



**KLINIK LABORATOR
DIAGNOSTIKADA INNOVATSION
TEXNOLOGIYALARDAN
FOYDALANISH, MUAMMOLAR VA
YECHIMLAR**
**xalqaro ilmiy-amaliy
anjuman**
18 aprel 2023 yil



O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi

WWW.SSV.UZ

Toshkent tibbiyot akademiyasi WWW.TMA.UZ

оқсилни аниқлашнинг клиник ва диагностик аҳамияти	
Ережепова Ф.Б. Функции витамина д в организме и его лабораторная диагностика	52
Жиенбаева А.А., Курбонова З.Ч. Диагностика поражения почек при сердечной недостаточности	54
Жумаева З.С. Қандли диабет клиник лаборатор диагностикаси	56
Жуманазаров С.Б., Жабборов О.О., Сайдалиев Р.С. Сравнительная эффективность лечения препаратом “эритропоэтин” больных ХБП III-IV стадий	57
Зайнутдинов А.Л., Зайнутдинова Д.Л. Постковид синдромида ҳомиладорларда гемоглобин ва эритроцит назорати	60
Зайнутдинова Д.Л., Хуррамова Д.И. Ҳомиладорларда гематологик кўрсаткичлар лаборатор диагностикаси	61
Зайнутдинова Д.Л., Бабаджанова Ш.А. Ҳомиладорларда тромботцитопатияларни аниқлашда клиник ва лаборатор диагностиканинг аҳамияти	63
Зайнутдинова Д.Л. Постковид синдромида ҳомиладорларда лейкоцитлар назорати	64
Зайнутдинова Д.Л., Хуррамова Д.И. Ҳомиладорларда гемоглобин, эритроцит ва ранг кўрсаткичларини аниқлаш аҳамияти	66
Исламова З.С., Мусаева Н.Б. Особенности клинического течения геморрагических васкулитов	67
Исламова З.С., Мусаева Н.Б., Мусаков М.С. Принципы лечения микротромбоваскулитов после перенесённой коронавирусной инфекции	70
Исламова З.С., Мусаева Н.Б. Дифференциальная диагностика системных васкулитов	72
Касимова О.О. Раннее диагностирование болезни паркинсона при помощи rt-quick (the real-time quaking-induced conversion) системы	75
Касимова О.О. Болезнь Паркинсона и инновационные методы лабораторной диагностики	75
Касимова С.А., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Влияние проведения генетических исследований на эффективность лечения у больных острым промиелоцитарным лейкозом	77
Касимова С.А., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Дифференциальная диагностика острого миелобластного лейкоза и острого лимфобластного лейкоза	80
Касимова С.А., Нуритдинова Н.Х., Бабаджанова Ш.А. Лабораторная диагностика острого лейкоза и хронического миелоидного лейкоза	82
Касимова С.А. Значение диагностирования филадельфийской хромосомы при остром лимфобластном лейкозе	84
Кодирова Ш.А., Умарова З.Ф., Жуманазаров С.Б. Влияние	

6. Albaramki J. Henoch-Schonlein purpura in childhood a fifteenyear experience at a tertiary hospital. J Med Liban. 2016;64(1):13–17.

7. Fabris J., Jaramillo G., Torres R., Rosselli C., Olivares C. Renal compromise in a patient with Wegener’s granulomatosis: clinical case and literature review. [Электронный ресурс] // Rev. Colomb. Nefrol. 2017 №4. 82-84.

8. Jean-Claude Davin, Rosanna Coppo. Henoch–Schönlein purpura nephritis in children Nature Reviews Nephrology volume 10, P.563–573(2014).

9. Olimjonov J.T., Azimov E.R., Kurbonova Z. Ch., Babadjanova Sh.A. Immun-mikritrombovaskulit bilan og’rigan bemorlarda tomir-trombositar gemostaz ko’rsatgichlarini laboratoriyaviy nazorati. // Digitalization is the future of medicine. – 2021. – B. 393-395.

10. Ozen, Seza; Acar-Ozen, Nazire Pinar. Recent advances in childhood vasculitis Current Opinion in Rheumatology. 29(5):530-534, September 2017.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОТРОМБОВАСКУЛИТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНОСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Исламова З.С., Мусаева Н.Б., Мусаков М.С.

Ташкентская медицинская академия

Несмотря на успехи в изучении патогенетических механизмов иммунных микротромбоваскулитов (ИМТВ), данные о развитии ИМТВ после перенесённой коронавирусной инфекции (COVID-19) в литературе представлены в виде единичных случаев. Большая распространенность и рост числа больных ИМТВ, тяжесть клинического течения после COVID-19, определяют важное социально-экономическое значение этой проблемы и необходимость дальнейшего раскрытия и изучения неуточненных звеньев патогенеза с разработкой новых подходов к лечению.

Цель: совершенствование методов лечения больных иммунным микротромбоваскулитом после перенесённой коронавирусной инфекции (COVID-19)

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 64 мужчины и 101 женщин в возрасте от 18 до 74 лет с проявлениями ИМТВ, в общей сложности 165 пациентов (основная группа). 1 группа-40 больных с ИМТВ, прошедших традиционную терапию. Из них у 14 пациентов была диагностирована кожная форма ИМТВ, у 14 пациентов-кожно-суставная форма, у 12 пациентов-кожно-суставно-брюшная и кожно-суставно-почечная формы.

Во 2 группе 40 пациентов с ИМТВ получили L-аргинин на фоне традиционной терапии. В 3-ю группу входили 42 больных ИМТВ, которые на фоне традиционной терапии принимали по 75 мг клопидогрела 1 раз в день после еды. 4 группа получала комбинированную терапию с L-аргинином, клопидогрелом и традиционной терапией. В 4-ю группу были отобраны 43 пациента с ИМТВ.

Результаты. При традиционной терапии у 14 больных 1 группы с ИМТВ-формой кожи у 7 (50,0%) больных полностью исчезли петехиальные геморрагические высыпания, у 3 (21,4%) больных геморрагические высыпания уменьшились и остались на ногах до колен, у 2 (14,3%) больных петехии появились выше колен, а у 2 (14,3%) больных сыпь уменьшилась и осталась на ногах и животе. 13 пациентов с диагнозом кожная форма ИМТВ получили 100 мг L-аргинина вместе с традиционной терапией. Анализ результатов лечения в этой группе по сравнению с традиционной терапией показал более эффективное улучшение клинической картины. Так, у 8 (61,5%) больных полностью исчезли характерные геморрагические высыпания, у 2 (15,4%) больных остались геморрагические высыпания на ногах до колен, а у 2 (15,4%) больных геморрагические высыпания на ногах выше колен, у 1 (7,7%) больных геморрагические высыпания на ногах и животе. У 12 больных со смешанной кожно-суставно-абдоминальной и кожно-суставно-почечной формами заболевания применение клопидогрела в сочетании с традиционной терапией приводило к полному устранению кожных и суставных поражений, однако у 2 (14,3%) больных наблюдалась периодическая тошнота и боли в животе, у 2 (14,3%) больных сохранялась микрогематурия.

В 4-й группе изучалась эффективность комбинированной терапии, при которой L-аргинин 100мг, Клопидогрел 75мг использовались в сочетании с традиционной терапией. Эта процедура лечения использовалась у 12 пациентов с кожным ИМТВ. Установлено, что у 10 (85,8%) больных с кожной формой ИМТВ наблюдается полная утрата кожной симптоматики, у 1 (7,1%) больных - до колен, у 1 (7,1%) больных - геморрагическая сыпь на ногах выше колен.

Комбинированное лечение L-аргинином и клопидогрелом привело к улучшению поражения кожи и суставов у 15 (88,8%) из 18 пациентов с кожно-суставной формой ИМТВ. При этом у 1 (5,6%) больных полностью исчезли поражения кожи, но остались отеки и боли в голеностопных суставах ног, у 1 (5,6%) больных появились признаки воспаления как голеностопных, так и коленных суставов.

Выводы: исследования показали, что анализ эффективности традиционной терапии показал наибольшую эффективность при использовании комбинации L-аргинина и клопидогрела для лечения ИМТВ у пациентов перенёсших коронавирусную инфекцию.

Литература.

1. Исламова З.С., Бабаджанова Ш.А. и др. Клиническая характеристика иммунного микротромбоваскулита // Биофизика ва биокимё муаммолари. – 2021. – Б. 69.
2. Бабаджанова Ш.А., Исламова З.С., Курбонова З.Ч. Некоторые аспекты патологии сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных с иммунным микротромбоваскулитом // Журнал кардиореспираторных исследований. –2021. – №1. –Б. 166.

4. Исламова З.С., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Иммуно-микротромбоваскулитни замонавий даволаш тактикаси: методик тавсияномалар. Тошкент, 2021. – Б. 7-8.

5. Исламова З.С., Бабаджанова Ш.А., Курбонова З.Ч. Клиническое течение и особенности нарушения гемостаза у больных с иммунным микротромбоваскулитом // Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси. –2020. –№1. – Б. 108-111.

6. Babadjanova Sh.A., Kurbonova Z.Ch., Olimjonov J.T., Azimov E.R. Immun-mikritrombovaskulit bilan og'rigan bemorlarda koagulyatsion-gemostaz shikastlanishini baholash // Достижения современной медицины в изучении эпидемиологии инфекционных болезней. – 2021. – С. 152.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

Исламова З.С., Мусаева Н.Б.

Ташкентская медицинская академия

Геморрагический микротромбоваскулит (ГВ) — наиболее часто встречающееся заболевание из группы системных васкулитов иммунокомплексной природы [4, 10]. Высокая распространенность и неуклонный рост числа больных ВГ, тяжесть клинических проявлений, частое поражение суставов, желудочно-кишечного тракта и почек (30-50%) определяют значительную социально-экономическую значимость и актуальность этой проблемы. [2, 7, 8].

До сих пор не существует общепринятой классификации или даже согласованной терминологии васкулита. В настоящее время описано около 50 нозологических форм, и изучить их непросто. Клинические проявления васкулита разнообразны, патогенетические механизмы изучены недостаточно, остается возможным выявление только кожных поражений при разных диагнозах, а ведь под этим диагнозом могут скрываться и другие виды васкулита. Международная консенсусная конференция в Чапел-Хилле определяет васкулит крупных сосудов как васкулит, поражающий аорту и ее основные ветви чаще, чем другие васкулиты, хотя известно, что васкулит может возникать в артериях любого размера. Это определение не означает, что васкулит в основном поражает крупные сосуды, поскольку у многих больных количество пораженных средних и мелких кровеносных сосудов больше, чем количество пораженных крупных сосудов. Например, только несколько ветвей сонных артерий могут быть поражены, когда поражены многие мелкие ветви, идущие к голове и шее, такие как мелкие глазные и окологлазные артерии [6].

Системный васкулит — относительно редкое заболевание, однако в последние годы отмечается тенденция к увеличению его распространенности. Заболевание чаще наблюдается у мужчин и может развиваться преимущественно в возрасте 40-50 лет. Дебют заболевания чаще приходится на зиму и весну [3].