksiyasini to'liq bajarishi mumkinligi aniqlangan. SHuningdek qaramollardan olingan timus preparatlarini, odamdagi turli immunotanqislik holatlarini davolashga imkon berdi [15,

16].

Shuni ta'kidlash lozimki, tekshiruvchi olimlar tomonidan ajratib olishning turli xil usullari va har-xil manbalar ishlatilgani uchun, olingan substratlar bir-biridan biokimyoviy jihatdan farkdanadi va timozin, timopoetin, timalin, T-aktivin, timus gumoral faktori, o'zimizda yaratilgan immunomodulin kabi turlicha nomlarga ega.

Timus faktorlarining muhim o'ziga xos tomoni shuki ular faqat antigen stimulg javoban sintezlanib qolmay timus tomonidan doimiy sintezlanib turadi. Bu guruh preparatlarining yana bir afzallik tomoni ular butunlay zararsiz bo'lib bu tabiiy manbaga va molekulyar vazni kichikligi sababli allergenlik xususiyati yo'kdir.

Timus ekstraktlari ta'sir mexanizmi ostida ularning immunogenezni turli bosqichlariga ya'ni T-hujayralarning T-1 hujayralarga aylanishi, T-1 hujayralarning etilishi va ularning T-2 hujayralarga, hamda immunokompetent hujayralarning transformatsiyasi yotadi.

T-limfotsitlar etilishi natijasida subpopulyasiyalarga - T-xelperlar, T-supressorlar, T-killerlarga shakllashadi, ular o'z navbatida gormonal immunitet funksiyalarini boshqaradi.

Biz tomonimizdan ayrisimon bez gormon immunomodulin T-hujayralarning xelperlik va supressorlik faolligi orasidagi muvozanatni boshqarishi anikdangan (1-2- jadvallar).

Biz o'tkazgan klinik-immunologik kuzatishlar, bakterial sensibilizatsiyadan kelib chiquvchi GN ni patogenezini ko'proq USST (IV chi tipi) va immunitet T-sistemasi depressiyasi ahamiyatli bo'lgan infeksiyon-allergik deb hisoblashga imkon beradi.

Ko'pchilik bolalarda GN tipik belgilarining paydo bo'lishidan oldin respirator traktidagi kasalliklarning qaytalanishi kuzatiladi (O'RVI, tonzillit, adenoidit), bular qaytalanuvchan kechishga ega bo'lib, bola organizmining bakteriyalarga sensibilizatsiya qiluvchi manba deb hisoblanadi. Barcha GN bilan kasallangan bolalar tekshirilganda respirator trakt yoki karies tishlarning bo'lishi, o'choqli infeksiya o'rni borligi anikdanadi. GN ning qaytalanishi o'zining og'irligi bilan bazis terapiyaga yomon beriluvchanligi tufayli ko'p hollarda glyukokortikoid va immunodepressiv terapiyaning tavsiya etilishi bilan ajralib turadi.

Immunomodullashtiruvchi terapiyani olmagan nefrotik sindromli o'tkir GN bilan bolalarda miqdori va immunoregulyator indeks SD-4, SD-8 nisbati orasida kuchli teskari korrelyasion bog'lanish kuzatiladi ( $g=-0,758$ ).

O'Sh ning NS bilan kasallangan bemorlarda immunomodullarning kasallikni klinik kechishi va

immunologik ko'rsatkichlarga ta'sirini ko'rib chiqamiz. Preparatni limfotrop yo'l bilan xudsi parenteral, bemorlardagi doza va sxema bo'yicha yuborildi. Preparatning terapevtik va immunologik effekti ham xuddi shunday baholanadi. Katamnez kuzatuv 1, 5 yil davomida olib borildi.

Immunomodulin kasallikning har xil klinik ko'rinishida va qaytalanishi davrida bolalarga berildi. 52 bemordan 25 tasida qaytalanishlar kasallikning birinchi 10-12 oyida 1 marta kuzatildi, bemorlarning 27 tasida qaytalanish 1 yil davomida 1 martadan ko'p bo'lgan.

Immunomodulinning qaytalanuvchan O'SH terapiyasida ishlatilishi 70-85% bolalarda a'lo va yaxshi natijalarga olib keldi. Bu holdagi buyrak jarayonlarining stabilanishi, hujayra va gumoral immunitetning musbat dinamikasi bilan kechdi (4.3.1 jadval).

Tajribalarning ko'rsatishicha, bolalardan immunologik ko'rsatkichlarni immunomodulin bilan limfotrop davolashdan 1 oydan so'ng T-limfotsitlar, SD-4, SD-8, LNK-16, IgS NFA oshishi kuzatildi. Shu yo'l bilan birga buyrak ABL, SD-19, IgA, IgM, SIK lar konsentratsiyasining pasayishi kuzatildi. Tekshirishlarning 3-6 oylar va 1-1, 5 yildan so'nggi ko'rsatkichlari ham hujayra, ham gumoral immunitetning yosh normasiga mosligini ko'rsatdi, ya'ni T-limfotsit, SD-4, SD-8, LNK- 16, NFA larning oshishi va SD-19, buyrak ABL, AIK larning pasayishidir.

**Limfotrop davolashda O'GN ni NS da immun ko'rsatkichlari dinamikasi**

*1-jadval*

| Immunologik ko'rsatkichlar | Sog'lom bolalar | Kasal bolalar (p=30) |                     |               |               |                |                  |
|----------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|---------------|---------------|----------------|------------------|
|                            |                 | davolanishdan oldin  | davolanishdan so'ng |               |               |                |                  |
|                            |                 |                      | 1 oydan so'ng       | 3 oydan so'ng | 6 oydan so'ng | 1 yildan so'ng | 1, 5 y.dan so'ng |
| sd-z limfotsitlar%         | 60, 14±2, 94    | 41, 8±2, 3*          | 53, 6±1, 74**       | 57, 6±2, 4**  | 58, 4±2, 8**  | 58, 6±2, 6**   | 57, 2±0, 54**    |
| SD-4 (xelperlar)%          | 39, 42±1, 64    | 24, 5±0, 8*          | 30, 6±1, 2          | 33, 8±1, 6**  | 36, 2±1, 44** | 37, 4±1, 8**   | 38, 1±1, 76**    |
| SD 8 (supr lar) %          | 20, 56±2, 18    | 13, 6±0, 61*         | 16, 4±0, 62**       | 18, 8±0, 52** | 19, 4±0, 46** | 19, 8±0, 58**  | 19, 6±0, 54**    |
| SD-19 (V- limfots.)%       | 7, 16±0, 26     | 9, 7 ±0, 3*          | 9, 2 ±0, 2*         | 8, 4 ±0, 3**  | 7, 82±0, 2**  | 7, 64±0, 3**   | 7, 78±0, 1**     |
| LNK-16 % (TK-killer)       | 9, 24±0,45      | 7, 4 ±0, 2*          | 8, 6 ±0, 32         | 9, 1 ±0, 26** | 9, 0 ±0, 3**  | 8, 8 ±0, 26    | 8, 7 ±0, 2       |
| Buyrak ABL %               | 1, 0±0, 03      | 9, 8 ±0, 1*          | 5, 1 ±0, 2          | 3, 2 ±0, 1    | 2, 3 ±0, 06** | 1, 8 ±0, 04**  | 1, 6 ±0, 04**    |
| l&.M g/l                   | 0, 9±0, 03      | 1, 68±0, 06*         | 1, 2 ±0, 04         | 1, 1 ±0, 02** | 1, 2 ±0, 02** | 1, 14±0, 03    | 1, 2 ±0, 03      |
| l&.Sg g/l                  | 9, 4±0, 2       | 8, 4±0, 3*           | 9, 1±0, 06          | 9, 2±0, 08    | 9, 0±0, 3     | 8, 8±0, 05     | 8, 7±0, 1        |
| l\$.A g/l                  | 1, 08±0, 04     | 1, 02±0, 06*         | 1, 24±0, 02         | 1, 12±0, 03   | 1, 16±0, 01   | 1, 2 ±0, 03**  | 1, 3 ±0, 01      |
| AIK ed.                    | 52, 24±2, 0     | 91, 8±3, 64*         | 72, 8±3, 4          | 61, 4 ±3, 7   | 56, 6 ±2, 2** | 55, 3±2, 8**   | 56, 4±2, 4**     |
| NFA %                      | 52, 2±1, 35     | 48, 1±2, 4*          | 49, 6±2, 8          | 50, 4±3, 1    | 49, 8±2, 6    | 50, 6±2, 2     | 50, 2±2, 4       |

Klinik yaxshilanish shishlarning kamayishi, o'tkir buyrak belgilari - dizuriya ko'pincha anuriya ko'rinishida kamayishi bilan namoyon bo'ldi.

Shunday qilib, NS li O'GN ni limfotrop immunomodulin bilan davolash bakterial va polivalent sensebilizatsiyaga bog'liq bo'lgan bu kasallikda shu vaqtgacha ishlatilmaganligi uni patogenetik jihatdan to'g'riligini ko'rsatdi.

Immunomodulinning nisbatan yaxshi ko'tara olish bu preparatni GN bilan kasallangan bolalarda uchrovchi immunitetning T-sistemi depressiyasida ishlatishga imkon beradi. Immunomodulinning katta dozalarini tavsiya etish to'g'ri emas, chunki uning ta'siri etarli nozikbioretulyator mexanizmlardan iborat bo'lib, faqatgina juda ehtiyotlik bilan

korreksiyalovchi ta'sirga erishish mumkin.

Eksperimental tekshiruvlarning ko'rsatishicha, immunomodulyatorlarni katta dozalarda va intensiv davolash sxemalarida qo'llash, teskari immunodepressiv ta'sir ko'rsatar ekan. Bizning rejada immunomodulinning tavsiya qilish prinsipimiz quyidagi holatdan kelib chiqdi, ya'ni u T-limfotsitlarning umumiy soni 55% dan past va davolanish kurslari orasidagi vaqt davomiyligi 1-3 oydan kam bo'lgan hollarda qayta buyuriladi.

Immunomodulinlashtiruvchi va biostimullovchi preparat sifatida immunomodulinni musbat natijalar bilan hisobga olib, surunkali GN ning nefrotik shakli bilan kasallangan va immuniteti etishmovchiligi kuzatilayotgan bolalarda

ishlatildi. Retrospektiv tahlillarning ko'rsatishicha bu kontingent bemorlarda kasallikning qaytalanishi yiliga 1 va undan ortikdir. Bu bolalar uzoq vaqt 4 tarkibli sistema bo'yicha uzoq vaqt davolanishgan, bunga glyukokortikoidlar, xinolin preparatlari va immunodepressantlar kiradi. Biroq, ko'rsatilayotgan davolash choralariga qaramasdan bemorlar holatining yaxshilanishi kuzatilmagan. Bu bolalarda bazis davolashni davom ettirish foydasiz deb topildi. Maxsus, bazis davolash natijalariga ko'ra boshqa guruxdagi bolalarga ham quyidagilar nohush ta'sir ko'rsatgan: ( $g=-0,65$ ) - kasallikni erta boshlanishi, ( $g=-0,45$ ) nasliy moillik, ( $g=-0,36$ ) - LOR a'zolarining yondosh kasalliklari. SHuni ta'kidlash joizki, 65% kasal bolalarda limfotrop davolanishgacha kasallik 3 yildan ortiq davom etgan.

Biroq, bizning ma'lumotlarga ko'ra kasallikning davomiyligi jarayon og'irligiga bog'liq bo'lmagan.

Immunomodulinning ko'rsatilgan doza va sxema bo'yicha limfotrop yo'l bilan kiritishimiz umumiy limfotsitlarning sezilarli miqdorda tiklanishi 1, 3 oy davolashdan so'ng ( $R<0,01$ ), buning aksariyat qismining ko'payishi SD-4 va SD-8 lar hisobiga bo'ladi (4.3.3 jadval). Bu preparatlarni T-supressorlarni AT sintezini

ingibirlash faoliyatini tiklashda deb bilamiz, chunki ularning etarli miqdori va funksional faolligi, AT larni (IgO), buyrak kanalchalari, koptokcha apparati BM larini, sabab-oqibat allergenlariga, AG lariga nisbatan normal immunokompleks hosil qilinishiga, va ularning nisbatan adekvat giperproduksiyasiga olib keladi.

Asosiy immunoregulyator hujayralarning me'yorlashishi bilan birga LNK-16, IgG, NFA larning ishonchli birlamchi past ko'rsatkichlarining ko'tarilishi kuzatiladi.

Surunkali GN ning nefrotik shakli bilan kasallangan bolalarda immunomodulinning ishlatilishi kasallik kechishiga ijobiy ta'sir ko'rsatdi. Bu holat buyrak jarayonlarining faolligini tezda remissiyaga uchrashi, katta miqdorda a'lo va yaxshi natijalarni, katta guruhlariga nisbatan olinishi bilan aks ettirildi (4.3.2 rasm). Preparatning ijobiy ta'siri bemor umumiy ahvolidagi yaxshilanishi, O'RVI lar uchrashining kamayishi, interkurrent kasalliklarda ham sezilarli darajada kasallik remissiyasining uzayganligi bilan xarakterlanadi. Ijobiy klinik dinamika olingan a'lo va yaxshi natijalar bilan immunomodulinning limfotrop ishlatilishi orasidagi ishonchli korrelyasiya ( $g=0,625$ ) orqali tasdiqlandi.

**Limfotrop davolashda SGN ni NSH da immun ko'rsatkichlari dinamikasi**

2-jadval

| Immunologik ko'rsatkichlar | Sog'lom bolalar | Kasal bolalar (n=28) |                     |               |               |                |                  |
|----------------------------|-----------------|----------------------|---------------------|---------------|---------------|----------------|------------------|
|                            |                 | davolanishdan oldin  | davolanishdan so'ng |               |               |                |                  |
|                            |                 |                      | 1 oydan so'ng       | 3 oydan so'ng | 6 oydan so'ng | 1 yildan so'ng | 1,5 yildan so'ng |
| SD-3 limfotsitlar %        | 60, 14±2, 94    | 39, 3±1, 4*          | 54, 9±2, 6**        | 55,2±2, 6     | 57,4±2, 4     | 56, 8±2, 6**   | 56, 3±2, 6**     |
| SD-4 (xelperlar)%          | 39, 42±1, 64    | 26, 4±0, 7*          | 32, 8±1, 7**        | 34,1±1, 6*    | 35,6±2, 1     | 34, 7±1, 8     | 34, 5±1, 52**    |
| SD 8 (supr lar) %          | 20, 56±2, 18    | 14, 1±0, 56*         | 17, 6±0, 42**       | 18,3±0, 34    | 8,8±0, 84     | 18, 4±0, 62**  | 18, 2±0, 46**    |
| SD-19 (V-limfots.) %       | 7, 16±0, 26     | 10, 6±0, 2*          | 8, 6 ±0, 3          | 8,5 ±0, 2*    | 8,2 ±0, 3     | 7, 9 ±0, 2**   | 7, 9 ±0, 3       |
| LNK-16% (TK-killer)        | 9, 24±0,45      | 7, 2 ±0, 2*          | 8, 0 ±0, 2          | 8,6 ±0, 3*    | 8,9 ±0, 42    | 8, 4 ±0, 2**   | 8, 5 ±0, 4       |
| Buyrak ABL %               | 1, 0±0, 03      | 9, 5 ±0, 3*          | 8, 9 ±0, 26*        | 5,8 ±0, 2     | 4,5 ±0, 2     | 4, 1 ±0, 16    | 3, 2 ±0, 1**     |
| IgM g/l                    | 0, 9±0, 03      | 1, 64±0, 1           | 1, 28±0, 07         | 1,14±0, 04    | 1,0 ±0, 03    | 1, 12±0, 05    | 1, 18±0, 06**    |
| IgO g/l                    | 9, 4±0, 2       | 7, 9±0, 3*           | 8, 7±0, 08*         | 9,1±0, 1      | 8,9±0, 06     | 8, 4±0, 1*     | 8, 1±0, 1*       |
| IgA g/l                    | 1, 08±0, 04     | 1, 68±0, 1*          | 1, 52±0, 06         | 1,3 ±0, 1     | 1, 44±0, 08   | 1, 5 ±0, 1*    | 1, 46±0, 1*      |
| AIK ed.                    | 52, 24±2, 0     | 95, 6±3, 1*          | 74, 2±3, 6          | 69,4 ±2, 8*   | 66,8 ±2, 6    | 64, 2±2, 4     | 63, 8±2, 6       |
| NFA %                      | 52, 2±1, 35     | 44,1±2,8             | 47, 4±2, 6*         | 48,5±2, 4*    | 49,1±2, 8     | 50, 2±1,8**    | 49, 3±1, 46      |

Past klinik-immunologik effektga ega bo'lgan bolalar 3, 6 oy, 1 yil, 1,5 yilda immunomodulin bilan qayta davolanish kurslarini olishdi. Bu bolalarning dinamikada kuzatilishi limfotrop va immunomodullashgan terapiya orqali qayta kurslarning maqsadga muvofiqqligini ko'rsatdi.

Shunday qilib, immunomodulin bilan davolash fonida gumoral immunitetga boshqaruvchi ta'sir ko'rsatadigan T-limfotsitlar miqdorining ortishi va funksional faoliyatining tiklanishi kuzatildi.

Bir vaqtning o'zida shu bosqich davomida taqqoslash guruhidagi bolalardan, davriy ravishda antigistamin, spazmolitik, antimediyator terapiya oluvchilarda o'zgarishlar bo'lmadi (3.2, 3.5 jadvallar).

Hujayraviy immunitetni 6 oy, 12 oydan keyin tekshirilganda immunologik samarasiga erishish 81, 3%

bolalarda aniqlandi. Bu son ostiga SD-3, SD-4, SD-8, LNK-16, buyrak ABL soni, sog' bolalardagi ko'rsatkichlarga yaqin bo'lgan bolalar kiritilgan. Bu davrga kelib T- limfotsitlarning LT-4, LT-8 yig'indisiga nisbati yuqori edi, ya'ni sd-3

> 1 birlik SD-4+SD-8 ma'lumki bunday bolalar a'lo, yaxshi, qoniqarli klinik samaraga (85, 72%) ega bo'lgan bolalarning katta foizini tashkil etgan. 18, 9% ni tashkil qilgan bolalar tarkibiga immunologik samarasi past, sog' bolalar ko'rsatkichi darajasiga etmagan va 1, 5 yil davomida tekshiruvlardan so'ng ham past darajada qolganlar kiradi. Past immunologik samaraga ega bo'lgan bolalarning 8, 1% ida klinik samaraga erishildi.

Olingan ma'lumotlar SGN NSH sining qaytalanish davridagi gumoral immunitetning yaqqol o'zgarishlari fonida kuzatildi. Kasallikning avj olishi vaqtida IgM, IgA

va AIK ning oshishi yaqqol misoldir. IgM, IgA larning limfotrop terapiya jarayonida qatnashishi me'yorlanishga moyillik tug'dirsa, va SIK konsentratsiyasini me'yorida pasayishiga moyillik tug'diradi. IgO va T hujayralarning xelper faolligi orasida korrelyativ bog'likdik bor ( $g=0, 45$ ) - bu IgS sintezi va T-xelperlar faolligi (SD-4) yuqumli agentga qarshi himoyani bir tomonlama yo'naltirilganligidan dalolat beradi. Oxirgi vaqtlarda o'tkir va cho'ziluvchan GN lardagi larning spektri intensiv o'rganilmokda. lar sistemasida o'zgarishlar - o'tkir yallig'lanishning cho'ziluvchan va surunkali holatga o'tishida asosiy sabab deb hisoblanmokda. Biroq, bu o'zgarishlar etarlicha ziddiyatli. Mualliflardan biri me'yordagi yoki katta bo'lmagan pasayish bilan O'GN sog'ayish davriga kelganda larning oshishini ko'rsatgan. Boshqa tekshiruvlar natijalari esa O'GN da lar sinflarining me'yordaligini va qaytalanish turida esa ularning pasayishi haqida dalolat beradi.

Gumoral immunitet bo'yicha olingan natijalarni hozirgi kundagi adabiyot ko'rsatkichlariga to'g'ri mutanosibligini topa olmadik, tabiiyki, bugungi kunga kelib, GN ning o'tkir va surunkali kechishida gumoral immun javobning buzilishi mexanizmiga javob yo'q. SHu bilan birga biz tekshirgan bemorlardan olingan AIK ning ortishi axboroti asosida quyidagi fikrga keldik, ya'ni immunitetning gumoral zvenosi GN ning cho'ziluvchan va surunkali kechishining shakllanishida o'rni kichik emasligini ko'rsatdi. Bunday xulosaga kelishimizda biz bemor qon zardobidagi lar mikdorining kamayishi natijasida patologik immun komplekslarning hosil bo'lishiga asoslandik.

Ayniqsa, bizning bemorlar kasallik dinamikasida topilishi, ularning yuqori konsentratsiyasi, xususan, bizning bemorlar shok organlarida yig'ilishi, koptokchalar BM sida AIK va orasida butun kasallik davomida kuchsiz korrelyasion bog'liqlik borligi aniqlandi ( $g=0, 32$ ) bu bir tomondan bu omillarni ularni infeksiya agentga qarshi organizmning bir tomonlama umumiy himoyasiga qo'shilishidan dalolat bersa, ikkinchi tomondan patologik immun komplekslarni hosil bo'lishdagi bog'liqlikni ko'rsatadi. SHuni aytish joizki, patologik AIK ning hosil bo'lishida, bizning ma'lumotlar ham tasdiqlagan immunitetning T zvenosi etishmovchiligi bilan ham bog'liq.

Shunday qilib, GN ning nefrotik shaklida umum qabul qilingan terapiya bizning ma'lumotlarimizdan va adabiyotlardan ma'lum bo'lishicha, to'la qimmatli davolash effektini ko'rsatmaydi, ya'ni GN jarayonida hosil bo'luvchi hujayra va gumoral immuniteti biokimiyo ko'rsatkichlar disbalansini yo'qotmaydi. Bu holat yuqorida keltirilgan o'zgarishlarni korreksiya qilish uchun an'anaviy kompleks terapiyaga limfotrop davolashni ham qo'shish maqsadga muvofikdir. Ma'lumki, GN ni limfotrop davolash sohasida yutuqlarimiz sezilarli darajada, lekin bu holatni argumentlash va tahlil qilish kerak. Bu hollarning ba'zi birlari bilan sizlarni dissertatsiyaning keyingi xulosalarida tanishtiramiz.

#### Adabiyotlar ro'yhati:

1. Аверьянова Н.И. Распространенность кристаллурии и возможные факторы риска дисметаболических нефропатий у детей, проживающих в Свердловском и Мотовилихинском районах г. Перми // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии». – Пермь, 2013. – С. 58–62.

2. Аверьянова Н.И. Лечение и профилактика рецидивов пиелонефрита с кристаллурией у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т. – 61. – № 6. – С. 104–108.

3. Алботова Л.В., Агранович Н.В., Лихачева А.П., Класова А.Т., Пилипович Л.А. Почечная дисфункция у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом и роль цистатина С в её ранней диагностики // Вестник молодого учёного, 2020 - №2 –С.41-46.

4. Алексеев А.В., Гильманов А.Ж., Гатиятуллина Р.С., Ракипов И.Г. Современные биомаркеры острого повреждения почек // Практическая медицина. - 2014. - № 3 (79). - С. 22-27.

5. Андрусев А.М., Перегудова Н.Г., Шинкарева М.Б., Томилина Н.А. Заместительная терапия терминальной хронической почечной недостаточности в российской федерации 2014–2018 г.г. О.О.О.Н. «Российское Диализное Общество»; 2019.

6. Атауллаханов Р.И., Гинцбург А.Л. Иммуитет и инфекция: динамичное противостояние живых систем // Педиатрия. – Москва, 2005. - № 4. - С. 47-61.

7. Ахмеджанова Н.И. Оптимизация диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей. Автореф. дисс...д.м.н. Ташкент, 2019. 33стр.

8. Ахмеджанова Н.И., Ахматов А., Ахматова Ю.А., Махмудов Х., Хусенова Ф. Совершенствование диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей. Вестник врача. Самарканд, 2019. - №4. - С.24-28.

9. Ахмеджанова Н.И., Махмудов Х., Хусенова Ф. Новые методы диагностики и лечения хронического пиелонефрита у детей. European Science Review Austria/ -Vienna, 2019. -№9-10.-P.26-29.

10. Ахундова А.А. Определения состояния канальцевого эпителия почек у маловесных новорожденных с ишемической нефропатией // Казанский медицинский журнал, 2019. - №6. – С.877-884.

11. Вялкова А.А. Актуальные проблемы тубулоинтерстициального поражения почек у детей // Педиатрия. – 2009. – Т. 87. – № 3. – С. 122– 127.

12. Вялкова А. А. Диагностика тубулоинтерстициальных хронических болезней почек // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 5. – С. 88.

13. Вялкова А.А. Инфекция мочевой системы у детей в XXI веке // Оренбургский медицинский вестник. – 2016. – № 2 (14). – С. 49–56.

14. Вялкова А.А. Инфекция мочевой системы у детей: современные аспекты этиологической диагностики и лечения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – Т. – 62. – № 1. – С. 99–108.

15. Вялкова А.А. Современные представления о тубулоинтерстициальных нефропатиях и концепция хронической болезни почек в педиатрической нефрологии // Педиатрия. – 2008. – Т. 87. – № 3. – С. 129–131.

16. Вялкова А.А. Оптимизация диагностики вторичного тубулоинтерстициального поражения почек у детей // Педиатр. – 2011. – Т. II. – № 1. – С. 8.

17. Глыбочко П.В., Морозов Д.А., и др. Цитокиновый профиль крови и мочи у детей с обструктивными уропатиями // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2010. №2. С. 52-57.



18. Горшкова Е.Г., Кривич М.Б. Цистатин С – ранний маркер снижения функции почек // *Здравоохранение Дальнего Востока*, 2017. - №4. – С.109-111.
19. Доровских В.А. Антиоксидантная терапия в клинической практике. Метод. рекомендации для врачей. Под редакцией. Благовещенск. 2012. 118 стр.
20. Длин В.В. Дисметаболические нефропатии у детей // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2012. – Т. 58. – № 5. – С. 36–45.
21. Длин В.В. Дисметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кристаллурией // *Эффективная фармакотерапия*. – 2013. – № 42. – С. 8–16.
22. Еремеева А.В., Длин В.В., Корсунский А.А., Орехова С.В. Клиническая и диагностическая значимость определения липокалина-2, ассоциированного с нейтрофильной желатиназой, в моче у детей с микробно-воспалительными заболеваниями почек и мочевых путей // *Нефрология*. – 2015. - № 6. – С. 60-65.
23. Mirraximova, M. X., and N. Yu Nishanbaeva. "Night of atopic dermatitis in children komorbid laboratory-immunological properties." *IMRAS* 6.6 (2023): 301-306.
24. Mirraximova M., Kh M. M., Nishanbaeva N. Y., Kasimova M. B. Psychosomatic relationships in atopic dermatitis // *International Journal of Education, Social Science & Humanities*. FARS Publishers, Impact factor (SJIF). – Т. 6. – С. 734-738.
25. Nishonboeva N. Genining polimorfizmi atopik dermatitda // *Farg'ona davlat universiteti*. – 2023. – №. 1. – С. 137-137.