

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

Қўлёзма ҳуқуқи асосида

УДК 616.933.162-07/08

ХУШВАҚТОВА МАДИНА

**ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИНИНГ КЕЧИШИДА КЛИНИК
БОСҚИЧЛАРИНИ АНИҚЛАШ ВА МОС ҲОЛДА ДАВО ТИЗИМИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

5А 510 108 «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Магистрлик даражаси учун ёзилган

ДИССЕРТАЦИЯ

Илмий раҳбар:

Тиббиёт фанлари номзоди, доцент

О.Б.Рахматов

Бухоро-2020

МУНДАРИЖА

Шартли қисқартмалар рўйхати

Кириш

I БОБ. Адабиётлар шарҳи

1.1 Тери лейшманиози ҳақида умумий маълумот

1.2 Тери лейшманиозининг патогенези ҳақидаги қарашлар

1.3 Даволаш усуллари

1.4 Фототерапия

II БОБ. Тадқиқотлар материаллари ва услублари

2.1 Тадқиқот материаллари

2.2 Тадқиқот усуллари

2.3 Статистик услублар

III БОБ. Тадқиқот натижалари

3.1 Тери лейшманиози билан оғриган беморларда яраланишгача бўлган даврда эрта ташхис қўйиш учун эпидемиологик, клиник ташхисот усулини такомиллаштириш мақсадида анкета тарқатилган ҳудудларда унинг самарадорлигини баҳолаш

3.2 Зооноз тери лейшманиозининг эрта тугунли, эрозияланиш ва яраланиш босқичида этиотроп даво чораларини танлаш мақсадида 0,05% Метилен кўки эритмасининг АЛТ Восток модел-03 орқали маҳаллий таъсирини баҳолаш

3.3 Тери лейшманиозининг эрта тугунли, эрозияланиш ва яраланиш босқичида этиотроп даво чораларининг клиник-лаборатор натижаларини аниқлаш

Хулоса

Фойдаланилган адабиётлар

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ТЛ- Тери лейшманиози

ЗТЛ- Зооноз тери лейшманиози

МК- Метилен кўки

ФДТ- Фотодинамик терапия

ФС- Фотосенсибилизатор

ЖССТ- Жаҳон соғлиқни сақлаш тизими

КИРИШ

Муаммонинг долзарблиги:

Тери лейшманиози ҳозирги кунга қадар долзарб муаммо бўлиб келмоқда. Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига қараганда тери лейшманиози дунёнинг 80 дан ортиқ мамлакатларида учраши қайд этилмоқда.

Ҳозирги кунда Ўрта Осиё давлатларида вицерал ва тери лейшманиозининг шаҳар тури етарлича йўқотилган. Аммо тери лейшманиозининг қишлоқ (ярали) тури ҳар йили кўплаб қайд қилинаётганлиги билан ҳудудда учраётган касалликлар орасида алоҳида ўрин эгаллаб келмоқда.

Лейшманиоз энг кенг тарқалган паразитар касаллик ҳисобланиб соғлиқни сақлаш тизимининг муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Ўзбекистон Ўрта Осиёда ТЛ билан касалланиш бўйича ҳар доим юқори кўрсаткичларни эгаллаб келади.

Жумладан, Бухоро ва Қашқадарё вилоятида лейшманиоз касаллигининг учраш даражаси республикамиз вилоятлари ичида биринчилар қаторида турибди. Чўл ҳудудларида эндемик ўчоқларнинг мавжудлиги ва шу ўчоқларда касалликнинг мавсумий тарқалишининг олдини олиш чоралари, мойил гуруҳ шахсларнинг эндемик ўчоқларда бўлишлари, бу касаллик билан курашишнинг долзарблигини ошириб бормоқда. Тери лейшманиозининг эрта диагностикасини такомиллаштириш ва кечишида клиник босқичларига мос ҳолда даволаш усуллари етарлича йўлга қўйилмаган бўлиб, айтилиши вақтда эрта диагностикасини ҳамда ҳар бир клиник даврида мос ҳолда даволаш усуллари ишлаб чиқиш ва касалликнинг чўзилиб кетишининг олдини олиш долзарб муаммолардан ҳисобланади.

Касалликни камайтиришга қаратилган комплекс профилактика чоратадбирларга қарамасдан тери лейшманиозини тўлиқ йўқотишнинг иложи бўлмапти, шу билан бирга бу кунга қадар даво чораларининг етарлича самарадорлиги бўлмаётгани долзарблигича қолмоқда.

Ҳозирги даврда олиб борилаётган ишлар жароҳат инфекцияларини даволашнинг янги усулларини топишга қаратилган.

Муаммонинг ишлаб чиқилганлик даражаси: Олиб борилаётган илмий изланишнинг асосий муаммоларидан бири зонооз лейшманиоз кўзгатувчиларига етарлича этиотроп дори-дармон ва усулларнинг ишлаб чиқилмаганлиги. Шу мақсадда зонооз тери лейшманиозни даволашда этиотроп таъсир қилувчи метилен кўки препаратини АЛТ-Восток модел-03 аппарати билан фотодинамик даво усулини қўллаш самарадорлигини кўриш.

Ишнинг мақсади: Тери лейшманиозининг кечишида эрта диагностика қилиш учун клиник босқичларини аниқлаш ва мос ҳолда даво тизимини такомиллаштириш.

Қўйилган вазифалар:

1. Тери лейшманиози билан оғриган беморларда яраланишгача бўлган даврда эрта ташхис қўйиш учун эпидемиологик, клиник ва лаборатор ташхисот усулини такомиллаштириш.

2. Тери лейшманиозининг эрта тугунли ва яраланиш босқичида этиотроп даво чораларини танлаш. (Метилен кўкини АЛТ Восток модел-03 аппарати ёрдамида қўллаш)

3. Тери лейшманиозининг эрта тугунли ва яраланиш босқичида этиотроп даво чораларининг клиник натижаларини баҳолаш.

Тадқиқот объекти ва предмети: диссертация ишида тадқиқот объекти бўлиб зонооз лейшманиознинг эрта туганчали шакли билан оғриган ва эрта диагноз қўйилган беморлар, ҳамда зонооз лейшманиознинг яраланиш даврида аниқланган 120 нафар беморлар ҳисобланади. Тадқиқот ишини олиб боришда эпидемиологик анамнез ва эндемик ўчоқларда тарқатма материаллар орқали беморларни эрта аниқлаш ва аниқланган беморларда касалликнинг эрта босқичида асосий гуруҳ сифатида лаборатор текширувлар натижасида диагнозни асослаш ётади. Зонооз лейшманиози аниқланган беморларнинг асосий гуруҳида метилен кўки билан АЛТ Восток модел-03 фотодинамик даво усулини ўтказиш ва унинг самарадорлигини аниқлаш.

Илмий тадқиқот методлари: диссертация ишини бажарилишида эпидемиологик, клиник, паразитологик, лабаратор ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Кутилаётган илмий янгилик: мазкур илмий изланиш тери лейшманиозининг эрта диагностикасини аниқлашда, шу билан биргаликда тугунли ва яраланиш босқичида эрта қўлланган этиотроп даво чоралари ҳисобига (метилен кўкини АЛТ Восток модел-03 аппарати билан фотодинамик даво) жараённинг секинлашишига эришилади. Яраланишнинг ўлчамини ва ундан кейинги қоладиган атрофик чандиқланишни камайтиришга олиб келади. Регенерацияланишни тезлаштириб касаллик давомийлигини камайтиради.

Илмий изланишнинг амалий аҳамияти: ханузгача зонооз тери лейшманиози билан касалланган беморларга этиотроп таъсир этувчи самарали даво усулининг йўқлиги ва метилен кўкини АЛТ Восток модел-03 аппарати билан (фотодинамик даво усулини) яраланган соҳага қўллаш орқали яраланиш даврининг давомийлигини қисқартиришга эришиш.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилиниши: диссертация мавзуси бўйича жами 5 та чоп этилган илмий иш, жумладан, миллий журналда 1та, хорижий журналда 1та илмий мақола, шунингдек, 3та тезис нашр этилган.

Диссертация ишининг тузилиши ва ҳажми: диссертация кириш, адабиётлар шарҳи, тадқиқот материаллари усуллари, уч бобдан иборат шахсий кузатувлар, муҳокама, хулоса, амалий тавсиялар ва адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация иши 70 саҳифа матнда баён этилган бўлиб, 4та жадвал ва 7та расм билан иллюстрацияланган.

I БОБ. Адабиётлар шарҳи

1.1 Тери лейшманиози ҳақида умумий маълумот

Тери лейшманиози (Баровский касаллиги, ёмон яра) жуда кенг тарқалган паразитар касаллик бўлиб, эндемик трансмиссив характерга эга. У аксарият иқлими иссиқ бўлган ўлкаларда учрайди. Ўзбекистоннинг Сурхондарё, Қашқадарё, Самарқанд, Навои, Хоразм, Бухоро ва Жиззах вилоятининг айрим ҳудудларида бундан ташқари, Қорақалпоғистон Республикасида ҳам касалликнинг эндемик ўчоқлари бор.

МДХ давлатларидан, айниқса, Туркменистоннинг барча ҳудудларида касаллик кенг тарқалган. Тожикистон ва Кавказorti республикалари, жумладан, Озарбайжон ҳам бундан мустасно эмас. Касалликнинг турлича синонимлари мавжуд: масалан, Баровский касаллиги, Пендин, Ашхобот, Афғон, Боғдод яраси. Яна айтиш жоизки, касаллик қаерда учраса шу жойнинг номи билан аталган.

Қадимдан Марказий Осиёда асосий эндемик ўчоқ Афғонистон, Ўзбекистон, Туркменистон, Қирғизистон ва Қозоғистон республикаларига тўғри келган.

Лейшманиоз одамларда ва ҳайвонларда учрайдиган трансмиссив протозой касаллик бўлиб, қузғатувчиси лейшманийлар ҳисобланади. Касаллик искабтопар чивинлар орқали юқади. Лейшманиоз бутун дунё бўйича 98 та давлатларда эндемик ҳолда учрайдиган, тропик касалликдир [11,20,28,43,44].

ЖССТ нинг маълумотиға кўра 350 миллион киши бу касаллик билан касалланган. Ҳар йили 14 миллион киши ушбу касаллик билан касалланади. Ўзбекистонда тери лейшманиози ва зооноз лейшманиоз тарқалган [3]. Зооноз ёки ўткир некротик тери лейшманиози (синоними: қишлоқ лейшманиози, пендин яраси, шарқ яраси, ўткир некротик лейшманиоз, мурғоб яраси) [56]. Тери лейшманиози : Ўрта Осиёда (Туркменистон, Ўзбекистон) Кавказorti, Афғонистон, Яқин Шарқ ва Африка давлатларида тарқалган. Тери лейшманиози туризм ривожланиши билан нафақат эндемик ҳудудларда

балки бошқа географик ҳудудларда ҳам тез-тез учрамоқда. Эндемик ўчоқлар асосан чўл ҳудудлардаги қишлоқ ва шаҳар чеккаларида учрайди [4]. Ёзги мавсумий касалланиш искабтопарларнинг фаоллик даври билан боғлиқ.

Инфекция манбаи лейшманиознинг хилига боғлиқ. Жумладан, зооноз қишлоқ типига касаллик манбаи бўлиб, умуртқали кемирувчи ҳайвонлар – катта қумсичқон, қизил думли қумсичқон, юмронқозиқ ҳисобланса, шаҳар типига эса бемор одамдир. Тери лейшманиозининг зооноз турида касалликнинг инкубацион даври бир неча кундан икки ойгача муддатни ташкил қилади. Касалланиш юқори чўққисига етган эндемик зоналарда инкубацион давр 5-15 кун бўлиши мумкин. Ушбу муддат ўтгач, чивин чакқан жойда дўмбоқча (бугарок) вужудга келиб, улар катталашишга мойил бўлади. Уларнинг консистенцияси қаттиқ инфилтратланган бўлиб, ранги қизғиш, бир оз кўкимтир, ўткир яллиғланган характерли бўлиши билан биргаликда бироз оғриб туради. Думбоқчалар аввалига қизғиш тусли ясси бўлади, кейинчалик конуссимон шаклга киради ва катталиги 2-4 мм га етади, фурункулни эслатади. Фақатгина улар фурункулдан ҳажмининг кичиклиги, зичлигининг камлиги ва нисбатан оғриқнинг зураймаслиги билан тафовут қилади. Умуман олганда думбоқчаларнинг инфилтратланиши касалликнинг 2-3 кунига бориб 7-8 мм, баъзан 14-18 мм гача ҳажмни эгаллайди. Инфилтратланишнинг кенгайиши ҳисобига яллиғланиш ва шиш дўмбоқчанинг перефириясига қараб ёйилиб боради. Думбоқчали босқич якунида унинг марказидан зудлик билан кечадиган некротизланиш бошланади. Унинг юзаси қора қутир пўст билан қопланиб туради. Кейинчалик 2-4 см катталиқдаги яралар юзага келадию уларнинг қирраси нотекис, йиртилган, маркази чуқурлашиб атрофига ёйилишга мойил бўлади. Аксарият ҳолларда даволанмаган яраларнинг ичи некротик-йирингли ва ёпишқоқ қонли масса билан тўлиб туради. Одатда тери лейшманиозида яралар гир атрофидаги тўқималар худди фурункулдаги каби яллиғланиб шишиб кетади. Лекин фурункулга нисбатан кам оғриши ва яра марказида ўзакли некротик йиринг бўлмаслиги билан фарқ қилади. Ундан ташқари, лейшманиозда яранинг яна

бир ўзига хос хусусияти бор, бунда яранинг некротик юзаси очилиб кетганидан сўнг ҳам оғриқ давом этади, хатто у кучаяди. Инфилтратланган яра атрофидаги некрозланган тўқиманинг ажралиши кучайиб боради. Баъзан некрозли-некротикли шилимшиқ ёпишиб қолади. Шунинг учун зооноз тери лейшманиозининг бундай кўриниши фурункулоид-некротик лейшманиома дейилиши одат бўлиб қолган.

Дўмбоқчанинг инфилтратланган перефирик қисми худди юлиб олгандан нотекис некрозланиб кўчиб боради. Бунга кейинчалик янги ўчоқлар ҳам қўшилиб кетади. Оқибатда яраларнинг диаметри 1-2 см дан 3-4 см гача этади.

Некротик массадан озод бўлган яраларнинг қирралари нотекис бўлиб, кўринишидан йиртилган терини эслатади.

Хуллас, юқорида таъкидланганидек касалликнинг клиник кечишида хасталикнининг ярали даври бемор даволанмаганда 2 ойдан 4 ойгача давом этиши мумкин. Лекин беморларнинг индивидуал аҳволи, яраларнинг жойлашган ўрнига қараб, ушбу муддат турлича кечади.

Тери лейшманиозининг кенг тарқалганлиги буюк аллома, шифокор Абу Али ибн Синонинг „Тиб конунлари„да алоҳида акс эттирилган. Бунда Балх язваси, уни даволаш методлари ва энг асосий муҳим фикр бу касалликнинг зарарланган чивин чаққанида юқиши ҳақидаги фаразлар бор. Буюк ватандошимизнинг бу фикри XX асрнинг 20-30 йилларда экспериментал равишда ўз тасдиғини топди [60].

Ҳозирги даврда Ўрта Осиё шаҳарларида вецирал ва тери (шахар тури) лейшманиози деярли йуқотилган, лекин зооноз тери лейшманиози ўз ўрнига эга [24, 31].

Лейшманиоз асосан иссиқ иқлимли ўлкаларда эндемик тарқалаган трансмиссив касалликдир. Тери лейшманиози ёки Боровский касаллиги лейшманийлар билан зарарланиб бўлган қон сўрувчи флеботомус чивинлари одамни чаққанида юқади. Трансмиссив касалликлар гуруҳига киради. Асосий эпидемиологик ўчоқлар бу- Ўзбекистон ва Туркменистон ҳамда

Қозоғистоннинг бир қанча ҳудудларидир. Бу воҳаларда касалликнинг пайдо бўлиши аҳоли касалланиш даражаси турли хил ва уларнинг ҳар бирида ўзига хослик мавжуд. Бундай ҳолат аҳоли яшаш жойлари ва табиий ўчоқларнинг жойлашувига, аҳолининг ўчоқлар билан мулоқот даражаси ва иммунитетга боғлиқ [22].

Тери лейшманиозининг тарқалиши кўп жиҳатдан маълум бир географик минтақада жойлашган маҳаллий ҳудуднинг экологик шароитига, ҳамда манба билан қузғатувчининг бир-бири билан, берилувчан организм билан ташувчининг узаро таъсири сабаб бўлади. Бу эса айнан шу ҳудудларда доимий равишда профилактика ва эпидемияга қарши чора тadbирларни такомиллаштиришни талаб этади. Диагноз қўйишда касаллик тарихини ўрганиш, бемор эпидемик ўчоқда бўлган бўлмаганлигини аниқлаш катта аҳамиятга эга. Касалликнинг клиник манзараси, яралар четларида жойлашган лимфангитлар, яраларнинг некрозланиши, атрофдаги тўқима грануляциялари, безиллаган оғриқ шунингдек, лабаратория текширувида касаллик қузғатувчиси борлигини аниқлаш эса ташхис тўғри эканлигининг кафолатини беради [14]. Статистик маълумотларга қараганда охириги 5 йил ичида (2012-2016) республикада тери лейшманиози билан рўйхатга олинган касаллар сони 3,7 маротаба ошган ва 2012 йилда 213 тадан 2016 йилда 800 тага етган. Интенсив кўрсаткич 2,5 га тенг бўлди. Тери лейшманиози энг кўп учрайдиган эндемик ўчоқлардан бири Бухоро вилояти ҳисобланади. Сўнги 2016 йил давомида Бухоро вилоятида тери лейшманиозининг учраши 1,5 баробарга ошиши кузатилди ва интенсив кўрсаткич 5,8 ни ташкил қилди ва бу республика кўрсаткичидан 2 баробарга кўплигини (Республикада 2,5) кўрсатди. 2014 йилда рўйхатга олинган касаллар сони 50 тани, 2015 йилда 66 тани ташкил этган бўлса 2016 йилга келиб 105 та бемор рўйхатга олинди, яъни касалланиш 39 тага кўпайган. 2016 йилнинг ўзида касалликнинг энг юқори интенсив кўрсаткичи Қоровулбозор туманида кузатилиб у 29,2- га Вобкент туманида 13,8- га Шофирконда 9 га Когонда 8,5- га Пешкуда 7,9- га Жондорда 7,4- ва Олотда 6,5- га тенг бўлди.

Қолган туманларда бу кўрсаткич 1,7 дан 4,6 гача тенг, яъни бу туманларда вилоят бўйича кўрсаткич паст бўлди. Вилоятда асосан зооноз тери лейшманиози кузатилган. Касалланганларнинг асосий қисмини (53%) 14 ёшгача бўлган болалар ташкил этди. Тери лейшманиозининг думбоқча шакли 32%, ярали шакли 48%, лимфангоит билан асоратланган шакли 20% беморларда кузатилди. Беморларнинг 60% да ўчоқларнинг иккиламчи йирингли инфекция билан асоратланганлиги қайд қилинди [19].

Шуни таъкидлаш керакки, табиий қўзғатувчилар жойлашув тури ва характери ўзгариши билан, москитларнинг янги яшаш жойлари пайдо бўлади [13]. Кўп йиллик ЗТЛ касалланишлар анализи шуни кўрсатадики, ҳар 5-7 йилда кўтарилишлар кузатилади ва 2-3 йил давом этиши мумкин [21].

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, ЗТЛнинг инфекция манбаи бу катта қумсичқон ва қизил думли қумсичқони, ташувчиси эса москитлардир (*Phlebotomus paratasi*). Катта қумсичқонининг тери лейшманиозини келтириб чиқариши ҳар хил ўчоқларда 12,3 % - 98,2% гача, қизил думли қумсичқониники эса 9,2% -15,2 % эканлиги кўрсатилиб ўтилган. Касалликка клиник, қолаверса, лаборатор ташхис қўйишда ҳасталикнинг тарқалиши ва географик харитасини билишнинг аҳамияти катта. Авваламбор қўзғатувчини ташишга мослашган чивинлар ҳаёт цикли ва фаолиятини амалга оширишда иссиқ ҳавонинг ўрни бор. Кундалик ҳавонинг ўртача ҳарорати +20 С дан паст бўлмасагина чивинлар лейшманияларни ташиш имконига эга бўлади ва улар чивинлар ичагида ривожланади. Шунинг учун ҳам тери лейшманиозининг эндемик учоқлари тропик ва субтропик давлатларда учрайди [23].

Касалликнинг клиник кечишида ҳасталикнинг ярали даври бемор даволанмаганида 2 ойдан 4 ойгача давом этиши мумкин. Лекин беморнинг индивидуал аҳволи, яраларнинг жойлашган ўрнига қараб, ушбу муддат турлича кечади.

Касалликнинг энг кўп тарқалган махсус асоратларидан бири бу – кейинги думбоқчаларнинг юзага келишидир. Одатда яралар пайдо бўлгандан кейин ёки сал кечроқ очилмаган инфильтратлар атрофидан ёки уларга яқин

жойларда якка-якка, баъзан бир нечта, катталиги 2-5 мм ли дўмбоқчалар пайдо бўлади. Дўмбоқчаларнинг шакли юмалоқ, ранги эса тўқ-қизил бўлиб, кўзга ташланади.

Дўмбоқчалар асосий лейшманиома билан қўшилиб кетиши ҳам мумкин ва яраларнинг нотекисланишига сабаб бўлади. Дўмбоқчалардан олинган суртмаларда асосий яраларга қараганда кузғатувчининг сони кам бўлади. Одатда зооноз кишлоқ типдаги лейшманиозда 75-80% ҳолатларда дўмбоқчалар пайдо бўлади.

Лейшманиознинг яралари стадиясидаги махсус асоратларидан бири бу – лимфангит ва лимфаденит ҳисобланади. Одатда улар яралари даврнинг иккинчи ярмида пайдо бўлади. Лейшманиялар лимфа томирлари орқали ҳаракат қилади ва (миграцияси бошланади) лимфа тугунларигача етиб боради. Оқибатда лимфа безлари яллиғланади. Зарарланган тугунларнинг катталиги кичик нухат донасидан катта ёнғокдек бўлиши мумкин, бошида улар унчалик оғримайди. Лимфа безлари устидаги тери коплами аввалига таранг бўлиб тортилади, сўнгра безлар катталашган сари тери юзаси бир оз ёпишиб кўкимтир-қизилнамо тусга киради. Кейинчалик тугунлар консистенцияси худди хамирга ўхшаб бўшашади ва оғрийдиган бўлиб қолади. Яллиғланиш кучайиб боради ва баъзи тугунлар ҳатто яраланиши ҳам мумкин. Қолганлари эса узоқ вақт сақланиб туради. Носпецифик асоратларнинг ривожланиши бемор организмнинг индивидуал қаршилигига боғлиқ. Лекин бу муаммонинг иккинчи томони ҳам бор. Бу ҳолат лейшманиозда яралар кўпроқ тананинг қайси соҳаларига жойлашганлиги билан ҳам баҳоланади.

Агарда лейшманиозли яралар беморнинг тиззаси, тўпиғи юзасида ёки тирсаги юзасида жойлашган бўлса, унда беморлар меҳнат қobiliятларини анча вақтгача йўқотади. Доимий равишда бўғимлар устидаги яраларнинг қайта-қайта травмаланиши яралардаги эпителизация жараёнини сустлаштиради. Иккиламчи пиококк инфекциянинг ривожланишига сабаб бўлади. Бундай вазиятларда яралар атрофи яллиғланиб шишади, ранги

кизилнамо кўкимтир тусга киради ва оғриқ ортади. Баъзан беморларнинг тана ҳарорати кўтарилади, умумий аҳволи ёмонлашиб бўшашиб қолади. Ҳатто пиоген лимфангитлар ривожланади. Жараён ўткир кечади, фақатгина антибактериал терапия ёрдамида бир неча кун ичида яллиғланиш пасайтирилади.

Ўзбекистон ҳудудида тери лейшманиозининг 3 та тури яъни *L.majore*, *L.turanica*, *L.gerbilli* турлари ажратиб алоҳида таъкидланган[17].

Одамда зооноз тери лейшманиозини фақат *L.majore* келтириб чиқаради, лекин чегараланган тадқиқотларнинг маълумотига қараганда, *L.turanica* одамда дерматознинг абортив турини келтириб чиқаради ва кейинчалик бу *L.majore*ни ривожланмаслигига олиб келади [26].

Лейшманиоз қайси бир туридан катъий назар икки босқичли ҳаёт циклини ўтайди; Хивчинсиз (амастигот) хужайра ичида (одам танаси ва талоқ, жигар, суяк кумиги, лимфа тугунлари, макрофагларда) ва хивчинли (промастигот) ҳаракатли (ташувчи москитларнинг ичак бушлигида). Амастигот лейшманийлар овал ва юмалоқ формали, 3-5 мкм. Промастигот ҳаракатли формаси хивчинли (узунлиги 10-20 мкм, эни 4-6 мкм) кўринишга эга [70].

Лейшманиоз яраларининг локализацияси экоташувчиларнинг трансформациясига боғлиқ. Мисол қилиб олганда Х. М. Мутафоев ва бошқаларнинг тадқиқотларида лейшманиоз билан касалланганларда лейшманиоз яраларининг тананинг юз қисмида қўл оёққа нисбатан камлигини кузатади [38,39].

Шуни таъкидлаш керакки, тери лейшманиози турғун, бир умрлик иммунитет ҳосил қиладиган паразит касалликлар қаторига киради. Лейшманиозлар хужайра ичи паразитлари бўлиб хўжайиннинг гистиофагоцитар хужайрасига кириб олиш, трансформация қилиш, кўпайиш, яшаш қобилиятига эга бўлганлиги учун организмнинг жавоб реакцияси ўзига хос хусусиятларга эга [65].

1.2 Тери лейшманиозининг патогенези ҳақидаги қарашлар

Лейшманийлар терига кирган жойда макрофаглар ичида кўпаяди ва махсус гранулемалар лейшманиома ҳосил қилиб ўчоқли яллиғланишга сабаб бўлади. Лейшманиомалар макрофаглардан, эпителиал ва плазматик хужайралардан, лимфоцит ва фибробластлардан ташкил топган бўлади. 1-3 ҳафтадан кейин гранулемалар деструкцияланиб яраларни ҳосил қилади. Лейшманийлар кўп ҳолларда лимфоген йўллар орқали тарқалиб лимфангит ва лимфаденитни келтириб чиқаради.

Тери лейшманиозда турғун иммунитетнинг ҳосил бўлиши, тери лейшманиози билан касалланган беморларда 2-ойдан ҳосил бўлади. Организмда специфик иммунитетнинг аста-секин шаклланиши лейшманийларни организмдан тозаланишига сабабчи бўлади [49,50].

Ҳап шундаки, тери лейшманиозда иммунитет ҳақидаги тушунчалар бир неча йилдан бери муҳокама қилинади [16,42]. Кўпчилик авторларнинг тушунтиришича, тери лейшманиозда турғун иммунитетнинг ҳосил бўлиши, касалликка нисбатан одам организмнинг хужайра, иммун жавоби [61]. Тери лейшманиозда специфик антителаларнинг синтез қилинишида хужайравий иммунитет билан бир қаторда гуморал иммунитетнинг ҳам аҳамияти катта [123]. *In vitro* тадқиқотларда хужайравий иммунитетнинг ҳосил бўлиши антителалар ишлаб чиқишига боғлиқлиги аниқланган. В- лимфоцитларнинг периферик қонда ўз вазифасини йўқотиши иммунокомпонент хужайралар кооперациясининг бузилиши ҳамда қоннинг супрессив активлигининг ошишига боғлиқ [35]. Организмнинг иммун жавоби билан боғлиқ бўлган зиддиятлар кўп ҳолларда иммун статусни аниқлашда турли хил лаборатор методларнинг қўлланилиши, антигенларнинг ўзига хослиги ва ҳаттоки лаборатория ишчиларининг субъективлигига ҳам боғлиқ [16]. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, иммун статусни текширишдаги заруриятлар, турғун иммунитетнинг ҳосил бўлишидаги саволларнинг ечилишида, тери лейшманиозини асоратли формаларининг ривожланишида, (хусусан металеишманиоз) иммун статусни ўрганишдаги заруриятларни кўрсатади [118].

Иммунитет ривожланишининг асосий масалаларига индивидуал профилактика киради, бунда лейшманиознинг вирулент формаларидан тайёрланган эмлашлар асосий роль ўйнайди [81,97].

Тери лейшманиозининг потогенетик асосланган давосини ишлаб чиқишда асоратли формаларининг тез-тез учраши организмнинг иммун тизими билан боғлиқлиги (иккиламчи иммунодефицит ҳолати), яллиғланиш цитокин бузилишлар оқибатида эканлигини ҳисобга олиш керак [18]. Зооноз тери лейшманиозининг кечиши турли хил клиник кўринишда намоён бўлади, лимфа тугунлар ва лимфа томирларда регионар яллиғланишлар кузатилиб улар катталашади. Беморларда кўпинча жиддий эстетик ва психологик муаммоларни келтириб чиқаради. Даво режаси ҳар бир беморга нисбатан индивидуал тузилади. Бунда яраларнинг жойлашган ўрни, уларнинг катталиги ва сони, асоратланган ва асоратланмаганлиги эътибордан қолмаслиги лозим [29]. Абидова З.М ўз тадқиқотларида тери лейшманиози билан оғриган беморларнинг қон таҳлилида азот оксидининг қон зардобда назорат гуруҳига нисбатан 1,5 баробар ошганлигини ва бу кўрсаткич тери лейшманиозининг асоратли формаларида яна ҳам баландроқлигини аниқлайди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, тери лейшманиозини даволашда комплекс терапияни қўллашда қон зардобдаги азот оксиди миқдорини ҳисобга олиш кераклигини айтиб ўтади [2].

1.3 Даволаш усуллари

Л.М. Исаева (Самрқанд шаҳри) номидаги паразитология институтида олиб борилган оммавий лейшманиозга қарши эмлашлар ўзининг эпидимиологик самарасини кўрсатди [30,58].

L.major га қарши иммунизацияда айрим ҳолларда бактериал қўшимчаларни қўшиб комбинациялашган вакциналар қўлланилди [112].

Лейшманиозга қарши кенг доирадаги профилактика ишларини олиб боришга қарамасдан лейшманиозни тўлиқ йўқотишни иложи бўлмаётганлиги бугунги кунда долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда [65,66].

Тери лейшманиози билан касалланган беморларни самарали даволашда қўлланиладиган дори воситалари устида изланиш актуал муаммо бўлиб қолмоқда [91,120].

Кўп йиллик тажрибалардан маълумки, бактериал инфекциялар, айниқса, стрептококклар ва тилла ранг стафилококклар лейшманиозни ярали жараённинг асоратланишида катта роль ўйнайди.

С.М. Ходжаева ўз мақоласида лейшманиоз касаллиги билан оғриган беморларнинг клиник белгилари, ташхисоти ва даволашни ёритган. Лейшманиоз касаллигининг зооноз турида текширув ва этиологик даволаш ўз вақтида ўтказилганда самарали натижа беришини айтиб ўтган. У қуйидагиларни тавсия қилган: Sol.Ceftriaxonі 1.0 м/о кунда 2 маҳал. Sol.Actovtginі 2.0 м/о кунда 1 маҳал.Sol. Vit B1,B6 1.0 м/о кунора N5. Tab.Doxycyclinі 0.1 1таб кунда 2 маҳал.Tab.Diazolinі 0.1 ½ кунда 2 маҳал. Tab.Delagilі ½ табдан кунда 1 маҳал.Tab.Nistatinі 500.000 ЕД ½ табдан кунда 3 маҳал. Маҳаллий: Фурацилин билан примочка, анилин бўёқлари, 10% дерматоловая мазь, 10% ихтиол мази [52].

Тери лейшманиозини даволаш учун бир неча хил кимёвий препаратлар, антибиотиклар, жарроҳлик муолажалари, иммунобиологик дори воситалари, физик даволаш усуллари (криотерапия, термотерапия), энзимотерапия, фитотерапия каби даволаш усуллари қўлланилмоқда [93,97].

Дунёнинг кўпгина давлатларида қўлланиладиган дори воситаларидан 3-5 валентлик антимониатларнинг карбонгитлар билан ҳосил қилган бирикмаларидир: (фуадин, (стибофен), стибенил, уреастибамин, глюкантим, пентостам) [86]. Пентостам (содиум стибоглюконат) ва глюкантим (меглубина антимониат) бу икки эквивалент препаратлар бўлиб, ТЛ даволашда ишлатилади [87].

Антимониат терапияни эффективлигини ошириш мақсадида кунлик қабул қилаётган миқдорни ошириш ёки даво курсини узайтириш каби кўплаб ўзгартиришлар киритилди [105].

Авторлар тавсиясига кўра, даволаш сурьма препаратларни кунда 20 мг/кг 20 кун давом эттириш, 6 ҳафтадан сўнг клиник текширув ўтказиш ва 1 йил давомида рецидивларни олдини олиш мақсадида беморлар кузатувда бўлишди. Пентоспан мушак орасига ва вена ичига инъекция кўринишида қўлланилади. Инъекциялар секин (5 мин кам эмас) ва керакли игна диаметрда (тромб ҳосил бўлмаслиги учун) юборилади [116].

Америкалик авторларнинг тадқиқотларида антимониатларни ишлатилганда ТЛ да 60%-90% соғайиш кузатилган [90,122].

Яқин Шарқ давлатларида ҳам шунга ўхшаш антимонопиялар билан кузатувлар олиб борилди. Ben Salax A. et Al. рандомизацияланган кузатувлар олиб боришганда, Тунисда яшовчи аҳоли орасида ТЛ билан касалланган (кўзгатувчиси L.major.) 111 нафар бемор ўчоғига глюкантим юборилиб самарадорлиги кузатилган, назорат гуруҳи эса плацебо қабул қилган. Ўтказилган даво курсини 15, 45 ва 105 суткасида клиник ва паразитологик самарадорлик кузатилганда ҳар икки гуруҳда ҳам фарқ кузатилмади, шуни инобатга олиб кўрсатилган даво самарасизлиги исботланди [103].

Африка давлатларининг айрим адабиётларида ТЛ даволаш бўйича маълумотлар бор. Алжирда 200 нафар ТЛ билан касалланган беморларга (қўзғатувчиси *L.major*) 60 мг/кг/сут глюкантим препаратини 15 сутка давомида қабул қилишди. Клиник даво ҳар иккала гуруҳда 1 ой давомида 48% ни кўрсатди [85]. Кенияда 10 нафар ТЛ билан касалланган беморлар пентоспам препарати билан 15 мг/кг/сут 30 кун давомида даволанилди, 2 ойдан 6 ойгача кузатилаётган беморларнинг ярмида тўлиқ тузалиш кузатилмади [73]. Суданда 110 нафар ТЛ билан касалланган беморларнинг оғир кўринишида (қўзғатувчиси *L.major*) пентоспан препаратини 600 мг/кг/сут 21-30 кун давомида берилди. Даво охирида клиник соғайиш 108 та касалда кузатилди [72]. Gurel M.S.et al 55 нафар ТЛ билан касалланган беморга пентоспан преператини яранинг ўзига жўнатишди. Даво курси кунора 10 та инъекцияни ташкил қилди. Авторлар 92% беморда ҳолат яхшиланганлигини таъкидлашди [100].

Л. Д. Тищенко резистент формали ТЛ билан касалланган беморларни комплекс даволаш таклифини киритишди. Бунда катталарга м/о глюкантим препаратини 5 мл (1,5 мг) суткасига 2 марта 5-7 кун давомида урилди. Кейинчалик глюкантим шу дозада (1,5 мг) кунда 1 маҳал 10 кун давомида м/о жўнатилди. Заруриятга кўра антибиотик ҳам қабул қилинди. Комплекс даво ўз ичига айрим коферментларни қабул қилишни ҳам ўз ичига олди (кокарбоксилаза, пиридитиол ва бошқалар), синтетик ретиноидларни (тигазон ва роаккутан) ва ҳаттоки гелментларга қарши давои ҳам. Бу даво методи авторларнинг келтиришича 100% касалларда ўз самарасини берди [41].

Сурьма препаратининг самарадорлигини ошириш, ножўя таъсирини камайитиш мақсадида унинг янги формаларини қўллаш ишлаб чиқилди. Экспериментал тадқиқотларда шу аниқландики, натрий хлор эритмаси бўлган фосфолипид ва холестерин асосида махсус липосомаларда инкапсулаланган сурьма бу бирикмаларнинг самарадорлигини юз баробарга ошишига, ҳамда токсик таъсирни сезиларли пасайишига олиб келади [88]. Тадқиқотларда келтирилгандек, бу гуруҳ дори воситаларининг ножўя таъсирлари кўнгил айланиши, қайт қилиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, терига тошма тошиши, артралгия, миалгия, кўринишида намоён бўлади. Ундан ташқари препаратлар кардиотоксик, нефротоксик, гепатотоксик бўлиб, ўткир панкреатит чақириши ва қон яратиш тизимида панцитопения келтириб чиқариш хусусиятига ҳам эга [106]. Нерburn et. al. ва бошқалар сурьма препаратини қабул қилаётган тери лейшманиози билан касалланган беморларда транзитор лейкопения ва жигар ферментлари даражаси ошганлиги ҳақида маълумот келтиради [105]. Бундан ташқари шу аниқланганки, сурьма препарати тавсия қилинганда антимикроб препаратларни қўшимча қилиб бериш зарур, чунки сурьма препарати етарли даражада бактериал флорага таъсир қила олмайди [33,68]. Уни ёши катта ва қари одамларда қўллаш кутилган натижаларни бермаслиги ҳақида ҳам маълумотлар бор [50,127].

In vitro тадқиқотларида шуни аниқланганки, лейшманиозга қарши таъсирга эга бўлган пентамидин (ломидин) ва амфотерицинни тери лейшманиозида қўллашда уларни парентерал қабул қилишни талаб қилади [78,86]. J. Soto-Mancipe et al. тадқиқотларида пентамидиннинг самарадорлиги глюкоконтим билан тенглиги аниқланди, аммо 20% касалларда бу препарат ўзининг гипогликемия, гипертензия, тахикардия, ошқазон-ичак тизимида ўзгаришлар, терига тошма тошиши каби ножўя таъсири билан бу препаратни қўлламасликка сабаб бўлди. Бундан ташқари бу препарат баъзан буйрак ва жигар етишмовчилигига олиб келади, шунинг учун ҳам бу препарат ТЛ даволашнинг танлов препарати бўла олмайди [127]. Тери лейшманиозида сурьма препаратларига резистентлик ҳолатларида пентамидин препаратларидан фойдаланиш мумкинлиги кўрсатилган эди.

J. Soto-Mancipe et al. тери лейшманиозини Колумбияда пентамидин препарати билан самарали даволашгани кўрсатилган [127]. Аммо пентамидиннинг самарасизлиги ва энг асосийси полиневрит ва қандли диабет кўринишидаги ножўя таъсирларни ривожланиши тўғрисидаги маълумотлар бор [109].

Дори воситаларини ишлатишда яна бир йўналиш, моховни даволашда қўлланиладиган сульфон препаратлари, хусусан, Дапсон ёки ДДС (диамино-дифенинсульфон) препаратлари 1941 йилдан бери қўлланилмоқда. Дапсон препарати кунига 200 мг миқдорда 120 нафар тери лейшманиози билан касалланган беморларга буюрилганда беморларнинг 82% да клиник шифо берди. Шуни таъкидладиларки, Дапсон препаратининг антилейшманиоз таъсири фосфолипидлар ва фолий кислотаси синтезига таъсири билан боғлиқ. Гистологик текширувларни ўтказиш касалликнинг қайталаниши билан боғлиқ саволларга жавоб бўла олади [96]. Кейинчалик дапсон препаратини қабул қилганлар касалликнинг рецидивланиши мумкинлиги тўғрисидаги саволларга жавоб тариқасида гистологик текширувлардан ўтиш кераклигини айтиб ўтишган [101].

Амфотерицин В антибиотикнинг антилейшманиоз таъсири етарлича ўрганилмаган, чунки қабул қилиниши унинг токсик таъсири билан чегараланади. Аммо баъзи текширувларда 0,5-1,0 мг/кг (курс дозаси 1-3 г ни ташкил қилган) амфотерицин В нинг қўлланилиши тери лейшманиози билан касалланган беморларда яхши самара берган (ВОЗ, 1990).

Содда жониворлар чақирадиган бошқа касалликларни даволашда ўз ўрнини топган кейинги гуруҳ препаратлари - метронидазол (трихопол, флагит ва бошқалар). Бироқ, бу препаратларни қўллаш тадқиқотчилар орасида турли хил зиддиятларга сабаб бўлди. Яманда 110 нафар ТЛ билан касалланган беморларга метронидазолнинг лейшманиозга қарши таъсири поливитамин билан биргаликда синовдан ўтказилди. Метронидазол препарати 0,2 гр кунда 4 маҳал 7 кун давомида тавсия қилинди, бир ҳафталик танаффусдан кейин 0,2 гр кунда 3 маҳал 14 кун давомида берилди. Умумий даvonинг довомийлиги 4 ҳафта давом этди, метронидазолнинг суммар дозаси 9,8 грни ташкил қилади. Шунинг қўрсатиб ўтиш керакки, ушбу даволаш методикасида лейшманиоз яраларинг чандиқланиши даво бошлангандан кейин 6-7 ҳафтадан кейин бошланади, шу билан бир қаторда ножўя таъсир қўрсатмайди [41]. Метронидазол препаратининг ТЛ да қўлланилиши билан боғлиқ бўлган ўхшаш маълумотлар бошқа текширувларда ҳам олинди [115].

Қувайтда яшовчи ТЛ билан касалланган беморларда триметоприм-сульфаметаксазол препарати синовдан ўтказилди, кузатув остида 36 нафар ТЛ билан касалланган беморлар бўлиб бу препарат кунда 2 таб 3-4 ҳафта давомида берилди, 36 та бемордан 33 тасида 3 ҳафтасидан 14 ҳафтасигача клиник соғайиш рўйхатга олинди [111].

Антибиотик –рифампицин препаратини клиник самарадорлигини ўрганиш мақсадида 600-1200 мг/сут кўпгина тадқиқотлар олиб борилди [92]. Рифампицин препаратини самарадорлигини ошириш мақсадида комплекс терапияга фтизиатрияда кенг қўлланиладиган препарат-изониазидни қўшиш таклифи берилди [121]. Бу метод ТЛ даволашда кўзғатувчиси *L.majior* бўлганда яхши самара берди, кўзғатувчиси *L.aethiopica* бўлганда

самарасизлигини кўрсатади [114]. Кўп йиллар давомида ТЛ даволашда антибиотиклар қаторидан мономицин асосий препарат бўлиб ҳисобланган ва унинг самарадорлиги кўпгина тадқиқотларда исботланган [5,9,10,55,67,68,69]. Одатда стационар шароитда мономицин 1 кг тана вазнига кунига 3 маҳал мушак орасига 5000ЕД ҳар 8 соатда тавсия қилинади. Дово курси ТЛ билан касалланган беморларда 9-12 млн мономицинни ташкил қилади. Даволаниш вақтида ТЛ кўзғатувчиси 5-8 кундаёқ аникланмайди, специфик инфилтратлар давонинг 3 ҳафтасида сўрила бошлади. Бир курс даво қилиш ТЛ билан касалланган беморларда соғайишни кўрсатди. Айрим ҳоллардагина тошмаларнинг секин регрессияланиши ҳисобига даво курси такрорланилди [7,25].

Мономицин препаратини эффективлигини ошириш мақсадида бир қанча комплекс даво методлар қайта ишланди. Р. С. Добржанская ва автордош мономицин билан билан бир қаторда протеолитик фермент – иммозимазни қабул қилиш таклифини киритди, 23 нафар зооноз ТЛ билан касалланган беморларда қўллашди ва бу касаллар яраланиш босқичида эди. Авторларнинг айтишича даво бошлангандан сўнг 4-7- кунларида яра йирингли некротик массада тозаланди. Клиник соғайиш 3 чи ҳафтадан 7 ҳафтагача кузатилди. ТЛ билан оғриган кўпгина беморларда иммозимазнинг қўлланилиши чандиқнинг юзаки бўлишига олиб келди, ва бу ўз навбатида косметик дефектнинг камайишига олиб келди. Бу препарат беморларда қоникарли қабул қилинди. Препаратнинг қўлланилиши ТЛ билан касалланган беморларнинг айнан яраланиш вақтида қўлланилганлиги кўрсатилиб ўтилган [27].

Мономицин ТЛ даволашда яхши самарадорлиги билан бир қаторда ўзининг токсик таъсирига ҳам эга. Мономициннинг қўлланилиши буйрак тизимига токсик таъсир кўрсатади ҳамда эшитиш нерви невритини чақиради [36]. Бундан ташқари мономициннинг тери ости ёғ қавати клетчаткасига тушиши оғриқли қаттиқ инфилтратларини келтириб чиқаради ва бу

инфильтрат айрим ҳолларда абцессга айланади кейинчалик ТЛ касалланган беморларни мономицин билан даволашни иложи бўлмай қолади [50,51].

Тери лейшманиози билан касалланган беморларда мономицин билан даво ўтказилганда 5% беморларда касаллик қайталанишини ривожланишига олиб келади. Мономицин билан терапия ўтказилганда, иммуносупрессив таъсирга олиб келиши кўрсатилган, бу эса тери лейшманиози клиник кечишига салбий таъсир кўрсатади [40].

Адабиётларда кенг спектр таъсирга эга антибиотик метациклиннинг кунлик 0,6г дозада, тери лейшманиозининг оғир формаларида эса 0,9г дозада фойдаланилганлиги ва даволаш жараёнида 16-20 кунда чандикланиш келиб чиқиши ҳақида маълумотлар келтирилган. Шу ерда, метациклиндан фойдаланиш устунлиги унинг перорал қўлланишида эканлигини айтиб ўтиш лозим, бу эса даволашни амбулатор шароитда ўтказишга имкон беради [37].

Экспериментал тери лейшманиозида алоҳида антибиотиклар ўзини самарасини кўрсатди, айниқса, вибрамицин ва азитромицин [54]. 104 нафар тери лейшманиози беморларига вибрамицин билан левомизол комбинацияда фойдаланилганлиги ҳақида маълумотлар бор, улардан 80,6% ҳолатларда ижобий клиник натижа олинган бўлиб, даволаш бошланганидан 12-14 кун ўтгач касаллик қўзғатувчиси умуман аниқланмади [53].

Кейинчалик эса азоллар баъзи лейшманицид хусусиятга эга эканлиги кўрсатилган, чунки бу гуруҳ бирикмалари хужайра мемранаси стабиллигини сақлашда муҳим бўлган моностеронни эргостеролга диметиляциясини ингибирлайди. Кетоканазол ва пефлоксацинни лейшманиозга қарши хусусиятларини *in vitro* текширганда, кетоканазолнинг пефлоксацинга нисбатан лейшманиоцид фаоллиги анча паст концентрацияларда намоён бўлиши кўрсатилган [108].

Ҳозирги кунда тери лейшманиозини замонавий даволаш ва ташхис қўйишда бир қатор муаммолар сақланиб қолган. Бу муаммолар тери лейшманиозини нотўғри ташхис қўйишга олиб келади ва металеишманиозни ривожлантиради. Шундай қилиб дерматологияда <Вольфуран> (Нифурател)

препарати қўлланилди. Бу препарат микробга қарши, протозойга қарши, трихомонадага қарши ҳамда, жароҳатланган учоқни лейшманийлардан санация қилиб, асоратларини олдини олиш хусусиятига эга. Препарат оддий қўлланиши ва ножуя таъсирларнинг йўқлиги тери лейшманиозиди ҳам истиқболли даво методи эканлигини кўрсатади [48]. Зооноз тери лейшманиози полиморф касалликлар қаторига киради ва кўп ҳолларда иккиламчи бактериял инфекция билан асоратланади. Ўтказилган тадқиқотлардан мақсад асоратли тери лейшманиозиди микрофлора турини аниқлаш ва антибактериял препаратларга сезувчанлигини текширишдан иборат. Тадқиқотда барча беморларда Баровский таначасига микроскопик текширув ўтказилади, қўшимча равишда микрофлорага антибиотик сезувчанлик текширилди. Олинган муҳитлар канамицин, бактоцеф, рокситромицин, доксиллан каби антибиотикларга юқори сезувчанликни кўрсатди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, тери лейшманиозини иккиламчи пиокок инфекция билан асоратланиши теридаги патологик жараёни чуқурлаштиради, жароҳатни битишини секинлаштиради. Шунинг учун тери лейшманиозиди бактериял суперинфекцияни даволашда антибактериял давони қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади [1].

Тери лейшманиози билан касалланган беморларда кетоконазолни (низорал) 400мг/сутка дозада ва маҳаллий терапияни 60 кун давомида ўтказиш тўлиқ клиник соғайишга олиб келади [126]. Кетоканазол самараси бошқа тадқиқотчилар томонидан ўрганилганда ҳам худди шундай натижа олинган [122,125]. *L. major* билан чақирилган тери лейшманиози билан оғриган 100 та беморда кетоканазолнинг 200-400мг/суткалик дозада даво ўтказилганда, 70 % беморларда клиник соғайиш кузатилган бўлса, *L. Tropica* ва *L.aethiopica* билан чақирилган лейшманиозда кетоканазол кам самаралидир [130].

Адабиётларда бошқа яна бир антимикотик восита – интраканазол қўлланилиши ҳақида маълумотлар келтирилган бўлиб, у бемор вазнидан келиб чиқиб 4мг/кг кунлик дозада (суткада максимал 200 мг) 6 ҳафта

давомида қўлланилганда, кўпчилик беморларда терапевтик эффект кузатилган [77]. Бироқ, кетоконазол, интраканазол ва рифампицин каби препаратларни қўллаш бўйича қарши (салбий) фикрлар ҳам мавжуд [125].

L. major билан чақирилган тери лейшманиози билан оғриган беморларда интраканазолнинг рандомизирланган кўр усулда Исфакон (Эрон) аҳолиси ўртасида паст клиник самара кўрсатган [120].

Қатор экспериментал текширишларда аллопуринол бирикмалари ҳам антилейшманиоз активлик кўрсатиши мумкинлиги ўрганилган [76,88]. *In vivo* текширганда пурин аналоглари – формицин А ва формицин В моно- ва трифосфатлар 90%гача паразитларни йўқотиши мумкинлиги аниқланган [71,87]. Бу препаратларнинг антилейшманиоз активлиги макрофагларга токсиклик даражаси билан аниқланади, шунинг учун ҳам одам организми бошқа хужайраларига ҳам актив компонентларнинг зарарли таъсири хавфи мавжуд. Лейшманийларнинг *in vivo* 90% элиминацияси учун юқори доза керак. Тажрибаларда формицин А нинг токсиклигини камайтириш мақсадида ташувчи сифатида IgG билан қопланган эритроцитлардан фойдаланилди. Бунда, 81% макрофаглар ушбу эритроцитларни фагоцитлади ва лейшманиалар кўпайиши 80% га қисқарди [60,87]. Бироқ, амалиётда ушбу усулни қўллаш мураккаблиги туфайли ўзини оқлолмайди. Шунинг кўрсатиб ўтиш керакки сурьма препарати билан бирга аллопуринолни қабул қилганда самаралироқ бўлиши ҳақида ҳам маълумотлар бор [117,120,125]. J. Dowlati et. al 21 кун давомида антимононатни 20 мг/кг/сут мушак орасига ва аллопуринолни 20 мг/кг/сут энтерал қабул қилишда ишончли натижа олинди [97]. В. L. Herwaldt et al. таъкидлашича аллопуринолни эҳтиёткорлик билан тавсия қилиш керак, буни R. E. Saenz et al хам тасдиқлайди [106]. Аллопуринол тери лейшманиози билан касалланган беморларда 22% этиологик 44% клиник соғайишни беради [125].

Азолидлар гуруҳига кирадиган антибиотик –Азитромицинни қўллаш ҳақида ҳам маълумотлар бор. Азитромицинни 0,05; 0,1; 0,3 ва 0,6 мг/кг миқдорда қўлланилганда макрофагларнинг паразитларга нисбатан активлиги

ошишини кўриш мумкин. Бу эса антибиотикларнинг лейшманицид таъсирини кўрсатади [107].

ТЛ билан касалланган беморларда диазепам [79], фуросолидон ва нифуртимокс препаратларини қўллаш ҳақида ҳам кўрсатмалар мавжуд [104].

ТЛ билан касалланган беморларда иммунотерапиянинг қўлланилиши алоҳида ўринга эга [45,65,77]. Гамма-интерферонни ТЛ билан касалланган беморларда антилейшманиоз активлигини ўрганиш учун бир қатор чегараланган тадқиқотлар ўрганилган [74,99]. G. Harms et al. рандомизацияланган тадқиқотларда 40 нафар ТЛ билан касалланган беморларда глюкантимнинг гамма интерферонга нисбатан самаралироқ эканлиги исботланган [99]. Бунда ҳар иккала препарат ҳам ўчоқ ичига жўнатилади. Интерферонни клиник қўлланилганда анализ натижалар шуни кўрсатадики, беморни ушбу даволаш усулига жавобини олдиндан айтиш қийин, чунки ҳар бир нозологик формага (гамма-интерферонни бир марталик даво миқдори ва давонинг давомийлиги) рационал давои танлаш лозим. Интерфероннинг қўлланилиши беморларда бир қанча асоратларга олиб келади [46,62].

ТЛ билан касалланган беморларни даволашда дорилар билан бир қаторда физиотерапевтик ва хирургик метод каби йўналишлар бор [125].

Лейшманийлар ҳаво ҳароратига жуда ҳам таъсирчан [113,122]. Гипертермиянинг таъсир механизми охиригача ўрганилмаган, аммо амастиготларнинг макрофагларда кўпайишига таъсир қилиши аниқланган [89]. Ҳаво ҳароратининг 42 градусдан кўтарилиши ДНК ва РНК ҳосил бўлиш, оксил синтезини блоклайди, ҳужайранинг нафас олиши, гликогиз жараёни секинлашади, гипоксия ривожланади ва плазматик мембрананинг барқарорлиги ошади [80].

Аксинча ҳаво ҳароратининг 0 градусгача пасайиши лейшманийлар учун летал натижага олиб келади. Эрон клиникаларинг бирида 172 нафар ТЛ билан касалланган беморларга инфракизил нурлари қўлланилганда, зарарланган ўчоқни 55 градусгача 5 дақиқа давомида қиздирилди натижада

90% лейшманийлар қайта ўзгаришга учради [110]. Худди шундай аналогик натижа ультразвук методида қўлланилганда ҳам олинган (интенсивлиги 0,5-0,3 В/см²; ҳафтасига 2-3 марта ; бир курсда 10-15 муолажа бўлиб бунда 80% лейшманиомалар 5-10 ҳафта давомида камайди [80].

Таъкидлаш керакки, ТЛ билан касалланган беморларда физик таъсир этишининг яна бир тури криотерапия ҳисобланади [95]. Шундай қилиб М. S. Gurel et al. 42 нафар ТЛ билан касалланган беморларга суяк азот билан криотерапия қилинди ва натижада 90% касалларда самарали натижага эришилди [100]. Гарчи ТЛ билан касалланган беморларда даволашнинг бундай аналогик ёндашуви қўлланилганда ижобий натижа 30% гина касалларда кузатилди. Шу муносабат билан бу криотерапия усулига пентоспанни киритилди, бунда комплекс давонинг терапевтик эффекти сезиларли даражага ошди [102]. Адабиётларда келтирилишича ТЛ билан касалланган беморларни даволашдаги бошқа усуллар масалан, лейшманиоз яраларининг лазер буғланиши 11 нафар беморда қўлланилган. Зарарланган ўчоққа карбонат ангидрид нурлари орқали таъсир қилинганда 15-17 сутка давомида 11 нафар бемордан 10 нафарида тўлиқ эпителизация кузатилди [15]. Шунга ўхшаш натижалар К. В. Babojev тадқиқотларида кузатилди. Бунда 108 нафар ТЛ билан касалланган беморларнинг 82 тасида 7 йил давомида қайталаниш кузатилмади [84]. А. Assilian et al Эронда ТЛ билан касалланган беморларда углеродли лазер қўлланилганда, 82,5% беморда лейшманиомаларнинг шифо топиши кузатилди ва қониқарли эстетик натижаларга олиб келди [129].

ТЛ даволашда углероддан ташқари аргонли лазер ҳам қўлланилган, бунда зарарланган ўчоқ маҳалий анестезия остида босқичма босқич коагуляция қилинади. (бир курсда 5-6 муолажа) [47].

ТЛ билан касалланган беморларнинг зарарланган ўчоқларини кюреттаж қириш ҳам қўлланилган, бунда дастлаб анестезия қилинади сўнг яра қирилади. Шунини айтиб ўтиш керакки, бу усул 78 та зарарланган ўчоқдан 73 тасини 4 ҳафта давомида эпителизация қилишга эришилди [119]. Айрим

холларда лейшманиоз яраларининг эрта кесилиши ва пластика қилиниши сезиларли косметик деффектларни олдини олади [82].

Қўлланилаётган дори препаратларининг токсик таъсирини камайтириш учун уларни маҳаллий қўллаш, дорини ўчоқ ичига қўллаш тавсия қилинди ва қайта кўриб чиқилди [63].

Н. А. Cohen et al ТЛ билан касалланган беморларнинг қишлоқ турига эмитинни ўчоқнинг ўзига жўнатишни қўллаб кўрди. 100% ҳолатда 5 та ўчоқли 30 та беморда этиологик даволашга эришилди [94].

Қадим замонлардан бери ТЛ даволашда маҳаллий даво шарбатлар, экстрактлар, мазьлар кўринишида фойдаланиб келинмоқда. Ўткир бошланганда яллиғланишга қарши ҳар хил намлашлар, асептик боғламлар ва эритмалар ҳамда антисептик малҳам ва кремлар тавсия этилади [32,57,64]. Ҳар хил воситаларни қўллашда кузатишлар олиб борилганда, шуни кўриш мумкинки, буларнинг ҳеч қайси бири лейшманиомаларга специфик таъсир кўрсатмайди, фақатгина эпителизацияни яхшилайти. Қузғатувчиларга нисбатан этиотроп дори дармонларнинг йуқлиги касалликнинг бошқариш имконини бермайди. Дастлаб мономициннинг амбулатор шароитда қўллаш мақсадга мувофиқлиги тўғрисида маълумотлар бўлган [8,10]. А. Ш. Ваисов ТЛ билан касалланган беморга коллаген-мономицин комплексини қўллаш усулини ишлаб чиқди (лешмаколл) [12]. Авторнинг таъкидлашича, комплекс сезиларли лейшманицид таъсирга эга. Зарарланган ўчоққа қўлланилганда даво бошлангандан 7 кундан кейин суртмада топилмаган. С. С. Турсунов ва К А Юсупов коллаген-мономицин комплекси лейшманийларнинг таъсирини ингибирлашини ва реакция муҳитини ўзгартиришини тасдиқлаган [59].

В. Rossi-Bergmann et al.ТЛ каланхоэ экстрактини қўллаш усулини киритишди [124]. In vitro экспериментларида натрий хлорнинг ҳар хил концентрацияли гипертоник эритмалари ҳам лейшманицид таъсири ўрганилган[83].

Охирги 10 йилликда ТЛ даволашда махсус мазьларни қўллаш ҳақида ҳам маълумотлар бор, бу мазьлар ўзининг таркибида аминогликозидларни

сақлайди [72,130]. Экспериментал тадқиқотларда ўрганилишича лейшманиозни даволашда қўлланиладиган лешмицин (Израиль), 15% паромомицин ва 12% метилбензитониума хлориддан ташкил топган [98].

A. Asillian et al лейшманиоз яраларига лейшмицинни 2 ҳафта давомида қўллаш тавсия қилинганда тошмаларнинг клиник регрессига нисбатан этиологик тузалиш яққол кўринди. Лешмицинни 91 нафар ТЛ билан касалланган беморларда қўлланилганда самарали натижа берганлиги ҳақида маълумотлар бор. Бунда маҳаллий даво 10 кундан 20 кунгача давом этган. Авторлар томонидан лешмициннинг антилейшманиоз таъсири ҳақида ижобий натижа олинган [75].

Ўзбекистонда эса биринчи бўлиб С Ф Аляви (2000) ўз илмий ишида 143 та ЗТЛнинг асоратланмаган шакли аниқланган беморларни даволашда “Лешмицин” препарати самарадорлигини ўрганди. “Лешмицин” малҳами таркибида 15% паромомицин ва 12% метилбензитониума хлорид моддалари бор. Малҳам суртишдан олдин яралар водород перкись эритмаси билан ишлов берилган, некротик тўқималардан тозаланган, сўнг “Лешмицин” малҳами суртилиб устидан боғлам қуйилган. Боғлам кунига 2 маҳал алмаштирилиб турилган. Натижалар шуни кўрсатадики, даволашнинг 10 кунига келиб 80% беморларда этиологик соғайишга эришилди. Клиник соғайиш эса ўртача 16,8 кунда қайд этилди [6].

Комолов З.Р., Рахматов А.Б., Абидова З.М. тадқиқотларида Ўзбекистон ҳудудида тери лейшманиозининг эндемик ўчоқларини сақланиб қолиши, диагнозни ўз вақтида тўғри қўйилмаслиги, самарали этиопатогенетик давонинг йўқлиги долзарб муаммо эканлигини айтиб ўтади. Тери лейшманиозининг патогенези кўп босқичли процесс бўлиб, этиологик факторнинг узоқ сақланиши билан кечиши мумкин. Бу эса кислороднинг актив формаларини пайдо булишига олиб келиши, уларнинг активсизлантиришга организм маълум миқдорда глутатион сарфлайди, яъни бу дерматозда эркин радикалли оксидланиш интенсивлиги ва организм антиоксидант тизими активлиги орасида дисбаланс вужудга келиши мумкин,

бу тери лейшманиозининг асоратли формаларини келтириб чиқаради. Тери лейшманиози билан касалланган беморларда глутатион тизимида ўзгаришлар аниқланади, эса дерматознинг асоратланган шакллариغا олиб келади. Шундай қилиб, тери лейшманиозини стандарт даво методикасида антиоксидант тизим ҳамда терапевтик самарани яхшиловчи <Глутатион> препаратини ишлатишни назарда тутати [34].

Юқоридагиларга асосланиб айтиш мумкинки, тери лейшманиозини даволаш бўйича жуда кўп тадқиқотларда турли даволаш усуллари синовдан ўтказилган. Ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, тери лейшманиозини даволашда умумий таъсир этувчи дори воситалари билан бирга маҳаллий даволаш усуллари кўллаш самаралироқ ҳисобланади.

1.4 Фототерапия

XXI асрда молекуляр биология ва лазер технологияларининг шиддат билан ривожланиб бориши жароҳат инфекцияларини янги даволаш усуллари пайдо бўлишига олиб келди. Шу усуллардан асосий ўринни фотодинамик терапия усули эгаллаб турибди.

Охирги вақтларда фотодинамик терапия кўп соҳа мутахассисларининг эътиборини юқори самарадорлиги билан ўзига қаратмоқда. Унинг кенг доирадаги антибиотик таъсири, анитибиотикларга чидамли микроорганизмларни даволашда катта аҳамиятга эга .

XX асрнинг охирги 10 йиллигида фотодинамик терапия ривожлана бошлади, аммо қадимдан машҳур докторлар Гиппократ, Авиценна, Гален қуёш нурларининг фойдали хусусиятларини яхши билишган. Улар шунингдек қуёш нурларининг ножуя таъсирлари ҳақида ҳам маълумотга эга бўлишган. Шундан кейин фотомедицинага қизиқиш 19 асрнинг охирида кучайди ва бу техниканинг ривожланиши билан боғлиқ эди. Медицинада гелиотерапия деган тушунча пайдо бўлди ва бу тушунча “қуёш нурлари билан” деган маънони англатди. Бу вақтда қуёш нурлари кўпгина касалликларни даволашда катта аҳамиятга эга бўлди: Цинга, турли ҳил буғим касалликлари ва бир қанча тери касалликлари ва ҳоказо. Қуёш нурларининг

яра касалликларини ботишини тезлашишига таъсирини ўрганиш устида бир канча илмий изланишлар олиб борилди. Ҳозирги кунда куёш нурларинг бундай таъсири илмий исботланган. Замонавий техника имкониятлари бу терапиянинг янада ривожланишига сабаб бўлди. Ҳозирги кунда фотомедицина нафақат фототерапияни балки фотохирургия ва фотодиагностикани ҳам ўз ичига олади. Лазер ва ёруғлик синтезлайдиган аппаратлар эстетик медицинада ҳам ўз ўрнини топди.

Махсус изланишлар регинерация жараёнида беморларга қўллаш вақтида бу нурларнинг миқдорини аниқлашга имкон берди.

ФДТда фототоксик эффект оптик нурланиш орқали амалга ошади ва бу ҳамма беморларда кузатиш мумкин. Фототоксик эффект ФДТ чегара миқдордан кўп қўлланилганда кузатилади. Фототоксик бирикмаларга псорален, порфирин, тетрациклин, фенотиазин, сульфаниламид, хлорпромазин ва бошқалар кирази. Клиник фототоксик эффект эритема, пигментация кўринишида намоён бўлади.

Шунингдек, фототоксик эффектни фотоаллергиядан ҳам фарқлаш керак. Фотоаллергия ҳам ёруғликнинг терида химик бирикишидан ҳосил бўлади, аммо фотоаллергияда бирламчи иммунологик сенсбилизация бўлиши керак. Фотоаллергия фототоксикациядан қуйидаги икки критерия бўйича фарқланади:

1) Фотоаллергия бўлишдан олдин бир қанча сенсбилизацияловчи таъсирга эга бўлиш керак.

2) Фотоаллергия айрим беморлардагина бўлиши мумкин, фототоксикация эса ҳамма беморларда кузатилади. Шунини таъкидлаш керакки, фототоксик эффект юқори дозаларга ФДТ қўлланилганда кузатилади. Фотоаллергия эса бир нечта кам дозаларда кузатилиши мумкин.

Фотосенсбилизаторлар

ФС ларнинг аҳамияти:

ФДТ да ФС асосий элемент бўлиб ҳисобланади. Фотосенсбилизацияга оптимал жавоб учун фундаментал асос бўлиб, нишон тўқима

хужайраларнинг фотосенсибилизацияловчи бирикмаларни йиғиш ва селектив ушлаб қолиш ҳисобланади.

ФС 3 та катта бўлимга бўлинади:

- 1) Порфирин асосидаги ФС (масалан ”Фотофрин”, ”Аласенс”)
- 2) Хлорофилл асосидаги ФС (хлорин, пурпурин, бактериохлоринлар)
- 3) Буёқлар (фталоцианин, нафталоцианин)

Ҳозирги кунда ФС лар ичида энг кўп қўлланиладигани бу порфиринлар ҳисобланади.

ФС лар сифатида кўпгина буёқлар ҳам ишлатилади: метилен кўки, толуидин кўки, индоцианин кўки, янус кўки ва бошқалар.

Метилен кўки (МК) қадимдан кислороднинг самарали фотогенератори сифатида маълум. МК буёқлари груҳининг органик буёғи ҳисобланади ва шунингдек медицина амалиётида антисептик восита сифатида ҳам фойдаланилади.

Шунингдек унда оксидловчи-қайтарувчилик хусусиятлари мавжуд бўлиб, у организмда водород ионлари акцептори ва донори вазифасини бажариши мумкин – баъзи заҳарланишларда ундан антидот сифатида фойдаланиш унинг айна шу хусусиятига асосланган.

Охирги пайтларда у инфекцион касалликлар ва усма ФДТ си учун самарали сенсibilизатор сифатида эътибор қозонмоқда. МК мономер ва димер кўринишда мавжуд. Сувли эритмаларда мономер шакли ёруғликни $\lambda = 668\text{нм}$, димер $\lambda = 612\text{нм}$ ютади.

Антимикроб ФДТ ишлаш принципи МК молекуласи мусбат зарядланганлиги учун ФС молекулалари бактерия қобиғига бирикишига асосланган. Фотосенсибилизатор ютиниш чўққисига мос тўлқин узунлиги билан нурлантириш бактерия ва замбуруғ хужайра деворини парчаловчи O_2 ҳосил бўлишига олиб келади, натижада бактерия ва замбуруғ ҳалокатга учрайди. Летал фотосенсибилизация турга хос (специфик) бўлмаганлигининг бир нечта афзалликлари мавжуд : аралаш инфекцияда барча мавжуд микроорганизмларни йўқотиш мумкин (айниқса антибиотикка резистент

формаларини). Бундан ташқари, ФС га ўрганиб қолиш бўлмайди (кўп бактериял жароҳатланишда қайта-қайта даво курсини ўтказишга имкон яратади).

II БОБ Тадқиқот материаллари ва услублари

2.1 Тадқиқот материаллари

Тадқиқот 2017-2019 йилларда Бухоро вилояти тери-таносил диспансерида ва Бухоро вилояти Қоровулбозор туманининг Дўстлик МФЙ га қарашли маҳаллаларида амалга оширилди. Ушбу ишнинг materiali бўлиб 2 ёшдан 65 ёшгача бўлган тери лейшманиози билан оғриган 120 нафар беморлар ҳисобланади.

Тадқиқот натижаларига кўра, иш мақсадларига мувофиқ беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинган.

- 1) Асосий гуруҳ (стандарт даво билан биргаликда 0.05% метелен кўкини АЛТ восток модел 0.3 аппарати орқали қўллаш)
- 2) Назорат гуруҳ (стандарт даво олганлар)

Стандарт даво: Антибактериал препаратлар, малярияга қарши препаратлар ва маҳаллий терапия.

Гуруҳларга киритиш мезонлари:

Тери лейшманиозининг зооноз тури билан оғриган беморлар.

2 ёшдан 65 ёшгача бўлган беморлар.

Беморларнинг ихтиёрий розилиги бўлган беморлар.

2.2 Тадқиқод усуллари

Тери лейшманиози билан оғриган беморларда яраланишгача бўлган даврда эрта ташхис қўйиш учун Бухоро вилояти Қоровулбозор туманининг Дўстлик МФЙ га қарашли маҳаллаларида август ва сентябр ойларида чивин чақиши оқибатида 1-4 ҳафта ичида тугунчалар пайдо бўлган шахсларнинг дарҳол дерматолог ёки умумий амалиёт врачлари кўригига учраши бўйича тарқатма материаллар (буклетлар кўринишида) тарқатилди. Тарқатма материаллар совоқнома кўринишида бўлиб қуйидаги саволлар бор эди.

- 1) Сизни пашша чақдими?
- 2) Пашша чаққан жойда оғриқли тугун ҳосил бўлиб катталашаяптими?
- 3) Тугун ярага айландими?

Шу саволлар билан биргаликда тери лейшманиози касаллиги ҳақида қисқача маълумот ҳам киритилди. Лейшманиоз касаллиги лейшмания кузгатувчилари билан зарарланган искабтопарларнинг чақиши орқали юқадиган табиий ўчоқли паразитар касалликдир. Тери лейшманиозида касалликнинг клиник кечиши яраларнинг жойлашуви, уларнинг сони ва жароҳатга иккиламчи инфекцияларнинг қўшилиши билан боғлиқ бўлади ва фурункулсимон катта-кичик, узоқ вақт битмайдиган (бир йилгача) яралар пайдо бўлади. Яралар сони 1-10 тагача бўлиб, ўта оғриқли бўлади.

Бундан ташқари, касалланган беморларни эсда тутиши учун касалликнинг белгилари пайдо бўлганда, дарҳол шифокорга мурожаат қилиши кераклиги, чунки касаллик асорати унинг тўғри ва ўз вақтида ўтказилган махсус даво курсига боғлиқлиги ҳам қисқача тушунтирилди.

Шу билан биргаликда эндемик вазиятга баҳо берилди.

Беморларни текшириш чуқур анамнез йиғиш ва эпидемиологик маълумотларни аниқлашдан бошланди. Текширув давомида беморларнинг шикоятларига, касалликнинг бошланиши ва ривожланишига эътибор қилинди ҳамда терининг турли соҳаларида (айниқса очиқ соҳалар) пайдо бўлган тугунчалар, уларнинг аторфини қамраб олган инфилтратлар ташхисни тасдиқлаш учун паразитологик текширишга асос бўлди.

Ярада паразитларнинг сақланиш муддатини аниқлаш мақсадида уч марта, даво муолажаларини бошлашдан олдин, даво муолажалари бошлангандан кейин ҳар 7 кунда ва даво курслари тугагандан кейин 7 - кунда паразитологик йўл билан текширилди.

Клиник кузатув асосида беморларнинг терисидаги ўзгаришларнинг ҳар кунлик ҳолати динамикада баҳолаб борилди. Беморларга умумий пешоб ва қон таҳлили кўрсатмага асосан ўтказилди.

Тери лейшманиозининг эрта тугунли, эрозияланиш ва яраланиш босқичида лазерли фотодинамик этиотроп даво ўтказиш мақсадида 0,05% Метилен кўкини АЛТ Восток модел-03 аппарати ёрдамида маҳаллий қўллаш.

Касаллик аниқланган кунда тадқиқод учун суртмалар олинди. Аввалига бемор хонанинг ёруғлик кўпроқ тушадиган шинам жойидаги стулга ўтказилди. Обдон думбоқчанинг ёки яранинг характери ўрганилди, кейин стерилланган скальпель учи билан думбоқчанинг ўртасидаги қора некротик пўстлоқ бир оз кўчирилди. Ҳосил бўлган яранинг ички қисмидан иложи борича четидан ўйиб қон ва тўқимадан иборат суртма олинди. Мурожаат қилган беморда морфологик элемент яра бўлса, у ҳолда яранинг ичи илитилган физиологик эритма намланган доқа билан яхшилаб тозаланди. Тери лейшманиозиди яранинг ичини қоплаб олган масса қуюқ ва ёпишқоқ бўлади, шунинг учун ҳам у осонликча олинмайди. Юқорида бажарилган муолажа бажарилгандан сўнг “балиқ икриси” симптоми яра ичида яхши кўринади. Бу симптом, албатта, тери лейшманиозига хос белгилардан бири ҳисобланади. Шундан кейин скальпель учи билан яранинг четки қисмидаги “чўнтак” чалар ичига қадаб, сўнгра қон ва тўқимани қириб олинди. Ушбу материаллардан 6 тагача суртмалар тайёрланди. Суртмалар тайёрланган предмет ойналари тоза ва ёғсизлантирилган бўлиши керак. Суртмалар қалинлиги иложи борича бир ҳил қилиб тайёрланди. Шундан сўнг беморнинг яраси стерилланган бинт билан боғлаб қўйилди. Шу жойда айтиб ўтиш керакки, имконият қадар ярага 1-2 соат давомида доривор моддалар суртмай туриш кераклиги беморга тушунтирилди, сабаби муолажани қайтариш талаб қилинса, иккинчи марта материал олишга қийинчиликлар туғилади.

Тайёрланган суртмаларнинг барчаси хона ҳароратида обдон қуритилди, кейин 96% ли этил спиртида бир текис қилиб фиксацияланди. Сўнгра суртмалар янги тайёрланган буёқ билан Романовский –Гимза усулида 15-20 дақиқа мобайнида бўялди. Шундан кейин препаратлар микроскопнинг иммерсион объективида кўздан кечирилди. Романовский –Гимза услубида бўялган препаратларда лейшманийларнинг цитоплазмаси оч ҳаво рангга бўялади, уларнинг цитоплазматик мембранаси равон кўзга ташланади.

Анализ жавоблари қуйидагича ёзилди: Боровский таначалари топилди ёки топилмади тарзида аниқ белгиланди.

2.3 Статистик услублар

Илмий иш натижасида олинган хулосалар ва маълумотларнинг ишончлилик даражасини аниқлаш учун кўрсаткичларнинг ўртача миқдори – M , ўртача миқдорнинг хатоси – m ва ишончлилик фарқи – P ни топишда И.П. Ашмарин ва А.А. Воробьев томонидан тавсия этилган усуллар ва мезонлардан фойдаланилди. P –ишончлилик фарқи Стъудент жадвалидан олинди.

III БОБ Тадқиқот натижалари

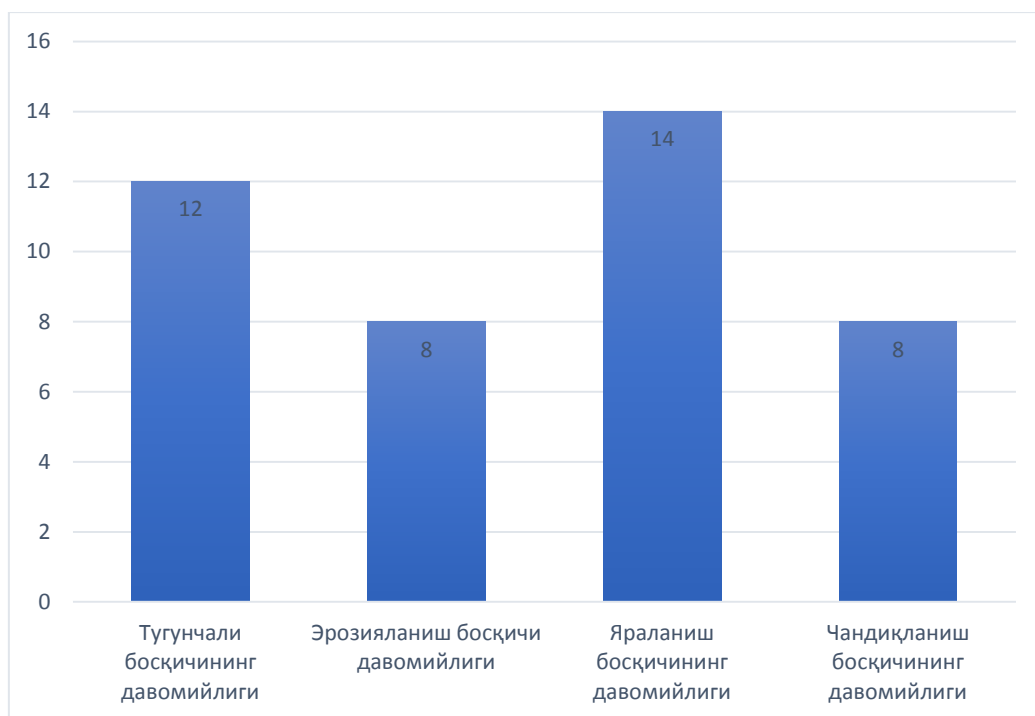
3.1 Тери лейшманиози билан оғриган беморларда яраланишгача бўлган даврда эрта ташхис қўйиш учун эпидемиологик, клиник ташхисот усулини такомиллаштириш мақсадида анкета тарқатилган ҳудудларда унинг самарадорлигини баҳолаш

Бухоро вилояти Қоровулбозор туманининг Дўстлик МФЙ га қарашли маҳаллаларида август ва сентябр ойларида чивин чақиши оқибатида 1-4 ҳафта ичида тугунчалар пайдо бўлган шахсларнинг дарҳол дерматолог ёки умумий амалиёт врачлари кўригига учраши бўйича тарқатма материаллар (буклетлар кўринишида) тарқатилди. 2018 йил мавсумида анкета тарқатилган вақтдан кейин жами касалланганлар сони 42 нафарни ташкил этган бўлиб, шулардан 12 нафар бемор касалликнинг тугунчали босқичида (чивин чаққандан кейинги биринчи уч ҳафтада), 8 нафари эрозияланиш босқичида, 14 нафар бемор касалликнинг яраланиш босқичида (чивин чаққандан кейинги 4-10 ҳафтада) врач кўригига мурожаат қилган. 8 нафар бемор врач кўригига мурожаат этмаган (ретроспектив, анамнестик ташхис қўйилди). 2017 йил мавсумдаги кўрсаткичлар ретроспектив ва анамнестик ташхисда қуйидагича бўлган: жами ўрганилган ҳудудда касалланганлар сони 34 нафарни ташкил этган бўлса, шулардан 2 нафари тугунчали босқичида, 6 нафар бемор эрозияланиш даврида, 8 нафари яраланиш босқичида мурожаат этган бўлиб, 18 нафар беморлар врач кўригига умуман мурожаат этишмаган (1-жадвал). Текширилган беморлар 2 ёшдан 65 ёшгача бўлиб, тугунли ва яраланиш босқичида мурожаат қилган беморлар паразитологик усулда тасдиқландилар.

Эндемик ўчоқда яшаётган аҳоли орасида яраланиш (Зооноз) билан кечувчи тери лейшманиози касаллигини эрта аниқлаш учун тарқатилган анкеталарнинг самарадорлигини аниқлаш ($M \pm m$).

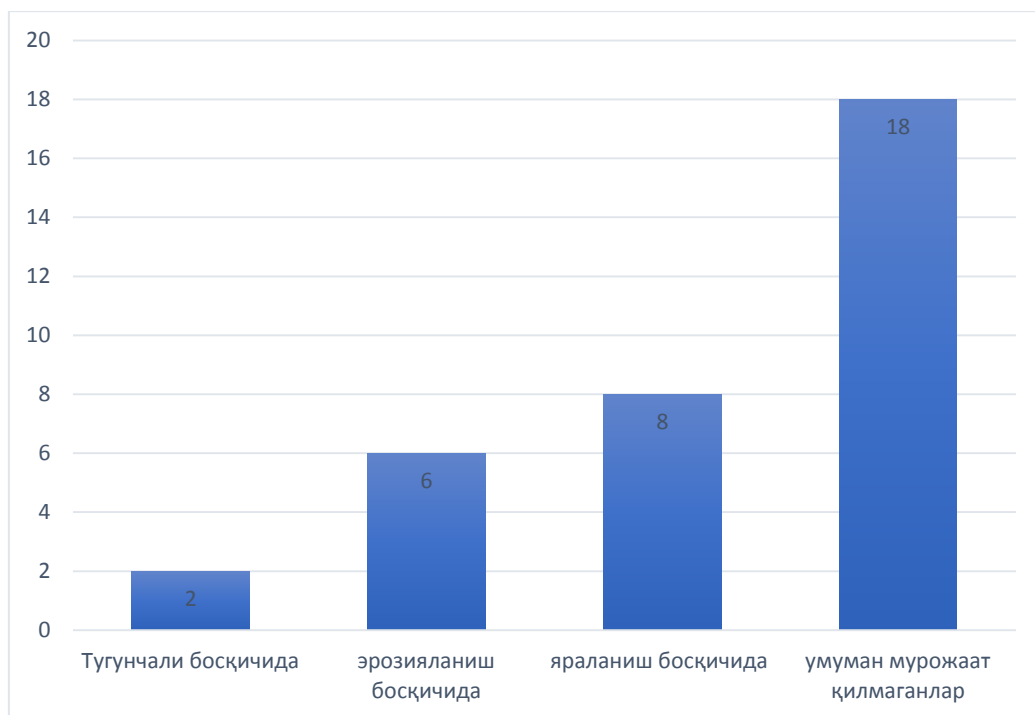
№	Лейшманиоз клиник даврлари	Мурожаат қилинган кунлар		
		Беморларнинг анкета тарқатилгандан кейин ўртача мурожаат қилган кунлари $n = 42, M \pm m$	Беморларнинг анкета тарқатилганча анамнестик аниқланган ва ўртача мурожаат қилган кунлари $n = 34, M \pm m$	P
1	Тугунчали босқичида	12 нафар	2 нафар	< 0,001
		$6,9 \pm 0,75$	$14,5 \pm 0,005$	
2	Эрозияланиш босқичи	8 нафар	6 нафар	< 0,001
		$13,0 \pm 0,5$	$20,16 \pm 0,53$	
3	Яраланиш босқичида	14 нафар	8 нафар	< 0,001
		$16,78 \pm 0,6$	$35,5 \pm 1,34$	
4	Тиббиёт ходимиға умуман мурожаат қилмаганлар	8 нафар	18 нафар	< 0,001

Беморларнинг анкета тарқатилгандан кейин ўртача мурожаат қилган кунлари:



Касалланганлар сони 42 нафар

Беморларнинг анкета тарқатилганча анамнестик аниқланган ва ўртача мурожаат қилган кунлари:



Касалланганлар сони 34 нафар

Эслатма: асосий ва назорат гуруҳидаги барча беморларда яралар сони 1 тадан 6 тагача бўлганлиги аниқланди.

P - асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар кўрсаткичлари орасидаги статистик ишончлилик фарқи.

Асосий гуруҳ беморларда тугунчали босқичда беморларнинг врач кўригига мурожаати ишончли равишда $P < 0,001$ назорат гуруҳи беморларидан фарқ қилди.

Эрозияланиш босқичида ҳам беморларга тарқатилган анкеталарнинг самараси назорат гуруҳига нисбатан яққол кўриниб турди, бунда ўртача $13,0 \pm 0,5$ ва $20,16 \pm 0,53$ рақамлар қайд этилди ва ишончли кўрсаткичларга эришилди.

Яраланиш босқичида мурожаат қилган беморлар асосий гуруҳ беморларининг 50 фоизини ташкил қилди ва яраланиш босқичининг эрта аниқланишига эришилди ($16,78 \pm 0,6$), назорат гуруҳи беморларида ўртача $35,5 \pm 1,34$ кунлари мурожаат қилинган бўлиб, касалликка диагноз қўйиш кунларининг чўзилишига олиб келган.

Хулоса қилиб айтганда анкета тарқатилган аҳоли орасида беморларнинг шифокорга мурожаат қилган кунлари ишончли равишда эрта бўлганлиги аниқланган. Бу билан беморларни эрта диагностикасига эришилиб, эрта даво муолажаларини бошлашга муваффақ бўлинди.

Бухоро вилоятининг Қоровулбозор тумани аҳолиси ва бошқа ҳудудларда (Жондор тумани, Гиждувон тумани, Бухоро тумани ва Вобкент туманлари) яшовчи аҳоли ўртасида 2018 йил мавсумида тайёрланган анкеталарни ҚВП лари орқали тарқатилган вақтдан кейин вилоятимиз ҳудудларида ЗТЛ билан жами аниқланган беморлар сони 78 нафарни ташкил этди.

Аниқланган беморларнинг асосий қисми яъни 46 нафари касалликнинг тугунчали босқичида (чивин чаққандан кейинги биринчи уч ҳафтада), 14 нафари тугунчанинг эрозияланиш босқичида, 12 нафари касалликнинг яраланиш босқичида (чивин чаққандан кейинги 4-10 ҳафтада) врач кўригига

мурожаат қилган. 6 нафар бемор врач кўригига мурожаат этмаган (ретроспектив, анамнестик ташхис қўйилди).

Ўрганилган ҳудудлар бўйича 2017 йил мавсумдаги кўрсаткичлар ретроспектив ва анамнестик ташхисда қуйидагича бўлган: жами ўрганилган ҳудудда касалланганлар сони 64 нафарни ташкил этган бўлса, шулардан 6 нафари тугунчали босқичида, 12 нафар бемор эрозияланиш даврида, 21 нафари яраланиш босқичида мурожаат этган бўлиб, 25 нафар беморлар врач кўригига умуман мурожаат этишмаган (1-жадвал). Текширилган беморларнинг ўртача ёши 2 - 65 ни ташкил этди, тугунчали, эрозив ва яраланиш босқичида мурожаат қилган беморларнинг барчасида диагноз паразитологик усул ёрдамида тасдиқланди.

Эндемик ўчоқда яшаётган аҳоли орасида яраланиш (Зооноз) билан кечувчи тери лейшманиози касаллигини эрта аниқлаш учун тарқатилган анкеталарнинг самарадорлигини аниқлаш ($M \pm m$).

№	Лейшманиоз клиник даврлари	Мурожаат қилинган кунлар		
		Беморларнинг анкета тарқатилгандан кейин ўртача мурожаат қилган кунлари $n = 78, M \pm m$	Беморларнинг анкета тарқатилганча анамнестик аниқланган ва ўртача мурожаат қилган кунлари $n = 64, M \pm m$	P
1	Тугунчали босқичида	46 нафар	6 нафар	< 0,001
		$7,2 \pm 0,75$	$14,8 \pm 0,005$	
2	Эрозияланиш босқичи	14 нафар	12 нафар	< 0,001
		$12,5 \pm 0,5$	$20,11 \pm 0,5$	
3	Яраланиш босқичида	12 нафар	21 нафар	< 0,001
		$15,70 \pm 0,5$	$34,5 \pm 1,3$	
4	Тибиёт ходимиға умуман мурожаат қилмаганлар	6 нафар	25 нафар	< 0,001

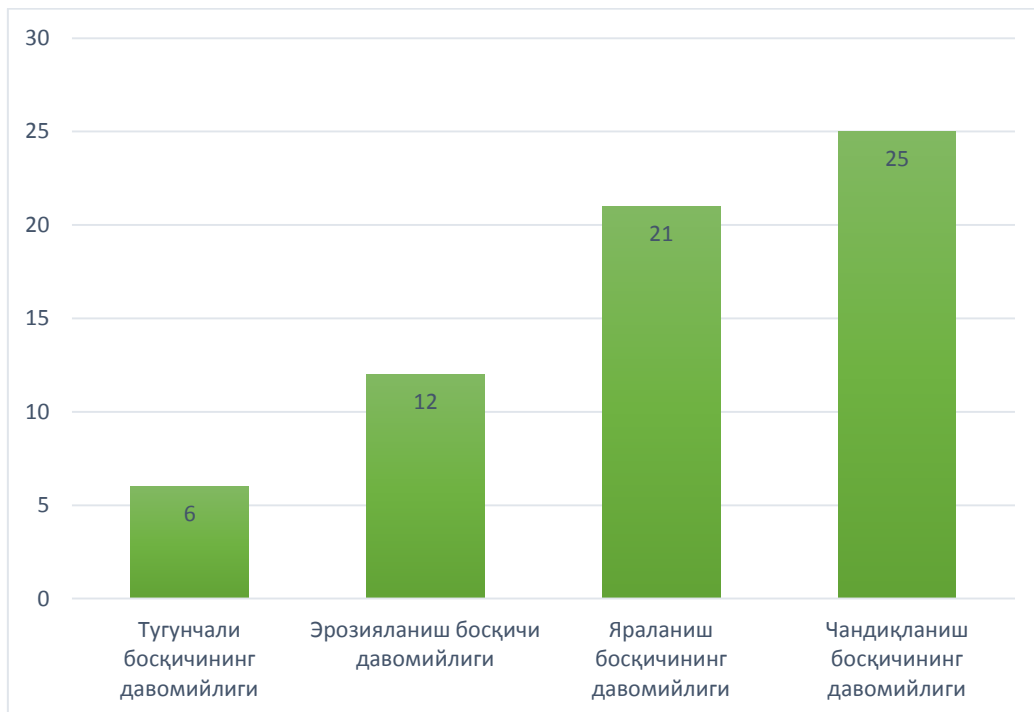
Беморларнинг анкета тарқатилгандан кейин ўртача мурожаат қилган

кунлари:



Касалланганлар сони 78 нафар

Беморларнинг анкета тарқатилганча анамнестик аниқланган ва ўртача мурожаат қилган кунлари:



Касалланганлар сони 64 нафар

Эслатма: асосий ва назорат гуруҳидаги барча беморларда яралар сони 1 тадан 8 тагача бўлганлиги аниқланди.

P - асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар кўрсаткичлари орасидаги статистик ишончлилик фарқи.

Текширилган асосий гуруҳ беморларда тугунчали босқичда беморларнинг врач кўригига мурожаати ишончли равишда $P < 0,001$ назорат гуруҳи беморларидан фарқ қилди.

Эрозияланиш босқичида ҳам беморларга тарқатилган анкеталарнинг самараси назорат гуруҳига нисбатан яққол кўриниб турди, бунда ўртача $12,5 \pm 0,5$ ва $20,11 \pm 0,5$ рақамлар қайд этилди ва ишончли кўрсаткичларга эришилди.

Тугунчали босқичида мурожаат қилган беморлар асосий гуруҳ беморларининг 50 фоизини ташкил қилди ва яраланиш босқичининг эрта аниқланишига эришилди $15,70 \pm 0,5$, назорат гуруҳи беморларида ўртача $34,5 \pm 1,3$ кунлари мурожаат қилинган бўлиб, касалликка диагноз қўйиш кунларининг чўзилишига олиб келган.

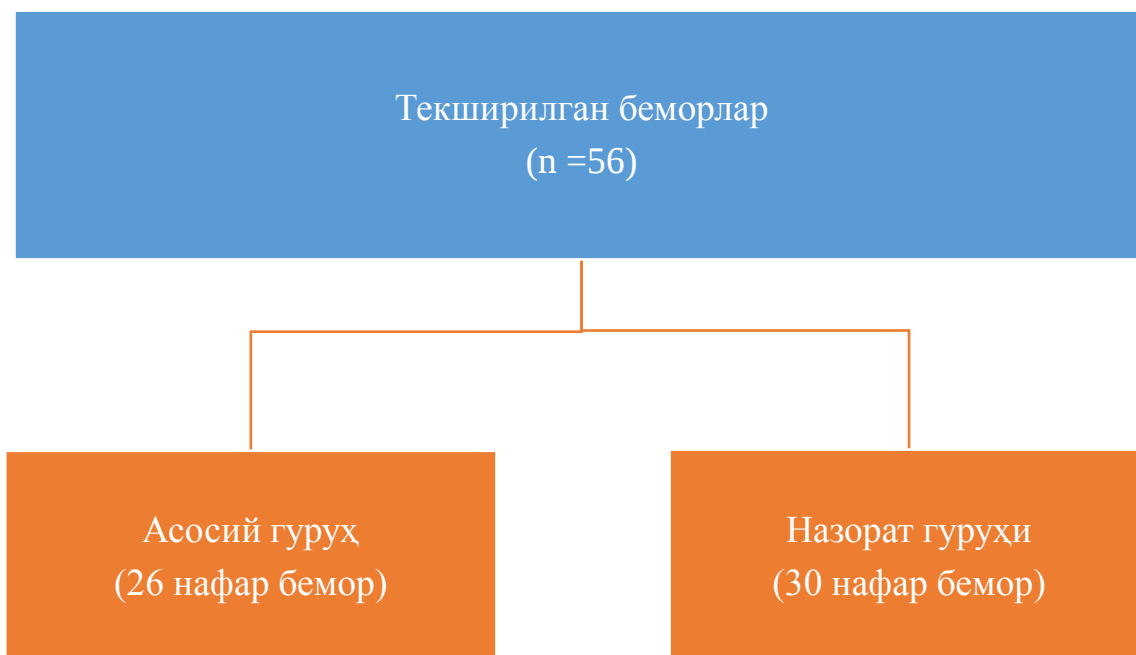
Хулоса қилиб айтганда, анкета тарқатилган аҳоли орасида беморларнинг шифокорга мурожаат қилган кунлари ишончли равишда эрта бўлганлиги аниқланган. Бу билан беморларни эрта диагностикасига эришилиб, эрта даво муолажаларини бошлашга муваффақ бўлинди.

3.2 Зооноз тери лейшманиозининг эрта тугунли, эрозияланиш ва яраланиш босқичида этиотроп даво чораларини танлаш мақсадида 0,05% Метилен кўки эритмасининг АЛТ Восток модел-03 орқали маҳаллий таъсирини баҳолаш

Эрта аниқланган ва кеч мурожаат қилган беморлардан ихтиёрий равишда 26 нафар бемор ажратиб олинди ва уларни асосий гуруҳ беморлари қилиб белгиланди. Беморларга 0,05% Метилен кўки эритмасининг АЛТ Восток модел-03 орқали маҳаллий даволаниши натижаларининг ишончлилигини аниқлаш мақсадида қолган беморлардан асосий гуруҳ беморларининг ёшига мос ҳолда 30 нафарини назорат гуруҳига ажратиб

олинди.

Метилен кўки эритмасининг АЛТ Восток модел-03 орқали маҳаллий таъсирини аниқлаш мақсадида, кузатув остидаги асосий гуруҳ 26 нафар беморлари ушбу усул ёрдамида даволандилар. Назорат гуруҳи 30 нафар беморлари эса стандарт даволандилар (Антибактериал препаратлар, малярияга қарши препаратлар ва маҳаллий терапия).



Асосий гуруҳдаги 26 нафар беморларга Метилен кўки эритмасининг Восток аппарати орқали маҳаллий кунига 1 маҳал 7 - 15 кун давомида 5 дақиқадан қўллаш буюрилди. Шунинг алоҳида таъкидлаш лозимки, Метилен кўки эритмасининг Восток аппарати орқали маҳаллий усул билан даволанган асосий гуруҳ беморларини даволаш жараёнида нозуқ таъсирлар кузатилмади.

Метилен кўки эритмасининг Восток аппарати орқали маҳаллий қўллаш усулининг терапевтик самарадорлигини баҳолаш учун асосий ва назорат гуруҳи беморларида ҳаётлик асосий клиник симптомларининг давомийлиги ўзаро таққослаб ўрганилди (3-жадвал).

Жумладан, Тугунчали босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида ўртача $12,6 \pm 1,0$ кунни, назорат гуруҳидаги беморларда эса

ўртача $7,4 \pm 0,4$ кунни ташкил қилди ($P < 0,001$).

Эрозияланиш босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида $13,1 \pm 0,56$ кунни ташкил қилган бўлса, назорат гуруҳи беморларида бу кўрсаткич $8,1 \pm 2,4$ кунни кўрсатди ($P > 0,05$).

Яраланиш босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида ишончли равишда қисқа давом этганлиги аниқланди $23,5 \pm 0,9$, назорат гуруҳидаги беморларда эса ўртача $45,5 \pm 1,23$ кунни ташкил қилди ($P < 0,001$).

Чандиқланиш босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида ишончли равишда қисқа давом этганлиги аниқланди $16,8 \pm 0,97$, назорат гуруҳидаги беморларда эса ўртача $26,1 \pm 0,53$ кунни ташкил қилди ($P < 0,001$).

Касаликнинг умумий кечимининг ўртача давомийлиги метилен кўки эритмасининг Восток аппарати орқали маҳаллий қўлланган асосий гуруҳ беморларда ўртача $64,0 \pm 2,9$ кун давом этган бўлса, бу рақамлар назорат гуруҳида $88,0 \pm 1,88$ кунга эга бўлди ($P < 0,001$).

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, касалликнинг барча даврларининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларда ишончли натижаларга эришилганлигини кўрсатди.

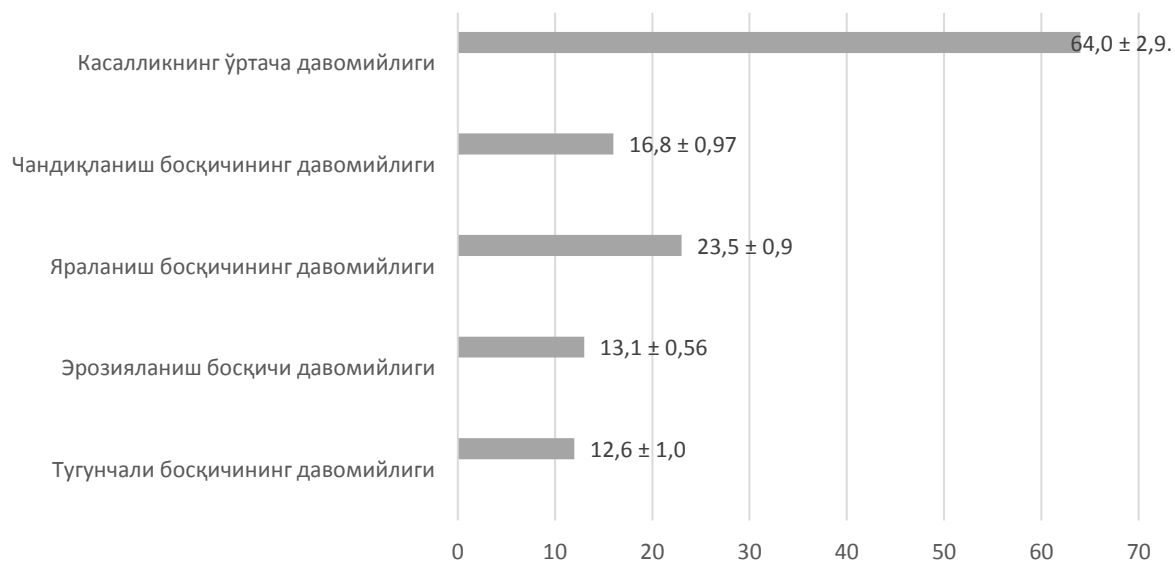
Яраланиш (Зооноз) билан кечувчи тери лейшманиозда клиник даврларининг эрта аниқланиши ва даво муолажаларининг давомийлигига таъсири ($M \pm m$)

№	Лейшманиоз клиник даврлари	Даврларнинг давомийлиги (кунлар ҳисобида)		
		Асосий Гуруҳ $n = 26, M \pm m$	Назорат Гуруҳ $n = 30, M \pm m$	P
1	Тугунчали босқичининг давомийлиги	$12,6 \pm 1,0$	$7,4 \pm 0,4$	$< 0,001$
	Эрозияланиш босқичи давомийлиги	$13,1 \pm 0,56$	$8,1 \pm 2,4$	$>0,05$
2	Яраланиш босқичининг давомийлиги	$23,5 \pm 0,9$	$45,5 \pm 1,23$	$< 0,001$
3	Чандиқланиш босқичининг давомийлиги	$16,8 \pm 0,97$	$26,1 \pm 0,53$	$< 0,001$
4	Касалликнинг ўртача давомийлиги	$64,0 \pm 2,9$	$88,0 \pm 1,88$	$< 0,001$

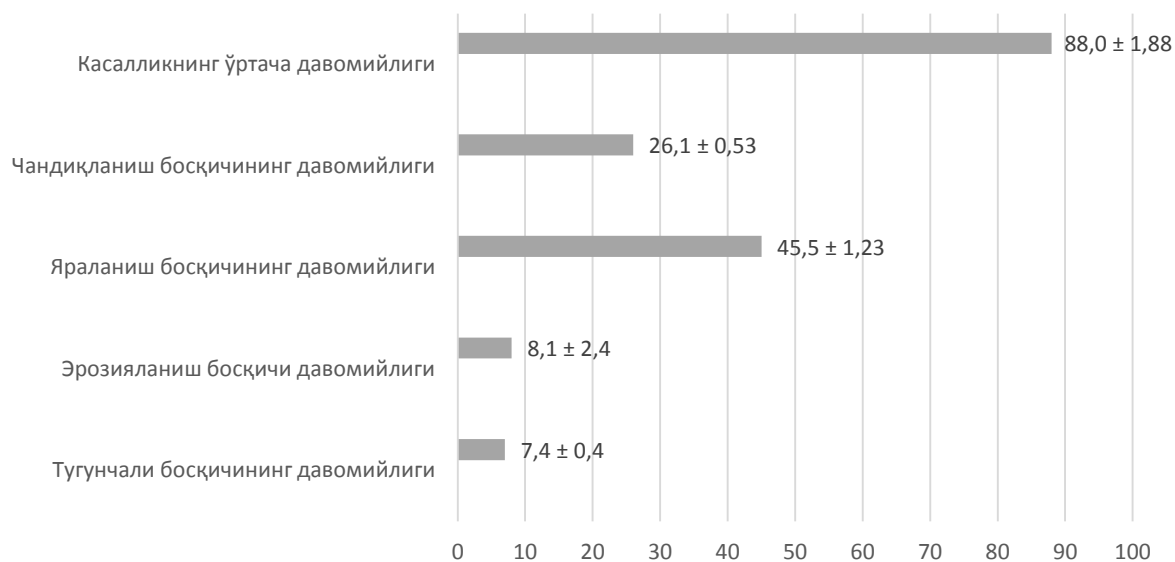
P - асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар кўрсаткичлари орасидаги статистик ишончлилик фарқи.

Шундай қилиб, анкета тарқатилган аҳоли орасида беморларнинг шифокорга мурожаат қилган кунлари ишончли равишда эрта бўлганлиги аниқланган. Бу билан беморларни эрта диагностикасига эришилиб, эрта даво муолажаларини бошлашга муваффақ бўлинди. Метилен кўки эритмасининг АЛТ Восток модел-03 орқали маҳаллий таъсири ва анъанавий даво услублари билан даволанган беморларда касаллик бошланғич-тугунчали ва эрозияланиш босқичларида кечим давомийлигига ижобий таъсир қилганлиги, яраланиш даврининг қисқа давом этганлиги, бу билан касалликнинг умумий кечим давомийлигининг қисқарганлигига эришилганлиги аниқланди.

Даврларнинг давомийлиги (кунлар ҳисобида)асосий гуруҳда



Даврларнинг давомийлиги (кунлар ҳисобида)назорат гуруҳда



3.3 Тери лейшманиозининг эрта тугунли, эрозияланиш ва яраланиш боскичида этиотроп даво чораларининг клиник-лаборатор натижаларини аниқлаш

Асосий ва назорат гуруҳи беморларнинг лейшманиоз билан жароҳатланган соҳаларида паразитларнинг сақланиш муддатини аниқлаш мақсадида асосий ва назорат гуруҳи беморларида уч марта, 0,05% метилен кўкини лазерли фотодинамик даво муолажаларини АЛТ восток модел-03 ни бошлашдан олдин, даво муолажалари бошлангандан кейин ҳар 7 кунда (жами 14 кун) ва даво курслари тугагандан кейин 7 - кунда паразитологик йўл билан текширилди.

Касаллик аниқланган кунда олинган суртмани Романовский –Гимза усулида бўяб микроскопик ўрганилди. Бунда анкета тарқатилган гуруҳлар орасидаги (24 та беморда) 92,3% ва анкета тарқатилмаган гуруҳлар орасидаги (28 та беморда) 93,3 % беморларда суртмада паразитологик мусбат натижа олинди.

0,05% Метилен кўки билан Лазерли фотодинамик терапия ўтказилган беморларнинг асосий гуруҳи ярасидан биринчи ҳафтасидан кейинги қайта олинган суртмада (16 та беморда) 61,5 % да паразитологик мусбат натижа олинди. Назорат гуруҳи (стандарт даво олганлар) беморларнинг ярасидан олинган суртмадан (24 та беморда) 80 % беморларида паразитологик мусбат натижа олинди.

Зооноз тери лейшманиози билан касалланган беморларни 14 кунлик фотодинамик терапия ўтказиб бўлгандан 1 ҳафта кейинги паразитологик текширув натижаси асосий гуруҳ беморларида (4 та беморда) 15,3 % ни ташкил этган бўлса назорат гуруҳи беморларида бу кўрсаткич (16 та беморда) 53,3% ни ташкил қилди.

4-жадвал

№	Асосий гуруҳ беморлари (0,05% метилен кўкини лазерли фотодинамик даво муолажаларини АЛТ восток модел-03 аппарати билан қўлланилган беморлар)	Назорат гуруҳи беморлари (стандарт даво олган беморлар)
1.Даво муолажалари бошлагандан олдинги паразитологик текширув натижалари	92,3%	93,3%
2.Даво муолажалари бошлангандан бир ҳафтадан кейин паразитологик текширув натижалари	61,5%	80%
3.Даво муолажалари бошлангандан 14 кунлик терапиядан 1 ҳафта кейин паразитологик текширув натижалари	15,3%	53,3%

ХУЛОСА

Зооноз тери лейшманиозининг тарқалиши кўп жиҳатдан маълум бир географик минтақада жойлашган маҳаллий ҳудуднинг экологик шароитига, ҳамда касаллик чақирувчи манба билан кўзғатувчини манбадан одамга юктирувчи омилларининг мавжудлиги сабаб бўлади. Айнан Ўзбекистон республикаси Бухоро вилоятининг Қоровулбозор тумани чўл ҳудудлари ҳамда Қашқадарё вилоятининг Муборак тумани чўл ҳудудларида касаллик манбасининг мавжудлиги яна бир бор олдинги келтирилган маълумотларни тасдиқлади. Бу эса айнан шу ҳудудларда доимий равишда профилактика ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни такомиллаштиришни талаб этади.

Эндемик ўчоқларда Зооноз тери лейшманиози билан оғриган беморларда яраланишгача бўлган даврда эрта ташхис қўйиш учун Бухоро вилояти Қоровулбозор туманининг Дўстлик МФЙ га қарашли маҳаллаларида август ва сентябр ойларида чивин чақиши оқибатида 1-4 ҳафта ичида тугунчалар пайдо бўлган шахсларнинг дарҳол дерматолог ёки умумий амалиёт врачлари кўригига учраши бўйича тарқатма материаллар тарқатилди (буклетлар кўринишида). Шу тарқатилган анкеталарнинг самарасига қараб эндемик вазиятга баҳо берилди. Анкета тарқатилган аҳоли орасида асосий гуруҳ беморларида тугунли босқичида шифокорга мурожаат қилганлар ўртача ҳисобда 6-7 кунни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳи беморларида бу кўрсаткич 14,5 кунни ташкил этганлиги аниқланиб, анкета тарқатилган вақтдагиларда нисбатан ишончли равишда эрта бўлганлиги аниқланди. Эрозияланиш босқичида мурожаат қилганларнинг ўртача давомийлиги 13 кунни, анкета тарқатилмаган назорат гуруҳи беморларида бу 21 кунни ташкил этди. Яраланиш босқичида асосий гуруҳ беморлари касалликнинг ўртача 17- кунда мурожаат қилишган бўлса назорат гуруҳида бу кўрсаткич 35,5 кунни ташкил этди. Шу ўринда анкета тарқатилган гуруҳда касаллик белгилари намоён бўлишига қарамасдан 8 нафар бемор тиббиёт ходимларига умуман мурожаат қилмаганлар. Шу ўринда анкета тарқатилмаган назорат гуруҳи орасида 18 нафар бемор умуман тиббиёт ходимларига мурожаат

қилмаганлиги аниқланди. Анкета тарқатиб беморларни эрта диагностикасига эришилиб, эрта даво муолажаларини бошлашга муваффақ бўлинди. Бу эса аҳоли ўртасида тиббий маданиятнинг ошишига олиб келди.

Беморларни текшириш чуқур анамнез йиғиш ва эпидемиологик маълумотларни аниқлашдан бошланди. Текширув давомида беморларнинг шикоятларига, касалликнинг бошланиши ва ривожланишига эътибор қилинди ҳамда терининг турли соҳаларида (айниқса очик соҳалар) пайдо бўлган тугунчалар, уларнинг атрофини қамраб олган инфильтратлар ташхисни тасдиқлаш учун паразитологик текширишга асос бўлди.

Беморларга эпидемиологик, анамнестик ва клиник қўйилган диагнозни тасдиқлаш мақсадида ярадан суртма олиниб паразитологик текширилди.

Аниқланган беморларда Метилен кўки эритмасининг АЛТ Восток модел-03 аппарати орқали лазерли фотодинамик терапиянинг маҳаллий таъсири ва анъанавий даво услублари билан даволанган беморларда касаллик бошланғич-тугунчали ва эрозияланиш босқичларида кечим давомийлигига ижобий таъсир қилганлиги, яраланиш даврининг қисқа давом этганлиги, бу билан касалликнинг умумий кечим давомийлигининг қисқарганлигига эришилганлиги аниқланди.

Метилен кўки эритмасининг Восток аппарати орқали маҳаллий қўллаш усулининг терапевтик самарадорлигини баҳолаш учун асосий ва назорат гуруҳи беморларида хасталик асосий клиник симптомларининг давомийлиги ўзаро таққослаб ўрганилди.

Тугунчали босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида ўртача $12,6 \pm 1,0$ кунни, назорат гуруҳидаги беморларда эса ўртача $7,4 \pm 0,4$ кунни ташкил қилди ($P < 0.001$).

Эрозияланиш босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида $13,1 \pm 0,56$ кунни ташкил қилган бўлса, назорат гуруҳи беморларида бу кўрсаткич $8,1 \pm 2,4$ кунни кўрсатди ($P > 0,05$).

Яраланиш босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида ишончли равишда қисқа давом этганлиги аниқланди $23,5 \pm 0,9$ назорат

гуруҳидаги беморларда эса ўртача $45,5 \pm 1,23$ кунни ташкил қилди ($P < 0,001$).

Чандиқланиш босқичининг давомийлиги асосий гуруҳ беморларида ишончли равишда қисқа давом этганлиги аниқланди $16,8 \pm 0,97$, назорат гуруҳидаги беморларда эса ўртача $26,1 \pm 0,53$ кунни ташкил қилди ($P < 0,001$).

Касаликнинг умумий кечимининг ўртача давомийлиги метилен кўки эритмасининг Восток аппарати орқали маҳаллий қўлланган асосий гуруҳ беморларда ўртача $64,0 \pm 2,9$ кун давом этган бўлса, бу рақамлар назорат гуруҳида $88,0 \pm 1,88$ кунга эга бўлди ($P < 0,001$).

Зооноз тери лейшманиози билан оғриган беморлардан олинган паразитологик натижалар, назорат гуруҳини 0,05% метилен кўки билан лазерли фотодинамик терапия ўтказилган беморларда назорат гуруҳи беморларига нисбатан аниқ кўрсаткичлар билан яхши самарали натижа берди.

Зооноз тери лейшманиозига чалинган беморларни эрта ташхислаш учун тарқатма анкетали материаллардан мавсумий фойдаланиш орқали яхши натижага эришилади.

Аниқланган беморларга 0,05%-Метилен кўки эритмасини лазерли фотодинамик терапия мақсадида АЛТ Восток модел -03 аппарати ёрдамида даво муолажаларини эрта бошлаш ишончли даражада самара беради.



АЛТ ВОСТОК – модел 03
АППАРАТИ











ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Абидова З.М., Рахимов И.Р., Асадов Р., Алимжанов А.А. Бактериальная суперинфекция при кожном лейшманиозе // Дерматовенерология и эстетическая медицина.-2014.-№1 С. 168.
2. Абидова З.М., Рахимов И.Р., Махсудов М.Р. Исследование содержания оксида азота в сыворотке крови у больных кожным лейшманиозом // Дерматология и эстетическая медицина.-2015.-№3 С. 202.
3. Абидова М., Рахимов И.Р., Абдурахманова Н.А., Салиходжаева С.С. Случай кожного лейшманиоза// Вест.дерматол.-2016.-№ 3 С. 83-87.
4. Агакишев Д.Д. Эволюции клинических проявлений кожного лейшманиоза, приводящих к диагностическим ошибкам // Вестн.дерматол .-2005.- №3 С. 64-65.
5. Аковбян А. А., Мухаммедов С. М. Лечение кожного лейшманиоза остронекротизирующегося типа мономицином // Вестн. дерматол. - 1968. - №1 С. 74-76.
6. Аляви С. Ф. Клинико-экспериментальное обоснование применения мази «Лешмицин» при зоонозном кожном лейшманиозе // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2000. С. 24.
7. Арифов С. С., Эшбоев Э. У. Тери ва таносил касалликлари. - Тошкент: Давлат илмий нашриёти, 1997. –С. 350.
8. Арустамян Т. А. Методы лечения мономицином больных кожным лейшманиозом сельского типа // Мед. журнал Узбекистана. - 1968. - №7 С. 23-25.
9. Арустамян Т. А. О стойкости и продолжительности иммунитета при кожном лейшманиозе // Вестн. дерматол. - 1965. - №5 С. 66-68.
10. Асатуллаев Х. А. Опыт лечения остронекротизирующегося кожного лейшманиоза // Мат. научно-практической конференции по проблемам медицинской паразитологии. – Самарканд, 1971. - С. 187-189.
11. Баткаев Э.А. Лейшманиоз кожи // Вестн.последиплом. мед.образования.-2001.-№ 4 С. 56-58

- 12.Ваисов А. Ш. Применение коллаген-мономицинового комплекса в терапии остронекротизирующего кожного лейшманиоза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1977. – С. 16.
- 13.Дергачева Т. И., Жерихина И. И. О внеморальной активности переносчиков возбудителей зооантропоного кожного лейшманиоза // Мед. паразитол.и паразитар. болезни. - 1993. - № 5. - С. 37-43.
- 14.Джалилова Н.А.//Современные эколого-эпидемиологические аспекты кожного лейшманиоза в Узбекистане. 2014.-№.-С. 151-153.
- 15.Динамика цитологических изменений раневого процесса в комплексном лечении кожного лейшманиоза с применением лазерного скальпеля / Бабаев О. Г., Каримов Ш. Н., Бабаева Х. Б. и др. // Здравоохранение Туркменистана. - 1984. - №1. - С. 3-6.
- 16.Добржанская Р. С. Серо-иммунологические аспекты в клинике кожного лейшманиоза. – Ашхабад, 1984. – С. 224.
- 17.Елисеев Л. Н., Стрелкова М. В., Жерихина И. И. Особенности эпидемической активизации природного очага ЗКЛ в местах симпатричного распространения *L.major*, *L.tiranicus*, *L.gerbilli* // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 1991. - №3. - С. 24-29.
- 18.З.М.Абидова, И.Р.Рахимов, Т.А.Набиев, О.В.Избекова Кожный лейшманиоз и иммунная система //Дерматовенерология и эстетическая медицина. -2017.-№ 2.-С. 97-98.
- 19.З.М.Абидова, Ф.Ф.Умуров, А.М.Эшонкулов Лейшманиоз касаллигининг Бухоро вилоятидаги эпидемиологик ҳолати//Дерматовенерология и эстетическая медицина. -2017.- № 2. -С. 100.
- 20.ЗаславскийД.В., Андриенко Е.М., Александрова И.Ю., МатвееваЕ.Л., Семенова С.Е.,ЗуевМ.Е., Гайдук А.А Верификация лейшманиоза кожи //Вестник дерматологии и венерологии. - 2014. - №5. – С. 91-95.

21. Зоонозный кожный лейшманиоз в Узбекистане и его профилактика / Шарипов М. К., Раззаков Ш. А., Краснонос Л. Н. и др. // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 1987. - №1. - С. 39-45.
22. Зоонозный кожный лейшманиоз в Чимкентской области. / Джумагулов К. Б., Рапопорт Л. П., Елисеев Л. Н. и др. // Здоровоохранение Казахстана. - 1989. - №1. - С. 45-46.
23. Зоонозный кожный лейшманиоз и перспективы его профилактики в Узбекской ССР / Краснонос Л. Н., Улематов А. И., Абдуллаев И. В. и др. // Мед. журнал Узбекистана. - 1978. - №10. - С. 12-15.
24. Зоонозный кожный лейшманиоз на северной кромке Хорезмского оазиса / Бокштейн Ф. М., Леокка Н. К., Шеремет А. К. и др. // Тез. докл. XII Всесоюз. конф. по природной очаговости болезней. – Москва, 1989. - С. 29-30.
25. Иванов О. Л. Кожные и венерические болезни. – Москва: Медицина, 1997. - С. 140-143.
26. Изоэнзимная идентификация изолятов лейшманий, выделенных от больших песчанок, москитов и больных людей в очагах зоонозного кожного лейшманиоза в Туркменистане / Стрелкова М. В., Елисеев Л. М., Понировский Е. Н. и др. // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 1993. - №5. - С. 34-37.
27. Иммунодиагностика в комплексной терапии зоонозного кожного лейшманиоза / Добржанская Р. С., Солганик Р. И., Ермаков М. Н. и др. // Вестн. дерматол. - 1996. - №6. - С. 71-73.
28. Исаева М.С., Саидинова Т.О. Современные аспекты кожного лейшманиоза // Вестник Авиценны. -2016. –№ 1.- С. 116-122.
29. Какабаева О.А., Атаева А.А. Частота видов осложнений, встречающихся при зоонозном кожном лейшманиозе //Дерматология и эстетическая медицина.-2014.- № 1. -С. 182.

30. Караходжаева С. Б. Вопросы организации массовых лейшманиозных прививок в очагах кожного лейшманиоза: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Ташкент, 1971. – С. 19.
31. Ким О. Г. Кожный лейшманиоз в Сурхандарьинской области // Вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических болезней. – Ташкент, 1990. - С. 130-133.
32. Кожевников П. В., Добротворская Н. В., Латышев Н. И. Учение о кожном лейшманиозе. – Москва: Медицина, 1947. – С. 371.
33. Кожные и венерические болезни / Под ред. Скрипкина Ю. К. - Москва: Медицина, 1995. – Том 1. - С. 422-456.
34. Комолов З.Р., Рахматов А.Б., Абидова З.М. Некоторые вопросы лечения кожного лейшманиоза //Дерматовенерология и эстетическая медицина. -2014. - №1.- С. 184-185.
35. Коновалова С. А. Угнетение иммунного ответа на сопутствующую иммунизацию эритроцитами барана при экспериментальном кожном лейшманиозе мышей // Актуальные вопросы медицинской паразитологии. - Ташкент, 1980. - С. 34-36.
36. Машковский М. Д. Мономицин // В кн.: Лекарственные средства. – Ташкент, 1989. - С. 238-239.
37. Методические рекомендации по лечению остронекротизирующегося кожного лейшманиоза метациклином / Хайруллин Ф. Я., Родякин Н. Ф., Ханмамедов Н. М. и др. – Ашхабад, 1977. –С. 4.
38. Мустафаев Х. М. Эпидемиологическая ситуация по зоонозному кожному лейшманиозу в Узбекистане // Мед. паразитол. и паразит. болезни. - 1991. - № 6. - С. 24-26.
39. Мухаммедов С. М. Клинические наблюдения за больными кожным лейшманиозом сельского типа, леченных мономицином // Мед. журнал Узбекистана. - 1967. - № 9. - С. 33-34.

40. Назармухамедова М. Н., Ганиева М. И., Файзуллаева М. Ф. Стимуляция иммуногенеза комплексными соединениями кобальта при мономицинтерапии // Мед. журнал Узбекистана. - 1978. - № 8. –С. 53.
41. Особенности выявления и лечения кожного лейшманиоза в некоторых арабских странах / Тищенко Л. Д., Хаддад С. М., Траоре С. М. и др. // Вестник Росс. Университета Дружбы народов. - 1999. - №1. - С. 60-64.
42. Плескановская С. Н. Клеточный и гуморальный иммунный ответ при кожном лейшманиозе (экспериментальные исследования и наблюдения на больных): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Москва, 1982. – С. 18.
43. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Учебник-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -С. 626-632.
44. Потекаев Н.С. Зоонозный кожный лейшманиоз: исторический экскурс и клиническое наблюдение // Клин.дерматология и венерология. -2015. –№5. –С. 41-50.
45. Применение лейкинферона в лечении зоонозного кожного лейшманиоза. I. Исследование на экспериментальной модели у мышей / Шуйкина Э. Е., Сергиев В. П., Кузнецов В. П. и др. // Мед. паразитол. и паразит. болезни. - 1993. - №1. - С. 42-43.
46. Применение лейкинферона в лечении зоонозного кожного лейшманиоза. II. Лечение больных / Шуйкина Э. Е., Сергиев В. П., Кузнецов В. П. и др. // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 1993. - №2. - С. 28-31.
47. Ракчеев Ф. П., Чистякова И. А., Каменных П. В. Успешное лечение кожного лейшманиоза аргоновым лазером // Вестн. дерматол. - 1989. - №12. - С. 53-55.
48. Рахматов А.Б., Рахимов И.Р., Абидова З.М. Современные проблемы кожного лейшманиоза // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2015. - №3. – С. 220-221.

- 49.Родякин Н. Ф. Вопросы иммунитета и специфической профилактики при болезни Боровского (кожном лейшманиозе). – Ашхабад, 1957. – С. 240.
- 50.Родякин Н. Ф. Кожный лейшманиоз. – Ашхабад: Ылым, 1982. – С. 190.
- 51.Родякин Н. Ф. Некоторые итоги и перспективы борьбы с кожным лейшманиозом в Туркмении // Вопросы краевой дерматологии. – Ашхабад, 1972. –С. 11.
- 52.С.М.Ходжаева, Н.Б.Бабабекова, М.А.Мукарамов, К.А.Ибрагимова
Случай кожного лейшманиоза //Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. – 2013. - №1.- С. 53-54.
- 53.Садык Мухаммед Хаддад, Кочергин Н. Т. Вибромицин и левамизоль в терапии кожного лейшманиоза // Вестн. дерматол. - 1985. - №8. - С. 43-46.
- 54.Таганова О. С. Клинико-морфологическая характеристика экспериментального кожного лейшманиоза и его патоморфоз под воздействием хлорида и вибрамицина: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Ашхабад, 1990. – С. 17.
- 55.Тимошенко И. И. О лечении кожного лейшманиоза мономицином // Военно-медицинский журнал. - 1975. - №10. - С. 75-77.
- 56.Тихоновская И.В., Адаскевич В.П., Мяделец В.О. Кожный лейшманиоз: Этиология, клиника, диагностика, лечение // Вестник ВГМУ. –№3. - С. 69-77.
- 57.Турсунов Н. Т., Каримов В. А., Расулов Х. Р. Лечение кожного лейшманиоза второго типа мазью из кртоновых семян // Медицинский журнал Узбекистана. - 1965. - №2. - С. 44-46.
- 58.Турсунов С. С. Разработка препаратов для специфической профилактики и лечения кожного лейшманиоза (экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Самарканд, 1986. – С. 20.

- 59.Турсунов С. С., Юсупов К. А. Амбулаторное лечение больных зоонозным кожным лейшманиозом коллаген-мономициновым комплексом «Лейшмаколл» // В кн.: Научные основы борьбы с паразитами и гнусом. – Ташкент, 1983. – С. 27.
- 60.Файзуллин Ф. Г., Коваленко А. Ф., Раззаков Ш. А. Абу Али ибн Сино и эволюция борьбы с кожным лейшманиозом в Узбекистане // В кн.: Актуальные вопросы медицинской паразитологии. – Ташкент, 1981. – С. 43-47.
- 61.Федяинова И. Э. Особенности иммунного ответа при зоонозном кожном лейшманиозе и методы его коррекции: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Москва, 1993. – С. 25.
- 62.Федяинова И. Э. Роль и лечебное применение интерферона при лейшманиозах (Обзор литературы) // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 1992. - №5-6. - С. 57-61.
- 63.Фузайлов Ю. М. О возможности применения грамицидина для лечения зоонозного кожного лейшманиоза // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. - 1995. - №1. – С. 45.
- 64.Шувалов В. В., Савельев Л. П. Успешное лечение больных кожным лейшманиозом экстрактом бадана // Вестн. дерматол. - 1960. - №11. - С. 67-69.
- 65.Шуйкина Э. Е. Клиническая и эпидемиологическая иммунология лейшманиозов в СССР: Автореф. дисс. ...д-ра. мед. наук. – Москва, 1984. –С. 45.
- 66.Эпидемиологическая эффективность химиопрофилактики зоонозного кожного лейшманиоза у сельских жителей / Шуйкина Э. Е., Нарбадалов М. Т., Андросов А. А. и др. // Мед. паразитол. и паразит. болезни. - 1992. - №2. - С. 38-40.
- 67.Эрешов М. Э. Действие некоторых новых лекарственных препаратов и антибиотиков на культуру лейшманий // Труды Туркм. НИКВИ. – Ашхабад, 1961. - Том 6. – С. 291.

- 68.Эрешов М. Э. Современные вопросы лечения кожного лейшманиоза (болезнь Боровского): Автореф. дисс. ...д-ра. мед. наук. – Москва, 1974. – С. 24.
- 69.Эрешов М. Э. Современные методы лечения кожного лейшманиоза // Мат. I межреспубликанской научно-практической конференции врачей-дерматологов Средней Азии и Казахстана по проблеме паразитарных заболеваний. – Ташкент, 1967. - С. 55-56.
- 70.Ю.В.Лобзина, С.С.Козлова, А.Н.Ускова.Руководства по инфекционным болезням с атласом инфекционной патологии // -2000.)
- 71.Юсупов К. А., Джаксим А. К., Турсунов С. С. Влияние коллаген-мономицинового комплекса и амфотерицина В на промастиготы лейшманий *in vitro* // В кн.: Актуальные вопросы медицинской паразитологии. - Ташкент, 1981. –С. 47.
- 72.A doubl-blind clinical trial of the treatment of cutaneous leishmaniasis with paromycin ointment / El-Safi S. H., Murphy A. G., Bryceron A. D. et al. // Trans. Soc.Trop.Med.Hyg.- 1990.- Vol. 84. - P. 690-691.
- 73.A new rural focus of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmaniatropica* in Kenya / Mebrahtu Y. B., Lawyer P. G., Ngumbi P. M. et al. // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. - 1992. - Vol. 53. - P. 381-387.
- 74.A randomized trial comparing a pentavalent antimonial drug and recombinant interferon-gamma in the local treatment of cutaneous leishmaniosis / Harms G., Chehade A. K., Douba M. et al. // Trans. R. Soc. Trop. Med. Heg. - 1991. - Vol. 85. - P. 214-216.
- 75.A randomized, placebo-controlled trial of a two-week regimen of aminosidine (paromomycin) ointment for treatment of cutaneous leishmaniasis in Iran / Asilian A., Jalayer T., Whitworth J. A. et al. // Amer. J. Trop. Med. Hyg. - 1995. - Vol. 53. - P. 648-652.
- 76.Activity of purine analogs against leishmania within human macrophages *in vitro* / Berman J. D., Lee L. S., Robins R. K. et al. // Antimicrob. Agents and Chemotherapy. - 1983. - Vol. 24. - P. 233-235.

77. Administration of recombinant interleukin-2 reduces the parasite load of patients with disseminated cutaneous leishmaniasis / Akuffo H., Kaplan G., Kleissing R. et al. // J. Infect. Dis. - 1990. - Vol. 161. - P. 775-780.
78. Antileishmanial activity of four species of Vinca plant extract on leishmania major in vitro and in vivo / Assmar M., Mehrabian S., Farahmand M. et al. // ActaParasitologicaTurcica. - 1997. - Vol. 21, (Suppl.1). – 176 p.
79. Antiproliferative effect of diazepam of different Leishmania species / Dagger F., Campos Z., Rangel H. et al. // ActaParasitologicaTurcica. - 1997. - Vol. 21, (Suppl.1). – 183 p.
80. Aram H., Leibovici V. Ultrasound-induced hyperthermia in the treatment of cutaneous leishmaniasis // Cutis. - 1987. - Vol. 40. - P. 350-353.
81. Armijos R. X. Clinical trials of the safety and immunogenicity of the Leishnavac in healthy university student volunteers living in a non-endemic highland area of Ecuador // University of Central Ecuador. - 1997. – P. 950/174.
82. Asab A. S., Camal M. S., Haggag M. S. Early surgical treatment of cutaneous leishmaniasis // J. Dermatol. Surg. Oncol. - 1983. - Vol. 12. - P. 1007-1009.
83. Aslan G., Seyrek A., Tasci S. Effect of hypertonic sodium chloride solution on Leishmaniatropica promastigotes // ActaParasitologicaTurcica. - 1997. - Vol. 21, (Suppl.1). – 177 p.
84. Babajev K. B., Babajev O. G., Korepanov V. I. Treatment of cutaneous leishmaniasis using a carbon dioxide laser // Bull. World Health Org. - 1991. - Vol. 69. - P. 103-106.
85. Belazzoug S., Neal R. A. Failure of meglumineantimoniate to cure cutaneous lesions due to leishmania major in Algeria // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. - 1986. - Vol. 80. - P. 670-671.
86. Berman J. D. Chemotherapy for leishmaniasis; biochemical mechanism, clinical efficacy and future strategies // Rev. Infect. Dis. - 1988. - Vol. 10. - P. 560-568.

87. Berman J. D., Gallalee J. V. Antileishmanial activity of human red blood cells containing formycin A // J. Infect. Dis. - 1985. - Vol. 151. - P. 698-701.
88. Berman J. D., Lee L. S. Activity of oral drugs against Leishmaniatropica in human macrophages in vitro // Amer. J. Trop. Med. Hyg. - 1983. - Vol. 32. - P. 947-951.
89. Berman J. D., Neva F. A. Effect of temperature on multiplication of leishmania amastigotes within monocyte-derived macrophages in vitro // Amer. J. Trop. Med. Hyg. - 1981. - Vol. 30. - P. 318-321.
90. Blum J., Hatz C., Junghanss T. Therapie kutane und mukokutane Leishmaniosen // Deutsche Medizinische Wochenschrift. - 1994. - Bd. 119. - S. 1169-1172.
91. Buffet P., Caumes E., Gentilini M. Traitement des leishmanioses cutanées localisées // Ann. Dermatol. Vénéréol. - 1994. - Vol. 121. - P. 503-511.
92. Bygbjerg J. C., Knudsen L., Kieffer M. Failure of rifampin therapy to cure cutaneous leishmaniasis // Arch. Dermatol. - 1980. - Vol. 116. - P. 988.
93. Cabrera-Serra M. G., Valladares B., Pinero J. E. In vivo activity of perfosine against Leishmania amazonensis // Acta Trop. - 2008. - Vol. 12. - P. 109-112.
94. Cohen H. A., Livshin Treatment of leishmaniasis nodosa with intralesionally injected emetine hydrochloride // J. Amer. Acad. Dermatol. - 1987. - Vol. 17. - P. 595-599.
95. Control of the leishmaniasis: report of a WHO Expert Committee // World Health Organ. - 1990. - Vol. 793. - P. 1-158.
96. Dogra J., Lal B. B., Misra S. N. Dapsone in the treatment of cutaneous leishmaniasis // Inter. J. Dermatol. - 1986. - Vol. 25. - P. 398-400.
97. Dowlati Y. Treatment of cutaneous Leishmaniasis // Clinics in Dermatology. - 1996. - Vol. 14. - P. 513-517.

98. Effect of topical paromomycin on cell-mediated immunity during cutaneous leishmaniasis / Frankenburg S., Gross A., Jonas F. et al. // *Int. J. Dermatol.* - 1993. - Vol. 32. - P. 68-70.
99. Effects of intradermal gamma-interferon in cutaneous leishmaniasis / Harms G., Chehade A. K., Racz P et al. // *Lancet.* - 1989. - Vol. 10. - P. 1287-1292.
100. Efficacy of cryotherapy and intralesional Pentostam in the treatment of cutaneous leishmaniasis / Gurel M. S., Tatli N., Seyrek A. et al. // *Acta Parasitologica Turcica.* - 1997. - Vol. 21. - P. 183-184.
101. Eissa M. M., Younis L. K., Badawy E. A. Ultrastructure study of experimental cutaneous leishmaniasis before and after dopson intake // *Acta Parasitologica Turcica.* - 1997. - Vol. 21. – 175 p.
102. El Darouti M. A., Al Rubaie S. M. Cutaneous leishmaniasis: treatment with combined cryotherapy and intralesional stibogluconate injection // *Int. J. Dermatol.* - 1990. - Vol. 29. - P. 56-59.
103. Evaluation on the efficacy of intralesional glucantime injections as a treatment of zoonotic cutaneous Leishmaniasis caused by *Leishmania major* in Tunisia / Ben Salah A., Marakchi H., Chahed M. K. et al. // *Acta Parasitologica Turcica.* - 1997. - Vol. 21. – 180 p.
104. Furazolidone treatment of cutaneous leishmaniasis / Costa J. V., Sampaio R. N., Tada M. S. et al. // *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* - 1985. - Vol. 79. - P. 274-277.
105. Hepburn N. C., Tidman M. J., Hunter J. A. Cutaneous Leishmaniasis in British troops from Belize // *Brit. J. Dermatol.* - 1993. - Vol. 128. - P. 63-68.
106. Herwaldt B. L., Neva F. A., Berman J. D. Allopurinol in the treatment of American cutaneous leishmaniasis // *N. Engl. J. Med.* - 1992. - Vol. 327. - P. 498-499.
107. In vitro effect of azithromycin against *Leishmania major* amastigotes / Nanyuksel M., Bas A. L., Araz E. et al. // *Acta Parasitologica Turcica.* - 1997. - Vol. 21. – 187 p.

108. In vitro effects of ketoconazole and pefloxacin on *Leishmaniatropica* promastigotes / Balcioglu I. C., Ok U. Z., Ozbel Y. et al. // *ActaParasitologicaTurcica*. - 1997. - Vol. 21. – 189 p.
109. Jha T. K., Sharma V. K. Pentamidine-induced diabetes mellitus // *Trans. R. Soc. Trop. Hyg.* - 1984. - Vol. 78. - P. 252-253.
110. Junaid A. J. N. Treatment of cutaneous leishmaniasis with infrared heat // *Inter. J. Dermatol.* - 1986. - Vol. 25. - P. 470-472.
111. Kandil E. Treatment of cutaneous leishmaniasis with trimethoprim-sulfamethoxazole combination // *Dermatologica*. - 1973. - Vol. 146. - P. 303-309.
112. Kronenberg K., Brosch S., von Stubet E. Vaccinations against cutaneous leishmaniasis infection // *G. Ital. Dermatol. Venerol.* - 2008. - Vol. 143. - P. 125-137.
113. Levine N. Cutaneous leishmaniasis treated with controlled localized heating // *Arch. Dermatol.* - 1992. - Vol. 128. - P. 759-761.
114. Limited therapeutic action of rifampicin/isoniazid against *Leishmaniaaethiopica* / van der Meulen J., Mock B., Fekete E. et al. // *Lancet*. - 1981. - Vol. 3. - P. 197-198.
115. Long P. I. Cutaneous Leishmaniasis treated with metronidazole // *J. Amer. Med. Ass.* - 1973. - Vol. 223. - P. 1378-1379.
116. Manson-Bahr P. Leishmaniasis. In.: Hoeprich P. D., Jordan M. C. *Infectious diseases*. – Philadelphia, 1989. - P. 1341-1353.
117. Martinez S., Marr J. J. Allopurinol in the treatment of American cutaneous leishmaniasis // *N. Engl. J. Med.* - 1992. - Vol. 326. - P. 741-744.
118. Mechanical Ptosis and Lagophthalmos in cutaneous Leishmaniasis / Satıcı A., Gurler B., Aslan G. // *ActaParasitologicaTurcica*. - 1997. - Vol. 21. - 183 p.
119. Michael A. The treatment of cutaneous Leishmaniasis by curettage // *Brit. Med. J.* - 1983. - Vol. 287. – 1105 p.

120. Momeni A. Z., Aminjavaheri M. Treatment of recurrent cutaneous leishmaniasis // *Ind. J. Dermatol.* - 1995. - Vol. 34. - P. 129-134.
121. Pace J. L. Cutaneous leishmaniasis // *Arch. Dermatol.* - 1982. - Vol. 118. - P. 880-891.
122. Placebo-controlled clinical trial of meglumineantimoniate (glucantime) localized controlled heat in the treatment of cutaneous leishmaniasis in Guatemala / Navin T. R., Arana B. A., Arana F. E. et al. // *Amer. J. Trop. Med. Hyg.* - 1990. - Vol. 42. - P. 43-50.
123. Poulter L. W. Mechanisms of immunity to Leishmaniasis // *Clinical Exp. Immunology.* - 1980. - Vol. 40. - P. 25-32.
124. Rossi-Bergmann B., Da-Silva S. A. G., Costa S. S. The effectiveness of oral *Kalanchoepinnata* treatment in murine Leishmaniasis is related to nitric oxide production // *ActaParasitologicaTurcica.* - 1997. - Vol. 21. – 175 p.
125. Saenz R. E., Paz H., Berman J. D. Efficacy of ketokonazole against *Leishmaniabraziliensis* *panamensis* cutaneous Leishmaniasis // *Amer. J. Med.* -1990. - Vol. 89. - P. 147-155.
126. Semradova V., Dadstychova E. *LecbakozniLeishmaniazynizoralum* // *Ces. Dermatol.* - 1987. - Vol. 62. – 105 p.
127. Soto-Mancipe J., Grogl M., Berman J. D. Evaluation of pentamidine for the treatment of cutaneous Leishmaniasis in Colombia // *Clin. Infec. Dis.* – 1993. - Vol. 16. - P. 417-425.
128. Succesful treatment of Colombian cutaneous Leishmaniasis with four injections of pentamidine / Soto J., Buffet P., Grogl M. et al. // *Amer. J. Trop. Med. Hyg.* - 1994. - Vol. 50. - P. 107-111.
129. Treatment of cutaneous Leishmaniasis with a 4-week regime of aminosidineoihtment in Iran / Asillian A., Jalayer T., Ghasemi R. L. et al.// *ActaParasitologicaTurcica.* - 1997. - Vol. 21. – 175 p.
130. Weinrauch L., Livshin R., El-On J. Ketokonazole in cutaneous leishmaniasis // *Brit. J. Dermatol.* - 1987. - Vol. 117. - P. 666-667.