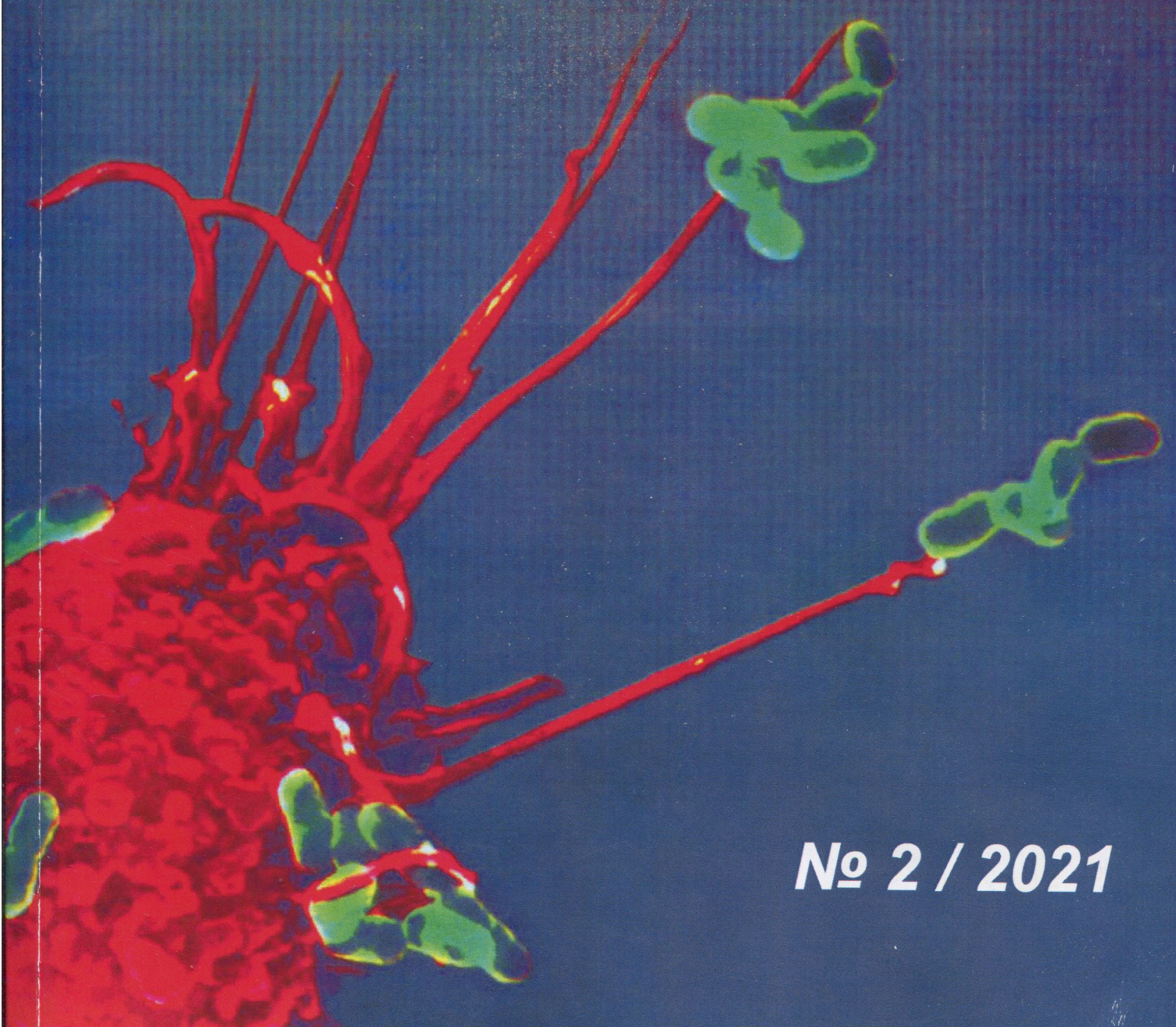


ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ



№ 2 / 2021

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ и ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно - практический журнал
2 / 2021

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулаганов А. А.

акад. Арипова Т.У., д.м.н. Абдухакимов А.Н., проф. Арипов А.Н., д.б.н. Аллаева М.Ж., д.м.н. Ашурова Д.Т., проф. Аминов С.Д. (ответственный секретарь), проф. Гулямов Н. Г., проф. Исмаилов С.И., проф. Ибадова Г.А., проф. Исхандарова Ш.Ф., проф. Каримов М.М., проф. Каримов М.Ш., проф. Комилов Х.М. проф. Косимов И.А. (зам. глав. редактора), проф. Отабеков Н.С., проф. Туляганов Р.Т. проф. Мавлянов И.Р., проф. Маматкулов И.Х. (зам. глав. редактора), проф. Мусабаев Э.И., проф. Мухамедов И.М., проф. Таджиев Б.М., проф. Туйчиев Л.Н., д.м.н. Саидов С.А., проф. Иноятов А.Ш., проф. Назруллаев Н.У., проф. Наврузова Н.И., д.ф.н. Камбаров Х.Ж., б.ф.н. Кахоров Б.А., ф.ф.н. Жалилов Ф.С.

Редакционный совет:

акад. РАН, Кукес В.Г. (Москва)
акад. Даминов Т.А. (Ташкент)
акад. Тулегенова А.У. (Астана)
акад. Тураев А.С. (Тошкент)
акад. Раменская Г.В. (Москва)
акад. Иноятова Ф.И. (Ташкент)
проф. Мадреимов А.М. (Нукус)
проф. Сагдуллаев Ш.Ш. (Ташкент)
д.м.н. Расулов С.К. (Самарканд)

проф. Ахмедова М.Д. (Ташкент)
проф. Аскарров Т.А. (Бухара)
проф. Облокулов А.Р. (Бухара)
проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань)
проф. Гариб Ф.Ю. (Москва)
проф. Каримов Х.Я. (Тошкент)
проф. Умарова Ш.З. (Тошкент)
проф. Нуралиев Н.А. (Бухара)

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

ASOSIY O'QUV ZALI

Ташкент-2021

UFGA BERSH
MUMKIN EMAS

СОДЕРЖАНИЕ

1. АБДУЛЛАЕВА Н.К., ХУСАИНОВА Р.А., ИМАМАЛИЕВ Б.А., ЮНУСХОЖИЕВА Н.Э., АХМАДБЕКОВ Х.М. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПРЕПАРАТА «КОБАФЕН».....7
2. АГЗАМОВА М.Н., КАРАТАЕВА Л.А., ВОХИДОВ О.Ф. ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТАМИ15
3. АЗИЗОВА Р.А., КАРАБЕКОВА Б.А., МУХИТДИНОВА М.И. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ.....21
4. АЛИМОВ С.У. ҚОН КЕТИШ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ГЕМОСТАЗ ТИЗИМИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ .. 30
5. БАХРИЕВ И.И., ОЙДИНОВ А.Э., ИСЛАМОВ Ш.Э., БЕКНАЗАРОВ Ж.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КЛАССИФИКАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ 42
6. БОЛТАЕВ К.Ж., АХМЕДОВА Н.Ш. ПОЛИДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА..... 51
7. ДАМИНОВ Т.А., ТУЙЧИЕВ Л.Н., ХУДАЙКУЛОВА Г.К., РАХМАТУЛЛАЕВА Ш.Б., МУМИНОВА М.Т., МАТКАРИМОВА Д.С., ХАЙМАТОВ А.А. ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА МИЕЛОГРАММА КЎРСАТКИЧЛАРИ 60
8. ЖУМАНИЁЗОВ Э.Х., ДОВЛАТБЕКОВ А.М., ХУСАНОВ А.Ш., АБДУЛЛАЕВ Ж., ИСМОИЛОВ О. ИНСОН СЎЛАГИ ВА СЎЛАК ДОФИДА АГГЛЮТИНИНЛАР “АЖРАТУВЧАНЛИГИ” ОРҚАЛИ ШАХСНИ ИДЕНТИФИКАЦИЯЛАШ 70
9. ЖУМАНИЯЗОВА М.Б., ДАВРАНОВ К. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ПРЕПАРАТА «БАКТЕРИОФАГ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНЫЙ ПОЛИВАЛЕНТНЫЙ» – “MediPhag” 77

10. **ЖУРАЕВА А.А., ТУЛЯГАНОВ Р.Т., АБДУЛЛАБЕКОВА В.Н.** ИЗУЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ГЕЛЯ “ПАРОДОНФИТ”..... 88
11. **ИБРАГИМОВА М.Я., МАХМУДОВА И.Н.** АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ В АПТЕКАХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН..... 96
12. **ИБРАГИМОВА Ш.А., МИРРАХИМОВА М.Х.** АТОПИК ДЕРМАТИТИНГ КОМОРБИД КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК – ИММУНОЛОГИК ЖИХАТЛАРИ..... 104
13. **ИКРАМОВ Д.А., БУЗРУКОВ Б.Т., ИКРАМОВ А.Ф.** ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ.....113
14. **ИРГАШЕВ Д.С., ГАСАНОВА Ш.С., ЮГАЙ Е.С., МУЗАФФАРОВА М.Х., БОБОЕВ К.Т.** КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ..... 119
15. **КАЙПНАЗАРОВ Т.Н., РАМАЗОНОВ Н.Ш., ЭГАМОВА Ф.Р., СЫРОВ В. Н.** ХИМИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭКСТРАКТА РАСТЕНИЯ *ASTRAGALUS FILICAULIS*..... 137
16. **КАРИМОВА М.М.** БИОКОМПЛЕКСЫ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ..... 146
17. **МАВЛЯНОВ И.Р., УСМОНАЛИЕВА Н.Ш.** ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ СПОРТСМЕНОВ ГРЕБЦОВ..... 151
18. **МАМАЖАНОВА Н.М.** УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ..... 170
19. **МАХМУДОВА Л.И., ШАДЖАНОВА Н.С.** ИЧАК ТАЪСИРЛАНИШ СИНДРОМИ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИДА КИМЁВИЙ ЭЛЕМЕНТЛАР МУВОЗАНАТИ БУЗИЛИШИНИ БАҲОЛАШ..... 175

20. **МИРЗААХМЕДОВА К.Т., ЗИЯЕВА Ш.Т.** ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТОКСИК ГЕПАТИТДА ФИТИН КОМПЛЕКС ПРЕПАРАТИНИНГ ГЕПАТОТРОП ТАЪСИРИ..... 186
21. **НАРЗУЛЛАЕВА И.** ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА АНТИКОАГУЛЯНТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 192
22. **НАУБЕЕВ Т.Х., РАМАЗОНОВ Н.Ш., САСМАКОВ С.А., АЗИМОВА Ш.С.** АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ И ПРОТИВОГРИБКОВАЯ АКТИВНОСТЬ ЦИКЛОАРТАНОВЫХ ГЛИКОЗИДОВ ИЗ РАСТЕНИЯ РОДА *ASTRAGALUS MUCIDUS*..... 197
23. **ОЛИМОВ Н.К., СИДАМЕТОВА З.Э., ХАБИБУЛЛАЕВА Ш.М., РАХИМОВА Д.О.** ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ МИНЕРАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ СЕДАТИВНОГО СИРОПА «ФЛЕГМЕН» 206
24. **ОЛИМОВ Х.Қ., УБАЙДУЛЛАЕВ Қ.А., ХОЛИҚОВА З.А., САИДВАЛИЕВ А.К.** СУД КИМЁ ТАҲЛИЛИДА АМЛОДИПИННИ ИҚ-СПЕКТРИ..... 214
25. **ОТАЖОНОВ И.О.** СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ..... 222
26. **ОЩЕПКОВА Ю.И., АМАНЛИКОВА Д.А., БАРАТОВ К.Р.** ВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА МАССУ ТЕЛА И ТЕМПЕРАТУРУ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КОЛИТАХ..... 232
27. **РАСУЛОВ Ш.М.** ЎЗБЕКИСТОН ВА ҚЎШНИ ДАВЛАТЛАРДА ЭХИНОКОККОЗНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ..... 239
28. **САТҚУЛОВА Д.И., МАХСУДОВА М.Х.** ТАЛАБАЛАРНИНГ ЖИСМОНИЙ РИВОЖЛАНИШИНИ НАФАС ТИЗИМИНИНГ АЙРИМ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ТАВСИФЛАШ..... 246
29. **САФАЕВА Ш.Т.** ПОКАЗАТЕЛИ БИЛИРУБИНОВОГО ОБМЕНА У КРЫС С ОСТРЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ ПОЛУЧАВЩИХ АСФЕРВОН В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ РЕЖИМЕ..... 253
30. **СУЛТАНОВА Э.М., ОЩЕПКОВА Ю.И., САЛИХОВ Ш.И.** ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СПОСОБА ПОЛУЧЕНИЯ НАГРУЖЕН-

НЬХ ХИТОЗАНОВЫХ МИКРОКАПСУЛ НА КИНЕТИКУ ВЫСВОБОЖДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЕЩЕСТВА	263
31. ТАШПУЛАТОВА А.Д., СУЛТАНОВА Р.Х., АЛИЕВ Х.У. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ И БЕЗВРЕДНОСТИ ПРЕПАРАТА ГЛИГИСЦИН.....	273
32. ТИЛЛАЕВА У.М., ТУЛЯГАНОВ Р.Т. ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ СУППОЗИТОРИЕВ «ФЕНСУЛКАЛ».....	279
33. ТУЙЧИЕВ Л.Н., ТУЙЧИЕВ Ж.Д., АБДУХАЛИЛОВА Г.К. COVID-19 И АНТИБИОТИКИ: ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ.....	290
34. ТУРҒУНОВА Ф.А., БЕГМАТОВА И.Б., НУРМУҲАМЕДОВА В.З., ИМАМАЛИЕВА М.А., БОБАЕВ И.Д. СОЯ ЎСИМЛИГИ ТАРКИБИДАГИ АМИНОКИСЛОТАЛАР, ЁҒ КИСЛОТАЛАР ВА УЛАРНИНГ МИКРОБЛАРГА ҚАРШИ ФАОЛЛИГИ.....	298
35. ТУРСУМЕТОВ А.А., АСКАРОВ Т.А., ЖАФАРОВ Х.М., ЗУПАРОВ К.Ф. АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА МИКРОФЛОРУ, СЕНСИБИЛИЗИРОВАННУЮ МЕТИЛЕНОВОЙ СИНЬЮ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ ЖИВОТА.....	305
36. ОТАЖОНОВ И.О. СУРУНКАЛИ БУЙРАК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР ҲАЁТ СИФАТИ КЎРСАТКИЧЛАРИ	320
37. УСМАНОВ У.Х., КОМИЛОВ Х.М., АБДУРАХМАНОВА Н.А., САЛЯМОВА Ш.Т. ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПРОТИВОЯЗВЕННОГО СБОРА «УЛЬЦЕРАФИТ».....	330
38. ФАЙЗИЕВА У.Р. ВЛИЯНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА РАЗВИТИЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	340
39. ФОЗИЛЖОНОВА М.Ш., КАМИЛОВ Х.М., АШУРОВ А.А., ТАДЖИЕВА А.Д. МАҲАЛЛИЙ СУРТМА АСОСИ ЁРДАМИДА 33 %ЛИ ОЛТИНГУГУРТ СУРТМАСИНИ ТЕХНОЛОГИЯСИ ВА СИФАТИ	353
40. ФОМИНА М.А., ВЫПОВА Н.Л., ТАГАЙАЛИЕВА Н.А. ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ЯНТАКА НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ МЫШЕЙ.....	360

41. ХАДЖИМУХАМЕДОВ Б.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕТОДАХ КЕРАТОРЕФРАКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМЕТРОПИЙ..... 366
42. ХАЖИБАЕВ К.Г., ОЩЕПКОВА Ю.И ИЗУЧЕНИЕ АНТИГИПОКСИЧЕКОЙ АКТИВНОСТИ КОМПОНЕНТОВ БЕЛКОВОЙ ПРИРОДЫ ЦИСТ АРТЕМИИ АРАЛЬСКОГО МОРЯ 373
43. ХАЛҚУЗИЕВА М.А. *FERULA TADSHIKORUM PIMENOV* va *FERULA FOETIDA* (BUNGE) REGEL ТУРЛАРИНИНГ ГЕНЕРАТИВ ДАВРИ..... 382
44. ҲАМИДОВА Н.Қ., НАРЗУЛЛАЕВ Н.У., МИРЗОЕВА М.Р. ГИМЕНОЛЕПИДОЗЛИ БОЛАЛАРДА АЛЛЕРГИК РИНИТНИНГ КЕЧИШИГА ТУРЛИ ХИЛ ТЕРАПИЯ ТУРЛАРИНИНГ КЛИНИК-ИММУНОЛОГИК ТАЪСИРИ..... 391
45. ХАМРАЕВА Г.Ш., ИБАДОВ Р.А., ИБРАГИМОВ С.Х., ШАНИЕВА З.А. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ПО МИРУ И В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН..... 401
46. ХАМРАЕВА Г.Ш., ИБАДОВ Р.А., ИБРАГИМОВ С.Х., ШАНИЕВА З.А. ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И НОВЫЕ СТРАТЕГИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ COVID-19..... 417
47. ХУСАНОВА Д.З., БОБОЕВ К.Т. РОЛЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ..... 435
48. ЭРГАШЕВ К. ХОРУН УГЛИ, ВОХИДОВА Н.Р., РАШИДОВА С.Ш. ПОЛУЧЕНИЕ НАНОКОМПОЗИТА ГИДРОКСИАПАТИТА ХИТОЗАНА *ВОНВУХ МОРИ* И ИССЛЕДОВАНИЕ ЕГО ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ 446
49. ЮНУСОВА Х.М., АБДИЖАЛИЛОВА З.Х. ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЭЛЕКСИРА «БРОНХОТУС ФОРТЕ» 453

SUMMARY

THE POLYDEFICIENCY STATE IN THE ELDERLY AND OLD AGE

Boltaev Kamol Zhumaevich, Akhmedova Nilufar Sharipovna

Bukhara state medical institute

It is generally accepted that the development of iron deficiency states, primarily iron deficiency anemia (IDA) in elderly and senile people, is an unfavorable sign, worsens the quality of life of these people, and creates an unfavorable premorbid background for the development of various diseases in them. Therefore, the task of predicting the development of such conditions in order to prevent them in the elderly seems to be very important for both theoretical and practical medicine.

Key words: iron deficiency anemia, polydeficiency state, elderly and senile age, prediction.

УДК:616.988:578.828.6:616.15-053.2/5

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА МИЕЛОГРАММА КЎРСАТКИЧЛАРИ

**Даминов Тургунпулат Абидович¹, Туйчиев Лазиз Нодирович¹,
Худайкулова Гульнора Каримовна¹, Рахматуллаева Шахноза
Бахадировна¹, Муминова Махбуба Тешаевна¹, Маткаримова Дилфуза
Сабуровна², Хайматов Ахмад Анорбаевич¹**

¹*Тошкент тиббиёт академияси*

²*Республика гематология ихтисослаштирилган илмий-амалий
тиббиёт маркази*

[Doctor shakhnoza@mail.ru](mailto:Doctor_shakhnoza@mail.ru)

Калит сўзлар. ВИЧ-инфекция, анемия, тромбоцитлар, миелограмма.
Қоннинг умумий клиник таҳлили манзарасини ва илик ҳолатини ўрганиш ОИВ-инфекциясини ташҳислашда катта аҳамиятга эга. Ушбу тадқиқот усулларини ўтказиш гематологик асоратлар мавжудлигини

аниқлаш, касаллик босқичини ва унинг кечиши прогнозини белгилаш имконини беради [1,2,3].

Тадқиқот мақсади. ОИВ-инфекцияси юқтирилган болалар миелограммасидаги гематологик ўзгаришларни аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. ОИВ-инфекциясида қон яратилиш хусусиятларини аниқлаш учун ОИВ-инфекцияси юқтирилган болаларда ва бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда периферик қон ва иликнинг гематологик кўрсаткичлари ҳолати хусусиятларининг қиёсий таҳлилининг ўтказдик. Тадқиқ қилинаётган танлаб олинган намуна 0 ёшдан 18 ёшгача бўлган “IV клиник босқичдаги ОИВ-инфекцияси” ташхиси бўлган (ЖССТ таснифига мувофиқ, 2012 й.) 20 нафар пациентни (13 нафар ўғил бола ва 7 нафар қиз бола, ёш медианаси $8 \pm 0,98$ йил) ҳамда бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган 20 нафар пациентни (10 нафар ўғил бола ва 10 нафар қиз бола, ёш медианаси $5 \pm 0,5$ йил) ўз ичига олган. Барча ОИВ-инфекцияси юқтирилган болалар антиретровирусли терапияни қабул қилган, ушбу терапия миллий даволаш баённомасига асосан буюрилган (ЎЗР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2018 йил 30 апрелдаги 277-сонли буйруғи). Тадқиқот «Mindrey» 5000 (China) гематологик анализаторида ўтказилган. Олинган маълумотларни ишлаш учун амалий дастурлар пакетига эга Intel® inside™ CORE™ i5 шахсий компютеридан ҳисоб-китобларда фойдаланилган ҳолда вариацион статистика усуллари қўлланилган. Ўртача арифметик миқдор (M), стандарт ўртача оғиш (σ), стандарт хато ўртача миқдори (m), нисбий катталиклар (частота %) ҳисобланиши «Microsoft Excel» дастури ёрдамида амалга оширилган. Ўртача миқдорларни солиштиришда олинган ўлчовларнинг статистик аҳамияти Стьюдент (t) мезони бўйича белгиланган. $P < 0,05$ асосланганлик даражасида ўзгаришлар статистик аҳамиятли ҳисобланган.

Натижалар ва муҳокамалар. ОИВ-инфекцияси бўлган барча текширилган пациентлар орасида ($n=20$) 85,0% ($n=17$) пациентда

гемоглобин (Hb) даражаси (95 дан 54 г/л гача) ва эритроцитлар сони (3,86 дан $1,26 \times 10^{12}/л$ гача) камайиши қайд этилган. Хусусан, 35% (n=7) ҳолатларда Hb даражаси 95 - 91 г/л диапазонида енгил даражали пасайиши қайд этилган, 25% (n=5) ҳолатларда Hb концентрациясининг ўртача даражали пасайиши қайд этилган (90 - 71 г/л) ва 25% (n=5) ҳолатларда – оғир даражали пасайиши қайд этилган (70-54 г/л). Бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда (n=20) Hb пасайиши 65% (13) ҳолатларда 110 дан 78 г/л гача диапазонда қайд этилган. Бунда, енгил даражали (110 - 91 г/л 40% (8) ҳолатларда аниқланган, ўртача даражали (90 - 71 г/л) 25% (5) ҳолатларда аниқланган, Hb оғир даражали пасайиши ҳолатлари эса деярли қайд этилмаган (1-жадвал). Бундан ташқари, қайд этиш муҳимки, ОИВ-инфекцияси бўлган пациентларда 45% (n=9) ҳолатларда гипохромли анемия, 40% (n=8) ҳолатларда анемия гиперхромли, 15% (n=3) ҳолатларда эса – нормохромли хусусиятга эга бўлган. Бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда эса 100% (n=20) ҳолатларда гипохромли анемия аниқланган, бу организмда темир захиралари бутунлай тамом бўлишига олиб келадиган тез-тез қон кетиш эпизодлари билан боғлиқ. Барча текширилган пациентларда анемия ривожланиши билан бир қаторда $150 \times 10^9/л$ дан қуйи тромбоцитлар сонида қайд этиладиган тромбоцитопения аниқланган. Айниқса, ОИВ-инфекцияси бўлган пациентларда тромбоцитларнинг ўртача миқдори $119,2 \pm 8,1 \times 10^9/л$ ни ташкил этган ($p < 0,001$), уларнинг сони 145,7 дан $84,6 \times 10^9/л$ гача диапазонда ўзгариб турган. Бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентлар орасида тромбоцитларнинг ўртача миқдори $24,8 \pm 1,8 \times 10^9/л$ ни ташкил этган, максимал (max) даражаси $64,6 \times 10^9/л$ ва минимал (min) – айрим тромбоцитлардан иборат бўлган.

Олинган натижалар шундан далолат берадики, ОИВ-инфекцияси бўлган пациентларда тромбоцитларнинг ўртача миқдори назорат гуруҳига нисбатан статистик асосли равишда 2,5 баравар қуйироқ бўлган ($p < 0,001$) ва

уларнинг миқдори бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентлардагига нисбатан 4,8 баравар юқори бўлган ($p < 0,001$). Адабиёт маълумотларига асосан ОИВ-инфекциясида тромбоцитлар миқдорининг камайиши ҳам иликнинг мегакариоцитар ўсимтаси сусайиши, ҳам умумий қон оқимида тромбоцитлар парчаланиши тезлашиши билан боғлиқ [4]. ОИВ-инфекцияси бўлган пациентларда лейкоцитларнинг ўртача даражаси ($4,8 \pm 0,53 \times 10^9/\text{л}$, $\text{max} - 6,2 \times 10^9/\text{л}$ ва $\text{min} - 3,4 \times 10^9/\text{л}$) назорат гуруҳидаги бундай кўрсаткичларга ($6,7 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$) нисбатан ҳам, бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентлардаги кўрсаткичларга ($6,8 \pm 0,71 \times 10^9/\text{л}$, $\text{max} - 8,7 \times 10^9/\text{л}$ ва $\text{min} - 5,8 \times 10^9/\text{л}$) нисбатан ҳам бироз қуйроқ миқдорга эга бўлган. Тадқиқот давомида шу аниқландики, барча ОИВ-инфекцияси бўлган пациентлар орасида ($6,2 \pm 0,9 \text{мм/соат}$) ва бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентлар орасида ($6,9 \pm 0,84 \text{мм/соат}$) эритроцитларнинг чўкиш тезлиги меъерий миқдорлар доирасида бўлган. Сўнгра биз ОИВ-инфекцияси юқтирилган болаларда ва бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда илик мазогининг морфологик жиҳатдан ўрганилишини амалга оширдик. Илик пунктати пациентларнинг ҳар икки тадқиқот гуруҳида барча учта қон яратилиш ўсимтаси тақдим қилинган. Жумладан, илик манзараси ОИВ-инфекцияси бўлган пациентларда 65% ($n=13$) ҳолатларда меъерий ҳужайравийлик билан хусусиятланган. Айни пайтда 35% ($n=7$) пациентда у эритроцитар ва мегакариоцитар ўсимтанинг сусайиши билан фарқ қилган, бу эса ОИВ-инфекциясининг салбий таъсири билан чақирилган қон яратилишининг гипорегинераторлигидан далолат беради. Масалан, ушбу тоифадаги пациентларда базофил ($1,2 \pm 0,01\%$; $p < 0,01$), полихроматофил ($6,9 \pm 0,8\%$; $p < 0,001$) ва оксифил нормоцитлар ($0,6 \pm 0,01\%$; $p < 0,001$) аҳамиятли камайиши ҳисобига эритроид ўсимтанинг гипоплазияси аниқланган (2-жадвал). Гранулоцитлар етилиши томонидан ўзгаришлар аниқланмаган, бироқ шу билан бирга, 55% ($n=11$) пациентларда лимфоцитлар ($29,4 \pm 1,7\%$;

$p < 0,001$) ва 25% ($n=5$) пациентларда плазматик хужайралар ($6,8 \pm 0,3\%$; $p < 0,001$) таркиби бироз ошиши кузатилган. Лейко-эритробластик нисбат 10,5:1, назорат гуруҳида 3,2:1 ва меъерий қон яратилишига эга ОИВ-инфекцияси бўлган пациентларда 3,3:1 га тенг бўлган. Юқорида келтирилган хусусиятлар билан бир қаторда иликда мегакариоцитлар миқдорининг ўртача $4,1 \pm 0,1$ гача камайиши аниқланган ($p < 0,001$), улардан шнурланган тромбоцитлар $1,01 \pm 0,001$, фаолиятсиз шакллари сони $2,01 \pm 0,01$, очиқ ядроли (голядерли) шакллари сони – $1 \pm 0,01$ ни ташкил этган. Бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда миелограмма меъерий хужайравий қон яратиш эритроид ва миелоид ўсимталарида мегакариоцитар ўсимтанинг яллиғланиши билан хусусиятланган. Миелоид ва эритроид хужайралар таркиби меъерий миқдорлар доирасида бўлган. Бунда лейко-эритроцитар нисбатан 3,3:1 га тенг бўлган. Мегакариоцитар ўсимтанинг яллиғланиши мегакариоцитлар ўртача миқдорининг ошиши билан намоён бўлган $15,3 \pm 1,4$, улар орасида шнурланган тромбоцитлар $7,1 \pm 0,02$, тромбоцит сақлайдиган ва фаолиятсиз шакллари, тегишли равишда – $6,2 \pm 0,01$ ва $2,0 \pm 0,01$ ни ташкил этган (3-жадвал). Шундай қилиб, ОИВ-инфекциясида гематологик бузилишлар асосан қон яратилишининг эритроид ва мегакариоцитар ўсимталари сусайиши оқибатида ривожланадиган анемия ва тромбоцитопения билан намоён бўлади. Бундан шундай хулоса қилиш мумкинки, анемия ва тромбоцитопения ОИВ-инфекциясида тез-тез ва кўпинча биринчи белгилар ҳисобланади. Ушбу фактлар ОИВ-инфекцияси бўлган пациентларда касаллик кечиши оғирлик даражасини аниқлаш ва прогноз қилиш, йўналтирилган даволашни эрта бошлаш мақсадларида гематологик кўрсаткичлар мониторингини ўтказиш заруриятидан далолат беради, бу касаллик даражасини ва ўлим билан яқунланиш ҳолатларини камайтиришга бевосита кўмаклашади. Манфаатлар тўқнашуви. Муаллифлар маълум

қилиниши керак бўлган манфаатлар тўқнашуви, молиявий кўмак йўқлигини тасдиқладилар. Этика қўмитаси томонидан тасдиқланиш талаб қилинмайди.

1-жадвал

ОИВ-инфекцияси ва бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда қоннинг умумий клиник таҳлили гематологик кўрсаткичлари (M±m)

Кўрсаткич	Текширилган гуруҳлар		
	Назорат, (n=40)	ОИВ-инфекцияси бўлган пациентлар, (n=20)	Бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентлар, (n=20)
Гемоглобин, г/л	132,2±6,8	73,2±5,1***	80,5±9,4***
Эритроцитлар, x10 ¹² /л	4,7±0,19	2,7±0,17*	3,2±0,31
Тромбоцитлар, x10 ⁹ /л	294,2±12,1	119,2±8,1***	24,8±1,8***
Лейкоцитлар, x10 ⁹ /л	6,7±0,8	4,8±0,53	6,8±0,71
Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги, мм/соат	7,1±0,6	6,2±0,9	6,9±0,84

Изоҳ: *- назоратдаги кўрсаткичларга нисбатан асосли (*-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001).

2-жадвал

ОИВ-инфекцияси ва бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда иликнинг гематологик кўрсаткичлари (M±m)

Кўрсаткич	Текширилган гуруҳлар	
	Меъёрий қон яратилишига эга ОИВ-инфекцияси бўлган пациентлар, (n=13)	Бузилган қон яратилишига эга ОИВ-инфекцияси бўлган пациентлар, (n=7)
Бластлар, %	1,3±0,01	1,8±0,01
Нейтрофил промиелоцитлар, %	3,1±0,04	2,7±0,001
Миелоцитлар, %	9,1±1,2	7,2±1,1

Метамиелоцитлар, %	10,5±1,04	8,0±1,2
Таёқча ядроли (палочкоядерли), %	18,8±1,1	15,6±0,4
Сегментоядерли, %	19,7±1,7	17,1±0,7
Эозинофиллар, %	1,7±0,21	2,0±0,01
Базофиллар, %	-	-
Моноцитлар, %	1,8±0,01	0,7±0,01***
Лимфоцитлар, %	9,8±1,7	29,4±1,7***
Плазматик хужайралар, %	0,9±0,01	6,8±0,3***
Эритробластлар, %	0,91±0,01	-
Пронормоцитлар, %	0,5±0,01	-
Базофилли нормоцитлар, %	2,4±0,3	1,2±0,01**
Полихроматофилли нормоцитлар, %	16,2±1,8	6,9±0,8***
Оксифилли нормоцитлар, %	3,29±0,64	0,6±0,01***
Л/Э	3,3:1	10,5:1***
Мегакариоцитлар	8,7±0,3	4,1±0,1***
- шнурланган	3,2±0,1	1,01±0,001
- тромбоцит сақлайдиган	3,4±0,01	-
- фаолиятсиз	2,1±0,01	2,01±0,01
- голоядерли.	-	1±0,01

Изоҳ: *- назоратдаги кўрсаткичларга нисбатан асосли (*-P<0,05; **-P<0,01; ***-P<0,001).

3-жадвал

Бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентларда иликнинг гематологик кўрсаткичлари (M±m)

Кўрсаткич	Текширилган гуруҳлар	
	Назорат, (n=40)	Бирламчи иммунли тромбоцитопения бўлган пациентлар, (n=20)
Бластлар, %	0,3±0,001	1,3±0,01
Нейтрофилли промиелоцитлар, %	2,7±0,02	3,1±0,04
Миелоцитлар, %	8,9±0,91	9,1±1,2
Метамиелоцитлар, %	12,7±0,72	10,5±1,04
Таёқча ядроли (палочкоядерли), %	16,1±1,12	18,8±1,1
Сегментоядерли, %	21,4±1,3	19,7±1,7
Эозинофиллар, %	2,3±0,1	1,7±0,21
Базофиллар, %	-	-
Моноцитлар, %	1,1±0,01	1,8±0,01

Лимфоцитлар, %	10,4±1,5	9,8±1,7
Плазматик хужайралар, %	0,3±0,01	0,9±0,01
Эритробластлар, %	0,7±0,01	0,91±0,01
Пронормоцитлар, %	0,3±0,001	0,5±0,01
Базофилли нормоцитлар, %	3,2±0,9	2,4±0,3
Полихроматофилли нормоцитлар, %	15,4±1,41	16,2±1,8
Оксифилли нормоцитлар, %	4,2±0,87	3,29±0,64
Л/Э	3,2:1	3,3:1
Мегакариоцитлар	12,51±1,31	15,3±1,4
- шнурланган	5,3±0,82	7,1±0,02
- тромбоцит сақлайдиган	7,21±0,94	6,2±0,01
- фаолиятсиз	-	2,0±0,01
- голядерли.	-	-

Изоҳ: *- назоратдаги кўрсаткичларга нисбатан асосли (*-P<0,05;

** -P<0,01; ***-P<0,001).

Фойдаланилган адабиётлар.

1. Рахманова, А. Г. Болаларда ОИВ-инфекцияси / А. Г. Рахманова, Е. Е. Воронин, Ю. А. Фомин. — СПб.: Питер, 2003. — 448 б.
2. Хайретдинов Р.К., Давидкин И.Л. ва б. ОИВ-инфекциясида тромбоцитопения. // Вестник РУДН, серия Медицина. — 2010. — № 3. — С. 129-132.
3. Тиббий лаборатория диагностикаси: дастурлар ва алгоритмлар: қўлланма / А. И. Карпищенко таҳрири остида. — 3-нашр, қайта ишланган ва тўлдирилган. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 696 б.
4. Ratner L. HIV-1 associated thrombocytopenia // Aids Clinical Treatment Group Meeting. — July 2002. — Washington, DC.

РЕЗЮМЕ

ПОКАЗАТЕЛИ МИЕЛОГРАММЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Даминов Тургунпулат Абидович¹, Туйчиев Лазиз Нодирович¹,
Худайкулова Гульнара Каримовна¹, Рахматуллаева Шахноза
Бахадировна¹, Муминова Махбуба Тешаевна¹, Маткаримова Дилфуза
Сабуровна², Хайматов Ахмад Анорбаевич¹

Тошкентская медицинская академия¹

*Республиканский специализированный гематологический научно-
практический центр²*

Doctor shakhnoza@mail.ru

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, анемия, тромбоциты, миелограмма.

Исследуемая выборка включала в себя 20 пациентов с диагнозом “ВИЧ-инфекцией IV клиническая стадия” (В соответствии с классификацией ВОЗ (2012г.)) в возрасте от 0 до 18 лет и 20 пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией в 45% (n=9) случаях установлена гипохромная анемия, в 40% (n=8) анемия имела гиперхромный, а в 15% (n=3) случаях - нормохромный характер. У пациентов же с первичной ИТП в 100% (n=20) случаях выявлена гипохромная анемия. Среднее количество тромбоцитов у пациентов с ВИЧ-инфекцией по сравнению с контролем оказалось статистически достоверно ниже в 2,5 раза ($p < 0,001$) и превышало их количество в 4,8 раз ($p < 0,001$) у пациентов с первичной иммунной тромбоцитопенией.

Гематологические нарушения при ВИЧ-инфекции в основном проявляются анемией и тромбоцитопенией, развивающиеся вследствие подавления эритроидного и мегакариоцитарного ростков кроветворения.

SUMMARY

MYELOGRAM INDICATORS IN HIV-INFECTED CHILDREN

Daminov Turgunpulat Abidovich¹, Toychiev Laziz Nodirovich¹,

Godaykulova Gulnara Karimovna¹, Rakhmatullaeva Shakhnoza

Bakhadirovna¹, Muminova Makhbuba Teshaevna¹, Matkarimova Dilfuza

Saburovna², Haymatov Akhmad Anorbaevich¹

Tashkent Medical Academy

Republican Specialized Hematological Scientific and Practical Center

Doctor shakhnoza@mail.ru

Key words: HIV infection, anemia, platelets, myelogram.

The study sample included 20 patients diagnosed with HIV infection clinical stage IV (according to the WHO classification (2012)) aged 0 to 18 years and 20 patients with primary immune thrombocytopenia.

In patients with HIV infection, in 45% (n = 9) cases, hypochromic anemia was established, in 40% (n = 8) anemia was hyperchromic, and in 15% (n = 3) cases, normochromic in nature. In patients with primary ITP, hypochromic anemia was revealed in 100% (n = 20) cases. The average number of platelets in patients with HIV infection compared with controls was statistically significantly lower by 2.5 times ($p < 0.001$) and exceeded their number by 4.8 times ($p < 0.001$) in patients with primary immune thrombocytopenia.

Hematological disorders in HIV infection are mainly manifested by anemia and thrombocytopenia, which develop as a result of suppression of erythroid and megakaryocytic hematopoiesis germs.