



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

8 (94) 2026

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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
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. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
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
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.993.162 – 08

БУХОРО ВИЛОЯТИДА ЗООНОЗ ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИНИНГ КАСАЛЛАНИШ ТАҲЛИЛИ ВА КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Вахобов Азиз Амиркулович <https://orcid.org/0009-0006-2311-4651>

E-mail: aziz_vahobov1986@mail.ru

Бухоро вилоят юқумли касалликлар шифохонаси, Бухоро ш., Ўзбекистон Республикаси

✓ Резюме

Бухоро вилоятида эпидемиологик юклама асосан Жондор, Ромитан, Қорақўл, Шофиркон, Пеиқу ва Олот туманларида аниқланди. Касалликнинг асосий клиник шакли ярали бўлиб, 89 (74,2%) ҳолатда асоратсиз, 31 (25,8%) ҳолатда лимфангоит ва лимфаденит билан асоратланган кечии кузатилди. Асосий симптомлар: яра соҳасида озрик (40,0%), тўқима шиши ва умумий ҳолсизлик (35,7%дан), гиперэстезия (24,2%) ҳамда қўшимча тугунчалар (20,0%). Бир беморга ўртача $3,7 \pm 0,3$ та ярали ўчоқ тўғри келган. Асоратли ҳолатларда яралар асосан билакнинг ички соҳаси (38,7%) ва болдирда (29,0%) жойлашиб, ушбу локализациялар лимфангоит ва лимфаденит ривожланиши учун хавфли эканлиги аниқланди.

Калит сўзлар: лейшманиоз, зооноз тери лейшманиози, касалланиш кўрсаткичи, яра, клиника.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗООНОЗНЫМ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ И ЕГО КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Вахобов Азиз Амиркулович <https://orcid.org/0009-0006-2311-4651>

E-mail: aziz_vahobov1986@mail.ru

Бухарская областная инфекционная больница, г. Бухара, Республика Узбекистан

✓ Резюме

В Бухарской области эпидемиологическая нагрузка была выявлена в основном в Жондорском, Ромитанском, Каракульском, Шафирканском, Пеикуновском и Алатском районах. Основной клинической формой заболевания являлась язвенная, которая в 89 (74,2%) случаях протекала без осложнений, а в 31 (25,8%) случае — с осложнениями в виде лимфангоита и лимфаденита. Основные симптомы: боль в области язвы (40,0%), отёк тканей и общая слабость (по 35,7%), гиперестезия (24,2%) и дополнительные узелки (20,0%). На одного пациента в среднем приходилось $3,7 \pm 0,3$ язвенных очага. В осложнённых случаях язвы локализовались преимущественно на внутренней поверхности предплечья (38,7%) и на голени (29,0%), и было установлено, что данные локализации являются факторами риска для развития лимфангоита и лимфаденита.

Ключевые слова: лейшманиоз, зоонозный кожный лейшманиоз, показатель заболеваемости, язва, клиника.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE AND CLINICAL FEATURES OF ZOONOTIC CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN THE BUKHARA REGION

Vakhobov Aziz Amirkulovich <https://orcid.org/0009-0006-2311-4651>

E-mail: aziz_vahobov1986@mail.ru

Bukhara Regional Infectious Diseases Hospital, Bukhara, Republic of Uzbekistan

✓ Resume

In the Bukhara region, the epidemiological burden was primarily identified in the Jondor, Romitan, Karakul, Shafirkan, Peshku, and Olot districts. The main clinical form of the disease was ulcerative; in 89 (74.2%) cases, the course was uncomplicated, while in 31 (25.8%) cases, it was complicated by lymphangitis and lymphadenitis. The main symptoms were: pain in the ulcer area (40.0%), tissue edema and general weakness (35.7% each), hyperesthesia (24.2%), and additional nodules (20.0%). There was an average of 3.7 ± 0.3 ulcerative foci per patient. In complicated cases, the ulcers were mainly located on the inner forearm (38.7%) and lower leg (29.0%), and these localizations were determined to be risk factors for the development of lymphangitis and lymphadenitis.

Keywords: leishmaniasis, zoonotic cutaneous leishmaniasis, incidence rate, ulcer, clinical features.

Долзарблиги

Зооноз тери лейшманиози (ЗТЛ) — *Leishmania* туркумига мансуб протозойлар томонидан чақириладиган, инфекцияланган ургочи флeботомус кум пашшалари чақиши орқали юкадиган, табиий ўчоқли трансмиссив паразитар касаллик бўлиб, тропик, субтропик ва Ўрта ер денгизи минтақаларида муҳим тиббий-ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда [6,9]. Ҳозирги кунда дунё бўйича 1 миллиарддан ортиқ аҳоли лейшманиоз эндемик ҳудудларида яшайди ва инфекция юқиши хавфи эҳтимолида ҳисобланади. ЖССТ умумий эпидемиологик баҳосига кўра, ҳар йили 1 миллиондан ортиқ янги тери лейшманиози ҳолати юзага келиши мумкин [10].

Ўзбекистон ҳам тери лейшманиози бўйича эндемик мамлакатлар қаторига киради/мамлакатнинг айрим ҳудудларида зооноз тери лейшманиозининг табиий ўчоқлари сақланиб қолган бўлиб, асосий резервуарлар ва векторлар иштирокидаги табиий ўчоқ жараёни касалликнинг эпидемиологик аҳамиятини белгилаб беради [5, 3, 4].

ЗТЛнинг клиник аҳамияти юқори бўлиб, касалликнинг асосий клиник кўриниши очик тери соҳаларида папула, тугунча ва кейинчалик ярали дефект ҳосил бўлиши билан намоён бўлади. Қатор олимларнинг маълумотларига кўра, *L. major* чақирган тери зарарланишлари кўпинча 2–8 ой давомида ўз-ўзидан битиши, аммо битишдан кейин одатда чандиқ қолиши мумкин [8, 1, 2]. Шу сабабли касаллик нафақат инфекцион жараён сифатида, балки терида узоқ давом этувчи яллиғланиш, репарация ва чандиқланиш жараёнларини шакллантирувчи патология сифатида ҳам муҳимдир [7]. Шу нуктаи назардан, замонавий босқичда ЗТЛни ўрганиш фақат касаллик ҳолатларини қайд этиш билан чекланмаслиги, клиник шакллар, лаборатория диагностикаси, иммунопатогенез, яраининг битиш хусусиятлари ва чандиқланиш жараёнини комплекс баҳолашни талаб этади.

Илмий ишнинг мақсади: вилоят миқёсида зооноз тери лейшманиози тарқалишининг эпидемиологик хусусиятлари ва ўзига хос клиник кечиш хусусиятларини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар

Клиник тадқиқот 2024 йилнинг сентябридан 2026 йилгача бўлган даврда Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт марказининг Бухоро вилоят ҳудудий филиалида тери лейшманиозини даволаш натижаларини баҳолаш мақсадида ўтказилди. Тадқиқот популяцияси паразитологик тасдиқланган бирламчи тери лейшманиози билан оғриган 120 нафар бемор ва 30 нафар уларга мос келувчи соғлом назорат гуруҳидан иборат бўлди. Диагностик тасдиқлаш учун касаллик тарихи, эпидемиологик анамнез, Гемза бўёғи билан бўялган дермал қириндиларда *Leishmania* амастиготаларини тўғридан-тўғри микроскопик визуаллаш ҳамда клиник кўрсатмалар бўйича тур учун махсус полимераза занжирли реакцияси (ПЗР) таҳлилларига асосланди. Тадқиқотга 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган ва давомийлиги уч ойдан кам бўлган фаол, тузалмайдиган тери жароҳатлари (яралари) мавжуд беморлардан иборат эди. Шиллиқ қават ёки виссерал шикастланишлари, оғир тизимли буйрак, жигар ёки юрак-қон томир ҳамроҳ касалликлари, фаол ҳомиладорлик ёки лактация даври, охириги олти ой ичида сурма (антимониал) терапияси олинганлиги ёки маълум бўлган дори воситаларига юқори сезувчанлик каби ҳолатлари мавжуд шахслар тадқиқотда иштирок этишдан чиқарилди.

Натижа ва таҳлиллар

2016–2025 йилларда Бухоро вилоятида жами 1795 та ЗТЛ ҳолати қайд этилган бўлиб, касалланиш динамикаси нотекис кечган. 2016 йилда 105 та ҳолатдан бошланган касалланиш 2021 йилда 327 тага етиб, энг юқори кўрсаткични ташкил этган. 2022–2023 йилларда пасайиш кузатилиб, 2023 йилда 145 та ҳолат қайд этилган бўлса, 2024–2025 йилларда яна ўсиш кузатилиб, мос равишда 198 ва 225 та ҳолатни ташкил этган.

Худудлар кесимида касалланишнинг энг юқори умумий кўрсаткичлари Жондор (594 та), Ромитан (464 та), Қоракўл (430 та), Шофиркон (396 та), Пешку (366 та) ва Олот (354 та) туманларида қайд этилган. Энг кам ҳолатлар Когон шаҳри (44 та), Когон тумани (102 та) ва Бухоро туманида (118 та) кузатилган.

Шундай қилиб, ЗТЛнинг Бухоро вилоятида нотекис ҳудудий тарқалиши ва 2020 йилдан кейин касалланишнинг ошиши аниқланди. Эпидемиологик юклама юқори бўлган туманларда профилактик тадбирларни кучайтириш мақсадга мувофиқ.



1-расм. Бухоро вилоятида ЗТЛ билан касалланишнинг 2016–2025 йиллардаги динамикаси.

1-расмда Бухоро вилоятида ЗТЛ билан касалланишнинг 2016–2025 йиллардаги динамикаси келтирилган. Маълумотларга кўра, 2016–2025 йилларда Бухоро вилоятида ЗТЛ билан касалланиш динамикаси ўзгарувчан бўлиб, энг юқори кўрсаткич 2021 йилда (327 та), энг паст кўрсаткич 2016 йилда (105 та) қайд этилган. Ҳудудий таҳлилда энг катта касалланиш юкламаси Жондор, Ромитан, Қоракўл, Шофиркон, Пешку ва Олот туманларида кузатилган. 2024–2025 йилларда касалланишнинг қайта ўсиши ЗТЛ бўйича профилактик ва эпидемиологик назорат тадбирларини, айниқса касалланиш юқори бўлган ҳудудларда, мунтазам равишда олиб бориш зарурлигини кўрсатади.

Тадқиқотнинг кейинги босқичида беморларда касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари, клиник шакллари ва уларнинг касаллик турига боғлиқ жиҳатлари ўрганилди. Тадқиқот гуруҳидаги беморларда касалликнинг клиник шакллари 1-жадвалда келтирилган.

1-жадвал

ТЛ беморларда касаллик клиник шакллари ва тақсимланиши

Тери лейшманиозининг клиник шакллари	Асосий гуруҳ, n=60	Қиёсий гуруҳ, n=60
ТЛ ярали шакли (асоратсиз)	49	40
ТЛ ярали шакли (асоратлар билан)	18	13

Зооноз тери лейшманиози (ТЛ) тасдиқланган 120 нафар бемор иштирокида ўтказилган тадқиқотда касалликнинг ярали шакли 89 та ҳолатда (74,2%) ҳеч қандай асоратларсиз

кечганлиги, 31 та ҳолатда эса (25,8%) лимфангоит ва лимфаденит каби асоратлар билан кузатилганлиги қайд этилди.

Клиник манзара таҳлили шуни кўрсатдики, ТЛ билан оғриган беморларда энг кўп учраган патологик белгилар яра соҳасидаги оғриқ ҳисси (40,0%), тўқималар шиши (35,7%) ҳамда умумий ҳолсизлик (35,7%) бўлди. Бундан ташқари, беморларнинг 24,2 фоизда яра атрофида гиперэстезия, 20,0 фоизда асосий ўчоқ атрофида қўшимча тугунчалар пайдо бўлиши ва 7,1 фоизда тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилди.

Беморларнинг 15,7 фоизда регионар лимфаденит асорати аниқланиб, уларда ярага туташ соҳалардаги (таким ости, тирсак, чов ва бўйин) лимфа тугунларининг катталашиши аниқланди. Пальпация қилинганда мазкур лимфа тугунлари мошдан ловия катталигигача ўсгани, уларнинг атрофида бироз шиш ва оғриқ мавжудлиги, бироқ лимфа тугуни устидаги тери қопламаси ранги ўзгармаганлиги қайд этилди.

Лимфангоит асорати ривожланган 21,4 фоиз беморларда эса яра атрофидаги лимфа томири бўйлаб гиперемия ва оғриқли инфильтрация кузатилиб, ушбу томир йўналишида 5 тадан 7 тагача инфильтрацияланган лимфа тугунлари пайдо бўлганлиги аниқланди (2-расм).



2-расм. Текширилган беморларда касалликнинг асосий клиник белгиларининг кечиш даражаси, %

Хусусан, беморларнинг учдан бир қисмидан кўпроғида, яъни 27 нафарида (30,3%) ярали дефектлар билан соҳасида қайд этилди. Ушбу кўрсаткичдан сўнгги ўринни қўл қафт усти соҳасидаги зарарланишлар эгаллади бу ҳолат 21 нафар беморда (23,6%) кузатилди. Оёқ-қўлларнинг бошқа соҳалари бўйича таҳлил қилинганда, 16 нафар беморда (18,0%) яралар болдир соҳасида локализациялашгани аниқланган бўлса, 9 нафар беморда (10,1%) патологик ўчоқлар оёқ қафт усти соҳасида жойлашганлиги аниқланди. Очик ва тананинг бошқа соҳаларидаги яралар локализациясига тўхталадиган бўлсак, 11 нафар беморда (12,4%) яралар нуқсонлар юз соҳасида, энг кам фоизлик кўрсаткич эса қорин олд девори соҳасида қайд этилиб, ушбу патология 5 нафар беморни (5,6%) ташкил этди. Шундай қилиб, асоратсиз кечувчи тери лейшманиозиди яраларнинг асосий қисми тананинг очик ва ташқи муҳит (чивин чақиши) билан бевосита мулоқотда бўлувчи соҳаларида (билак, қафт ва болдир) тўпланганлиги кузатилди.

Касалликнинг жуда жадал ривожланиши оқибатида, жараённинг 3-кунига келиб тугунчаларнинг ўлчами ўртача $11,0 \pm 0,28$ мм гача катталашган ва бир вақтнинг ўзиде яра атрофидаги тўқималарда реактив шиш ривожланган. Касалликнинг ўртача 10-кунига келиб эса яллиғланган тугунда марказий некрозланиш жараёни бошланган бўлиб, пайдо бўлган яраларнинг ўлчами ўртача $3,2 \pm 0,2$ мм ни ташкил этган ва улар нотекис чегараларга ҳамда атрофида

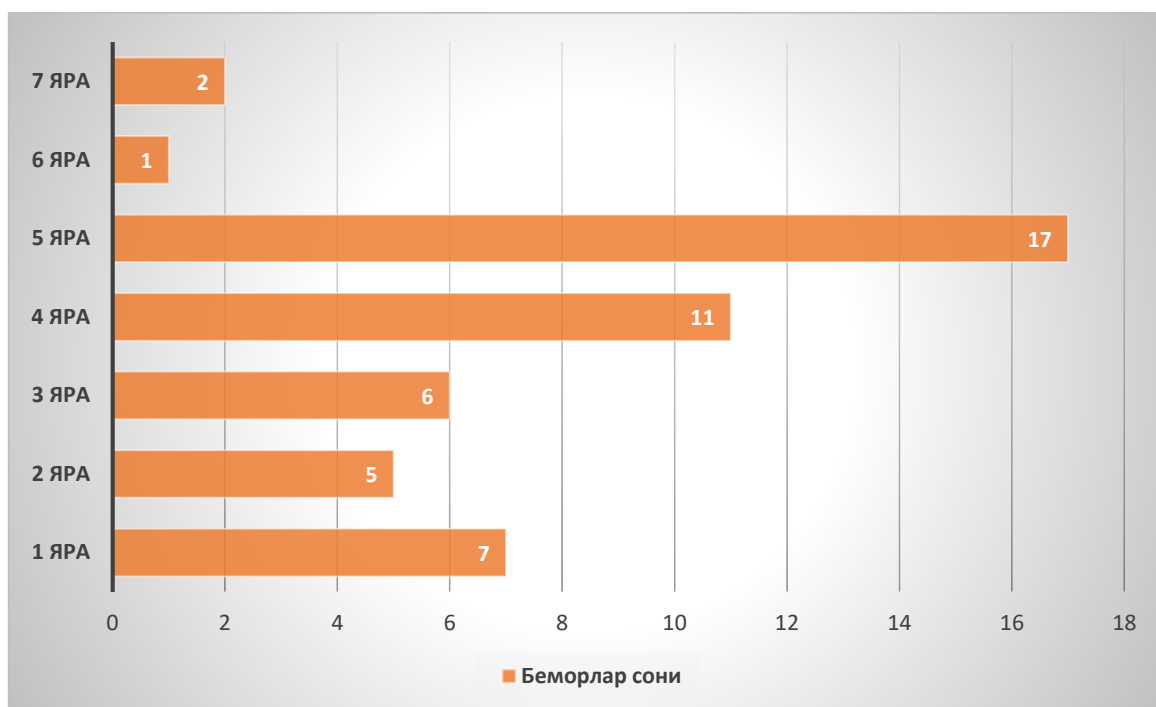
хамирсимон консистенцияли яллиғланиш ўчоғига эга эканлиги қайд этилган.

ТЛ ярали шакли асоратсиз кечаётган беморларда патологик ўчоқларнинг миқдорий тақсимои таҳлил қилинганда, 7 нафар беморда 1 тадан, 5 нафар беморда 2 тадан, 6 нафар беморда 3 тадан, 11 нафар беморда 4 тадан, 17 нафар беморда 5 тадан, 1 нафар беморда 6 тадан ва 2 нафар беморда 7 тадан ярали нуқсонлар аниқланди.

Ушбу яралар пайпасланганда одатда оғриқсиз кечиб, иккиламчи бактериал инфекция ёки бошқа асоратлар қўшилмаган беморларда улардан ҳеч қандай патологик ажралмалар ажралмаганлиги кузатилди (2-расм).

Яралар жойлашуви ўрганилганда, асоратли кечувчи ТЛ да ярали нуқсонлар энг кўп фоизлик кўрсаткич билан билакнинг ички соҳасида қайд этилиб, ушбу патология 12 нафар беморни (38,7%) ташкил этди. Шунга ўхшаш юқори частотали кўрсаткич оёқ-қўлларнинг дистал қисмларида ҳам кузатилди, хусусан, 9 нафар беморда (29,0%) яралар болдир соҳасида локализациялаш-ганлиги қайд этилди.

Патологик жараённинг қўл ва оёқ кафт усти соҳаларидаги жойлашуви бўйича таҳлил шуни кўрсатдики, 5 нафар беморда (16,1%) яралар қўл кафт устида аниқланган бўлса, 3 нафар беморда (9,7%) оёқ кафт усти соҳасида оғир кечувчи ярали дефектлар шаклланади.



2-расм. ТЛ беморларда яралар сони

Энг кам учраган локализация эса юз соҳасига тўғри келиб, ушбу тоифадаги асоратли кечиши 2 нафар беморда (6,5%) кузатилди ва шу тариқа, асоратли ТЛ манзарасида ярали дефектларнинг асосий қисми айнан билак ва болдир каби йирик лимфа томирлари ўтадиган аъзолар соҳасида тўпланганлиги ўрганилди.

Зооноз тери лейшманиози билан оғриган беморларда касалликнинг ярали шакли аксарият ҳолларда ҳеч қандай асоратларсиз кечади, бироқ беморларнинг муайян қисмида лимфангоит ва лимфаденит каби регионар асоратлар ривожланиши қайд этилади.

Касалликнинг умумий клиник манзарасида яра атрофида оғриқ ва тўқималар шиши, шунингдек, умумий ҳолсизлик етакчи симптомлар ҳисобланади. Лимфаденит кузатилган беморларда ярага туташ анатомик соҳалардаги лимфа тугунлари оғриқли катталашади, лимфангоитда эса лимфа томири йўналиши бўйлаб гиперемия ва оғриқли инфильтрацияланган тугунчалар шаклланади.

Асоратсиз кечувчи тери лейшманиозидида касаллик флеботомуслар чаккан жойда кичик тугунчалар пайдо бўлиши билан бошланиб, кейинчалик уларнинг тез орада катталашishi ва

марказий некрозланиши эвазига нотекис чегарали ярали дефектларга айланиши кузатилади. Бундай беморларда яралар асосан тананинг очик қисмларида, яъни билак, қўл кафт усти ва болдир соҳаларида жойлашади.

Касаллик асоратлар билан кечаётган беморларда эса ярали дефектларнинг аксарият қисми билакнинг ички соҳаси ва болдирга тўғри келади. Яраларнинг йирик лимфа томирлари ва регионар тугунлар ўтадиган ушбу анатомик соҳаларда жойлашиши лимфангоит ва лимфаденит каби оғир иккиламчи асоратларнинг ривожланишида асосий хавф омили бўлиб хизмат қилади.

Шундай қилиб, беморларда асоратлар 30,0% кузатилди. Беморларда шикоятлар асосан маҳаллий аҳамият касб этди, яъни яра атрофида оғриқ ва гиперэстезия, шиш, қўшимча тугунларни бўлиши кабилар. Яраларнинг сони бўйича 1 та беморга ўртача $3,7 \pm 0,3$ та яра тўғри келди. Асоратлар асосан лимфангоит, лимфаденит кўринишида намоён бўлди. Тери лейшманиози касаллик турига боғлиқ бўлмаган ҳолда умумий қон таҳлилида эозинофиллар миқдори меъёрдан ошиши билан кечди.

Хулоса

1. Бухоро вилоятида эпидемиологик юклама асосан Жондор, Ромитан, Қорақўл, Шофиркон, Пешку ва Олот туманларида тўпланган бўлиб, бу ҳудудларда профилактик ва эпидемиологик назорат тадбирларини устувор тарзда кучайтириш зарурлигини кўрсатади.

2. Касаллиқнинг асосий клиник шакли ярали бўлиб, 89 (74,2%) ҳолатда асоратсиз, 31 (25,8%) ҳолатда лимфангоит ва лимфаденит билан асоратланган кечиш кузатилди. Асосий симптомлар: яра соҳасида оғриқ (40,0%), тўқима шиши ва умумий ҳолсизлик (35,7%дан), гиперэстезия (24,2%) ҳамда қўшимча тугунчалар (20,0%). Бир беморга ўртача $3,7 \pm 0,3$ та ярали ўчоқ тўғри келган. Асоратли ҳолатларда яралар асосан билакнинг ички соҳаси (38,7%) ва болдирда (29,0%) жойлашиб, ушбу локализациялар лимфангоит ва лимфаденит ривожланиши учун хавфли эканлиги аниқланди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Джуманиязов Д.Х., Махмудова Л.Б., Зайниев С.С./Ситуация по паразитарным заболеваниям в Узбекистане // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарқанд 2023;3.1(145):95-100.
2. Жаҳонгиров Ш.М., Коваленко Д.А., Абдиев Ф.Т., Хамзаев Р.А., Саттарова Х.Г. Анализ изменений эпидемиологической ситуации в по кожному лейшманиозу в регионах Узбекистана // Проблемы биологии и медицины, 2017;3:454.
3. Мустанов Ж.А., Миртазаев О.М., Матназарова Г.С., Расулов Ш.М. Ўзбекистонда Лейшманиоз касаллигининг эпидемиологик таҳлили. // Вестник. 2018;4:109-112.
4. Сувокулов У.Т., Муратов Т.И., Баратова М.Р., и др. Распространенность кожных лейшманиозов среди населения в эндемичных районах Узбекистана. // Общество и инновации, 2020;1(1/s):592-597,
5. Сувокулов У.Т., Современная характеристика природного очага зоонозного кожного лейшманиоза в Мубарекском раоне Кашкадаринской области Узбекистана. Абдиев Т.А., Усаров Г.Х., // Инфекция, иммунитет и фармакология". Ташкент 2019;45.
6. Толоконская Н.П., Чабанов Д.А., Лапицкая Н.П., Литвинова М.А. Применение гомеопатических средств для лечения кожного лейшманиоза// Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2005. – №2. – С. 42-44.;
7. Туйчиев Л.Н., Анваров Ж.А., Ахмедова М.Д., и др. Использование препарата экдистен в комплексном лечении кожного лейшманиоза Методические рекомендации. Типография ТМА. – Ташкент 2019;11.
8. Утепбергенова Г.А., Медетов Ж.Б., Мамыкова Х.У., and Аяпбергенова Г.С. "Распространенность зоонозного кожного лейшманиоза в Южном Казахстане" Байкальский медицинский журнал, 2008;82(7):112-113.
9. Arce, A.; Estirado, A.; Ordobas, M.; et al. Re-emergence of leishmaniasis in Spain: Community outbreak in Madrid, Spain, 2009 to 2012. // Euro Surveill. 2013;18:20-46.
10. Leishmaniasis surveillance update 2024 - consolidating gains and new initiatives- WER10045-535-552.

Қабул қилинган сана 20.07.2026