



Научно-образовательный электронный журнал

ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ

**Выпуск №22 (том 3)
(январь, 2022)**



Международный научно-образовательный
электронный журнал
«ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ»

УДК 37

ББК 94

**Международный научно-образовательный электронный журнал
«ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ». Выпуск №22 (том 3) (январь,
2022). Дата выхода в свет: 31.01.2022.**

Сборник содержит научные статьи отечественных и зарубежных авторов по экономическим, техническим, философским, юридическим и другим наукам.

Миссия научно-образовательного электронного журнала «ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ» состоит в поддержке интереса читателей к оригинальным исследованиям и инновационным подходам в различных тематических направлениях, которые способствуют распространению лучшей отечественной и зарубежной практики в интернет пространстве.

Целевая аудитория журнала охватывает работников сферы образования (воспитателей, педагогов, учителей, руководителей кружков) и школьников, интересующихся вопросами, освещаемыми в журнале.

Материалы публикуются в авторской редакции. За соблюдение законов об интеллектуальной собственности и за содержание статей ответственность несут авторы статей. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов статей. При использовании и заимствовании материалов ссылка на издание обязательна.

© ООО «МОЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КАРЬЕРА»

© Коллектив авторов

Turoпова Ma'mura Safar qizi, Abdullayeva Shahnoza Nuriddin qizi, Omonova Sitora Nizomiddin qizi	
ОИЛАВИЙ ЗЎРАВОНЛИК – ЖАМИЯТ ДАРДИ Туробова Махбуба Алишеровна	528
МАМЛАКАТИМИЗ ИҚТИСОДИЙОТИ ШАРОИТИДА КАМБАГ'АЛЛИКНИ ҚИСҚАРТИРИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ Акромов Иzzатилло Муродjon o'g'li, Mamasodiqov Shoxrux Ubaydullo o'g'li	532
МИЛЛАТЛАРАРО ТОТУВЛИК ВА ДИНИЙ БАГ'РИКЕНГЛИК О'ЗБЕК ХАЛҚИНИНГ YUKSAK QADRIYATLARIDIR Yusufjonova Sevinch Mirjamol qizi	536
DUNYONING GEOSIYOSIY MANZARASI VA UNING ТАКОМИЛЛАШУВИ Azizov Usmonjon Abdulxamidovich	543
INGLIZ VA O'ZBEK TILLARI MAQOLLARIDA SOMATIZM IFODALANISHI Qurbonova Dilnoza Faxriddinovna	548
ПРОФЕССИОНАЛ ТАЪЛИМИДА ЎҚИТИШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ДИДАКТИК ВОСИТАЛАРИНИ ҚЎЛЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ Тўрабеков Фарход Санакулович, Нурматова Камолахон Абдухамид Қизи	557
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Исмаилова Гули Амнджановна, Умуров Фаррух Фахриддинович, Алланазарова Махбуба Арифджановна	563
INVESTIGATION OF OPTIC DENSITY OF PAINT ON PRINTING ON NON-COLORED PAPER Turdaliyev Xusan Inomjonovich	572
GENERAL CHARACTERISTICS OFFENDERS WHO HAVE NOT REACHED THE AGE OF MAJORITY Du'ysenbaev Baxadir Jalg'asbaevich, Artiqbayev Qallibek Alisherovich, Azirbaev Otkirbay Minbay uli, Jiemuratova Sharigul Qutlimurat qizi	578
МИЛЛАТЛАРАРО ТОТУВЛИК ВА ДИНИЙ БАГ'РИКЕНГЛИК О'ЗБЕК ХАЛҚИНИНГ YUKSAK QADRIYATIDIR Pardaboyev Ziyoviddin Adham o'g'li	588
ИМКОНИАТИ ЧЕКЛАНГАН ШАХСЛАР УЧУН ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАСБ ХУНАР МАКТАБИДА ЭЛЕКТРОТЕХНИКА ТАРИХИНИ ЎРГАТИШ МАСАЛАСИ Кадирова Нигора Амановна	593
О'ЗБЕК МЕРОСИЙ РАҚС SAN'ATI TARIXI Gulishod Abdiyeva	598

ФИО авторов: *Исмаилова Гули Аминджановна,*

Умуров Фаррух Фахриддинович,

Алланазарова Махбуба Арифджановна

Ташкентская Медицинская Академия

Название публикации: «КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ»

Цель: Изучить эпидемиологические и клинические особенности течения кожного лейшманиоза (КЛ) на примере Кашкадарьинской области и разработка метода терапии с использованием иммуномодулятора гозалидона.

Материалы и методы: Официальный отчет о заболеваемости лейшманиозом по данным Кашкадарьинского кожвендиспансера за период с 2010 по 2020 годы. Для работы использовались эпидемиологические, клинические и статистические методы.

Ключевые слова: кожный лейшманиоз, лейшманиома, эпидемиология, клиника, терапия.

Актуальность проблемы: Лейшманиозы по распространённости занимают одно из первых мест среди заболеваний паразитарной этиологии. Ежегодно поражаются около 40-60 миллионов населения, земного шара. В Узбекистане КЛ является одной из распространенных природно-очаговых болезней, имеющих большой удельный вес в краевой патологии республики. В эндемических зонах Узбекистана (Бухара, Кашкадарья, Джизак, Сурхандарья, Каракалпакистан) также отмечается довольно высокое распространение зоонозного кожного лейшманиоза, где ежегодно регистрируются десятки новых случаев данного заболевания. В различных географических зонах, разные серотипы лейшманий вызывают поражение кожи, слизистых оболочек и внутренних органов. В очагах этой болезни нередко возникают крупные вспышки с поражением 60-90% неиммунизированных людей. При этом значительная часть заболевших (до 30%), теряет трудоспособность, иногда на длительный срок, что приносит

государству большой экономический ущерб. В проблеме кожного лейшманиоза много не решенных вопросов, касающихся его патогенетических аспектов, диагностики, лечения и профилактики. Используемые в настоящее время профилактические противолейшманиозные прививки не всегда осуществимы. Существующие методы борьбы с кожным лейшманиозом, направленные на истребление резервуаров возбудителя и переносчиков трудоёмки, требуют значительных материальных затрат и не всегда дают желаемый эффект. Рост заболеваемости, увеличение частоты осложнений, отсутствие современной диагностики делают эту проблему актуальной.

Терапия КЛ является одним из больших разделов проблемы. Однако этот вопрос остаётся практически неразрешённым, т.к. отсутствуют высокоэффективные методы не только амбулаторного, но и стационарного лечения. Как свидетельствуют материалы Всемирной организации здравоохранения из-за относительной токсичности и необходимости длительного назначения, ни один из применявшихся для лечения КЛ препаратов не удовлетворяет практическое здравоохранение. Применяемые в настоящее время специфические препараты для лечения кожного лейшманиоза в Узбекистане не зарегистрированы. Поэтому изучение различных вопросов, кожного лейшманиоза с последующей разработкой научно обоснованных, эффективных методов терапии и внедрение их в практическое здравоохранение имеет общегосударственное значение.

Результаты исследований. Нами по статистическим данным Кашкадарьинского ОКВД изучены некоторые эпидемиологические и клинические показатели КЛ (рис.1, табл.1).

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Общее число случаев	62	11	14	61	29	84	46	27	10	38	27	63
Женщины	30	6	7	30	12	44	23	15	5	20	17	33
Мужчины	32	5	7	31	17	40	23	12	5	18	10	30

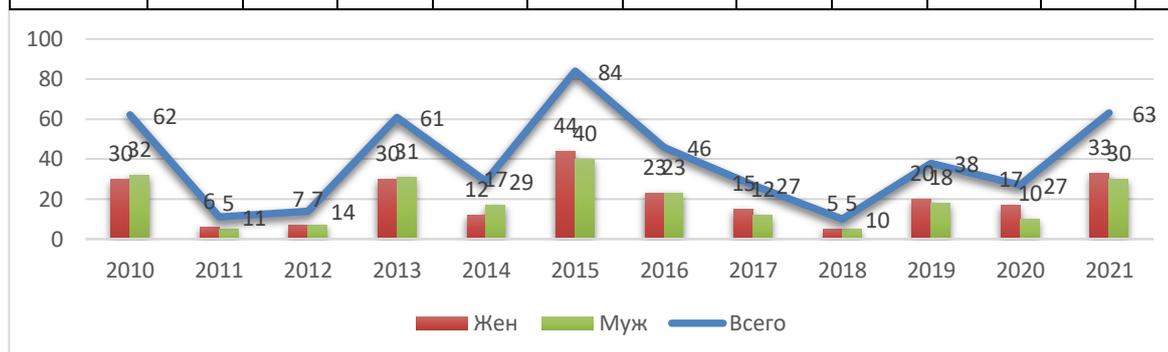


Рис.1. Распространенность кожного лейшманиоза по Кашкадарьинской области за 2010- 2020 годы.

Таблица 1.

Распределение пациентов по полу.

Как видно, всего по Кашкадарьинской области за 2010-2021 годы зарегистрировано 472 больных кожным лейшманиозом, из них женщин - 242, мужчин – 230, то есть структура заболевших по полу практически одинакова. В годовом исчислении наибольшее количество случаев было зафиксировано в 2015 году.

Нами совместно с врачами РСНПЦ Дерматологии и венерологии в г. Шахрисабзе Кашкадарьинской области были осмотрены 25 больных кожным лейшманиозом.

Результаты обследования показали, что больных в возрасте от 1 до 10 лет было 12, от 10 до 15 лет – 4, от 16 до 30 лет – 2, от 30 до 40 лет – 2, от 40 до 50 лет – 3 и старше 50 лет было 2 человека. Среди детей средний возраст составил $4,8 \pm 0,5$ лет, а среди взрослого контингента больных средний возраст составил $42,0 \pm 0,01$ лет. Давность заболевания варьировала от 1 месяца до 1 года.

Длительность заболевания у 14 больных была до 3 месяцев, у 5 – от 4-х до 5 месяцев и у 6 больных от 7 месяцев до 1 года. При микроскопическом исследовании содержимого с очагов поражения у всех больных найдены возбудитель кожного лейшманиоза – тельца Боровского.

Далее были проанализированы больные с кожным лейшманиозом в зависимости от места жительства. Так, наибольшее количество больных являлись жителями города Шахрисабза, что говорит о городском типе кожного лейшманиоза. При изучении анамнеза пациентов было установлено, что у большинства больных вначале заболевания отмечалось появление на различных участках кожного покрова специфических высыпаний ярко-красного цвета величиной с горошину (первичная лейшманиома-бугорок), которые сопровождалась малозаметными субъективными ощущениями (зуд, боль) и незначительным отеком. Элементы в таком виде сохранялись длительно, примерно 1,5 – 2 месяца, затем в центральной части образовавшихся бугорков развивалась точечная язвочка, покрытая темной кровянистой коркой с последующим образованием язвочки с незначительным серозным отделяемым. Вокруг язвочек наблюдался плотный инфильтрат воспалительного характера. Язвочки постепенно увеличивались в размерах.

По клиническим формам больные были распределены, согласно классификации П.В.Кожевникова, следующим образом: изъязвленные лейшманиомы без осложнений отмечались у 6 (24%) больных; лейшманиомы с лимфангоитами – у 4 (16%) больных; лейшманиомы с бугорками обсеменения – у 5 (20%) больных и лейшманиомы без осложнений – у 10 (40%) больных. Кроме того, больные были распределены по стадиям заболевания: язвенная стадия заболевания наблюдалась у 9 (36%) больных и бугорковая стадия – у 16 (64%) больных. Количество очагов поражения было от 2 до 5, а максимальное количество элементов поражения достигало 8.

При обследовании больных были выявлены язвенные поражения кожи округло-овальной или неправильной формы. Как правило, дно этих язв было неровным, покрытым серозно-гнойным отделяемым, некоторые из них покрыты

буровато-гноной коркой. Края язв имели порытый, фестончатый характер. Вокруг язвенных элементов определялся умеренно плотный специфический инфильтрат воспалительного характера ярко-красного цвета с синюшным оттенком. У 5 больных вокруг лейшманиомы с периферическим инфильтратом имелись бугорки обсеменения. У 4 больных от основного очага лейшманиомы по ходу лимфатических сосудов отходили ярко-красного цвета лимфатические сосуды (специфический лимфангоит).

Выбор для лечения больных с кожным лейшманиозом зависел от стадии и тяжести течения заболевания. Учитывая диссеминацию возбудителя КЛ по лимфатическим сосудам представлялось целесообразным создание более высоких концентраций лекарственных препаратов в лимфатической системе, что способствовало бы, воздействию тропных антибиотиков непосредственно на микрофлору в участках наиболее высокого их скопления и тем самым осложняющий клиническое течение лейшманиоза. Введение эндолимфатическим путем антибиотиков, благодаря их задержке и накоплению в лимфатических узлах, обеспечивают перманентное поступление препарата через устье грудного протока в вену, обеспечивая длительное поддержание лечебной концентрации в крови. Учитывая особенность поражения лимфатической системы при кожном лейшманиозе, применение гиалуронидазы (лидаза) лимфотропным методом: во-первых будет способствовать стимуляции лимфотока с увеличением проницаемости и движения жидкостей в межтканевом пространстве, что позволит улучшению доступа антибактериальных препаратов к пораженным участкам лимфатической системы, во-вторых повышает эффективность антибиотиков, а также уменьшает побочные действия последних и, тем самым, стимулирует ускорение заживления язвенных элементов. Наряду с этим, применение местного препарата гиалуроната цинка (куриозин) будет способствовать раннему очищению язв от некротической ткани, местной санации от сопутствующей микрофлоры, ранней регенерации язвы с сохранением эластичности кожи без образования грубых рубцовых изменений.

Данный метод терапии нами был использован в лечении КЛ у больных исследуемых группах. Кроме того в качестве иммуномодулирующего препарата и индуктора интерферона использован отечественный препарат «гозалидон». Данный метод терапии нами был использован и внедрен в лечении у 25 больных кожным лейшманиозом.

Больные были распределены на 2 группы в зависимости от метода получаемой. Группы были репрезентативные по возрасту, клиническим формам, длительности заболевания, что позволило получить объективные и достоверные результаты.

1 группа (20 больных, контрольная группа) – контрольная получала антибиотики (цефтриаксон, доксациклин) в виде внутримышечных инъекций или внутрь в соответствующих дозировках в течение 7-10 дней. В наружной терапии использовались дезинфицирующие и противовоспалительные мази. Эту группу составили больные с кожным лейшманиозом, получавшие общепринятую терапии.

2 группа (25 больных, основная группа) – на фоне базисной терапии получала внедряемый новый метод патогенетической терапии в виде непрямого лимфотропного введения антибиотика (канамицина сульфат). Кроме того, в качестве энзимного препарата и средства стимулирующего лимфоток назначалась лидаза в дозе 32 ЕД и иммуномодулятор гозалидон 0,1 мг по 1 табл. 2 раза в день 3-х дневными циклами и 3-х дневным перерывом. На курс 3-4 цикла. В наружной терапии использовался гель Куриозин. Количество курсов лимфотропного введения антибиотиков зависело от остроты воспалительного процесса, количества язв, длительности заболевания и составляла на курс 5-7.

Критериями эффективности явились: сроки уменьшения инфильтрата, очищения лейшманиом от некротических и гнойных масс, элиминации возбудителя из очагов поражения и полное разрешение лимфаденита.

Установлено, что сроки очищения и заживления лейшманиозных бугорков и язв зависели от клинической формы и давности заболевания.

Таблица 2.

Сравнительные результаты проведенной терапии у больных с КЛ.

Клинические формы лейшманиоза	Традиционная терапия		Лимфотропная терапия с гозалидоном	
	Кол-во больных, n=20	Сроки начала разрешения лейшманиом (в днях).	Кол-во больных, n=25	Сроки начала разрешения лейшманиом (в днях).
Бугорковые лейшманиомы	8	20,3± 1,15	10	15,1 ± 0,12
Изъязвленные лейшманиомы без осложнений	8	25,8± 1,21	6	18,6 ± 0,10
Лейшманиомы с лимфангоитами и бугорками обсеменения	4	28,2± 2,18	4	19,4 ± 0,25

Видно, что лечение способствовало регрессу всех элементов с образованием поверхностной, легкой рубцовой атрофии кожи, причем лучший эффект был достигнут у больных КЛ, получавших антибиотик канамицин и энзимный препарат лидаза методом непрямой лимфотропной терапии в сочетании с гозалидоном. Так, если у больных с осложненными формами КЛ в контрольной группе получавших традиционную терапию заживление происходило на $25,8 \pm 1,21$ и $28,2 \pm 2,18$ дни с момента лечения, то у больных получавших комплексную терапию – на $18,6 \pm 0,10$ и $19,4 \pm 0,25$ дни. То есть, сроки заживления и регресса патологических элементов во второй группе больных получавших внедряемую терапию сократились на 7,2 и 8,8 дней соответственно.

Таблица 3.

Зависимость срока рассасывания воспалительного процесса от давности заболевания (в днях).

Давность заболевания в месяцах	Традиционная терапия		Лимфатропная терапия с гозалидоном	
	Кол-во больных	Сроки рассасывания воспалительного процесса (в днях).	Кол-во больных	Сроки рассасывания воспалительного процесса (в днях).
До 3 месяцев	8	18,5± 0,14	14	12,1 ± 0,12
От 4 до 6 месяцев	6	20,3± 0,20	5	13,6 ± 0,10
От 7 до 1 года и более	6	25,8± 0,18	6	18,2 ± 0,15

Из таблицы видно, что сроки рассасывания воспалительного процесса (рассасывание инфильтрата, очищение язв от некротических и гнойных наслоений) во многом зависят от давности патологического процесса и начатое лечение в сроках заболевания до 6 месяцев значительно укорачивает период выздоровления.

При контрольном анализе в динамике лечения, у 91,4% больных с язвенных элементов тельца Боровского не найдены, тогда как у больных контрольной группы этот показатель составил 86,7%.

Заключение. Таким образом, в комплексной терапии кожного лейшманиоза с назначением препарата гозалидон в сочетании с введением антибиотиков и энзимных препаратов эндолимфатическим путем, особенно при его осложненных формах, способствует повышению терапевтической эффективности, ускорению сроков заживления язвенных элементов и

воспалительных инфильтратов на 6-7 дней раньше, а также более ранней элиминации возбудителя из очагов поражения.

Список использованных источников литературы

1. Аляви С.Ф., Ваисов А.Ш., Рахматов А.Б.// Вестн. Дерматол.- 2001 .- №4.- С.62-64.
2. Ваисов А. Ш. Применение лазеротерапии в комплексной терапии зоонозного кожного лейшманиоза // Новости дерматологии и венерологии. – 2009. - №2. - С. 13-14.
3. Кадышев В.А., Шахмарданов М.З., Никифоров ВВ., Жаров С.Н., Лазуткина Л.И., «Случай висцерального лейшманиоза» Российский медицинский журнал, 2012, С. 56-57.
4. Рахматов А.Б., Камолов З.Р. Оптимизация терапии зоонозного кожного лейшманиоза с учетом цитокинового статуса и эндогенной интоксикации. Диссертации на соискание ученой степени канд. медицинских наук. Ташкент – Автореф. Канд. диссерт. 2010.
5. Ташбаев Н.С., Мустафаев Х.М. Мед. паразитология и паразит. болезни 2010.- №4.- С.34.
6. Чебышев Н.В. Медицинская паразитология. Учебное пособие. 2012.С.304.
7. Aara N, Khandelwal K, Bumb RA, Mehta RD, Ghiya BC, Jakhar R, Dodd C, Salotra P, Satoskar AR. Clinco-epidemiologic study of cutaneous leishmaniasis in bikaner, rajasthan, India. Am J Trop Med Hyg. 2013 Jul;89(1):111-5. doi: 10.4269/ajtmh.12-0558.
8. Berman J. D. Chemotherapy for leishmaniasis; biochemical mechanismus, clinical efficacy and future strategies // Rev. Infect. Dis. - 2015. - Vol. 10. - P. 560-568.
9. Ponirovskii EN, Kondrashin AV, Erokhin PI, Annacharyeva D. [Milestones and major results of studies on leishmaniasis and sand fly fevers in Turkmenistan]. Med Parazitol (Mosk). 2019 Oct-Dec;(4):29-34.
10. McGwire BS, Satoskar AR. Leishmaniasis: clinical syndromes and treatment. QJM. 2019 Jun 5.
11. Herwaldt B. L., Berman J. D. Recommendations for treating Leishmaniasis with sodium stibogluconate (pentostam) and review of pertinent clinical stidies // Amer. J. Trop. Hyg. - 1999. - Vol. 46. - P. 296-306.
12. Marr J. J., Berens R. L. Pyrazolopyrimidine metabolism in the psthogenic tyrpanosomatidae // Mol. Biochem. Parasitol. - 2001. - Vol. 7. - P. 339-356.
13. Long P. I. Cutaneous Leishmaniasis treated with metronidazole // J. Amer. Med. Ass. - 2017. - Vol. 223. - P. 1378-1379.