



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 616.981.553: 613.2-099

БОТУЛИЗМ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ИЧАК ДИСБАКТЕРИОЗИГА БОҒЛИҚ РАВИШДА ПРОКАЛЬЦИТОНИНИ АХАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ

Туйчиев Лазиз Нодирович, Email: l_tuychiev@mail.ru;
Худайкулова Гульнора Каримовна, Email: tmainfection@mail.ru;
Максудова Зулфия Санатовна, Email: zulfiya151974@gmail.com;
Абидов Акром Бўриевич, Email: tmainfection@mail.ru;
Ниязова Тажигул Ахмедовна, Email: tmainfection@mail.ru;

Тошкент тиббиёт академияси. Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазор тумани, Фароби
кўчаси 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Мақсад: ботулизмнинг оғирлик даражасида ичак дисбактериозининг таъсирини ўрганиш бўлди.

Натижалар: ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилашда, клиник белгилардан қатъий назар антибактериал давони тайинлаш ва тўхтатишга кўрсатма бўла олади.

Хулоса. Прокальцитонин қиймати иккиламчи инфекция қўшилиш клиник белгилари бўлмаган ҳолатларда ҳам меъёрдан юқори бўлади. Ушбу кўрсаткичдан ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилашда, клиник белгилардан қатъий назар антибактериал давони тайинлаш ва тўхтатишга кўрсатма бўла олади.

Калит сўзлари: Ботулизм, прокальцитонин, ичак дисбактериози

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ЗНАЧЕНИЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ КИШЕЧНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА У БОЛЬНЫХ С БОТУЛИЗМОМ

Туйчиев Лазиз Нодирович, Email: l_tuychiev@mail.ru;
Худайкулова Гульнора Каримовна, Email: tmainfection@mail.ru;
Максудова Зулфия Санатовна, Email: zulfiya151974@gmail.com;
Абидов Акром Бўриевич, Email: tmainfection@mail.ru;
Ниязова Тажигул Ахмедовна, Email: tmainfection@mail.ru;

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский
район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Цель: изучить влияние дисбактериоза кишечника на тяжесть течения ботулизма.

Результат: определение степени тяжести ботулизма независимо от клинических признаков может быть показанием к назначению и отмене антибактериального лечения.

Заключение: Значение прокальцитонина выше нормы даже в тех случаях, когда клинические признаки вторичной инфекции отсутствуют. По этому показателю при определении степени тяжести ботулизма он может быть показанием к назначению и отмене антибактериального лечения независимо от клинических симптомов.

Ключевые слова: ботулизм, прокальцитонин, дисбактериоз кишечника.

STUDYING THE ROLE OF PROCALCITONIN VALUE DEPENDING ON THE DEGREE OF INTESTINAL DYSBACTERIOSIS IN PATIENTS WITH BOTULISM

Tuychiev Laziz Nodirovich, Email: l_tuychiev@mail.ru;
Khudaykulova Gulnara Karimovna, Email: tmainfection@mail.ru;
Maksudova Zulfiya Sanatovna, Email: zulfiya151974@gmail.com;
Abidov Akrom Burievich, Email: tmainfection@mail.ru;
Niyazova Tadjigul Akhmedovna, Email: tmainfection@mail.ru;

✓ **Resume**

Purpose: to study the effect of intestinal dysbiosis on the severity of botulism.

Results: Determining the severity of botulism, regardless of clinical signs, may be an indication for prescribing and discontinuing antibacterial treatment.

Conclusion: The procalcitonin value is higher than normal even in cases where there are no clinical signs of secondary infection. According to this indicator, when determining the severity of botulism, it can be an indication for the prescription and withdrawal of antibacterial treatment, regardless of clinical symptoms.

Key words: botulism, procalcitonin, intestinal dysbiosis.

Долзарблиги

отулизм — инсониятга қадимдан маълум бўлган, бактериал токсин томонидан чақириладиган оғир юкумли касалликдир.

Касаллик патогенези асосини ҳар хил юкумли касалликлар сабабли ичакни барьер вазифасини бузилиши ҳисобланади. Бактерияларнинг ва уларнинг токсинини қонга, лимфага ва умумий қон тизимига ўтиши ичакнинг эпителиаль қаватига боғлиқ бўлади. Баъзи бир микрофлоралар тўқималараро бўшлиққа ҳам ўтиши мумкин [1]. Агар ичакни эпителиаль қавати ялиғланган ёки яра бўлса микроорганизм ва унинг ҳаёт фаолияти давомида ишлаб чиқарилган маҳсулотлар тўғридан тўғри барьер орқали лимфоцитларни пластинка қисмига ва пэйр пиллакчаларига боради [2]. Жараёни кечиши кейинчалик организмни иммун ҳолатига боғлиқ. Соғлом организмда эса тезкор ҳолатда тушган патоген маҳсулотларни тезроқ чиқариб юбориш натижасида яллиғланишни ўткир босқичи ривожланиб, унга қарши таначалар вужудга келади. Лекин ҳар хил юкумли касалликларда иммун тизими паст бўлганда иккиламчи инфекция юзага келиши мумкин [3].

Прокальцитонин (ПКТ) кальцитониннинг прогормони бўлиб, асосан қалқонсимон безнинг С-ҳужайраларида ва ўпканинг нейроэндокрин ҳужайраларида ишлаб чиқарилади. ПКТ ишлаб чиқаришга бактерия деворининг липополисахаридлари рағбатлантирувчи таъсир кўрсатади. ПКТ концентрацияси кўтарилиши мумкин бўлган клиник ҳолатлар: инфекцияга боғлиқ ҳолатлар (сепсис, сепсис билан боғлиқ ҳолатлар, жумладан панкреатитлар, яққол тизимли инфекциялар, жумладан пневмония ёки пиелонефрит, оғир безгак), инфекцияга боғлиқ бўлмаган ҳолатлар (куйиш, жароҳат, куёш уриши), ёмон сифатли ўсмаларга боғлиқ ҳолатлар (қалқонсимон безнинг медуляр раки, ўпканинг майда ҳужайрали раки, карциноидли ўсма, ошқозон ости безининг оролча ҳужайралари ўсмаси, сут бези раки) [4]. Ушбу кўрсаткич клиник қарор қабул қилиш учун (масалан, микробларга қарши терапияни тайинлаш ва давомийлиги тўғрисида қарор қабул қилиш) ҳам зарур. Stolz D. С (2017) ва бошқаларнинг тадқиқот натижаларига кўра, сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғирган беморларда ПКТ даражасини аниқлашга асосланган ҳолда давога ёндашув микробга қарши даводан фойдаланиш даражасини 72% дан 40% гача камайтиришга имкон берди ($p < 0,0001$). Рандомизирланган тадқиқот ва мета-таҳлиллардаги замонавий маълумотлар ПКТ назорати остида антибиотикларни тайинлаш антибиотиклардан фойдаланиш ва улардан кутиладиган асоратлар сонини кескин пасайишига ҳамда беморларни яшаб қолиш даражасини ортишига олиб келган [6].

Н.С. Багирова (2019) фикрича, бактериал этиологияли сепсисда ПКТ даражаси сезиларли кўтарилади (одатда 2 нг/мл дан юқори) ҳамда ўтказилган микробга қарши даво фониди пасайиб боради. Транзитор бактериемияларда ПКТ сезиларсиз даражада кўтарилиши мумкин. Вирусли инфекцияларда эса ПКТ қиймати меъёр даражасида қолади ёки бироз кўтарилади. Соғлом кишиларда ПКТ 0,01 нг/мл гача бўлади, вирусли инфекцияларда эса — ўта кам ҳолатларда 1 нг/мл дан ошади [8].

Адабиётларда яна вирус этиологияли касалликларда иккиламчи бактериал инфекцияни қўшилишини башоратлашда ҳам ушбу кўрсаткич катта ёрдам бериши тўғрисида фикрлар

келтирилган. Аммо, ушбу кўрсаткични касаллик патогенезининг асосида экзотоксин турган касалликлардаги аҳамияти тўғрисида маълумотларни топмадик.

Шунга кўра, **тадқиқотнинг мақсади** ботулизмнинг оғирлик даражасига ичак дисбактериозининг таъсирини ўрганиш бўлди.

Материал ва усуллар

2018-2023 йиллар оралиғида Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази (РИЭМЮПКИАТМ) клиникасида “Ботулизм” ташхиси билан даволанган 102 нафар беморларда ҳолат-назорат (ҳолат-ҳолат) проспектив тадқиқоти ўтказилди. Тадқиқотга киритилган 102 нафар беморларнинг барчаси учун биз, томондан ишлаб чиқилган беморларнинг клиник-лаборатор назорати фишкаси тўлдирилди. Фишка ўз ичига ботулизмга хос бўлган барча клиник белгиларни, лаборатор таҳлил натижаларини (умумий қон таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, қон зардобиди ИФТ усулида прокальцитонин қийматини динамикаси) олган.

Ичак дисбактериозини аниқлаш мақсадида тадқиқот гуруҳ беморларининг нажаси касалхонага келган кунининг эртасига олинди ҳамда РИЭМЮПКИАТМнинг микробиология лабораториясида (лаборатория мудир) бактериологик текширувдан ўтказилди. Ботулизмда иккиламчи бактериал инфекцияни қўшилганлигини олдиндан башоратлаш, антибактериал давони тайинлашга кўрсатма сифатида ҳамда ўтказилган антибактериал даво самарадорлигини баҳолашда прокальцитонин кўрсаткичини аҳамиятини ўрганиш мақсадида беморларни касалхонага келган кунда, тайинланган антибактериал давонинг 7-кунда қон зардобиди прокальцитонин қиймати ИФА усулида ўрганилди. Бунда “Прокальцитонин ИФА БЕСТ” А-9004 реагентлар тўпламидан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг рақамли материалларига «Microsoft Excel» 2003(XP) дастурини қўллаш орқали вариацион статистика усулида ишлов берилди. Бунда вариацион параметрик ва нопараметрик статистика ёрдамида ўрганилаётган кўрсаткичнинг ўртача арифметик (М), ўртача квадратик оғиши, ўртачанинг стандарт хатолиги (m), нисбий катталиклар (даража, %) ҳисоблаб топилди, тадқиқот гуруҳларида миқдорий ўртача катталикларни қиёслашда олинган силжишларнинг статистик аҳамияти Стьюдент мезонида (t) хатолик эҳтимолини (P) ҳисоблаш орқали аниқланди. Ишонарлилик даражаси ($p < 0,05$) бўлган миқдорий ўзгаришлар статистик аҳамиятли ҳисобланди.

Ўрганилаётган гуруҳлар ўртасидаги корреляцион боғлиқликни аниқлаш мақсадида корреляцион-регрессион таҳлил (Пирсон коэффиценти) тиббий статистик калькулятор ёрдамида (<https://medstatistic.ru/calculators>) ўтказилди.

Сифат белгиларининг гуруҳлар ўртасидаги статистик ишонарли фарқини аниқлаш мақсадида имкониятлар нисбати (OR) аниқланди, бунда ушбу қийматнинг 95% максимал ва минимал ишонч интервали (CI) ўрганилди. Имкониятлар нисбати 5 гача бўлган ҳолатларда статистик ишонарлилик тўрт майдонли жадвалнинг таҳлили ёрдамида Фишернинг аниқ синамаси ёрдамида; 5 дан 10 гача бўлганда Йетес тузатиши билан χ^2 ; 10 дан юқори бўлган χ^2 билан баҳоланди.

Натижа ва таҳлиллар

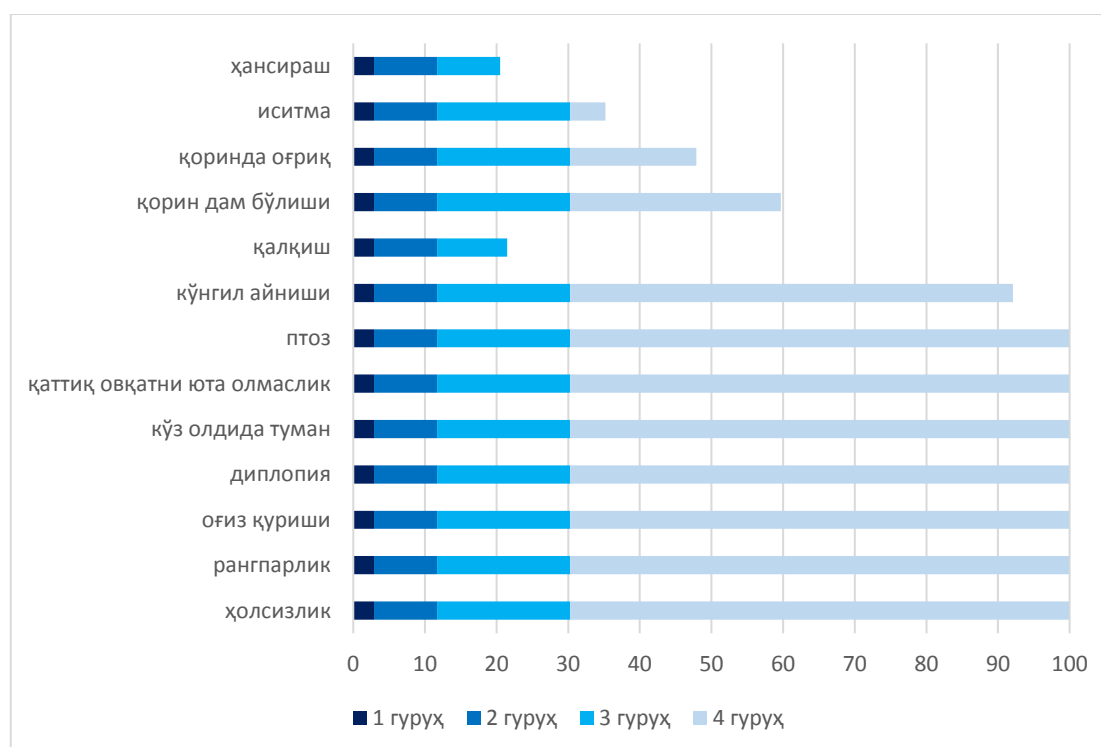
Кузатувдаги 102 нафар беморларнинг 64,7% ($n=66$) эркалар ҳамда 35,3% ($n=36$) аёллар ташкил қилди, яъни беморлар ўртасида ишонарли гендер фарқ кузатилмади ($P > 0,05$). Беморларнинг ўртача ёши $45,9 \pm 0,06$ бўлди. Беморларнинг катта қисмида ботулизмнинг ўртача оғир шакли ташхисланди (71,6%), енгил шакли – 7 (6,9%) нафарида, 21,6% - оғир шакли.

Беморларда ўтказилган нажаснинг бактериологик текшируви натижаларига кўра, ичак дисбактериози 31(30,4%) нафар беморларда аниқланди, уларнинг 19(61,3%) – дисбактериознинг I даражаси; 29,0% - II даража ҳамда 9,7% да III даража бўлди. Аниқланган ичак дисбактериози касалликнинг оғирлик даражасига мувофиқ равишда ўрганилганида, касалликнинг оғирлик шакли ташхисланган беморларнинг катта қисмида (81,8%) турли хил даражадаги ичак дисбактериози аниқланди, 3 (16,7%) - ичак дисбактериозининг III даражаси; 8 (44,4%) - дисбактериознинг II даражаси, 7 (38,9%) – I даражаси бўлди. Ботулизмнинг ўртача

оғир шакли ташхисланган беморларнинг 13 (17,8%) ичак дисбактериози аниқланди, уларнинг 7,7% - II даража ҳамда 12 (92,3%) – ичак дисбактериозининг I даражаси бўлди. Касалликнинг энгил шакли ташхисланган беморларда эса ичак дисбактериози кузатилмади. Ичак дисбактериозининг II даражасини касалликнинг оғир шаклида учраш эҳтимоли касалликнинг ўртача оғир шаклига нисбатан 41 баробарга юқори бўлди ($OR=41,1$; 95% CI = 4,762 – 355,432) ($\chi^2= 24,138$). Касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқ равишда ичак дисбактериозининг I даражасини учраш эҳтимоли ўртасида статистик ишонарли фарқ кузатилмади ($OR=2,4$; 95% CI = 0,8 – 7,0) ($p>0,05$).

Беморлар нажасида ўтказилган бактериологик текширув натижаларига асосланиб, беморлар гуруҳларга ажратилди. Биринчи гуруҳни ичак дисбактериозининг III даражаси аниқланган 3 нафар беморлар, иккинчи гуруҳни ичак дисбактериозининг II даражаси аниқланган 9 нафар, учинчи гуруҳни ичак дисбактериозининг I даражаси бўлган 19 нафар беморлар ҳамда тўртинчи гуруҳни ичак дисбактериози аниқланмаган 71 нафар беморлар ташкил қилди.

Кузатувдаги беморларда касалликнинг асосий клиник белгилари гуруҳларда қиёсий равишда таҳлил қилинди. Таҳлил натижаларига кўра, беморларнинг барчасида (100,0%) ҳолсизлик, тери рангпарлиги, оғиз қуриши, диплопия, птоз, кўз олдида туман бўлиши, қаттиқ овқатларни юта олмаслик белгилари кузатилди. Беморларнинг 92,2% кўнгил айланиши, 21,6% суяқликни юта олмасдан, қалқиш, 59,8% қорин дам бўлиши, 48,0% - қоринда оғриқ, 35,4% иситма, 20,6% - ҳансираш белгилари ҳам бўлди [расм 1].



Расм 1. Тадқиқот гуруҳларида касалликнинг асосий клиник белгиларини учраш даражаси (n=102, %)

Қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши каби диспептик белгилар ичак дисбактериози аниқланган беморларнинг барчасига ҳамда ичак дисбактериози аниқланмаган 4-гуруҳнинг мувофиқ равишда 17,6% ва 29,4% беморларида кузатилди. Ичак дисбактериози бўлган ботулизм билан касалланган беморларда қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши каби диспептик белгиларнинг учраш эҳтимоли ичак дисбактериози аниқланмаган беморларга нисбатан 88 баробарга юқори бўлди ($OR=88,3$; 95% CI = 11,2 – 695,0) ($\chi^2= 44,182$).

Ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилловчи қалқиш ёки суяқликни юта олмаслик ва ҳансираш белгилари эса ичак дисбактериози аниқланмаган беморларга хос бўлмади, аммо ичак дисбактериозининг III ва II даражаси аниқланган беморларнинг барчасида ҳамда I даражали дисбактериоз аниқланган беморларнинг мувофиқ равишда 8,8% ва 9,8% аниқланди. Ичак

дисбактериозининг III ва II даражаси аниқланган ботулизм билан касалланган беморларда қалқиш ва ҳансираш белгиларининг учраш эҳтимоли ичак дисбактериозининг I даражаси аниқланган беморларга нисбатан 10 баробар юқори бўлди ($OR=12,2$; 95% $CI = 1,3 - 114,4$) ($\chi^2=6,304$).

Ботулизмда иккиламчи инфекция қўшилганлигидан далолат берувчи иситма белгиси эса, ичак дисбактериози аниқланган беморларнинг барчасида ҳамда 4-гурухнинг фақатгина 4,9% беморларига хос бўлди. Ичак дисбактериози аниқланган беморларда ичак дисбактериози аниқланмаган беморларга нисбатан учраш эҳтимоли 396 баробарга юқори бўлди ($OR=396$; 95% $CI = 44,3 - 3538,6$) ($\chi^2=77,085$).

Тадқиқот гуруҳ беморлари қон зардобида прокальцитонин қиймати қиёсий равишда ўрганилди. Беморлар қиймати 10 нафар амалий соғлом кўнгиллилар қиймати билан қиёсланди, ушбу гуруҳ кишиларида кўрсаткичнинг ўртача қиймати $0,056\pm0,0022$ нг/мл бўлди. Олинган натижаларга кўра, кузатувдаги беморларнинг 47,1% (48) да прокальцитонин қиймати меъёр даражасида бўлди (ўртача $0,063\pm0,05$ нг/мл), қолган 54 нафар беморларда (52,9%) прокальцитонин қиймати меъёр даражасидан кўтарилди, ўртача $1,23\pm0,92$ нг/мл ташкил қилди.

Прокальцитонин қиймати нажаснинг бактериологик текширув натижасига мувофиқ ажратилган гуруҳларда қиёсий ўрганилганида, ичак дисбактериози аниқланмаган 71 нафар беморларда прокальцитониннинг ўртача қиймати $0,091\pm0,07$ нг/мл; ичак дисбактериозининг III даражаси аниқланган 3 нафар беморларда эса ўртача $2,1\pm0,93$ нг/мл; ичак дисбактериозининг II даражаси ($n=9$) бўлган беморлар гуруҳида $1,54\pm0,48$ нг/мл ҳамда ичак дисбактериозининг I даражаси бўлган ($n=19$) беморларда – $0,95\pm0,08$ нг/мл, бўлган. Ичак дисбактериозининг III даражаси аниқланган беморларда соғлом кишилар қийматига нисбатан 37 баробарга, ичак дисбактериозининг II даражаси аниқланган беморларда 27 баробарга, I даражали ичак дисбактериозида эса 16 баробарга кўтарилди. Олинган натижалар таҳлилидан кўриниб турганидек, ичак дисбактериози аниқланмаган ботулизм билан касалланган беморларга нисбатан ичак дисбактериозининг III даражаси ($0,092594$), ичак дисбактериозининг II даражаси ($p=0,036935$) ва I даражаси бўлган ($p=0,000080$) беморлар қон зардобидаги прокальцитонин қиймати статистик ишонарли равишда юқори қийматларга кўтарилган. Аммо, ичак дисбактериозининг III ва I даражаси ($p=0,232976$), III ва II даражаси ($p=0,605558$) ҳамда II ва I даражаси ($p=0,236677$) аниқланган беморлар қон зардобидаги прокальцитонин қиймати ўртасидаги фарқ статистик ишонарсиз даражада бўлди. Аммо, ботулизм билан касалланган беморларда аниқланган ичак дисбактериозининг даражаси ҳамда прокальцитонин қиймати ўртасидаги корреляцион боғлиқлик ўрганилганида, кўрсаткичлар ўртасида тўғри юқори корреляцион боғлиқлик аниқланди ($r=0,998$).

Қон зардобида прокальцитонин қиймати меъёр даражасидан кўтарилган 18 нафар беморларда иситма ёки ҳансираш каби шикоятлар кузатилмади. Шунга қарамадан қон зардобида прокальцитонин қиймати меъёрдан юқори бўлган барча 54 нафар беморларга даволаш мақсадида Цефтриаксон мушак орасига 5 кунга буюрилди. Ўтказилган этиологик давонинг самарадорлигини баҳолашда қуйидаги мезонларни олдик: касалликнинг асосий клиник белгиси бўлган иситма, қон зардобида прокальцитонин қийматини меъёрлашуви ҳамда ҳансираш белгисини йўқолиши. Ичак дисбактериози аниқланган 31 нафар беморларнинг 24(77,4%) антибактериал давонинг ўртача $3,65\pm0,03$ кунига келиб иситма меъёр даражасига етди ҳамда бошқа кўтарилмади, ушбу беморлар қон зардобида прокальцитониннинг ўртача қиймати даволашнинг 5-кунида $0,083\pm0,005$ нг/мл гача статистик ишонарли даражада камайди ($p=0,0076$), 7-кунида $0,049\pm0,04$ нг/мл; 10-кунида $0,019\pm0,007$ нг/мл бўлди. Ичак дисбактериози аниқланган беморларнинг 7 нафарида эса иситма этиологик давонинг $5,6\pm0,05$ кунига келиб меъёрлашди, даволашнинг 5-кунида қон зардобида прокальцитонин қиймати ўртача $1,34\pm0,05$ нг/мл ташкил қилди, аммо меъёр даражасига тушмади ҳамда қийматлар ўртасидаги фарқ статистик ишонарли даражада бўлмади ($p=0,16685$), этиотроп давонинг 7-кунида эса прокальцитонин қиймати $0,01\pm0,1$ нг/мл; 10-куни – $0,043\pm0,003$ нг/мл бўлди.

Муҳокама: Олинган маълумотларга кўра, ботулизмнинг оғирлик шаклига III ва II даражали ичак дисбактериози таъсир этиб, қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши каби диспептик белгилар, қалқиш ва ҳансираш каби ботулизмнинг оғирлик даражасини белгиловчи симптомлар ҳамда иситма белгисининг учраш даражаси ичак дисбактериози аниқланган беморларда ичак дисбактериози аниқланмаган беморларга нисбатан юқори бўлди. Шу билан бирга, ушбу

беморларда иккиламчи инфекциядан далолат берувчи прокальцитонин қиймати ичак дисбактериозининг даражасига мувофиқ равишда кўтарилди, ичак дисбактериозининг III даражасида соғлом кишилар қийматига нисбатан 37 баробарга, II даражасида 27 баробарга, I даражасида эса 16 баробарга кўтарилди. Ушбу ҳолат В.М. Бондаренко фикрича, барьер вазифаси бузилган ичакларда аутофлора бактериялари ва уларнинг токсинларини транслокацияси билан боғлиқ. Ичаклар барьер вазифаси бузилган беморларда иккиламчи инфекциянинг кўшилиши ботулизм оғирлик даражасини кучайишига олиб келади. Прокальцитонин қиймати иккиламчи инфекция кўшилиш белгилари бўлмаган ҳолатларда ҳам меъёрдан юқори бўлди. Прокальцитонин қиймати этиотроп даволаш самарадорлигини белгилувчи клиник белгиларни динамикада йўқолиши билан боғлиқ равишда пасайиши ҳамда меъёр даражасига етиши кузатилди. Шунга кўра, ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилашда, клиник белгилардан қатъий назар антибактериал давони тайинлаш ва тўхтатишга кўрсатма бўла олади.

Хулоса

1. Ботулизмни оғир шаклда кечишига II ва III даражали ичак дисбактериози таъсир этиб, қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши каби диспептик белгилар, қалқиш ва ҳансираш каби ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилувчи симптомлар ҳамда иситма белгисининг учраш даражаси ичак дисбактериози аниқланган беморларда ичак дисбактериози аниқланмаган беморларга нисбатан юқори бўлди.

2. Иккиламчи инфекциядан далолат берувчи прокальцитонин қиймати ичак дисбактериозининг даражасига мувофиқ равишда, ичак дисбактериозининг III даражасида соғлом кишилар қийматига нисбатан 37 баробарга, II даражасида 27 баробарга, I даражасида эса 16 баробарга кўтарилади.

3. Прокальцитонин қиймати иккиламчи инфекция кўшилиш клиник белгилари бўлмаган ҳолатларда ҳам меъёрдан юқори бўлади. Ушбу кўрсаткичдан ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилашда, клиник белгилардан қатъий назар антибактериал давони тайинлаш ва тўхтатишга кўрсатма бўла олади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. В.М. Бондаренко Механизмы транслокации бактериальной аутофлоры в развитии эндогенной инфекции // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН (электронный журнал), 2013;3:1-21.
2. Бондаренко В.М., Рябиченко Е.В. Роль транслокации кишечной бактериальной аутофлоры и ее токсических биомолекул в патологии человека. // Эксперим. клин. гастроэнтерол. 2007;5:86-93.
3. Лебедев К.А., Понякина И.Д. Иммунофизиология эндогенных инфекций (определяющая роль образспознающих рецепторов). // Аллергол. иммунол. 2006;2:207-213.
4. Schuetz P., Balk R., Briel M. et al. Economic evaluation of procalcitonin-guided antibiotic therapy in acute respiratory infections: a US health system perspective. // Clin Chem Lab Med 2015;53:583-592.
5. Stojanovic I, Schneider JE, Wei L, et al. Economic evaluation of procalcitonin-guided antibiotic therapy in acute respiratory infections: a Chinese hospital system perspective. // Clin Chem Lab Med 2017;55:561-570. doi: 10.1515/cclm-2016-0349
6. Stolz D. C Stojanovic I, Schneider JE, Wei L, et al. Economic evaluation of procalcitonin-guided antibiotic therapy in acute respiratory infections: a Chinese hospital system perspective. // Clin Chem Lab Med 2017;55:561-570. doi: 10.1515/cclm-2016-0349].
7. Багирова Н.С., Петухова И.Н., Григорьевская З.В., Терещенко И.В., Преимущества и недостатки использования Прокальцитонина в клинике злокачественные опухоли Российское общество клинической онкологии том/vol. 2019;9(3s1):31-36.
8. Пятницкий И.А. и др. Интерпретация значений концентрации прокальцитонина при инфекционных воспалительных процессах / И. А. Пятницкий [и др.] // Терапевт. арх. 2012;12:120-124.

Қабул қилинган сана 20.08.2023

