ташкил қилади, асосан ≥ 5 та касалликларни бир вақтда қўшилуви билан ифодаланган коморбидлик аниқланади (55Ю3%) 2 та ва 3 та касалликлардан таркибланган коморбидлик -6,4% тарқалиш частоталарида кузатилади [RR=2; 95% Cl=0,90 – 4,45; χ^2=14,35; P<0,05].

100-105 ёшли геронт қишлоқ ахолисида, жами минтақалар бўйича, коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 15,0% ни ташкил қилади; фақат 0,2% ахолида КК аниқланмайди. Ушбу геронт қишлоқ эркак-популяциясининг – 0,5%тида 1 та, 1,7%тида-2 та, 0,5%тида – 3 та, 1,6%тида -4 та ва 10,6% тида ≥5 та касалликлар бир вақтда тасдиқланади [RR=1,02; 95% Cl=0,83 – 1,48; χ^2=0,69; P>0,05].

Андижон вилоятининг ушбу ёшдаги қишлоқ ахолисида коморбид касалликларни аниқланиш частотаси – 8,6%ни, 1 та касалликни аниқланиш – 1,0%ни, 2 та каалликни аниқланиши- 1,9%ни, 3 та касалликни бўлиши – 0,00%ни 4 та касалликни бўлши хам – 0,00%ни ва ≥5 та касалликнинг бир вақтд коморбидлик хосил қилиб аниқланиши – 3,8% ни ташкил этади [RR=0,8; 95% Cl=0,52 – 1,24; χ^2=0,47; P>0,05].

Наманган худудининг 100-105 ёшли қишлоқ ахолисида – иккита касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 0,9%, ≥ 5 та касаллик билан ифодаланган коморбидлик – 0,9% ва жами коморбид касалликлар – 2,3% тарқалиш частоталарида тасдиқланади. Бошқа турли коморбидликлар қайд қилинмайди [RR=0,93; 95% Cl=0,80 – 1,07; χ^2=0,15; P>0,05].

Фарғона вилоятининг ушбу ёшли қишлоқ эркаклари популяциясида коморбидлик – 2,3% тарқалиш частотасида тасдиқланади, 1 та касаллик -0,5, иккита касаллик – 0,9% ва ≥ 5та касаллик қўшилуви – 0,9% частоталарда тарқалиш билан аниқланади [RR=1; 95% Cl=1,00 – 1,00; χ^2=0; P=0].

Қашқадарё худудининг 100-105 ёшли эркаклари популяциясида қуйидаги хос эпидемиологик тавсифлар маълум бўлади; 1) КК йўқ ахоли аниқланмайди; 2) 1 та касаллик билан ахоли (қишлоқ ахолиси, 100-105 ёшлилар) -0,6% ни ташкил қилади; 3) 2 та касаллик қўшилуви билан ифодалнган коморбид фон – 2,3%ни ташкил этади; 4) 3 та касаллик билан таркибланган коморбидлик – 1,7% частотада қайд қилинади; 5) 4 та касаллик билан коморбидликни аниқланиши – 6,4%ни ташкил қилади; 6) ≥5 та сурункали касаллик қўшилуви билан ифодаланган коморбидлик – 24,0% аниқланиш частотаси билан қайд қилинади [RR=1,55; 95% Cl=0,82 – 3,01; χ^2=5,01; P<0,05].

100-105 ёшли, Жиззах вилояти шароитида истиқомат қилувчи, қишлоқ популяциясида коморбид касалликларни тарқалиш частотаси -21,3%ни ташкил этади ва асосан ≥ 5 та сурункали касалликлар билан ифодаланган коморбидлик (12,8%) аниқланади. 4 та касаллик қўшилуви -6,4% ва 2 та касаллик қўшилуви -2,1% 100-105 ёшли қишлоқ эркаклари популяциясида тасдиқланади [RR=0,68; 95% Cl=0,42 – 1,06; χ^2=0,48; P>0,05].

≥106 ёшдан ошгн қишлоқ ахолисида коморбид касалликлар – 4,1% аниқланиш частотаси билан аниқланади, аксарият ≥ 5 та касалликлар билан таркиблангаган коморбидлик (2,7%) тасдиқланади [RR=1,57; 95% Cl=0,81 – 3,03; χ^2=3,44; P>0,05].

Худудий қишлоқ супергеронт эркакларид ўхшаш эпидемиологик хусусиятлар деярли тасдиқланади ва қуйидагича тарқалиш частоталари билан ўзаро тафовутланиб коморбид касалликлар аниқланади: Андижон вилоятида – 1,9% [RR=0; 95% Cl=0; χ^2=2; P>0,05], Наманган вилоятида – 5,8% [RR=0,75; 95% Cl=0,43 – 1,32; χ^2=0,31; P>0,05], Фарғона вилоятида – 0,9% [RR=0; 95% Cl=0; χ^2=2; P>0,05], Қршқадарё вилоятида – 8,6% [RR=1,5; 95% Cl=0,67 – 3,34; χ^2=4,29; P<0,05] ва Жиззах вилоятида – 4,3% [RR=0; 95% Cl=0; χ^2=2; P>0,05].

Хулоса. Ушбу маълумотлардан хулоса чиқариш мумкин бўладики, геронт ахолида коморбид касалликларнинг преморбид фонини аниқ баҳолашда ва уларнинг келиб чиқишини эрта барвақтлаб беришда эпидемиологик тадқиқотлар хал қилувчи “роллардан бирини ўйнаб” ахамият касб этишади.

ЧАСТОТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ G2677T MDR1 и T3435C MDR1 У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сирожитдинов К.К.[1], Мавлянов И.Р.[1], Мавлянов З.И.[2], Рахматов А.Т.[2]

[1] Республиканский научно-практический центр спортивной медицины при Национальном олимпийском комитете Узбекистана.

[2]Республиканский центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при Минздраве Республики Узбекистан.

Общеизвестно, что эффективность лекарств средств во многом зависит от генетических детерминант контролирующих процессы фармакокинетики лекарств, начиная от их поступления в организм и элиминации из организма. В этом плане большой интерес представляет гены, контролирующие экспрессию транспортного белка Гликопротеин Р. Именно этот субстрат и определяет степень усвояемости лекарственных средств эффекторными клетками.

Цель исследования. Изучение распределения генотипов G2677T и T3435C полиморфизмов гена MDR1 у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и характер влияния их генотипов на клинические параметры течения болезни.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили у 100 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, в возрасте от 50 до 89 лет. Для оценки клинического течения болезни

использовали показатели IPSS (международная шкала оценки симптомов со стороны предстательной железы), QOL (шкала качества жизни), Vпростаты (объем предстательной железы), Q_{max}. (максимальная скорость потока мочи), R (остаточная моча) и PSA (простатаспецифический антиген пептид). Генетические исследование проводили общепринятыми методами. Полученные результаты обрабатывали методом вариационной статистики.

Полученные результаты. Среди больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы было наиболее высока частота встречаемости гетерозиготного (GT) генотипа гена MDR1 (G2677T) (у 3/5 части больных). Почти у 1/4 больных имело место носительство GG генотипа. Сравнительно, редко встречалось носительство TT генотипа. G2677T полиморфизм гена MDR1 среди обследуемых нами больных в основном было представлено гетерозиготным генотипом.

T3435C полиморфизм гена MDR1 среди больных также было преимущественно представлено гетерозиготным TC генотипом. Почти каждый 1/3 обследованных нами больных были носителями TT генотипа. CC генотип данного полиморфизма гена MDR1 встречался сравнительно редко. T3435C полиморфизм гена MDR1 среди обследованных нами больных также представлен в основном гетерозиготным генотипом. Кроме того, была выявлена определенная взаимосвязь между носительством изучаемых генотипов и параметрами клинического течения болезни. Особенно это отчетливо прослеживается по отношению показателей объема остаточной мочи, объема предстательной железы и объема максимального потока мочи.

Заключение. Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что оба изучаемых полиморфизма гена MDR1 среди обследованных больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы представлены преимущественно гетерозиготным генотипами, что составляет более половины обследованных больных. Между отдельными генотипами изучаемых генов и параметрами клинического течения болезни существует определенная взаимосвязь требующего проведения дальнейших целенаправленных исследований в этом направлении.

OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF SEVERE PATELLAR CHONDROMALACIA

Irismetov M.E., Umarov F.H., Irismetov D.M., Shamshemetov D.F., Tajinazarov M.B
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics.

Introduction. Patellar chondromalacia, which is based on a change in the cartilaginous surface, is a clinical patellofemoral pain syndrome (PFBS). Knee pain accounts for approximately 5% of all requests for primary medical care in adults. PFBS is characterized by pain in the front of the knee and accounts for 10-25% of all visits to physiotherapy clinics.

Despite the popularity of surface tunneling as a first-line treatment for articular cartilage defects in the knee, there is no systematic information on its clinical effectiveness for the restoration of articular cartilage and long-term improvement of knee function. Superficial tunneling provides an effective short-term improvement in knee joint function, but there is insufficient data on its long-term results. The disadvantages of this method include limited restoration of hyaline tissue, variable volume of cartilage being restored, and possible deterioration of function.

Goal. He will evaluate the effect of arthroscopic associated mobilization and end-to-end tunneling of the patella on patellofemoral pain syndrome and on grade III-IV chondromalacia.

Materials and methods. In the period 2020-2024, we performed arthroscopic diagnosis and treatment of 67 patients in the Sports Injury department of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, of which 38 patients (57.3%) were women and 29 patients (42.7%) were men. There were 3 patients under the age of 18, 7 patients aged 19 to 30, 2 patients aged 31 to 40, 24 patients aged 41 to 50, and 31 patients aged 51 to 60.

The main complaints of most patients were movement restrictions, aching or cramping pains in the knee joint, which increase with physical exertion, as well as with changes in the weather, and difficulty walking on uneven surfaces and stairs. The pain is sometimes diffuse, without a clear localization.

The patients underwent lavage and debridement of the entire joint, the lateral edge of the patella was mobilized, and the external restraint was released. In order to stabilize, ablation of the weighing part of the articular surface of the patella and through tunneling of the damaged area of hyaline cartilage were performed using spokes with a diameter of 1.0 mm. In most patients, pathological suprapatellar folds were detected in the upper chamber of the knee joint, as well as grade III-IV chondromallation along the articular surface of the patella.

Discussion. Surface tunneling provides good functionality and pain relief in the medium term, as well as clinically satisfactory results in the long term. Standardized, high-quality future studies will better determine the optimal indications for surface tunneling in the context of cartilage repair strategies. Our proposed method of end-to-end tunneling of the damaged areas of the articular surface of the patella includes the elimination of the sweating-femoral pain syndrome. The method demonstrated successful relief of symptoms due to decompression of intraosseous pressure. Further carefully planned studies are needed to determine the long-term effectiveness of surface tunneling and identify its specific clinical indications compared to other cartilage repair methods. Surface