инобатга олиб биз беморларда гемоглобин ва эритроцитлар морфологиясини ўргандик.

Helicobacter Pylori аниқланган беморларда ўртача гемоглобин миқдори 102.4±2.4 г/л ва бактерия аниқланмаганларда 110.5±1.7 г/л ни ташкил этди ҳамда олинган натижалар ўзаро солиштирилганда ($p<0.05$) ишончли фарқ қайд этилди. Эритроцитлар сони биринчи гуруҳда 3.6±0.5*1012 ва иккинчи гуруҳда 4.1±0.3*1012 на тенг бўлди ва улар ўзаро солиштирилганда ишончли фарқ ($p>0.05$) аниқланмади. Бактерия мавжуд беморларда эритроцитларнинг ўртача ҳажми 75.4±0.8 фл, у аниқланмаганларда 79.2±1.4 фл га тенг бўлиб, улар орасида ишончли фарқ ($p<0.05$) кузатилди. Эритроцитлардаги ўртача гемоглобин миқдори Helicobacter Pylori аниқланган ва аниқланмаган аёлларда мос равишда 26.4±1.1 пкг ҳамда 27.6±1.2 пкг га тенг бўлиб улар орасида ишончли фарқ қайд ($p>0.05$) этилмади. Иккала гуруҳда эритроцитлардаги ўртача гемоглобин консентрацияси мос равишда 314.0±7.0 г/л ва 332.0±8.4 г/л га тенг бўлди ҳамда ишончли фарқ ($p>0.05$) кузатилмади.

Хулоса: Helicobacter Pylori мавжуд беморларда темир танқислиги камқонлигининг яққолроқ намоён бўлиши гемоглобин миқдори ва эритроцитларнинг ўртача ҳажми ишончли камайганлиги билан тасдиқланади.

ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА DRD2 ГЕНИ C>T (C2137T) rs1800497 ПОЛИМОРФИЗМИ ГЕНОТИПЛАРИНИ ДАВО ЖАРАЁНИГА РИОЯ ҚИЛИШ ДАРАЖАСИГА ТАЪСИРИ

Мавлянов С.И.[1] , Мавлянов И.Р.[2], Мавлянов З.И.[3]
[1]Тошкент Кимё халқаро университети.
[2]Республика спорт тиббиёти илмий амалий маркази.
[3]Республика тиббиёт ходимларини касбий малакасини ошириш маркази.

Кириш. Артериал гипертония даволаш жараёнида беморларнинг терапияга риоя қилиши — муваффақиятли фармакотерапиянинг муҳим шарти ҳисобланади. Давога комплаентликка таъсир этувчи омиллар орасида индивидуал генетик хусусиятлар, хусусан дофамин рецепторини кодловчи DRD2 генидаги C>T C2137T (rs1800497) полиморфизми алоҳида аҳамиятга эга.

Изланиш мақсади. Гипертония касаллиги мавжуд беморларда DRD2 гени C>T rs1800497 полиморфизми генотиплари билан антигипертензив терапияга комплаентлик даражаси ўртасидаги боғлиқликни баҳолаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотга гипертония ташхиси қўйилган 100 нафар бемор жалб этилди. DRD2 rs1800497 полиморфизми генотиплари ПЦР-РФЛП усули билан аниқланди. Терапияга тарафдорлик “Мориски-Грин” шкаласи орқали баҳоланди (3 баллли тизим). Статистик таҳлил χ^2 тест орқали амалга оширилди ($p<0,05$ аҳамият даражасида).

Олинган натижалар. DRD2 гени генотип вариантлари билан комплаентлик даражаси ўртасида муайян фарқлар аниқланди: CC генотипли беморларда қониқарсиз тарафдорлик даражаси, терапияга умуман риоя қилмаган беморларга нисбатан 3,5 марта кам кузатилди. CT генотипли беморларда ушбу нисбат 4 марта кам, TT генотипда эса 2 марта кам бўлган.

Шу билан бирга: Терапияга қониқарсиз тарафдорлик кўрсатган беморлар сони энг кўп TT генотипда аниқланган (CC ва CT генотипларига нисбатан тахминан 1,5 баробар кўп);

Давога умуман риоя қилмаган беморлар эса энг кўп CT генотиплилар орасида учраган. Ушбу маълумотлар DRD2 генида “мутант” T аллелини гомозигот ҳолда сақловчи шахсларда давога комплаентлик даражаси бироз юқорироқ бўлишини кўрсатади.

Хулоса. DRD2 гени C>T (rs1800497) полиморфизмининг генотиплари билан гипертония касаллиги мавжуд беморлар терапиясига риоя қилиш даражаси ўртасида аҳамиятли боғлиқлик мавжуд. “Мутант” T аллелни гомозигот ҳолда сақловчи (TT) шахсларда комплаентлик даражаси нисбатан юқори бўлиши ушбу генетик вариантларни индивидуаллаштирилган фармакотерапияда ҳисобга олиш зарурлигини кўрсатади.

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУТБОЛИСТОВ НА ЭТАПЕ ОТБОРА К СОРЕВНОВАНИЯМ

Сирожитдинов К.К, Махмудов Д.Э., Абдуллаева Х.О., Таралева Т.А., Аблялимов Р.Т., Парпиев С.Р.
Республиканский научно -практический центр спортивный медицины, г.Ташкент. Узбекистан.

Актуальность: В профессиональном спорте отбор спортсменов к соревнованиям осуществляется не только на основании технической подготовки, но и на основании функциональных показателей тренированности (подготовленности) спортсменов. При спортивном отборе в морфофункциональных показателях большое внимание уделяют индексам внешнего дыхания. Возможности системы дыхания во всех видах спорта весьма значимы, так как существенно определяют общий уровень работоспособности спортсмена, что влияет на результативность спортивной деятельности. Каждый вид спорта предъявляет специфические требования к функциональным способностям спортсмена, поэтому имеются различия в

определении спортивной пригодности в каждой из групп видов спорта.

Цель: изучить структуру показателей дыхательной системы организма спортсменов, занимающихся футболом на этапе отбора к соревнованиям.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра спортивной медицины в 2025 году. Основную группу составили 849 спортсменов, занимающихся футболом. В рамках медицинского осмотра спортсменов была проведена спирометрия. Были изучены такие показатели спирометрии, как: FVC (Forced vital capacity)- форсированная жизненная емкость легких, FEV1-(Forced expiratory volume in 1 second) объем форсированного выдоха за первую секунду, PEF-(Peak expiratory flow)-пиковая (максимальная) объемная скорость форсированного выдоха, FEV1/FVC%-Индекс Генслера, MEF25 и FEF75-мгновенные скорости выдоха на уровне 25, 75% ФЖЕЛ, MEF50 иFEF50-мгновенные скорости выдоха на уровне 50 % ФЖЕЛ, SVC-«медленная» жизненная емкость легких, ERV-(Expiratory reserve volume)-резервный объем выдоха.

Результаты исследования: на основании результатов наших исследований, установлено повышение всех показателей спирометрии у футболистов, в отличии от средних стандартных норм для данного возраста: FVC на 13,17 %, FEV1 на 19,69%, PEF-на 11,85%, отношение FEV1/FVC повышено на 7,98%. MMEF у футболистов выше средних значений лиц, не занимающихся спортом на 21,41%. Показатели MEF75, MEF50, MEF25 также повышены у спортсменов, если сравнивать с общепринятыми нормами на 15,8%,20,8%,35,63% соответственно. Медленная жизненная емкость легких и резервный объем выдоха также у футболистов превышает допустимые нормы на 12,38 % и 4,11%. Установлены достоверные отличии между защитниками и полузащитниками по следующим показателям: FVC, FEV1, SVC, IVC, MVV ($p<0,001$), MMEF, MEF50, ERV, IRV ($p<0,05$). Между полузащитниками и вратарями были получены следующие достоверные отличии: FVC, FEV1, IVC, IC, SVC, FEV1($p<0,001$), PEF, ERV ($p<0,05$), FEV1/FVC, MVV, TV, ($p<0,01$).

Заключение: согласно результатам нашего исследования, можно сделать вывод об отличном функционировании внешнего дыхания у всех футболистов, однако, наиболее лучшие показатели выявлены у вратарей и защитников. Наибольшее количество отличий отмечается по показателям спирометрии между защитниками и полузащитниками, то есть у защитников наиболее высокие показатели, чем у полузащитников, а также между полузащитниками и вратарями: у вратарей, по большинству параметров показатели ФВД выше, чем у полузащитников. Следовательно, у вратарей и защитников отличные аэробные способности.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ СИНОВИАЛЬНОГО ХОНДРОМАТОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Ходжаев Д.Д., Шамшиметов Д.Ф., Таджиназаров М.Б.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Республика Узбекистан.

Актуальность проблемы: Синовиальный хондроматоз коленного сустава является редким, но значимым заболеванием, которое характеризуется образованием множественных хрящевых телец в синовиальной оболочке сустава. Приводящее к значительным функциональным нарушениям и болям, особенно если не диагностируется и не лечится своевременно. Синовиальный хондроматоз коленного сустава представляет собой около 3% всех заболеваний синовиальной оболочки и делится на 3 стадии развития: На I стадии происходит метаплазия интимной части синовиальной оболочки. Присутствует активный синовит и образование узелков, но кальцификации выявить невозможно. На II стадии в суставе присутствуют узелковый синовит и рыхлые тела. Рыхлые тела все еще хрящевые. На III стадии рыхлые тельца остаются, имеют тенденцию соединяться и кальцифицировать. Чаще всего встречается у взрослых в возрасте от 30 до 50 лет, при этом мужчины страдают от этого заболевания примерно в два раза чаще, чем женщины. По данным AAOS, 70% случаев хондроматоза приходится на коленный сустав.

Цель исследования: Оценка результатов лечения синовиального хондроматоза коленного сустава, используя раннее артроскопическое вмешательство.

Материалы и методы: В РСНПМЦТиО в отделении спортивной травматологии с 2020 до 2024 года было пролечено 72 больных с синовиальным хондроматозом коленного сустава. Мужчин было 45 (62,5%), женщин – 27 (37,5%). В зависимости от проведенного лечения, больные были подразделены на 3 группы. Первой группе, больным с ранней I-II стадией синовиального хондроматоза проводилось ранняя артроскопическая операция. Второй группе больным проводилось консервативное лечение, и в следствии его не эффективности проводилась артроскопическая операция. Третьей группе с III стадией заболевания с сопутствующим остеоартрозом III-IV стадии, за счет значительных изменений в суставе проводилось тотальное эндопротезирование коленного сустава. В настоящей работе использованы следующие методы исследования: клинические методы; рентген, МРТ коленного сустава; артроскопический метод диагностики. Оценка результатов проводилась через 1, 3 и 6 месяцев и базировалась на клинических и инструментальных данных. Результаты анализировались с использованием шкалы оценки состояния колена Lysholm и специальной анкеты IKDC-2000 путем сопоставления показателей до и после оперативного