



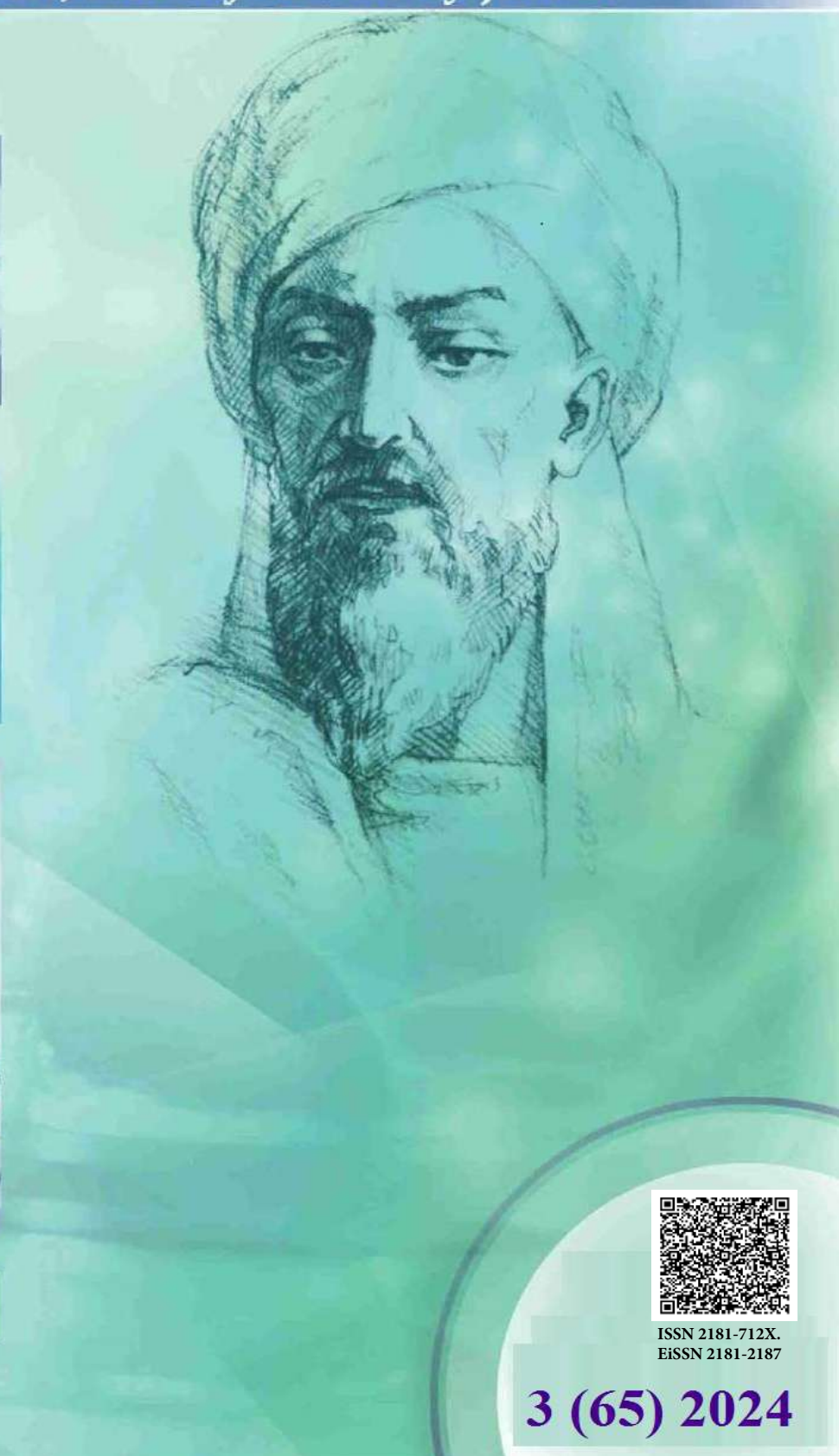
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (65) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
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
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)

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)

3 (65)

2024

март

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.216.1-002.3-08

ИНФЕКЦИОН МОНОНУКЛЕОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ИНОЗИН ПРАНОБЕКСНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК БАҲОЛАШ

Келдиёрова Зилола Дониёровна <https://orcid.org/0000-0002-0662-5787>

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Инфекцион мононуклеоздаги иммун бузилишлар мураккаб характерга эга бўлиб, улар ҳужайравий ва гуморал иммун тизимидаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб, касаллик кечимининг оғирлашишига, асоратларнинг ривожланишига сабаб бўлиб, юқумли мононуклеознинг иммун тизими касаллиги сифатида моҳиятини акс эттиради. Шунинг учун вирусли инфекцияларни, айниқса юқумли мононуклеозни даволашда иммун системадаги ўзгаришларни бартараф этиш муҳим ҳисобланади. Бунинг учун иммуномодуляторлардан, шу жумладан эндоген интерферонларнинг индукторларидан фойдаланиш мумкин. Потенциал интерферон индукторларидан фақат бир нечтаси клиник жиҳатдан фойдаланиш мумкинлиги исботланган.

Калит сўзлар: инфекциян мононуклеоз, иммуномодулятор.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНОЗИНА ПРАНОБЕКСА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Келдиёрова Зилола Дониёровна <https://orcid.org/0000-0002-0662-5787>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Иммунные нарушения при инфекционном мононуклеозе имеют сложную природу, связаны с изменениями клеточной и гуморальной иммунной системы, вызывают утяжеление течения заболевания, развитие осложнений и отражают сущность инфекционного мононуклеоза как заболевания иммунной системы. Поэтому при лечении вирусных инфекций, особенно инфекционного мононуклеоза, важно устранить изменения иммунной системы. Для этого можно использовать иммуномодуляторы, в том числе индукторы эндогенных интерферонов. Лишь немногие из потенциальных индукторов интерферона оказались клинически полезными.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, иммуномодулятор.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF INOSINE PRANOBEX IN CHILDREN WITH INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

Keldiyorova Z.D. <https://orcid.org/0000-0002-0662-5787>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Immune disorders in infectious mononucleosis have a complex nature, they are associated with changes in the cellular and humoral immune system, cause aggravation of the course of the disease, the development of complications, and reflect the essence of infectious mononucleosis as a disease of the immune system. Therefore, in the treatment of viral infections, especially infectious mononucleosis, it is important to eliminate changes in the immune system. Immunomodulators, including inducers of endogenous interferons, can be used for this. Only a few of the potential interferon inducers have been proven to be clinically useful.

Key words: infectious mononucleosis, immunomodulator.

Долзарблиги

инфекцион моноклеозли беморларни даволаш шифокорлар фикрига кўра, қийин вазиладир. Бу лимфаденопатия, тонзиллит, гепатоспленомегалия билан намоён бўладиган лимфопролифератив синдромга асосланган клиник кўринишларнинг хилма-хиллиги билан боғлиқ [3,4]. Герпесвируслар билан бирламчи инфицирланишдан сўнг, уларнинг организмда персистенцияси кузатилади. У клиник жиҳатдан ўзини намоён қилмаслиги мумкин, аммо герпесвирусларни қайта фаоллаштириши ва бу сурункали такрорланадиган герпес вируси инфекцияси, онкологик лимфопролифератив жараён, аутоиммун касалликлар, сурункали чарчоқ синдроми каби турли хил клиник шаклларнинг ривожланишига олиб келади [1,2].

Инфекцион моноклеозни даволашда вирусга қарши дори воситаларини қўллаш кенг тарқалмаган. Бунинг бир неча сабаблари мавжуд. Биринчидан, касалликнинг енгил ва қисман ўртача шакллари кўпинча ўз-ўзини бошқаради, бу кўплаб вирусли инфекцияларга хос бўлиб, вирусга қарши терапиянинг зарурати йўқ. Иккинчидан, касалликнинг оғир шакли билан касалланган беморлар кўпроқ касалликнинг кечки босқичларида, инфекцияцион моноклеозни даволашда антибактериал терапиядан фойдаланиш муҳим бўлган иккиламчи бактериал инфекция қўшилган даврда шифохонага мурожаат қилишади [5,6].

Етарли даражада ўрганилган ва синовдан ўтган дори - воситаларидан бири интерферон индуктори- инозин пранобекс бўлиб, унинг самарадорлиги вирусли гепатит, ичак инфекциялари, герпес инфекциялари, ўткир респиратор касалликлар ва иккиламчи иммун танқислиги билан кечадиган бошқа инфекцияцион касалликларда исботланган [7]. Ушбу препаратни ЭБВ кўзгатадиган инфекцияцион моноклеозни даволашда қўллаш бўйича маълумотлар мавжуд бўлиб, муаллифлар самарадорликни назорат қилиш сифатида клиник белгиларнинг ижобий динамикаси, иммун комплексларнинг нормал кўрсаткичлари ва реконвалесценция даврининг қулай кечимини қайд этадилар. Инфекцион моноклеозда иммунотроп препаратларнинг этиологик омилга таъсири тўлиқ ўрганилмаган [8].

Инфекцион моноклеоз билан касалланган беморларда ҳужайравий ва гуморал иммунитетни ўрганиш натижалари иммунотроп воситаларни комплекс давога киритиш бўйича кўрсатмаларни аниқлайди. Инфекцион моноклеоз билан касалланган беморларнинг кўпчилигида цитокин регуляциясининг бузилиши ва иммун системасидаги ўзгаришларнинг аниқланиши бунга асос бўлади: касалликнинг дастлабки босқичларида Т-лимфоцитларнинг барча субпопуляциялари учун ўсиш омили бўлган ИЛ-2 етишмовчилиги, В-лимфоцитлардан антитела ишлаб чиқарувчи ҳужайраларнинг ҳосил бўлиши ва иммуноглобулинлар ишлаб чиқарилишини тартибга солувчи ИЛ-6 нинг кўпайиши, базофил ва нейтрофиллар учун юқори активлигга эга хемоаттрактанта вазифасини бажарувчи ИЛ-8 нинг гиперпродукцияси [9,11].

Эндоген интерферон индукторининг биологик самарадорлигини ўрганиш ўртача оғирликдаги турли хил этиологияли инфекцияцион моноклеознинг иммунокоррекциясини амалга ошириш учун жозибадорлигини белгилайди. Бизнинг илмий ишимизда 22 нафар болада инозин пранобекс қўлланилди. Инозин пранобекс иммунокомпетент ҳужайралар-макрофаглар ва Т, В-лимфоцитлар, нейтрофиллар томонидан интерферонларнинг эрта синтезининг паст молекуляр оғирликдаги индукторидир. Периферик қон лейкоцитларида 2500 ЕД / мл интерферон синтези индуцирланади. Инозин пранобекс иммун танқислиги ҳолатларида ҳам, аутоиммун ҳолатларида ҳам иммун тизимини рағбатлантиришга ёрдам беради [10,12].

Тадқиқот мақсади. Инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда иммунокорригирловчи терапия таҳлил натижалари ўрганиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқотга қатнашган инфекцияцион моноклеоз билан зарарланган болалар 3 гуруҳга бўлиб ўрганилган:

1. Инфекцион моноклеоз билан зарарланмаган болалар, яъни назорат гуруҳи (22 нафар бемор болалар)
2. Инфекцион моноклеоз билан зарарланган, анъанавий терапия қабул қилган бемор болалар (22 нафар бемор болалар)
3. Инфекцион моноклеоз билан зарарланган, анъанавий даво ва иммунокоррекцияловчи терапия) буюрилган болалар гуруҳи (22 нафар бемор болалар).

Таққосланган гуруҳлар ёш, жинс ва саломатлик гуруҳлари бўйича таққосланган.

Инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда иммунокорригирловчи терапия мақсадида инозин пранобекс дори воситаси овқатдан кейин, тенг вақт оралиғида суткада 1 таблеткадан 3 марта ичишга буюрилди. Даволаш давомийлиги нозологияга, жараённинг оғирлиги ва қайталаниш тез-тезлигига қараб индивидуал равишда белгиланди. Даволаш давомийлиги ўртача 5-14 кунни ташкил қилди. Зарурати бўлганида 7-10 кунлик танаффусдан сўнг даволаш курси такрорланиб, самарани бир маромда ушлаб турувчи дозалар билан даволаш 1 ойдан 6 ойгача давом эттирилди. Дори воситаси касалликнинг ўткир давридан бошлаб буюрилди. Агарда бемор болалар шифохонадан эрта жавоб берилганда, амбулатор шароитда препаратни қабул қилиш тавсия этилди.

Таққослаш гуруҳи (2-гуруҳ) иммунотроп дори воситаси ишлатмасдан анъанавий терапияни қабул қилган 22 нафар болани ўз ичига олган. Таққосланган гуруҳлар ёш, жинс ва саломатлик гуруҳлари бўйича таққосланган. Даволаш бошланишидан олдин, даволаш пайтида ва даволашдан кейин клиник назорат қилишдан ташқари, қоннинг клиник ва биокимёвий кўрсаткичлари, шунингдек иммунологик кўрсаткичларнинг лаборатор текширувлари ўтказилган. Бемор болаларнинг икки гуруҳида тест вақти мутлақо бир хил эди: 1-тадқиқот касалликнинг 2-3 кунда, 2-тадқиқот-касалликнинг 15-16-кунда ўтказилган.

1-жадвал

Инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда иммунокорригирловчи терапиядан кейин Т-хужайравий иммунологик ўртача кўрсаткичлари

Кўрсаткич	Анъанавий терапиядан кейин(n=22)	Иммунокорригирловчи терапиядан кейин (n=22)	Назорат гуруҳи(n=22)
Лейкоцитлар, кл/мкл	5879±298,8***	4768±199,4*	2023±148
Лимфоцитлар %	41,64±1,71***	26,2±2,1***	24,2±0,78
CD3 +, %	49,79±1,82*	47,4±5.01***	45.83±0.97
CD4+ , %	21,98±0,91*	19,3±0.65***	20.17±1.30
CD8+ , %	22,19±0,76*	21,4±1,54***	23.67±0.88
ИРИ (CD4/ CD8)	0,94±0,06**	0,65±0.03***	1,36±0,0.19
CD16+, %	17,44±0,77*	16.4±0,91*	18,40±1.15
CD20+, %	22,25±0,68*	29,9±1.42*	23.17±1.17
CD25+ , %	18,96±0,97*	21,51±0,70 [⊙]	22.34±0.83
CD38+ , %	34.6±1.82***	36.4±1.66***	21.18±0.63
CD95+ , %	20,14±0,53*	21,63±0,64*	21.14±0.58

Изоҳ: * - фарқ назорат гуруҳи маълумотлари кўрсаткичларига нисбатан (*P<0,05, *** - P<0,001)

Инфекцион моноклеоз касаллигини комплекс даволашда иммунокоррекцияловчи терапия қўлланилганда касалликнинг қўзиш даврини сезиларли даражада камайитиришга эришилди.

Инфекцион моноклеоз инфекцияси билан зарарланган болаларда иммун тизимининг Т-хужайра звеносининг кўрсаткичларини таҳлил натижалари 1-жадвалда келтирилган. Инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда иммунокорригирловчи терапиядан сўнгги маълумотлардан кўриниб турибдики, лейкоцитлар умумий сонининг даволанишдан олдинги қийматларга қараганда сезиларли даражада камайиши аниқланган (p< 0,05). Биз бу кўрсаткич меъёرنинг қийматига яқинлашганини аниқладик.

Даволанишдан сўнг назорат гуруҳида ушбу кўрсаткичлар, периферик қондаги барча лимфоцитларнинг мутлақ сонининг ўртача қиймати , 1 мкл учун мос равишда 36,20±0,97% ни

ташкил этган бўлса, анъанавий даводан кейин бу кўрсаткич $41,64 \pm 1,71\%$ ни, иммунокорригирловчи терапиядан кейин $26,2 \pm 2,1$ ни ташкил этди ($p < 0,05$). Шундай қилиб, биз периферик қондаги лимфоцитларнинг умумий сонининг сезиларли даражада камайганини кўрдик.

Иммунокоррекциядан сўнг Т-лимфоцитлар умумий улушининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, бу кўрсаткич инфекцион моноклеоз билан зарарланган бемор болалар анъанавий даволанганда қийматлар қараганда сезиларли даражада ошган, яъни $49,79 \pm 1,82$ га тенг бўлган, иммунокорригирловчи терапиядан сўнг ушбу кўрсаткич $47,4 \pm 5,01$ га тенг бўлган. Анъанавий терапиядан сўнг бир гуруҳ бемор болалар иммун кўрсаткичлари таҳлилида биз лейкоцитлар сони ва лимфоцитларнинг мутлақ сони ўртасида сезиларли фарқни топдик ($p < 0,05$).

Т-лимфоцитларнинг мутлақ сонини таҳлил қилиш анъанавий даволанган қийматларга қараганда сезиларли тушишини аниқладик, бу лейкоцитлар умумий сонининг камайиши билан боғлиқ эди. Шундай қилиб, иммунитет тизимининг асосий хужайралари Т-лимфоцитларнинг умумий сонининг кўпайиши етарли иммунокоррекция қилинганлиги билан боғлиқдир. Т-лимфоцитларда СД3+- ифодасини ўрганишда сезиларли фарқ топилди.

Иммунокорригирловчи дори-воситасини қўллаш натижасида Т-хужайралар мутлақ таркибининг миқдорий хусусиятларини ўрганиш ишончли кўрсаткичлар мавжудлигини кўрсатди. Шундай қилиб, анъанавий даволанишдан кейин болаларда СД4+- нинг ўртача қиймати ўсди ва назорат гуруҳидаги болаларда ушбу кўрсаткич $26,56 \pm 0,73$ ни ташкил этди ($p < 0,05$). СД4+- лимфоцитларнинг мутлақ таркиби ҳам сезиларли даражада фарқ қилган ва камайган, бу яллиғланиш жараёнининг камайиши ва лейкоцитлар сонининг камайиши билан боғлиқ. Анъанавий терапиядан сўнг Т-хелперлар / индукторларининг таҳлилида биз иммунокоррекциядан кейин болалар гуруҳи билан ҳам сезиларли фарқни топдик. Ушбу маълумотлар бизга болаларда инфекцион моноклеоз касаллигини даволашда иммунокоррекциянинг муҳим ролини яна бир бор тасдиқлайди. Инфекцион моноклеоз билан зарарланган бемор болаларда, лимфоцитларда ифодаланган СД8+- кўрсаткичлари таҳлил натижалари анъанавий ва иммунокорригирловчи терапиядан кейинги кўрсаткич натижалари ўртасида сезиларли фарқни топдик, яън СД8 +- нинг анъанавий даводан кейин қиймати $22,19 \pm 0,76$ га тенг бўлган бўлса, иммунотерапиядан кейин ушбу кўрсаткич $21,4 \pm 1,54$ га тенглашди. Мутлақ СД8+- сони сезиларли фарқ билан кўриниб турибди, бу яна лейкоцитларнинг умумий сони билан боғлиқдир. Анъанавий терапиядан сўнг болалар гуруҳида Т-цитотоксик лимфоцитлар ҳолатида фарқлар аниқланди.

Шундай қилиб, инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда иммунокорректив терапиядан сўнг болаларда иммунитетга чидамлилиқ ҳолатида сезиларли фарқларни аниқладик, бу асосий иммунорегуляцион хужайралар Т-лимфоцитлар, Т-хелперлар/индукторлар таркибининг кўпайиши ва табиий киллерлар сонининг бостирилиши билан намоён бўлди. Инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда Т-хелперларнинг кўрсаткичи, даволангандан сўнг ортиб бораётган иммунитетни тартибга солувчи хужайралар ўртасидаги мувозанатнинг ёрқин намунаси, бу яллиғланиш жараёнида ўткир касалликнинг клиник кўринишининг яхшиланиши билан боғлиқ. Шунинг таъкидлаш керакки, даволашдан олдин асосий гуруҳдаги болаларда Т-хужайраларининг оғир иммунитет танқислиги Т-лимфоцитларнинг иммунорегуляцион субпопуляцияларининг иммунитет танқислиги билан боғлиқ бўлиб, СД4+- Т-хужайралари ва СД8+- лимфоцитлар сонининг аниқ танқислиги билан намоён бўлди. Иммун терапиядан кейин бу кўрсаткичлар табиий равишда нормаллашди. Биз табиий киллерлар таркибининг анъанавий ва иммун терапиядан кейин сезиларли даражада камайганини аниқладик, бу табиий киллерларнинг ифодаланишининг кўпайиши инфекцион агентнинг мавжудлиги ва унга лимфоцитларнинг етук бўлмаган шаклларида жавобнинг кескин ошиши билан боғлиқлиги билан изоҳланади, СД16+- бунинг белгисидир. Маълумки, табиий киллерлар табиий ҳимоя омилларига тегишли бўлиб, паразитар касалликларни аниқлаш ва йўқ қилишда етакчи рол ўйнайдиган ўзига хос бўлмаган инфекцияга қарши қаршилиқни таъминлайди.

Инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда В-лимфоцитлар кўрсаткичларини таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, даволанишдан кейин В-лимфоцитларнинг сезиларли даражада кўпайишида намоён бўлган характерли хусусиятларни аниқлашга имкон берди, бу маълумот 4.1-жадвалда келтирилган. Юқорида айтиб ўтилганидек, даволашдан олдин

болаларда В-лимфоцитлар сонининг бостирилиши аниқланган, яъни 21.8 ± 0.81 га тенг бўлган, бу кўрсаткич анъанавий даволашдан кейин бу кўрсаткич ўсди, яъни $(22,25 \pm 0,68)$ га тенг бўлган бўлса, иммунокорригирловчи терапиядан кейин ушбу кўрсаткич $29,9 \pm 1.42$ га тенглашди. В-лимфоцитларнинг мутлак сонини ўрганаётганда, иммунокорректив терапиядан сўнг болалар гуруҳида анъанавий терапиядан кейинги гуруҳга нисбатан уларнинг сезиларли ўсишини аниқладик. Иммуно тизимининг бу кўрсаткичининг периферик қонда ўсиши, бемор болалар организмида яллиғланиш жараёнининг пасайиб бораётганлигидан далолат беради.

Инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда даволанишдан кейин асосий болалар гуруҳидаги фаоллаштирилган CD25+-, CD38+- лимфоцитларининг мутлак қийматларини таҳлил қилиш даволашдан олдинги болалар гуруҳининг қийматлари билан солиштирганда сезиларли фарқни аниқладик ($p < 0,05$). Биз ўрганилаётган индикаторнинг ўсишини кузатдик, бу даволаниш вақтида етарли хужайрали иммунитетнинг мавжудлигини кўрсатди.

Анъанавий даволашдан кейин CD25+- ва CD38+-нинг мутлак қиймати камайди, яъни $18,96 \pm 0,97$ ва 34.6 ± 1.82 га тенг бўлган бўлса, бу табиий равишда лейкоцитоз билан кечадиган аниқ яллиғланиш жараёнининг пасайганлиги билан боғлиқ. Анъанавий терапиядан сўнг олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, лимфоцитлардаги CD25+- ва CD38+ - маркёрлари иммунокорректив терапиядан сўнг сезиларли даражада фарқ қилди ($p < 0,05$), яъни анъанавий даводан сўнг $18,96 \pm 0,97$ мос равишда 34.6 ± 1.82 га тенг бўлган бўлса, иммунокорригирловчи терапиядан кейин ушбу кўрсаткичлар $21,51 \pm 0,70$ ва 36.4 ± 1.66 га тенглашди.

Инфекцион моноклеозни даволанишдан кейин асосий гуруҳдаги болаларда кеч фаоллашув белгилари - CD95+ таҳлили сезиларли фарқларни аниқламади. Биз апоптоз белгиларини ташувчи лимфоцитлар таркибини нормаллаштиришга қараганда иммунокорригирловчи терапиядан кейин маълум бир тенденцияни кузатдик, бу биров ошди. CD95+- нинг мутлак қийматлари таҳлил қилинганда ҳам сезиларли фарқлар аниқламади ($20,14 \pm 0,53$ ва $21,63 \pm 0,64$)

Хулоса

Шундай қилиб, инфекцион моноклеоз билан зарарланган болаларда даволанишдан кейин асосий гуруҳдаги болаларда хужайрали иммунитет реакцияси Т-хужайра иммунитетининг нормаллашиши, шунингдек, патологик жараёнларнинг ривожланиши, касалликнинг оқибатига ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган фаоллаштирилган лимфоцитлар ҳолати билан тавсифланади, бу кўрсаткичлар таҳлили бемор болалар организмида Т-хужайравий иммунтанкислик натижасида аниқ яллиғланиш жараёни борлигидан далолат беради. Биз аниқлаган патологик ўзгаришларнинг нормаллашиши аниқ кўрсатиб турибдики, асосий гуруҳдаги болаларда иммун тизимининг хужайравий кўрсаткичлари иммунитет танкислиги ҳолати билан тавсифланди. 1-жадвалдан кўриниб турибдики, инфекцион моноклеозни комплекс даволашда иммунотроп препаратни қўллаш фонида энг кўп учрайдиган симптомлар динамикасинининг таҳлил натижалари кўрсатилган. Шундай қилиб, тадқиқот гуруҳидаги болаларда гипертермия ўртача $15,2 \pm 1,3$ ($p < 0,01$) кун, бодом безларида йирингли қопламалар $4,8 \pm 0,8$ кун, бурун орқали нафас олишнинг бузилиши $5,3 \pm 0,9$ кун ($p < 0,01$) қайд этилган. Худди шундай, спленомегалияда ҳам ижобий динамика кузатилди, интерферон индуктори қўлланилгандан кейин касалликдан ўрта оғирлик даражасида ўртача касалликнинг $4,2 \pm 0,8$ кунда аъзо ҳажмининг кичрайиш тенденцияси кузатилди.

Олиб борилаётган терапия усулларига қараб, лимфаденопатия ва гепатомегалия каби клиник белгиларнинг динамикаси сезиларли даражада ўзгарган. Бироқ, иммунотроп препаратнинг буюрилиши, касалликнинг клиник белгиларининг ижобий пасайиш тенденциясига олиб келди. Даволаш бошлангандан сўнг бир ой ўтгач, интерферон терапиясини олган 13 (52,0%) нафар бемор болаларда лимфа тугунлари меъёр ҳолатга қайтди. 1-гуруҳдаги 11 (44,0%) нафар бемор болаларда ва 2-гуруҳдаги бемор болаларнинг 8 (26,7%) нафарида даволаш даврининг охирига келиб жигар ҳажми меъёрлашди.

Болаларда инфекцион моноклеоз касаллигини даволаш алгоритми – беморларнинг ёшига қараб тавсия бериледи ва натижада инфекцион моноклеоз инфекцияси билан зарарланган болаларни даволаш самарадорлигини оширишга ва асосий касаллик натижасида юзага келадиган қайтмас асоратларни олдини олиш имконини беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Авдеева М. Г., Намитоков Х. А., Полянский А. В., Триско А. А. Особенности современного течения инфекционного мононуклеоза у взрослых // Инфекционные болезни. 2009; 7(2): 22-25.
2. Адеишвили П. С., Шамшева О. В., Гусева Н. А. и др. Современные представления о поражении ротоглотки при инфекционном мононуклеозе // Детские инфекции. 2012; 11(3): 42-45.
3. Антонова М. В., Любимцева О. А., Кашуба Э. А. и др. Клиническая картина инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии в возрастном аспекте // Академический журнал Западной Сибири. 2014; 10(5): 65-66.
4. Keldiyorova Z.D., Narzullaev N.U., Mirzoeva M.R., Immunological disorders in infectious mononucleosis in children // Neuro Quantology. London, - 2022. – Vol. 20. - P.9600-9602
5. Баранова И. П. Клинические особенности инфекционного мононуклеоза в зависимости от возраста и этиологии заболевания // Детские инфекции. 2010; 9(4): 25-28.
6. Keldiyorova Z.D. Immunological features of infectious mononucleosis epstein-barr virus etiology in children // World medicine journal. Polsha, 2021; 1(1): 371-375.
7. Белан Ю.Б., Михайлова Т.А. Значение клинических и лабораторных данных в дифференциальной диагностике инфекционного мононуклеоза // Детские инфекции. – 2008; 7(1): 32-35.
8. Валишин Д. А., Хунафина Д. Х., Мурзабаева Р. Т., Мамон А. П. и др. Дифференциальная диагностика при инфекционном мононуклеозе // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2013; 4: 135-140.
9. Keldiyorova Z. D. Analysis of the results of immunological examination in infectious mononucleosis in Children // Middle european scientific bulletin. Europea, 2022; 23: 255-258.
10. Волоха А. П. Эпштейна-Барр вирусная инфекция у детей // Современная педиатрия. – 2015; 4(68): 103.
11. Keldiyorova Z.D. Immunological features of infectious mononucleosis in children. // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Тошкент, 2022; 3:110-116.
12. Галактионова О. И. Поражение детей вирусом Эпштейна-Барр в очагах инфекционного мононуклеоза // Матер. I Конгресса педиатров-инфекционистов России «Акт. Вопросы инфекционной патологии у детей». - М., 2002; 32-34.

Поступила 20.02.2024