



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (59) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (59)

2023

сентябрь

УДК 616.993.3.161-053.2

ВИСЦЕРАЛ ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШДАГИ МУАММОЛАР

Ахмедова Муборахон Джалиловна <https://orcid.org/0000-0001-5781-4003>

Гайбуллаев Фазлиддин Хайриддин угли fazliddin.xayriddin@mail.ru

Тошкент Тиббиёт Академияси Ўзбекистон, Тошкент ш., Фаробий 2, 998 (78)150-78-28,
info@tma.uz

✓ Резюме

Висцерал лейшманиоз касаллиги таъхисотида микроскопик текширув спецификлиги юқори бўлиб, унинг сезучанлиги турлича: талоқ аспиратининг текшируви (93-99%) суяк қўмиги (53-86%) ёки лимфа тузунлари аспиратида (53-65%) нисбатан юқори. Тайёрланган препаратда ПЦР ёрдамида касаллик қўзғатувчиси ДНКсини аниқлаш мумкин. Эрта тезкор таъхисот сифатида қон зардобидан специфик антитаначаларни аниқлаш мумкин (Rk-39 синама). Махсус даво чоралари сифатида глюкантим, пентостам, ҳамда липосомал амфотерицин В дори воситаларидан фойдаланилади.

Калит сўзлар: висцерал лейшманиоз касаллиги, стернал пункция, гепатомегалия, спленомегалия, Rk-39, ПЦР.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Ахмедова Муборахон Джалиловна <https://orcid.org/0000-0001-5781-4003>

Гайбуллаев Фазлиддин Хайриддин угли fazliddin.xayriddin@mail.ru

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистон, Тошкент г., Фароби 2, 998 (78)150-78-28,
info@tma.uz

✓ Резюме

В диагностике висцерального лейшманиоза специфичность микроскопического исследования высока, а его чувствительность различна: исследование аспирата селезенки (93-99%) выше, чем исследование костного мозга (53-86%) или аспирата лимфатических узлов (53-99%). ДНК возбудителя можно обнаружить с помощью ПЦР в приготовленном препарате. В качестве ранней экспресс-диагностики возможно определение специфических антител из сыворотки крови (тест Rk-39). В качестве специфических лечебных мероприятий применяют средства глюкантима, пентостама и липосомального амфотерицина В.

Ключевые слова: Висцеральный лейшманиоз, стеральная пункция, гепатомегалия, спленомегалия, Rk-39, ПЦР.

PROBLEMS IN DIAGNOSING AND TREATMENT OF VISCERAL LEISHMANIOSIS

Akhmedova M.D. <https://orcid.org/0000-0001-5781-4003>

Gaybullayev F.Kh. fazliddin.xayriddin@mail.ru

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan, Tashkent, st. Farabi 2, 998(78)150-78-28 info@tma.uz

✓ Resume

In the diagnosis of visceral leishmaniasis, the specificity of the microscopic examination is high, and its sensitivity is different: it is higher in the examination of spleen aspirate (93-99%), compared to bone marrow aspirate (53-86%) or lymph nodes (53-65%). it is possible to isolate the smear and identify the DNA of the causative agent using PCR. Auxiliary diagnosis includes detection of specific antibodies in blood serum (Rk-39 test). Glucantim, pentostam, and liposomal amphotericin B drugs are used as special treatment measures.

Key words: visceral leishmaniasis, sternal puncture, hepatomegaly, splenomegaly, Rk-39, PCR.



Долзарблиги

Ж ССТ маълумотларига кўра, ҳозирда 14 миллион киши зарарланган ҳамда ҳар йили ўртача 1,3 млн. касалликнинг янги ҳолатлари рўйхатга олинади (200-400 минг – висцерал ҳамда 0,7-1,3 млн. – тери лейшманиози). Туркменистан, Жанубий Қозоғистон, Грузия, Арманистон, Озарбайжон, Марказий Осиё, Кавказ орти давлатларида касалликнинг спорадик (камдан-кам) ҳолатларида учрайди [1,2,3,4,5,6,7].

Ҳозирда 98 давлат висцерал лейшманиоз бўйича эндемик ҳисобланади. Дунё бўйича 12-14 млн беморлар қайд қилинган, ҳар йили 2 миллион нафар бемор рўйхатга олинади. Ҳар йили 59,000 ҳолатда ўлим қайд қилинади, паразитар касалликлар орасида фақат безгак ундан олдинда туради, бундан ташқари ушбу касаллик ногиронлик жиҳатидан ҳаётнинг 2 357 00 йилини йўқотилишига сабаб бўлади (шунга кўра, лейшманиоз юқумли касалликларни глобал таҳлилида 9-ўринни эгаллайди) [1,12,14,].

Ўзбекистон ҳудудида лейшманиознинг 3 хил тури тарқалган: висцерал, тери зооноз ва тери антропоноз. Наманган вилояти Поп тумани, Навоий вилоятининг Нурота тумани, Самарқанд вилоятининг Ургут туманининг табиий-ўчоқли зоналарида висцерал лейшманиоз билан касалланиш ҳолатлари кузатилиши давом этмоқда [1,12].

Республикада ички лейшманиоз касаллигининг қишлоқ ўчоқлари 1965 йилда йўқотилган. Охириги йилларда республиканинг айрим вилоятларида табиий ўчоқларни фаоллашуви антропоургик (қишлоқ) ўчоқларини шаклланишига олиб келди. Республика ДСЭНМининг маълумотига кўра, 2015 йилда 38 нафар ички лейшманиоз касаллиги рўйхатга олинган (Навоий, Самарқанд, Наманган Жиззах ва Сурхондарё вилоятларида қайд қилинди). Наманган вилоятининг Поп туманида ички лейшманиознинг фақат “Ўрта Ер денгизи” тури учрайди (Ўз.Рес. ДСЭНМ 2015).

Висцерал лейшманиозга лаборатор текширув ўтказилади: клинко-эпидемиологик кўрсатма бўлган беморлар, яъни касалликка хос клиник белгилар (иситма, гепатоспленомегалия ва/ёки лимфоденопатия, анемия, лейкопения, тромбоцитопения, вазн йўқотиш) ҳамда ВЛ ўчоғида, лейшманиоз бўйича эндемик ҳудудларда, тропик ёки субтропик давлатларда бўлган беморлар [11,12].

Ташхис суяк кўмиги пунктати, талок, жигар ёки лимфа тугунларида лейшмания аниқланган ҳолатларда тасдиқланади. Уларни бирламчи аффект суртмасида ажратиш ҳамда ПЦР ёрдамида касаллик қўзғатувчиси ДНК сини аниқлаш мумкин. Ёрдамчи ташхисотга қон зардобиди специфик антитаначаларни аниқлаш киради (Rk-39 синама) [12].

Юқорида келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, висцерал лейшманиоз касаллиги ҳозирги кунда долзарб муаммо ҳисобланиб келмоқда, аммо тўлиқ ўрганилмаган, Ўзбекистондаги эпидемик ҳолат, касалликнинг йилдан йилга кўпайиб бориши, висцерал лейшманиозни ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришни талаб этади.

Ишнинг мақсади: Ўзбекистон Республикасининг эндемик ҳудудларида висцерал лейшманиознинг клиник кечиш хусусиятларини, лаборатор кўрсаткичларини ўрганган ҳолда касаллигининг эрта ташхислаш алгоритмини ишлаб чиқиш ва даволашни такомиллаштиришдан иборатдир.

Материал ва методлар

Тадқиқот иши 2017-2020 йилларда Республика ихтисослашган Эпидемиология, Микробиология, Юқумли ва Паразитар касалликлар илмий амалий тиббиёт марказининг клиникасида ва Республика ихтисослашган Эпидемиология, Микробиология, Юқумли ва Паразитар касалликлар илмий амалий тиббиёт марказининг Самарқанд вилоятидаги Л.М. Исаев номидаги филиалида ўтказилди. Тадқиқот давомида Ўзбекистон Республикасида висцерал лейшманиоз бўйича касаллик аниқланишида расмийлаштирилган эпидемиологик карталар, шунингдек касаллик тарихлари ва амбулатор карталар ўрганиб таҳлил этилди. Ва ётиб даволанаётган беморларда висцерал лейшманиоз касаллиги ташхиси клиник-эпидемиологик маълумотлар, суяк кўмиги микроскопик текшируви, Rk-39 иммунохроматографик экспрес тестлар ва суяк кўмиги микроскопик текшируви учун олинган суртма препаратларни ПЦР таҳлили натижалари асосида қўйилган.

Натижа ва таҳлиллар

Тадқиқот давомида жами 70 та висцерал лейшманиоз ҳолати рўйхатга олинган бўлиб, шулардан 17 таси 2017 йилда, 27 таси 2018 йилда, 17 таси 2019 йилда, 9 таси 2020 йилда қайд этилган. Қайд этилган ҳолатларни Ўзбекистон Республикаси ҳудудлари бўйича тақсимланганлигини таҳлил қиладиган бўлсак энг юқори кўрсаткич Самарқанд вилоятининг Ургут туманида аниқланди, яъни барча ҳолатларнинг 74,3% ни ташкил этди, қолган ҳудудларда эса касаллик кўрсаткичи қуйидагича тақсимланди: Наманган вилояти Поп туманида 11,4% дан, Тошкент вилоятининг Ангрен туманида 7,1%, Оҳангарон туманида 2,9%, Қашқадарё вилояти Китоб туманида 2,9%, Жиззах вилояти Зомин туманида 1,4% дан. Ҳудудлар бўйича касаллик қайд қилинишининг таҳлили шуни кўрсатдики, беморларнинг 27 нафарини (38,6%) шаҳар аҳолиси ва 43 нафарини (61,4%) қишлоқ аҳолиси ташкил этди. Бу ҳудудларнинг барчаси тоғли ҳудудлар улар денгиз сатҳидан (900-1200м) баландликда жойлашган бўлиб вицерал лейшманиоз касалигини юктирувчи Пхелебатомус чивинлари учун қулай муҳит ҳисобланади.

Беморларнинг барчасини болалар ташкил қилди. Чунки бизнинг ҳудудимизда вицерал лейшманиознинг ўрта ер денгизи тури, лейшманиози инфантум учрайди ва фақат болалар касалланади. Жинси бўйича таҳлил қилганимизда 36 нафарини (51,4%) қиз болалар, 34 нафарини (48,6%) ўғил болалар ташкил этди. Уларни ёши бўйича таҳлил қилганимизда, беморлар ёши 8 ойликдан 7 ёшгача бўлиб, ўртача ёш $2,14 \pm 3,04$. Шулардан 1 ёшгача бўлганлар 6 нафар (8,6%), 1 ёшдан катта болалар 64 нафар (91,4%) бўлди.

Касалликни юктириш омиллари сифатида қуйидагилар аниқланди: эпидемиологик анамнез маълумотларига кўра беморларнинг барчаси Ўзбекистон Республикасининг эндемик бўлган ҳудудларида яшайди, уй атрофида дайди итлар бор, ёз-куз ойларида болаларни пашша, чивинлар кўплиги сабабли кўп марта чакқанини айтишади. Беморларнинг яқин қариндошлари касаллик ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлмагани учун аниқ бир сабаб билан боғламайди, аммо юқорида санаб ўтилган омиллар инкор ҳам этилмайди.

Тадқиқот давомида беморларда қуйидаги клиник белгилар кузатилди: тана ҳароратининг тўлқинсимон ошиши – 100%, гепатомегалия – 100%, спленомегалия 100%, кўнгил айнаши – 61%, йўтал – 36%, қорин дам бўлиши – 18%, умумий ҳолсизлик – 74%, иштаха пастлиги – 49%, аллергия тошма тошиши – 8,8%, миалгия ва артралгия – 18%, пешоб рангининг тўқлашиши – 30%, тери ва шиллиқ қаватлар сарғайиши – 30%, уйку бузилиши – 18%, тана вазни камайиши – 92%.

Тадқиқот ишнинг кейинги босқичида беморларнинг лаборатор ва инструментал текширув натижалари ўрганилди.

Умумий қон таҳлилида ўртача кўрсаткичлар қуйидагича бўлди: гемоглобин $58 \pm 6,54$ г/л, эритроцитлар $3,1 \pm 0,21 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитлар $3,4 \pm 1,43 \times 10^9$ /л, тромбоцитлар $80,6 \pm 1,43 \times 10^9$ /л, лимфоцитлар $34 \pm 1,27\%$, ЭЧТ $26 \pm 2,05$ мм/с. Умумий қон таҳлилидаги бундай ўзгаришлар, Pansitopeniya, нисбий лимфоситоз бошқа чет эллардаги витсерал лейшманиоз билан касалланган болаларнинг қон таҳлилига мутаносиб келди.

Қон биохимик таҳлилида ўртача кўрсаткичлар қуйидагича бўлди: умумий билирубин $44 \pm 4,89$ мкмол/л, шундан эркин билирубин – $12,4 \pm 1,56$ мкмол/л, боғланган билирубин – $31,6 \pm 4,07$ мкмол/л, АЛТ $1,25 \pm 0,13$ ммол/л, АСТ $0,93 \pm 0,07$ ммол/л, умумий оксил эса ўртача $51,2 \pm 7,3$ г/л ни ташкил этди. Беморларнинг барчасида биокимёвий таҳлилда жигарнинг ва талокнинг зарарланишига мос ҳолатда кўрсаткичлар ўзгарганини кўриш мумкин.

Rk-39 иммунохроматографик текширувида 70 tadan 64(91,4%) нафар беморда висцерал лейшманиоз мусбат натижа берди. Қолган 6 нафар (8,6%) беморда висцерал лейшманиоз манфий натижа берди. Rk-39 текшируви касалликка гумон қилинган беморларнинг қонидан олиб махсус тайёр ҳолатдаги шиша конструкторда қўйилади. Бу текшируда бемор қонида ҳосил бўлган антителалар аниқланади, текширув кам инвазив ҳисобланади.

Тадқиқот давомида барча нафар беморларни жигар, ўт йўллари ва талокнинг ультратовуш текшируви ўтказилди.

Суяк кўмигининг микроскопик таҳлили натижаларига кўра 70 нафар беморлардан 66 нафарида (94,3%) висцерал лейшманиоз қўзғатувчиси аниқланди. 4 нафарида (5,7%) аниқланмади, шунингдек 70 нафар беморларнинг суяк кўмиги суртмаларини ПЦР текширувидан ўтказганда 69 нафарида (98,6%) тасдиқланди, 1 нафарида (1,4) тасдиқланмади. Бу текширув беморларнинг туш суяги(стернал пункция) ва ёнбош суягидан аспирацион

игналар ёрдамида махсус марказларда килинди, олинган пунктантлардан Романовский-Гимза усулида бўйлиб қуририлган суртмалар гел-электрофорез усули орқали текширилди.

Висцерал лейшманиоз ташхиси тасдиқланган 70 нафар беморларнинг (100%) 70 нафарига (100%) этиотроп даволаш препарати тавсия этилди. Ушбу беморлар 2 та даволаш гуруҳига бўлинди: 32 нафар беморлар (44,8%) асосий гуруҳ (Глукантим ва фолий кислота, дексаметазон дори воситаси берилди) ва 38 нафар (55,2%) беморлар назорат гуруҳи (Глукантим дори воситаси ва симптоматик даво берилди). Висцерал лейшманиоз давосида асосий этиотроп даво сифатида Глукантим препарати тавсия этилади. Бу дори воситасидан ташқари этиотроп даво мақсадида ЖССТ тавсияномаларида ва бир қанча муаллифлар тавсиясида лизосомал Амфотрисин-Б препарати ҳам тавсия этилади. Ушбу 2 та даво восталардан Амфотрисин-Б кучли токсик модда бўлгани учун, беморлар эса болаларлигини ҳисобга олиб қўлланмади. Асосий ва назорат гуруҳи беморларни олдиндан қўлланиб келинётган даво билан такомиллаштирилган давога қараб ажратиб олдинди.

Асосий гуруҳдаги беморларга умумий даво ва Глукантим дори воситаси ҳар бир тана вазнига 20 мг/кг миқдорда 1 марталик дозада томир ичига ёки мушак орасига қилиш ва умумий давога қўшимча тарзда фолий кислота, дексаметазон, темир препаратлари тавсия этилди, назорат гуруҳидаги беморларга эса умумий даво ва глукантим тавсия этилди. Умумий даво сифатида 5А пархез столи буюрилди, симптоматик даво сифатида – спазмолитиклар (дротаверин), иситма тушурувчи (парацетамол ёки ибупрофен), витаминотерапия (поливитамин дори воситалари), дезинтоксикацион даво, кўрсатмага кўра антибиотиклар, антигистамин препаратлар, ўт ҳайдовчилар (аллохол, холасас), кўнгил айнишига қарши (метоклопрамид) препаратлар ёшга ва тана вазнига мос дозаларда тавсия этилди. Касалликнинг авж олиш босқичидан ўтган беморларга гепатопротектор препаратлар тавсия этилди. Умумий даво курси 28-30 кунни ташкил этди.

Даволаниш натижасида иккала гуруҳ беморларида клиник белгилар босқичма босқич йўқолди. Асосий гуруҳда иситма давонинг 5-7 кунда, назорат гуруҳида 8-10 кунларда йўқолди. Асосий гуруҳда гепатоспленомегалия 15-16 кунда, назорат гуруҳида эса 20-22 кунларида сезиларли даражада камайди. Даво курси тугаганидан 1 ой ўтгач таҳлиллар қайта текширилди ва даводан олдинги натижалар билан солиштирилди.

1-жадвал

Асосий ва назорат гуруҳларида даводан олдинги ва кейинги лаборатор кўрсаткичлар таҳлили

ГУРУҲЛАР	Жами беморлар (n=70)			
	Асосий гуруҳ (n=32)		Назорат гуруҳи (n=38)	
Кўрсаткичлар	Даволашдан		Даволашдан	
	Олдин	Кейин	Олдин	Кейин
Гемоглобин, г/л	62±6,54	121±7,21	64±5,78	110±6,71
Эритроцит, 10 ¹² /л	2,9±0,21	4,8±1,07	3,1±0,27	4,1±1,15
Лейкотцит, 10 ⁹ /л	3,5±1,43	7,8±0,98	3,4±1,57	8,4±1,78
Лимфоцит, %	33±1,27	24±0,52	32±2,35	27±1,48
ЕЧТ, мм/с	17±2,05	8±1,04	15±2,87	12±2,06
Умумий билирубин, мкмол/л	44±4,89	20,5±2,08	31±3,56	23±3,05
АЛТ, ммол/л	1,25±0,13	0,80±0,06	1,09±0,17	0,91±0,12
АСТ, ммол/л	0,93±0,07		0,9±0,06	0,64±0,09

Даволаш курси тугагач беморлар 6 ойга диспансер назоратига олинди. Диспансер кузатуви 1, 3 ва 6 ойда ўтказилди. Умумий қон таҳлили, қон биокимёси қайта текширилди, натижаларида ижобий ўзгаришлар кузатирилган беморлар диспансер назоратидан 6 ойдан сўнг чиқарилди.

Хулоса

Илмий изланишларимиз натижаси шуни курсатдики, текширувга олинган барча беморларни болалар ташкил қилди. Беморларни аниқлашда замонавий диагностика усуллари қўлланилди, Rk-39

иммунохроматографик текширувида 70 тадан 64(91,4%) нафар беморда висцерал лейшманиоз мусбат натижа берди. Қолган 6 нафар (8,6%) беморда висцерал лейшманиоз манфий натижа берди. Ташхислашнинг олтин стандарти бўлган суяк кўмигининг микроскопик таҳлили натижаларига кўра 70 нафар беморлардан 66 нафарида (94,3%) висцерал лейшманиоз қўзгатувчиси аниқланди. 4 нафарида (5,7%) аниқланмади, ва ҳозирги кунларда юқори аниқликдаги натижа берадиган ПЦР текширувидан ўтказганда 69 нафарида (98,6%) тасдиқланди 1 нафарида (1,4%) тасдиқланмади. Демак натижалар юқори аниқликдаги текширувларда ишончлироқ бўлсада, амбулатор шароитда эрта диагностика мақсадида Rk-39 тезкор усули ўнг кулай ва самаралилигини кўришимиз мумкин.

Даволаш гуруҳлари солиштирма таҳлил қиладиган бўлсак, асосий гуруҳда клиник ва лаборатор кўрсаткичлар назорат гуриҳига нисбатан сезиларли даражада яхши натижалар олинди. Асосий гуруҳда иситма давонинг 5-7 кунда, назорат гуруҳида 8-10 кунларда йўқолди. Асосий гуруҳда гепатоспленомегалия 15-16 кунда, назорат гуруҳида эса 20-22 кунларида сезиларли даражада камайди. Умумий қон таҳлилида асосий гуруҳда гемоглабин($62\pm 6,54$) ($121\pm 7,21$) назорат гуруҳида мос равишда ($64\pm 5,78$) ($110\pm 6,71$) бу натижалар шуни кўрсатадики стандарт давога нисбатан такомиллаштирилган даво кўпроқ самарасини кўрсатади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Анваров Ж.А. Этиология кожного лейшманиоза в некоторых регионах Узбекистана. //Инфекция, иммунитет и фармакология. 2016; Спец. вып. С. 78-81.
2. Баранец М.С., Ермак Т.Н., Понировский Е.Н. Клинико-эпидемиологические особенности висцерального лейшманиоза в республике Крым // Терапевтический архив. 2017;89(11):100-104.
3. Беляева Н.М., Трякина И.П., Синикин В.А., Карань Л.С., Муравьев О.Б., Никитина Г.Ю. Современные аспекты лейшманиоза // Медицинский алфавит. 2017;2/18(315):24-31.
4. Бехтерева М.К., Козлов С.С., Комарова А.М., Лобзин Ю.В., Раздьяконова И.В. Висцеральный лейшманиоз у ребенка: сложности диагностики и лечения // Журнал инфектологии. 2019;11(3):118-125.
5. Бровко М.Ю., Акулкина Л.А., Потапов П.П., Шоломова В.И., Лебедева М.В., Некрасова Т.П., Варшавский В.А., Волчкова Е.В., Розина Т.П., Никулкина Е.Н., Карань Л.С., Моисеев С.В., Фомин В.В. Висцеральный лейшманиоз: трудный дифференциальный диагноз в терапевтической практике // Терапевтический архив. 2020;92(11):117-121.
6. Букин Г.М. Случай висцерального лейшманиоза // Справочник врача общей практики. 2018;1:71-73.
7. Вашура Л.В., Савенкова Марина Сергеевна, Самсонович И.Р., Самитова Э.Р. Случай лейшманиоза в стационаре, сложности клинической диагностики // Детские инфекции. 2013;12(3):65-68.
8. Гончаров Д.Б., Коваленко Д.А., Паронян Л., Понировский Е.Н., Баранец М.С. Некоторые итоги серологических исследований в очагах висцерального лейшманиоза стран Центральной Азии и Южного Кавказа // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2017;4:15-20.
9. Джулакян У.Л. Сочетание висцерального лейшманиоза и селезеночной В -клеточной лимфомы из клеток маргинальной зоны // Терапевтический архив. 2016;88(2):78-80.
10. Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Шахгильдян В.И., Понировский Е.Н., Ганкина Н.Ю. Лейшманиоз и ВИЧ-инфекция – актуальная проблема? // Журнал инфектологии. 2020;12(4):72-77.
11. Жахонгиров Ш.М., Сувонкулов У.Т., Абдиев Ф.Т., Коваленко Д.А., Фатуллаева А.А., Сайфиев Ш.Т. Фауна и эпидемиологическое значение москитов (диптера, псичодидае, пхлеботомине) в очагах лейшманиозов Узбекистана // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2016;3:3-6.
12. Жиренкина Е.Н. Изучение лейшманиозов методом полимеразной цепной реакции // Сеченовский вестник. 2012;1(7):49-53.
13. Кадамов Д.С., Шарипов А.С., Сайбурхонов Д.С., Шерхонов Т.А., Курбонов М.Д., Понировский Е.Н., Жиренкина Е.Н. Изучение очагов висцерального лейшманиоза в Дарвазском и Пенджикентском районах Таджикистана: сероэпидемиологические и серозпизоотологические исследования // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2016;4:39-43.

Қабул қилинган сана 20.08.2023