



**ZAMONAVIY KLINIK
LABORATOR TASHXISI
DOLZARB MUAMMOLARI**
xalqaro ilmiy-amaliy
anjuman



27 dekabr 2022 yil



O'zbekiston Respublikasi Sog'Liqli saqlash vazirligi

www.ssv.uz

Toshkent tibbiyot akademiyasi

www.tma.uz

4. Bhimraj A, Morgan RL, Shumaker AH et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19 // Clin Infect Dis. - 2020:ciaa478. doi: 10.1093/cid/ciaa478

5. Babadzhanova Sh.A. Kurbonova Z.Ch. Pathology Of Vascular-Platelet And Coagulation Hemostasis In Coronavirus Infection (Literature Review) // Eurasian Medical Research Periodical. – 2022. - №14. – С. 149-156.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

Мусаков М.С.

Ташкентская Медицинская Академия

Антифосфолипидный синдром или синдром антифосфолипидных антител (АФС) — аутоиммунное состояние гиперкоагуляции, вызванное антифосфолипидными антителами. АФС провоцирует образование тромбов как в артериях, так и венах, а также связанные с беременностью осложнения, такие как выкидыш, мертворождение, преждевременные роды и тяжелая преэклампсия. Диагностические критерии постановки диагноза АФС требуют наличия одного клинического события, такого как тромбоз или осложнение беременности, а также проведения двух анализов крови на антитела, разнесённых по крайней мере на три месяца друг от друга, которые подтверждают наличие либо волчаночного антикоагулянта, либо анти-бета-2-гликопротеина-I.

Цель исследования – Клинико-лабораторная диагностика эффективности традиционной терапии, включающей аспирин и низкомолекулярный гепарин, и комбинированной терапии, включающей альтернативные методы лечения: в дополнение к стандартной терапии – гидроксихлорохин (ГХХ), у пациентов с антифосфолипидным синдромом.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной нами цели было проанализировано 94 пациентов с подтвержденным диагнозом антифосфолипидный синдром. Пациенты, вошедшие в исследование, разделялись на 2 группы: I группа – основная (n = 41), получавшую гидроксихлорохин (низкие дозы аспирина + НМГ), и II группа – контрольная (n = 53), не получавшую гидроксихлорохин (низкие дозы аспирина + НМГ).

Лабораторное обследование пациентов включало клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмму (АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген, антитромбин-3). Трехэтапным методом определялся волчаночный антикоагулянт. Методом иммуноферментного анализа проводилось определение антифосфолипидных антител, антител к кардиолипину, b2-гликопротеину I, аннексинуV, протромбину (изотипы IgG/IgM).

Результаты исследования. Анализ частоты встречаемости спектра и

титра антител в обеих группах показал, что значимых различий при сравнении каждого типа антител между группами не выявлено, кроме антител к В2-гликопротеину-I IgG/IgM с титром 40–60ЕД/мл, что вероятнее всего связано с выборкой пациенток.

В группе I антитела к В2-гликопротеину-I IgG/IgM 40–60 ЕД/мл встречались у 15 пациентов (36,6%), в группе II – у 8 пациентов (15,1%), достоверность различия составила $p = 0,0162^*$.

Однако, при оценке частоты встречаемости таких параметров как одинарная позитивность (у пациента имеется только 1 тип антифосфолипидных антител), двойная позитивность (у пациента лабораторно подтверждено наличие 2 типов антифосфолипидных антител), тройная позитивность (у пациента в исследованиях подтвердилось наличие всех трех типов антифосфолипидных антител согласно критериям диагностики АФС), мы наблюдали значимые различия в обеих группах.

Так, в группе I одинарная позитивность встречалась всего у 18 пациентов, что составило 43,9%, в то время как в группе II – у 46 пациентов, то есть – 86,8%. Достоверность различия между группами была значимой и составила $p < 0,001^*$.

При этом двойная позитивность наблюдалась у 15 пациентов (36,6%) из группы I, и только у 6 пациентов в группе II (11,3%). Достоверность различия составила $p = 0,0035^*$, что явилось статистически значимым.

Наиболее «грозный» параметр – тройная позитивность (triple positivity), выявлен у 9 пациентов (21,6%) из группы I и всего у 1 пациента (1,9%) в группе II. Достоверность различия между группами составила $p = 0,0037^*$, что явилось статистически значимым. Таким образом, группа I включала наиболее «тяжелых» пациентов с высоким титром и превалированием двойной и тройной позитивности антифосфолипидных антител.

Мы оценили динамику титра антифосфолипидных антител, таких как антитела к кардиолипину и В2-гликопротеину I, на фоне проводимой терапии.

В группе I – у 27 пациентов наблюдались средние и высокие титры антител к кардиолипину, и у 37 пациентов – средние и высокие титры антител к 2-гликопротеину I, в группе II у 22 и 28 пациентов соответственно.

При оценке динамики уровня антител к кардиолипину и В2-гликопротеину в средних и высоких титрах до начала терапии и в конце терапии в обеих группах, мы выявили, что титр антител, как к кардиолипину, так и к В2-гликопротеину, значимо снижался в группе I, получавших гидроксихлорохин.

Так, в группе I снижение титра антител к кардиолипину достигло 22%, снижение антител к В2GPI – на 35%, в то время как в группе II не отмечено значимого снижения титра АФА (4% и 7% соответственно).

Заключение. При оценке частоты встречаемости таких параметров как одинарная позитивность, двойная позитивность, тройная позитивность мы наблюдали значимые различия в обеих группах. Динамика уровня антител к кардиолипину и В2-гликопротеину в средних и высоких титрах до начала

терапии и в конце терапии в обеих группах, было выявлено, что титр антител, как к кардиолипину, так и к В2-гликопротеину, значительно снизился в группе I, получавших гидроксихлорохин.

Литература.

1. Kurbonova Z.Ch., Babadjanova Sh.A. Laboratoriya ishi: o'quv qo'llanma. Toshkent, 2022. 140 b.

2. [https://ru.wikipedia.org/wiki/Антифосфолипидный синдром](https://ru.wikipedia.org/wiki/Антифосфолипидный_синдром)

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИНИ ТАШХИСЛАШДА КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Мустанов Ж.А., Расулов Ш.М.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Дунёда тери лейшманиози (ТЛ) бир қатор давлатлар учун жиддий ижтимоий – иқтисодий муаммолардан биридир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, ҳар йили дунё бўйича 600000 дан 1 млн. гача тери лейшманиози билан касалланган беморлар рўйхатга олинади. ТЛ касаллигида патологик жараённинг узоқ вақт давом этиши, этиотроп даво ўтказишдаги муаммолар мавжудлиги ТЛ кечишига салбий таъсир кўрсатиши мумкин бўлган ёндош касалликларни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш муҳимлигини кўрсатади.

Лейшманиоз жуда кенг тарқалган паразитар касаллик бўлиб, одамларда ва ҳайвонларда учрайди, трансмиссив характерга эга.

Касаллик аксарият иқлими иссиқ мамлакатларда учрайди. Жумладан, Ўзбекистоннинг Сурхондарё, Қашқадарё, Бухоро ва Жиззах вилоятининг айрим ҳудудларида, бундан ташқари Қорақалпоғистон Республикасида ҳам касалликнинг эндемик учоқлари бор.

Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра 350 миллион одам бу касаллик билан хасталанган. Ҳар йили 14 миллион одам касалланади ва 2 миллионга яқин янги касаллик қайд қилинмоқда. Бундан ташқари ҳар йили висцерал лейшманиоз билан 50 мингга ўлим ҳолатлари қайд қилинмоқда. Ўзбекистон Республикасида ҳозирги кунда 755 та бемор лейшманиоз касаллиги билан касалланган. Шундан 3 фоизигина фаол аниқланган. Ўзбекистонда бу касалликнинг 3 хил тури: висцерал зооноз, тери антропонози ва зооноз лейшманиози тарқалган.

Тери лейшманиозининг клиник белгилари нохусусий, даволаш эса қимматбаҳо ва мураккаблиги, айрим ҳолларда яққол интоксикация белгиларини чақирганлиги туфайли ташхис лаборатор тасдиқланиши керак бўлади.

Касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш: яраларни жойлашиши, катталиги ва сони, иккиламчи патоген микрофлорани жараёнга қўшилиши,