

**HELICOBACTER PYLORI БИЛАН АССОЦИЯЛАНГАН ТЕМИР ВА ВИТАМИН В12
ТАНҚИСЛИГИ КАМҚОНЛИКЛАРИГА МОЙИЛЛИК ТУҒДИРУВЧИ АЙРИМ
ТАШҚИ ОМИЛЛАРНИ ЎРГАНИШ****Ж. А. Ризаев, А. Г. Гадаев, Л. С. Махманов**

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Таянч сўзлар: *Helicobacter pylori*, темиртанқислиги камқонлиги, витамин В12 танқислиги камқонлиги.**Ключевые слова:** *Helicobacter pylori*, железодефицитная анемия, витамин В12-дефицитная анемия.**Key words:** *Helicobacter pylori*, iron deficiency anemia, vitamin B12 deficiency anemia.

Қатор адабиётларда *Helicobacter pylori* дунёнинг турли мамлакатларда бир хилда тарқалмаганлиги, унга этник, географик омиллар, наслий мойиллик, худуд ва оиладаги санитар – гигиеник ҳолат, овқатланиш тартиби муҳим аҳамиятга эга эканлиги кўрсатилган. Мазкур мақолада қатор ташқи омиллар, хусусан зарарли одатлар (сигарет ва нос чекиш), овқатланиш тартиби, яшаш жойида марказий сув таъминоти ва канализация мавжудлигидан келиб чиқиб кузатувга олинган беморлар қонида *Helicobacter pylori* антитаначалари учраш даражаси таҳлил қилинган ва салбий ҳолатлар бактерия антитаначаларининг қондаги кўрсаткичларини ошишига сабаб бўлиши тасдиқланган.

**ИССЛЕДОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К
HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННЫМ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМ
И ВИТАМИН В12 ДЕФИЦИТНЫМ АНЕМИЯМ****Ж. А. Ризаев, А. Г. Гадаев, Л. С. Махманов**

Самарқандский государственный медицинский университет, Самарқанд, Узбекистан

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Во многих литературных источниках показано, что *Helicobacter pylori* неравномерно распространена в разных странах мира, для нее важны этнические, географические факторы, генетическая предрасположенность, гигиенические условия в регионе и семье, способ питания. В данной статье уровень антител к *Helicobacter pylori* в крови пациентов, за которыми наблюдали на основании ряда внешних факторов, в частности, вредных привычек (сигареты и курение), особенностей питания, наличия центрального водоснабжения и канализации на территории места жительства, проанализировано, а негативные условия вызывают повышение уровня бактериальных антител в крови.

**INVESTIGATION OF SOME EXTRINSIC FACTORS PREDISPOSING TO HELICOBACTER
PYLORI-ASSOCIATED IRON AND VITAMIN B12 DEFICIENCY ANEMIAS****J. A. Rizaev, A. G. Gadaev, L. S. Makhmanov**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

It has been shown in several literatures that *Helicobacter pylori* is not spread uniformly in different countries of the world, ethnic, geographical factors, genetic predisposition, sanitary-hygienic condition in the region and family, diet are important for it. In this article, the level of *Helicobacter pylori* antibodies in the blood of patients who were monitored based on a number of external factors, in particular, harmful habits (cigarettes and smoking), eating habits, the presence of central water supply and sewage at the place of residence, was analyzed, and the negative conditions cause an increase in the levels of bacterial antibodies in the blood. approved.

Helicobacter pylori дунёда энг кўп тарқалган инфекциялардан бири бўлиб ривожланган мамлакатларда 50% атрофида, ривожланаётганларда эса 90% фуқароларида топилади [17]. Илмий кузатувларга кўра ушбу грамманфий таёкча энг кўп Африка қитъасида яшовчи аҳоли орасида аниқланади. Жумладан, Мозамбикда 94,5% [16], Эфиопияда 85,6% [19], Нигерия аҳолисининг 78% [20], хеликобактер пилори аниқланган ва бу уларни эрта болалик даврдан инфицирланиши билан боғлиқ.

Лотин Америкаси аҳолиси орасида ҳам ушбу бактерия тарқалиши Африка мамлакатларига яқинроқ даражада. Масалан бу рақамлар Венесуэлада 75,5% [13], Чилида 78,0% [11], Мексика жанубида 62,7% тенг. [7].

Фарбий Европа давлатларида ва Австралияда инфекция нисбатан кам бўлиб 30-40% аҳолида учрайди [1]. Францияда 10,7% ҳолларда аниқланган [12]. Россия Федерацияси аҳолисида инфекция 50-80% аҳолида аниқланиб унинг кўрсаткичлари мамлакатнинг турли худудларида бир-биридан бирмунча фарқ қилади. Новосибирск ва Санкт-Петербургда бу рақамлар 80-95% [5,14,18]. Москвада 88% [8], Якутияда 78-88% [4], Ямал-Ненец автоном округида 80% [4], Хакасия аҳолисининг 85,4% ида аниқланган [6].

Республикамизда ҳам хеликобактер пилори кенг тарқалган бўлиб ошқозон ичак касалликлари мавжуд беморларнинг 80% унинг Cag мусбат штамлари аниқланади. Вилоятлар кесимида энг кўп Хоразм вилоятида (79%) ва энг кам Тошкент шаҳри (60%) аҳолисида топилган [3].

Адабиётлардаги мавжуд маълумотлар *H.pylori*ни нафақат жаҳоннинг турли мамлакатларида бир ҳилда тарқалмаганлиги, балки этник, географик омиллар, наслий мойиллик, худуд ва оиладаги санитария-гигиеник ҳолат (инфекцияни фекал-орал ўтишини эътиборга олсак), овқатланадиган таом таркиби (масалан Россия Федерацияси Тива республикасида *H.pylori*ни ошқозон раки билан бирга учраши маҳаллий аҳолини кўпроқ шўр таомлар ва тузли чой истеъмол қилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин) муҳим аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди. Илмий кузатувлар таомда туз миқдорини юқори бўлиши *H.pylori*ни CagA оқсили экспрессиясини кучайтириб онкоген потенциални кўпайтиришини кўрсатади [10].

Турли худудларда яшовчи аҳоли орасида *H.pylori* билан гастродуоденал соҳа касалликларини популяциясида фарқ қилишини айрим муаллифлар унинг юқори патоген штамларини турлича тарқалиши билан боғлиқ деб ҳисоблашади [15].

Профессор М.М.Каримов ва ҳаммуаллифларининг маълумотларига кўра Республикамининг барча худудларида аҳоли орасида *H.pylori*ни CagA мусбат штамми кўп учрайди. Хоразм вилояти ва Қорақалпоғистонда кўпроқ VacA s1m1, Тошкент ва Наманганда VacA s1m2 аниқланган. Гастрит касаллигида Cag + VacA s1 ва Ice A1, яра касаллигида Cag A+VacA s1, vacA m2, Ice A 1,2 штамлар кўпроқ қайд этилган [2,3].

Адабиётлар таҳлили гастродуоденал соҳа касалликлари кечишининг оғирлик даражаси ва ўсма ривожланишида қатор ташқи ва ички омиллар муҳим аҳамиятга эга эканлигини тасдиқлайди. Улар орасида кўп ҳолларда патологик жараёнга ва унинг оғирлик даражасига сабаб бўлувчи *H.pylori*нинг генетик хусусиятлари муҳим аҳамиятга эга эканлиги дунёдаги етакчи гастроэнтерологлар томонидан эътироф этилади. Ўзбекистонда худудлар кесимида *H.pylori* штамлари тарқалиши ҳамда унинг генетик хусусиятлари ўрганилган бўлса ҳам унда ташқи омилларга (ижтимоий-иқтисодий-санитария гигиеник ҳолат, зарарли одатлари ва бошқалар) етарлича эътибор қаратилмаган. Уларни ўрганиш амалий тиббиёт учун муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади: *Helicobacter pylori* билан ассоцияланган темир ва витамин B12 танқислиги камқонликларига мойиллик туғдирувчи айрим ташқи омилларни ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услублари: тадқиқот манбаси сифатида Самарқанд вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази гематология ва гастроэнтерология бўлимларида даволанган камқонлик мавжуд ҳамда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак касалликларига шикоятлар билдирган, шунингдек, қонида иммунофермент усулида *Helicobacter pylori* антитаначалари меъридан юқори бўлган 120 нафар беморлар танланди. Улар шифохона шароитида даволангандан сўнг, амбулатор кўзатувда бўлдилар ва иккита асосий гуруҳга ажратилдилар. Биринчи гуруҳни 60 нафар темир танқислиги камқонлиги аниқланган беморлар ташкил этдилар. Ушбу гуруҳ ўз навбатида камқонликнинг оғирлик даражаларидан келиб чиқиб учта кичик гуруҳларга ажратилдилар. Биринчи кичик гуруҳни 20 та (ўртача ёш 45.35 ± 2.7 , улардан 14 нафар аёллар ва 6 нафар эркаклар) энгил даражадаги (Hb >90 г/л), иккинчи кичик гуруҳни 20 та (ўртача ёши 44.65 ± 2.42 , улардан 17 нафар аёллар ва 3 нафар эркаклар) ўрта оғир даражадаги (Hb 70-90 г/л), учинчи кичик гуруҳни 20 та (ўртача ёши 46.35 ± 2.472 , улардан 18 нафар аёллар ва 2 нафар эркаклар) оғир даражадаги (Hb <70 г/л) темир танқислиги камқонлиги аниқланган беморлар ташкил этдилар.

Иккинчи гуруҳни 60 нафар *Helicobacter pylori* мавжуд витамин B12 танқислиги камқонлиги аниқланган беморлардан иборат бўлди. Улар ўз навбатида камқонликнинг оғирлик даражаларидан келиб чиқиб учта кичик гуруҳларга ажратилдилар. Биринчи кичик гуруҳни 20 та (ўртача ёши 37.4 ± 2.3 , улардан 15 нафар аёллар ва 5 нафар эркаклар) энгил даражадаги, иккинчи кичик гуруҳни 20 та (ўртача ёши 43.6 ± 3.25 , улардан 16 нафар аёллар ва 4 нафар эркаклар) ўрта оғир даражадаги, учинчи кичик гуруҳни 20 та (ўртача ёши 47.4 ± 2.4 , улардан 15 нафар аёллар ва 5 нафар эркаклар) оғир даражадаги витамин B12 танқислиги камқонлиги аниқланган беморлар ташкил этдилар.

Ҳар иккала гуруҳ беморларда айрим ташқи омилларни (чекиш-сигарет, нос, спиртли

ичимликлар, овқатланиш тартиби, марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжудлиги) *H.pylori* билан боғлиқлигини ўрганиш мақсадида синчковлик билан анамнез йиғилди.

Helicobacter pylori антитаначаларини қон зардобида аниқлашда ўрамида 96 тестдан иборат “ВЕСТЕР-БЕСТ” иммунофермент анализ таҳлили тўпламидан фойдаланилди. Текширув диапазони 0-20Ед/мл.

Қон зардобида темирни аниқлаш мақсадида ўрамида 400 та тестдан иборат «HUMAN, GERMANYA» иммунофермент анализ тўпламидан фойдаланилди. Ушбу тўплам инсон қон зардобидаги темирни микдорий кўрсаткичини ИФА ёрдамида аниқлашга асосланган.

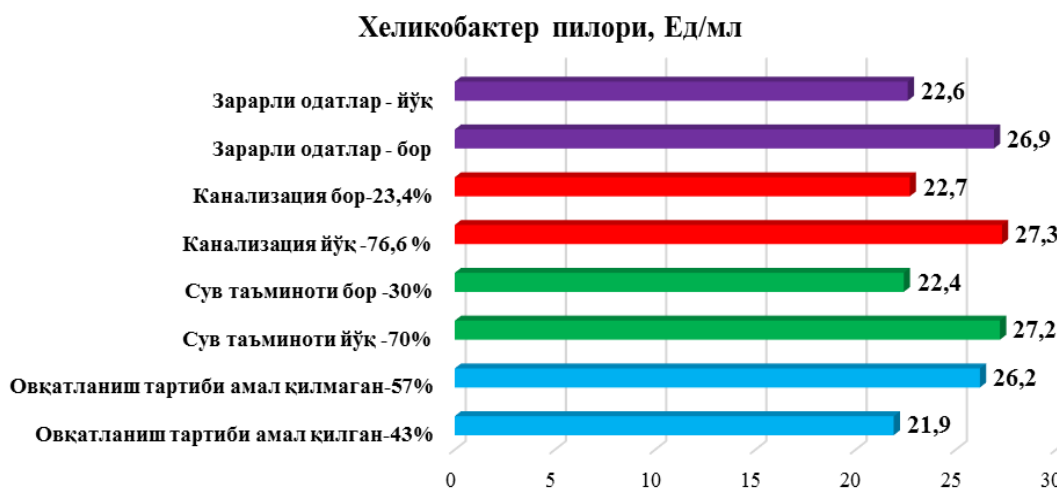
Қон зардобида витамин В12 аниқлаш мақсадида «ELABSCIENCE В12, Германия» тўпламдан фойдаланилди. Ушбу тўплам инсон қон зардобидаги Витамин В 12 микдорий кўрсаткичини ИФА ёрдамида аниқлашга асосланган. Текширув диапазони 0,781-50 нг/мл. Сезувчанлик: 0,469 нг/мл.

Тадқиқот натижаларининг таҳлили. Синчковлик билан йиғилган анамнез натижасида темир танқислиги камқонлиги энгил даражаси аниқланган беморларнинг 20% сигарет ёки нос чекишгани тасдиқланди. Қолган 80% эса ушбу зарарли одатлар аниқланмади. Уларда мос равишда қон зардобида *H.pylori* антитаначалари кўрсаткичлари ўртача 26.9±1.2 Ед/мл ва 22.6±1.3 Ед/мл тенг бўлиб, ораларидаги фарқ ишончли (p<0.05) эканлиги қайд этилди.

Беморларнинг 57% кунлик овқатланиш тартибига амал қилишмаган ва қолган 43% унга амал қилишган. Уларда ҳам қон зардобида *H.pylori* антитаначалар кўрсаткичлари аниқланганда овқатланиш тартибига амал қилмаган беморларда 26.2±1.2 Ед/мл, амал қилганларда эса 21.9±1.3 Ед/мл бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли (p<0.05) бўлди.

Шунингдек, *H.pylori* антитаначалар кўрсаткичлари кузатувимиздаги беморларнинг турар жойларидаги марказлаштирилган сув таъминоти ва канализация мавжудлиги билан солиштира ўрганилди. Унда куйидаги кўрсаткичлар аниқланди. Марказланган сув таъминоти ва канализация мавжуд бўлмаган беморлар сони мос равишда 70% ва 76,7% ни ташкил этди. Ушбу гуруҳларда қон зардобида *H.pylori* антитаначалари мос равишда 27,2±1,2 Ед/мл ва 27,6±1,2 Ед/мл тенг бўлди. Улардан фарқли ўлароқ марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжуд бўлганлар мос равишда 30% ва 23,3% ларида аниқланди. Сўнги гуруҳ беморларида *H.pylori* кўрсаткичлари мос равишда 22,4±1,3 Ед/мл ва 22,7±1,3 Ед/мл ташкил этди. Бунда марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжуд ҳамда улар бўлмаган беморлар гуруҳлари орасидаги фарқ ишончли (p<0,01 ва p<0,01) бўлди. Ушбу кўрсаткичлар 1 расмда келтирилган.

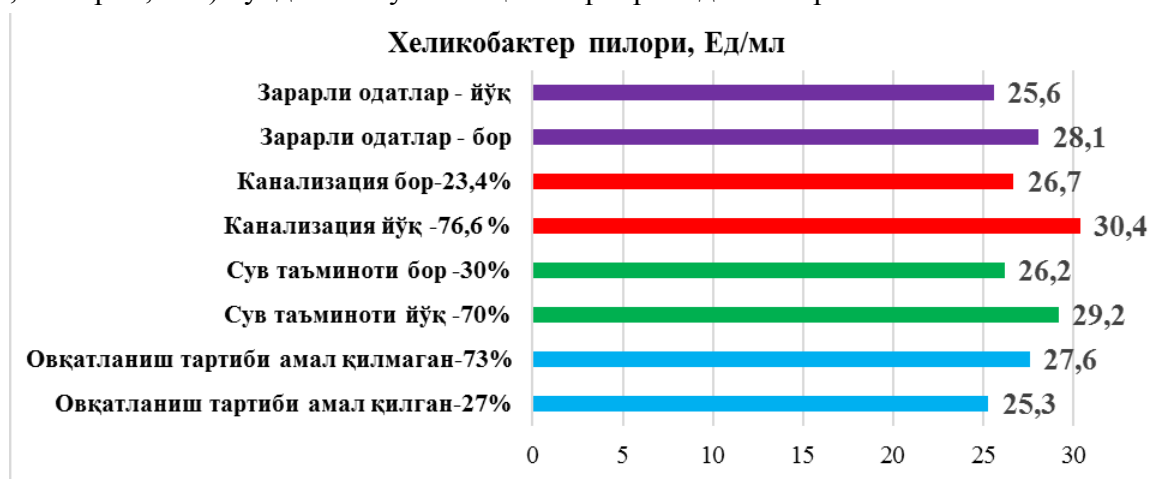
Темир танқислиги камқонлиги ўрта оғирлик даражаси аниқланган беморларнинг 27% сигарет ёки нос чекишган. Қолган 73% эса ушбу зарарли одатлар аниқланмади. Уларда мос равишда қон зардобида *H.pylori* антитаначаларининг кўрсаткичлари ўртача 28,1±0,4 Ед/мл ва 25,6±1,1 Ед/мл тенг бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли (p<0,05) эканлиги қайд этилди.



1 расм. Темир танқислиги камқонлиги энгил даражаси мавжуд беморларда ташқи омиллар билан боғлиқ ҳолда қонда *Helicobacter pylori* антитаначаларининг аниқланиш кўрсаткичлари.

Беморларнинг 73,3% кунлик овқатланиш тартибига амал қилишмаган ва қолган 26,7% унга амал қилишган. Уларда ҳам қон зардобида *H.pylori* антитаначаларининг кўрсаткичлари аниқланганда унинг миқдори тартибга амал қилмаган беморларда 27,6±0,4 Ед/мл, амал қилганларда эса 25,3±1,1 Ед/мл бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p<0,05$) бўлди.

Ушбу кўрсаткичлар кузатувимиздаги беморлар турар жойлари марказлаштирилган сув таъминоти ва канализация мавжудлиги билан солиштирма ўрганилди. Унда қуйидаги кўрсаткичлар аниқланди. Марказланган сув таъминоти ва канализация мавжуд бўлмаган беморлар сони мос равишда 70% ва 76,7% ни ташкил этди. Ушбу гуруҳларда қон зардобида *H.pylori* антитаначалари мос равишда 29,2±0,4 Ед/мл ва 30,4±0,4 Ед/мл тенг бўлди. Улардан фарқли ўлароқ марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжуд бўлганлар мос равишда 30% ва 23,3% ларида аниқланди. Сўнги гуруҳ беморларида *H.pylori* кўрсаткичлари мос равишда 26,2±1,1 Ед/мл ва 26,7±1,3 Ед/мл ташкил этди. Бунда марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжуд ҳамда улар бўлмаган беморлар гуруҳлари орасидаги фарқ ишончли ($p<0,01$ ва $p<0,001$) бўлди. Ушбу боғлиқликлар 2 расмда келтирилган.



2 расм. Темир танқислиги камқонлиги ўрта оғир даражаси мавжуд беморларда ташқи омиллар билан боғлиқ ҳолда қонда *Helicobacter pylori* антитаначаларининг аниқланиш кўрсаткичлари.

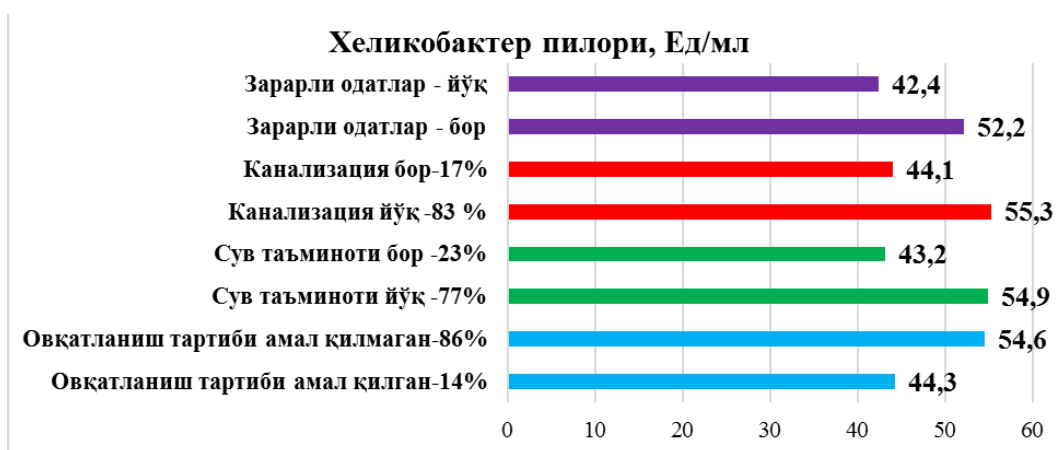
Темир танқислиги камқонлиги оғир даражаси аниқланган беморларнинг 10% сигарет ёки нос чекишган. Қолган 90% да эса ушбу зарарли одатлар аниқланмади. Уларда мос равишда қон зардобида *H.pylori* антитаначалар кўрсаткичлари ўртача 52,2±3,4 Ед/мл ва 42,4±3,2 Ед/мл тенг бўлиб, ўлар орасидаги фарқ ишончли ($p<0,05$) эканлиги қайд этилди.

Беморларнинг 86,6% кунлик овқатланиш тартибига амал қилишмаган ва қолган 13,4% унга амал қилишган. Уларда ҳам қон зардобида *H.pylori* антитаначалар кўрсаткичлари аниқланганда унинг миқдори тартибга амал қилмаган беморларда 54,6±3,4 Ед/мл, амал қилганларда эса 44,3±3,2 Ед/мл бўлиб, улар орасидаги фарқ ишончли ($p<0,05$) бўлди.

Ушбу кўрсаткичлар кузатувимиздаги беморлар турар жойлари марказлаштирилган сув таъминоти ва канализация мавжудлиги билан солиштирма ўрганилди. Унда қуйидагилар аниқланди. Марказланган сув таъминоти ва канализация мавжуд бўлмаган беморлар сони мос равишда 76,6% ва 83,3% ни ташкил этди. Ушбу гуруҳларда қон зардобида *H.pylori* антитаначалари мос равишда 54,9±3,4 Ед/мл ва 55,3±3,4 Ед/мл тенг бўлди. Улардан фарқли ўлароқ марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжуд бўлганлар мос равишда 23,4% ва 16,7% беморларда аниқланди. Сўнги гуруҳ беморларида *H.pylori* кўрсаткичлари мос равишда 43,2±3,2 Ед/мл ва 44,1±3,2 Ед/мл ташкил этди. Бунда марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжуд ҳамда улар бўлмаган беморлар гуруҳлари орасидаги фарқ ишончли ($p<0,05$ ва $p<0,05$) бўлди. Қуйидаги 3 расмда ушбу аниқланган кўрсаткичлар келтирилган.

Ўтказилган таҳлил темир танқислиги камқонлигида ўрганилган омиллар ҳамда касаллик оғирлик даражалари ўртасида боғлиқлик мавжудлигини ва унга мос равишда қон зардобида *H.pylori* антитаначалари ошиб боришини кўрсатади. Бу ўз навбатида ушбу бактерия билан санаб ўтилган омиллар (сигарет, нос чекиш, овқатланиш тартибига амал қилмаслик, марказлашган сув таъминоти ва канализациянинг йўқлиги) ва темир танқислиги камқонлиги орасида узвий боғлиқлик борлигини тасдиқлайди.

Шунингдек, витамин В12 танқислиги камқонлиги аниқланган беморларда ҳам унинг



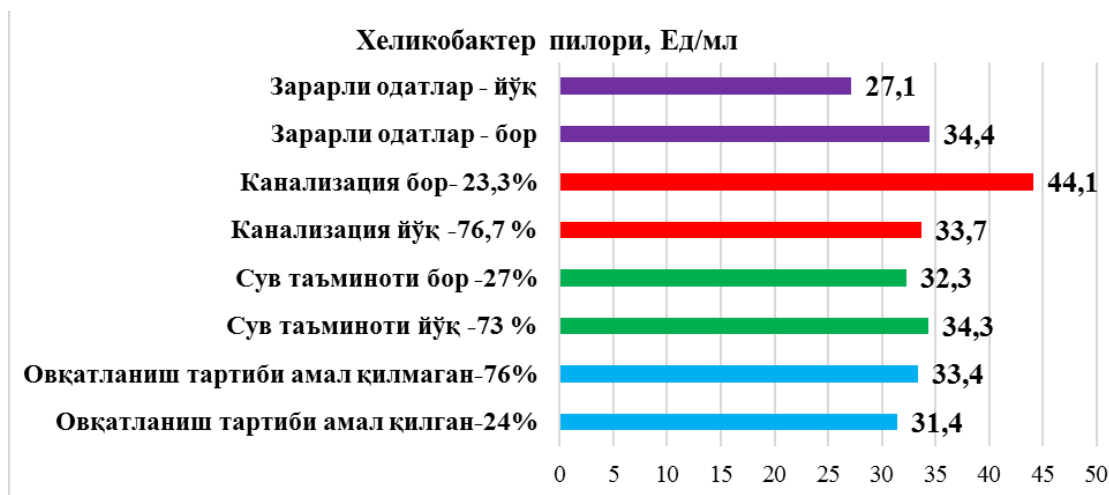
3 расм. Темир танқислиги камқонлиги оғир даражаси мавжуд беморларда ташиқи омиллар билан боғлиқ ҳолда қонда *Helicobacter pylori* антитаначаларининг аниқланиши кўрсаткичлари.

оғирлик даражасидан келиб чиқиб, юқорида ўрганилган омиллар билан *H.pylori* ўчраш даражасини таҳлил қилдик.

Витамин В12 танқислиги камқонлиги енгил даражасида беморларнинг 23,3% сигарет ёки нос чекишган, 20%да спиртли ичимликлар ичган, 76,7% овқатланиш тартибига риоя қилишмаган, 73,3% яшаш жойларида марказлашган сув таъминоти ва 76,7% канализация бўлмаган. Уларнинг мос равишда 76,7% да зарарли одатлар аниқланмаган, 80% спиртли ичимликлар истеъмол қилмаган, 23,3% овқатланиш тартибига риоя қилган, 26,7% да марказлашган сув таъминоти ва 23,3% канализация мавжудлиги аниқланган. Сигарет ёки нос чеккан, спиртли чимликлар истеъмол қилган, овқатланиш тартибига риоя қилмаган, яшаш жойларида марказлашган сув таъминоти ва канализация бўлмаган беморларда қонида *H.pylori* антитаначаларини учраши мос равишда $34,2 \pm 1,2$ Ед/мл, $34,4 \pm 0,6$ Ед/мл, $33,4 \pm 0,6$ Ед/мл, $34,3 \pm 0,6$ Ед/мл ва $35,2 \pm 0,6$ Ед/мл тенг бўлди.

Сигарет ва нос чекмайдиган, спиртли ичимликлар истеъмол қилмайдиганлар, овқатланиш тартибига амал қиладиган, яшаш жойида марказлашган сув ва канализация мавжуд бўлган гуруҳ беморлар қонида *H.pylori* антитаначаларини учраши мос равишда қуйидагича бўлди: $26,8 \pm 3,2$ Ед/мл, $27,1 \pm 3,1$ Ед/мл, $31,4 \pm 0,4$ Ед/мл, $32,3 \pm 0,4$ Ед/мл ва $33,7 \pm 0,4$ Ед/мл. Иккала гуруҳ ўртасидаги фарқлар барча кўрсаткичлар бўйича солиштирилганда *H.pylori* антитаначаларини учраши бир-биридан ишончли фарқ қилди. Қуйидаги 4-расмда ушбу аниқланган маълумотлар келтирилган.

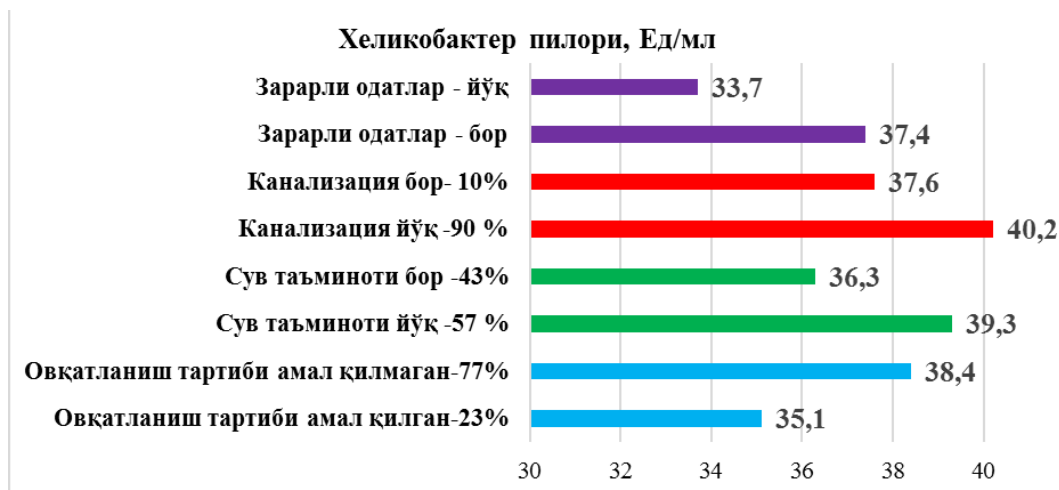
Витамин В12 танқислиги камқонлиги ўрта оғир даражасида беморларнинг 13,3% сигарет ёки нос чекишган, 16,6%да спиртли ичимликлар ичган, 76,7% овқатланиш тартибига риоя қилишмаган, 56,6% ларнинг яшаш жойларида марказлашган сув таъминоти ва 90% канализация бўлмаган. Уларнинг мос равишда 76,7% да зарарли одатлар



4 расм. Витамин В12 танқислиги камқонлиги енгил даражаси мавжуд беморларда ташиқи омиллар билан боғлиқ ҳолда қонда *Helicobacter pylori* антитаначаларининг аниқланиши кўрсаткичлари.

аниқланмаган, 83,4% спиртли ичимликлар истеъмол қилмаган, 23,3% овқатланиш тартибига риоя қилган, 43,4% да марказлашган сув таъминоти ва 10% канализация мавжудлиги аниқланди. Сигарет ёки нос чеккан, спиртли чимликлар истеъмол қилган, овқатланиш тартибига риоя қилмаган, яшаш жойларида марказлашган сув таъминоти ва канализация бўлмаган беморлар қонида *H.pylori* антитаначаларини учраши мос равишда 37,2±1,2 Ед/мл, 37,4±0,6 Ед/мл, 38,4±0,6 Ед/мл, 39,3±0,6 Ед/мл ва 40,2±0,6 Ед/мл.

Сигарет ва нос чекмайдиган, спиртли ичимликлар истеъмол қилмайдиганлар, овқатланиш тартибига амал қиладиган, яшаш жойида марказлашган сув ва канализация мавжуд бўлган гуруҳ беморлари қонида *H.pylori* антитаначаларини учраши мос равишда куйидагича бўлди: 33,7±0,4 Ед/мл, 34,7±0,4 Ед/мл, 35,1±0,6 Ед/мл, 36,3±1,2 Ед/мл ва 37,6±0,6 Ед/мл. Иккала гуруҳ ўртасидаги фарқлар барча кўрсаткичлар бўйича солиштирилганда *H.pylori* антитаначаларини учраши бир-биридан ишончли фарқ қилди. Қуйидаги 5 расмда ушбу кўрсаткичлар келтирилган.

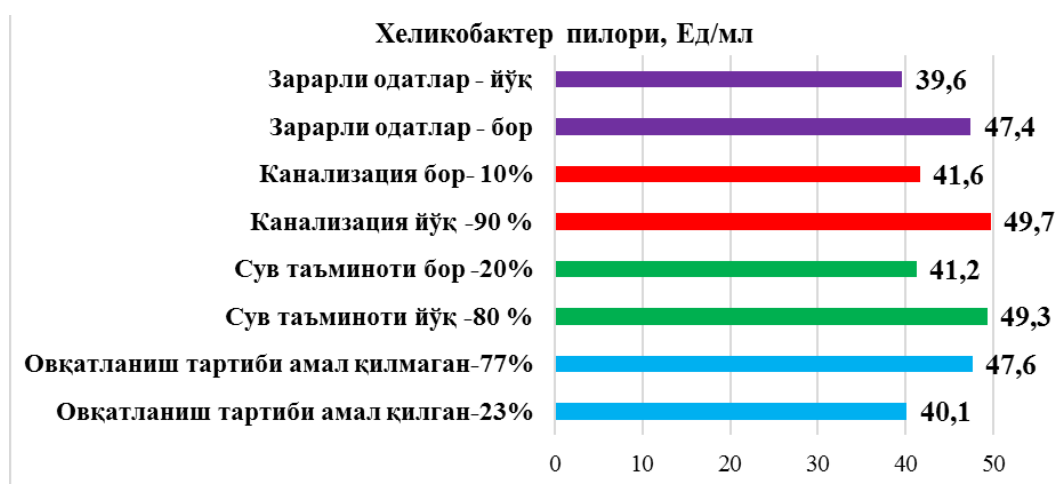


5 расм. Витамин В12 танқислиги камқонлиги ўрта оғир даражаси мавжуд беморларда ташқи омиллар билан боғлиқ ҳолда қонда *Helicobacter pylori* антитаначаларининг аниқланиш кўрсаткичлари.

Кузатувимиздаги витамин В12 танқислиги камқонлиги оғир даражаси ташҳиси қўйилган беморларнинг 20% сигарет ёки нос чекишган, 16,6%да спиртли ичимликлар ичган, 76,7% овқатланиш тартибига риоя қилишмаган, 80% ларнинг яшаш жойларида марказлашган сув таъминоти ва 90% канализация бўлмаган. Уларнинг мос равишда 80% да зарарли одатлар аниқланмаган, 83,4% спиртли ичимликлар истеъмол қилмаган, 23,3% овқатланиш тартибига риоя қилган, 20% да марказлашган сув таъминоти ва 10% канализация мавжудлиги аниқланди. Сигарет ёки нос чеккан, спиртли чимликлар истеъмол қилган, овқатланиш тартибига риоя қилмаган, яшаш жойларида марказлашган сув таъминоти ва канализация бўлмаган беморлар қонида *H.pylori* антитаначаларини учраши мос равишда 46,5±2,6 Ед/мл, 47,4±2,6 Ед/мл, 47,6±2,6 Ед/мл, 49,3±2,4 Ед/мл ва 49,7±2,4 Ед/мл тенг бўлди.

Сигарет ва нос чекмайдиган, спиртли ичимликлар истеъмол қилмайдиганлар, овқатланиш тартибига амал қиладиган, яшаш жойида марказлашган сув ва канализация мавжуд бўлган гуруҳ беморлари қонида *H.pylori* антитаначаларини учраши мос равишда куйидагича бўлди: 39,2±2,2 Ед/мл, 39,6±2,2 Ед/мл, 40,1±2,3 Ед/мл, 41,2±2,3 Ед/мл ва 41,6±2,3 Ед/мл. Иккала гуруҳ ўртасидаги фарқлар барча кўрсаткичлар бўйича солиштирилганда *H.pylori* антитаначаларини учраши бир-биридан ишончли фарқ қилди. Қуйидаги 6 расмда ушбу кўрсаткичлар келтирилган.

Ўтказилган ташқи омиллар таъсирини ўргнаиш витамин В12 танқислик камқонлигида улар ҳамда касаллик оғирлик даражалари ўртасида боғлиқлик мавжудлигини ва унга мос равишда қон зардобидида *H.pylori* антитаначалари ошиб боришини кўрсатди. Бу ўз навбатида ушбу бактерия билан санаб ўтилган омиллар (сигарет, нос чекиш, овқатланиш тартибига амал қилмаслик, марказлашган сув таъминоти ва канализациянинг йўқлиги) билан витамин В12 танқислиги камқонлиги орасида узвий боғлиқлик борлигини тасдиқлайди.



6 расм. Витамин В12 танқислиги камқонлиги оғир даражаси мавжуд беморларда ташиқи омиллар билан боғлиқ ҳолда қонда *Helicobacter pylori* антитаначаларининг аниқланиши кўрсаткичлари.

Олиб борилган таҳлилларимиз асосида қуйидаги **хулосаларга** келиш мумкин:

1. Сигарет, нос ва спиртли ичимликлар ошқозонда кислоталик муҳитини ошириб *H.pylori* кўпайишига ва камқонлик юзага келишига муқобил шароит яратади. Аҳоли орасида зарарли одатларга қарши фаол тарғибот ишларини олиб бориш *H.pylori* билан зарарланиш ва унга боғлиқ камқонликни олдини олишда муҳим аҳамият касб этади.

2. Марказлашган сув таъминоти ва канализация мавжуд бўлмаган аҳоли яшаш ҳудудларида *H.pylorini* фекал – орал юқишини инобатга олиб шахсий гигиена қоидаларига қатъий амал қилиш талаб этилади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. И. Р. Агабабян, Ю. А. Исмоилова, Ш. Ш. Садыкова Юрак ишемик касаллигини темир танқислик анемияси турли оғирлик даражалари фонида даволаш хусусиятлари // Доктор ахборотномаси, № 4, 2019. С.10-13.
2. Л.Р. Агабабян, С.Э. Махмудова Современные подходы лечения железодефицитной анемии у женщин фертильного возраста // Вестник врача, № 3, 2017. С.18-22.
3. Жебрун А.Б. Инфекция *Helicobacter pylori*. – СПб: Феникс; 2006.
4. Исмаилова Ж.А. Оптимизация эрадикационной терапии хеликобактер-ассоциированного заболевания желудка с учетом генетических факторов вирулентности, диссертационная работа на соискание ученой степени доктора медицинских наук (DSc). 2022 й.
5. Каримов М.М., Собирова Г.Н., Саатов З.З. и др. Распространённость и молекулярно-генетические характеристики *Helicobacter pylori* в Узбекистане // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 28. С. 48-51).
6. Распространенность атрофического гастрита в разных популяциях Сибири по данным серологического исследования / О. В. Решетников, С. А. Курилович, С. А. Кротов [и др.] // Клиническая медицина. – 2008. – № 7. – С. 35–38.
7. Решетников О.В., Курилович С.А. Распространенность хеликобактериоза в некоторых районах Сибири по данным серологических исследований // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2000. – N 3. – С. 32–34).
8. М. А. Ризаева Распространённый признак анемии при диабетической нефропатии // Вестник врача, № 3.1 (96), 2020. С.84-86.
9. Цуканов, В. В. Эпидемиология язвенной болезни / В. В. Цуканов, О. В. Штыгашева, С. В. Баркалов. – Красноярск, 2004. – 213 с.
10. Association of IL1B -511C/-31T haplotype and *Helicobacter pylori* vacA genotypes with gastric ulcer and chronic gastritis [Электронный ресурс] / D. N. Martínez-Carrillo, E. Gar131 za-González, R. Betancourt-Linares [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2010. – Vol. 10, №126.
11. Epidemiological characteristics of *Helicobacter pylori* infection in Moscow / S. V. German, I. E. Zykova, A. V. Modestova [et al.] // Gig. Sanit. – 2011. – № 1. – P. 44–48.
12. Frenck. R., Clemens J. *Helicobacter* in the developing world // Microb. Infect. – 2003. – Vol.8.–N 5.–P. 705–713. doi: 10.4103/1319-3767.54743).
13. Ghoshal, U. C. The enigma of *Helicobacter pylori* infection and gastric cancer / U.C. Ghoshal, R. Chaturvedi, P. Correa // Indian J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 29, № 3. – P. 95–100).

14. Helicobacter pylori infection in symptomatic patients with benign gastroduodenal diseases: analysis of 5.664 cases / J. P. Ortega, A. Espino, B. A. Calvo [et al.] // *Rev. Med. Chil.* – 2010. – Vol. 138, № 5. – P. 529–535).
15. In French children, primary gastritis is more frequent than Helicobacter pylori gastritis / N. Kalach, S. Papadopoulos, E. Asmar [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* – 2009. – Vol. 54, № 9. – P. 1958–1965. 193.
16. Isolation of Helicobacter pylori in gastric mucosa, dental plaque and saliva in a population from the Venezuelan Andes / L. De Sousa, L. Vásquez, J. Velasco [et al.] // *Invest. Clin.* – 2006. – Vol. 47, № 2. – P. 109–116.
17. Malaty H., Paykov V., Bykova O. Helicobacter pylori and socioeconomic factors in Russia // *Helicobacter.* – 1996. – N 1. – P. 82–87.;
18. O'Connor A., Gisbert J.P., McNamara D., O'Morain C. Treatment of Helicobacter pylori infection 2010 // *Helicobacter.* 2010. Vol. 15. Suppl. 1. P. 46–52).
19. Prevalence of Helicobacter pylori infection, chronic gastritis, and intestinal metaplasia in Mozambican dyspeptic patients / C. Carrilho, P. Modcoicar, L. Cunha [et al.] // *Virchows Arch.* – 2009. – Vol. 454, № 2. – P. 153–160.
20. Rothenbacher D., Brenner H. Burden of H. pylori and diseases in developed countries; recent developments and future implications // *Microb. Infect.* – 2003. – Vol. 8. – N 5. – P. 693–703.
21. Safonova N., Zhebrun A., Noskov F. The role of helicobacteriosis in the gastro–enteropathology in Saint–Petersburg // *Helicobacter pylori and the new concepts in gastro–duodenal disease.* Charles University, Prague–Czechoslovakia. – 1992. – P.31.
22. Seroprevalence of Helicobacter pylori in dyspeptic patients and its relationship with HIV infection, ABO blood groups and life style in a university hospital, Northwest Ethiopia / F.Moges, A. Kassu, G. Mengistu [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 12, № 12. – P. 1957–1961.
23. Gastroduodenitis and Helicobacter pylori in Nigerians: histopathological assessment of endoscopic biopsies / K. B. Badmos, O. S. Ojo, O. S. Olasode [et al.] // *Niger. Postgrad. Med. J.* – 2009. – Vol. 16, № 4. – P. 264–267.