

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМий ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.04/30.09.2020.Tib.123.01 РАҚАМЛИ ИЛМий КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**МАХМУДОВА ЛОЛА ИЗЗАТИЛЛОЕВНА**

**ТУРЛИ ТИПДАГИ ИЧАК ТАЪСИРЛАНИШ СИНДРОМИНИНГ  
МИКРОЭЛЕМЕНТЛАР НОМУТАНОСИБЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР  
ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ**

**14.00.05 - Ички касалликлар**

**ТИББИЙ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**УРГАНЧ -2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Махмудова Лола Иззатиллоевна**

Турли типдаги ичак таъсирланиш синдромининг микроэлементлар номутаносиблиги бўлган беморлар ҳаёт сифатига таъсирини баҳолаш..... 3

**Махмудова Лола Иззатиллоевна**

Оценка влияния различных типов синдрома раздраженного кишечника на качество жизни больных с микроэлементным дисбалансом..... 23

**Makhmudova Lola Izzatilloevna**

Assessment of the influence of different types of irritable bowel syndrome on the quality of life of patients with microelement imbalance..... 43

**Эълон қилинган ишлар рўйхати**

Список опубликованных работ  
List of published works..... 47

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
PhD.04/30.09.2020.Tib.123.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**МАХМУДОВА ЛОЛА ИЗЗАТИЛЛОЕВНА**

**ТУРЛИ ТИПДАГИ ИЧАК ТАЪСИРЛАНИШ СИНДРОМИНИНГ  
МИКРОЭЛЕМЕНТЛАР НОМУТАНОСИБЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР  
ҲАЁТ СИФАТИГА ТАЪСИРИНИ БАҲОЛАШ**

**14.00.05 - Ички касалликлар**

**ТИББИЙ ФАНЛАР БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)  
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

**УРГАНЧ -2021**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2020.3.PhD/Tib1405 рақам билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида ([www.urgfiltma.uz](http://www.urgfiltma.uz)) ва «ZiyoNet» ахборот-таълим порталида ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)) жойлаштирилган.

**Илмий раҳбар**

**Абдуллаев Равшанбек Бабажонович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Расмий оппонентлар**

**Каримов Мирвасит Мирвасикович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Нурбаев Фармон Эргашович**  
тиббиёт фанлари доктори, доцент

**Етакчи ташкилот**

**Самарқанд давлат тиббиёт институти**

Диссертация ҳимояси Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали ҳузуридаги PhD.04/30.09.2020.Tib.123.01 рақамли Илмий кенгашининг 2021 йил «\_\_»\_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: Хоразм вилояти, Урганч шаҳар, Ал-Хоразмий кўчаси, 28-уй. Тел./факс: +99862 224-84-84.)

Диссертация билан Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (\_\_ рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: Хоразм вилояти, Урганч шаҳар, Ал-Хоразмий кўчаси, 28-уй. Тел./факс: +99862 224-84-84.)

Диссертация автореферати 2021 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ да тарқатилди.  
(2021 йил «\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси)

**Р.Ю. Рузибаев**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори

**З.Ф. Джуманиязова**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари номзоди, доцент

**О.О. Жаббаров**

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, доцент

## КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурияти.** Бугунги кунда ичак таъсирланиш синдроми энг кўп ташхис қўйиладиган ошқозон-ичак тракти касаллиги бўлиб, гастроэнтерология клиникаларига мурожаат қилишнинг энг тарқалган сабаби ҳисобланади. Ичак таъсирланиш синдроми тарқалиши «...2012 йилда нашр этилган мета-таҳлилда қатъий танлов мезонларига кўра, умумий сони 260 960 беморни ташкил этган 80 та клиник синовларни ўз ичига олган ҳолда 11,2% ни ташкил этган. Беморларнинг 12-15% шифокорга мурожаат қилади. Жануби-Шарқий Осиёда унинг тарқалиши 7%, Европада 20%, Жанубий Америкада 21% ни ташкил этади. Ихтисослашган касалхоналарда ҳазм тизими касалликлари, шу жумладан ичак таъсирланиш синдроми билан касалланганлар сони 41-45% га этади, аёллар орасида ИТС билан касалланиш эркакларга нисбатан юқори фоизларни ташкил этиб келмоқда...»<sup>1</sup>. Шу сабабли, касалликнинг тиббий ва ижтимоий аҳамияти нафақат кенг тарқалганлиги, балки касалликнинг ҳаёт сифатига таъсирининг юқорилиги туфайли иқтисодий зарар билан белгиланадиган тиббиётдаги ечими топилиши зарур бўлган жиддий муаммо ҳисобланади.

Дунёда ИТСнинг патогенетик ривожланиш хусусиятларини ўрганиш ва даволаш-профилактика тадбирларини такомиллаштиришга қаратилган кенг қамровли илмий изланишлар олиб борилмоқда. Бу изланишлар ушбу касаллик келиб чиқиши билан мойиллик қилувчи омилларнинг боғлиқлигини, турли хавф омилларининг касаллик клиник кечишига, беморларнинг руҳий-ҳиссий хусусиятлари ва ҳаёт сифатига таъсирини баҳолашдан иборат. Ушбу паталогияда организмдаги кимёвий элементлар мувозанатини ўрганиш, даволаш усулларини такомиллаштириш мақсадида клиник белгиларга асосланган ҳолда касалликнинг клиник оғирлик даражасини аниқловчи мезонлар ишлаб чиқиш ва жорий этишга қаратилган янги ёндашувни асослаш ҳамда шу касалликдан келиб чиқадиган асоратларнинг олдини олиш чораларни белгилаш зарурлиги алоҳида аҳамият касб этади.

Республикамизда тиббий хизматларни яхшилаш мақсадида аҳоли орасида учрайдиган гастроэнтерологик касалликларни эрта аниқлаш, тарқалишини камайтириш, самарали даволаш ва олдини олишга қаратилган қатор вазифалар юклатилган. Шу жумладан, соғлиқни сақлаш тизимини янада такомиллаштириш мақсадида «...мамлакатимизда аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек, тиббий стандартлаштириш тизимини шакллантириш, ташхис қўйиш ва даволашнинг юқори технологик усулларини жорий қилиш, патронаж хизмати ва диспансеризациянинг самарали моделларини яратиш орқали, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва касалликларни профилактика қилиш...»<sup>2</sup> каби вазифалар белгиланган. Ушбу вазифаларни

<sup>1</sup> Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10: 712–21.

<sup>2</sup> Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги 5590-сонли «Соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги фармони

амалга ошириш, гастроэнтерологик беморларда келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтиришга қаратилган профилактик чора – тадбирларни ишлаб чиқиш, замон талабларига жавоб берадиган технологияларни қўллашни такомиллаштириш, асосий касаллик кечишини олдиндан аниқлаш сифатини яхшилаш, беморларнинг яшовчанлиги ва соғайиши, организмдаги микроэлементлар ҳолатига баҳо бериш ичак таъсирланиш синдроми билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилашга имкон беради.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3071-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолисига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2018 йил 18 декабрдаги ПҚ-4063-сон «Юқумли бўлмаган касалликлар профилактикаси, соғлом турмуш тарзини қўллаб-қувватлаш ва аҳолининг жисмоний фаоллиги даражасини ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги қарорлари ҳамда мазкур соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

**Тадқиқотнинг республикада фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мослиги.** Ушбу тадқиқот республика фан ва технологияларини ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Ичак таъсирланиш синдроми патогенези мураккаб (Ford A.C., et al., 2014). Тиббиёт ходимларининг диққатини тез тез шифокорга мурожаат қиладиган, инвазив текширувларга берилувчан ва "қийин беморлар" тоифасига кирадиган "ИТС-беморлар"и жалб қилади (Canavan C., et al., 2014). Ҳозирги кунда рефрактерлик тушунчасини ИТС белгиларининг 6 ойдан ортиқ бўлган доимий аломатлар ёки йилида 32 ҳафта давомида сақланиши изоҳлайди. "ИТС-беморлар" атамаси беморларнинг ушбу тоифасини тавсифлайди. ИТСнинг кечишида ижтимоий омиллар ва ҳамроҳ касалликларнинг борлиги муҳим ўрин тутди (Sperber A.D., et al., 2014; Stanghellini V., et al., 2016; Galvez-Sanchez C. M., et al., 2019). ИТСда ижтимоий омилларни қабул қилишнинг ўзгариши ва психологик ҳолатнинг ўзига хос хусусиятлари тасвирланган (Hausteiner-Wiehle C., et al., 2014; Thakur E.R., et al., 2015).

"Рим IV" консенсусининг сўнгги қайта кўриб чиқилиши (2016) ИТС учун вақт мезонини ва диагностик мезонларини аниқлади - охириги 3 ой ичида ҳафтада камида бир марта қорин бўшлиғидаги такрорий оғриқлар, 2 ёки ундан ортиқ белгилар/омиллар билан боғлиқ: ҳожатга чиқиш; ҳожатга чиқиш сонининг ўзгариши; нажас шаклининг ўзгариши. Бундан ташқари, анамнез маълумотларини сўнгги 6 ой ёки ундан кўпроқ вақт ичида, мунтазам клиник текширув пайтида аниқ анатомик ва физиологик чекланишлар бўлмаган тақдирда қайд этиш лозим (Мартынов, А.И., 2010; Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А., 2016).

ИТС билан оғриган беморларни даволаш касалликни келтириб чиқарувчи омиллари ва ривожланиш механизмлари индивидуал бўлганлиги сабабли қийинчилик туғдиради. ИТС учун муҳим хавф омиллари куйидагилардир: аёл жинси (хавф 4 баравар юқори); ёш (30-40 ёшгача); яшаш жойи (мегаполислар); таълим (олий, гуманитар); касбий мансублик (ақлий меҳнат билан шуғулланувчи ишчилар ва маданият ходимлари); ижтимоий муҳит (тўла қонли оила бўлмаганлар, болалар уйлари); ижтимоий қўллаб-қувватлашнинг паст даражаси (Ивашкин В.Т. ва ҳаммул., 2017).

Сўнгги йиллардаги кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатадики, болаларда учрайдиган касалликлар орасида ҳазм тизими касалликлари кўпроқ фоизни ташкил этади, улар орасида ҳазм тизими юқори қисмлари яллиғланиш касалликлари етакчи ўринни эгаллайди: сурункали гастрит, гастродуоденит. Бундан ташқари, ошқозон-ичак трактининг шиллиқ қаватида яллиғланиш бўлган болалар ва ўспиринларда қон зардобининг кимёвий элементлар таркибини ўрганиш, аксарият ҳолларда антиоксидант хусусиятларга эга элементлар этишмаслигини кўрсатди: селен (Se), рух (Zn) йод (I) (Шагиахметова Л.В., 2009). Кимёвий элементар ҳолатига баҳо бериш учун ўрганилаётган нутриент юқори миқдорда қайси тўқимада тўпланиши ва қайси шаклда топилганлиги ҳақида маълумотга эга бўлиш керак, чунки кимёвий муҳим элементларнинг тўпланиши уларнинг биокимёвий вазифалари билан узвий боғлиқ (Гресь Н.А. ва ва ҳаммул., 2013).

Шундай қилиб, юртимизда олиб борилаётган ишлар аҳоли орасида хавф омиллари ва ичак таъсирланиш синдроми шаклланишининг асосий этиопатогенетик механизмларини ўрганишни тақозо этади, ҳамда уларнинг кенг тарқалиши ва жиддий рухий-ҳиссий бузилишлар сабабли алоҳида аҳамиятга эга. Адабиётлардаги маълумотлардан келиб чиққан ҳолда организмдаги кимёвий элементлар ҳолати ҳақида фикр юритиш учун сочлардаги - Se, Ca, Mg, Si, Na, Fe, Mn, Cr, Zn ва бошқа бир қатор муҳим элементларни ўрганишдан иборат.

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот иши режаси билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (03.2019. PhD 079-сон) «Бухоро худуди иссиқ иқлими шароитида организмнинг патология олди ва патологик ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш» (2017–2021) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқот мақсади** микроэлементлар номуносивлиги мавжуд бўлган ичак таъсирланиш синдромида касалликнинг клиник кечиши, беморлар рухий-ҳиссий ҳолати ва ҳаёт сифатини баҳолашдан иборат.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ичак таъсирланиш синдроми билан беморларнинг клиник-анамнестик хусусиятларидаги худудий фарқларини аниқлаш;

ичак таъсирланиш синдроми кечиш оғирлигини белгиловчи клиник-анамнестик баҳолаш тизими ишлаб чиқиш;

ичак таъсирланиш синдроми билан беморларда организмдаги ҳаётий зарур ва токсик кимёвий элементлар мувозанати ўзгаришларини асослаш;

микроэлементлар номуносаблиги мавжуд ва мавжуд бўлмаган беморларда касалликнинг оғирлик даражасини, рухий-ҳиссий хусусиятларини ва ҳаёт сифати ўзгаришларини аниқлаш;

микроэлементлар номуносаблиги мавжуд бўлган беморларда стандарт ва коррекцияловчи даволашнинг ҳаёт сифатига таъсирини аниқлаш.

**Тадқиқот объекти** сифатида 2017-2019 йилларда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази гастроэнтерология бўлимида стационар даволаниш курсини ўтган ичак таъсирланиш синдроми билан касалланган 82 нафар бемор таҳлил натижалари олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида беморларнинг капилляр қони, венос қони ва зардоби, нажас ва соч толаси олинган.

**Тадқиқот усуллари.** Тадқиқотни бажаришда умумий клиник, биокимёвий, микроэлемент (гамма-спектрометрия), инструментал (ЭГДФС, колоноскопия), сўровномалар (Цунг тести, GSRS ва MOS SF-36, Мориски-Гринь, КАШ сўровномалари) усулларидан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгилиги** қуйидагидан иборат:

ичак таъсирланиш синдромида мойиллик қилувчи омиллардан ижтимоий омилларнинг устунлиги билан ажралиб турувчи ҳудудий фарқлар асосланган;

илк маротаба ичак таъсирланиш синдроми кечиш оғирлигини белгиловчи клиник-анамнестик мезонлар ва баҳолаш тизими ишлаб чиқилган;

ичак таъсирланиш синдроми бўлган беморлар организмда ҳаётий зарур элементлардан Са, Mg, Fe, Zn, Cu, I, Mn, Со танқислиги ва P, Se миқдори ошиши билан тавсифланадиган номуносаблик ривожланиши исботланган;

ичак таъсирланиш синдромининг кечиш оғирлиги, бемор ҳаёт сифати рухий ва жисмоний кўрсаткичларининг намоён бўлиши организмдаги ҳаётий зарур ҳамда токсик микроэлементлар номуносаблик даражасига мос равишда ўзгариши асосланган;

микроэлементлар номуносаблиги билан кечувчи ичак таъсирланиш синдроми бўлган беморларда коррекцияловчи терапияни қўллаганда даво самардорлиги ошиши ва ҳаёт сифати яхшиланиши исботланган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

Ичак таъсирланиш синдромида касалликнинг оғирлик даражаси, рухий-ҳиссий хусусиятлар ва ҳаёт сифатини баҳолаш учун микроэлементларни аниқлашнинг тизимли диагностикасидан фойдаланиш тавсия этилган;

микроэлемент номуносаблиги мавжуд ичак таъсирланиш синдроми билан беморларда даво самардорлигини ошириш ва ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида коррекцияловчи даволашдан фойдаланиш тавсия этилган;

ичак таъсирланиш синдромида ишлаб чиқилган клиник-анамнестик мезонлар ва баҳолаш тизими касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун ишончли мезон бўлиб хизмат қилиши асосланган.



**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** назарий ёндашувлар ва усулларни тадқиқотда қўллашнинг тўғрилиги, текширувларнинг аниқлиги, ичак таъсирланиш синдроми билан касалланган беморларнинг етарли танлов ҳажми, клиник-анамнестик, биокимёвий, инструментал маълумотлардан олинган рақамли маълумотларга асосланган замонавий статистик усуллардан фойдаланиш, халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар, шунингдек назарий ва амалий тадқиқотларнинг етарлилиги ва амалий бажарилишидан олинган натижалар билан таққослаш ва оқилона баҳолаш орқали асосланади.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти ичак таъсирланиш синдромида мойиллик қилувчи омилларни ҳудудий хусусиятларини баҳолаш, касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун клиник-анамнестик мезонлар ва баҳолаш тизимини жорий қилиш, микроэлементлар номутаносиблиги мавжуд беморларда руҳий-ҳиссий хусусиятлар ва ҳаёт сифати ўзгаришларининг мос келиши ҳамда коррекцияловчи даволаш самарадорлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ичак таъсирланиш синдромида касалликнинг оғирлик даражаси, руҳий-ҳиссий хусусиятлар ва ҳаёт сифатини баҳолаш учун микроэлементларни аниқлашнинг тизимли диагностикаси, микроэлемент номутаносиблиги мавжуд ичак таъсирланиш синдроми билан беморларда ҳаёт сифатини яхшилаш мақсадида коррекцияловчи даволашдан фойдаланиш, ичак таъсирланиш синдромида ишлаб чиқилган клиник-анамнестик мезонлар ва баҳолаш тизими касалликни оғирлик даражасини аниқлаш учун ишончли мезон сифатида ишлатилиши билан изоҳланади.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** Ичак таъсирланиш синдромида организмдаги кимёвий элементларнинг тизимли диагностикасини ўтказиш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

ичак таъсирланиш синдромида минтақавий хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда ҳаёт сифати ўзгаришларини эрта ташхислаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Ичак таъсирланиш синдроми турли шаклларида беморларнинг клиник-психологик ҳолати ва ҳаёт сифатини ташхислашнинг янги усули» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 18 майдаги 8н-д/161-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома ичак таъсирланиш синдромида беморларнинг руҳий-ҳиссий ҳолати ва ҳаёт сифати бузилишларини эрта ташхислаш ҳамда уларни олдини олиш имконини берган;

ичак таъсирланиш синдромида организмдаги кимёвий элеменлар мувозанати бузилишларини эрта ташхислаш бўйича илмий тадқиқотнинг натижалари асосида ишлаб чиқилган «Ичак таъсирланиш синдроми турли шаклларида кимёвий элементлар мувозанати бузилишини ташхислашнинг янги усули» номли услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 18 майдаги 8н-д/161-сон маълумотномаси). Ушбу услубий тавсиянома ичак таъсирланиш синдромида беморлардаги

микроэлементлар номуносивблигини эрта босқичларида аниқлаш имконини берган;

Ичак таъсирланиш синдромида беморларнинг рухий-ҳиссий ҳолати ва ҳаёт сифати ҳамда микроэлементлар мувозанати бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан Республика шошилиқ тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Жондор туман тиббиёт бирлашмаси, Бухоро туман тиббиёт бирлашмаси, Шофиркон туман тиббиёт бирлашмаси, Бухоро шаҳар 9- ва 3- сон оилавий поликлиникалар амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 6 августдаги 08-09/9726-сон маълумотномаси). Олинган натижаларни амалиётга тадбиқ этиш диагностика сифатини оширишга, касалликнинг ривожланиш хавфини ва оғирлигини башорат қилишга, касалхонада бўлиш муддатини қисқартиришга ва шу билан беморларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имкон яратган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий анжуманларда, улардан 3 таси халқаро, 1 та республика илмий амалий анжуманларида муҳокама қилинган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 18 илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини нашр этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан, 4 таси республика ва 6 таси хорижий журналларда чоп этилган.

**Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми.** Диссертация кириш, бешта боб, хулоса, амалий тавсиялар ҳамда фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан таркиб топган. Диссертация ҳажми 120 саҳифадан иборат.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Тадқиқотнинг **кириш** қисмида олиб борилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурияти, мақсади ва вазифалари асосланган, тадқиқот объекти ва предмети тавсифланган, тадқиқотларнинг республикада илм ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, ишнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари ифодаланган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти яққол ёритилган. Тадқиқотдан олинган натижаларни соғлиқни сақлаш амалиётига тадбиқ қилиш бўйича маълумотлар келтирилган, чоп этилган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар келтириб ўтилган.

Диссертациянинг биринчи бобида «**Ичак таъсирланиш синдроми келиб чиқиш механизмлари, рухий-ҳиссий хусусиятлари, ҳаёт сифати ва микроэлементлар ҳолатига замонавий қарашлар**» адабиётлар таҳлили тақдим этилган: ичак таъсирланиш синдромининг (ИТС) таснифи ва диагностикаси, клиник ва патогенетик жиҳатлари тўғрисида замонавий маълумотлар назарий жиҳатлари таҳлил қилинди ва ИТСда организмдаги кимёвий элементлар тизимли диагностикасини ўрганишга бағишланган тадқиқотлар тизимлаштирилган. Ўрганилаётган муаммо бўйича адабиёт

маълумотлари асосида батафсил ўрганишни талаб қиладиган бир қатор масалалар аниқлаштирилган, ишнинг долзарблиги ва танланган мавзуни янада ўрганиш зарурлиги асосланган.

Диссертациянинг иккинчи бобида «**Ичак таъсирланиш синдромида организмдаги микроэлементлар ҳолати, беморлар рухий-ҳиссий хусусиятлари ва ҳаёт сифатини баҳолаш усуллари**» клиник материалнинг умумий тавсифи, лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари ўз ичига олган маълумотлар келтирилган. Диссертация асосига 2017-2019 йилларда Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази гастроэнтерология бўлимида стационар даволаниш курсидан ўтган ИТС билан касалланган 82 беморни клиник текширишлари киритилган бўлиб, назорат гуруҳи жинси ва ёши жиҳатидан асосий гуруҳга мос келадиган, анамнезида ошқозон-ичак тизими касалликлари бўлмаган ва колоноскопия пайтида йўғон ичак шиллик қавати ўзгаришсиз сифатида баҳоланган 20 нафар кўнгилли кишилардан ташкил топган.

Беморларнинг жинси ва ёшини ҳисобга олган ҳолда тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган. Тақдим этилган материалдан кўришиб турибдики, беморларнинг ёш даражаси 18 дан 45 ёшгача бўлган. ИТС билан оғриган беморлар икки гуруҳга бўлинди: ИТСнинг норефрактер (ИТСн – 35 бемор) ва рефрактер (ИТСр – 47 бемор) кечиши. Клиник аломатларнинг ифодаланганлигига қараб беморлар ИТСн-д (диарея) – 21 нафар (25,6%), ИТСн-қ (қабзият) – 14 нафар (17%), ИТСр-д – 28 нафар (34,2%) ва ИТСр-қ – 19 нафар (13,2%)га ажратилган (1-жадвал).

#### 1-жадвал

#### Ичак таъсирланиш синдроми билан оғриган беморларнинг жинс ва ёшга қараб тақсимланиши

| Текширилувчи гуруҳлар            | Жинс  |      |     |      | Ўртача ёш   | Касаллик давомийлиги (йил) |
|----------------------------------|-------|------|-----|------|-------------|----------------------------|
|                                  | Эркак |      | Аёл |      |             |                            |
|                                  | n     | %    | n   | %    |             |                            |
| ИТСн-д (n = 21)                  | 11    | 52,4 | 10  | 47,6 | 30,8 ± 1,6  | 3,4 ± 0,4                  |
| ИТСн-қ(n = 14)                   | 6     | 42,9 | 8   | 57,1 | 30,9 ± 2,3  | 5,5 ± 0,7                  |
| ИТСр-д (n = 28)                  | 15    | 53,6 | 13  | 46,4 | 34,6 ± 1,3* | 4,1 ± 0,3                  |
| ИТСр-қ(n = 19)                   | 9     | 47,4 | 10  | 52,6 | 35,0 ± 1,9* | 5,6 ± 0,4                  |
| Назорат гуруҳи (соғлом) (n = 20) | 12    | 60,0 | 8   | 40,0 | 29,3 ± 1,03 |                            |

Изоҳ: ИТСн-д - диарея устунлиги билан билан кечувчи норефрактер ИТС; ИТСн-қ - қабзият устунлиги билан билан кечувчи норефрактер ИТС; ИТСр-д - диарея устунлиги билан билан кечувчи рефрактер ИТС; ИТСр-қ - қабзият устунлиги билан билан кечувчи рефрактер ИТС (\*-p<0,05).

Беморларни текшириш умумий кўрув, шикоятларни баҳолашни, анамнезга оид маълумотларни тўплаш ва ИТС ривожланиш хавф омилларини аниқлашни ўз ичига олган. Барча ўлчовлар бир хонада, куннинг бир вақтида амалга оширилди. Барча беморлар умумий клиник ва биокимёвий лаборатор текширувларнинг стандарт тўпламидан ўтдилар: умумий қон текшируви,

умумий сийдик текшируви, копрологик таҳлил, ахлатни дисбактериозга текшириш, биокимёвий қон текшируви (билирубин, аланин аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза). Шу билан бир қаторда, барча беморлардан организмдаги кимёвий элементлар тизимли диагностикаси учун соч намуналари олинди. ЭГДФС, колоноскопия текшириш усуллари ўтказилган.

Кимёвий элементларнинг тизимли диагностикаси Canberra Industries Inc., (АҚШ) аппаратида ўтказилди. ЭГДФС «FUGINON. FUGI FILM EPX-2500» (Япония) фирмасининг FUGI FILM-EG-530PF эндоскопик ускунаси ёрдамида амалга оширилган. Колоноскопия «FUGI FILM-EG-530FL» (Япония) колоноскоплари ва улар учун асбоблар тўплами ёрдамида амалга оширилган. Ахлатни дисбактериозга текшириш “Беморларни бошқариш протоколи, ичак дисбактериози”, ЎзР ССВ 25.12.2017 №777 буйруғи билан тасдиқланган 202-гиббий ҳужжат шаклида белгиланди. Бундан ташқари Мориски-Грин сўровномаси, Цунг тушкунлик тести, MOS SF-36 ва GSRS сўровномалари, кўрув аналог шкаласи (КАШ)дан фойдаланилган. Тадқиқот натижалари Windows XP учун SPSSv.15.0 (2007) ва MSExcel дастурий таъминот тўплами ёрдамида статистик ишловдан ўтказилган.

Диссертациянинг учинчи бобида **«Шахсий изланишлар натижалари. Ичак таъсирлашиш синдроми турли типиди беморларнинг клиник-анамнестик, рухий-ҳиссий хусусиятлари, микроэлемент ҳолати ва ҳаёт сифати хусусиятлари»** баён қилинган. ИТСда мойиллик қилувчи омилларнинг ҳудудий фарқлари, касалликнинг клиник кечиш оғирлиги, ичак микрофлораси ўзгаришлари, тушкунлик даражаси ва ҳаёт сифати кўрсаткичлари келтирилган. Беморларнинг ўртача ёши  $33,2 \pm 0,8$  ёшни, назорат гуруҳидагилар эса  $29,3 \pm 1,02$  ёшни ташкил этган.

Касалликнинг норефрактер тури (ИТСн) 35 нафар (42,6%) беморда кузатилган. Улардан 21 нафари (60%) диарея устунлиги билан (ИТСн-д): шу жумладан, 11 нафари эркак (52,4%) ва 10 нафари аёл (47,6%). 14 нафар (40%) беморларда қабзият устунлиги билан (ИТСн-қ): шу жумладан, 6 нафари эркак (42,8%) ва 8 нафари аёл (57,2%). Беморларнинг ёши 18 ёшдан 45 ёшгача, ўртача  $30,82 \pm 1,31$  ёшни ташкил этган.

Касалликнинг рефрактер тури (ИТСр) 47 нафар (57,4%) беморда кузатилган. Улардан 28 нафари (59,6%) диарея устунлиги билан (ИТСр-д): шу жумладан, 15 нафари эркак (53,6%) ва 13 нафари аёл (46,4%). 19 нафар (40,4%) беморда қабзият устунлиги (ИТСр-қ) бўлган ИТС ташхиси қўйилган: шу жумладан, 9 нафари эркак (47,4%) ва 10 нафари аёл (52,6%). Беморларнинг ёши ўртача  $34,95 \pm 1,04$  ёшни ташкил этган.

ИТСнинг бошланиш ёши тўғрисидаги маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

ИТСнинг норефрактер турида касаллик бошланиш ёши  $24,14 \pm 0,54$  ёш: ИТСн-д билан -  $21,9 \pm 0,3$  ёш, ИТСн-қ билан -  $27,6 \pm 0,5$ . Касалликнинг кечки бошланиши ИТС умумий беморларига нисбатан ИТСн-қ билан аёлларда ( $28,6 \pm 0,5$ ) қайд этилган ( $p < 0,05$ ).

**2-жадвал**

**Ичак таъсирланиш синдроми турли типда касаллик бошланиш ёши**

| Кўрсаткич              | Жинс                         | ИТСн-д<br>(n =21) | ИТСн-қ<br>(n=14) | ИТСр-д<br>(n = 28) | ИТСр-қ<br>(n=19) |
|------------------------|------------------------------|-------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 1                      | 2                            | 3                 | 4                | 5                  | 6                |
| Ўртача дебют ёш<br>M±m | эркаклар                     | 21,2 ± 0,4        | 26,2 ± 0,6       | 19,3 ± 0.3*        | 24,0 ± 0,2       |
|                        | аёллар                       | 22,0 ± 0,4        | 28,6 ± 0,5       | 24,2 ± 0.3         | 20,1 ± 0,3*      |
|                        | Жинсга боғлиқ бўлмаган ҳолда | 21,9 ± 0,3        | 27,6 ± 0,5*      | 21,6 ± 0.5         | 21,9 ± 0,5       |

Изоҳ: Изоҳ: ИТСн-д – норефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСн-қ - норефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; ИТСр-д - рефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСр-қ - рефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; \* ИТС билан оғриган барча беморларда ўртача дебют ёши кўрсаткичлари орасидаги фарқ (p<0,05).

ИТСнинг рефрактер турида касаллик бошланиш ёши 21,6±0,5 ёшни ташкил этиб, бу касалликнинг норефрактер турига қараганда анча паст (p <0,05). Эркакларда ИТСр-д (19,3±0,3), аёлларда эса ИТСр-қ (20,1±0,3) эрта бошланганлиги аниқланган.

ИТС клиник аломатларининг оғирлигига қараб ва балли тизим натижаларини умумлаштирилган ҳолда касалликнинг кечиши 3-жадвалда изоҳланган.

**3-жадвал**

**Турли типдаги ичак таъсирланиш синдроми кўзиш даврида касалликнинг клиник белгилари**

| Клиник аломатлар               | ИТС кечиш типлари               |                                  |                                  |                                  |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|                                | ИТСн-д<br>(n =21)<br>ан.сон (%) | ИТСн-қ<br>(n = 14)<br>ан.сон (%) | ИТСр-д<br>(n = 28)<br>ан.сон (%) | ИТСр-қ<br>(n = 19)<br>ан.сон (%) |
| Абдоминал оғриқ                | 21 (100)                        | 14 (100)                         | 28 (100)                         | 19 (100)                         |
| Диарея                         | 21 (100)                        | 0 (0)                            | 28 (100)                         | 0 (0)                            |
| Қабзият                        | 0 (0)                           | 14 (100)                         | 0 (0)                            | 19 (100)                         |
| Қорин дам бўлиши               | 15 (71,4)                       | 9 (64,2)                         | 11 (39,3)                        | 15 (78,9)                        |
| Ичак тўла бўшамаганлик ҳисси   | 8 (38,2)                        | 11 (78,5)                        | 13 (46,4)                        | 16 (84,2)                        |
| Ёлғон чақириқлар               | 8 (38,2)                        | 2 (14,2)                         | 12 (42,8)                        | 9 (47,4)                         |
| Шиллиқ ажралиши                | 9 (42,8)                        | 3 (21,4)                         | 17 (60,7)                        | 10 (52,6)                        |
| Дефекация вақтида узок кучаниш | 9 (42,8)                        | 7 (50)                           | 9 (32,1)                         | 13 (68,4)                        |

| Ҳожатга чиқишлар сони        |                          |                   |                          |                         |
|------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|
| Суткада 1-4 марта            | 12<br>(57,1%±11,1)<br>)* | 0 (0)             | 6<br>(21,4%±7,9)<br>* #  | 0 (0)                   |
| Суткада 5 ва ундан кўп марта | 9<br>(42,9%±11,1)<br>)*  | 0 (0)             | 22<br>(78,6%±7,9)<br>* # | 0 (0)                   |
| 3-4 кунда 1 марта            | 0 (0)                    | 8<br>(57,1%±13,7) | 0 (0)                    | 6<br>(31,6%±11,0)       |
| 5-7 кунда 1 марта            | 0 (0)                    | 6<br>(42,9%±13,7) | 0 (0)                    | 13<br>(68,4%±11,0)<br># |
| ИТС клиник кечиш оғирлиги    |                          |                   |                          |                         |
| Енгил                        | 10 (47,6)                | 9 (64,3)          | 6 (21,4)                 | 4 (21,1)                |
| Ўрта                         | 8 (38,2)                 | 5 (35,7)          | 9 (32,2)                 | 6 (31,6)                |
| Оғир                         | 3 (14,2)                 | 0 (0)             | 13 (46,4)                | 9 (47,3)                |

Изоҳ: ИТСн-д – норефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСн-к - норефрактер ИТСнинг кабзият билан кечувчи тури; ИТСр-д - рефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСр-к - рефрактер ИТСнинг кабзият билан кечувчи тури; \*-норефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ( $p < 0,05$ ); #-рефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ ( $p < 0,05$ ).

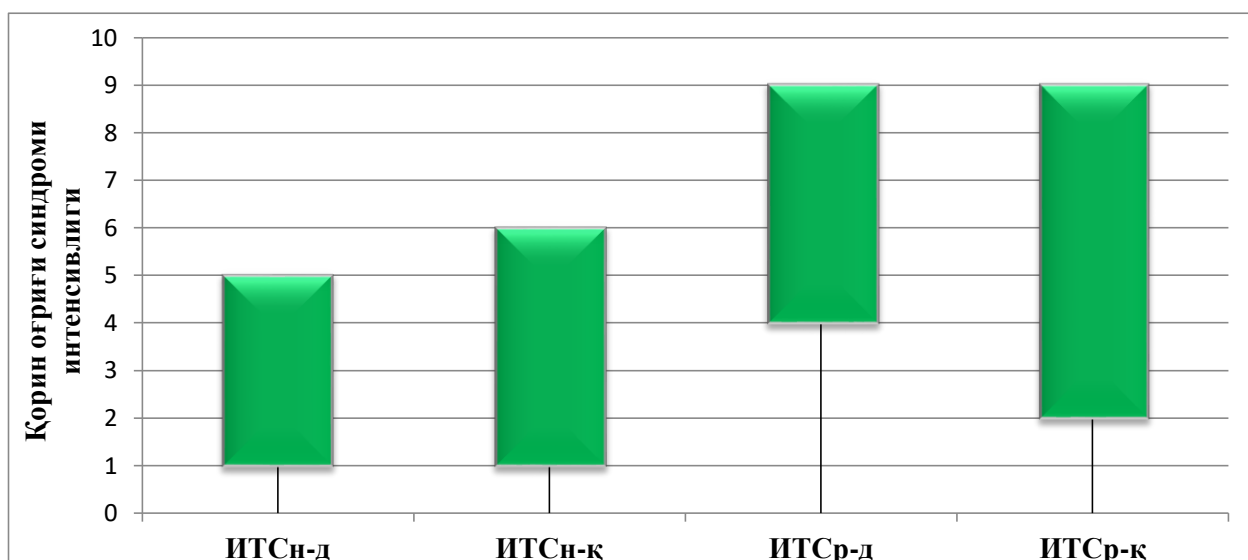
«Ичак» аломатлари ИТСнинг рефрактер турида норефрактер турига нисбатан яққолроқ намоён бўлган: ИТСр-д билан беморларда ҳожатга чиқишлар сони суткасига 5 марта ва ундан кўп ( $p=0,0011$ ), асосан эрталаб шиллиқ аралаш билан кузатилиб, тез-тез ёлғон чақириклар ( $p=0,0341$ ) ва ичакнинг тўлиқ бўшамаганлик ҳисси ( $p=0,0314$ ) ҳам учраганлиги аниқланган.

Кўпгина ИТСр-к билан оғриган беморларнинг аксарияти 5-7 кунгача ич қотиши ( $p=0,0001$ ), нажас билан шиллиқ ажралиши ( $p=0,0087$ )дан шикоят қилдилар. Ёлғон чақириклар ( $p=0,0007$ ) ва ичакнинг тўла бўшамаганлик ҳисси ( $p=0,0263$ ) ИТСнинг норефрактер турига нисбатан кўпроқ кузатилган.

Касалликнинг клиник кечиш оғирлиги бўйича норефрактер ва рефрактер турлар солиштирилганда ИТСр-д (46,4%) ва ИТСр-к (47,3%) беморларда оғир кечиш ҳолати қайд этилган.

1-расмда ИТС типига қараб КАШ бўйича қорин оғриғи синдромининг интенсивлиги график тарзда изоҳланган.

Рефрактер ИТСда қорин оғриғининг КАШ кўрсаткичи ўртача оғрик синдроми сифатида баҳоланди ва норефрактер ИТСга қараганда анча юқори кўрсаткични кўрсатган ( $3,6 \pm 0,2$  балл,  $p=0,0001$ ). ИТСр-д ( $5,7 \pm 0,3$ )да қорин оғриғининг интенсивлиги ИТСр-к ( $6,0 \pm 0,4$ ,  $p=0,0001$ )га қараганда паст натижаларни эгаллаган.



**1-расм. ИТС кечиш типига қараб қорин оғриғи синдроми интенсивлиги**

Цунг шкаласи бўйича сўров маълумотлари умумлаштирилганда диарея устунлиги билан кечган норефрактер ИТС бор беморларнинг 20% да (50 баллдан кам) депрессия кузатилмаган, 37,1% ҳолатдада энгил депрессия (50-59 балл), 42,9% ҳолатда ўртача депрессия (60-69 балл) кузатилган (4-жадвал).

**4-жадвал**

**Ичак таъсирланиш синдроми мавжуд беморларда тушқунлик ривожланганлик даражаси**

| ИТС типлари            | Депрессия йўқ |             |             | Энгил даражадаги депрессия |             |             | Ўрта даражадаги депрессия |             |             |
|------------------------|---------------|-------------|-------------|----------------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------|-------------|
|                        | Ан. сон       | (%)         | ўр.балл М±m | Ан. сон                    | (%)         | ўр.балл М±m | Ан. сон                   | (%)         | ўр.балл М±m |
| ИТСн-д<br>n=21         | 4             | 19#         | 45,5±1,4    | 8                          | 38,1*       | 53,5±0,6    | 9                         | 42,9#       | 61,7±0,5    |
| ИТСн-к<br>n=14         | 3             | 21,4#*      | 47,7±0,9    | 5                          | 35,7        | 53,0±1,1    | 6                         | 42,9#       | 62,1±0,7    |
| ИТСр-д<br>n=28         | 4             | 14,3#       | 44,5±2,1    | 13                         | 46,4#<br>** | 54,2±0,8    | 11                        | 39,3#       | 62,5±0,5    |
| ИТСр-к<br>n=19         | 5             | 26,3#<br>** | 47,4±0,7    | 6                          | 31,6        | 53,6±0,8    | 8                         | 42,1#<br>** | 63,9±0,8    |
| Назорат гуруҳи<br>n=20 | 13            | 65          | 41,3±1,3    | 7                          | 35          | 53,7±0,7    | 0                         | 0           | 0           |

Изоҳ: ИТСн-д – норефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСн-к - норефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; ИТСр-д - рефрактер ИТСнинг диарея билан кечувчи тури; ИТСр-к - рефрактер ИТСнинг қабзият билан кечувчи тури; # - назорат гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ (p < 0,05); \* - норефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ (p < 0,05); \*\* - рефрактер беморлар гуруҳи кўрсаткичлари орасидаги фарқ (p < 0,05).

Рефрактер ИТС бор беморларнинг 19,2% да (50 баллдан кам) депрессия кузатилмаган, 40,4% ҳолатдада энгил депрессия (50-59 балл), 40,4% ҳолатда ўртача депрессия (60-69 балл) аниқланган.

Микроэлементлар мувозанатини аниқлаш мақсадида беморларни иккита кичик гуруҳга ажратдик: микроэлементлар номуносивблиги мавжуд ва мавжуд бўлмаган беморлар (5-жадвал).

### 5-жадвал

#### Микроэлементлар номуносивблиги билан кечувчи ичак таъсирланиш синдроми ва назорат гуруҳи сочларидаги кимёвий элементлар миқдорий таркиби (мкг/г)

| №   | Элемент  | ИТСн<br>n=15, M±m | ИТСр<br>n=19, M±m | Назорат гуруҳи<br>n=20, M±m |
|---|----------|-------------------|-------------------|-----------------------------|
| <b>Эссенциал (хаётий зарур) кимёвий элементлар</b>                      |          |                   |                   |                             |
| K   | Калий    | 801,4±38,3        | 776,3±47,0        | 988,9±19,2                  |
| Na  | Натрий   | 812,0±34,9        | 837,1±41,4        | 990,3±38,0                  |
| Ca  | Кальций  | 300,3±16,8*       | 303,4±13,3*       | 1252,7±24,3                 |
| Mg  | Магний   | 81,4±12,3*        | 78,9±9,7*         | 111,5±3,5                   |
| P   | Фосфор   | 250,9±0,37*       | 250,9±0,32*       | 148,0±1,8                   |
| Fe  | Темир    | 6,8±0,07*         | 8,6±0,05*         | 23,3±0,8                    |
| Zn  | Рух      | 121,5±0,5*        | 121,5±0,44*       | 158,1±8,6                   |
| Cu  | Мис      | 8,3±0,03*         | 8,26±0,03*        | 22,4±0,5                    |
| Se  | Селен    | 1,97±0,03*        | 1,97±0,03*        | 0,89±0,03                   |
| I   | Йод      | 4,3±0,04          | 4,28±0,04         | 6,1±0,2                     |
| Mn  | Марганец | 0,55±0,006*       | 0,55±0,01*        | 0,88±0,11                   |
| Co  | Кобалт   | 0,004±0,0002*     | 0,004±0,0002*     | 0,122±0,02                  |
| Cr  | Хром     | 0,02±0,003        | 0,023±0,003       | 0,45±0,03                   |
| <b>Токсик, нисбатан токсик ва нисбатан эссенциал кимёвий элементлар</b> |          |                   |                   |                             |
| As  | Мишьяк   | 0,90±0,02*        | 0,90±0,015*       | 0,033±0,005                 |
| Sn  | Олово    | 1,08±0,02         | 1,08±0,02         | 0,45±0,09                   |
| B   | Бор      | 1,82±0,01         | 1,83±0,01         | 1,40±0,17                   |
| Li  | Литий    | 0,005±0,0003      | 0,005±0,0003      | 0,012±0,002                 |
| Ni  | Никел    | 1,24±0,007*       | 1,25±0,006*       | 0,38±0,04                   |
| V   | Ванадий  | 0,05±0,003        | 0,05±0,003        | 0,017±0,004                 |
| Si  | Кремний  | 27,0±0,18         | 27,0±0,16         | 35,8±1,3                    |
| Hg  | Симоб    | 0,60±0,005        | 0,61±0,004        | 0,21±0,02                   |
| Pb  | Кўрғошин | 0,49±0,006        | 0,49±0,004        | 0,59±0,03                   |
| Cd  | Кадмий   | 0,007±0,0003      | 0,007±0,0003      | 0,006±0,0005                |
| Be  | Бериллий | 0,0003±0,00001    | 0,0003±0,00001    | 0,0003±0,0002               |
| Al  | Алюминий | 5,38±0,23         | 5,38±0,20         | 7,58±0,21                   |

Изоҳ: ИТСн – норефрактер ИТС; ИТСр – рефрактер ИТС; \* - p < 0,05.

Текшириш натижасига кўра, 25 та кимёвий элементдан соғлом одамларга қараганда ИТС билан оғриган беморларда 8 таси (Ca, Mg, Fe, Zn, Cu, I, Mn, Co) сезиларли даражада камайганлиги аниқланган. Беморлар ва назорат гуруҳидагилар сочида фақатгина 13 та элемент (Na, K, Cr, Sn, B, Li, V, Si, Hg, Pb, Cd, Be, Al) орасида миқдорий фарқ аниқланмади. Қолган 4 та кимёвий элемент (P, Se, As, Ni) миқдори соғлом одамларга нисбатан ошганлиги аниқланган.

ИТС билан касалланган беморлар гуруҳларида ва соғлом одамларда соғлиқнинг руҳий ва жисмоний таркибий қисмлари кўрсаткичларини таҳлил қилиш натижалари 6-жадвалда келтирилган.



**Ичак таъсирланиш синдроми билан беморларда ҳаёт сифатининг руҳий ва жисмоний таркибий қисми, (M±m)**

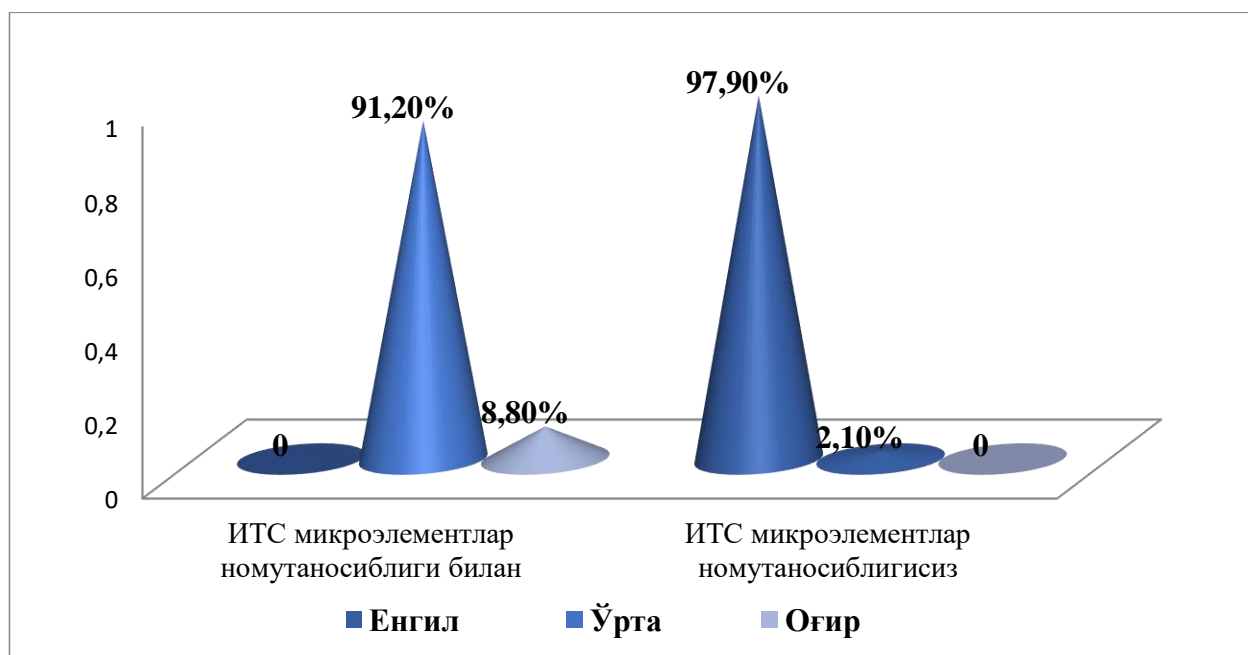
|   | Назорат гуруҳи, n=20 | ИТС <sub>н</sub> , n=35 | ИТС <sub>р</sub> , n=47 | p       |
|---|----------------------|-------------------------|-------------------------|---------|
| Соғлиқнинг руҳий таркибий қисми (МН)    | 51,6±0,4             | 37,9±0,2**              | 38,7±0,8**              | < 0,005 |
| Соғлиқнинг жисмоний таркибий қисми (РН) | 54,1±0,3             | 44,3±0,7**              | 36,4±0,5**              | < 0,005 |

Изоҳ: \*\*-ИТС ва соғлом одамлар орасидаги фарк (p< 0,005).

6-жадвал маълумотларидан кўриниб турибдики, ИТС билан касалланган беморлар соғлиғининг руҳий ва жисмоний таркибий қисмлари соғлом одамларга нисбатан статистик жиҳатдан сезиларли даражада камаяган, беморларнинг ҳиссий ва жисмоний ҳолати уларнинг кунлик иш ва жисмоний фаолият ҳажмини чеклайди.

Диссертациянинг тўртинчи бобида «Микроэлементлар номутаносиблиги мавжуд ва мавжуд бўлмаган ичак таъсирланиш синдромида касалликнинг клиник оғирлик даражаси, руҳий-ҳиссий хусусиятлари ва ҳаёт сифати қиёсий таҳлили» микроэлементлар ҳолатига мос равишда касалликнинг клиник оғирлик даражаси, руҳий-ҳиссий хусусиятлари ва ҳаёт сифати кўрсаткичлари келтирилган.

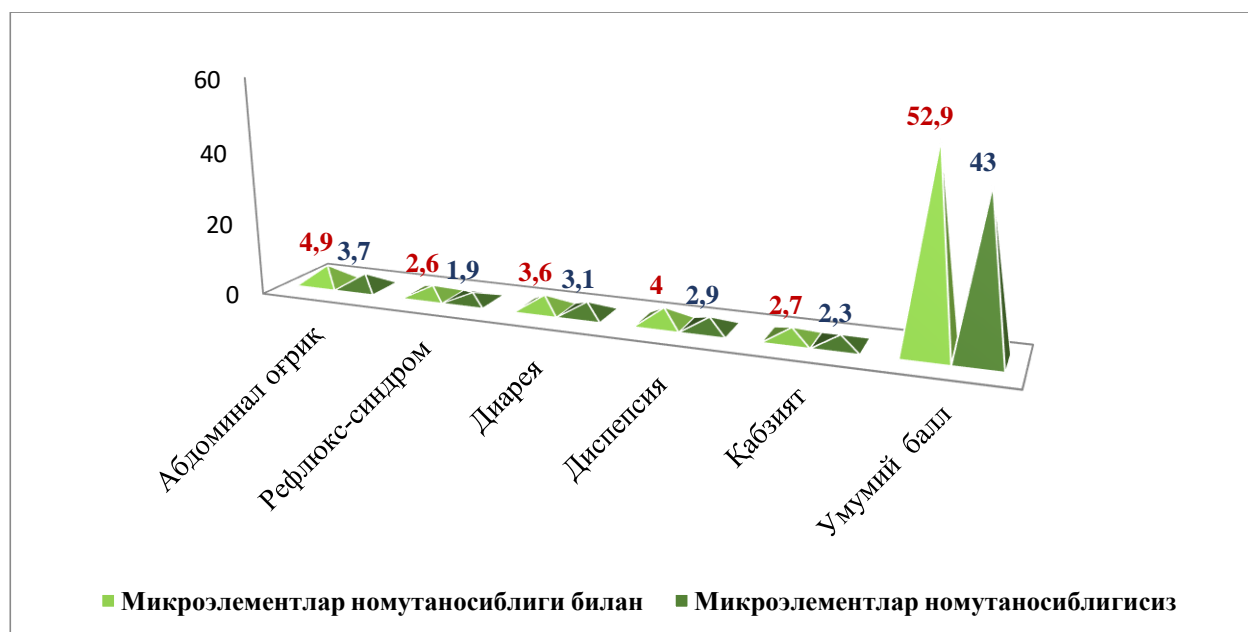
Микроэлементлар номутаносиблиги мавжуд ИТС беморларда касалликнинг оғирлик даражаси микроэлементлар номутаносиблиги мавжуд бўлмаган беморларга нисбатан ортиб боради. 2-расмда микроэлементлар номутаносиблиги мавжуд ва мавжуд бўлмаган ИТС беморларда касалликнинг клиник оғирлик даражалари кўрсаткичлари баён қилинган.



**2-расм. Микроэлементлар номутаносиблиги мавжуд ва мавжуд бўлмаган беморларда касаллик клиник кечишининг учраш даражаси**

2-расмдан кўриниб турибдики, микроэлементлар номуносивлиги мавжуд бўлган ИТС беморларнинг асосий қисмида (91,2%) касалликнинг ўрта оғирликдаги даражаси учраган. Бу беморларда алгоритм бўйича ўртача баллар йиғиндиси  $7,25 \pm 0,22$  ни ташкил этган. Қолган 3 нафар (8,8%) беморларда касалликнинг оғир даражаси аниқланди ва улардаги ўртача баллар йиғиндиси  $12,0 \pm 0,57$  ни ташкил этган. Бу гуруҳдан фарқли ўлароқ, микроэлементлар номуносивлиги мавжуд бўлмаган ИТС беморларда касалликнинг енгил клиник даражаси 97,9% беморларда кузатилиб, ўртача баллар йиғиндиси  $3,82 \pm 0,11$  ни ташкил этган.

Ҳаёт сифатининг GSRS сўровномаси бўйича таҳлили 3-расмда келтирилгин.

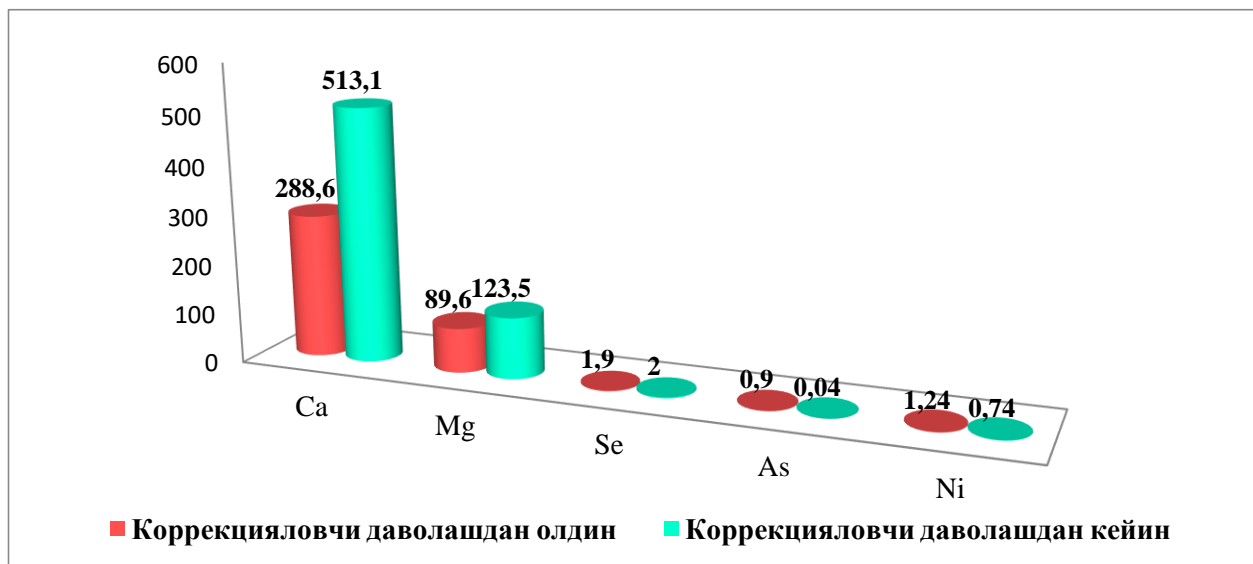


**3-расм. Микроэлементлар номуносивлиги мавжуд ва мавжуд бўлмаган беморларда GSRS сўровномаси бўйича ҳаёт сифати таҳлили, балл**

GSRS сўровномаси бўйича ҳаёт сифати таҳлили қилинганда микроэлементлар номуносивлиги мавжуд бўлган беморларда мавжуд бўлмаган беморларга нисбатан ҳаёт сифати барча кўрсаткичлари ошганлиги аниқланган. Бу эса, ҳаёт сифатини пастлигини англатади. Ҳаёт сифати умумий баллари мос равишда  $52,9 \pm 0,5$  ва  $43,0 \pm 0,5$  бални кўрсатган.

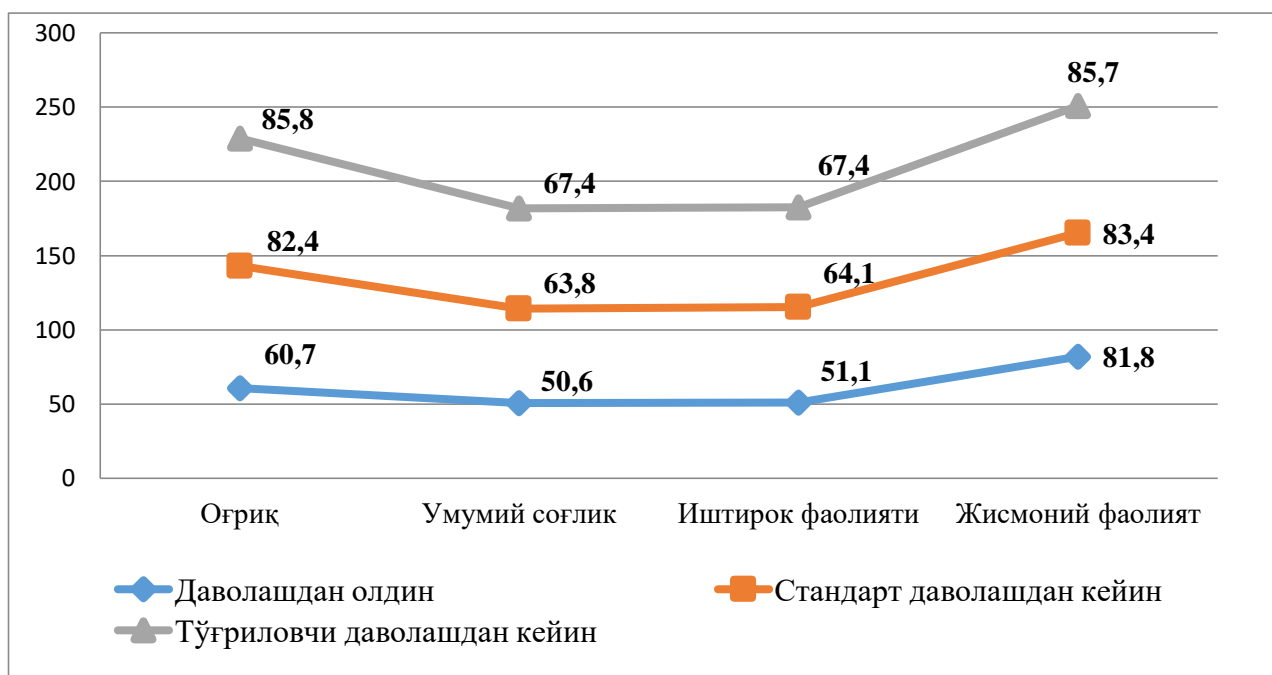
Диссертациянинг бешинчи бобида «Микроэлементлар номуносивлиги мавжуд бўлган беморларда коррекцияловчи даволашдан олдинги ва кейинги натижалар таҳлили» даволашдан олдинги ва кейинги натижалар келтирилган. Тўқималарда элемент мувозанатини бартароф этишга қаратилган чора-тадбирлар натижасида ИТС билан оғриган беморлар сочларида Са ва Mg сезиларли даражада ортган ( $288,6 \pm 19,12$  мкг/г дан  $513,1 \pm 5,31$  мкг/г гача ва  $89,6 \pm 14,03$  мкг/г дан  $123,5 \pm 1,15$  мкг/г гача мос равишда), шунингдек As ( $0,9 \pm 0,001$  мкг/г дан  $0,04 \pm 0,02$  мкг/г гача) ва Ni ( $1,24 \pm 0,06$  мкг/г дан  $0,74 \pm 0,01$  мкг/г гача) миқдори ишончли равишда пасайган, бу кўрсаткичлар соғлом одамларнинг кўрсаткичларига яқин. Даволанишдан кейин Se миқдори гарчи у соғлом

одамларнинг нормал кўрсаткичларидан бироз ошиб кетган бўлса ҳам сезиларли даражада ошмаган ( $2,0 \pm 0,09$  мкг/г). Mg, Ca, Se, As ва Ni таркибидаги сочларни фақат стандарт даволаш билан даволанган 16 нафар беморда (даволашдан олдин ва 1 ойдан кейин) ўрганиш пайтида биз ишончли натижаларни олмадик (4-расм).

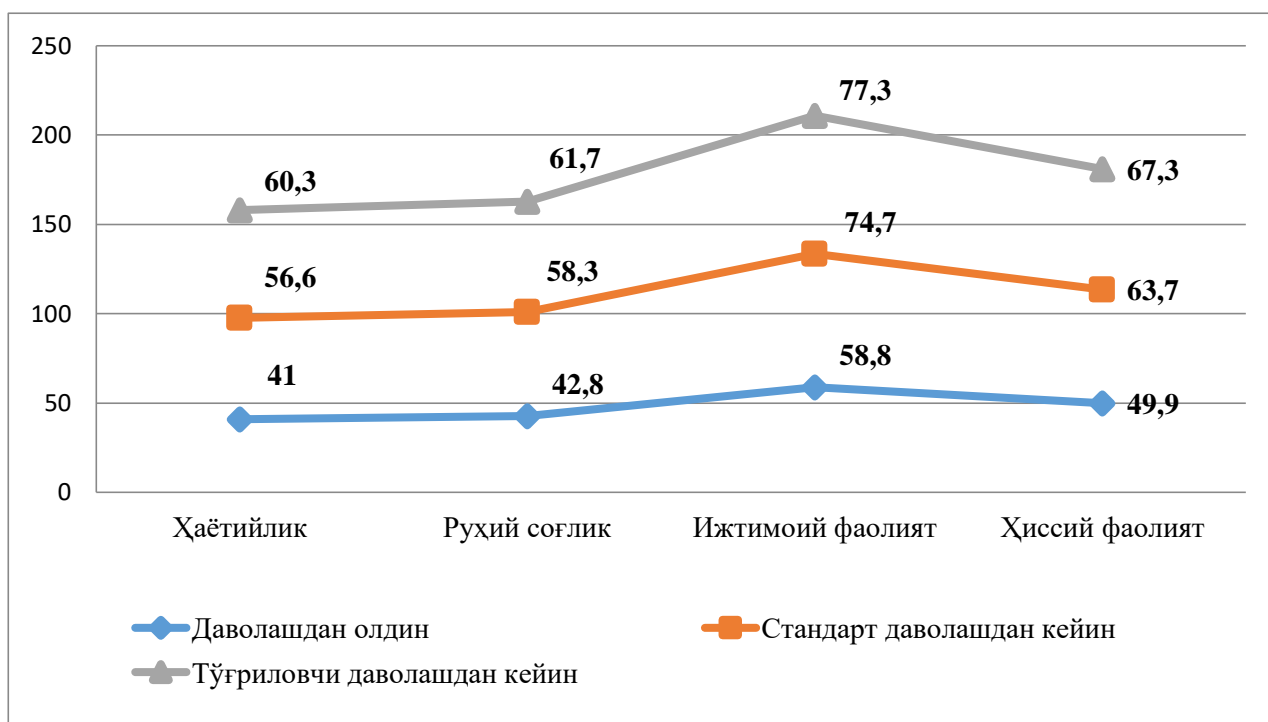


**4-расм. ИТС билан беморларда коррекцияловчи даволашдан олдинги ва кейинги микроэлементлар ҳолати, мкг/г**

MOS SF-36 бўйича ҳаёт сифати таҳлили икки марта: даволашдан олдин ва кейин ўтказилди 5-, 6-расмлар).



**5-расм. MOS SF-36 сўровномаси бўйича соғлиқ жисмоний таркибининг даволашдан олдин ва кейинги таҳлили**



**6-расм. MOS SF-36 сўровномаси бўйича соғлиқ руҳий таркибининг даволашдан олдин ва кейинги таҳлили**

Олинган натижаларнинг таҳлили икки шкалада (ижтимоий фаолият ва ҳиссий фаолият), шунингдек соғлиқнинг жисмоний ва руҳий таркибий қисмларида ижобий динамикани намоёиш этган.

Тадқиқот натижаларига асосан ИТС клиник кечиш оғирлигини аниқлаш учун алгоритм яратилган. Ушбу алгоритмга кўра, аломатларнинг бўлмаслиги 0 балл, енгил намоён бўлган аломатлардан ўртача намоён бўлган аломатларда – 1 балл, яққол намоён бўлган аломатларда – 2 балл билан баҳоланган. Ҳар бир беморнинг йиғган баллари саккиз аломат бўйича (абдоминал оғриқ, диарея, қабзият, қорин дам бўлиш ҳисси, ичак тўлиқ бўшамаганлик ҳисси, ёлғон чақириқлар, шиллиқ ажралиши, ҳожатга чиқиш вақтида қўшимча кучанишлар) умумлаштирилган. 11-16 балл йиғган беморлар касалликнинг оғир кечиши, 6-10 балл йиғган беморлар ўрта оғир кечиши ва 1-5 балл йиғган беморлар касалликнинг енгил кечиши деб баҳоланган (7-расм).

**Ichak ta'sirlanish sindromi og'irlik darajasini aniqlash uchun algoritm**

F.I.SH:

Abdominal og'riq

Tanlang

Diareya

Tanlang

Qabziyat

Tanlang

Qorin dam bo'lishi hissi

Tanlang

Ichak to'liq bo'shamaganlik hissi

Tanlang

Yo'lq'on chaqiriqlar

Tanlang

Shilliq ajralishlar

Tanlang

Hojatga chiqish vaqtida qo'shimcha chaqiriqlar

Tanlang

**Bajarish**

**7-расм. Ичак таъсирланиш синдроми оғирлик даражасини аниқлаш дастури**

## ХУЛОСАЛАР

1. Ичак таъсирланиш синдроми турли типи бошқа ҳудудларга нибатан ўзига хос клиник-анамнестик хусусиятларга эга. Норефрактер турида: касаллик бошланиш ёши  $24,14 \pm 0,54$  ёш, инфекцион омил билан кўшилиб келиш (ИТСн-д – 28,5%), паст интенсивликдаги қорин оғриғи ( $3,6 \pm 0,2$  балл). Рефрактер турида: касаллик бошланиш ёши  $21,6 \pm 0,5$  ёш, инфекцион омил (ИТСр-д – 54,6%), ижтимоий омил (ИТСр-қ - эр-хотин ажрашиши 52,6 %, ишни йўқотиш 57,9%), ўрта ва оғир даражадаги қорин оғриғи ( $5,9 \pm 0,3$  ва  $7,5 \pm 0,4$  балл мос равишда) кузатилган.

2. Ичак таъсирланиш синдроми клиник кечиш оғирлигини аниқлаш учун клиник-анамнестик мезонлар ва баҳолаш тизими яратилган. Унга кўра норефрактер ИТС билан оғриган беморларининг 54,3% енгил, 37,2% ўрта оғир ва 8,5% оғир кечиш деб баҳоланган бўлса, рефрактер ИТС билан оғриган беморларнинг 21,3% енгил кечиш, 31,9% ўрта оғир ва 46,8% оғир кечиш деб баҳоланган.

3. Организмдаги кимёвий элементлар тизимли текширилганда, 25 та кимёвий элементдан соғлом одамларга қараганда ИТС билан оғриган беморларда 8 таси (Ca, Mg, Fe, Zn, Cu, I, Mn, Co) сезиларли даражада камайганлиги аниқланган. Беморлар ва назорат гуруҳидагилар сочида фақатгина 13 та элемент (Na, K, Cr, Sn, B, Li, V, Si, Hg, Pb, Cd, Be, Al) орасида миқдорий фарқ аниқланмади. Қолган 4 та кимёвий элемент (P, Se, As, Ni) миқдори соғлом одамларга нисбатан ошганлиги аниқланган.

4. Микроэлементлар номуносивблиги мавжуд ва мавжуд бўлмаган беморларда касалликнинг клиник кечиш оғирлиги солиштирилганда биринчи гуруҳдаги беморларда касалликнинг ўрта ва оғир кечиши, иккинчи гуруҳда енгил кечиш устунлик қилган. Тушкунлик даражаси солиштирилганда, биринчи гуруҳдаги беморларда фақатгина ўрта оғир даража (100%), иккинчи гуруҳ беморларда енгил даражадаги тушкунлик аниқланган. Бундан ташқари ҳаёт сифати кўрсаткичларининг мос равишда биринчи гуруҳ беморларда ишончли равишда пасайганлиги аниқланган.

5. Тўқималарда элемент мувозанатини бартарф этишга қаратилган чора-тадбирлар натижасида ИТС билан оғриган беморлар сочларида Са ва Mg сезиларли даражада ортган, шунингдек As ва Ni миқдори ишончли равишда пасайган. GSRС ва MOS SF-36 сўровномалари бўйича ҳаёт сифати кўрсаткичлари ишончли равишда яхшиланган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ PhD.04/30.09.2020.Tib.123.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ УРГЕНЧСКОМ ФИЛИАЛЕ  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**  

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**МАХМУДОВА ЛОЛА ИЗЗАТИЛЛОЕВНА**

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ СИНДРОМА  
РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ С МИКРОЭЛЕМЕНТНЫМ ДИСБАЛАНСОМ**

**14.00.05 - Внутренние болезни**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ  
ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

**УРГЕНЧ -2021**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за В2020.3.PhD/Tib1405**

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте имени Абу Али ибн Сино.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета ([www.urgfiltma.uz](http://www.urgfiltma.uz)) и информационно-образовательном портале “ZiyoNet” ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

**Научный руководитель**

**Абдуллаев Равшанбек Бабажанович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Официальные оппоненты**

**Каримов Мирвасит Мирвасикович**  
доктор медицинских наук, профессор

**Нурбаев Фармон Эргашович**  
доктор медицинских наук, доцент

**Ведущая организация**

**Самаркандский государственный  
медицинский институт**

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г. в \_\_\_\_ часов на заседании Научного совета PhD.04/30.09.2021.Tib.123.01 при Ургенчском филиале Ташкентской медицинской академии. Адрес: Хорезмская область г. Ургенч, улица Аль-Хорезмий, дом -28. Тел./факс: (+99862-224-84-84).

С диссертацией можно ознакомиться на Информационно-ресурсном центре Ургенского филиала Ташкентской медицинской академии (зарегистрирована за № \_\_\_\_). Адрес: Хорезмская область г. Ургенч, улица Аль-Хорезмий, дом -28. Тел./факс: (+99862-224-84-84).

Автореферат диссертации разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 год.

(Протокол рассылки № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 года)

**Р.Ю. Рузибаев**

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

**З.Ф. Джуманиязова**

Ученый секретарь научного совета по присуждению ученых степеней, кандидат медицинских наук, доцент

**О.О. Жаббаров**

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, доцент



## **ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))**

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** На сегодняшний день синдром раздраженного кишечника является наиболее часто диагностируемым желудочно-кишечным заболеванием, а также самой распространенной причиной направления в гастроэнтерологические клиники. «...Распространенность синдром раздраженного кишечника согласно метаанализу, опубликованному в 2012 г., в который по довольно строгим критериям отбора вошло 80 клинических исследований с общим числом пациентов 260 960, составляет 11,2%. Только 12-15% больных обращаются за медицинской помощью. В Юго-Восточной Азии его частота составляет 7%, в Европе 20%, в Южной Америке 21 %. По данным литературы, количество больных с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, в том числе синдром раздраженного кишечника, в специализированном гастроэнтерологическом стационаре достигает 41-45%. Встречаемость синдрома раздраженного кишечника среди женщин остается более высокой, чем среди мужчин...»<sup>1</sup>. Поэтому медико-социальная значимость заболевания - серьезная проблема, требующая решения в медицине, что определяется не только его распространенностью, но и высоким влиянием заболевания на качество жизни.

Во всем мире проводятся обширные исследования для изучения патогенетических механизмов развития синдрома раздраженного кишечника и улучшения лечебных и профилактических мер. Эти исследования оценивают взаимосвязь между предрасполагающими факторами к происхождению синдрома раздраженного кишечника, влиянием различных факторов риска на клиническое течение заболевания, психоэмоциональные состояния пациентов и качеством жизни. Особое значение в синдрома раздраженного кишечника имеет изучение баланса химических элементов в организме, обоснование нового подхода к разработке и внедрению критериев определяющий клиническую тяжесть заболевания на основе клинических признаков с целью улучшения лечения и выявления меры по предотвращению осложнений.

В целях улучшения медицинского обслуживания в республике решается ряд задач, направленных на раннее выявление, сокращение распространения, эффективное лечение и профилактику гастроэнтерологических заболеваний, встречающихся среди населения. В том числе в целях дальнейшего совершенствования системы здравоохранения «...повышение эффективности, качества и популярности медицинской помощи в нашей стране, а также формирование системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, создание эффективных моделей патронажа и диспансера, поддерживать здоровый

---

<sup>1</sup> Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2012; 10:712–21.

образ жизни и предотвращать болезни...»<sup>2</sup>. Реализация этих задач, разработка профилактических мероприятий по снижению частоты осложнений у гастроэнтерологических пациентов, совершенствование использования современных технологий, повышение качества раннего выявления основного заболевания, выживаемости и выздоровления пациентов, оценка микроэлементного статуса пациентов при синдроме раздраженного кишечника позволяет улучшить качество жизни.

Данное диссертационное исследование в определённой степени служит выполнению задач, предусмотренных Постановлением Президента Республики Узбекистан №МУП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 16 февраля 2017 г., № ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы» от 20 июня 2017 года, № ПП-4063 О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержанию здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

**Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики.** Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетными направлениями развития науки и технологий Республики Узбекистан VI. «Медицина и фармакология».

**Степень изученности проблемы.** Патогенез СРК сложен (Ford A.C., et al., 2014). Внимание медперсонала обращено на «СРК-пациентов», которые склонны к инвазивным обследованиям и часто обращаются к врачу, попадая в категорию «сложных пациентов» (Canavan C., et al., 2014). Современная концепция рефрактерности объясняется стойкими симптомами СРК, длящимися более 6 месяцев или 32 недель в году. Термин «СРК-пациенты» описывает эту категорию пациентов. Наличие социальных факторов и сопутствующих заболеваний играет важную роль в течении СРК (Sperber A.D., et al., 2014; Stanghellini V., et al., 2016; Galvez-Sanchez C. M., et al., 2019). ИТС описывает изменения в восприятии социальных факторов и особенностей психологического состояния (Hausteiner-Wiehle C., et al., 2014; Thakur E.R., et al., 2015).

Последняя редакция консенсуса «Римские критерии-IV» (2016) уточняет временной критерий и диагностические критерии СРК – наличие рецидивирующей абдоминальной боли, в среднем как минимум 1 раз в неделю за предшествующие 3 мес, ассоциированной с 2 и более симптомами/ факторами: 1) дефекацией; 2) изменением частоты стула; 3) изменением формы стула. При этом, симптомы анамнестическо должны отмечаться в течение последних 6 месяцев и более, при отсутствии явных анатомических и физиологических отклонений при проведении рутинного клинического

---

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 г. № 5590 «О комплексных мерах по кардинальному совершенствованию системы здравоохранения»

обследования (Мартынов, А.И., 2010; Шептулин А.А., Визе-Хрипунова М.А., 2016).

Сложность курации пациентов с СРК заключается в том, что в каждом конкретном случае сочетание причинных факторов и механизмов развития болезни индивидуально. К наиболее значимым факторам риска развития СРК относятся: женский пол (риск в 4 раза выше); возраст (до 30-40 лет); место проживания (мегаполисы); образование (высшее, гуманитарное); профессиональная принадлежность (работники умственного труда и работники культуры); социальная среда обитания (неполные семьи, детские дома); низкий уровень социальной поддержки (Ивашкин В.Т. и соавт., 2017).

Эпидемиологические и клинические исследования последних лет свидетельствуют о том, что в структуре хронической заболеваемости у детей доминируют болезни органов пищеварения, среди которых ведущее место занимают воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, гастродуоденит. При этом исследования микроэлементного состава сыворотки крови у детей и подростков с воспалительными изменениями слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в большинстве случаев констатировали дефицит микроэлементов, обладающих антиоксидантными свойствами: селена (Se), цинка (Zn) и йода (I) (Шагиахметова Л.В. 2009). Для изучения элементного состояния необходимо иметь представление о том, в какой ткани и в какой форме исследуемый элемент содержится в максимальном количестве, поскольку отложение химически важных элементов тесно связано с их биохимическими функциями (Гресь Н.А. и соавт., 2013).

Таким образом, изучение факторов риска и основных этиопатогенетических механизмов формирования синдрома раздраженного кишечника среди населения имеет особое значение в связи с их высокой распространенностью и серьезными психоэмоциональными нарушениями. Основываясь на информации в литературе, необходимо изучать ряд важных элементов в волосах - Se, Ca, Mg, Si, Na, Fe, Mn, Cr, Zn и других, чтобы дать представление о состоянии химических элементов в организме.

**Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.** Диссертация в соответствии с планом научно-исследовательской работы Бухарского государственного медицинского института (03.2019. PhD №079) «Разработка новых подходов к ранней диагностике, лечению и профилактике патологий и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарской области» (2017-2021 гг.).

**Целью исследования** явилась оценка влияния синдрома раздраженного кишечника с дисбалансом микроэлементов на клиническое течение заболевания, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

**Задачи исследования:**

определение клинико-анамнестических особенностей больных с синдромом раздраженного кишечника учитывая региональные различия;

разработка клинико-анамнестических критериев и бальную шкалу для оценки степени тяжести синдрома раздраженного кишечника;

обоснование изменений баланса эссенциальных и токсических химических элементов в организме пациентов с синдромом раздраженного кишечника;

определение тяжести заболевания, психоэмоциональные особенности и качества жизни пациентов с дисбалансом микроэлементов и без них;

определение влияния стандартного и корректирующего лечения на качество жизни пациентов с дисбалансом микроэлементов.

**Объектом исследования** явились 82 больных с синдромом раздраженного кишечника, проходивших курс стационарного лечения в отделении гастроэнтерологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в период 2017-2019 года.

**Предмет исследования:** капиллярная кровь, венозная кровь и сыворотка больных, кал и волокна волос.

**Методы исследования.** В исследовании использовались общеклинические, биохимические, микроэлементные (гамма-спектрометрия), инструментальные (ЭФГДС, колоноскопия), анкеты (тест Цунг, опросники GSRС и MOS SF-36, Мориски-Грина, ВАШ).

**Научная новизна:**

Обосновано региональные различия предрасполагающих факторов с преобладанием социальных при синдроме раздраженного кишечника;

впервые разработано клинико-анамнестические критерии и бальная шкала определяющих тяжесть синдрома раздражения кишечника;

доказано, что в организме пациентов с синдромом раздраженного кишечника развитие дисбаланса характеризуется дефицитом Ca, Mg, Fe, Zn, Cu, I, Mn, Co и увеличением количества P, Se из жизненно важных элементов;

обосновано тяжесть течения синдрома раздраженного кишечника на проявлении психических и физических показателей качества жизни пациента, изменении в организме уровня дисбаланса эссенциальных и токсических микроэлементов;

доказано повышение эффективности лечения и улучшение качества жизни пациентов при применении корректирующей терапии с синдромом раздраженного кишечника, сопровождающимся дисбалансом микроэлементов.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

Рекомендуется использовать систематическую диагностику определения микроэлементов для оценки тяжести заболевания, психоэмоциональных состояний и качества жизни при синдроме раздраженного кишечника;

рекомендуется применение корректирующей терапии с целью улучшения качества жизни пациентов с дисбалансом микроэлементов, имеющимся синдромом раздраженного кишечника;

Бальная шкала, разработанный при синдроме раздраженного кишечника, основан на том, что он служит надежным критерием для определения степени тяжести заболевания.

**Достоверность результатов исследования** обосновывается корректностью применения в работе теоретических подходов и методов, точностью произведенных проверок, применением современных статистических методов на основе цифровых информаций, полученных клинических, биохимических, серологических, инструментальных данных, рациональной оценкой и сопоставлением полученных результатов с интернациональными и отечественными исследованиями, а также соответственностью и практической реализацией теоретических и практических исследований.

#### **Научная и практическая значимость результатов исследования:**

Научная значимость результатов исследования объясняется оценкой региональных характеристик предрасполагающих факторов синдрома раздраженного кишечника, внедрением клинико-anamnestических критериев и бальную шкалу для определения тяжести заболевания, совместимости с психоэмоциональными особенностями и качества жизни у пациентов с дисбалансом микроэлементов.

Практическая значимость результатов исследования - систематическая диагностика микроэлементов для оценки степени тяжести заболевания, психоэмоциональные особенности и качества жизни при синдроме раздраженного кишечника с микроэлементным дисбалансом, применение корректирующей терапии для улучшения качества жизни пациентов. Бальная шкала, разработанный при синдроме раздраженного кишечника, объясняется его использованием в качестве надежного критерия для выявления.

**Внедрение результатов исследования.** На основе полученных научных результатов по систематической диагностике химических элементов в организме при синдроме раздраженного кишечника:

по результатам научного исследования по ранней диагностике изменения качества жизни с учетом региональных особенностей синдрома раздраженного кишечника утверждена методическая рекомендация «Новый метод диагностики клинико-психологического состояния и качества жизни пациентов с различными формами синдрома раздраженного кишечника» (заключение Минздрава 18.05.2021г. №8н-д/161). Данная методическая рекомендация позволила провести раннюю диагностику и профилактику нарушений психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника;

по результатам научных исследований по ранней диагностике дисбаланса химических элементов в организме с синдрома раздраженного кишечника утверждена методическая рекомендация «Новый способ диагностики дисбаланса химических элементов при различных формах синдрома раздраженного кишечника» (заключение Минздрава 18.05.2021г. №8н-д/161). Данная методическая рекомендация позволила выявить

дисбаланс микроэлементов у пациентов с синдромом раздраженного кишечника на ранней стадии;

Результаты научных исследований психоэмоционального состояния и качество жизни пациентов синдромом раздраженного кишечника с микроэлементным дисбалансом применялись в здравоохранении, в том числе в Бухарском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Жондорского, Бухарского, Шафирканского районного медицинского объединения, семейной поликлинике № 3 и 9 города Бухары (заключение Минздрава №08-09/9726 от 06 августа 2021 г.). Внедрение результатов на практике позволило повысить качество диагностики, прогнозировать риск и тяжесть заболевания, сократить продолжительность пребывания в стационаре и тем самым улучшить качество жизни пациентов.

**Апробация результатов исследования.** Итоги предоставленного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях, в том числе на 3 интернациональных и 1 республиканских научно-практических конференциях.

**Публикация результатов исследования:** По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 10 научных статей, в том числе 4 в республиканских и 6 в иностранных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 120 страницу.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

**Во введении** обоснованы актуальность и востребованность темы диссертационного исследования, сформулированы основная цель и соответствующие задачи, охарактеризованы объект и предмет исследования, приведено соответствие темы исследования приоритетным направлениям науки Республики Узбекистан, изложены основные положения научной новизны и практической значимости результатов исследования, приведены данные о внедрении их в практику, об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Взгляды на механизмы возникновения синдрома раздраженного кишечника, психоэмоциональные характеристики, качество жизни и состояние микроэлементов»** описана классификация и диагностика синдрома раздраженного кишечника, современные данные по клиническим и патогенетическим аспектам. Проанализированы теоретические аспекты и систематизированы исследования, посвященные изучению систематической диагностики химических элементов в организме с СРК. На основании литературных данных по исследуемой проблеме был выявлен ряд вопросов, требующих

детального изучения, обоснована актуальность работы и необходимость дальнейшего изучения выбранной темы.

Во второй главе диссертации «**Методы оценки состояние микроэлементов в организме, психоэмоциональные особенности пациентов и оценки качества жизни при синдроме раздраженного кишечника**» описана общая характеристика клинического материала исследования, методы лабораторных и инструментальных исследований. Диссертационная работа выполнена на основе клинических исследований 82 больных с СРК, проходивших курс стационарного лечения в отделении гастроэнтерологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в период 2017-2019 года, контрольную группу составили 20 добровольцев сопоставимые по полу и возрасту, отсутствием в анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта и неизменной слизистой оболочкой толстой кишки при проведении колоноскопии.

Распределение больных с учетом пола и возраста представлено в таблице 1. Из представленного материала видно, что возрастной диапазон пациентов составлял от 18 до 45 лет. Пациенты с СРК были разделены на две группы: нерефрактерные (СРКн - 35 пациентов) и рефрактерные (СРКр - 47 пациентов). В зависимости от выраженности клинических симптомов пациенты разделили на СРКн-д (диарея) - 21 (25,6%), СРКн-з (запор) - 14 (17%), СРКр-д - 28 (34,2%) и СРКр-з - 19 человек (13,2%) (таблица 1).

**Таблица 1**

**Распределение больных синдромом раздраженного кишечника по полу и возрасту**

| Исследуемые группы       | Пол        |      |            |      | Возраст<br>Средний<br>возраст | Продолжительность заболевания<br>(лет) |
|--------------------------|------------|------|------------|------|-------------------------------|--|
|                          | мужчина    |      | Женщина    |      |                               |  |
|                          | Абс. число | %    | Абс. число | %    |                               |  |
| СРКн-д (n = 21)          | 11         | 52,4 | 10         | 47,6 | 30,8 ± 1,6                    | 3,4 ± 0,4                              |
| СРКн-з (n = 14)          | 6          | 42,9 | 8          | 57,1 | 30,9 ± 2,3                    | 5,5 ± 0,7                              |
| СРКр-д (n = 28)          | 15         | 53,6 | 13         | 46,4 | 34,6 ± 1,3*                   | 4,1 ± 0,3                              |
| СРКр-д (n = 19)          | 9          | 47,4 | 10         | 52,6 | 35,0 ± 1,9*                   | 5,6 ± 0,4                              |
| Группа контроля (n = 20) | 12         | 60,0 | 8          | 40,0 | 29,3 ± 1,03                   |  |

**Примечание:** СРКн-д - нерефрактерная СРК с преобладанием диареи; СРКн-з - нерефрактерная СРК с преобладанием запоров; СРКн-д - рефрактерная ИТС с преобладанием диареи; СРКр-з - рефрактерный СРК с преобладанием запора (\* -p <0,05).

Обследование пациентов включало общий осмотр, оценку жалоб, сбор анамнестических данных и определение факторов риска развития СРК. Все измерения проводились в одном помещении в одно и то же время суток. Всем пациентам был проведен стандартный набор общеклинических и биохимических лабораторных исследований: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрологический анализ, тест на дисбактериоз стула, биохимический анализ крови (билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза). Кроме того, у всех пациентов были взяты

образцы волос для системной диагностики химических элементов в организме. Выполнялись ЭФГДС, колоноскопические методы исследования.

Систематическая диагностика химических элементов проводилась в Canberra Industries Inc. (США). ЭФГДС «FUGINON. FUGI FILM EPX-2500» (Япония) выполнялась на эндоскопическом оборудовании FUGI FILM-EG-530PF. Колоноскопию выполняли с помощью колоноскопов FUGI FILM-EG-530FL (Япония) и набора инструментов для них. Скрининг кишечного дисбактериоза «Протокол ведения пациента. Дисбактериоз кишечника» был выявлен по форме медицинского документа № 202, утвержденного приказом Минздрава РУз от 25.12.2017 №777. Статистическая обработка проводилась с использованием SPSSv.15.0 (2007) и программного пакета MSExcel для Windows. XP.

В третьей главе диссертации **«Результаты собственных исследований. Клинико-анамнестические, психоэмоциональные характеристики, микроэлементный статус и характеристики качества жизни пациентов с различными типами синдрома раздраженного кишечника»** представлены региональные различия в предрасполагающих факторах, тяжести клинического течения заболевания, изменениях микрофлоры кишечника, степени депрессии и качестве жизни пациентов с СРК. Средний возраст пациентов составил  $33,2 \pm 0,8$  года, контрольной группы -  $29,3 \pm 1,02$  года.

Нерефракторный тип заболевания (СРКн) отмечен у 35 (42,6%) пациентов. Из них у 21 (60%) преобладала диарея (СРКн-д): в том числе 11 мужчин (52,4%) и 10 женщин (47,6%). 14 (40%) пациентов с преобладанием запоров (СРКн-з): в том числе 6 мужчин (42,8%) и 8 женщин (57,2%). Возраст пациентов составил от 18 до 45 лет, средний возраст  $30,82 \pm 1,31$  года.

Рефрактерный тип заболевания (СРКр) отмечен у 47 (57,4%) пациентов. Из них 28 (59,6%) имели преобладание диареи (СРКр-д): в том числе 15 мужчин (53,6%) и 13 женщин (46,4%). У 19 (40,4%) пациентов диагностировали СРК с преобладанием запора (СРКр-з): 9 мужчин (47,4%) и 10 женщин (52,6%). Средний возраст пациентов составил  $34,95 \pm 1,04$  года.

Данные о возрасте начала ИТС приведены в таблице 2.

**Таблица 2**

**Возраст начала заболевания при различных типах синдрома раздраженного кишечника**

| Показатель                      | Пол                 | СРКн-д<br>(n =21) | СРКн-з<br>(n=14) | СРКр-д<br>(n = 28) | СРКр-з<br>(n=19) |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|------------------|--------------------|------------------|
| 1                               | 2                   | 3                 | 4                | 5                  | 6                |
| Средний дебютный возраст<br>M±m | мужчины             | 21,2 ± 0,4        | 26,2 ± 0,6       | 19,3 ± 0.3*        | 24,0 ± 0,2       |
|                                 | женщины             | 22,0 ± 0,4        | 28,6 ± 0,5       | 24, ± 0.3          | 20,1 ± 0,3*      |
|                                 | Не зависимо от пола | 21,9 ± 0,3        | 27,6 ± 0,5*      | 21,6 ± 0.5         | 21,9 ± 0,5       |

**Примечание:** СРКн-д - нерефрактерная СРК с преобладанием диареи; СРКн-з - нерефрактерная СРК с преобладанием запоров; СРКн-д - рефрактерная ИТС с преобладанием диареи; СРКр-з - рефрактерный СРК с преобладанием запора; \* разница между средним возрастом начала заболевания у всех пациентов с СРК ( $p < 0,05$ ).



Возраст начала заболевания при нерефрактерном типе СРК составляет  $24,14 \pm 0,54$  года: при СРКн-д -  $21,9 \pm 0,3$  года, при СРКн-з -  $27,6 \pm 0,5$ . Регистрировалось о позднем начале заболевания у женщин с СРКн-з ( $28,6 \pm 0,5$ ) по сравнению с общими пациентами с СРК ( $p < 0,05$ ).

Возраст начала заболевания при рефрактерном типе СРК составил  $21,6 \pm 0,5$  года, что значительно ниже, чем при нерефрактерном типе заболевания ( $p < 0,05$ ). Раннее начало СРКр-д ( $19,3 \pm 0,3$ ) у мужчин и СРКр-з ( $20,1 \pm 0,3$ ) у женщин.

Течение заболевания поясняется в таблице 3 в зависимости от тяжести клинических симптомов СРК и обобщения результатов бальной системы.

«Кишечные» симптомы были более выражены при рефрактерном типе СРК, чем при нерефрактерном: количество стула у пациентов СРКр-д составляло 5 и более раз в день ( $p = 0,0011$ ), в основном утром со выделением слизи и частые ложные позывы ( $p = 0,0341$ ), а также ощущение неполного опорожнения кишечника ( $p = 0,0314$ ).

Большинство пациентов с СРКр-з жаловались на запор ( $p = 0,0001$ ) и выделение слизи с калом ( $p = 0,0087$ ) в течение 5-7 дней. Ложные позывы ( $p = 0,0007$ ) и ощущение неполного опорожнения кишечника ( $p = 0,0263$ ) наблюдались чаще, чем при нерефрактерном СРК.

**Таблица 3**

**Клинические признаки заболевания в период возбуждения различных видов кишечного аффективного синдрома**

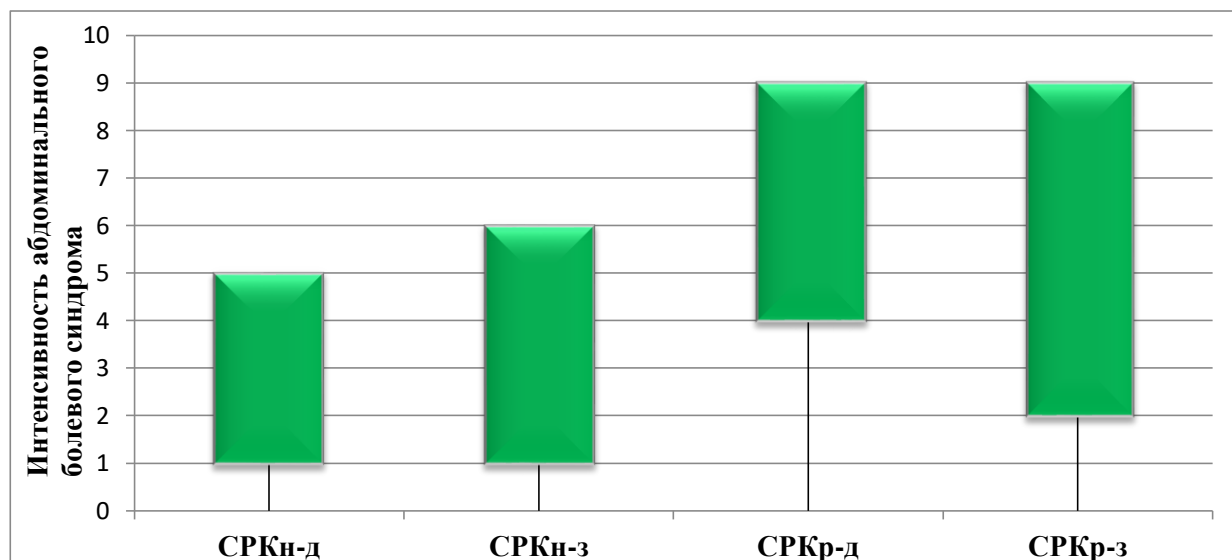
| Клинические симптомы                    | Клинические варианты СРК               |  |  |                                     |
|---|--|--|--|-------------------------------------|
|   | СРКн-д<br>(n = 21)<br>Абс.число<br>(%) | СРКн-з<br>(n = 14)<br>Абс.число<br>(%) | СРКр-д<br>(n = 28)<br>Абс.число<br>(%) | СРКр-з<br>(n = 19)<br>Абс.число (%) |
|   | 21 (100)                               | 14 (100)                               | 28 (100)                               | 19 (100)                            |
| Абдоминальная боль                      | 21 (100)                               | 0 (0)                                  | 28 (100)                               | 0 (0)                               |
| Диарея                                  | 0 (0)                                  | 14 (100)                               | 0 (0)                                  | 19 (100)                            |
| Запор                                   | 15 (71,4)                              | 9 (64,2)                               | 11 (39,3)                              | 15 (78,9)                           |
| Метеоризм                               | 8 (38,2)                               | 11 (78,5)                              | 13 (46,4)                              | 16 (84,2)                           |
| Чувства неполного опорожнения кишечника | 8 (38,2)                               | 2 (14,2)                               | 12 (42,8)                              | 9 (47,4)                            |
| Ложные позывы                           | 9 (42,8)                               | 3 (21,4)                               | 17 (60,7)                              | 10 (52,6)                           |
| Выделение слизи                         | 9 (42,8)                               | 7 (50)                                 | 9 (32,1)                               | 13 (68,4)                           |
| <b>Частота стула</b>                    |  |  |  |                                     |
| 1-4 раз в сутки                         | 12<br>(57,1%±11,1)<br>*                | 0 (0)                                  | 6<br>(21,4%±7,9)<br>* #                | 0 (0)                               |

|  |                        |                   |                          |                         |
|--|------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|
| 5 и более раз в сутки                  | 9<br>(42,9%±11,1)<br>* | 0 (0)             | 22<br>(78,6%±7,9)<br>* # | 0 (0)                   |
| 1 раз 3-4 дня                          | 0 (0)                  | 8<br>(57,1%±13,7) | 0 (0)                    | 6<br>(31,6%±11,0)       |
| 1 раз 5-7 дней                         | 0 (0)                  | 6<br>(42,9%±13,7) | 0 (0)                    | 13<br>(68,4%±11,0)<br># |
| <b>Клиническая тяжесть течения СРК</b> |                        |                   |                          |                         |
| Легкая                                 | 10 (47,6)              | 9 (64,3)          | 6 (21,4)                 | 4 (21,1)                |
| Средняя                                | 8 (38,2)               | 5 (35,7)          | 9 (32,2)                 | 6 (31,6)                |
| Тяжелая                                | 3 (14,2)               | 0 (0)             | 13 (46,4)                | 9 (47,3)                |

**Примечание:** СРКн-д - нерефрактерная СРК с преобладанием диареи; СРКн-з - нерефрактерная СРК с преобладанием запоров; СРКр-д - рефрактерная ИТС с преобладанием диареи; СРКр-з - рефрактерный СРК с преобладанием запора; \* - различие показателей группы нерефрактерных пациентов ( $p < 0,05$ ); # - разница между рефракторами пациентами ( $p < 0,05$ ).

Определилось тяжелое течение болезни у пациентов с СРКр-д (46,4%) и СРКр-з (47,3%) при сравнении рефрактерных и нерефрактерных типов с точки зрения клинической тяжести заболевания.

На рисунке 1 графически представлена выраженность абдоминального болевого синдрома по ВАШ в зависимости от типа СРК.



**Рисунок 1. Выраженность абдоминального болевого синдрома в зависимости от типа СРК**

Оценка боли в животе по шкале ВАШ при рефрактерной СРК была оценена как умеренный болевой синдром и показала гораздо более высокую частоту, чем при нерефрактерной СРК ( $3,6 \pm 0,2$  балла,  $p = 0,0001$ ). Интенсивность абдоминальной боли при СРКр-д ( $5,7 \pm 0,3$ ) была ниже, чем при СРКр-з ( $6,0 \pm 0,4$ ,  $p = 0,0001$ ).

При обобщении данных опроса по шкале Цунг депрессия не наблюдалась у 19% (менее 50 баллов) пациентов с нерфрактерным СРК, легкой депрессией (50-59 баллов) у 28,7% пациентов и умеренной депрессией у 52,3% (60-69) баллов) пациентов (таблица 4).

Депрессия не наблюдалась у 19,2% (менее 50 баллов) пациентов с рефрактерным СРК, легкая депрессия (50-59 баллов) у 40,4% пациентов и умеренная депрессия (60-69 баллов) у 40,4% пациентов.

**Таблица 4**

**Степень развития депрессии у пациентов с синдромом раздраженного кишечника**

| Типы СРК                            | Нет депрессии |             |                | Депрессия умеренной степени |             |                | Депрессия средней степени |              |                |
|-------------------------------------|---------------|-------------|----------------|-----------------------------|-------------|----------------|---------------------------|--------------|----------------|
|                                     | n             | (%)         | ср.балл<br>M±m | n                           | (%)         | ср.балл<br>M±m | n                         | (%)          | ср.балл<br>M±m |
| СРКн-д<br>(n = 21)                  | 4             | 19#         | 45,5±1,4       | 8                           | 38,1*       | 53,5±0,6       | 9                         | 42,9<br>#    | 61,7±0,5       |
| СРКн-з<br>(n = 14)                  | 3             | 21,4#*      | 47,7±0,9       | 5                           | 35,7        | 53,0±1,1       | 6                         | 42,9<br>#    | 62,1±0,7       |
| СРКр-д<br>(n = 28)                  | 4             | 14,3#       | 44,5±2,1       | 13                          | 46,4#<br>** | 54,2±0,8       | 11                        | 39,3<br>#    | 62,5±0,5       |
| СРКр-д<br>(n = 19)                  | 5             | 26,3#<br>** | 47,4±0,7       | 6                           | 31,6        | 53,6±0,8       | 8                         | 42,1<br># ** | 63,9±0,8       |
| Группа<br>контроль<br>я<br>(n = 20) | 13            | 65          | 41,3±1,3       | 7                           | 35          | 53,7±0,7       | 0                         | 0            | 0              |

СРКн-д - нерефрактерная СРК с преобладанием диареи; СРКн-з - нерефрактерная СРК с преобладанием запоров; СРКн-д - рефрактерная ИТС с преобладанием диареи; СРКр-з - рефрактерный СРК с преобладанием запора; \*-различие показателей группы нерефрактерных пациентов ( $p<0,05$ ); \*\*-разница между рефракторами пациентами ( $p<0,05$ ).

Чтобы определить баланс микроэлементов, мы разделили пациентов на две подгруппы: пациенты с дисбалансом микроэлементов и нормальным составом (таблица 5).

Исследование показало, что 8 из 25 химических элементов (Ca, Mg, Fe, Zn, Cu, I, Mn, Co) были значительно снижены у пациентов с СРК, чем у здоровых людей. Количественных различий только между 13 элементами (Na, K, Cr, Sn, B, Li, V, Si, Hg, Pb, Cd, Be, Al) в волосах пациентов и контрольной группы не обнаружено. Было обнаружено, что количество оставшихся 4 химических элементов (P, Se, As, Ni) увеличилось по сравнению со здоровыми людьми.

Таблица 5

**Количественный состав химических элементов в волосах контрольной группы и синдрома раздраженного кишечника с дисбалансом микроэлементов (мкг/г)**

| №  | Элементы | СРКн<br>n=15, M±m | СРКр<br>n=19, M±m | Группа<br>контроля<br>n=20, M±m |
|--|----------|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| <b>Эссенциальные химические элементы</b>   |          |                   |                   |                                 |
| K  | Калий    | 801,4±38,3        | 776,3±47,0        | 988,9±19,2                      |
| Na   | Натрий   | 812,0±34,9        | 837,1±41,4        | 990,3±38,0                      |
| Ca   | Кальций  | 300,3±16,8*       | 303,4±13,3*       | 1252,7±24,3                     |
| Mg   | Магний   | 81,4±12,3*        | 78,9±9,7*         | 111,5±3,5                       |
| P  | Фосфор   | 250,9±0,37*       | 250,9±0,32*       | 148,0±1,8                       |
| Fe   | Железо   | 6,8±0,07*         | 8,6±0,05*         | 23,3±0,8                        |
| Zn   | Цинк     | 121,5±0,5*        | 121,5±0,44*       | 158,1±8,6                       |
| Cu   | Медь     | 8,3±0,03*         | 8,26±0,03*        | 22,4±0,5                        |
| Se   | Селен    | 1,97±0,03*        | 1,97±0,03*        | 0,89±0,03                       |
| I  | Йод      | 4,3±0,04          | 4,28±0,04         | 6,1±0,2                         |
| Mn   | Марганец | 0,55±0,006*       | 0,55±0,01*        | 0,88±0,11                       |
| Co   | Кобальт  | 0,004±0,0002*     | 0,004±0,0002*     | 0,122±0,02                      |
| Cr   | Хром     | 0,02±0,003        | 0,023±0,003       | 0,45±0,03                       |
| <b>Токсические, относительно токсические и относительно эссенциальные элементы</b> |          |                   |                   |                                 |
| As   | Мышьяк   | 0,90±0,02*        | 0,90±0,015*       | 0,033±0,005                     |
| Sn   | Олово    | 1,08±0,02         | 1,08±0,02         | 0,45±0,09                       |
| B  | Бор      | 1,82±0,01         | 1,83±0,01         | 1,40±0,17                       |
| Li   | Литий    | 0,005±0,0003      | 0,005±0,0003      | 0,012±0,002                     |
| Ni   | Никел    | 1,24±0,007*       | 1,25±0,006*       | 0,38±0,04                       |
| V  | Ванадий  | 0,05±0,003        | 0,05±0,003        | 0,017±0,004                     |
| Si   | Кремний  | 27,0±0,18         | 27,0±0,16         | 35,8±1,3                        |
| Hg   | Ртуть    | 0,60±0,005        | 0,61±0,004        | 0,21±0,02                       |
| Pb   | Свинец   | 0,49±0,006        | 0,49±0,004        | 0,59±0,03                       |
| Cd   | Кадмий   | 0,007±0,0003      | 0,007±0,0003      | 0,006±0,0005                    |
| Be   | Бериллий | 0,0003±0,00001    | 0,0003±0,00001    | 0,0003±0,0002                   |
| Al   | Алюминий | 5,38±0,23         | 5,38±0,20         | 7,58±0,21                       |

Примечание: СРКн – нерефрактерный СРК; СРКр – рефрактерный СРК; \* - p < 0,05;

Результаты анализа показателей психического и физического компонентов здоровья в группах пациентов с СРК и здоровых людей представлены в таблице 6.

Таблица 6

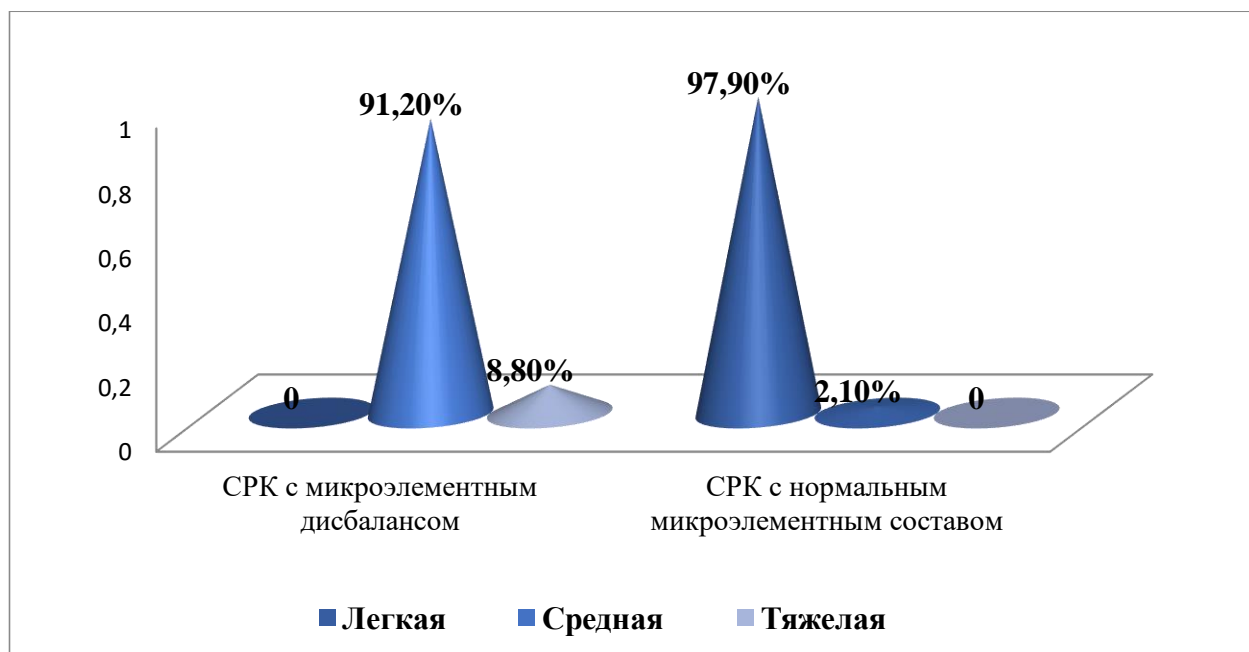
**Психические и физические компоненты качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника, (M ± m)**

|                          |           | Группа контроля, n=20 | СРКн, n=35 | СРКр, n=47 | p       |
|--------------------------|-----------|-----------------------|------------|------------|---------|
| Психический здоровя (МН) | компонент | 51,6±0,4              | 37,9±0,2** | 38,7±0,8** | < 0.005 |
| Физический здоровя (РН)  | компонент | 54,1±0,3              | 44,3±0,7** | 36,4±0,5** | < 0.005 |

Примечание : \*\*-разница между СРК и контрольной группы (p< 0,005).

Из данных таблицы 6 видно, что психический и физический компонент здоровья пациентов с СРК статистически значимо снижены по сравнению со здоровыми людьми, эмоциональное и физическое состояние пациентов ограничивает их повседневную работу и физическую активность.

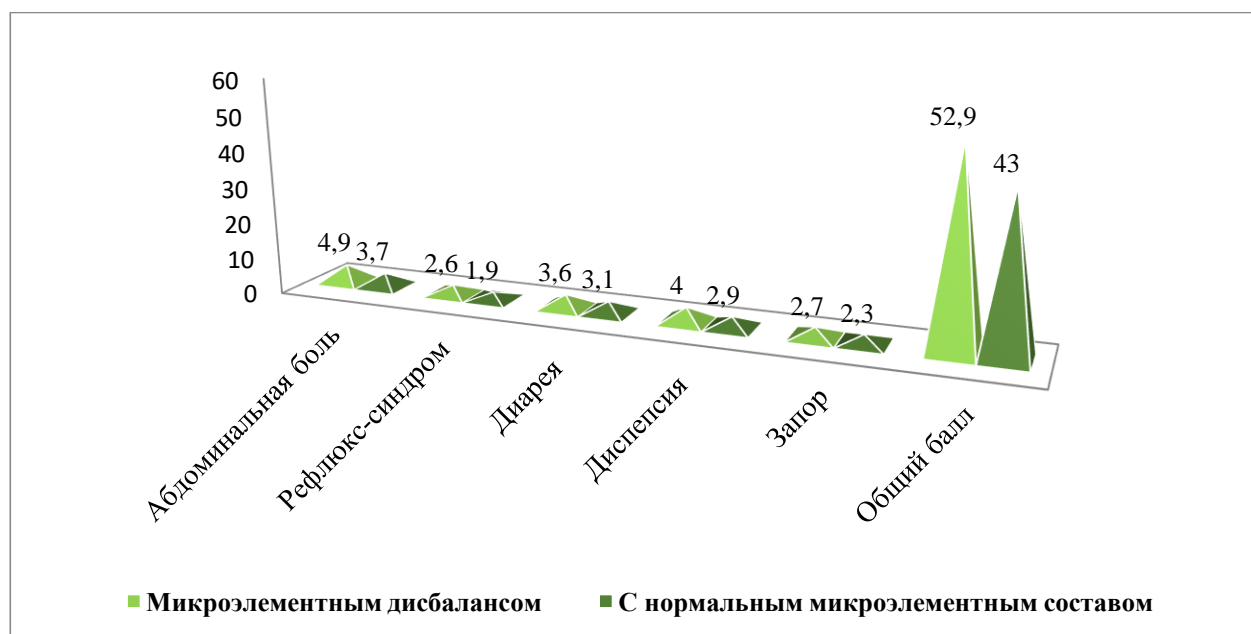
В четвертом главе «Сравнительный анализ клинической тяжести, психоэмоциональных особенностей и качество жизни пациентов с микроэлементным дисбалансом и без него» приведены показатели клинической тяжести заболевания, психоэмоциональные особенности и качества жизни в соответствии с состоянием микроэлементов. Степень тяжести заболевания у СРК-пациентов с микроэлементным дисбалансом выше, чем у пациентов с нормальным микроэлементным составом. На рисунке 2 представлены показатели клинической тяжести заболевания у пациентов с нарушением баланса микроэлементов и нормальным составом.



**Рисунок 2. Частота клинического течения заболевания СРК у пациентов с дисбалансом микроэлементов и без него**

Рисунок 3 показывает, что большинство пациентов с СРК с дисбалансом микроэлементов (91,2%) имели среднюю степень тяжести. У этих пациентов средний балл по алгоритму составил  $7,25 \pm 0,22$ . У остальных 3 пациентов (8,8%) была определена тяжелая степень тяжести заболевания, средний балл составил  $12,0 \pm 0,57$ . В отличие от этой группы, легкое клиническое течение заболевания наблюдалось у 97,9% пациентов с СРК без дисбаланса микроэлементов со средним баллом  $3,82 \pm 0,11$ .

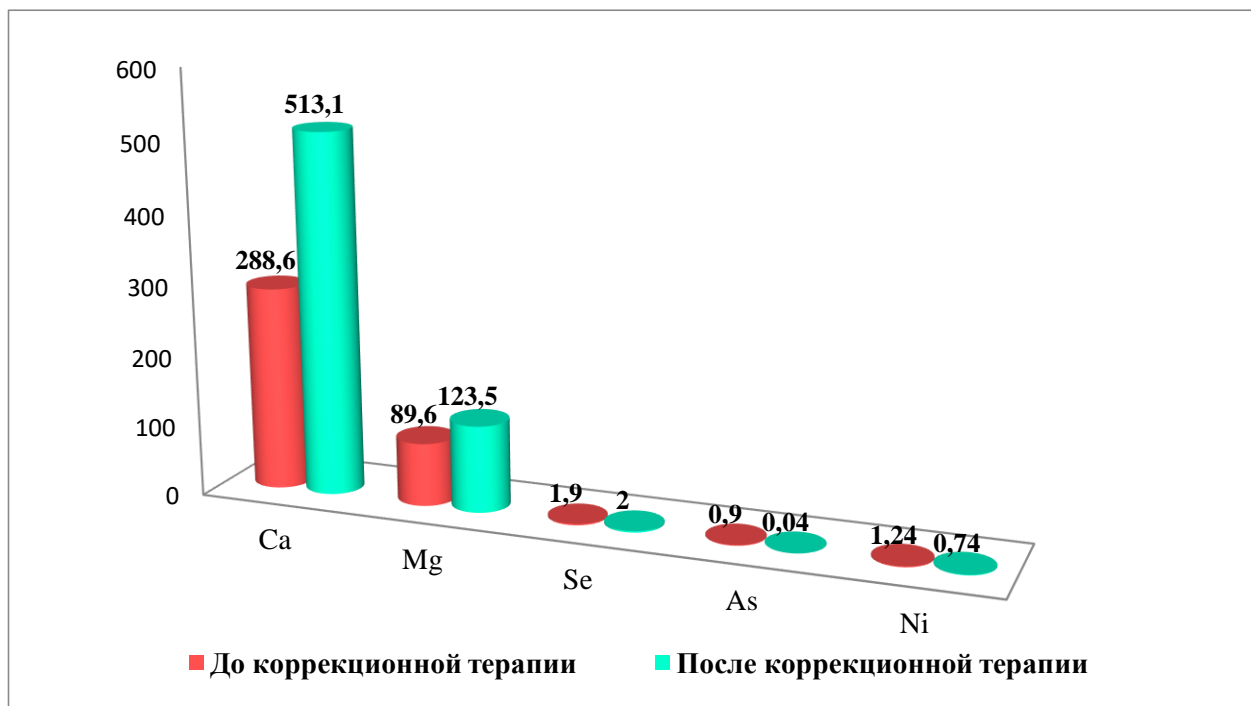
Анализ качества жизни по опроснику GSRS представлен на рисунке 3.



**Рисунок 3. Анализ качества жизни по данным опросника GSRS у пациентов с дисбалансом микроэлементов и без них, баллы**

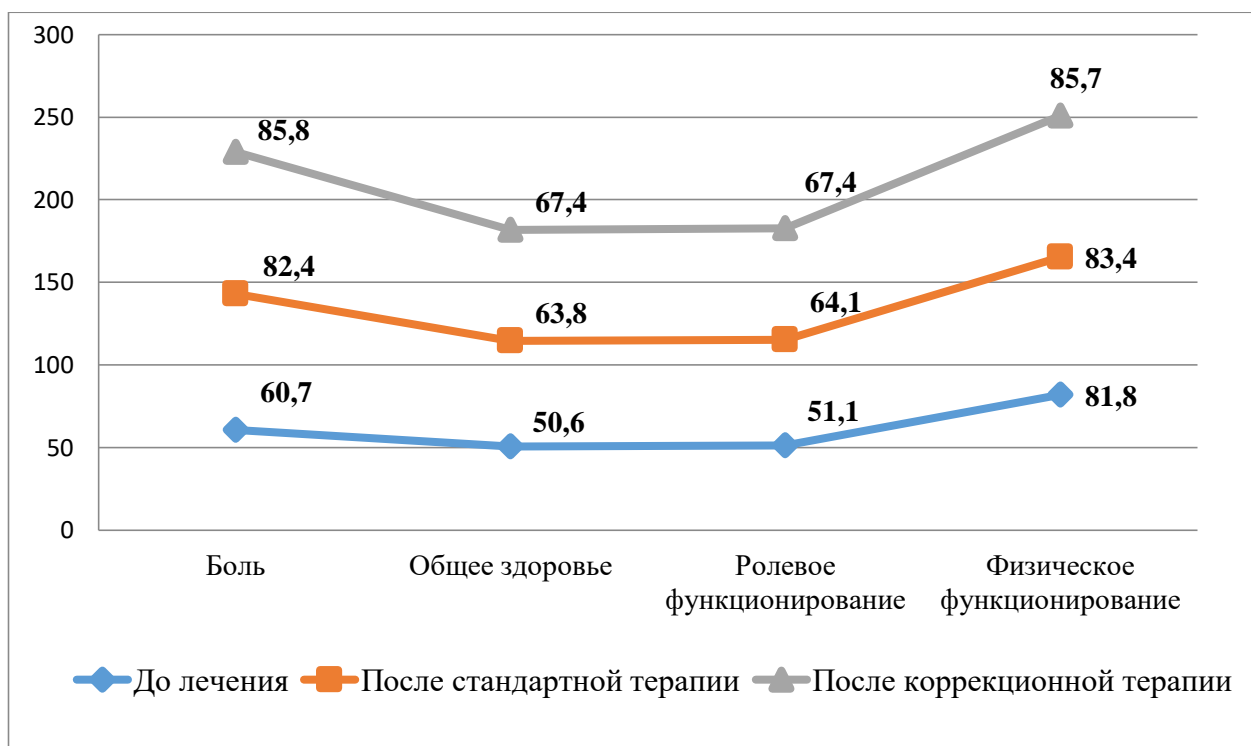
При анализе качества жизни по данным опросника GSRS было обнаружено, что все показатели качества жизни были повышены у пациентов с дисбалансом микроэлементов по сравнению с пациентами нормальным химическим составом. Это означает низкое качество жизни. Общий балл по качеству жизни составил  $52,9 \pm 0,5$  и  $43,0 \pm 0,5$  соответственно.

В пятой главе диссертации «Анализ исходов до и после коррекции микроэлементного дисбаланса» представлены результаты до и после лечения. В результате мероприятий, направленных на восстановление баланса элемента в тканях, Ca и Mg в волосах у пациентов с СРК значительно увеличились (от  $288,6 \pm 19,12$  мкг/г до  $513,1 \pm 5,31$  мкг/г и от  $89,6 \pm 14,03$  мкг/г до  $123,5 \pm 1,15$  мкг/г соответственно), а также As (от  $0,9 \pm 0,001$  мкг/г до  $0,04 \pm 0,02$  мкг/г) и Ni (от  $1,24 \pm 0,06$  мкг/г до  $0,74 \pm 0,01$  мкг/г) достоверно снизилась, что близко к значениям здоровых людей. После лечения количество Se существенно не увеличилось ( $2,0 \pm 0,09$  мкг/г), хотя у здоровых людей оно было немного выше нормы. Мы не получили надежных результатов при изучении волос, содержащих Mg, Ca, Se, As и Ni, у 16 пациентов, получавших только стандартное лечение (до и через 1 месяц после лечения) (рис. 4).

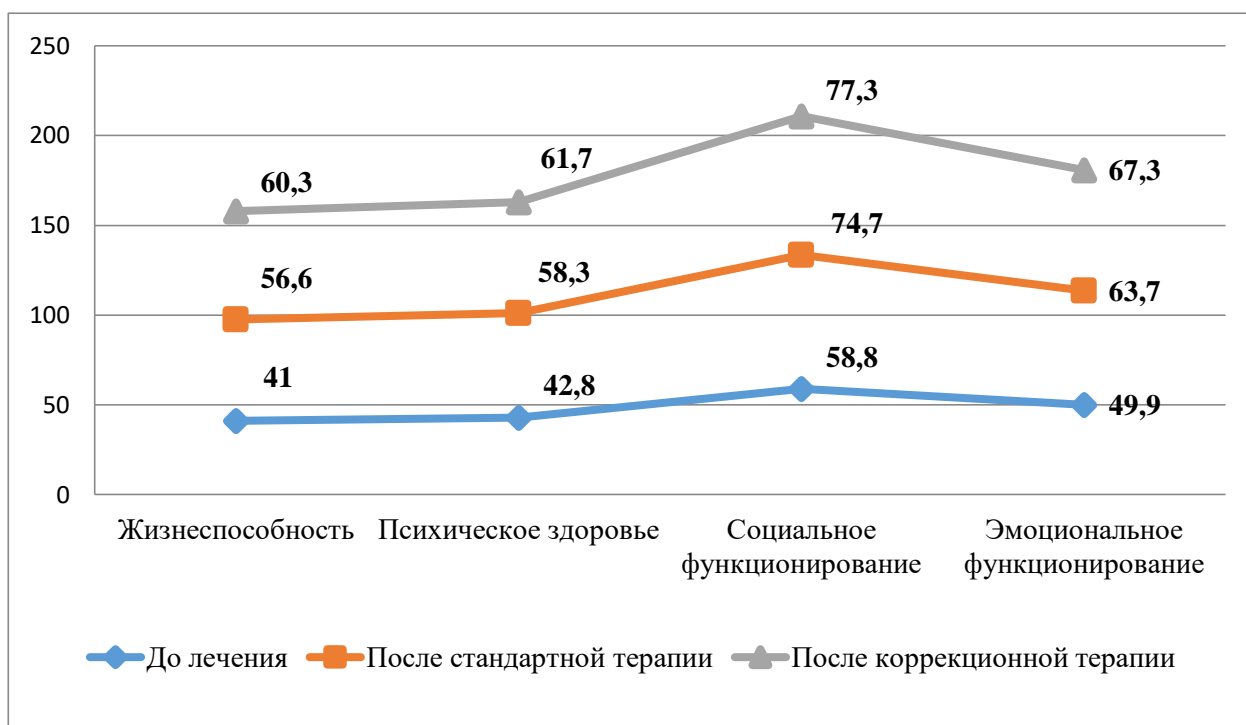


**Рисунок 4. Результаты микроэлементного состава до и после коррекционной терапии, мкг/г**

Анализ качества жизни по MOS SF-36 проводился дважды: до и после лечения (рисунки 5, 6).



**Рисунок 5. Анализ физического компонента здоровья до и после лечения по опроснику MOS SF-36**



**Рисунок 6. Анализ психического компонента здоровья до и после лечения по опроснику MOS SF-36**

Анализ полученных результатов показал положительную динамику по двум шкалам (социальная активность и эмоциональная активность), а также по физическому и психическому компонентам здоровья.

Полученные результаты исследования позволили разработать алгоритм для определения клинической тяжести заболевания. По этому алгоритму отсутствие признака оценивается как 0 баллов, от слабой выраженности до умеренных проявлений — 1 балл, выраженные проявления — 2 балла. Суммирование количества баллов у каждого пациента осуществляется по восьми признакам (наличие абдоминальных болей, диареи, запора, метеоризм, чувства неполного опорожнения кишечника, ложные позывы, выделение слизи, длительные натуживания во время дефекации). Пациенты, набравшие 11-16 баллов были отнесены в группу с тяжелыми/выраженными проявлениями, набравшие 6-10 балла - в группу с умеренными/средней тяжести проявлениями, а получившие 1 - 5 балла - в группу с легкими проявлениями (рисунок 7).



**Ichak ta'sirlanish sindromi og'irlik darajasini aniqlash uchun algoritm**

F.I.SH:

Abdominal og'riq

Tanlang

Diareya

Tanlang

Qabziyat

Tanlang

Qorin dam bo'lishi hissi

Tanlang

Ichak to'liq bo'shamaganlik hissi

Tanlang

Yo'lq'on chaqiriqlar

Tanlang

Shilliq ajralishlar

Tanlang

Hojatga chiqish vaqtida qo'shimcha chaqiriqlar

Tanlang

Bajarish

**Рисунок 7. Программа для определения тяжести синдрома раздраженного кишечника**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Клинико-anamnesticheskie особенности различных типов синдрома раздраженного кишечника. Норфрактерный тип: возраст начала заболевания  $24,14 \pm 0,54$  лет, ассоциация с инфекционным фактором (СРКн-д - 28,5%), боли в животе малой интенсивности ( $3,6 \pm 0,2$  балла). По рефрактерному типу: возраст начала заболевания  $21,6 \pm 0,5$  лет, инфекционный фактор (СРКр-д - 54,6%), социальный фактор (СРКр-з - развод 52,6%, потеря работы 57,9%), боль в животе от умеренной до сильной ( $5,9 \pm 0,3$  и  $7,5 \pm 0,4$  балла соответственно).

2. Разработан алгоритм определения степени тяжести клинического течения синдрома раздраженного кишечника. Согласно ему, 54,3% пациентов с нерефрактерным СРК были оценены как легкие, 37,2% - как средне тяжелые и 8,5% - как тяжелые, в то время как 21,3% пациентов с рефрактерным СРК были оценены как легкие, 31,9% - как средне тяжелые и 46,8% были оценены как тяжелые.

3. При изучение химических элементов в организме 8 из 25 химических элементов (Ca, Mg, Fe, Zn, Cu, I, Mn, Co) были значительно снижены у пациентов с СРК, чем у здоровых людей. Количественных различий только между 13 элементами (Na, K, Cr, Sn, B, Li, V, Si, Hg, Pb, Cd, Be, Al) в волосах пациентов и контрольной группы не обнаружено. Было обнаружено, что количество оставшихся 4 химических элементов (P, Se, As, Ni) увеличилось по сравнению со здоровыми людьми.

4. При сравнении клинического течения заболевания у пациентов с нарушением микроэлементного баланса и без него, в первой группе преобладали среднетяжелое и тяжелое течение, а во второй - легкое течение. При сравнении степени депрессии в первой группе пациентов выявлялась только умеренно тяжелая (100%), а во второй группе пациентов - легкая. Также было обнаружено достоверное снижение показателей качества жизни у соответствующей первой группы пациентов.

5. В результате мероприятий, направленных на восстановление баланса элементов в тканях, Ca и Mg в волосах у пациентов с СРК значительно увеличились, а также As и Ni достоверно снизилась. По данным опросников GSRС и MOS SF-36, показатели качества жизни достоверно улучшены.

**SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING  
THE SCIENTIFIC DEGREE PhD.04/30.09.2020.Tib.123.01 AT  
URGENCH BRANCH OF THE TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**MAKHMUDOVA LOLA IZZATILLOYEVNA**

**ESTIMATION OF THE INFLUENCE OF DIFFERENT TYPES OF  
IRRITABLE BOWEL SYNDROME ON THE QUALITY OF LIFE OF  
PATIENTS WITH MICROELEMENTAL IMBALANCE**

**14.00.05 - Internal disease**

**DISSERTATION ABSTRACT OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)  
ON MEDICAL SCIENCES**

**URGANCH – 2021**

**The theme of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under B2020.3.PhD/Tib1405.**

The dissertation was prepared at the Bukhara state medical institute named after Abu Ali ibn Sino.

The abstract of the dissertation was posted in three (Uzbek, Russian, English (resume)) languages on the website of the Scientific Council at ([www.urgfiltma.uz](http://www.urgfiltma.uz)) and on the website of “ZiyoNet” information-educational portal at ([www.ziyo.net](http://www.ziyo.net)).

**Scientific adviser**

**Abdullayev Ravshanbek Babazhanovich**

Doctor of Medical Sciences, professor

**Official opponents**

**Karimov Mirvasit Mirvasikovich**

Doctor of Medical Sciences, professor

**Nurbayev Farmon Ergashovich**

Doctor of Medical Sciences, docent

**Leading organization**

**Samarkand state medical institute**

The defense of the dissertation will take place on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021, at \_\_\_\_ at the meeting of the Scientific Council PhD.04/30.09.2020.Tib.123.01 at the Urgfnch branch of the Tashkent Medical Academy (Address: Urganch city, Al-Kharazimiy street 28. Tel/fax: +99862 224-84-84).

The dissertation can be reviewed in the Information Resource Centre of the Urganch branch of the Tashkent Medical Academy, (registered No.\_\_\_\_), (Address: Urganch city, Al-Kharazimiy street 28. Tel/fax: +99862 224-84-84).

Abstract of the dissertation sent out on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 year.

(mailing report №. \_\_\_\_ on « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 year).

**R.Yu. Ruzibayev**

Chairman of the Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences

**Z.F. Zhumaniyazova**

Scientific Secretary of the Scientific Council awarding scientific degrees, Candidate of Medical Sciences, docent

**O.O. Zhabbarov**

Chairman of the Scientific Seminar under the Scientific Council awarding scientific degrees, Doctor of Medical Sciences, docent

## INTRODUCTION (abstract of the PhD dissertation)

**The aim of the research:** assessment of the influence of irritable bowel syndrome with an imbalance of trace elements on the clinical course of the disease, psychoemotional state and quality of life of patients.

**The object of the study** was 82 patients with irritable bowel syndrome who underwent a course of inpatient treatment at the gastroenterology department of the Bukhara regional multidisciplinary medical center in the period 2017-2019.

**The scientific novelty of the study is as follows:**

Regional differences of predisposing factors with predominance of social factors in irritable bowel syndrome are substantiated;

for the first time, clinical and anamnestic criteria and a score scale determining the severity of irritable bowel syndrome have been developed;

it is proved that in the body of patients with irritable bowel syndrome, the development of imbalance is characterized by a deficiency of Ca, Mg, Fe, Zn, Cu, I, Mn, Co and an increase in the amount of P, Se of vital elements;

the severity of the course of irritable bowel syndrome on the manifestation of mental and physical indicators of the patient's quality of life, changes in the level of imbalance of essential and toxic trace elements in the body is substantiated;

it has been proven to increase the effectiveness of treatment and improve the quality of life of patients with the use of corrective therapy with irritable bowel syndrome, accompanied by an imbalance of trace elements.

**Implementation of the research results.** Based on the scientific results obtained on the systematic diagnosis of chemical elements in the body with irritable bowel syndrome:

approved the methodological recommendation "A new method for diagnosing the clinical and psychological state and quality of life of patients with various forms of irritable bowel syndrome" (Conclusion of the Ministry of Health 18.05.2021, No. 8n-d/161). This methodological recommendation made it possible to carry out early diagnosis and prevention of disorders of the psychoemotional state and the quality of life of patients with irritable bowel syndrome;

approved the methodological recommendation "A new method for the diagnosis of imbalance of chemical elements in various forms of irritable bowel syndrome" (Conclusion of the Ministry of Health 18.05.2021, No. 8n-d/161). This methodological recommendation made it possible to identify the imbalance of trace elements in patients with irritable bowel syndrome at an early stage;

The results of scientific studies of the psychoemotional state and quality of life of patients with irritable bowel syndrome with microelement imbalance were used in health care, including in the Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid, Zhondor, Bukharan, Shafirkan regional medical associations, family polyclinic number 3 and 9 of the city of Bukhara (Conclusion of the Ministry of Health 06.08.2021, No.08-09/9726). The implementation of the results in practice made it possible to improve the quality of diagnostics, predict the risk and severity of the diseases shorten the length of hospital stay, and thereby improve the quality of life of patients.

**The structure and volume of the dissertation.** The dissertation consists of an introduction, five chapters, a conclusion, a list of used literature. The volume of the thesis is 120 pages.

**ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ**  
**СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ**  
**LIST OF PUBLISHED WORKS**

**I бўлим (I часть; I part)**

1. Абдуллаев Р.Б., Махмудова Л.И. Синдром раздраженного кишечника: этапы диагностики // Тиббиётда янги кун-Тошкент. 2020, №3(31).С.9-12. (14.00.00; №22)
2. Махмудова Л.И. Ичак таъсирланиш синдромининг клиник-эмоционал хусусиятлари // Доктор ахборотномаси-Самарқанд. 2020, №3.1(96).С.58-60. (14.00.00; №20)
3. Махмудова Л.И., Шаджанова Н.С. Ичак таъсирланиш синдроми турли шаклларида кимёвий элементлар мувозанати бузилишини баҳолаш // Инфекция, иммунитет и фармакология-Тошкент. 2021, №2. С.175-85. (14.00.00; №15)
4. Махмудова Л.И., Исматова М.Н., Мухамеджанова М.Х., Сулаймонова Г.Т. Оценка микроэлементного статуса и его коррекция при синдроме раздраженного кишечника // Тиббиётда янги кун-Тошкент. 2021, №2 (34). С.25-31. (14.00.00; №22)
5. Makhmudova L.I., Akhmedova N.Sh., Ergashov B.B. Clinical manifestation of irritable bowel syndrome // Art of medicine. International medical scientific journal. 2021, Vol.1 Iss.2. P.24-33. (14.00.00; №3)
6. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I. Features of chemical elements in various forms of irritable bowel syndrome // Annals of R.S.C.B. 2021, 25(2), P.2993-3000. (Scopus – Q4)
7. Makhmudova L.I., Akhmedova N.Sh. Irritable bowel syndrome: a new look at the problem // Academicia: An International Multidisciplinary Research Journal. 2020, Vol.10. Iss.8. P.433-38. (IF-7.13)
8. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I. Assessment of clinical and psychological status and quality of life of patients in different forms of irritable bowel syndrome // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. 2021, 3(02), P.127-134. (IF-5.64)
9. Makhmudova L.I., Shazhanova N.S., Akhmedova N.Sh. Clinical features of irritable intestinal syndrome // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. 2021, 3(04), P.154-59. (IF-5.64)
10. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I. Micro elemental imbalance in irritable bowel syndrome and its correction // Academicia: An International Multidisciplinary Research Journal. 2021, Vol.11. Iss.5. P.655-62. (IF-7.13)

## II бўлим (II часть; II part)

11. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I. Irritable bowel syndrome and clinical-emotional features // Monografia pokonferencyjna - science, research, development. 2020, P. 61-63

12. Abdullayev R.B., Makhmudova L.I. Clinical severity of irritable bowel syndrome // International conference on science and education. 2021, P. 46-47

13. Махмудова Л.И. Синдром раздраженного кишечника и психоэмоциональный статус // Сборник материалов II международной конференции студентов медиков и молодых ученых. 2020, С. 159-60

14. Махмудова Л.И. Ичак таъсирланиш синдроми беморларида хаёт сифати ўзига хослиги // Современная нефрология: сегодня и завтра-Бухара. 2020, С. 56-57

15. Абдуллаев Р.Б., Махмудова Л.И. Новый метод диагностики клинико-психологического состояния и качества жизни пациентов с различными формами синдрома раздраженного кишечника // Методические рекомендации. 2021. – 16. с.

16. Абдуллаев Р.Б., Махмудова Л.И. Новый способ диагностики дисбаланса химических элементов при различных формах синдрома раздраженного кишечника // Методические рекомендации. 2021. – 16. с.

17. Махмудова Л.И., Абдуллаев Р.Б., Абдуллаева У.К. Программа для ЭВМ, № DGU 11267 Агентство по интеллектуальной собственности при министерстве юстиции Республики Узбекистан, 31.05. 2021.

18. Махмудова Л.И., Сафарова Г.А., Эргашев Б.Б. Программа для ЭВМ, № DGU 09796 Агентство по интеллектуальной собственности при министерстве юстиции Республики Узбекистан, 23.11. 2020.



Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали  
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

---

---

Разрешено к печати: 12 октября 2021 года  
Объем – 2,1 уч. изд. л. Тираж – 60. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»  
Заказ № 1177 -2021. Отпечатано РИО ТМА  
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru

