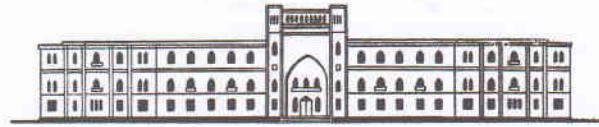


ISSN 2091-5853

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI



JURNALI

**NAZARIY
VA
KLINIK
TIBBIYOT**

5 2021

ЖУРНАЛ

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ
и КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENT

Реформы онкогематологической службы Республики в свете Постановления Президента №5130 от 27.05.2021 года	7	Reforms of the oncohematological service of the Republic according with Presidential Decree No. 5130 of 27.05.2021
Бабаджанова Ш.А., Зайнутдинова Д.Л. Частота и характеристика иммунной тромбоцитопении на разных сроках беременности.	9	Babadjanova SH.A., Zaynutdinova D.L. Frequency and characteristics of immune thrombocytopenia at different stages of pregnancy.
Шамсутдинова М.И., Сабитходжаева С.У., Гиясова М.Г., Бергер И.В. Влияние профилактики тромбоэмболизма антикоагулянтной терапией на течение и исход COVID-19.	12	Shamsutdinova M.I., Sabitkhodzhaeva S.U. Giyasova M.G., Berger I.V. Influence of thromboembolism prevention by anticoagulant therapy on COVID-19 course and outcome.
Шамсутдинова М.И., Сабитходжаева С.У., Гиясова М.Г., Бергер И.В. Коррекция анемического синдрома комбинированной терапией железом, микроэлементами и эритропоэтином у больных COVID-19.	16	Shamsutdsinova M.I., Sabitkhodzhaeva S.U, Giyasova M.G., Berger I.V. Pathogenetic correction of anemic sindrom with combination therapy with iron, trase elements and eritropoetins in patients with COVID-19.
Саматова Л.Д., Бобожонова Ш.Д., Раимова Д.А. Меры для уменьшения риска вирусной инфекции при переливании крови. (литературный обзор)	19	Samatova L.D., Bobojonova Sh.D., Raimova D.A. Measures to reduce the risk of viral infection due to blood transfusion. (literature review).
Саматова Л.Д., Бобожонова Ш.Д., Курбанова Л.Ж. TORCH - комплексы инфекций TORCH – комплекс В: клиническая диагностика и диагностика в лаборатории (литературный обзор)	22	Samatova L.D., Bobojonova Sh.D., Kurbanova L.J. Recommendations on the path of infection, clinical course and diagnosis of infections TORCH – complex B (literature review).
Шокирова Ф.Ж., Сулейманова Д.Н. Изучение анемии у женщин пожилого возраста на уровне первичного звена здравоохранения .	25	Shokirova F.J Suleymanova D.N. Study of anemia in elderly women at the level of the primary link of health-care.
Махмудова А.А., Курязов А.М., Зоиров Г.З., Хамидов Р.Н., Нурмурадov Б.У. Анализ причины возникновения и частота встречаемости гемартрозов у больных гемофилией.	28	Mahmudova A.J., Kuryazov A.M., Zoirov G.Z., Khamidov R.N., Nurmurodov B.U. Analysis of the cause and incidence of hemarthrosis in patients with hemophilia A.
Алимов Т.Р., Шевченко Л.И., Каримов Х.Я. Эффективность применения нового полифункционального кровезаменителя при острой алкогольной интоксикации.	30	Alimov T.R., Shevchenko L.I., Karimov Kh.Ya. Efficacy of a new polyfunctional blood substituting infusion medical drug for acute alcohol intoxication.
Хузхакмедов Ж.Д., Шевченко Л.И., Каримов Х.Я. Применение нового кровезаменителя реоамбрасола при геморрагическом шоке.	34	Khuzhakhmedov J.D., Shevchenko L.I., Karimov Kh.Ya. Use of a new blood substituting infusion medical drug “reoambrasol” in hemorrhagic shock.
Курязов А.М., Юлдашева Д.К., Мухаммадиев М.М., Унгаров С.Б. Факторы, способствующие развитию септического шока у больных острыми лейкозами.	37	Kuryazov A.M., Yuldasheva D.K., Mukhammadiev M.M., Ungarov S.B. Factors contributing to the development of septic shock in patients with acute leukemia.
Маликов О.М., Убайдуллаева З.И., Уришева М.М., Кодирова Д.А., Обидова М.М. Проблема лечения анемии, ассоциированной с тромбофилией, у беременных женщин.	40	Malikov O.M., Ubaidullaeva Z.I., Urisheva M.M., Kodirova D.A., Obidova M.M. Problem of treatment of anemia associated with thrombophilia in pregnant women
Толипова З.Б., Каримов Х.Я., Шевченко Л.И., Нигматова М.С. Влияние нового аминокислотного кровезаменителя на морфологические изменения печени при белковом голодании.	43	Tolipova Z.B., Karimov H.Ya. Shevchenko L.I., Nigmatova M.S. Influence of a new amino acid blood substitute on morphological changes in the liver during protein fasting.

раётган талабларга жавоб берадиган хавфсиз ва арзон кон таъминотининг мақсади трансфузион занжирдаги ҳар бир босқични энг қулай йул билан бир-бирига мувофиқлаштириш, шу жумладан донор танлаш мезонларини диққат билан кўриб чиқиш, қон топшириш, унга ишлов бериш ва уни сақлаш қоидаларига катъий риоя қилиш, мавжуд скрининг тестларни оптимал бажариш, патогенни активсизлантиришни мос усулини қўллаш ва ниҳоят ҳар бир кон куйиш зарурлигини баҳолайдиган шифокорларнинг эҳтиёт-корона хушёрлигидир. Демак халқаро тармокка уланган миллий кон назорати тизимлари кон маҳсулотлари сифати ва хавфсизлигининг ажралмас таркибий қисмига айланиб бормокда. Қон куйиш орқали даволашда хавфли кон маҳсулотларини аниқлаш ва инактивация қилишнинг сезгир ва арзон ёндашувларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш каби чора-тадбирлар ҳозирги кунгача хавф юкори ҳисобланган жойларда ҳам хавфсиз шаклга айлантуриши мумкин [3].

УДК: 616.983-06-07

TORCH - КОМПЛЕКСИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ, КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ БЎЙИЧА ТАВСИЯЛАР (АДАБИЁТ КЎРИНИШИ)

Саматова Л.Д., Бобожонова Ш.Д., Қурбонова Л.Ж.
ЎзРССВ, Тошкент Тиббиёт Академияси

РЕЗЮМЕ

TORCH инфекция относится к врожденным инфекциям токсоплазмоза, других инфекций (сифилис, гепатит В), краснухи цитомегаловируса (CMV), и простого герпеса. Они вызываются *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, *Hepatitis B virus*, *Rubella virus*, *Cytomegalovirus*, *Herpes simplex virus (HSV)* соответственно. В эту группу иногда включаются вирус иммунодефицита человека и вирус Зика. Это мероприятие подчеркивает роль межпрофессиональной команды в оценке и ведении пациентов с комплексом TORCH.

Ключевые слова: TORCH- комплекс, цитомегаловирус, токсоплазмоз.

КИРИШ

TORCH- комплекси инфекцияларига токсоплазмоз, бошқа инфекциялар (сифилис, гепатит В, иммун танқисли вирус (ВИЧ), парвовирус, сув чечак вируси), қизилча, цитомегаловирус (CMV), оддий герпес (HSV) каби туғма инфекциялар киради. Бу инфекцияларнинг ҳомилага онадан ўтиши натижасида бола туғилгач кўпгаб симптомларни юзага келтиради. Она учун ярқис эмлашлар, жинсий йўл билан юкадиган инфекциялар ва ҳомиладорлик даврида ҳайвонлардан инфекция юктириш каби хавф омиллари мавжуд.

АДАБИЁТЛАР

1. Blajchman MA, Vamvakas EC: The continuing risk of transfusion-transmitted infections. *N Engl J Med.* 2006, 355 (13): 1303-1305. 10.1056/NEJMp068178.
2. CDC: West Nile Virus, Statistics, Surveillance, and Control. Accessed:4/25/2006, [Faber JC: Haemovigilance procedure in transfusion medicine. *Hematol J.* 2004, 5 Suppl3: S74-82. 10.1038/sj.thj.6200427.
3. Laperche S: Blood safety and nucleic acid testing in Europe. *Euro Surveill.* 2005, 10 (2): 3-4.
4. Manns A, Hisada M, La Grenade L: Human T-lymphotropic virus type I infection. *Lancet.* 1999, 353 (9168): 1951-1958. 10.1016/S0140-6736(98)09460-4.
5. Pelletier JP, Transue S, Snyder EL: Pathogen inactivation techniques. *Best Pract Res Clin Haematol.* 2006, 19 (1): 205-242. 10.1016/j.beha.2005.04.00

SUMMARY

The term TORCH-complex or TORCH infection includes toxoplasmosis, other infections (syphilis, hepatitis B), measles, cytomegalovirus, herpes simplex. They are caused by *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, *Hepatitis B virus*, *Rubella virus*, *Cytomegalovirus*, *Herpes simplex virus (HSV)*, respectively. Sometimes this group also includes human immunodeficiency virus and Zika virus. This article highlights the role of the inter-professional team in the management and assessment of TORCH-complex patients.

Key words: TORCH-complex, cytomegalovirus, toxoplasmosis.

Онадаги инфекция эпидемиологик омил қалити бўлса, инфекциянинг ҳомилага ўтиши онанинг гестацион ёшига боғлиқ. HSV дан ташқари биринчи триместрдаги инфекциялар энг ёмон натижага эга.

Қўзғатувчининг юқиши плацента орқали пренатал равишда ва кон ёки вагинал ажралмалар орқали перинатал равишда содир бўлади. Туғруқдан кейинги инфекциялар одатда аҳамиятсиз. ОИВ, гепатит В ва сифилис каби бошқа инфекциялар мойиллиги бор онага жинсий йўл орқали юқиши мумкин. Қизилча

сувчечакни олдини олиш оналарни тўғри эмлаш орқали амалга оширилади [8].

Барча туғма аномалияларнинг тахминан 2-3%и перинатал инфекциялар билан боғлиқ. Инфекциянинг дастлабки белгилари ҳомиладорлик даврида, туғилганда, гўдаклик даврида ёки бир неча йиллардан сўнг кузатилиши мумкин. Туғма инфекциянинг ҳомиладорликдаги белгилари аномал ўсиш параметрлари ёки ривожланиш аномалиялари бўлиши мумкин. Ушбу вируслар учун кўплаб клиник синдромлар неонатал даврда юзага келиб, одатда макуло-папулёз, доғсимон ёки пурпурал (бинафшаранг) тошмалар кўринишида бўлади. Микроцефалия, нейросенсор карлик (айниқса ЦМВда) ва хориоретинит кузатилиши мумкин. Гепатоспленомегалия ва юрак аномалиялари кўп учрайди. Цитомегаловирусли ва токсоплазмозли онадан касалланиш 1000 та туғилишга 2тадан 10 тагача ташкил этади [3]. Қизилча оналар эмланмайдиган шундай ҳолатларда кенг тарқалган, аммо Қўшма Штатларда касаллик учраш сабаби умумий иммунизация ўтказилгандан сўнг чет элдан кўчиб келиш ҳолатлари бўлиши мумкин. Одамлар герпес вирусининг ягона кўпчилиги ҳисобланиб, янги туғилган чақалоқлар орасида HSV-2 билан касалланади, чунки у асосан жинсий аъзолар инфекциясини келтириб чиқаради. Токсоплазмознинг хавф омилларига мушуклар билан контактда бўлиш ва яхши пишмаган гўшт ёки пастеризацияланмаган сут маҳсулотлари каби нотўғри тайёрланган маҳсулотлар кирди. Ресторанга тортилган хом сабзавотлар Бразилияда токсоплазмоз келиб чиқаришига сабаб бўлган. *Toxoplasma gondii* ооцисти (кистаси) зарарланган тўқимани ютиш ёки нажас зарчасидан нафас олиш орқали юкиши мумкин. Плацента орқали юққанда туғма токсоплазмоз юзага келиши мумкин. Бу кўпинча ҳомиладорликнинг учинчи триместрида содир бўлади. Зарарланиш қанча эрта бўлса, туғма нуксонлар шунчалик оғир кечади. Сифилис плацента орқали ёки туғруқ йўлларида вертикал равишда юкиши мумкин. Яқин орада зарарланган онадан юктириш даражаси 80% дан юқори. Қизилча онага аэрозоллар орқали, ҳомилага эса плацента орқали юқади [5]. CMV онага қон куйиш, аъзолар трансплантацияси ёки шиллик қаватлар орқали юкиб, сўнгра плацента, туғруқ йўллари ёки она сути орқали ҳомила ёки чақалоққа ўтади. Узоқ вақтлар давомида ЦМВ билан бирламчи зарарланиш иккиламчи зарарланишга қараганда юқори деб баҳоланган, аммо ахирда ўтказилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, бу ҳақиқатга уйлагандек аҳамиятга эга эмас экан. HSV онага жинсий алоқа орқали, ҳомилага эса кўтарилиувчи инфекция ёки туғруқ пайтида контакт орқали юқади. Учинчи триместрдаги онанинг бирламчи инфекцияси неонатал инфекциянинг энг юқори фоизига эга. Иккиламчи қайта активланган HSVни гўдакка юкиши 10-30 баробар кам. ОИВ инфекцияси онадан ҳомилага ва туғруқ вақтида ёки туғруқдан сўнг кўкрак сути орқали гўдакка юкиши мумкин [2]. Онанинг анамнези - туғма инфекциялар хавфи бўлган бемор-

ларни текширишнинг асосий йўналиши ҳисобланади. Онанинг анамнезида тошмали ёки тошмаларсиз иситма касаллиги борлиги ва тана вазнининг камайиши шифокорни хавотирга солиши мумкин. Бундан ташқари бош мия ичи кальцификацияси каби ҳомила нуксонларини мавжудлиги онада махсус текширувлар ўтказилишини талаб қилади. Айниқса биринчи триместрдаги инфекциялар ҳомила нобуд бўлишига сабаб бўлиши мумкин. TORCH патогенларининг симптомлари қуйидагилар: тошма, туғилганда тана вазнининг камлиги, микроцефалия, юрак аномалиялари (шовкинлар), хориоретинит ва катаракта, бош мия ичи кальцификацияси. Туғма токсоплазмознинг асосий белгилари ҳомила ривожланишининг чекланиши ва туғилганда тана вазнининг камлиги, гепатоспленомегалия, сариклик, хориоретинит, интрапаренхиматоз кальцификация ва анемия. Кам ҳолларда петехия, гидроцефалия ва микроцефалия кузатилади. Туғма қизилча синдромида туғилганда тана вазни камлиги, гепатоспленомегалия, катаракта, туғма юрак нуксонлари (артериал томир очиклиги ва коринчалараро тўсиқ нуксони) ва петехиал тошмалар бўлиб, туғма нейросенсор карлик жуда кенг тарқалган. HSV камдан-кам ҳолларда ҳомила ичи инфекцияси кўринишида намоён бўлади, аммо перинатал инфекциядан келиб чиқади. Клиник белгилари зарарлангандан сўнг 10-21 кун ўтиб пайдо бўлади. Учта асосий кўриниши мавжуд: тери-кўз-шиллик қаватлар, марказий нерв тизими (МНТ) ва тарқалган касаллик. Кўпинча ҳаммада неонатал даврда иситма кузатилади. Тарқоқ касаллик тахминан бир ҳафталик ёшда намоён бўлади. Бу болаларда пуфаксимон тери зарарланиши, гипотензия, гепатоспленомегалия, летаргия каби сепсисга ўхшаш симптомлар кузатилади. Ушбу болаларда кўпинча менингоэнцефалит белгилари мавжуд. Тери-кўз-шиллик қаватлар шаклида везикуляр тошмалар ва кўпинча ҳомила бошига электродлар қўйганда ёки туғруқ вақтида қисқичлар қўлланганда жароҳатлар кузатилади. Марказий нерв тизими шакли ланжлик ва тиришишлар кўринишида намоён бўлади. Барча беморлар марказий нерв тизими касалликларига текширилиши керак. ЦМВ кенг тарқалган туғма инфекция. Инфекция одатда ҳомила ривожланишининг орқада қолиши, кам вазнлик, гепатоспленомегалия, сариклик, паравентрикуляр кальцификация, катаракта, сенсоневрал карлик, тромбоцитопения ва анемия тарзида намоён бўлади ва туғилганда петехиал тошмалар кузатилади. Сифилисда она корнида ҳомила нобуд бўлиши мумкин ёки ҳомилада истиско кузатилади. Бирламчи сифилис билан оғриган болаларнинг неонатал даврида қўл ва оёқ қафтлари терисини зарарланиши, гепатоспленомегалия, сариклик, киндик яллиғланиши (фунизит) ва бурун оқиши (тумов), суяклар рентгенограммасида периостит кузатилиши мумкин. Кечки белгиларига пешона бўртиши, юқори танглай равоғи, нейросенсор карлик, эгарсимон бурун, периорал ёриқ ва Хатчинсон тишлари кабилар кирди.

TORCH титри бу – қайд этилган патогенлар учун белгиланган IgG тестлари панели. У она зарарланганлиги ҳақида маълумот беради, лекин туғма инфекциялар билан боғлиқ якуний ташхисни қўйиш учун етарли эмас. Ҳар бир касалликни баҳолашни куйидагича: туғма токсоплазмозга гумон қилинганда, лаборатор текширувлар, тиббий маслаҳат ва радиологик текширувлар, масалан кўз зарарланган бўлса хориоретинитни баҳолаш учун офтальмолог маслаҳати, мия ичи кальцификатлари ёки гидроцефалияни аниқлаш учун нейровизуал текширувлар ўтказилиши керак. Лаборатор текширувлардан ўзига хос ва энг сезгири IgA, IgM ва IgG ни аниқлаш бўйича тестлар тўпламидир. Кўпгина мутахасислар янги туғилган чақалоқни IgG (бўёқ тести), IgM ISAGA ва IgA ELISA ёрдамида баҳолашни тавсия этадилар. Агар бола ҳали туғилмаган бўлса, онада Avidity панели тестини ёки ҳомиладорлик ҳафтасига қараб аглютинация қиёсловчи тестини ўтказиш мумкин [7]. Туғма қизилча синдромида қарлик кенг тарқалган бўлиб, аудиолог маслаҳати ва лаборатор тестлардан бурун-халқумдан суртма тарзида олинган вирус экмаси ёки чақалоқда IgMни баҳолаш керак. ЦМВ инфекцияни тасдиқлаш учун сийдик, қон, орқа мия суюқлиги ни экиш ёки ПЦР қилиш керак. Офтальмолог, аудиолог ва невропатолог маслаҳати, умумий қон таҳлили, биохимик текширувлар, жигар функционал тестлари ҳам муҳим. Оддий герпес вируси чақирган инфекцияли болалар сепсисга тўлиқ текширилиши, люмбал пункция, оғиз, бурун-халқум, конъюктива ва анусдан суртма олиш ва экиш, ПЦР, теридаги везикула суюқлиги ва қон экмаси, жигар трансaminaзаларини текшириш ва шу билан бирга офтальмолог, невролог ва сурдолог маслаҳати керак [6].

Ушбу ҳолатларнинг аксарияти ўхшаш кўринишга эга бўлганлиги сабабли болада туғма инфекцияни кўрсатадиган белгилар пайдо бўлганда, уларнинг барчаси мумкин бўлган ташхис деб ҳисобланади. Шу сабабли гестация ёшдаги болада тошма, юракда шовқин ёки кўз симптомлари кузатилса, TORCH-комплекси патогенлари ҳақида ўйлаш керак. Буларга қўшимча янги кўзгатувчи Зика вируси чақалоқларда жиддий касалликларга сабаб бўлиши мумкин. Презлампися, гипертония, чекиш, наркотик ва дори-дармонлар қабул қилиш, анемия каби онадаги омиллар ўсиш муаммоларига сабаб бўлиши мумкин. Бундан ташқари кўплаб метаболик ва генетик синдромлар TORCH-инфекцияларига ўхшаш тарзда намоён бўлиши мумкин. Улар гипотиреоз каби кенг тарқалган муаммолардан анча мураккаб ва ноёб генетик синдромларга қадар ўзгариши мумкин.

Туғма инфекцияларнинг оқибати дастлабки клиник белгилар оғирлигига қараб ўзгариб туради. Токсоплазмоз учун туғилганда мия ичи кальцификатлари ва хориоретинит каби белгилар аниқланса, талваса ва ривожланишдан орқада қолиш каби ёмон оқибатлар эҳтимоли кузатилиши мумкин. Афсуски, мактаб дисфункцияси, эшитиш ва кўриш бузилиши

ва ҳаракатнинг қўполлиги каби узоқ давом этувчи муаммолар яхши синчиклаб кузатишни талаб қилади. Туғма қизилча синдроми билан оғриган беморларда кўплаб орган тизимлари зарарланиши, шу жумладан юрак нуқсонлари, эшитишни йўқотиш, катаракта ва бош мия аномалиялари кузатилиши мумкин. Туғма ЦМВ беморларнинг прогнози ўзгарувчан. Айрим беморларда нисбатан симптомсиз кечса, айрим МНТ касалликларига чалинган болаларда нейросенсор қарлик ва ривожланишдан орқада қолиш хавфи юқори бўлади. Агар валганцикловири ўз вақтида бошласа, у ўз таъсир қийматини исботлайди [1]. Оддий герпес вирусли неонатал инфекцияда ацикловири агрессив ишлатилиши ва олти ой давомида супрессив ацикловири қўлланилиши натижасида неврологик оқибатлар нисбатан яхшиланган. Тарқалган касалликка чалинган беморлар оқибати ёмонлигича қолмоқда.

Болалардаги TORCH-инфекциялари диагностикаси учун онага билим бериш ва ҳомиланинг эрта диагностикаси жуда муҳим. Эрта аралашув ҳомиладорлик пайтида даволаганда (токсоплазмоз ва сифилис) ёки туғруқ вақтида (HSV) профилактика чақалоқ учун хавфни камайтириши мумкин. Барча туғиш ёшидаги аёллар ўз вақтида эмланиши керак, чунки бу туғма қизилча синдроми олдиди олиши мумкин. Хавфсиз жинсий алоқа ҳомиладорлик пайтида сифилис, ОИВ ва HSV юктириш хавфини йўқотишга ёрдам беради. Ҳомиладорлик даврида иситма кузатилса, дарҳол врачга мурожаат қилиш керак. Қайта ишланган овқат маҳсулотлари (гўштли консервалар) ва сифатли тайёрланган овқатларни истеъмол қилиш каби хавфсиз овқатланиш усуллари токсоплазмоз юқишининг олдиди олади. Шу билан бирга ҳомиладорлар токсоплазмоз юқиши олдиди олиш учун унитазларни ювмасликлари керак [4]. ЦМВ олдиди олиш учун ҳомиладорлар бола ёки бемор парвариши билан шуғулланмаслиги керак. Агар бунинг иложи бўлмаса, қўллар гигиенасига риоя қилиш керак.

Она ва ҳомилани назорат қилишда акушер ва неонатологлар ўртасидаги касблараро муносабатлар жуда муҳимдир. Касалликни эрта аниқлаш ва тегишли давони бошлаш она ва ҳомила касалланиши ва ўлимни камайтиради. Акушер-гинеколог онага профилактика ҳақида тавсиялар бериши керак. Радиологлар ҳомиладорлик нуқсонларини аниқлашлари ва ота-онага маълумот беришлари мумкин, шунда улар онгли равишда танлов қилишади. Неонатологлар боладаги нуқсонларни осонгина аниқлашлари ва ота-оналарга маслаҳат беришлари мумкин. Тартиб-интизомли муносабатлар жуда муҳимдир, чунки тиббий бригада ва ота-оналар ўртасида мувофиқлаштирилган муносабатларни ва кўплаб маслаҳатларни талаб қилади. Бу мақолада берилган маълумотларни тасдиқловчи яна кўплаб когорт текширувлар ва рандомизирланган клиник текширувлар, шу билан бирга тарихий когорт текширувлар мавжуд.

АДАБИЁТЛАР

1. **Amata E, Bowlin T, Brooks J, Chiang L, Hussein I, Kimberlin D, Kauvar LM, Leavitt R, Prichard M, Whitley R.** Advances in the Development of Therapeutics for Cytomegalovirus Infections. *J Infect Dis.* 2020 Mar 05;221(Suppl 1):S32-S44. [PMC free article] [PubMed]
2. **Dehager BG, Lui F.** StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Jul 26, 2020. Embryology, Teratology TORCH. [PubMed]
3. **Heston ER.** Diagnosis of perinatal TORCH infections. *Clin Obstet Gynecol.* 1999 Mar;42(1):59-70; quiz 174-5. [PubMed]
4. **Parpet C, Yudin MH.** No. 285-Toxoplasmosis in Pregnancy: Prevention, Screening, and Treatment. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Aug;40(8):e687-e693. [PubMed]
5. **Pereira L.** Congenital Viral Infection: Traversing the Uterine-Placental Interface. *Annu Rev Virol.* 2018 Sep 29;5(1):273-299. [PubMed]
6. **Pinninti SG, Kimberlin DW.** Management of neonatal herpes simplex virus infection and exposure. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2014 May;99(3):F240-4. [PubMed]
7. **Pomares C, Montoya JG.** Laboratory Diagnosis of Congenital Toxoplasmosis. *J Clin Microbiol.* 2016 Oct;54(10):2448-54. [PMC free article] [PubMed]
8. **Singh L, Mishra S, Prasanna S, Cariappa MP.** Seroprevalence of TORCH infections in antenatal and HIV positive patient populations. *Med J Armed Forces India.* 2015 Apr;71(2):135-8. [PMC free article] [PubMed]

ISSN: 616.155.194:616.055.2-053.9

ИЗУЧЕНИЕ АНЕМИЙ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шокирова Ф.Ж., Сулейманова Д.Н.
Ташкент тиббиёт академияси

ХУЛОСА

Савдори сақлашни бирламчи бўғини шароитида 60-90 бўлган 52 нафар аёлларда периферик биокимё текширувларида (зардоб темири, ферритин) 16 нафариди (30,8%) ида темир танқислик анемияси ва 36 нафариди (69,2%) ида сурункали касалликлардаги анемия аниқланди. Олинган текширувлар анемия аниқланган беморларда текширувлар тахисни тўғри қўйилишига ва касалликларда тўғри тактика олиб борилишига ёрдам берганини кўрсатди.

Калиб сўзлар: темир танқис анемия, сурункали касалликлардаги анемия, соғлиқни сақлашни бирламчи бўғини, анемиялар диагностикаси, кекса ёш, зардоб темири, ферритин

По данным экспертов ВОЗ (WHO global database of anemia, 2008), анемия является одним из 38 самых распространенных заболеваний. В мире анемией страдают около 1,6 млрд человек. В половине случаев причиной анемии служит дефицит железа (WHO, 2011), который может быть следствием недостаточности поступления его с пищей, повышенной потребности в этом микроэлементе, хронической кровопотери, нарушения всасывания.

На современном этапе пожилые люди часто направляются в стационар с диагнозом «анемия» и «анемия неясного генеза». Причины такого направления диагноза – недоступность четкого обследования пациентов с этой патологией в условиях

SUMMARY

At the level of primary health care, when conducting a study of the analysis of peripheral blood and biochemical analysis of blood (serum iron, ferritin) in 52 women aged 60-90 years, 16 (30.8%) were diagnosed with iron deficiency anemia and 36 (69.2%) anemia in chronic diseases. The results of the study show that these studies will help in making the correct diagnosis and conducting the correct tactics for anemia.

Key words: iron deficiency anemia, anemia in chronic diseases, primary health care, diagnosis of anemia, old age, serum iron, ferritin.

первичного звена здравоохранения, недостаточная координация работы стационара и первичного звена здравоохранения и недостаточная информированность участковых врачей общей практики об этой патологии у пациентов пожилого и старческого возраста, отсутствие гематологической настороженности.

Анемический синдром имеется более чем у 10% пожилых людей, причем их число увеличивается по мере старения: в возрасте старше 85 лет анемии выявляются более чем у 20% популяции [2]. Патогенез анемического синдрома в пожилом возрасте является мультифакторным, включающим дефицит железа, фолиевой кислоты, витамина В₁₂, патологию ЖКТ, нарушения эритропоэза, системное воспаление и