



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. 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
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)

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

Received: 20.08.2023, Accepted: 05.09.2023, Published: 15.09.2023.

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 Гульнара 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 ўрганиши бўлди.

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

Хуолоса. Прокальцитонин қиймати иккиласми инфекция қўшилиши клиник белгилари бўлмаган ҳолатларда ҳам меъёрдан юқори бўлади. Ушбу кўрсаткичдан ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилашида, клиник белгилардан қатъий назар антибактериал давони тайинлаши 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 Гульнара 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.

Долзарбилиги

отулизм — инсониятга қадимдан маълум бўлган, бактериал токсин томонидан чакириладиган оғир юқумли касалликдир.

Касаллик патогенези асосини ҳар хил юқумли касалликлар сабабли ичакни баръер вазифасини бузилиши ҳисобланади. Бактерияларнинг ва уларнинг токсинини конга, лимфага ва умумий қон тизимиға ўтиши ичакнинг эпителииаль қаватига боғлиқ бўлади. Баъзи бир микрофлоралар тўқималараро бўшлиққа ҳам ўтиши мумкин [1]. Агар ичакни эптелииаль қавати ялигланган ёки яра бўлса микроорганизм ва унинг ҳаёт фаолияти давомида ишлаб чиқарилган маҳсулотлар тўғридан тўғри баръер орқали лимфоцитларни пластинка қисмиға ва пэйр пилакчаларига боради [2]. Жараённи кечиши кейинчалик организмни иммун ҳолатига боғлиқ. Соғлом организимда эса тезкор ҳолатда тушган патоген маҳсулотларни тезроқ чиқариб юбориш натижасида яллигланишни ўткир босқичи ривожланиб, унга қарши танаачалар вужудга келади. Лекин ҳар хил юқумли касалликларда иммун тизими паст бўлганда иккиласмчи инфекция юзага келиши мумкин [3].

Прокальцитонин (ПКТ) кальцитониннинг прогормони бўлиб, асосан қалқонсимон безнинг С-хужайраларида ва ўпканинг нейроэндокрин хужайраларида 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, қуёш уриши), ёмон сифатли ўсмаларга боғлиқ ҳолатлар (қалқонсимон безнинг медулляр раки, ўпканинг майдага хужайрали раки, карциноидли ўсма, ошқозон ости безнинг оролча хужайралари 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. C (2017) ва бошқаларнинг тадқикот натижаларига кўра, сурункали обструктив ўпка касаллиги билан оғриган беморларда ПКТ даражасини аниқлашга асосланган ҳолда давога ёндашув микробга қарши даводан фойдаланиш даражасини 72% дан 40% гача камайтиришга имкон берди ($p<0,0001$). Рандомизирланган тадқикот 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 юкори) ҳамда ўтказилган микробга қарши даво фонида 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 иккиласмчи бактериал инфекцияни кўшилишини 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 усуllibар

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

Ичак дисбактериозини аниқлаш мақсадида тадқиқот гурух bemорларининг нажаси касалхонага келган кунининг эртасига олинди ҳамда РИЭМЮПКИАТМнинг микробиология лабораториясида (лаборатория мудири) бактериологик текширувдан ўтказилди. Ботулизмда иккиласми бактериал инфекцияни қўшилганлигини олдиндан башоратлаш, антибактериал давони тайинлашга кўрсатма сифатида ҳамда ўтказилган антибактериал даво самарадорлигини баҳолашда прокальцитонин кўрсаткичини аҳамиятини ўрганиш мақсадида bemорларни касалхонага келган кунида, тайинланган антибактериал давонинг 7-кунида кон зардобида 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 (M), ўртача квадратик оғиши, ўртачанинг стандарт хатолиги (m), нисбий катталиклар (даражা, %) хисоблаб топилди, тадқиқот гурухларида миқдорий ўртача катталикларни қиёслашда олинган силжишларнинг статистик аҳамияти Стьюент мезонида (t) хатолик эҳтимолини (P) хисоблаш орқали аниқланди. Ишонарлилик даражаси ($p<0,05$) бўлган миқдорий ўзгаришлар статистик аҳамиятли хисобланди.

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

Сифат белгиларининг гурухлар 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.

Натижга таҳлиллар

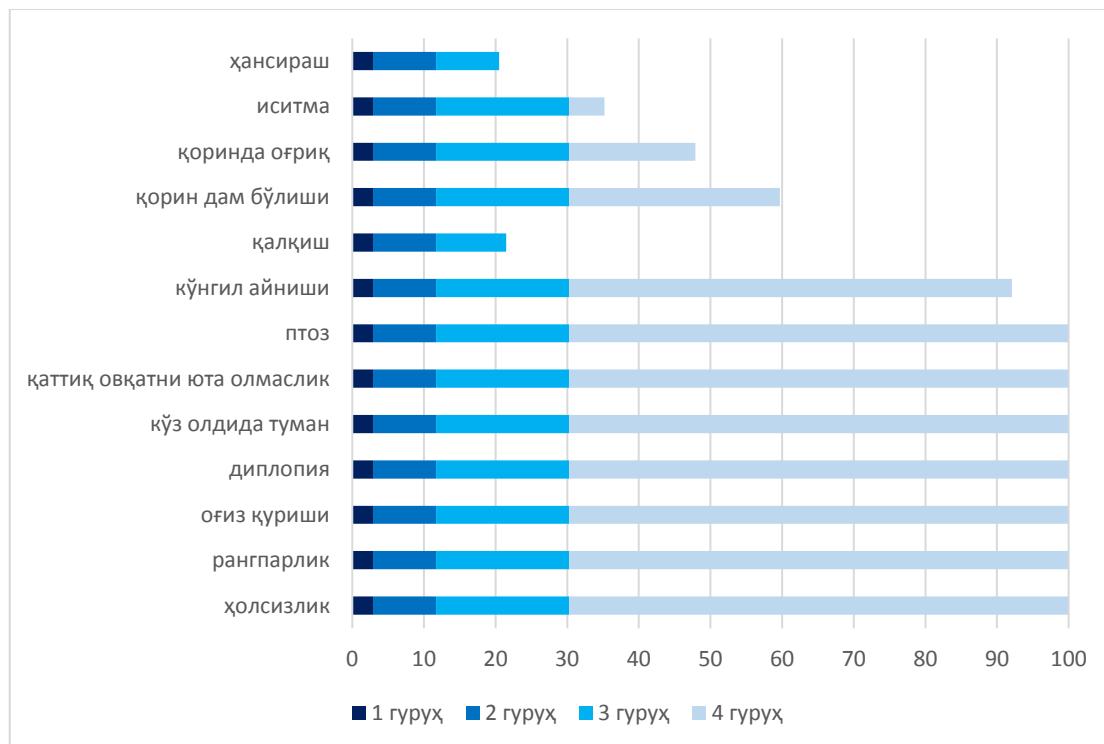
Кузатувдаги 102 нафар bemорларнинг 64,7% (n=66) эркаклар ҳамда 35,3% (n=36) аёллар ташкил қилди, яъни bemорлар ўртасида ишонарли гендер фарқ кузатилмади ($P>0,05$). Bemорларнинг ўртача ёши $45,9\pm0,06$ бўлди. Bemорларнинг катта қисмида ботулизмнинг ўртача оғир шакли ташхисланди (71,6%), енгил шакли – 7 (6,9%) нафарида, 21,6% - оғир шакли.

Bemорлarda ўтказилган нажаснинг бактериологик текшируви натижаларига кўра, ичак дисбактериози 31(30,4%) нафар bemорлarda аниқланди, уларнинг 19(61,3%) – дисбактериознинг I даражаси; 29,0% - II даражада ҳамда 9,7% да III даражада бўлди. Аниқланган ичак дисбактериози касалликнинг оғирлик даражасига мувофиқ равишда ўрганилганида, касалликнинг оғирлик шакли ташхисланган bemорларнинг 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 даражада ҳамда 12 (92,3%) – ичак дисбактериозининг I даражаси бўлди. Касалликнинг енгил 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 асосланаб, беморлар гурухларга ажратилди. Биринчи гурухни ичак дисбактериозининг III даражаси аниқланган 3 нафар беморлар, иккинчи гурухни ичак дисбактериозининг II даражаси аниқланган 9 нафар, учинчи гурухни ичак дисбактериозининг I даражаси бўлган 19 нафар беморлар ҳамда тўртинчи гурухни ичак дисбактериози аниқланмаган 71 нафар беморлар ташкил қилди.

Кузатувдаги беморларда касалликнинг асосий клиник белгилари гурухларда қиёсий равишида 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 айниши, 21,6% суюқликни юта олмасдан, қалқиши, 59,8% қорин дам бўлиши, 48,0% - қоринда оғриқ, 35,4% иситма, 20,6% - ҳансираш белгилари ҳам бўлди [расм 1].



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

Коринда оғриқ, корин дам бўлиши каби диспептик белгилар ичак дисбактериози аниқланган беморларнинг барчасига ҳамда ичак дисбактериози аниқланмаган 4-гурухнинг мувофиқ равишида 17,6% ва 29,4% беморларида кузатилди. Ичак дисбактериози бўлган ботулизм билан касалланган беморларда коринда оғриқ, корин 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 белгиловчи қалқиши ёки суюқликни 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 равишида 8,8% ва 9,8% аниқланди. Ичак



дисбактериозининг III ва II даражаси аниқланган ботулизм билан касалланган беморларда қалқиши 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 иккиласми 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) ($\chi^2=77,085$).

Тадқикот гурух беморлари қон зардобида прокальцитонин қиймати қиёсий равища ўрганилди. Беморлар қиймати 10 нафар амалий соғлом кўнгиллилар қиймати билан қиёсланди, ушбу гурух кишиларида кўрсаткичининг 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 кўтарилиди, ўртача $1,23\pm0,92$ нг/мл ташкил килди.

Прокальцитонин қиймати нажаснинг бактериологик текширув натижасига мувофиқ ажратилган гурухларда 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 гурухида $1,54\pm0,48$ 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 кўтарилиди. 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 равища юқори қийматларга кўтарилиган. 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 кўтарилиган 18 нафар беморларда иситма ёки ҳансираш каби шикоятлар кузатилмади. Шунга қарамасдан қон зардобида прокальцитонин қиймати меъёрдан юқори бўлган барча 54 нафар беморларга даволаш максадида 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 кўтарилимади, 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 килди, 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.

Мухокама: Олинган маълумотларга кўра, ботулизмнинг оғирлик шаклига III ва II даражали ичак дисбактериози таъсир этиб, қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши каби диспептик белгилар, қалқиши 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 равища кўтарилиди, ичак дисбактериозининг III даражасида соғлом кишилар қийматига нисбатан 37 баробарга, II даражасида 27 баробарга, I даражасида эса 16 баробарга кўтарилиди. Ушбу ҳолат В.М. Бондаренко фикрича, барьер вазифаси бузилган ичакларда аутофлора бактериялари ва уларнинг токсингарини транслокацияси билан боғлиқ. Ичаклар барьер вазифаси бузилган bemorlarда иккиламчи инфекциянинг қўшилиши ботулизм оғирлик даражасини кучайишига олиб келади. Прокальцитонин қиймати иккиламчи инфекция қўшилиш белгилари бўлмаган ҳолатларда ҳам меъёрдан юкори бўлди. Прокальцитонин қиймати этиотроп даволаш самарадорлигини белгиловчи клиник белгиларни динамикада йўқолиши билан боғлиқ равища пасайиши ҳамда меъёр даражасига етиши кузатилди. Шунга кўра, ботулизмнинг оғирлик даражасини белгилашда, клиник белгилардан қатъий назар антибактериал давони тайинлаш ва тўхтатишга кўрсатма бўла олади.

Хуроса

1. Ботулизмни оғир шаклда кечишига II ва III даражали ичак дисбактериози таъсир этиб, қоринда оғриқ, қорин дам бўлиши каби диспептик белгилар, қалқиши ва ҳансираш каби ботулизмнинг оғирлик даражасини белгиловчи симптомлар ҳамда иситма белгисининг учраш даражаси ичак дисбактериози аниқланган bemorlarда ичак дисбактериози аниқланмаган bemorlarга нисбатан юкори бўлди.
2. Иккиламчи инфекциядан далолат берувчи прокальцитонин қиймати ичак дисбактериозининг даражасига мувофиқ равища, 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 қўшилиш клиник белгилари бўлмаган ҳолатларда ҳам меъёрдан юкори 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 образраспознающих рецепторов). // Аллергол. иммунол. 2006;2:207-213.
4. Schuetz P., Balk 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

