

**TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI
HUZURIDAGI ILMIY DARAJALAR BERUVCHI
DSc.04/30.12.2019. Tib.29.01 RAQAMLI ILMIY KENGASH**
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

SULTANOV AKRAM ABDUXOLIKOVICH

**TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGINI DAVOLASH VA UNING
PROFILAKTIK CHORA-TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH**

14.00.11 - Dermatologiya va venerologiya

**TIBBIYOT FANLARI BO'YICHA FALSAFA DOKTORI (PhD)
DISSERTATSIYASI AVTOREFERATI**

Falsafa doktori (Phd) dissertatsiyasi avtoreferati mundariyasi

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Content of Dissertation Abstract of Doctor of Philosophy (PhD)

Sultanov Akram Abduxolikovich

Teri leyshmaniozini davolash va uning
profilaktik chora-tadbirlarini takomillashtirish.....3

Султанов Акрам Абдухоликович

Лечение кожного лейшманиоза и
совершенствование мер профилактики35

Sultanov Akram Abduxolikovich

Treatment of skin leishmaniasis and
Improvement of preventive measures.....68

E‘lon qilingan ishlar ro‘yhati

Список опубликованных работ
List of published works71

**TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT INSTITUTI
HUZURIDAGI ILMIY DARAJALAR BERUVCHI
DSc.04/30.12.2019. Tib.29.01 RAQAMLI ILMIY KENGASH**

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

SULTANOV AKRAM ABDUXOLIKOVICH

**TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGINI DAVOLASH VA UNING
PROFILAKTIK CHORA-TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH**

14.00.11-Dermatologiya va venerologiya

**TIBBIYOT FANLARI BO'YICHA FALSAFA DOKTORI (PhD)
DISSERTATSIYASI AVTOREFERATI**

Toshkent – 2025

Falsafa doktori (PhD) dissertatsiyasi mavzusi O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta’lim, fan va innovatsiyalar vazirligi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasida B2022.2.PhD/Tib2753 raqam bilan ro‘yxatga olingan.

Dissertatsiya Toshkent tibbiyot akademiyasida bajarilgan.

Dissertatsiya avtoreferati uch tilda (o‘zbek, rus, ingliz (rezyume)) Ilmiy kengashning vebsahifasida (www.tashpmi.uz) va “ZiyoNet” Axborot-ta’lim portalida (www.ziynet.uz) joylashtirilgan.

Ilmiy rahbar:

Xaitov Qaxramon Najmitdinovich
tibbiyot fanlari doktori, professor

Rasmiy opponentlar:

Nabiyev Tal’at Abduvaxabovich
tibbiyot fanlari doktori

Eshboyev Egamberdi Xusanovich
tibbiyot fanlari doktori, professor

Yetakchi tashkilot:

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Dissertatsiya himoyasi Toshkent pediatriya tibbiyot instituti huzuridagi DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 raqamli Ilmiy kengashning 2025 yil «__» _____kuni soat ____dagi majlisida bo‘lib o‘tadi (Manzil: 100140, Toshkent shahri, Yunusobod tumani, Bog‘ishamol ko‘chasi, 223uy. Tel./faks: (+99871)-2623314; e-mail: mail@tashpmi.uz).

Dissertatsiya bilan Toshkent pediatriya tibbiyot institutining Axborot-resurs markazida tanishish mumkin (___ raqam bilan ro‘yxatga olingan). Manzil: 100140, Toshkent shahri, Yunusobod tumani, Bog‘ishamol ko‘chasi, 223-uy. Tel./faks: (+99871)-2623314.

Dissertatsiya avtoreferati 2025 yil «__» _____ kuni tarqatildi.
(2025 yil «__» _____dagi ____ raqamli reyestr bayonnomasi).

A.V. Alimov

Ilmiy darajalar beruvchi kengash
raisi, tibbiyot fanlari doktori, professor

SH.A. Agzamova

Ilmiy darajalar beruvchi Ilmiy kengash
Ilmiy kotibi, tibbiyot fanlari doktori

A.M. Mannanov

Ilmiy darajalar beruvchi Ilmiy kengash
qoshidagi ilmiy seminar raisi o‘rin bosari,
tibbiyot fanlari doktori, professor

KIRISH

Dissertatsiya mavzusining dolzarbligi va zarurati. Dunyoda transmissiv kasalliklarni davolash va oldini olishda katta muvaffaqiyatlarga erishilganiga qaramay, teri leyshmaniozi dolzarb muammo bo‘lib qolmoqda. Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma’lumotlariga ko‘ra, “...dunyoda 120 milliondan ortiq leyshmanioz holatlari mavjud, shu jumladan visseral turi...”¹. Markaziy Osiyo mamlakatlarida visseral va terileyshmaniozining shahar turi deyarli yo‘q qilingan, ammo zoonoz teri leyshmaniozi (ZTL) mintaqaviy patologiyada ma’lum bir o‘rinni egallashda davom etmoqda va bu kasallikning o‘nlab, yuzlab yangi holatlari qayd etilib, har yili ro‘yxatga olinmoqda. Asosiy endemik o‘choqlar qadimdan O‘zbekiston va Turkmaniston hududida, shuningdek qo‘shni Qozog‘istonning ayrim viloyatlarida joylashgan. Teri leyshmaniozining aholi orasida ortib borishi, aholining o‘choqlar bilan aloqada bo‘lishi, dermatozning yangi holatlarini tashxislanishi klinik va immun xususiyatlarini o‘rganish orqali patogenetik davolash usullarini takomillashtirish zaruratini taqozo etmoqda.

Jahonda teri leyshmaniozini, klinik kechishini o‘rganish, hamda davolash choralari takomillashtirishga yo‘naltirilgan qator ilmiy tadqiqotlar olib borilmoqda. Bu borada o‘tkazilgan ilmiy tadqiqotlar natijasida teri leyshmaniozi klinik kichishida ba’zi sitokinlar ko‘rsatkichlari hamda yondosh mikrofloralar tasiri alohida ahamiyat kasb etmoqda. Teri leyshmaniozining klinik kechishida yondosh mikrofloralar va ularning immun-sitokin o‘zgarishlarga olib kelishini e‘tiborga olgan holda, teri leyshmaniozining klinik, kechishiga yondosh mikrofloralarning ta’sirini o‘rganish, samarali patogenetik davolash usulini ishlab chiqish alohida ahamiyat kasb etmoqda.

Mamlakatimizda tibbiyot sohasini rivojlantirish, tibbiy tizimni jahon andozalari talablariga moslashtirish, aholiga tibbiy yordam ko‘rsatish sifatini yaxshilash va sog‘liqni saqlash tizimini takomillashtirish bo‘yicha maqsadli keng ko‘lamli chora-tadbirlar amalga oshirilmoqda. Sog‘liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlarda “...aholiga tibbiy yordamni ko‘rsatish samaradorligi, sifati va ulardan foydalanish imkoniyatini oshirish, shuningdek, tibbiy standartlashtirish tizimini, tashxislash va davolashning yuqori texnologiyali usullarini yaratish, dispanserizatsiyaning samarali modellarini yaratish orqali sog‘lom turmush tarzi va kasalliklarning oldini olish targ‘ib qilish...”² vazifalari ko‘rsatilgan. Bu borada teri leyshmaniozining klinik patogenetik va immun xususiyatlarini o‘rganish va bemorlarni samarali davolash usullarini ishlab chiqish maqsadga muvofiq.

¹World Health Organization website, 2017., <http://www.who.inthealthinfostatistics>

²O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020-yil 12-noyabrdagi PF-6110-sonli “Birlamchi tibbiysanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sog‘liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi Farmoni.

O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020yil 12 noyabrdagi “Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sog‘liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PF-6110-son farmoni, 2020 yil 12 noyabrdagi “Tibbiy profilaktika ishlari samaradorligini yanada oshirish orqali jamoat salomatligini ta‘minlashga oid qo‘shimcha chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi PQ-4891-son, 2024 yil 29 noyabrdagi “Tibbiyot muassasalarini farmatsevtika mahsulotlari va tibbiy jihozlar bilan ta‘minlash tizimini takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PQ-408-son, 2024 yil 5 sentyabrdagi “Davlat tibbiy sug‘urtasi mexanizmlarini joriy etishga oid chora-tadbirlar to‘g‘risida”gi PQ-311-son qarorlari hamda ushbu sohada qabul qilingan boshqa me‘yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni bajarishga mazkur dissertatsiya tadqiqoti muayyan darajada xizmat qiladi.

Tadqiqotning respublika fan va texnologiyalari rivojlanishining ustuvor yo‘nalishlariga mosligi. Mazkur tadqiqot fan va texnologiyalar rivojlanishining VI. «Tibbiyot va farmakologiya» ustuvor yo‘nalishiga muvofiq bajarilgan.

Muammoning o‘rganilganlik darajasi. Xorijlik olimlar tomonidan teri leyshmaniozining rivojlanish mexanizmida imunologik buzilishlarning rolini o‘rganish hamda uni davolash mexanizmlarini ishlab chiqishga qaratilgan ilmiy izlanishlar olib bormoqda. Bir qator xorijiy davlatlarda TL kasalligining epidemiologiyasi, klinikasi, zamonaviy tashxisot va yangi davolash usullari bo‘yicha qator ilmiy tadqiqotlar amalga oshirilgan (Sophie M. et al, 2014; Darabi S. et al, 2015; Askari A. et al, 2018; Bhargava A. et al, 2018; Francesconi V. et al, 2018; Galluzzi L. et al, 2018; Moein D. et al, 2018; Saberi R. et al, 2018). Zoonoz teri leyshmaniozining klinik variantlari turli xil asoratlarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi, jumladan metaleyshmanioz ham kuzatiladi, ammo barcha shakllarni davolash tamoyillari bir xilligicha qolmoqda. Hozirgi kungacha leyshmanioz yaralari atrofida do‘mboqchalarining rivojlanish ehtimolligi munozarali masala bo‘lib, bu yaralar davolashga juda chidamli hisoblanishi takidlangan. (Cantacessi C. va boshqalar, 2015; Akhoundi M. va boshqalar, 2017).

MDH mamlakatlari tibbiy adabiyotlarini tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, teri leyshmaniozining etiologiyasi va patogenezini tafsilotlarini ochib berish sitokin holatining muhim rolini tushunishga olib keladi, chunki immun tizimining turli hujayralari mediator funksiyasini bajaradigan, ya‘ni immun javobni belgilab beradigan biologik faol kommunikatsion molekulalarini ishlab chiqaradi. Sitokinlar - bu organizmning himoya reaksiyalarini shakllantirish va tartibga solishda ishtirok etadigan polipeptid mediatorlar guruhidir. Neyro-immunendokrin o‘zaro ta‘sirlarda eng muhim rolni aynan sitokinlar o‘ynaydi, ular immun javobda o‘zaro hujayraviy-kooperativ ta‘sirni amalga oshiradi. (Sokolova T.V., Sanakoyeva E.G., Gladko O.V., Gladko V.V, 2021). Teri leyshmaniozini o‘zidan keyin qayta yuqishda turg‘un, ko‘pincha umrbod immunitet qoldiradigan kam sonli protozo y kasalliklardan biri deb ta‘kidlaydi. Qayta infeksiyaga qarshi immunitet sekin rivojlanadi va xo‘jayin organizmning leyshmaniya bilan uzoq muddatli o‘zaro

ta'sirida yetarli intensivlikka erishadi (Koledayeva E.V., Maksimova E.D., va boshqalar 2023).

O'zbekistonda o'tkazilgan bir qator ilmiy tadqiqotlar teri leyshmaniozi yuqishi odatda turg'un, kuchli va uzoq muddatli immunitet hosil qiladigan kam sonli protozoy kasalliklardan biri ekanligini isbotladi. Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarni davolash uchun yangi samarali dori vositalarini izlash nihoyatda dolzarb masala hisoblanadi (Raxmatov A.B., Xikmatov R.S., 2021; Sabirov U.Yu., Xikmatov R.S., 2021; Koledayeva Ye.V. va boshqalar, 2023). Ko'pincha, olib borilayotgan davolanishga qaramay, zoonoz teri leyshmaniozi surunkali kechishga o'tadi, ba'zan bir necha yil davom etib, nafaqat bemorlarning o'zlari uchun, balki dermatolog shifokorlar uchun ham muammoga aylanadi (Kosinets V.N. va boshq., 2020; Xaitov K.N. va boshq., 2021; Abdiyeva D.X. va boshq., 2022).

Ushbu muammo katta ilmiy va amaliy ahamiyatga ega bo'lib, mintaqamizda teri leyshmaniozining ko'payishini hisobga olgan holda, uni dermatovenerologiya xizmati faoliyati sohasiga to'liq kiritish imkonini beradi hamda ushbu kasallikning epidemiologik, patogenetik, davolash va boshqa jihatlarini hal qilishga yordam beradi. Bundan tashqari, keltirilgan ma'lumotlar teri leyshmaniozining rivojlanish muammosini hal qilish uchun patogenezni yanada chuqurroq o'rganish zarurligini ko'rsatadi. Shuningdek, teri leyshmaniozining asoratli shakllari, xususan, metaleyshmaniozning rivojlanish ehtimolini aniqlash bo'yicha qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish lozimligini tasdiqlaydi.

Dissertatsiya tadqiqotining dissertatsiya bajarilgan oliy ta'lim muassasasining ilmiy-tadqiqot ishlari rejalari bilan bog'liqligi. Dissertatsiya tadqiqoti Toshkent tibbiyot akademiyasining ilmiy-tadqiqot ishlari rejasiga muvofiq ADSS 15.16.1 «Teri leyshmaniozining yangi epidemiologik va davolash kompleksini ishlab chiqish» mavzusi doirasida (2021-2024 yillar) bajarilgan.

Tadqiqot maqsadi immun-mikrobiologik tekshiruvlar natijalariga asoslanib, teri leyshmaniozini patogenetik davolash usulini takomillashtirishdan iborat.

Tadqiqot vazifalari:

teri leyshmaniozi kasalligining turli klinik shakllari kechishining xususiyatlarini baholash;

teri leyshmaniozi kasalligida patologik o'choqlarda teri mikroflorasi ahamiyatini, hamda ularning kasallik klinik kechishiga tasirini baholash;

teri leyshmaniozida sitokinlar holati va ularning kasallik turli klinik shakllari kechishidagi ahamiyatini baholash;

teri leyshmaniozini takomillashtirilgan davolash usulini ishlab chiqish va uning samaradorligini baholash.

Tadqiqotning ob'yekti sifatida 2021-2024 yillarda Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Surxondaryo viloyati hududiy filialida teri leyshmaniozining turli klinik shakllari bilan kasallangan 72 nafar bemor olingan.

Tadqiqot predmeti sifatida qon, qon zardobi va leyshmanioz yarali toshmalarining surtmamateriali olingan.

Tadqiqot usullari. Tadqiqotda klinik, mikrobiologik, immunologik va statistik usullardan foydalanilgan.

Tadqiqotning ilmiy yangiligi quyidagilardan iborat:

teri leyshmaniozi kasalligida aksariyat hollarda teridagi patologik jarayonning tananing ochiq qismi yuz, qo'l va oyoq sohalari terisida joylashishi, 69,4% yarali-nekrotik shakli hamda 30,6% tugunli-infiltrat shaklida kechishi isbotlangan;

teri leyshmaniozining yarali-nekrotik va tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rikan bemorlarning qon zardobida IL-2 va IL-8 sitokinlari konsentratsiyasining nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan sezilarli darajada oshishi (mos ravishda $4,56 \pm 0,09$ pg/ml va $39,46 \pm 1,03$ pg/ml) hamda bemorlarning ushbu guruhlarida IL-4 sitokini konsentratsiyasining nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada pasayganligi (mos ravishda $1,58 \pm 0,02$ pg/ml) isbotlangan;

teri leyshmaniozining tugunli-infiltrativ va yarali-nekrotik klinik shakllarida patologik o'choqlarda Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Staphylococcus haemolyticus, Microcococae yo'ldosh mikroorganizmlari teri leyshmaniozining rivojlanishi va kechishining og'irlashuviga olibkeladigan asosiy omillardan bo'lib xizmat qilishi isbotlangan;

teri leyshmaniozini an'anaviy davolashga nisbatan Baneotsin preparati bilan kompleks davolash bemorlarda IL-2, IL-8 va IL-4 sitokinlari miqdorini me'yor darajasiga kelishi, patologik o'choqlarning mikroorganizmlardan tozalanishi, klinik o'zgarishlarning sezilarli yaxshilanish va yaxshilanish orqali kasallikning yarali-nekrotik shaklida davolash muddati davomiyligini 1,3 barobarga, tugunli-infiltrativ shaklida 1,2 barobarga qisqartirishi isbotlangan.

Tadqiqotning amaliy natijalari quyidagilardan iborat:

teri leyshmaniozi kasalligida aksariyat hollarda teridagi patologik jarayonning tananing ochiq qismi yuz, qo'l va oyoq sohalari terisida joylashishi, yarali- nekrotik shakli hamda tugunli-infiltrat shaklida kechishi xususiyatlari asoslangan;

teri leyshmaniozining yarali-nekrotik va tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rikan bemorlarning qon zardobida IL-2 va IL-8 sitokinlari konsentratsiyasining nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan sezilarli darajada oshishi (mos ravishda $4,56 \pm 0,09$ pg/ml va $39,46 \pm 1,03$ pg/ml) hamda bemorlarning ushbu guruhlarida IL-4 sitokini konsentratsiyasining nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada pasayganligi (mos ravishda $1,58 \pm 0,02$ pg/ml) asoslangan;

teri leyshmaniozining tugunli-infiltrativ va yarali-nekrotik klinik shakllarida patologik o'choqlarda Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Staphylococcus haemolyticus, Microcococae yo'ldosh mikroorganizmlari teri leyshmaniozining rivojlanishi va kechishining og'irlashuviga olibkeladigan asosiy omillardan bo'lib xizmat qilishi asoslangan;

teri leyshmaniozini an'anaviy davolashga nisbatan Baneotsin preparati bilan kompleks davolash bemorlarda IL-2, IL-8 va IL-4 sitokinlari miqdorini me'yor darajasiga kelishi, patologik o'choqlarning mikroorganizmlardan tozalanishi, klinik o'zgarishlarning sezilarli yaxshilanish va yaxshilanish orqali kasallikning yarali-nekrotik shaklida davolash muddati davomiyligini 1,3 barobarga, tugunli-infiltrativ shaklida 1,2 barobarga qisqartirishi asoslangan.

Tadqiqot natijalarning ishonchliligi tadqiqotda qo'llanilgan zamonaviy yondoshuv va usullar, nazariy ma'lumotlarning olingan natijalar bilan mos kelishi, olib borilgan tekshiruvlarning uslubiy jihatdan to'g'riligi, bemorlar sonining yetarli ekanligi, statistik tekshirish usullari yordamida ishlov berilganligi, shuningdek, tadqiqot natijalarining xalqaro hamda mahalliy ma'lumotlar bilan taqqoslanganligi, chiqarilgan xulosa hamda olingan natijalarning vakolatli tuzilmalar tomonidan tasdiqlanganligi bilan izohlanadi.

Tadqiqot natijalarining ilmiy va amaliy ahamiyati. Tadqiqot natijalarining ilmiy ahamiyati, teri leyshmaniozi kasalligida aksariyat hollarda teridagi patologik jarayonning tananing ochiq qismi yuz, qo'l va oyoq sohalari terisida joylashishi, yarali-nekrotik shakli hamda tugunli-infiltrat shaklida kechishi, yarali-nekrotik va tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rikan bemorlarning qon zardobida IL-2 va IL-8 sitokinlari konsentratsiyasining nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan sezilarli darajada oshishi (mos ravishda $4,56 \pm 0,09$ pg/ml va $39,46 \pm 1,03$ pg/ml) hamda bemorlarning ushbu guruhlarida IL-4 sitokini konsentratsiyasining nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada pasayganligi (mos ravishda $1,58 \pm 0,02$ pg/ml) bilan izohlanadi.

Tadqiqot natijalarining amaliy ahamiyati shundan iboratki teri leyshmaniozining tugunli-infiltrativ va yarali-nekrotik klinik shakllarida patologik o'choqlarda *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Microcococae* yo'ldosh mikroorganizmlari teri leyshmaniozining rivojlanishi va kechishining og'irlashuviga olibkeladigan asosiy omillardan bo'lib xizmat qilishi, teri leyshmaniozini an'anaviy davolashga nisbatan Baneotsin preparati bilan kompleks davolash bemorlarda IL-2, IL-8 va IL-4 sitokinlari miqdorini me'yor darajasiga kelishi, patologik o'choqlarning mikroorganizmlardan tozalanishi, klinik o'zgarishlarning sezilarli yaxshilanish va yaxshilanish orqali kasallikning yarali-nekrotik shaklida davolash muddati davomiyligini 1,3 barobarga, tugunli-infiltrativ shaklida 1,2 barobarga qisqartirishi davolash samaradorligini oshishiga imkon berganligi bilan izohlanadi.

Tadqiqot natijalarining joriy qilinishi. Teri leyshmaniozini davolash va uning profilaktik chora-tadbirlarini takomillashtirish, kasallikning o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish hamda patogenetik asoslangan davolash usullarini takomillashtirish bo'yicha olingan ilmiy natijalar asosida:

birinchi ilmiy yangilik: teri leyshmaniozi kasalligida aksariyat hollarda teridagi patologik jarayonning tananing ochiq qismi yuz, qo'l va oyoq sohalari terisida joylashishi, 69,4% yarali-nekrotik shakli hamda 30,6% tugunli-infiltrativ shaklida kechishi «Teri leyshmaniozini mahalliy davolash usullari» nomli uslubiy tavsiyanomasida (Toshkent tibbiyot akademiyasi Ekspertlar kengashining 21.06.2024 yil 06/24-342x-sonli xulosasi bilan tasdiqlangan) aks ettirilgan va Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Buxoro viloyati hududiy filiali bo'yicha 24.07.2024-yildagi № 25-sonli buyrug'i hamda ushbu markazning Jizzax viloyati hududiy filiali 14.09.2024-yildagi № 214-sonli buyrug'i bilan amaliyotiga joriy etilgan (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Ilmiy texnik

Kengashining 2024 yil 10 dekabrda 10/37-son xulosasi). **Ilmiy yangilikning ijtimoiy samaradorligi** zoonoz teri leyshmaniozini erta tashxislash erta davolanishga imkon beradi, bu ko'pchilik bemorlarda chuqur va aniq yaralar hosil bo'lishiga olib kelmaydi, ayniqsa jarohatlar asosan terining ochiq soxalarida joylashganligi uchun bu o'z navbatida kosmetik chandiqli nuqsonlarning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. **Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi** leyshmaniyani aniqlash uchun qo'shimcha ravishda tashkil etilgan laboratoriya tekshiruvlarini hisobga olgan holda diagnostika bosqichini o'rtacha 2 baravar kamaytiradi, bu yotoq kunlariga qarab 2 yotoq kunini tashkil qiladi. 1 yotoq-kun narxi 165 000 so'mdan kelib chiqqan holda, samaradorlik 72 bemorga 11 880 000 so'mni tashkil qiladi. An'anaviy tekshirish va davolash usullaridan foydalangan holda xarajatlar har bir bemor uchun 3 300 000 so'mni tashkil etadi, ishlab chiqilgan usul esa statsionar davolanish muddatini o'rtacha 5 kunga qisqartirish imkonini beradi, bu har bir bemor uchun 2 145 000 so'm iqtisodiy ekvivalentda ifodalanadi. **Xulosa:** zoonoz teri leyshmanioziga chalingan bemorlarni davolash takomillashtirilib, bu byudjet va byudjetdan tashqari mablag'larini har bir bemorga 1 155 000 so'm miqdorida tejash imkonini berdi.

ikkinchi ilmiy yangilik: teri leyshmaniozining yarali-nekrotik va tugunli-infiltrativ shakli bilan og'riqan bemorlarning qon zardobida IL-2 va IL-8 sitokinlari konsentratsiyasining nazorat guruhi ma'lumotlariga nisbatan sezilarli darajada oshishi (mos ravishda $4,56 \pm 0,09$ pg/ml va $39,46 \pm 1,03$ pg/ml) hamda bemorlarning ushbu guruhlarida IL-4 sitokini konsentratsiyasining nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada pasayganligi (mos ravishda $1,58 \pm 0,02$ pg/ml) «Teri leyshmaniozini mahalliy davolash usullari» nomli uslubiy tavsiyanomasida (Toshkent tibbiyot akademiyasi Ekspertlar kengashining 21.06.2024 yil 06/24-342x-sonli xulosasi bilan tasdiqlangan) aks ettirilgan va Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Buxoro viloyati hududiy filiali bo'yicha 24.07.2024-yildagi № 25-sonli buyrug'i hamda ushbu markazning Jizzax viloyati hududiy filiali 14.09.2024-yildagi № 214-sonli buyrug'i bilan amaliyotiga joriy etilgan (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Ilmiy texnik Kengashining 2024 yil 10 dekabrda 10/37-son xulosasi). **Ilmiy yangilikning ijtimoiy samaradorligi** o'tkazilgan tadqiqotlar dermatozning erta bosqichlarida ma'lum mavsumiylikni hisobga olgan holda terining ochiq joylarida o'ziga xos shakllanishlar paydo bo'lganda dermatovenerologik xizmatda bemorlarni erta davolash zarurligini ko'rsatadi, bu esa tegishli davolanishga imkon berib, kosmetik nuqsonlarning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. **Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi** leyshmaniyani aniqlash uchun qo'shimcha ravishda tashkil etilgan laboratoriya tekshiruvlarini hisobga olgan holda diagnostika bosqichini o'rtacha 2 baravar kamaytiradi, bu yotoq kunlariga qarab 2 yotoq kunini tashkil qiladi. 1 yotoq-kun narxi 165 000 so'mdan kelib chiqqan holda, samaradorlik 72 bemorga 11 880 000 so'mni tashkil qiladi. An'anaviy tekshirish va davolash usullaridan foydalangan holda xarajatlar har bir bemor uchun 3 300 000 so'mni tashkil etadi, ishlab chiqilgan usul esa statsionar davolanish muddatini o'rtacha 5 kunga qisqartirish imkonini beradi, bu har bir bemor uchun 2 145 000 so'm iqtisodiy ekvivalentda ifodalanadi. **Xulosa:** zoonoz teri leyshmanioziga

chalingan bemorlarni davolash takomillashtirilib, bu byudjet va byudjetdan tashqari mablag'larini har bir bemorga 1 155 000 so'm miqdorida tejash imkonini berdi.

uchunchi ilmiy yangilik: teri leyshmaniozining tugunli-infiltrativ va yarali-nekrotik klinik shakllarida patologik o'choqlarda Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Staphylococcus haemolyticus, Microcococae yo'ldosh mikroorganizmlari teri leyshmaniozining rivojlanishi va kechishining og'irlashuviga olibkeladigan asosiy omillardan bo'lib xizmat qilishi «Teri leyshmaniozini mahalliy davolash usullari» nomli uslubiy tavsiyanomasida (Toshkent tibbiyot akademiyasi Ekspertlar kengashining 21.06.2024 yil 06/24-342x-sonli xulosasi bilan tasdiqlangan) aks ettirilgan va Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Buxoro viloyati hududiy filiali bo'yicha 24.07.2024-yildagi № 25-sonli buyrug'i hamda ushbu markazning Jizzax viloyati hududiy filiali 14.09.2024-yildagi № 214-sonli buyrug'i bilan amaliyotiga joriy etilgan (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Ilmiy texnik Kengashining 2024 yil 10 dekabrda 10/37-son xulosasi). **Ilmiy yangilikning ijtimoiy samaradorligi** zoonoz teri leyshmaniozini o'z vaqtida aniqlash va davolash yallig'lanish hosil bo'lishining og'irligini kamaytirishga va ushbu dermatozning reabilitatsiya davrini sezilarli darajada yengillashtirishga imkon berdi. **Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi** leyshmaniyani aniqlash uchun qo'shimcha ravishda tashkil etilgan laboratoriya tekshiruvlarini hisobga olgan holda diagnostika bosqichini o'rtacha 2 baravar kamaytiradi, bu yotoq kunlariga qarab 2 yotoq kunini tashkil qiladi. 1 yotoq-kun narxi 165 000 so'mdan kelib chiqqan holda, samaradorlik 72 bemorga 11 880 000 so'mni tashkil qiladi. An'anaviy tekshirish va davolash usullaridan foydalangan holda xarajatlar har bir bemor uchun 3 300 000 so'mni tashkil etadi, ishlab chiqilgan usul esa statsionar davolanish muddatini o'rtacha 5 kunga qisqartirish imkonini beradi, bu har bir bemor uchun 2 145 000 so'm iqtisodiy ekvivalentda ifodalanadi. **Xulosa:** Zoonoz teri leyshmanioziga chalingan bemorlarni davolash takomillashtirilib, bu byudjet va byudjetdan tashqari mablag'larini har bir bemorga 1 155 000 so'm miqdorida tejash imkonini berdi.

to'rtinchi ilmiy yangilik: teri leyshmaniozini an'anaviy davolashga nisbatan Baneotsin preparati bilan kompleks davolash bemorlarda IL-2, IL-8 va IL-4 sitokinlari miqdorini me'yor darajasiga kelishi, patologik o'choqlarning mikroorganizmlardan tozalanishi, klinik o'zgarishlarning sezilarli yaxshilanish va yaxshilanish orqali kasallikning yarali-nekrotik shaklida davolash muddati davomiyligini 1,3 barobarga, tugunli-infiltrativ shaklida 1,2 barobarga qisqartirishi «Teri leyshmaniozini mahalliy davolash usullari» nomli uslubiy tavsiyanomasida (Toshkent tibbiyot akademiyasi Ekspertlar kengashining 21.06.2024 yil 06/24-342x-sonli xulosasi bilan tasdiqlangan) aks ettirilgan va Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Buxoro viloyati hududiy filiali bo'yicha 24.07.2024-yildagi № 25-sonli buyrug'i hamda ushbu markazning Jizzax viloyati hududiy filiali 14.09.2024-yildagi № 214-sonli buyrug'i bilan amaliyotiga joriy etilgan (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Ilmiy texnik Kengashining 2024 yil 10 dekabrda 10/37-son xulosasi). **Ilmiy yangilikning ijtimoiy samaradorligi** o'tkazilgan tadqiqotlar

dermatozning erta bosqichlarida ma'lum mavsumiylikni hisobga olgan holda terining ochiq joylarida o'ziga xos shakllanishlar paydo bo'lganda dermatovenerologik xizmatda bemorlarni erta davolash zarurligini ko'rsatadi, bu esa tegishli davolanishga imkon berib, kosmetik nuqsonlarning rivojlanishiga to'sqinlik qiladi. **Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi** leyshmaniyani aniqlash uchun qo'shimcha ravishda tashkil etilgan laboratoriya tekshiruvlarini hisobga olgan holda diagnostika bosqichini o'rtacha 2 baravar kamaytiradi, bu yotoq kunlariga qarab 2 yotoq kunini tashkil qiladi. 1 yotoq-kun narxi 165 000 so'mdan kelib chiqqan holda, samaradorlik 72 bemorga 11 880 000 so'mni tashkil qiladi. An'anaviy tekshirish va davolash usullaridan foydalangan holda xarajatlar har bir bemor uchun 3 300 000 so'mni tashkil etadi, ishlab chiqilgan usul esa statsionar davolanish muddatini o'rtacha 5 kunga qisqartirish imkonini beradi, bu har bir bemor uchun 2 145 000 so'm iqtisodiy ekvivalentda ifodalanadi. **Xulosa:** zoonoz teri leyshmanioziga chalingan bemorlarni davolash takomillashtirilib, bu byudjet va byudjetdan tashqari mablag'larini har bir bemorga 1 155 000 so'm miqdorida tejash imkonini berdi.

Tadqiqot natijalarining aprobatsiyasi. Mazkur tadqiqot natijalari 3 ta ilmiy anjumanda, jumladan 2 ta xalqaro va 1 ta respublika ilmiy-amaliy anjumanlarida muhokamadan o'tkazilgan.

Tadqiqot natijalarining e'lon qilinganligi. Dissertatsiya mavzusi bo'yicha 14 ta ilmiy ish chop etilgan, shulardan O'zbekiston Respublikasi Oliy attestatsiya komissiyasining dissertatsiyalar asosiy ilmiy natijalarini chop etish tavsiya etilgan ilmiy nashrlardan 5 ta maqola, jumladan, 4 ta respublika, 1 ta horijiy jurnallarda, 1 ta uslubiy tavsiyanoma nashr etilgan.

Dissertatsiyaning tuzilishi va hajmi. Dissertatsiya tarkibi kirish, to'rt bob, xulosa, amaliy tavsiyalar va foydalanilgan adabiyotlar ro'yxatidan iborat. Dissertatsiyaning hajmi 113 betni tashkil etgan.

DISSERTATSIYANING ASOSIY MAZMUNI

Kirish qismida dissertatsiya mavzuning dolzarbligi va zarurati, tekshiruvning maqsadi, obyekti va predmeti, tadqiqotning respublika fan va texnologiyalari rivojlanishining asosiy ustuvor yo'nalishlariga bog'liqligi, uning ilmiy yangiligi va amaliy ahamiyati ko'rsatilgan, olingan tekshiruv natijalarining nazariy va amaliy ahamiyati va tadbir qilinishi, natijalarni chop qilinishi va dissertatsiyaning tuzilishi va hajmi xaqida ma'lumot berilgan.

Dissertatsiyaning «**teri leyshmaniozining etiopatogenezi, tashxisi, klinik kechishi va davolash haqida zamonaviy qarashlar**» deb nomlangan birinchi bobida teri leyshmaniozining, etiopatogenezi va klinik kechishi haqida zamonaviy tasavvur, davolashning zamonaviy usullari, profilaktikaga qarshi chora – tadbirlar tizimi haqida mahalliy va xorijiy nashrlardagi so'nggi 5-10 yillik adabiyotlar sharhi berilgan

Dissertatsiyaning «**Teri leyshmaniozini tadqiq qilishning zamonaviy yondashuvlari**» deb nomlangan ikkinchi bobida ilmiy ishning maqsad va vazifalariga muvofiq turli xil Mikrobiologik tekshiruv, Leyshmaniyani mikroskopik

tekshirish usuli, Teri mikroflorasini va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash, Sitokinlarni aniqlash usuli ko'rsatkichlarini o'rganish materiallari va usullari tavsiflangan. Tadqiqotlar 2021-2024-yillarda Surxondaryo viloyati teri-tanosil kasalliklari dispanseriga statsionar va ambulator yordam so'rab murojaat qilgan bemorlar o'rtasida o'tkazildi. Surxondaryo viloyati aholisi orasida zoonoz teri leyshmaniozi bilan kasallangan 72 nafar bemor tekshirildi. Klinik shakllarga ko'ra, zoonoz teri leyshmanioziga chalingan bemorlar quyidagicha taqsimlandi: teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli (bemorlarning I guruhi) 50 nafar (69,4 %) bemor; teri leyshmaniozining tugunli-infiltrativ shakli (bemorlarning II guruhi) 22 nafar (30,6 %) bemorda kuzatildi.

Tashxisni umumqabul qilingan klinik-laborator mezonlar asosida qo'ydik. Barcha holatlarda tashxis leyshmaniyani (Borovskiy tanachalarini) teridagi zararlangan o'choqlardan mikroskopik aniqlash bilan tasdiqlandi.

Teri mikroflorasini va antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash usuli Mikroflorani aniqlash uchun bemor 2 kun (48 soat) davomida yuvinmasligi, spirtli preparatlar ishlatmasligi va tashqi dori vositalari bilan cho'milmasligi kerak. Hosil bo'lgan yiringli tugunlar, yaralar yoki boshqa toshmalardagi ajratmalar bakteriologik halqa yordamida olinadi va to'playdigan ozuqa muhitlariga (5% li shakarli bulyon, qonli agar, Endo muhiti, go'sht-peptonli agar) ekiladi.

37°C haroratda termostatda 24 soat davomida inkubatsiya qilinadi. Shundan so'ng mikroorganizmlar kulturasi aniqlanadi va keyinchalik ajratib olingan mikroorganizmning antibiotiklar va bakterial vositalarga sezuvchanligi o'rganiladi.

Sitokinlarni aniqlash usuli qon zardobidagi sitokinlar immunoferment tahlil (IFA) usuli yordamida aniqlandi (Aripova T.U. va boshq., 2005). Sitokinlarni aniqlash uchun OCHB Davlat ilmiy-tadqiqot institutida (Sankt-Peterburg) ishlab chiqilgan test tizimlaridan foydalanildi.

Ushbu test tizimlari xren peroksidazasini indikator ferment sifatida qo'llaydigan qattiq fazali IFA sendvich usuliga asoslangan. Asosiy bosqichlar yakunlangach, inkubatsiya tugashidan 10-15 daqiqa oldin substrat-xromogen aralashmasi tayyorlandi. Keyin planshet katakchalari har biriga 300 mkl yuvuvchi fiziologik eritma quyib, so'ngra 3-5 marta distillangan suv bilan yuvildi va planshet chayqatib suvi to'kildi. Barcha katakchalarga 200 mkl substrat-xromogen aralashmasi qo'shildi. Xona haroratida, qorong'ida 20 daqiqa davomida inkubatsiya qilindi. 50 mkl sulfat kislotasi eritmasi qo'shish orqali reaksiya to'xtatildi. Bog'langan peroksidaza faolligini aniqlovchi natijalar 492 nm to'lqin uzunligida mikroplanshetlar uchun avtomatik fotometr yordamida o'lchandi.

Bunda aniqlanadigan sitokinsiz standart katakchalar bo'yicha nol yutilish o'rnatildi. Natijalarning miqdoriy baholanishi standart antigen uchun optik zichlikning konsentratsiyaga bog'liqligini aks ettiruvchi va tekshirilayotgan namunalarni u bilan taqqoslash imkonini beruvchi kalibrlash egri chizig'ini qo'lda qurish usuli bilan amalga oshirildi.

Ma'lumotlarni statistik qayta ishlash Tadqiqot davomida olingan ma'lumotlar Pentium-IV shaxsiy kompyuterida Microsoft Office Excel-2020 dasturiy paketi yordamida statistik tahlildan o'tkazildi. Bunda dasturning o'rnatilgan statistik tahlil

funksiyalaridan foydalanildi. O'rganilayotgan ko'rsatkichning o'rtacha arifmetik qiymati (M), o'rtacha kvadratik chetlanish (σ), o'rtacha standart xatolik (m), nisbiy kattaliklar (chastota, foiz) ni hisoblash bilan variatsion parametrik va noparametrik statistika usullari qo'llanildi. O'rtacha kattaliklar taqqoslanayotganda, olingan o'lchovlarning statistik ahamiyati Styudent mezoni (t) bo'yicha aniqlanib, xatolik ehtimoli (p) hisoblab chiqildi. Shuningdek, taqsimlanishning normalligi (ekssess mezoni bo'yicha) va bosh dispersiyalarning tengligi (Fisher mezoni - F bo'yicha) tekshirildi.

Dissertatsiyaning **“Surxondaryo viloyatida teri leyshmaniozining klinik xususiyatlari, teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarda ayrim sitokinlar va teri mikroflorasi ko'rsatkichlarining holati”** deb nomlangan uchinchi bobida Surxondaryo viloyat teri-tanosil dispanserida ambulator va statsionar davolangan 72 nafar bemorda teri leyshmaniozining klinik xususiyatlari o'rganildi. Mikroskopik tekshiruvda barcha bemorlarning terining zararlangan qismidan olingan surtmada Borovskiy tanachalari aniqlandi.

Statistik ma'lumotlar tahlili viloyatda teri leyshmaniozi bilan kasallanish qayd etilishining aniq o'sish tendensiyasini ko'rsatdi.

Viloyatning alohida tumanlari bo'yicha teri leyshmaniozi bilan kasallanishning tahlili hududlarda kasallik holatlari qayd etilishining bir xil emasligini ko'rsatdi. Surxondaryo viloyat teri-tanosil dispanseriga ambulator va statsionar davolanish uchun murojaat qilgan 72 nafar bemorning asosiy qismini Angor (13 nafar), Termiz (14 nafar) tumanlari va Termiz shahridan (12 nafar) kelgan bemorlar tashkil etdi. Jarqo'rg'on tumanidan 6 nafar, Sherobod tumanidan 5 nafar va Bandixon tumanidan 4 nafar bemor murojaat qilgan. Qumqo'rg'on, Muzrabot, Denov va Oltinsoy tumanlaridan 3 nafardan bemor murojaat qilgan. Bemorlarning oz qismi (2 nafar) viloyatning Boysun, Sho'rchi tumanlaridan va bittadan bemor viloyatning Uzun va Qiziriq tumanlaridan bo'lgan.

Bemorlar kasallik tarixlari va ambulator kartalarining o'tkazilgan retrospektiv tahlili shuni ko'rsatdiki, barcha tekshirilgan bemorlarda (100%) teri leyshmaniozining qishloq turi qayd etilgan.

Klinik ko'rinishning o'ziga xos xususiyatlarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, bemorlarda zararlanish o'choqlari tananing ochiq qismlarida, asosan yuz terisida, burun va yonoqlar sohasida joylashgan bo'lib, atrofiga yallig'lanish infiltrati mavjud bo'lgan tugunli elementlar shaklida namoyon bo'lgan. Zararlangan joydagi teri yorqin qizil rangda, tugunlarning markazida esa seroz-qonli qatqaloq mavjud.

Katta yoshdagi bemorlarda tugunsimon elementlardan tashqari, yara elementlari ham kuzatilgan bo'lib, ular asosan yuqori (qo'l kafti, bilak, yelka) va pastki (oyoq kafti, boldir, son) atroflarda hamda tanada joylashgan edi.

Teri leyshmaniozining zoonoz turlari tipik klinik ko'rinishga ega edi. U atrofdagi sog'lom teri sathidan deyarli ko'tarilmagan, ko'zga tashlanuvchi yallig'lanish belgilarisiz edi. Uning ustidagi teri qo'ng'ir-qizil tusda, tarang va yaltiroq ko'rinishda edi.

Ba'zi leyshmaniomalarning markazida kichik krater shaklidagi chuqurcha bo'lib, uning tubida shoxsimon tangachalar yoki yara mavjud edi. Yara dumaloq

shaklda, tubi tekis yoki burishgan, yiringli qatlam bilan qoplangan holda edi. Yaraning chetlari tik, notekis, tubi biroz donador, undan oz miqdorda seroz-yiringli suyuqlik ajralib chiqar va nekroz rivojlanar edi. Yara atrofini halqasimon infiltrat o‘rab turardi. Yaralar soni 1-3 ta bo‘lib, ular odatda iskabtoparlar yetib bora oladigan ochiq teri sohalarida (yuz, qo‘llarda) joylashgan edi.

1-jadval

Respublikaning Surxondaryo viloyati hududlari bo‘yicha teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarning taqsimoti

Tumanlar	Xamma bemor soni 72 ta	
	Soni	%
Termiz sh	12	16,7
Termiz tumani	14	19,4
Angor	13	18,0
Jarqo‘rg‘on	6	8,3
Sherabot	5	6,9
Bandixon	4	5,5
Qumqo‘rg‘on	3	4,2
Muzrabot	3	4,2
Denov	3	4,2
Oltinsoy	3	4,2
Boysun	2	2,8
Sho‘rchi	2	2,8
Uzun	1	1,4

Zoonoz teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarda diametri 2-4 mm bo‘lgan o‘tkir yallig‘lanishli, qizil rangli konussimon do‘mboqcha paydo bo‘ldi, ba‘zi bemorlarda esa bu ko‘rsatkich 15-20 mm ga yetdi. Tugunlar terining yallig‘lanish shishi bilan o‘ralgan edi. Diametri 2-4 mm dan 4-5 sm gacha bo‘lgan yaralarning chetlari tikka, tubi esa nekrotik edi. Ularning atrofida keng infiltrat va yallig‘lanish shishi kuzatilib, yon-atrofdagi do‘mboqchalar ham ko‘zga tashlandi. Yaralarning chetlari notekis, o‘yilgan, tubi esa nekrotik massalar yoki ko‘p miqdordagi seroz-yiringli ajralma bilan qoplangan edi. Yara atrofidagi infiltrat valik shaklida ko‘tarilgan edi. Ba‘zi bemorlarda do‘mboqchasimon va yarali elementlar bilan bir qatorda papillomaga o‘xshash, "baliq ikrasi simptomi" ko‘rinishidagi so‘rg‘ichsimon o‘sovchi granulyatsiyali o‘choqlar ham mavjud edi. Bemorlarning bir qismida kasallik limfangoit, limfadenit va ketma-ket leyshmaniomalar bilan asoratlandi. Oyoqlardagi limfadenitlarda limfostaz tufayli boldir va oyoq panjasi shishishi mumkin. Oyoq limfadenitlarida limfostaz hisobiga boldir va oyoq panjasi shishib ketishi mumkin.

Ba'zan leyshmaniozning abortiv kechishi kuzatilgan, bunda kichik tugunli elementlar ochiq yara hosil qilmay uzoq vaqt saqlanib qolgan.

Terining zararlangan qismlari paydo bo'lish sababini o'rganishda atigi 7 nafar (9,7%) bemor chivin chaqqanini aytgan, qolgan 65 nafar (90,3%) bemor esa kasallikning kelib chiqish sababini ko'rsata olmagan.

2-jadval

Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarning tananing zararlangan qismlari bo'yicha taqsimlanishi

Tana qismlari	Xamma bemorlar	
	soni	%
yuz terisi (qoshlar, burun, qanotlari, burun usti, og'iz burchagi, iyak)	6	8.3
qo'llar (kaft, bilak, yelka, tirsak)	17	23.6
oyoq-(oyoq panjasi, boldir, son)	34	47.2
yuz, va oyoq-qo'llar	3	4.2
yuz va qo'llar	1	1.4
oyoq-qo'llar	8	11.1
yuz va oyoq	3	4.2

Tekshirilgan bemorlarning 6 (8,3%) nafarida yuz terisi (qoshlar, burun, yonoqlar, burun ko'prigi, og'iz burchagi, iyak), 17 (23,6%) nafarida yuqori qo'l-oyoqlar (kaftlar, bilaklar, yelkalar, tirsaklar), 34 (47,2%) nafarida quyi qo'l-oyoqlar (oyoq kaftlari, boldirlar, sonlar), 3 (4,2%) nafarida yuz, yuqori va quyi qo'l-oyoqlar, 1 (1,4%) nafarida yuz va yuqori qo'l-oyoqlar, 8 (11,1%) nafarida yuqori va quyi qo'l-oyoqlar, 3 (4,2%) nafarida yuz va quyi qo'l-oyoqlar zararlangan (2-jadval).

Patologik jarayonning klinik kechishini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bemorlarda zararlanish o'choqlari soni 1 tadan 5 tagacha va undan ko'p bo'lgan.

34 (47,2%) bemorda 1 tadan, 34 (47,2%) bemorda 2-3 tadan va 4 (5,6%) bemorda 4-5 tadan yara aniqlangan. Tekshirilgan bemorlarning barchasida kasallik og'riq va qichishish bilan kechganligi aniqlandi.

Ishning ushbu bobida teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarning qon zardobidagi ayrim sitokinlar holatini sog'lom shaxslar ko'rsatkichlari bilan taqqoslash bo'yicha tadqiqot natijalari keltirilgan.

Qon zardobidagi sitokinlar ko'rsatkichlari teri leyshmaniozi bilan kasallangan 72 nafar bemorda o'rganildi. Ulardan 50 nafarida teri leyshmaniozining yarali-nekrotik va 22 nafarida tugunli-infiltrativ shakli aniqlangan. Nazorat guruhini 25 yoshdan 40 yoshgacha bo'lgan 20 nafar amalda sog'lom shaxslar tashkil etdi.

3-jadval
Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarning mavjud yaralar soni bo'yicha taqsimlanishi

Yaralar soni	Jami	
	Bemorlar soni	%
1ta	34	47.2
2-3 ta	34	47.2
4-5 ta	4	5.6

Teri leyshmaniozi bilan og'rikan bemorlarda sitokinlar ko'rsatkichlarini baholash uchun biz yallig'lanishga qarshi sitokin IL-4 va yallig'lanishga xos sitokinlar - IL-2 va IL-8 ko'rsatkichlarini o'rgandik. Chunki ushbu kasallikda aynan shu sitokinlar boshqa sitokinlarga nisbatan ko'proq o'zgarishga uchraydi va ularning miqdorini aniqlash organizmning immun holatini baholashda katta ahamiyatga ega.

4-jadval
Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarda ayrim sitokinlarning ko'rsatkichlari (M±m)

Sitokinlar ko'rsatkichlari	Nazorat guruhi sog'lom odamlar n=20	Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlar n=72
IL-2 (pg/ml)	2,11 ± 0,01	4,56± 0,09*
IL-4(pg/ml)	2,74 ± 0,02	1,58± 0,02*
IL-8 (pg/ml)	2,31±0,01	39,46± 1,03*

Izoh: p – nazorat guruhiga nisbatan ma'lumotlarning ishonchliligi.

* - p<0,001

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki (4-jadval), davolashdan oldin teri leyshmaniozi bo'lgan umumiy guruh bemorlarining qon zardobida nazorat guruhi ko'rsatkichlariga nisbatan IL-2 va IL-8 darajasining sezilarli darajada oshganligi qayd etildi (p<0,001). Ular o'rtacha mos ravishda 4,56 ± 0,09 pg/ml va 39,46 ± 1,03

pg/ml ni tashkil etdi, nazoratda esa mos ravishda $2,11 \pm 0,01$ pg/ml va $2,31 \pm 0,01$ pg/ml edi. Aksincha, ushbu guruhdagi bemorlarda yallig‘lanishga qarshi IL-4 sitokini konsentratsiyasining ($1,58 \pm 0,02$ pg/ml) nazorat guruhi ko‘rsatkichlariga ($2,74 \pm 0,02$ pg/ml) nisbatan ishonchli pasayganligi aniqlandi ($p < 0,001$).

Keyingi tadqiqotlarda biz teri leishmaniozi bilan og‘rigan bemorlarda kasallikning klinik shakliga qarab sitokinlar ko‘rsatkichlarini o‘rgandik.

5-jadval

Teri leishmaniozining yarali-nektotik shakli bilan kasallangan bemorlarda sitokinnlarning ayrim ko‘rsatkichlari ($M \pm m$)

Sitokinlar ko‘rsatkichlari	Nazorat guruhi sog‘lom odamlar n=20	Teri leishmaniozining yarali nekrotik shakli n=50
IL-4(pg/ml)	$2,74 \pm 0,02$	$1,72 \pm 0,02^*$
IL-2 (pg/ml)	$2,11 \pm 0,01$	$5,64 \pm 0,02^*$
IL-8 (pg/ml)	$2,31 \pm 0,01$	$43,14 \pm 1,49^*$

Izoh: p– nazorat guruhiga nisbatan ma‘lumotlarning ishonchliligi.* - $p < 0,001$

Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki (5-jadval), yarali-nekrotik shakli bilan og‘rigan bemorlarning qon zardobida ham IL-2 va IL-8 sitokinnlari konsentratsiyasining sezilarli darajada oshganligi (mos ravishda $5,64 \pm 0,02$ pg/ml va $43,14 \pm 1,49$ pg/ml) nazorat guruhi ma‘lumotlariga nisbatan (mos ravishda $2,11 \pm 0,01$ pg/ml va $2,31 \pm 0,01$ pg/ml) kuzatildi. Shu bilan birga, bemorlarning ushbu guruhida IL-4 sitokin konsentratsiyasining nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada pasayganligi qayd etildi ($p < 0,001$).

Keyinchalik biz tugunli-infiltrativ shakli bilan og‘rigan bemorlarda sitokinlar holatini o‘rgandik

Olingan ma‘lumotlar shuni ko‘rsatdiki (6-jadval), davolashdan oldin teri leishmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan og‘rigan bemorlarning qon zardobida nazorat guruhi ko‘rsatkichlariga nisbatan IL-2 va IL-8 sitokinnlari konsentratsiyasining sezilarli darajada oshganligi aniqlandi ($p < 0,001$). Ular o‘rtacha $4,08 \pm 0,03$ pg/ml va $37,84 \pm 1,26$ pg/ml ni tashkil etdi, nazorat guruhida esa mos ravishda $2,11 \pm 0,01$ pg/ml va $2,31 \pm 0,01$ pg/ml edi. Shu bilan birga, ushbu guruhdagi bemorlarda IL-4 sitokinining darajasi nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada pasayganligi kuzatildi ($p < 0,001$) va o‘rtacha $1,51 \pm 0,02$ pg/ml ni tashkil etdi, nazorat guruhida esa $2,74 \pm 0,02$ pg/ml edi.

Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatadiki, teri leishmaniozining tugunli infeltratif shakli bilan og‘rigan bemorlarda qon zardobidagi sitokinlar ko‘rsatkichlari buzilgan

bo'lib, bu IL-2 va IL-8 darajasining oshishi hamda IL-4 konsentratsiyasining pasayishi bilan namoyon bo'ladi.

6-jadval

Tugunli-infiltrativ shakli bilan kasallangan bemorlarda sitokinlarning ba'zi ko'rsatkichlari (M±m)

Sitokinlar ko'rsatkichlari	Nazorat guruhi sog'lom odamlar n=20	Tugunli-infiltrativ shakli bilan kasallangan bemorlarda n=22
IL-4(pg/ml)	2,74 ± 0,02	1,51 ± 0,02*
IL-2 (pg/ml)	2,11 ± 0,01	4,08 ± 0,03*
IL-8 (pg/ml)	2,31±0,01	37,84 ± 1,26*

Izoh: p – nazorat guruhiga nisbatan ma'lumotlarning ishonchliligi.

* - p<0,001

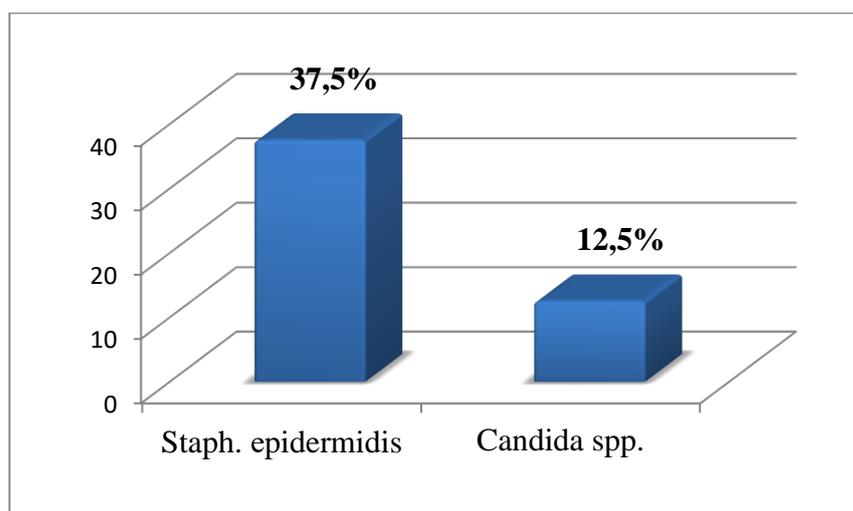
Olingan ma'lumotlarimiz shuni ko'rsatadiki, teri leyshmaniozining yarali-nekrotik va tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rigan bemorlarda ham organizm sitokinlari ko'rsatkichlarining buzilishi kuzatiladi.

Shunday qilib, tadqiqot natijalari shuni ko'rsatadiki, teri leyshmaniozida qon zardobida sitokinlar ko'rsatkichlarining ma'lum darajada buzilishi aniqlanadi. Sitokinlar ko'rsatkichlarining aniqlangan buzilishlari teri leyshmaniozining klinik shakllariga bog'liq. Kasallikning yengil shakllarida (tugunli-infiltrativ) shaklda o'rganilgan sitokinlar miqdori kamroq o'zgaradi, teri leyshmaniozining og'ir (yarali-nekrotik) shakllarida esa ko'proq o'zgaradi.

Teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarda teri mikroflorasini o'rganish

Ma'lumki, mavjud hamroh mikroflora ayrim hollarda teridagi patologik jarayonning klinik kechishiga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shu sababli, teri leyshmaniozi o'choqlarida ikkilamchi mikrofloraning ahamiyati va uning kasallik klinikasiga ta'sir etish mexanizmini o'rganish dolzarb masala hisoblanadi.

Shu munosabat bilan, biz teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarda zararlanish o'choqlaridagi teri mikroflorasining holatini tadqiq etdik.

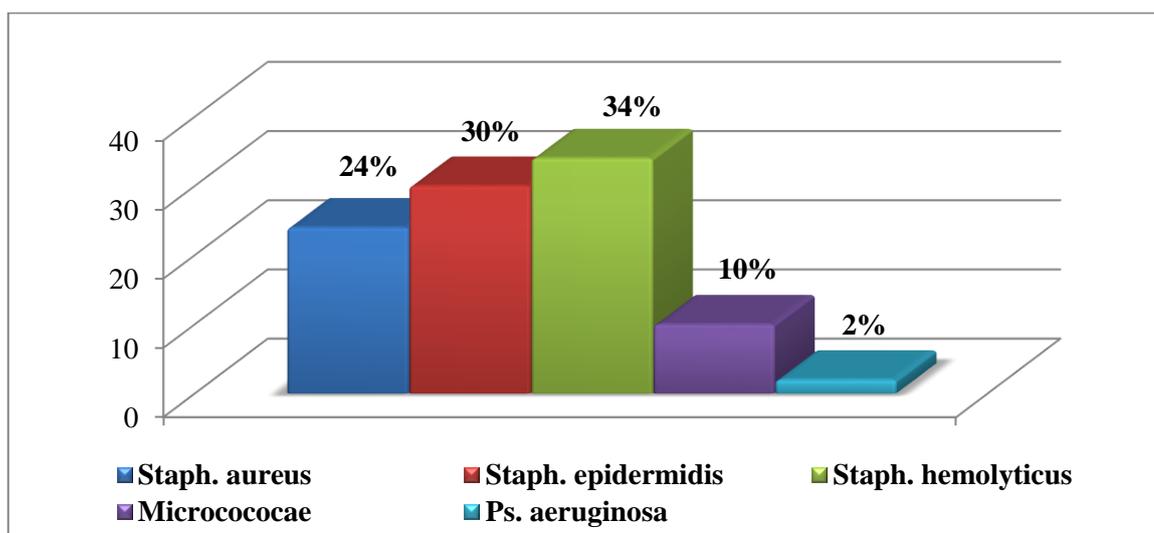


1-rasm. Nazorat guruhi a'zolarining teri yuzasidan olingan surtmalarida yo'ldosh mikrofloraning uchrash chastotasi

Biz teri leyshmaniozi bilan kasallangan 72 nafar bemorning teri mikroflorasining holatini 20 nafar amaliy sog'lom shaxslar (nazorat guruhi) ma'lumotlari bilan taqqoslab o'rgandik. Tekshirilgan bemorlarning 50 nafarida teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli va 22 nafarida tugunli-infiltrativ shakli aniqlandi.

Nazorat guruhi a'zolarining teri yuvindisini tekshirganda, 6 (37,5%) nafar shaxsda Staphylococcus epidermidis va 2 (12,5%) nafar shaxsda Candida Spp. aniqlandi. Bular amaliy sog'lom shaxslar terisining mikroblil manzarasini tashkil etadi (1-rasm).

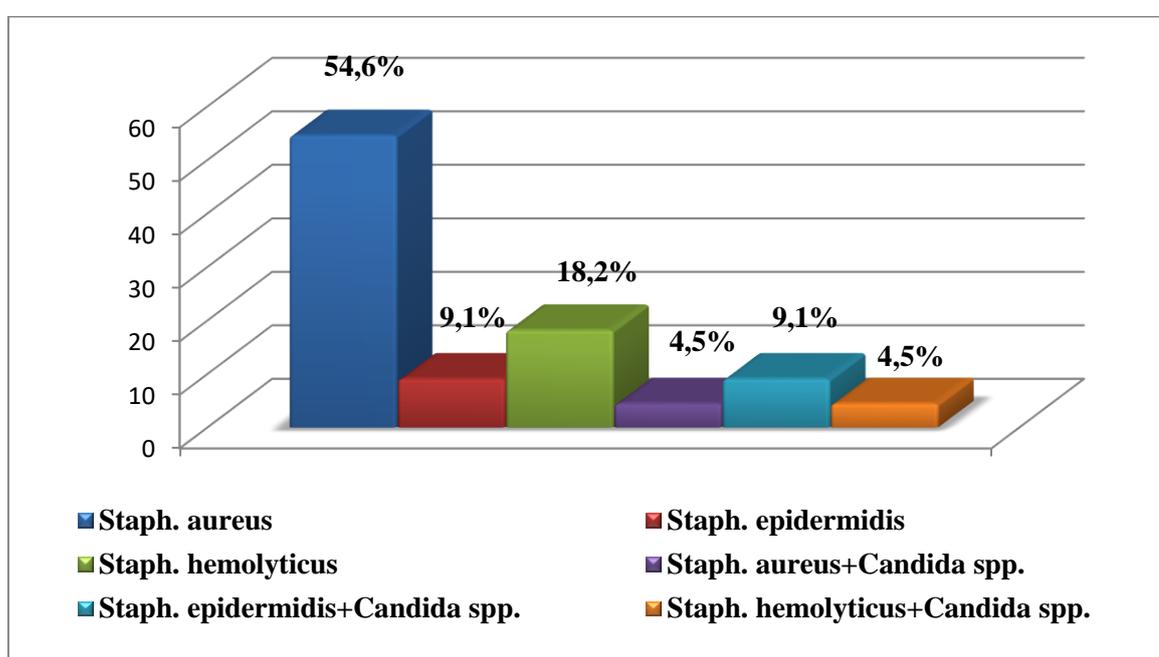
Teri leyshmaniozining klinik shakllariga qarab bemorlarda teri yondosh mikroflorasining holatini o'rganish shuni ko'rsatdiki, teri yuvindisining kulturali tekshiruvda zararlanish o'chog'ida turli xil mikroflora aniqlandi.



2-rasm. Teri leyshmaniozining yarali-nekrotek shakli bilan kasallangan bemorlarda teri yuvindisidagi hamroh mikrofloraning uchrash chastotasi (foizlarda)

Teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan kasallangan bemorlarda o‘tkazilgan tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, teri yuvilganida Staphylococcus epidermidis - 15 (30,0%) holatda, Staphylococcus aureus - 12 (24,0%), Staph.haemolyticus - 17 (34,0%), Microcococae - 5 (10,0%) va Ps. aeruginosa - 1 (2,0%) holatda ekilgan (2-rasm).

Tugunli-infiltrativ shakli bilan og‘rigan bemorlarda teri yuvindisidagi mikroflorani o‘rganish natijasida quyidagi ma’lumotlar olindi: kasallikning ushbu klinik shakli bilan og‘rigan bemorlar orasida Staphylococcus epidermidis 2 ta (9,1%), Staphylococcus aureus 12 ta (54,6%), Staph.haemolyticus 4 ta (18,2%) holatda, Staphylococcus aureus va Candida spp. birgalikda 1 ta (4,5%) holatda, Staphylococcus epidermidis va Candida spp. birgalikda 2 ta (9,1%) holatda hamda Staph.haemolyticus va Candida spp. birgalikda 1 ta (4,5%) holatda aniqlandi (3-rasm).



3-rasm. Tugunli-infiltrativ shakli bilan kasallangan bemorlarda teri yuvindisidagi hamroh mikrofloraning uchrash chastotasi (foizlarda).

Tadqiqot natijalari shuni ko‘rsatdiki, teri leyshmaniozining barcha klinik shakllarida asosiy kasallik qo‘zg‘atuvchisi hamroh mikrofloralar bilan birgalikda kuzatiladi va bu holat kasallikning klinik shakllariga bevosita bog‘liq bo‘ladi.

Dissertatsiyaning **“Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarda ishlab chiqilgan davolash usulini qiyosiy baholash”** nomli to‘rtinchi bobida teri leyshmaniozini davolashning tavsiya etilgan usulining samaradorligi haqida ma’lumotlar berilgan.

Biz o‘tkazgan tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, umuman olganda, teri leyshmaniozi bilan og‘rigan bemorlarda sitokin holatining buzilishi kuzatiladi, bu esa teri leyshmaniozining og‘ir shakllari bilan og‘rigan bemorlarda yaqqol namoyon bo‘ladi. Yuqoridagilarni inobatga olib, teri leyshmaniozi bilan og‘rigan bemorlarni davolash majmuasida aniqlangan buzilishlarni bartaraf etish uchun

"Baneotsin" preparatini mahalliy tarzda qoʻlladik. Baneotsin - tashqi qoʻllash uchun kombinatsiyalangan antibakterial preparat boʻlib, bakteritsid taʼsir koʻrsatuvchi ikkita antibiotik - neomitsin va batsitrasinni oʻz ichiga oladi.

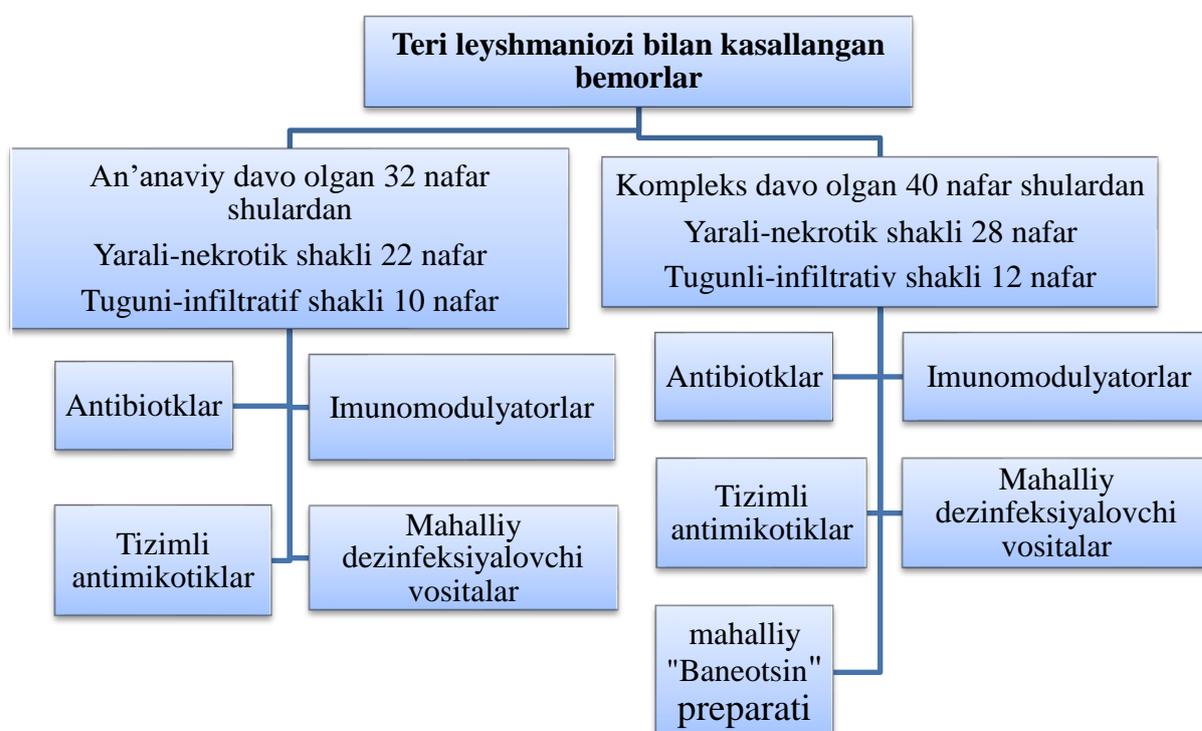
Batsitratsin polipeptid antibiotik hisoblanib, bakteriyalarning hujayra qobigʻi sintezini toʻxtatadi.

Neomitsin esa bakteriya oqsillari sintezini toʻxtatuvchi antibiotik-aminoglikoziddir.

Batsitratsin grammusbat (*Streptococcus* spp. /shu jumladan, gemolitik streptokokk/, *Staphylococcus* spp.) va ayrim grammanfiy mikroorganizmlarga qarshi faol. Batsitratsinga chidamlilik kamdan-kam hollarda rivojlanadi. U toʻqimalar tomonidan yaxshi qabul qilinadi; biologik mahsulotlar, qon va toʻqima tarkibiy qismlari bilan inaktivatsiyalanmaydi. Neomitsin grammusbat va grammanfiy bakteriyalarga nisbatan faol. Ushbu ikki antibiotik kombinatsiyasi tufayli preparatning keng taʼsir doirasi va bir qator mikroorganizmlarga, xususan stafilokokklarga nisbatan sinergik taʼsiriga erishiladi.

Baneotsin 14 kun davomida kuniga 2 marta tashqi qoʻllanildi.

Oʻtkazilgan davolashga koʻra bemorlar ikki guruhga boʻlindi: birinchi guruhga (anʼanaviy guruh) taqqoslash guruhini tashkil etuvchi va asosiy terapiya (patogenitik, antibiotik, immunomodulyatorlar, zamburugʻga qarshi preparatlar) hamda mahalliy dezinfeksiyalovchi va epitelizatsiyani tezlashtiruvchi vositalar qabul qilgan 32 nafar bemor kirdi; ikkinchi guruhga (kompleks terapiya) asosiy guruhni tashkil etuvchi 40 nafar bemor kiritildi, ularga anʼanaviy terapiya bilan bir qatorda mahalliy "Baneotsin" preparati buyurildi (4-rasm).

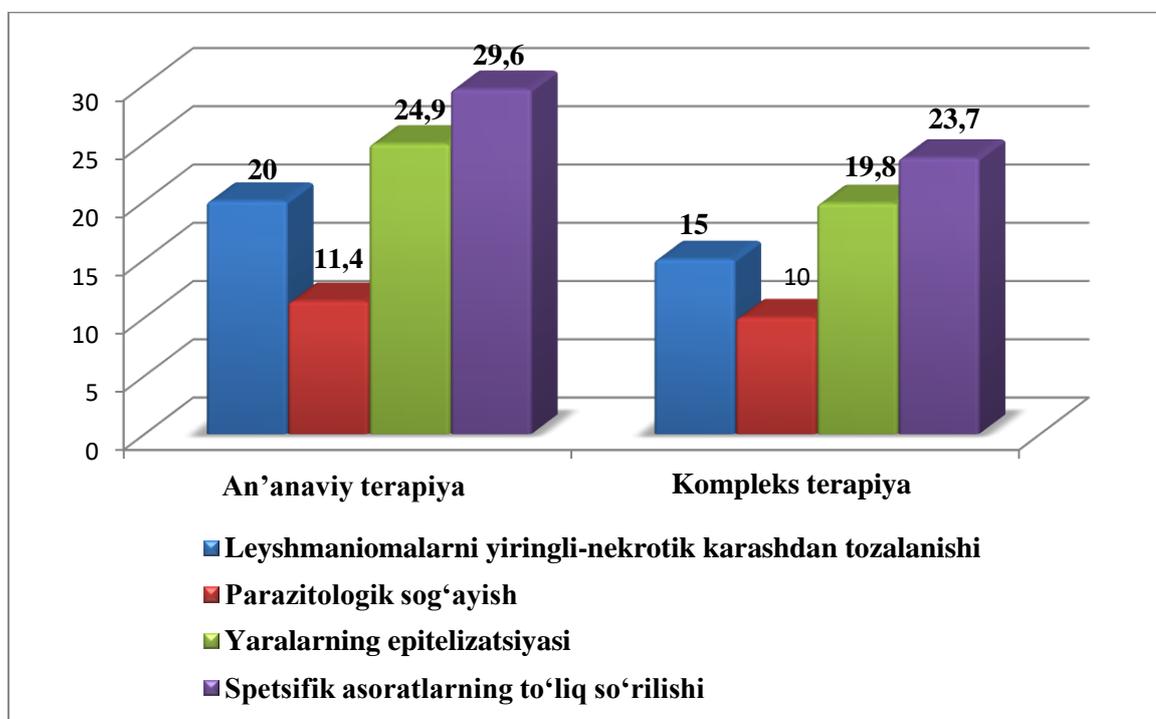


4-rasm. Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarni kompleks davolash algoritmi

O'tkazilgan terapiyaning samaradorlik mezonlari leyshmaniomalarni yiringli- nekrotik qoplamadan tozalanish, parazitologik tuzalish, yaralarning bitishi va zoonoz teri leyshmaniozining o'ziga xos asoratlarning to'liq yo'qolish muddatlaridan iborat edi.

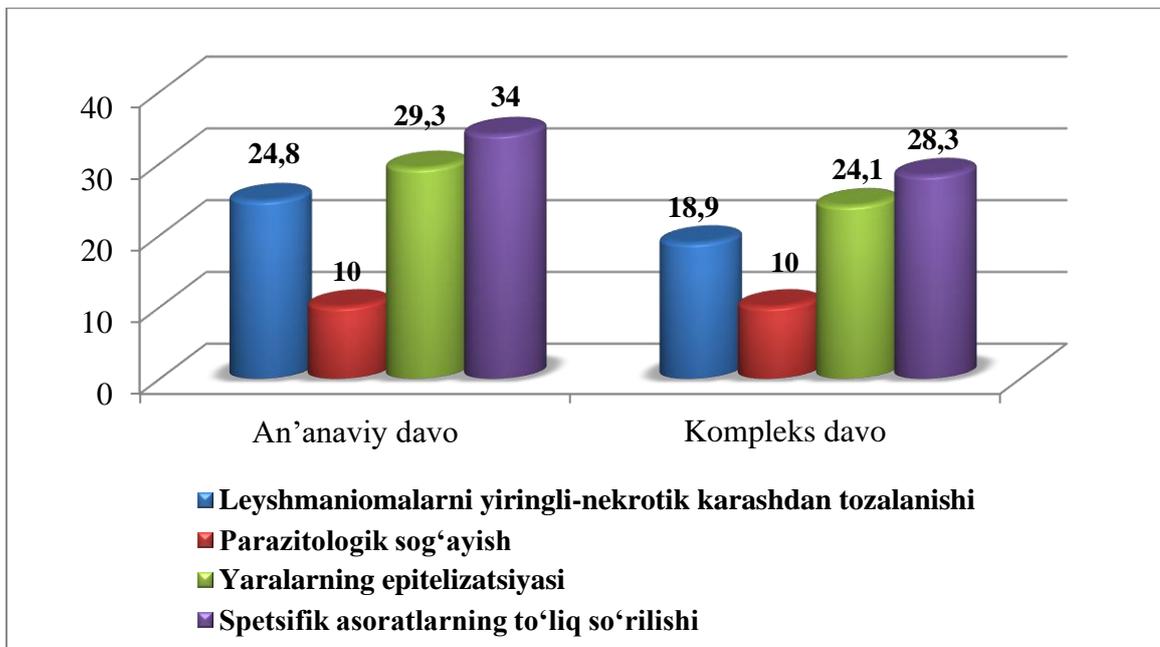
Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki (5-rasm), teri leyshmaniozining yarali- nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarda asosiy guruhda leyshmaniomalarni yiringli- nekrotik qoplamadan tozalanish o'rtacha $15,0 \pm 0,36$ kunni, an'anaviy davolangan bemorlar guruhida esa $20,0 \pm 0,43$ kunni tashkil etdi. Ushbu guruhdagi bemorlarda an'anaviy davodan so'ng parazitologik tuzalish o'rtacha $11,4 \pm 0,75$ kunda kuzatildi va yaralarning bitishi davolashning $24,9 \pm 0,43$ kunida yakunlandi.

Kompleks davo olgan bemorlarda esa parazitologik tuzalish o'rtacha $10,0 \pm 0,00$ kundan keyin kuzatilib, yaralarning bitishi davolanishdan keyin $19,8 \pm 0,41$ kunda yakunlandi. An'anaviy terapiyadan so'ng ushbu guruhdagi bemorlarda o'ziga xos asoratlarning to'liq yo'qolishi $29,6 \pm 0,43$ kunda, kompleks davolangan bemorlarda esa $23,7 \pm 0,38$ kunda ro'y berdi.



5-rasm. Teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarni davolash usullariga bog'liq holda patologik belgilarning yo'qolish muddatlari.

Yuqorida keltirilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan kasallangan bemorlarni kompleks davolash usuli an'anaviy davolash usuliga nisbatan quyidagi jarayonlarni tezroq amalga oshirishga yordam beradi: leyshmaniomalarni yiringli-nekrotik qoplamadan tozalash, parazitologik jihatdan tuzalish, yaralarning epitelizatsiyasi va o'ziga xos asoratlarning to'liq so'rilib ketishi.



6-rasm. Tugunli-infiltrativ shakli bilan kasallangan bemorlarni davolash usullariga qarab patologik belgilarning yo'qolish muddatlari.

An'anaviy davolangan bemorlar guruhida tugunli-infiltrativ shakli bilan og'riqan bemorlarda yiringli-nekrotik karashdan tozalanishi o'rtacha $24,8 \pm 0,65$ kunda, parazitologik sog'ayish $10,0 \pm 0,00$ kunda, yaralarning epitelizatsiyasi $29,3 \pm 0,76$ kunda va o'ziga xos asoratlarning to'liq so'rilib ketishi $34,0 \pm 0,61$ kunda kuzatildi. Asosiy guruhda esa yiringli-nekrotik karashdan tozalanishi o'rtacha $18,9 \pm 0,56$ kunda, parazitologik sog'ayish $10,0 \pm 0,00$ kunda, yaralar epitelizatsiyasi $24,1 \pm 0,69$ kunda va maxsus asoratlarning to'liq so'rilib ketishi $28,3 \pm 0,71$ kunda sodir bo'ldi (6-rasm).

Shuni ta'kidlash joizki, ushbu guruhdagi bemorlarda ishlab chiqilgan davolash usulidan so'ng an'anaviy davolashga nisbatan davolashning erta muddatlarida leyshmaniomalarning yiringli-nekrotik karashdan tozalanishi, parazitologik sog'ayishi, yaralarning epitelizatsiyasi va o'ziga xos asoratlarning to'liq so'rilib ketishi kuzatildi. Biroq, ushbu tekshirilgan guruhda ko'rsatkichlar teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og'riqan bemorlarga qaraganda kamroq ifodalangan edi.

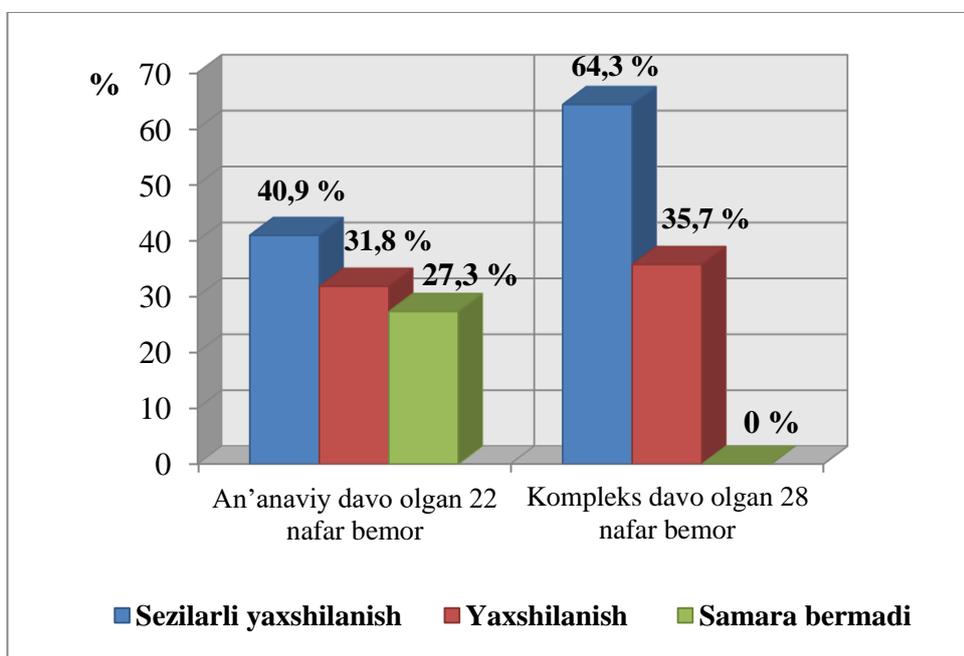
Qayd etish lozimki, bakteriologik tekshiruvlar (leyshmaniyani aniqlash) terapiya boshlanishida, 10, 20 va 30 kundan so'ng o'tkazildi. Shunday qilib, davolanish boshida ikkala guruhda ham 100% hollarda leyshmaniyalar aniqlandi, bu esa zoonoz teri leyshmaniozi tashxisini tasdiqladi. Davolash boshlanganidan 10 kun o'tgach o'tkazilgan bakteriologik tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, an'anaviy davolangan 32 nafar bemordan 15 nafarida (46,9%) hali ham sodda organizmlar aniqlanishda davom etdi, kompleks davolangan 40 nafar bemordan esa faqat 8 nafarida (20,0%) kuzatildi. 20 kundan keyin an'anaviy davolangan 5 (15,6%) bemorda shikastlanish o'choqlaridan leyshmaniyalar aniqlanishi davom etdi, kompleks davolangan bemorlar orasida esa faqat 3 (7,5%) bemorda sodda organizmlar aniqlandi. Davolashning 30 kundan so'ng, an'anaviy davolangan 2

(6,3%) nafar bemorda leyshmaniya aniqlandi, kompleks davolangan bemorlar guruhida esa barcha tahlillar salbiy natija ko'rsatdi. Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, parazitologik sog'ayish ko'proq ifodalangan va aynan kompleks davolangan bemorlarda erta muddatlarda sodir bo'lgan.

Bundan tashqari, leyshmanioz yaralarining bitishi ularning joylashuvi, o'lchami va teri leyshmaniozining klinik shakliga bog'liqligi aniqlandi. Yarali leyshmaniomalar oyoq-qo'llarning yozuvchi yuzasida va ayniqsa bo'g'imlar sohasida joylashganda yiringli-nekrotik karashdan tozalanish, epitelizatsiya va chandiqlanish muddatlari sekinlashdi. Agar zararlanish o'choqlari yuz va bo'yin sohasida joylashgan bo'lsa, sog'ayish davri qisqargan va aksincha, oyoqlarning distal qismlarida, ayniqsa oyoq panjasida joylashgan bo'lsa sog'ayish davri uzaygan. Ehtimol, bu qon bilan ta'minlanish xususiyatlari va ushbu hududlarda shikastlanish chastotasi hamda keyinchalik yuzaga keladigan diagnostik xatolar bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Binobarin, bizning klinik kuzatuvimiz shuni ko'rsatdiki, teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarni davolash kompleksiga mahalliy "Baneotsin" dori vositasini kiritish an'anaviy terapiya olgan bemorlar guruhiga nisbatan patologik belgilarning erta regressiga yordam beradi.

Davolashning yaqin natijalari quyidagi mezonlar bo'yicha baholandi: holatning sezilarli yaxshilanishi - patologik simptomlarning to'liq yo'qolishi, holatning yaxshilanishi - leyshmaniomalarning yiringli-nekrotik karashdan tozalanishi va parazitologik sog'ayish, samarasiz - ijobiy terapevtik ta'sirning yo'qligi



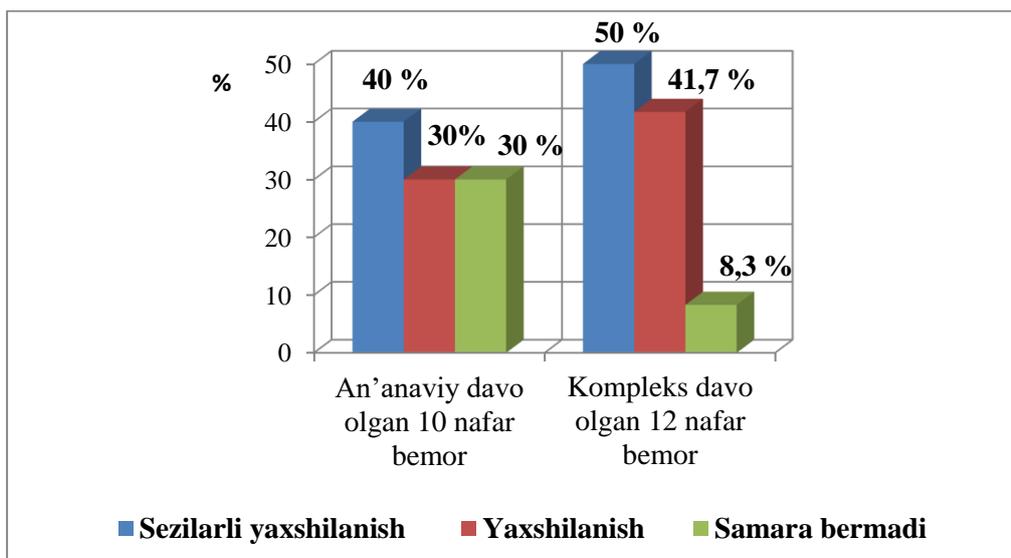
7-rasm. Teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan kasallangan bemorlarni kompleks va an'anaviy usulda davolash natijalari.

Klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatdiki (7-rasm), teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarda asosiy guruhda (28 bemor) 18 (64,3%) bemorda sezilarli yaxshilanish va 10 (35,7%) bemorda yaxshilanish kuzatildi. Biroq,

an'anaviy davolangan bemorlar orasida (22 bemor) sezilarli yaxshilanish 9 (40,9%) bemorda, yaxshilanish 7 (31,8%) bemorda kuzatilgan bo'lsa, 6 (27,3%) bemorda o'tkazilgan davolash samara bermadi.

Tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rigan bemorlarda kompleks davolash usulidan so'ng (12 bemor) 6 (50,0%) bemorda sezilarli yaxshilanish, 5 (41,7%) bemorda yaxshilanish kuzatildi va 1 (8,3%) bemorda o'tkazilgan davolash samara bermadi.

An'anaviy davolangan bemorlar orasida esa (10 nafar bemor) sezilarli yaxshilanish 4 nafar (40,0%) bemorda, yaxshilanish 3 nafar (30,0%) bemorda kuzatilgan bo'lsa, 3 nafar (30,0%) bemorda o'tkazilgan davolash samara bermadi (8-rasm).



8-rasm. Teri leyshmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan kasallangan bemorlarni kompleks va an'anaviy usullar bilan davolash natijalari

Shunday qilib, klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarni biz ishlab chiqqan kompleks davolash usuli ijobiy davolash ta'sirini ko'rsatadi va ushbu dermatoz bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilishi mumkin.

Keyingi tadqiqotlarimizda o'tkazilgan terapiyaning teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarning sitokin ko'rsatkichlariga ta'sirini o'rgandik.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki (7-jadval), teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarning qon zardobida an'anaviy usul bilan davolash tugagandan so'ng, davolashdan oldingi ma'lumotlarga nisbatan IL-2 ($p < 0,05$) va IL-8 ($p < 0,01$) konsentratsiyasining sezilarli darajada pasayishi va IL-4 miqdorining ko'tarilishi ($p < 0,05$) kuzatildi. Biroq, bu ma'lumotlar nazorat ko'rsatkichiga yetib bormaydi. Bu shuni anglatadiki, an'anaviy terapiya teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarda sitokin ko'rsatkichlarida aniqlangan buzilishlarni tiklashda kutilgan ijobiy ta'sirni yetarlicha ko'rsatmaydi.

Teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan kasallangan bemorlarda o'tkazilgan davolashning sitokin ko'rsatkichlariga ta'sirini qiyosiy tahlili (M±m)

Sitokinlar ko'rsatkichlari	O'tkazilgan davo	
	An'anaviy terapiya n=22	Kompleks terapiya n=28
IL-4 (pg/ml)	1,72 ± 0,02	1,72 ± 0,02
	2,10 ± 0,03*	2,23 ± 0,07**
IL-2 (pg/ml)	5,63 ± 0,03	5,65 ± 0,02
	4,35 ± 0,02*	2,72 ± 0,05**
IL-8 (pg/ml)	44,72 ± 2,08	41,82 ± 2,11
	30,36 ± 2,00**	24,99 ± 1,57***

Izoh: suratda – davolanishdan oldingi ma'lumotlar;

maxrajda – davolanishdan keyingi ma'lumotlar

p - davolanishdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan ma'lumotlarning ishonchliligi

*- p<0,05; **- p<0,01; ***- p<0,001

7-jadval ma'lumotlaridan ko'rinib turibdiki, an'anaviy davolash usulidan so'ng yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarning qon zardobida IL-2 (p<0,05) va IL-8 (p<0,01) miqdorining ishonchli pasayishi hamda IL-4 konsentratsiyasining ko'tarilishi (p<0,05) davolanishdan oldingi ko'rsatkichlarga nisbatan kuzatiladi. Biroq, bu ma'lumotlar nazorat guruhi ko'rsatkichlariga yetib bormaydi. Bu esa yarali leyshmaniomali bemorlarda sitokinlar ko'rsatkichlaridagi aniqlangan nomutanosiblikni tiklashda an'anaviy davolash usuli ham kutilgan ijobiy natijani bermayotganidan dalolat beradi.

Kompleks davolash usulining yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarda sitokin holati ko'rsatkichlariga ta'sirini o'rganish shuni ko'rsatdiki (7-jadval), ushbu usul bilan davolash tugagandan so'ng qon zardobida IL-2 (p<0,01) va IL-8 (p<0,001) sitokinlari konsentratsiyasi davolashdan oldingi ma'lumotlarga nisbatan sezilarli darajada pasaygan. Ushbu guruhdagi bemorlarda davolanishdan keyin IL-4 darajasi davolanishdan oldingi ma'lumotlarga nisbatan sezilarli darajada ko'tarilgan (p<0,01). Bu esa, IL-2 va IL-4 ko'rsatkichlari deyarli nazorat qiymatlariga yetdi.

Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatdiki, yarali nekrotik shakli bilan og'rigan bemorlarni davolashning ishlab chiqilgan usuli an'anaviy davolash usuliga nisbatan sitokinlar ko'rsatkichlaridagi aniqlangan buzilishlarni tiklashga ko'proq yordam beradi.

Keyingi tadqiqotlarimizda o'tkazilgan terapiyaning tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rigan bemorlarda sitokinlar holatiga ta'sirini o'rgandik.

Teri leishmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan og‘rigan bemorlarda o‘tkazilgan davolashning sitokin ko‘rsatkichlariga ta‘sirini qiyosiy tahlili (M±m)

Sitokinlar ko‘rsatkichlari	O‘tkazilgan davo	
	An‘anaviy terapiya n=22	Kompleks terapiya n=28
IL-4 (pg/ml)	1,52 ± 0,03	1,51 ± 0,02
	1,89 ± 0,08*	2,39 ± 0,04**
IL-2 (pg/ml)	4,09 ± 0,04	4,06 ± 0,04
	3,14 ± 0,09*	1,95 ± 0,07***
IL-8 (pg/ml)	38,88 ± 2,03	37,01 ± 1,61
	27,52 ± 1,45**	19,63 ± 1,37***

Izoh: suratda - davolanishdan oldingi ma‘lumotlar;
maxrajda - davolanishdan keyingi ma‘lumotlar
p - davolanishdan oldingi ko‘rsatkichlarga nisbatan ma‘lumotlarning ishonchliligi
* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

Teri leishmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan og‘rigan bemorlarda kompleks terapiyaning sitokin ko‘rsatkichlariga ta‘siri o‘rganilganda, ushbu usul bilan davolash yakunlangandan so‘ng, IL-2 (p<0,001) va IL-8 (p<0,001) miqdori davolashdan oldingi ko‘rsatkichlarga nisbatan statistik jihatdan sezilarli darajada pasayishni boshladi. Ular o‘rtacha 1,95 ± 0,07 pg/ml va 19,63 ± 1,37 pg/ml ni tashkil etdi, davolashdan oldin esa mos ravishda 4,06 ± 0,04 pg/ml va 37,01 ± 1,61 pg/ml edi. Shu bilan birga, ushbu guruhdagi bemorlarda davolashdan keyin IL-4 konsentratsiyasi davolashdan oldingi ko‘rsatkichlarga nisbatan sezilarli darajada oshdi (p<0,01). Ta‘kidlash joizki, ushbu usul bilan davolash yakunlangandan so‘ng, IL-2 va IL-4 ko‘rsatkichlari deyarli nazorat qiymatlariga yetdi.

Yuqoridagilar shuni ko‘rsatadiki, teri leishmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan og‘rigan bemorlarni davolashning kompleks usulini qo‘llash sitokinlar ko‘rsatkichlarida aniqlangan buzilishlarni tiklashda ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi.

Shunday qilib, biz ishlab chiqqan teri leishmaniozi bilan og‘rigan bemorlarni davolashning kompleks usuli sitokinlar ko‘rsatkichlaridagi aniqlangan buzilishlarni tiklashga ko‘maklashadi.

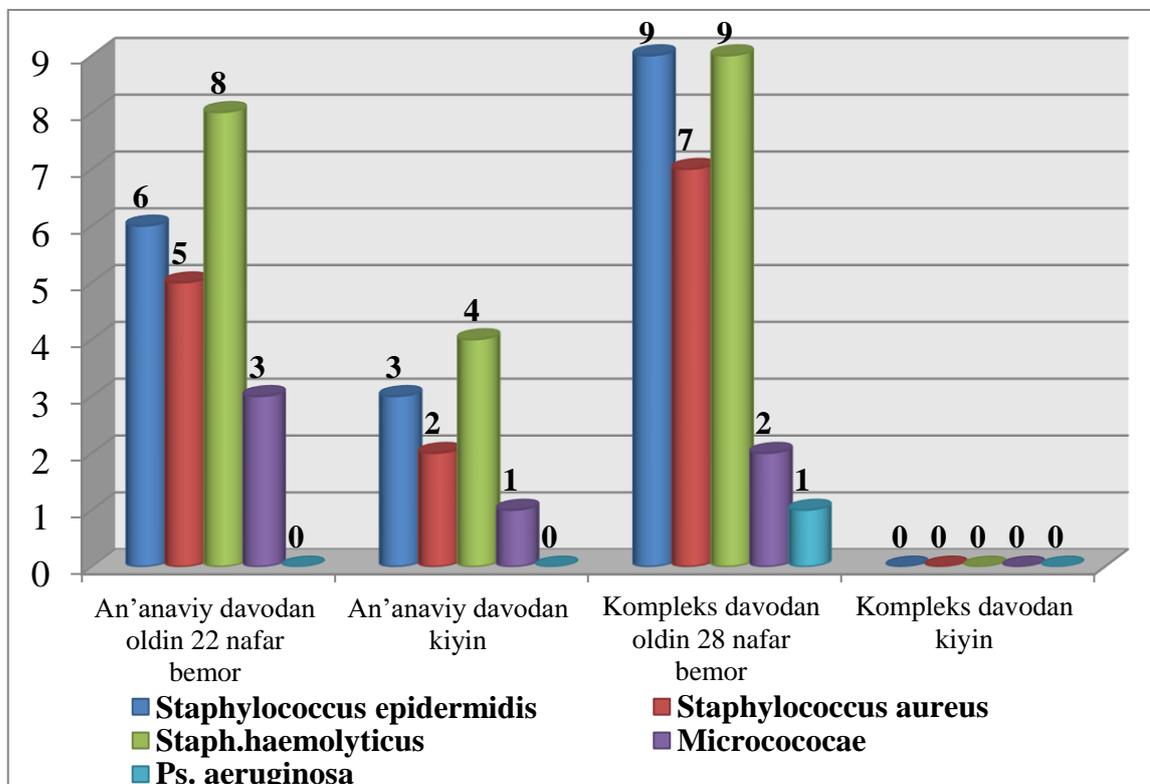
Teri yuvindi suvlari mikroflorasini o‘rganishda, teri leishmaniozining barcha o‘rganilgan klinik shakllarida yondosh mikrofloraning asosiy kasallik bilan birga kelishi aniqlandi.

Shu munosabat bilan, qo‘llanilgan davolash usullarining teri mikroflorasi ko‘rsatkichlariga ta‘sirini o‘rganish bizda qiziqish uyg‘otdi.

An‘anaviy terapiyaning teri yuvindi suvlaridagi yo‘ldosh mikroflora o‘rishiga ta‘sirini o‘rganish natijalari shuni ko‘rsatdiki (9-rasm), teri leishmaniozining yarali-nekrotik shakli bo‘lgan bemorlarda davolashdan oldin teri yuvindi suvlarini kultural

tekshirishda *Staphylococcus epidermidis* 6 holatda, *Staphylococcus aureus* - 5 holatda, *Staph.haemolyticus* - 8 holatda va *Microcococae* - 3 holatda aniqlangan.

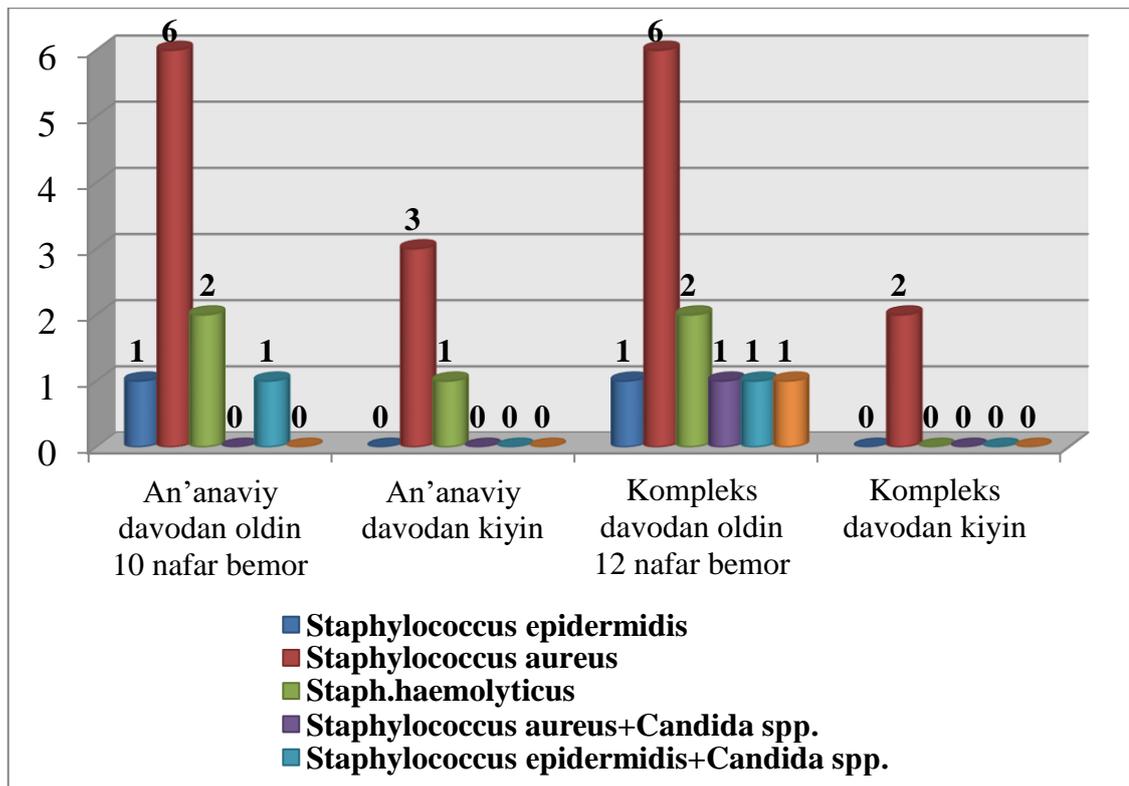
An'anaviy davolashdan so'ng teri yuvindi suvlarida *Staphylococcus epidermidis* 3 ta holatda, *Staphylococcus aureus* 2 ta holatda, *Staph.haemolyticus* 4 ta holatda va *Microcococae* 1 ta holatda o'sgan.



9-rasm. Teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan kasallangan bemorlar terisi mikroflorasiga o'tkazilgan terapiyaning ta'siri (n)

Teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan 28 nafar bemorlarda kompleks terapiyaning teri mikroflorasiga ta'sirini o'rganish shuni ko'rsatdiki, ushbu guruh bemorlarida kelganida teri yuvindisidan *Staphylococcus epidermidis* 9 holatda, *Staphylococcus aureus* 7 holatda, *Staph. haemolyticus* 9 holatda, *Microcococae* 2 holatda va *Ps. aeruginosa* 1 holatda aniqlangan. Ushbu guruh bemorlariga o'tkazilgan kompleks terapiyadan so'ng barcha aniqlangan mikroorganizmlar yo'qoldi va tekshirilganlarning terisi toza bo'ldi (9-rasm).

Teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og'rigan 22 nafar bemorlarda an'anaviy terapiyaning teri mikroflorasiga ta'sirini o'rganish shuni ko'rsatdiki (9-rasm), ushbu guruh bemorlarida kelganida teri yuvindisidan *Staphylococcus epidermidis* 1 holatda, *Staphylococcus aureus* 6 holatda, *Staph. haemolyticus* 2 holatda va *Staphylococcus epidermidis* hamda *Candida spp.* birgalikda 1 holatda ajratib olindi. O'tkazilgan terapiya fonida *Staphylococcus epidermidis* va *Candida spp.* ajratib olinmadi, *Staphylococcus aureus* 3 holatda va *Staph.haemolyticus* 1 holatda aniqlandi.



10-rasm. Teri leishmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan kasallangan bemorlar terisi mikroflorasiga o'tkazilgan terapiyaning ta'siri (n)

Teri leishmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rikan 12 nafar bemorlarda kompleks terapiyaning teri mikroflorasiga ta'sirini o'rganish shuni ko'rsatdiki (10-rasm), bemorlarida kelganida teri yuvindisidan *Staphylococcus epidermidis* 1 holatda, *Staphylococcus aureus* 6 holatda, *Staph. haemolyticus* 2 holatda hamda *Staphylococcus aureus* va *Candida spp.*, *Staphylococcus epidermidis* va *Candida spp.* va *Staph. haemolyticus* va *Candida spp.* kombinatsiyalari har biri 1 holatda ajratib olingan. Ushbu guruh bemorlariga o'tkazilgan kompleks terapiyadan so'ng teri yuvindisida *Staphylococcus aureus* faqat 2 holatda topilgan.

Teri leishmaniozining tugunli-infiltrativ shakli bilan og'rikan 10 nafar bemorlarda an'anaviy terapiyaning teri mikroflorasiga ta'sirini o'rganish shuni ko'rsatdiki (10-rasm), bemorlarida kelganida teri yuvindisidan *Staphylococcus epidermidis* 1 holatda, *Staphylococcus aureus* 6 holatda, *Staph. haemolyticus* 2 holatda hamda, *Staphylococcus epidermidis* va *Candida spp* 1 holatda. O'tkazilgan terapiya fonida, *Staphylococcus aureus* 3 holatda, *Staph. haemolyticus* 1 holatda topilgan.

Olingan natijalar shuni ko'rsatadiki, teri leishmaniozi bilan kasallangan bemorlarda, kasallikning klinik shakliga bog'liq bo'lmagan holda, an'anaviy davolanishdan so'ng teri mikroflorasini tiklashda ba'zi ijobiy o'zgarishlar kuzatiladi, biroq hamroh patogen mikrofloraning teridan to'liq tozalanishi yuz bermaydi.

Aksincha, biz ishlab chiqqan teri leishmaniozini davolash usuli ushbu guruh bemorlarida terini hamroh patogen mikrofloradan tozalashda yaqqol ta'sir ko'rsatadi

va bu ta'sir teri leyshmaniozining yarali-nekrotik shakli bo'lgan bemorlarda eng yaqqol namoyon bo'ladi. Bu bemorlarda davolanishdan so'ng teri yuvindisida aniqlangan mikroorganizmlar butunlay yo'qoladi.

Shunday qilib, teri leyshmaniozi bilan og'rigan bemorlarni davolashning ishlab chiqilgan usuli, ya'ni terapiya kompleksiga mahalliy "Baneotsin" preparatini applikatsiya ko'rinishida qo'shish, ijobiy davolash ta'sirini ko'rsatadi, patologik belgilarning erta kamayishiga yordam beradi, parazitologik sog'ayishning erta muddatlariga olib keladi va sitokin ko'rsatkichlarida aniqlangan buzilishlarni tiklaydi. Shuningdek, an'anaviy terapiya olgan bemorlar guruhiga nisbatan hamroh patogen mikrofloradan terini tozalashda sezilarli ta'sir ko'rsatadi va ushbu dermatoz bilan og'rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etiladi.

ZOONOZ TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGIGA QARSHI TAKOMILLASHTIRILGAN PROFILAKTIK CHORA – TADBIRLAR

O'tkazilgan ilmiy o'rganishlarimiz natijasida, viloyatda ZTL kasalligiga qarshi amalga oshiriladigan profilaktik chora tadbirlarni takomillashtirish bo'yicha takliflar ishlab chiqildi va amaliyotga tavsiya etildi.

Shunday qilib zoonoz teri leyshmaniozi kasalligiga qarshi chora tadbirlari quyidagilardan iborat bo'ldi.

1. Chivinlardan (iskabtoparlardan) himoyalanih:

Surxondaryo viloyat aholisi orasida iskabtoparlardan uyda, ish joyida, maktabgacha ta'lim muassasalarida va maktablarda moskit to'rlaridan foydalanib himoyalanihni o'rgatish.

Tunda insektitsidlar bilan ishlov berilgan to'rlardan (setkalar ostida) uxlash.

Tana ochiq qisimlariga chivin chaqishiga qarshi kremlar (repellentlar) surtish.

Kechqurun va tunda chivinlardan himoya qiluvchi kiyimlar kiyish (uzun yengli ko'ylak, shim).

2. Atrof-muhitni yaxshilash:

Uy va hovlilarning tozaligini ta'minlash.

Chivinlar ko'payadigan joylarni (masalan, nam va qorong'u joylarni) bartaraf etish.

Chiqindilarni vaqtida tozalash va maxsus kontenerlarda saqlash.

3. Aholi ortasida sog'lomlashtirish va ma'rifiy ishlar:

Teri leyshmaniozi haqida muntazam ravishda targ'ibot-tashviqot ishlarini olib borish.

Kasallikning dastlabki belgilarida (terida do'mboqcha tugun yara) haqida aholini ogoh etish va vaqtida shifokorga murojat qilishga chaqirish.

4. Aholini xabardor qilish va o'qitish:

Aholi o'rtasida muntazam ravishda profilaktik tadbirlar va kasallik belgilari haqida ma'lumot tarqatish.

Mahalliy mutaxassislar (oilaviy shifokorlar, feldsherlar) va ijtimoiy xodimlarni teri leyshmaniozini aniqlash va oldini olish bo'yicha o'qitish.

Radio, televidenie, plakatlar, risolalar orqali keng ommaviy axborot tadbirlari o'tkazish.

Profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirishda, eng asosiy e'tiborni birinchi navbatda qo'shni Afg'oniston Respublikasi hududida boshlanib viloyat hududidan o'tadigan Afg'on shamoli yo'lida joylashgan aholi yashash joylariga qaratilishi lozim. Aholiga yilning aprel oyidan boshlab noyabr oyigacha kechqurunlari tashqarida yotmaslik, tashqarida yotadigan bo'lsa ham maxsus Supermitrin insektitsidi bilan ishlov berilgan pashshaxonalardan, repellentlardan foydalanish, xonalarning eshik derazalariga iskabtoparlar kirishining oldini oluvchi setkalarni o'rnatish, xonadonlardagi eshik, deraza pardalariga repellentlar bilan ishlov berish, har doim Afg'on shamolidan keyin iloji boricha xonalarni, molxonalarni, omborxonalarni, chiqindixonalarni, hojatxonalarni yig'ishtirishdan oldin dezinseksiya ishlarini amalga oshirish tavsiya berildi.

Ushbu kasallikga qarshi chora-tadbirlarni amalga oshirishga ushbu hududlardagi aholini jalbetish juda katta ahamiyatga ega. Kasallikga qarshi chora-tadbirlarni amalga oshirishga mahalliy aholining faol qatnashishi, tadbirlar ijrosini yengillashtiradi va samaradorligini oshiradi.

Mahalliy aholi orasida sanitariya oqartuv ishlarini amalga oshirishdagi yo'nalishlar kasallikning manbasi, yuqish yo'llari, tashuvchilari, kasallikning birlamchi belgilari va profilaktikasiga qaratilgan bo'lib, unda asosan aholining faol ishtirokiga, ularning o'zlari tomonidan amalga oshiriladigan ishlarga urg'u berilishi kerak.

Aholi orasida hovli va xonadonlarni toza saqlash, chiqindilarni o'z vaqtida chiqarib ketish, hududlarni obodonlashtirish, xonadonlar va molxonalar devorlarni ta'mirlash, tirqish va o'yiqlarni yamash kabi ishlarni amalga oshirishni keng targ'ib qilish zarur. Bu tadbirlarning barchasi iskabtoparlarining ko'payishiga yo'l qo'ymaydi va kasallikning oldini olishda katta ahamiyatga ega.

Sanitariya oqartuv ishlari ma'ruzalar o'qish, televideniya va radiolarda chiqishlar qilish, maktablarda, muassasa va tashkilotlarda suhbatlar o'tkazish, varaqalar tarqatish kabi usullardan foydalangan holda amalga oshiriladi.

XULOSALAR

1. Teri leishmaniozi bilan og‘rigan bemorlarning 58,3% ini erkaklar va 41,7% ini ayollar tashkil etdi. Ularning 18,1% i shahar aholisi va 81,9% i qishloq aholisi edi. Yosh tarkibi tahlil qilinganda 18-44 yoshgacha bo‘lgan bemorlar 47 %, 45-59 yoshdagilar – 20 %, 60-74 yoshdagilar – 19 % va 75 yoshdan oshganlar – 14 % ni tashkil etdi. Kasallikning davomiyligi 1 oydan 4 oygacha bo‘lib, shu jumladan 1 oydan 2 oygacha – 12 % va 2 oydan 3 oygacha – 32 %, 3 oydan 4 oygacha 56 % bemorlarda kuzatildi. Bemorlarni teri leishmaniozining klinik shakllari bo‘yicha taqsimlanishini tahlil qilish natijasida yarali-nekrotik shakli 69,4% va tugunli-infiltrativ shakli 30,6% hollarda aniqlangani ma’lum bo‘ldi. Shunday qilib, klinik material tahlili shuni ko‘rsatdiki, bemorlarda teri leishmaniozi aksariyat hollarda yarali-nekrotik 69,4% kechadi va ular orasida qishloq aholisi 81,9% hamda 18-44 yoshgacha bolgan shaxslar 47,2% ustunlik qilgan.

2. Teri leishmaniozi bo‘lgan umumiy guruh bemorlarining qon zardobida nazorat guruhi ko‘rsatkichlariga nisbatan IL-2 va IL-8 darajasi sezilarli darajada oshgan ($p < 0,001$). Aksincha, ushbu guruhdagi bemorlarda yallig‘lanishga qarshi IL-4 sitokini konsentratsiyasi nazorat guruhi ko‘rsatkichlariga nisbatan ishonchli ravishda pasaygan ($p < 0,001$). Keyingi tadqiqotlarda biz teri leishmaniozi bilan og‘rigan bemorlarda kasallikning klinik shakliga qarab sitokinlar ko‘rsatkichlari o‘rganilgan. Olingan ma’lumotlar shuni ko‘rsatdiki, davolashdan oldin teri leishmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og‘rigan bemorlarning qon zardobida nazorat guruhi ko‘rsatkichlariga nisbatan IL-2 va IL-8 sitokinlari konsentratsiyasi sezilarli darajada oshgan ($p < 0,001$). Shu bilan birga, ushbu guruhdagi bemorlarda nazorat guruhiga nisbatan IL-4 sitokini darajasi sezilarli pasaygan ($p < 0,001$). Tugunli-infiltrativ shakli bilan og‘rigan bemorlarning qon zardobida ham nazorat guruhi ma’lumotlariga nisbatan IL-2 va IL-8 konsentratsiyasi sezilarli darajada oshgan ($p < 0,001$). Shu bilan birga, bemorlarning ushbu guruhida IL-4 sitokin konsentratsiyasi nazorat guruhiga nisbatan sezilarli darajada pasaygan ($p < 0,001$). Olingan ma’lumotlar shuni ko‘rsatadiki, teri leishmaniozining ikkala klinik shakli bilan og‘rigan bemorlarda ham organizm sitokinlari ko‘rsatkichlarida buzilishlar kuzatilgan.

3. Teri leishmaniozi bo‘lgan bemorlarda mavjud hamroh mikroflora ba’zi hollarda teridagi patologik jarayonning klinik kechishiga ta’sir qilishi mumkin. Shu munosabat bilan, biz teri leishmaniozi bilan kasallangan bemorlarda shikastlanish o‘choqlaridagi teri mikroflorasining holatini o‘rgandik. Nazorat guruhidagi shaxslarda teri yuvindisi tekshirilganda 37,5% hollarda *Staphylococcus epidermidis* va 12,5% hollarda *Candida spp.* aniqlandi, bular amalda sog‘lom kishilardagi teri mikroblari manzarasini tashkil etadi. Teri leishmaniozining klinik shakllariga qarab bemorlarda teri mikroflorasini holatini o‘rganish shuni ko‘rsatdiki, teri yuvindisini kulturaviy tekshirish paytida zararlanish o‘chog‘ida turli xil mikroflora aniqlandi. Teri leishmaniozining yarali-nekrotik shakli bilan og‘rigan bemorlarda o‘tkazilgan tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, teri yuvindisi ekilganda *Staphylococcus epidermidis* 30,0%, *Staphylococcus aureus* 24,0%, *Staph. haemolyticus* 34,0%, *Microcococae*

10,0% va *Ps. aeruginosa* 2,0% hollarda aniqlandi. Tugunli-infiltrativ shakli bilan ogʻriغان bemorlarda teri yuvindisidagi mikroflora oʻsishini oʻrganish shuni koʻrsatdiki, kasallikning ushbu klinik shakli bilan ogʻriغان bemorlar orasida *Staphylococcus epidermidis* 9,1%, *Staphylococcus aureus* 54,6%, *Staph. haemolyticus* 18,2% hollarda, *Staphylococcus aureus* va *Candida* spp. birgalikda 4,5%, *Staphylococcus epidermidis* va *Candida* spp. birgalikda 9,1% hollarda va *Staph. haemolyticus* va *Candida* spp. birgalikda 4,5% hollarda aniqlangan.

4. Teri leishmaniozida immunologik oʻzgarishlarini hisboga olgan holda Baneotsin preparati yordamida kompleks davo natijasi anʼanaviy davo usuliga nisbatan kasallikning yarali-nekrotik klinik shaklida IL-2 miqdori ($3,14 \pm 0,09$ dan $1,95 \pm 0,07$ gacha), IL-8 miqdori ($27,52 \pm 1,45$ dan $19,63 \pm 1,37$ gacha) ishonchli pasayishi IL-4 ($1,89 \pm 0,08$ dan $2,39 \pm 0,04$ gacha) ishonchli oshishi kuzatilgan, tugunli-infiltrativ klinik shaklida esa kompleks davo natijasi anʼanaviy davo usuliga nisbatan IL-2 miqdori ($4,35 \pm 0,02$ dan $2,72 \pm 0,05$ gacha), IL-8 miqdori ($30,36 \pm 2,00$ dan $24,99 \pm 1,57$ gacha) ishonchli pasayishi IL-4 ($2,10 \pm 0,03$ dan $2,23 \pm 0,07$ gacha) ishonchli oshishi hamda bemorlarning 64,3% da sezilarli yaxshilanish va 35,7% da yaxshilanish holatlari bilan ifodalangan ishlab chiqilgan kompleks davolash usulining yuqori samaradorligi aniqlandi.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc. 04/30.12.2019.Tib.29.01. ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ ТАШКЕНТСКОМ ПЕДИАТРИЧЕСКО
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

СУЛТАНОВ АКРАМ АБДУХОЛИКОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА И
ЕГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

14.00.11 – Дерматология и венерология

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD) ПО
МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан B2022.2.PhD/Tib2753.

Диссертация выполнена в Ташкентской медицинской академии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский(резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.tashpmi.uz) и на информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель:

Хаитов Кахрамон Нажмитдинович
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Набиев Тальят Абдувахобовича
доктор медицинских наук

Эшбоев Эгамберди Хусанович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

**Ташкентский государственный
стоматологический институт.**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2025 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 при Ташкентском педиатрическом медицинском институте. По адресу: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол, дом 223. Малый зал Ташкентского педиатрического медицинского института (Тел./факс: (+99871) 262-33-14; e-mail: mail@tashpmi.uz)

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Ташкентского педиатрического медицинского института (зарегистрирован за №___), по адресу: 100140, г.Ташкент, Юнусабадский район, улица Богишамол, дом 223.Тел./факс: (+99871) 2623314.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.
(Реестр протокола рассылки №___ от _____ 2025 года).

А. В. Алимов

Председатель научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Ш.А. Агзамова

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук

А.М. Маннанов

Заместитель председателя научного семинара при Ученом совете по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность и необходимость темы диссертации. Несмотря на большие успехи в лечении и профилактике трансмиссивных заболеваний в мире, кожный лейшманиоз остается актуальной проблемой. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «...в мире насчитывается более 120 миллионов случаев лейшманиоза, в том числе висцерального типа...»¹. В странах Центральной Азии городской тип висцерального и кожного лейшманиоза практически ликвидирован, однако зоонозный кожный лейшманиоз (ЗКЛ) продолжает занимать определенное место в региональной патологии, и ежегодно регистрируются десятки и сотни новых случаев этого заболевания. Основные эндемичные очаги издавна располагались на территории Узбекистана и Туркменистана, а также в некоторых областях соседнего Казахстана. Увеличение распространенности кожного лейшманиоза среди населения, контакт населения с очагами заболевания, а также диагностика новых случаев дерматоза обуславливают необходимость совершенствования методов патогенетического лечения путем изучения клинических и иммунологических особенностей заболевания.

В мире проводится ряд научных исследований, направленных на изучение клинического течения кожного лейшманиоза и совершенствование методов лечения. В результате проведенных научных исследований особое значение в клиническом течении кожного лейшманиоза приобретают показатели некоторых цитокинов и влияние сопутствующей микрофлоры. Учитывая влияние сопутствующей микрофлоры на клиническое течение кожного лейшманиоза и вызываемые ею иммуно-цитокиновые изменения, изучение воздействия сопутствующей микрофлоры на клиническое течение кожного лейшманиоза и разработка эффективного патогенетического метода лечения приобретают особое значение.

В нашей стране проводятся широкомасштабные реформы по развитию медицинской системы и приведению ее в соответствие с международными стандартами, в частности по профилактике различных кожных заболеваний у детей и взрослых. В комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения указаны задачи «... повышения эффективности, качества и доступности медицинской помощи населению, а также создания системы медицинской стандартизации, внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения, пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний путем создания эффективных моделей диспансеризации...»². В связи с этим целесообразно изучить клинико-патогенетические и иммунологические особенности кожного лейшманиоза и разработать эффективные методы лечения пациентов.

¹. Сайт Всемирной организации здравоохранения, 2017 г., <http://www.who.inthehealthinfostatistics>

² Указ Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № УП-6110 "О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых реформ в системе здравоохранения."

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», № ПП-408 от 29 ноября 2024 года «О мерах по совершенствованию системы обеспечения медицинских учреждений фармацевтической продукцией и медицинским оборудованием», № ПП-311 от 5 сентября 2024 года «О мерах по внедрению механизмов государственного медицинского страхования», а также в других нормативно-правовых актах принятых в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Данное исследование выполнено в соответствии с VI приоритетным направлением развития науки и технологий «Медицина и фармакология.»

Степень изученности проблемы. Зарубежными учеными проводятся научные исследования, направленные на изучение роли иммунологических нарушений в механизме развития кожного лейшманиоза и разработку методов его лечения. В ряде зарубежных стран проведен комплекс научных исследований по эпидемиологии, клинической картине, современным методам диагностики и новым способам лечения заболевания ТЛ (Sophie M. et al, 2014; Darabi S. et al, 2015; Askari A. et al, 2018; Bhargava A. et al, 2018; Francesconi V. et al, 2018; Galluzzi L. et al, 2018; Moein D. et al, 2018; Saberi R. et al, 2018). Клинические варианты зоонозного кожного лейшманиоза характеризуются развитием различных осложнений, включая металеишманиоз, однако принципы лечения всех форм остаются одинаковыми. До сих пор спорным остается вопрос о развитии обсеменительных бугорков, которые появляются вокруг язв лейшманиоза и с трудом поддаются лечению (Cantacessi C. et al., 2015; Akhoundi M. et al., 2017).

Анализ медицинской литературы стран СНГ показал, что раскрытие деталей этиологии и патогенеза кожного лейшманиоза приводит к пониманию важной роли цитокинового статуса, поскольку различные клетки иммунной системы продуцируют биологически активные коммуникационные молекулы, выполняющие медиаторную функцию, то есть определяющие иммунный ответ. Цитокины представляют собой группу полипептидных медиаторов, участвующих в формировании и регуляции защитных реакций организма. Наиболее важную роль в нейро-иммуноэндокринных взаимодействиях играют именно цитокины, которые осуществляют межклеточное кооперативное взаимодействие в иммунном ответе. (Соколова Т.В., Санакоева Э.Г., Гладко О.В., Гладко В.В, 2021) утверждает, что кожный лейшманиоз является одним

из немногих протозойных заболеваний, после которого сохраняется устойчивый, часто пожизненный иммунитет к повторному заражению. Иммунитет против повторной инфекции развивается медленно и достигает достаточной интенсивности при длительном взаимодействии организма-хозяина с лейшманией. (Коледаева Э.В., Максимова Э.Д., 2023).

Ряд научных исследований, проведенных в Узбекистане, доказал, что кожный лейшманиоз является одним из немногих протозойных заболеваний, которые обычно формируют стойкий, сильный и длительный иммунитет. Поиск новых эффективных лекарственных средств для лечения пациентов с кожным лейшманиозом является крайне актуальной задачей (Рахматов А.Б., Хикматов Р.С., 2021; Сабилов У.Ю., Хикматов Р.С., 2021; Коледаева Е.В. и др., 2023). Зачастую, несмотря на проводимое лечение, зоонозный кожный лейшманиоз переходит в хроническую форму, иногда продолжаясь несколько лет, что становится проблемой не только для самих пациентов, но и для врачей-дерматологов (Косинец В.Н. и др., 2020; Хаитов К.Н. и др., 2021; Абдиева Д.Х. и др., 2022).

Данная проблема имеет большое научное и практическое значение, учитывая рост заболеваемости кожным лейшманиозом в нашем регионе. Она позволяет полностью интегрировать это заболевание в сферу деятельности дерматовенерологической службы и способствует решению эпидемиологических, патогенетических, терапевтических и других аспектов данного заболевания. Кроме того, представленные данные указывают на необходимость более глубокого изучения патогенеза для решения проблемы развития кожного лейшманиоза. Также подтверждается необходимость проведения дополнительных исследований по определению вероятности развития осложненных форм кожного лейшманиоза, в частности металеishманиоза.

Связь темы диссертации с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии в рамках темы АДСС 15.16.1 "Разработка нового эпидемиологического и лечебного комплекса кожного лейшманиоза" (2021-2024 гг.).

Цель исследования. Совершенствование метода патогенетического лечения кожного лейшманиоза и разработка мер профилактики на основе результатов иммунно-микробиологических исследований.

Задачи исследования:

оценка особенностей течения различных клинических форм кожного лейшманиоза;

оценка значения микрофлоры кожи в патологических очагах при кожном лейшманиозе, а также ее влияния на клиническое течение заболевания;

оценка состояния цитокинов при кожном лейшманиозе и их роли в течении различных клинических форм заболевания;

разработка усовершенствованного метода лечения кожного лейшманиоза и оценка его эффективности.

Объектом исследования были выбраны 72 пациента обоего пола с различными клиническими формами кожного лейшманиоза, проходившие лечение в Сурхандарьинском областном филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии в период с 2021 по 2024 год.

Предмет исследования. Для определения основных показателей цитокинов исследовалась сыворотка крови, а также содержимое раны для установления вида лейшмании и микробиоты кожи.

Методы исследования. В исследовании применялись клинические, микробиологические, иммунологические и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

доказано, что при кожном лейшманиозе в большинстве случаев патологический процесс локализуется на коже открытых частей тела - лица, рук и ног, причем в 69,4% случаев заболевание протекает в язвенно-некротической форме, а в 30,6% - в узелково-инфильтративной форме;

доказано достоверное повышение концентрации цитокинов ИЛ-2 и ИЛ-8 в сыворотке крови у пациентов с язвенно-некротической и узеловато-инфильтративной формами кожного лейшманиоза по сравнению с данными контрольной группы (соответственно $4,56 \pm 0,09$ пг/мл и $39,46 \pm 1,03$ пг/мл), а также достоверное снижение концентрации цитокина ИЛ-4 в этих группах пациентов по сравнению с контрольной группой (соответственно $1,58 \pm 0,02$ пг/мл);

доказано, что при узеловато-инфильтративных и язвенно-некротических клинических формах кожного лейшманиоза сопутствующие микроорганизмы *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus* и *Microcococcus* в патологических очагах являются основными факторами, способствующими развитию и утяжелению течения кожного лейшманиоза;

доказано, что по сравнению с традиционным лечением кожного лейшманиоза комплексное лечение препаратом Банеоцин приводит к нормализации уровня цитокинов ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-4 у пациентов, очищению патологических очагов от микроорганизмов, значительному улучшению клинических проявлений, а также сокращает продолжительность лечения язвенно-некротической формы заболевания в 1,3 раза, узеловато-инфильтративной формы - в 1,2 раза.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

обоснованы особенности кожного лейшманиоза, при котором в большинстве случаев патологический процесс локализуется на коже открытых частей тела - лица, рук и ног, и протекает в язвенно-некротической или узеловато-инфильтративной форме;

обосновано достоверное повышение концентрации цитокинов ИЛ-2 и ИЛ-8 в сыворотке крови у пациентов с язвенно-некротической и узеловато-инфильтративной формами кожного лейшманиоза по сравнению с данными

контрольной группы ($4,56 \pm 0,09$ пг/мл и $39,46 \pm 1,03$ пг/мл соответственно), а также достоверное снижение концентрации цитокина ИЛ-4 у этих групп пациентов по сравнению с контрольной группой ($1,58 \pm 0,02$ пг/мл соответственно);

обосновано, что при узлово-инфильтративных и язвенно-некротических клинических формах кожного лейшманиоза в патологических очагах сопутствующие микроорганизмы *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Microcococae* служат основными факторами, приводящими к развитию и ухудшению течения кожного лейшманиоза;

по сравнению с традиционным лечением кожного лейшманиоза, комплексное лечение препаратом Банеоцин позволило нормализовать уровень цитокинов ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-4 у пациентов, очистить патологические очаги от микроорганизмов, значительно улучшить клинические изменения и сократить продолжительность лечения в 1,3 раза при язвенно-некротической форме заболевания и в 1,2 раза при узелково-инфильтративной форме.

Достоверность результатов исследования обосновывается корректностью применённых в работе теоретических подходов и методов, методологической правильностью проведённых исследований, достаточным количеством пациентов, обработкой данных с использованием статистических методов, а также сопоставлением полученных результатов с результатами зарубежных и отечественных исследователей, подтверждением выводов и полученных результатов компетентными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования заключается в том, что при кожном лейшманиозе в большинстве случаев патологический процесс в коже локализуется на коже открытых участков лица, рук и ног, протекает в форме язвенно-некротической и узлово-инфильтративной форм, а также в значительном повышении концентрации цитокинов ИЛ-2 и ИЛ-8 в сыворотке крови у больных с язвенно-некротической и узлово-инфильтративной формами по сравнению с данными контрольной группы (соответственно $4,56 \pm 0,09$ пг/мл и $39,46 \pm 1,03$ пг/мл), а также в значительном снижении концентрации цитокина ИЛ-4 в этих группах больных по сравнению с контрольной группой (соответственно $1,58 \pm 0,02$ пг/мл).

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что при узлово-инфильтративных и язвенно-некротических клинических формах кожного лейшманиоза сопутствующие микроорганизмы *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Microcococae* в патологических очагах служат основными факторами, приводящими к развитию и ухудшению течения кожного лейшманиоза, по сравнению с традиционным лечением кожного лейшманиоза, комплексное лечение препаратом Банеоцин позволило нормализовать уровень цитокинов ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-4 у пациентов, очистить патологические очаги от микроорганизмов, за счет значительного улучшения и улучшения

клинических изменений сократить продолжительность лечения при язвенно-некротической форме заболевания в 1,3 раза, при узлово-инфильтративной форме в 1,2 раза, что позволило.

Внедрение результатов исследования. На основе полученных результатов по совершенствованию лечения кожного лейшманиоза и его профилактических мероприятий разработаны и утверждены методические рекомендации "Методы местного лечения кожного лейшманиоза" (Заключение Экспертного совета Ташкентской медицинской академии № 06/24-342х от 21.06.2024 г.). Данные методические рекомендации позволили усовершенствовать алгоритм диагностики и лечения кожного лейшманиоза.

первая научная новизна: при кожном лейшманиозе в большинстве случаев патологический процесс локализуется на коже открытых участков тела - лица, рук и ног, причем в 69,4% случаев наблюдается язвенно-некротическая форма, а в 30,6% - узелково-инфильтративная форма. Результаты научного исследования внедрены в практику Бухарского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии приказом № 25 от 24.07.2024 г., а также Джизакского областного филиала данного центра приказом № 214 от 14.09.2024 г. (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 10/37 от 10 декабря 2024 г.). **Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем:** ранняя диагностика зоонозного кожного лейшманиоза позволяет проводить раннее лечение, что предотвращает образование глубоких и выраженных язв у большинства пациентов. Это особенно важно, поскольку поражения в основном располагаются на открытых участках кожи, что, в свою очередь, связано с косметическим дефектом, а именно с образованием рубцов на коже. **Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:** с учетом дополнительно организованных лабораторных исследований для выявления лейшмании сокращается диагностический этап в среднем в 2 раза, что составляет экономию 2-х койко-дней. Исходя из стоимости 1 койко-дня в размере 165 000 сумов, эффективность составляет 11 880 000 сумов на 72 пациента. При использовании традиционных методов обследования и лечения затраты составляют 3 300 000 сумов на одного пациента, а разработанный метод позволяет сократить продолжительность стационарного лечения в среднем на 5 дней, что выражается в экономическом эквиваленте 2 145 000 сумов на одного пациента. **Заключение:** Усовершенствование лечения пациентов с зоонозным кожным лейшманиозом позволило сэкономить бюджетные и внебюджетные средства в размере 1 155 000 сумов на каждого пациента.

вторая научная новизна: достоверное повышение концентрации цитокинов IL-2 и IL-8 в сыворотке крови у пациентов с язвенно-некротической и узелково-инфильтративной формами кожного лейшманиоза по сравнению с данными контрольной группы (соответственно $4,56 \pm 0,09$

пг/мл и $39,46 \pm 1,03$ пг/мл), а также достоверное снижение концентрации цитокина IL-4 в этих группах пациентов по сравнению с контрольной группой (соответственно $1,58 \pm 0,02$ пг/мл). Результаты научного исследования были внедрены в практику Бухарским областным филиалом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии приказом № 25 от 24.07.2024 г. и Джизакским областным филиалом данного центра приказом № 214 от 14.09.2024 г. (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 10/37 от 10 декабря 2024 г.).

Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем: проведенные исследования показывают необходимость раннего лечения пациентов в дерматовенерологической службе при появлении специфических образований на открытых участках кожи с учетом определенной сезонности на ранних стадиях дерматоза. Это позволяет проводить соответствующее лечение и предотвращает развитие косметических дефектов. **Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:** с учетом дополнительно организованных лабораторных исследований для выявления лейшмании сокращается диагностический этап в среднем в 2 раза, что соответствует уменьшению продолжительности госпитализации на 2 койко-дня. Исходя из стоимости 1 койко-дня в размере 165 000 сумов, экономический эффект составляет 11 880 000 сумов на 72 пациента. При использовании традиционных методов обследования и лечения затраты составляют 3 300 000 сумов на одного пациента, а разработанный метод позволяет сократить продолжительность стационарного лечения в среднем на 5 дней, что выражается в экономическом эквиваленте 2 145 000 сумов на одного пациента. **Заключение:** Усовершенствовано лечение пациентов с зоонозным кожным лейшманиозом, что позволило сэкономить бюджетные и внебюджетные средства в размере 1 155 000 сумов на каждого пациента.

третья научная новизна: при узловато-инфильтративных и язвенно-некротических клинических формах кожного лейшманиоза в патологических очагах сопутствующие микроорганизмы *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Microcococae* являются основными факторами, способствующими развитию и утяжелению течения кожного лейшманиоза. Результаты научного исследования внедрены в практику Бухарского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии приказом № 25 от 24.07.2024 г. и Джизакского областного филиала данного центра приказом № 214 от 14.09.2024 г. (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 10/37 от 10 декабря 2024 г.).

Социальная эффективность научной новизны заключается в следующем: своевременное выявление и лечение зоонозного кожного лейшманиоза позволило уменьшить тяжесть воспалительного процесса и значительно облегчить период реабилитации при данном дерматозе. **Экономическая**

эффективность научной новизны заключается в следующем: с учетом дополнительно организованных лабораторных исследований для выявления лейшмании сокращается диагностический этап в среднем в 2 раза, что составляет 2 койко-дня. Исходя из стоимости 1 койко-дня в размере 165 000 сумов, эффективность составляет 11 880 000 сумов на 72 пациента. При использовании традиционных методов обследования и лечения затраты составляют 3 300 000 сумов на одного пациента, а разработанный метод позволяет сократить продолжительность стационарного лечения в среднем на 5 дней, что выражается в экономическом эквиваленте 2 145 000 сумов на одного пациента. **Заключение:** Усовершенствование лечения пациентов с зоонозным кожным лейшманиозом позволило сэкономить бюджетные и внебюджетные средства в размере 1 155 000 сумов на каждого пациента.

четвертая научная новизна: по сравнению с традиционным лечением кожного лейшманиоза, комплексное лечение препаратом Банеоцин приводит к нормализации уровня цитокинов IL-2, IL-8 и IL-4 у пациентов, очищению патологических очагов от микроорганизмов, значительному улучшению клинических изменений и сокращению продолжительности лечения в 1,3 раза при язвенно-некротической форме заболевания и в 1,2 раза при узловато-инфильтративной форме. Результаты научного исследования были внедрены в практику Бухарским областным филиалом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии приказом № 25 от 24.07.2024 г. и Джизакским областным филиалом данного центра приказом № 214 от 14.09.2024 г. (Заключение Научно-технического совета Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 10/37 от 10 декабря 2024 г.).

Социальная эффективность научной инновации заключается в следующем: проведенные исследования указывают на необходимость раннего лечения пациентов в дерматовенерологической службе при появлении специфических образований на открытых участках кожи с учетом определенной сезонности на ранних стадиях дерматоза. Это позволяет проводить соответствующее лечение и предотвращает развитие косметических дефектов. **Экономическая эффективность научной новизны заключается в следующем:** с учетом дополнительно организованных лабораторных исследований для выявления лейшмании сокращается диагностический этап в среднем в 2 раза, что составляет экономию 2 койко-дней. Исходя из стоимости 1 койко-дня в размере 165 000 сумов, эффективность составляет 11 880 000 сумов на 72 пациента. При использовании традиционных методов обследования и лечения затраты составляют 3 300 000 сумов на одного пациента, а разработанный метод позволяет сократить продолжительность стационарного лечения в среднем на 5 дней, что выражается в экономическом эквиваленте 2 145 000 сумов на одного пациента. **Заключение:** Усовершенствовано лечение пациентов с зоонозным кожным лейшманиозом, что позволило сэкономить бюджетные и внебюджетные средства в размере 1 155 000 сумов на каждого пациента.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 3 научно-практических конференциях, в том числе на 2 международной и 1 республиканской научно-практической конференции.

Опубликованность результатов исследования. По материалам диссертационной работы опубликовано 14 научных работ, из них 5 журнальных статей, в том числе 4 в республиканских и 1 в зарубежном журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертации, 1 методическая рекомендация и 8 тезисов.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 113 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении в диссертации показаны актуальность и необходимость темы исследования, цель, объект и предмет исследования, соответствие исследования основным приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, его научная новизна и практическая значимость. Представлены теоретическая и практическая значимость полученных результатов исследования и их внедрение, информация о публикации результатов, а также о структуре и объеме диссертации.

В первой главе диссертации, озаглавленной **«Современные представления об этиопатогенезе, диагностике, клиническом течении и лечении кожного лейшманиоза»** представлен обзор отечественной и зарубежной литературы за последние 5-10 лет, касающийся современных представлений об этиопатогенезе и клиническом течении кожного лейшманиоза, современных методов лечения и системы профилактических мероприятий.

Во второй главе диссертации **«Современные подходы к исследованию кожного лейшманиоза»** в соответствии с целями и задачами научной работы описаны материалы и методы изучения показателей различных видов микробиологического исследования, метода микроскопического исследования лейшманий, определения микрофлоры кожи и чувствительности к антибиотикам, а также метода определения цитокинов. Исследования проводились среди пациентов, обратившихся за стационарной и амбулаторной помощью в Сурхандарьинский областной кожно-венерологический диспансер в 2021-2024 гг. Среди населения Сурхандарьинской области было обследовано 72 пациента с зоонозным кожным лейшманиозом. В зависимости от клинических форм больные с зоонозным кожным лейшманиозом были распределены следующим образом: язвенно-некротическая форма кожного лейшманиоза (I группа больных) наблюдалась у 50 (69,4%) пациентов;

узловато-инфильтративная форма кожного лейшманиоза (II группа больных) была выявлена у 22 (30,6%) пациентов.

Диагноз мы установили на основании общепринятых клинико-лабораторных критериев. Во всех случаях диагноз подтверждался микроскопическим обнаружением лейшманий (телец Боровского) в пораженных участках кожи.

Способ определения микрофлоры кожи и чувствительности к антибиотикам.

Для определения микрофлоры пациент не должен мыться, использовать спиртосодержащие препараты и применять наружные лекарственные средства в течение 2 дней (48 часов). Выделения из образовавшихся гнойных узелков, язв или других высыпаний собирают с помощью бактериологической петли и засевают на накопительные питательные среды (5% сахарный бульон, кровяной агар, среда Эндо, мясо-пептонный агар).

Инкубируют в термостате при температуре 37°C в течение 24 часов. После этого определяется культура микроорганизмов, а затем изучается чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам и бактериальным средствам.

Метод определения цитокинов в сыворотке крови проводился с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) (Арипова Т.У. и др., 2005). Для определения цитокинов использовались тест-системы, разработанные в Государственном научно-исследовательском институте ОЧБ (Санкт-Петербург).

Эти тест-системы основаны на методе твердофазного "сэндвич" ИФА, который использует пероксидазу хрена в качестве индикаторного фермента. После завершения основных этапов, за 10-15 минут до окончания инкубации готовилась субстрат-хромогенная смесь. Затем в каждую ячейку планшета вносили по 300 мкл промывающего физиологического раствора, после чего 3-5 раз промывали дистиллированной водой и, встряхивая планшет, удаляли воду. Во все ячейки добавляли по 200 мкл субстрат-хромогенной смеси. Инкубировали при комнатной температуре в темноте в течение 20 минут. Реакцию останавливали добавлением 50 мкл раствора серной кислоты. Результаты определения активности связанной пероксидазы измеряли с помощью автоматического фотометра для микропланшетов при длине волны 492 нм.

При этом устанавливали нулевое поглощение по стандартным ячейкам без определяемого цитокина. Количественная оценка результатов проводилась методом ручного построения калибровочной кривой, отражающей зависимость оптической плотности от концентрации для стандартного антигена и позволяющей сравнивать с ним исследуемые образцы.

Статистическая обработка данных. Полученные в ходе исследования данные были подвергнуты статистическому анализу на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2020. При этом использовались встроенные функции статистического

анализа программы. Применялись методы вариационной параметрической и непараметрической статистики с вычислением среднего арифметического значения (M), среднеквадратического отклонения (σ), средней стандартной ошибки (m), относительных величин (частота, процент) изучаемого показателя. При сравнении средних величин статистическая значимость полученных измерений определялась по критерию Стьюдента (t), а вероятность ошибки (p) рассчитывалась. Также проверялись нормальность распределения (по критерию эксцесса) и равенство генеральных дисперсий (по критерию Фишера - F).

В третьей главе диссертации **«Клинические особенности кожного лейшманиоза в Сурхандарьинской области, состояние некоторых цитокинов и показателей микрофлоры кожи у больных кожным лейшманиозом»** изучены клинические особенности кожного лейшманиоза у 72 пациентов, проходивших амбулаторное и стационарное лечение в Сурхандарьинском областном кожно-венерологическом диспансере. При микроскопическом исследовании в мазках, взятых с пораженных участков кожи у всех больных, были обнаружены тельца Боровского.

Анализ статистических данных выявил четкую тенденцию к росту заболеваемости кожным лейшманиозом в области.

Проведенный ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт пациентов показал, что у всех обследованных (100%) был зарегистрирован сельский тип кожного лейшманиоза.

Изучение особенностей клинической картины выявило, что у больных очаги поражения располагались на открытых участках тела, преимущественно на коже лица, в области носа и щек, и проявлялись в виде узелковых элементов с воспалительным инфильтратом вокруг. Кожа в зоне поражения была ярко-красного цвета, в центре узелков имелась серозно-кровянистая корочка.

У пациентов старшего возраста, помимо узелковых элементов, наблюдались и язвенные элементы, которые располагались преимущественно на верхних (кисти, предплечья, плечи) и нижних (стопы, голени, бедра) конечностях, а также на туловище.

Зоонозные формы кожного лейшманиоза имели типичную клиническую картину. Они почти не возвышались над окружающей здоровой поверхностью кожи, без видимых признаков воспаления. Кожа над ними была буровато-красного цвета, напряженной и блестящей.

В центре некоторых лейшманиом имелось небольшое кратерообразное углубление, на дне которого располагались роговые чешуйки или язва. Язва была округлой формы, с плоским или сморщенным дном, покрытым гнойным налетом. Края язвы были отвесными, неровными, дно слегка зернистым, из него выделялось небольшое количество серозно-гнойной жидкости и развивался некроз. Вокруг язвы располагался кольцевидный инфильтрат. Количество язв варьировало от 1 до 3, и они обычно располагались на открытых участках кожи (лицо, руки), доступных для москитов.

Таблица 1

**Распределение пациентов с кожным лейшманиозом по территориям
Сурхандарьинской области республики**

Районы	Всего пациентов - 72	
	количество	%
г. Термез	12	16,7
Термезский район	14	19,4
Ангор	13	18,0
Джаркурган	6	8,3
Шерабад	5	6,9
Бандихан	4	5,5
Кумкурган	3	4,2
Музрабат	3	4,2
Денау	3	4,2
Алтынсай	3	4,2
Байсун	2	2,8
Шўрчи	2	2,8
Узун	1	1,4

У пациентов с зоонозным кожным лейшманиозом появлялся остро воспалительный, красного цвета конусообразный бугорок диаметром 2-4 мм, а у некоторых пациентов этот показатель достигал 15-20 мм. Узелки были окружены воспалительным отеком кожи. Края язв диаметром от 2-4 мм до 4-5 см были крутыми, а дно некротическим. Вокруг них наблюдался обширный инфильтрат и воспалительный отек, по периферии также были видны обсеменяющие бугорки. Края язв были неровными, изъеденными, а дно покрыто некротическими массами или обильным серозно-гнойным отделяемым. Инфильтрат вокруг раны поднимался в виде валика. У некоторых пациентов наряду с бугорчатыми и язвенными элементами имелись очаги грануляции с сосочковым разрастанием, напоминающие папилломы, в виде "симптома рыбьей икры." У части больных заболевание осложнялось лимфангитом, лимфаденитом и последовательными лейшманиомами. При лимфаденитах нижних конечностей вследствие лимфостаза может возникнуть отек голени и стопы. При лимфаденитах нижних конечностей возможен отек голени и стопы за счет лимфостаза.

Иногда наблюдалось abortивное течение лейшманиоза, при котором мелкоузелковые элементы длительное время сохранялись без образования открытой язвы.

При изучении причины появления пораженных участков кожи только 7 (9,7%) больных сообщили о укусе москита, а остальные 65 (90,3%) больных не смогли указать причину возникновения заболевания.

Таблица 2

Распределение больных кожным лейшманиозом по пораженным участкам тела

Части тела	Все больные	
	количество	%
Кожа лица (брови, нос, крылья носа, переносица, уголки рта, подбородок)	6	8.3
руки (ладонь, предплечье, плечо, локоть)	17	23.6
нога (ступня, голень, бедро)	34	47.2
лицо и конечности	3	4.2
лицо и руки	1	1.4
руки и ноги	8	11.1
лицо и ноги	3	4.2

У 6 (8,3%) обследованных больных поражена кожа лица (брови, нос, щеки, переносица, уголки рта, подбородок), у 17 (23,6%) - верхние конечности (кисти, предплечья, плечи, локти), у 34 (47,2%) - нижние конечности (стопы, голени, бедра), у 3 (4,2%) - лицо, верхние и нижние конечности, у 1 (1,4%) - лицо и верхние конечности, у 8 (11,1%) - верхние и нижние конечности, у 3 (4,2%) - лицо и нижние конечности (таблица 2).

Анализ клинического течения патологического процесса показал, что количество очагов поражения у больных варьировало от 1 до 5 и более.

У 34 (47,2%) больных обнаружено по 1 язве, у 34 (47,2%) больных - по 2-3 язвы и у 4 (5,6%) больных - по 4-5 язв. У всех обследованных больных заболевание сопровождалось болью и зудом.

В данной главе работы представлены результаты исследования по сравнению состояния некоторых цитокинов в сыворотке крови больных кожным лейшманиозом с показателями здоровых лиц.

Показатели цитокинов в сыворотке крови были изучены у 72 пациентов с кожным лейшманиозом. У 50 из них выявлена язвенно-некротическая форма кожного лейшманиоза, а у 22 - узловато-инфильтративная форма.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 40 лет.

Таблица 3

Распределение больных кожным лейшманиозом по количеству имеющихся язв

Количество язв	Всего	
	Количество пациентов	%
1	34	47.2
2-3	34	47.2
4-5	4	5.6

Для оценки показателей цитокинов у больных кожным лейшманиозом мы исследовали уровни противовоспалительного цитокина ИЛ-4 и провоспалительных цитокинов - ИЛ-2 и ИЛ-8. Это обусловлено тем, что при данном заболевании именно эти цитокины подвергаются наибольшему изменению по сравнению с другими цитокинами, и определение их количества имеет важное значение для оценки иммунного статуса организма.

Таблица 4

Показатели некоторых цитокинов у больных кожным лейшманиозом (M±m)

Показатели цитокинов	Контрольная группа здоровых людей n=20	Пациенты с кожным лейшманиозом n=72
ИЛ-2 (пг/мл)	2,11 ± 0,01	4,56± 0,09*
ИЛ-4 (пг/мл)	2,74 ± 0,02	1,58± 0,02*
ИЛ-8 (пг/мл)	2,31±0,01	39,46± 1,03*

Примечание: p - достоверность данных по отношению к контрольной группе. * - p<0,001

Результаты исследования показали (табл.4), что до лечения в сыворотке крови у пациентов общей группы с кожным лейшманиозом отмечалось достоверное повышение уровня ИЛ-2 и ИЛ-8 по сравнению с показателями контрольной группы (p<0,001). Они в среднем составили 4,56±0,09 пг/мл и 39,46±1,03 пг/мл соответственно, тогда как в контроле - 2,11±0,01 пг/мл и 2,31±0,01 пг/мл соответственно. Напротив, у больных данной группы выявлено достоверное снижение концентрации противовоспалительного

цитокина ИЛ-4 ($1,58 \pm 0,02$ пг/мл) по сравнению с показателями контрольной группы ($2,74 \pm 0,02$ пг/мл) ($p < 0,001$).

В дальнейших исследованиях мы изучили показатели цитокинов у больных кожным лейшманиозом в зависимости от клинической формы заболевания.

Таблица 5

Некоторые показатели цитокинов у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза ($M \pm m$)

Показатели цитокинов	Контрольная группа здоровых людей n=20	Язвенно-некротическая форма кожного лейшманиоза n=50
ИЛ-4 (пг/мл)	$2,74 \pm 0,02$	$1,72 \pm 0,02^*$
ИЛ-2 (пг/мл)	$2,11 \pm 0,01$	$5,64 \pm 0,02^*$
ИЛ-8 (пг/мл)	$2,31 \pm 0,01$	$43,14 \pm 1,49^*$

Примечание: p - достоверность данных по сравнению с контрольной группой. * - $p < 0,001$

Результаты исследования показали (табл. 5), что в сыворотке крови больных с язвенно-некротической формой также наблюдалось значительное повышение концентрации цитокинов ИЛ-2 и ИЛ-8 ($5,64 \pm 0,02$ пг/мл и $43,14 \pm 1,49$ пг/мл соответственно) по сравнению с данными контрольной группы ($2,11 \pm 0,01$ пг/мл и $2,31 \pm 0,01$ пг/мл соответственно). При этом в данной группе больных отмечалось значительное снижение концентрации цитокина ИЛ-4 по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Далее мы изучили состояние цитокинов у больных с узелково-инфильтративной формой.

Полученные данные показали (табл. 6), что до лечения в сыворотке крови больных с узелково-инфильтративной формой кожного лейшманиоза выявлено значительное повышение концентрации цитокинов ИЛ-2 и ИЛ-8 по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,001$). Они составили в среднем $4,08 \pm 0,03$ пг/мл и $37,84 \pm 1,26$ пг/мл, тогда как в контрольной группе $2,11 \pm 0,01$ пг/мл и $2,31 \pm 0,01$ пг/мл соответственно. При этом уровень цитокина ИЛ-4 у больных данной группы был значительно снижен по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$) и составил в среднем $1,51 \pm 0,02$ пг/мл, тогда как в контрольной группе он составил $2,74 \pm 0,02$ пг/мл.

Результаты исследования показывают, что у больных с узелково-инфильтративной формой кожного лейшманиоза нарушены показатели цитокинов в сыворотке крови, что проявляется повышением уровня ИЛ-2 и ИЛ-8, а также снижением концентрации ИЛ-4.

Таблица 6

Некоторые показатели цитокинов у больных с узелково-инфильтративной формой (M±m)

Показатели цитокинов	Контрольная группа здоровых людей n=20	У пациентов с узелково-инфильтративной формой n=22
ИЛ-4 (пг/мл)	2,74 ± 0,02	1,51 ± 0,02*
ИЛ-2 (пг/мл)	2,11 ± 0,01	4,08 ± 0,03*
ИЛ-8 (пг/мл)	2,31±0,01	37,84 ± 1,26*

Примечание: p - достоверность данных по отношению к контролю.

* - p<0,001

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных с язвенно-некротической и узелково-инфильтративной формами кожного лейшманиоза также наблюдаются нарушения показателей цитокинов организма.

Таким образом, результаты исследования показывают, что при каждом лейшманиозе выявляется определенное нарушение показателей цитокинов в сыворотке крови. Выявленные нарушения показателей цитокинов зависят от клинических форм кожного лейшманиоза. При легких формах заболевания (узелково-инфильтративной) количество изученных цитокинов изменяется меньше, а при тяжелых (язвенно-некротических) формах кожного лейшманиоза изменяется больше.

Изучение микрофлоры кожи у больных кожным лейшманиозом
Известно, что присутствующая сопутствующая микрофлора в некоторых случаях может влиять на клиническое течение патологического процесса на коже. Поэтому изучение значения вторичной микрофлоры в очагах кожного лейшманиоза и механизма ее влияния на клинику заболевания является актуальной задачей.

В связи с этим нами было исследовано состояние микрофлоры кожи в очагах поражения у больных кожным лейшманиозом.

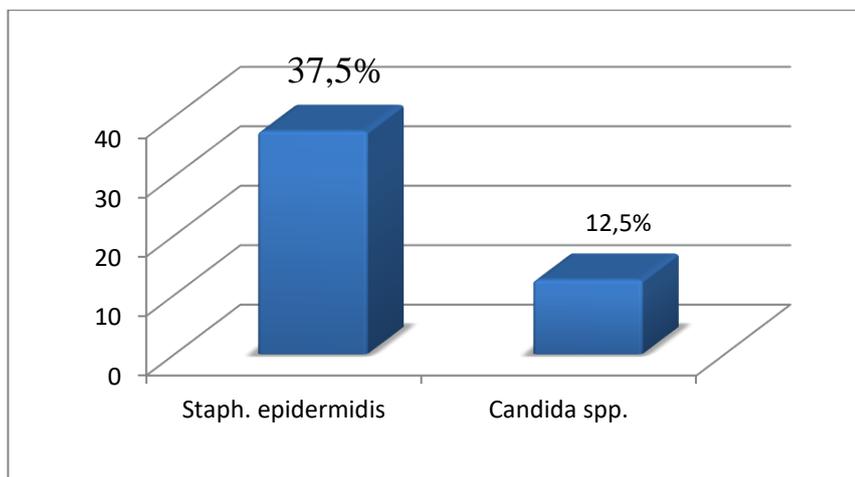


Рисунок 1. Частота встречаемости сопутствующей микрофлоры в мазках с поверхности кожи участников контрольной группы

Мы изучили состояние микрофлоры кожи у 72 пациентов с кожным лейшманиозом в сравнении с данными 20 практически здоровых лиц (контрольная группа). У 50 обследованных больных была выявлена язвенно-некротическая форма кожного лейшманиоза, а у 22 - узелково-инфильтративная форма.

При исследовании смывов с кожи членов контрольной группы *Staphylococcus epidermidis* был обнаружен у 6 (37,5%) лиц и *Candida Spp.* у 2 (12,5%) лиц. Эти микроорганизмы составляют микробную картину кожи практически здоровых лиц (рис. 1).

Изучение состояния сопутствующей микрофлоры кожи у больных в зависимости от клинических форм кожного лейшманиоза показало, что при культуральном исследовании смывов с кожи в очаге поражения выявлялась разнообразная микрофлора.

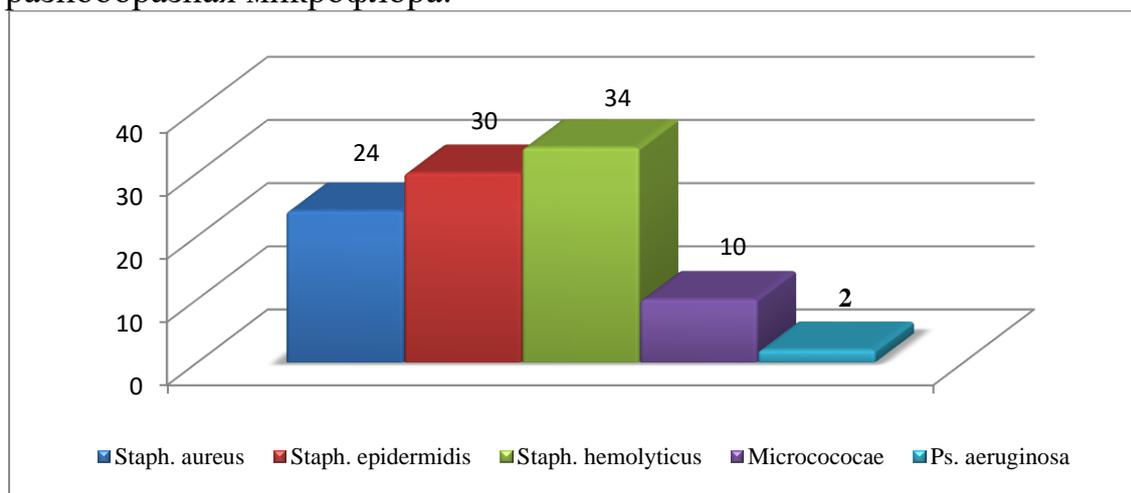


Рисунок 2. Частота встречаемости сопутствующей микрофлоры в смывах кожи у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза (в процентах)

Исследования, проведенные у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза, показали, что при промывании кожи *Staphylococcus epidermidis* высевался в 15 (30,0%) случаях, *Staphylococcus aureus* - в 12 (24,0%), *Staph. haemolyticus* - в 17 (34,0%), *Microcococae* - в 5 (10,0%) и *Ps. aeruginosa* - в 1 (2,0%) случае (рис. 2).

В результате изучения микрофлоры смывов кожи у пациентов с узловато-инфильтративной формой были получены следующие данные: среди пациентов с этой клинической формой заболевания *Staphylococcus epidermidis* был выявлен в 2 (9,1%) случаях, *Staphylococcus aureus* - в 12 (54,6%), *Staph. haemolyticus* - в 4 (18,2%) случаях, *Staphylococcus aureus* и *Candida spp.* совместно - в 1 (4,5%) случае, *Staphylococcus epidermidis* и *Candida spp.* совместно - в 2 (9,1%) случаях и *Staph. haemolyticus* и *Candida spp.* совместно - в 1 (4,5%) случае (рис. 3).

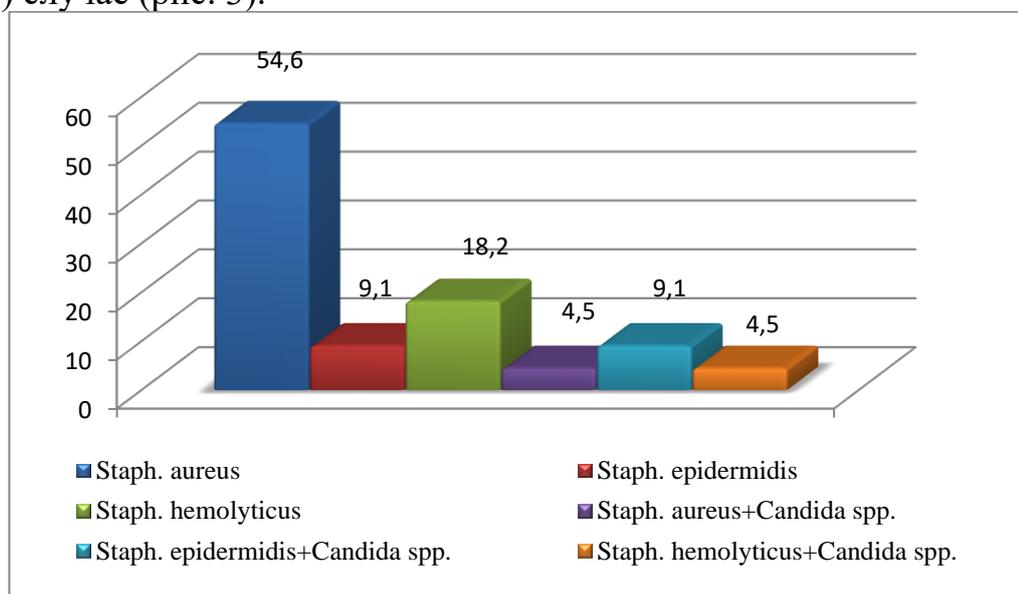


Рисунок 3. Частота встречаемости сопутствующей микрофлоры в смывах с кожи у больных с узловато-инфильтративной формой (в процентах).

Результаты исследования показали, что при всех клинических формах кожного лейшманиоза основной возбудитель заболевания сочетается с сопутствующей микрофлорой, что напрямую связано с клиническими формами заболевания.

В четвертой главе диссертации "Сравнительная оценка разработанного метода лечения больных с кожным лейшманиозом" приведены данные об эффективности предложенного метода лечения кожного лейшманиоза.

Проведенные нами исследования показали, что в целом у пациентов с кожным лейшманиозом наблюдается нарушение цитокинового статуса, что более выражено у пациентов с тяжелыми формами кожного лейшманиоза. Учитывая вышеизложенное, для устранения выявленных нарушений в комплексе лечения больных с кожным лейшманиозом мы применяли препарат "Банеоцин" местно. Банеоцин - комбинированный антибактериальный препарат для наружного применения, содержащий два антибиотика бактерицидного действия - неомицин и бацитрацин.

Бацитрацин является полипептидным антибиотиком, который подавляет синтез клеточной стенки бактерий.

Неомицин - это антибиотик-аминогликозид, который останавливает синтез бактериальных белков.

Бацитрацин активен в отношении грамположительных (*Streptococcus* spp. /включая гемолитический стрептококк/, *Staphylococcus* spp.) и некоторых грамотрицательных микроорганизмов. Устойчивость к бацитрацину развивается редко. Он хорошо усваивается тканями; не инактивируется биологическими продуктами, кровью и тканевыми компонентами. Неомицин активен против грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Благодаря комбинации этих двух антибиотиков достигается широкий спектр действия препарата и синергический эффект в отношении ряда микроорганизмов, в частности стафилококков.

Банеоцин применяли наружно 2 раза в день в течение 14 дней.

В зависимости от проведенного лечения больные были разделены на две группы: в первую группу (традиционная группа) вошли 32 пациента, составившие группу сравнения и получавшие базисную терапию (патогенетическую, антибиотики, иммуномодуляторы, противогрибковые препараты) и местные дезинфицирующие и ускоряющие эпителизацию средства; во вторую группу (комплексная терапия) вошли 40 пациентов, составившие основную группу, которым наряду с традиционной терапией назначался местный препарат "Банеоцин" (рис. 4).

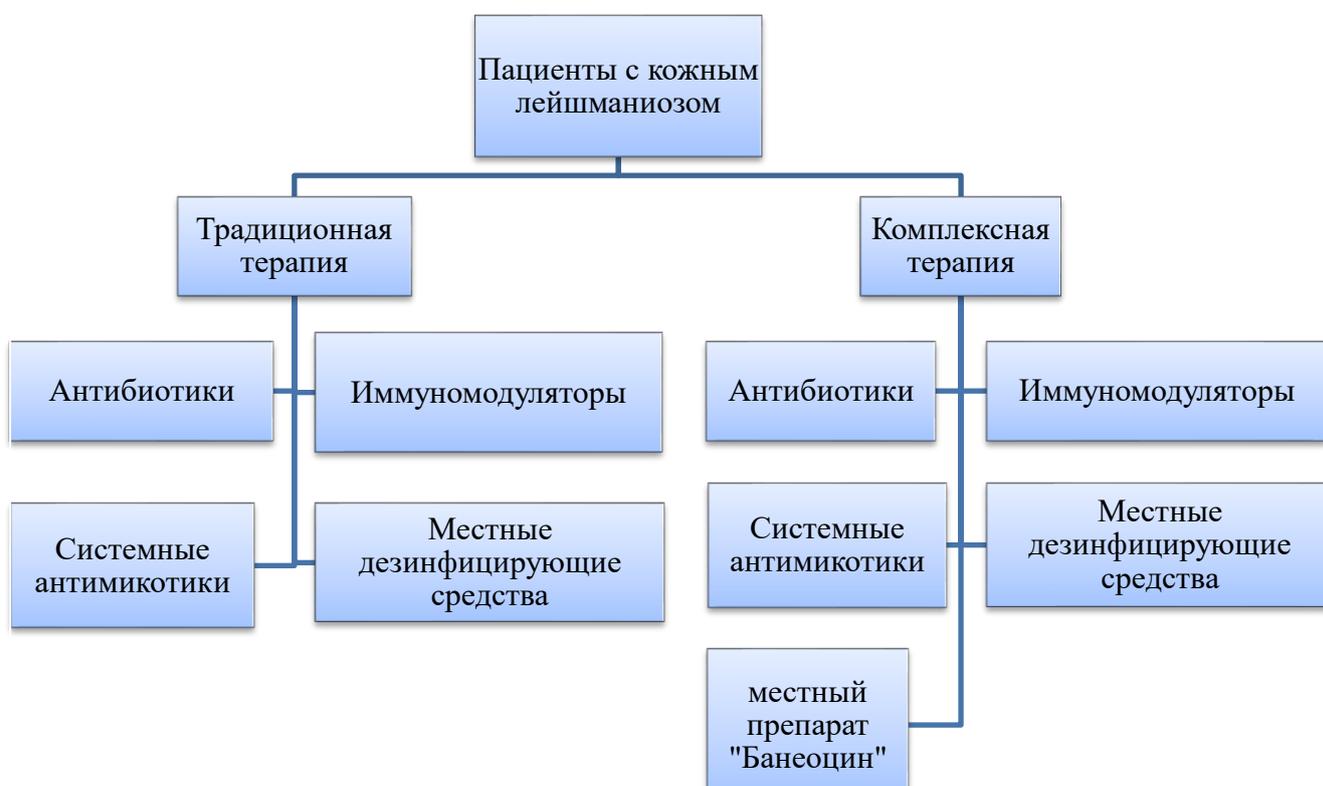


Рисунок 4. Алгоритм комплексного лечения больных кожным лейшманиозом

Критериями эффективности проведенной терапии являлись сроки очищения лейшманиом от гнойно-некротического налета, паразитологического излечения, заживления ран и полного исчезновения специфических осложнений зоонозного кожного лейшманиоза.

Результаты исследования показали (рис.5), что в основной группе у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза очищение лейшманиом от гнойно-некротического налета составило в среднем $15,0 \pm 0,36$ дней, а в группе больных, получавших традиционное лечение - $20,0 \pm 0,43$ дней.

У пациентов этой группы после традиционного лечения паразитологическое излечение наблюдалось в среднем на $11,4 \pm 0,75$ день, а заживление ран завершилось на $24,9 \pm 0,43$ день лечения.

У пациентов, получавших комплексное лечение, паразитологическое излечение наблюдалось в среднем через $10,0 \pm 0,00$ дней, а заживление ран завершилось через $19,8 \pm 0,41$ дня после лечения. После традиционной терапии полное исчезновение специфических осложнений у больных данной группы наступило на $29,6 \pm 0,43$ сутки, а у больных, получавших комплексное лечение - на $23,7 \pm 0,38$ сутки.



Рисунок 5. Сроки исчезновения патологических признаков у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза в зависимости от методов лечения.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что комплексный метод лечения больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза способствует более быстрому, по сравнению с традиционным методом лечения, протеканию следующих процессов: очищению лейшманиом

от гнойно-некротического налета, паразитологическому излечению, эпителизации ран и полному рассасыванию специфических осложнений.



Рисунок 6. Сроки исчезновения патологических признаков в зависимости от методов лечения больных с узловато-инфильтративной формой.

В группе больных с узловато-инфильтративной формой, получавших традиционное лечение, очищение от гнойно-некротического налета наблюдалось в среднем через $24,8 \pm 0,65$ дней, паразитологическое излечение через $10,0 \pm 0,00$ дней, эпителизация ран через $29,3 \pm 0,76$ дней и полное рассасывание специфических осложнений через $34,0 \pm 0,61$ дней. В основной группе очищение от гнойно-некротического налета произошло в среднем через $18,9 \pm 0,56$ дней, паразитологическое излечение через $10,0 \pm 0,00$ дней, эпителизация ран через $24,1 \pm 0,69$ дней и полное рассасывание специфических осложнений через $28,3 \pm 0,71$ дней (рис. 6).

Следует отметить, что у пациентов данной группы после применения разработанного метода лечения на ранних сроках по сравнению с традиционным лечением наблюдалось более быстрое очищение лейшманиом от гнойно-некротического налета, паразитологическое излечение, эпителизация ран и полное рассасывание специфических осложнений. Однако в данной обследованной группе показатели были менее выражены, чем у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза.

Следует отметить, что паразитологические исследования (выявление лейшманий) проводились в начале терапии, через 10, 20 и 30 дней. Таким образом, в начале лечения в обеих группах в 100% случаев были выявлены лейшмании, что подтвердило диагноз зоонозного кожного лейшманиоза. Паразитологические исследования, проведенные через 10 дней после начала лечения, показали, что из 32 больных, получавших традиционное лечение, у 15 (46,9%) все еще продолжали выявляться простейшие, тогда как из 40 больных, получавших комплексное лечение, только у 8 (20,0%) наблюдалось это явление. Через 20 дней у 5 (15,6%) больных, получавших традиционное

лечение, из очагов поражения продолжали выявляться лейшмании, тогда как среди больных, получавших комплексное лечение, только у 3 (7,5%) больных были выявлены простейшие. Через 30 дней лечения у 2 (6,3%) больных, получавших традиционное лечение, были выявлены лейшмании, тогда как в группе больных, получавших комплексное лечение, все анализы показали отрицательный результат. Полученные данные свидетельствуют о том, что паразитологическое излечение было более выраженным и происходило в более ранние сроки именно у больных, получавших комплексное лечение.

Кроме того, установлено, что заживление язв лейшманиоза зависит от их локализации, размеров и клинической формы кожного лейшманиоза. При локализации язвенных лейшманиом на разгибательной поверхности конечностей и особенно в области суставов сроки очищения от гнойно-некротического налета, эпителизации и рубцевания увеличивались. Если очаги поражения располагались в области лица и шеи, период выздоровления сокращался, и наоборот, если они локализовались в дистальных отделах ног, особенно на стопе, период выздоровления удлинялся. Возможно, это связано с особенностями кровоснабжения и частотой поражений в этих областях, а также с диагностическими ошибками, которые возникают впоследствии.

Следовательно, наше клиническое наблюдение показало, что включение отечественного препарата "Банеоцин" в комплекс лечения больных с кожным лейшманиозом способствует более раннему регрессу патологических симптомов по сравнению с группой больных, получавших традиционную терапию.

Ближайшие результаты лечения оценивали по следующим критериям: значительное улучшение состояния - полное исчезновение патологических симптомов, улучшение состояния - очищение лейшманиом от гнойно-некротического налета и паразитологическое излечение, неэффективное лечение - отсутствие положительного терапевтического эффекта.



Рисунок 7. Результаты комплексного и традиционного лечения больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза.

Клинические наблюдения показали (рис. 7), что у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза в основной группе (28 больных) отмечалось значительное улучшение у 18 (64,3%) пациентов и улучшение у 10 (35,7%) пациентов. Однако среди пациентов, получавших традиционное лечение (22 пациента), значительное улучшение наблюдалось у 9 (40,9%) пациентов, улучшение - у 7 (31,8%) пациентов, а у 6 (27,3%) пациентов проведенное лечение оказалось неэффективным.

После комплексного лечения у больных с узловато-инфильтративной формой (12 больных) отмечено значительное улучшение у 6 (50,0%) пациентов, улучшение у 5 (41,7%) пациентов и отсутствие эффекта от проведенного лечения у 1 (8,3%) пациента.

Среди пациентов, получавших традиционное лечение (10 пациентов), значительное улучшение наблюдалось у 4 (40,0%) пациентов, улучшение - у 3 (30,0%) пациентов, а у 3 (30,0%) пациентов лечение оказалось неэффективным (рис. 8).

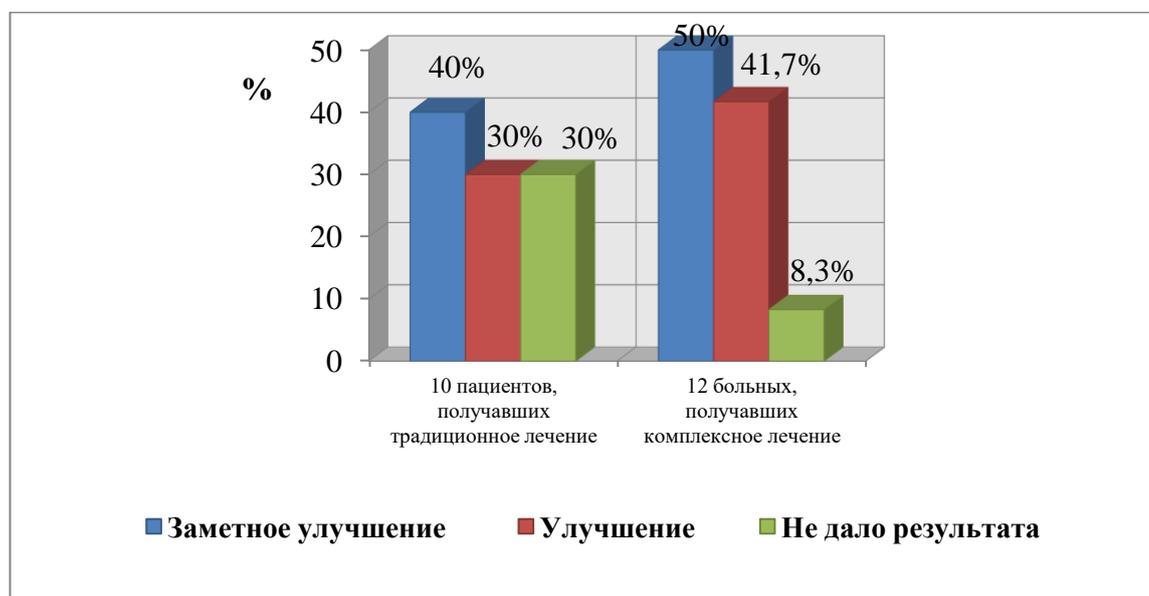


Рисунок 8. Результаты комплексного и традиционного лечения больных с узловато-инфильтративной формой кожного лейшманиоза

Таким образом, клинические наблюдения показывают, что разработанный нами комплексный метод лечения больных лейшманиозом оказывает положительный терапевтический эффект и может быть рекомендован для лечения больных с данным дерматозом.

В наших дальнейших исследованиях мы изучили влияние проведенной терапии на цитокиновые показатели больных кожным лейшманиозом. Результаты исследования показали (табл. 7), что после окончания лечения традиционным методом в сыворотке крови больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза наблюдалось достоверное снижение концентрации ИЛ-2 ($p < 0,05$) и ИЛ-8 ($p < 0,01$) и повышение уровня ИЛ-4 ($p < 0,05$) по сравнению с данными до лечения. Однако эти показатели не

достигают контрольных значений. Это означает, что традиционная терапия не оказывает достаточного положительного эффекта в восстановлении выявленных нарушений цитокиновых показателей у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза.

Таблица 7

Сравнительный анализ влияния проведенного лечения на цитокиновые показатели у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза (M±m)

Показатели цитокинов	Проведенное лечение	
	Традиционная терапия n=22	Комплексная терапия n=28
ИЛ-4 (пг/мл)	1,72 ± 0,02	1,72 ± 0,02
	2,10 ± 0,03*	2,23 ± 0,07**
ИЛ-2 (пг/мл)	5,63 ± 0,03	5,65 ± 0,02
	4,35 ± 0,02*	2,72 ± 0,05**
ИЛ-8 (пг/мл)	44,72 ± 2,08	41,82 ± 2,11
	30,36 ± 2,00**	24,99 ± 1,57***

Примечание: в числителе - данные до лечения;

в знаменателе - данные после лечения

p - достоверность данных по сравнению с показателями до лечения

*- p<0,05; **- p<0,01; ***- p<0,001

Как видно из данных таблицы 7, после традиционного метода лечения у пациентов с язвенно-некротической формой наблюдается достоверное снижение уровня ИЛ-2 (p<0,05) и ИЛ-8 (p<0,01) в сыворотке крови, а также повышение концентрации ИЛ-4 (p<0,05) по сравнению с показателями до лечения. Однако эти данные не достигают показателей контрольной группы.

Это свидетельствует о том, что даже традиционный метод лечения не дает ожидаемого положительного результата в восстановлении выявленного дисбаланса показателей цитокинов у пациентов с язвенным лейшманиозом.

Изучение влияния комплексного метода лечения на показатели цитокинового статуса у больных с язвенно-некротической формой показало (табл. 7), что после окончания лечения данным методом концентрация цитокинов ИЛ-2 (p<0,01) и ИЛ-8 (p<0,001) в сыворотке крови значительно снизилась по сравнению с данными до лечения. Уровень ИЛ-4 у пациентов этой группы после лечения был значительно повышен по сравнению с данными до лечения (p<0,01). Это означает, что показатели ИЛ-2 и ИЛ-4 достигли практически контрольных значений.

Полученные данные свидетельствуют о том, что разработанный способ лечения больных с язвенно-некротической формой в большей степени способствует восстановлению выявленных нарушений показателей цитокинов по сравнению с традиционным методом лечения.

В наших дальнейших исследованиях мы изучили влияние проведенной терапии на состояние цитокинов у больных с узелково-инфильтративной формой.

Таблица 8

Сравнительный анализ влияния проведенного лечения на цитокиновые показатели у пациентов с узеловато-инфильтративной формой кожного лейшманиоза
(M±m)

Показатели цитокинов	Проведенное лечение	
	Традиционная терапия n=10	Комплексная терапия n=12
ИЛ-4 (пг/мл)	1,52 ± 0,03	1,51 ± 0,02
	1,89 ± 0,08*	2,39 ± 0,04**
ИЛ-2 (пг/мл)	4,09 ± 0,04	4,06 ± 0,04
	3,14 ± 0,09*	1,95 ± 0,07***
ИЛ-8 (пг/мл)	38,88 ± 2,03	37,01 ± 1,61
	27,52 ± 1,45**	19,63 ± 1,37***

Примечание: в числителе - данные до лечения;

в знаменателе - данные после лечения

p - достоверность данных по сравнению с показателями до лечения

* - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001

При изучении влияния комплексной терапии на цитокиновые показатели у больных с узеловато-инфильтративной формой кожного лейшманиоза, после завершения лечения данным методом, уровни ИЛ-2 (p<0,001) и ИЛ-8 (p<0,001) начали статистически значимо снижаться по сравнению с показателями до лечения. Они составили в среднем 1,95±0,07 пг/мл и 19,63±1,37 пг/мл, тогда как до лечения составляли 4,06±0,04 пг/мл и 37,01±1,61 пг/мл соответственно.

При этом у больных данной группы после лечения концентрация ИЛ-4 достоверно повышалась по сравнению с показателями до лечения (p<0,01). Следует отметить, что после завершения лечения данным методом показатели ИЛ-2 и ИЛ-4 практически достигали контрольных значений.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что применение комплексного метода лечения больных с узеловато-инфильтративной формой кожного лейшманиоза оказывает положительное влияние на восстановление выявленных нарушений показателей цитокинов.

Таким образом, разработанный нами комплексный метод лечения больных с кожным лейшманиозом способствует восстановлению выявленных нарушений показателей цитокинов.

При изучении микрофлоры кожных смывов установлено, что при всех изученных клинических формах кожного лейшманиоза сопутствующая микрофлора сопровождает основное заболевание.

В связи с этим нас заинтересовало изучение влияния применяемых методов лечения на показатели микрофлоры кожи.

Результаты изучения влияния традиционной терапии на рост сопутствующей микрофлоры в кожных смывах показали (рис.9), что у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза культуральное исследование кожных смывов до лечения выявило *Staphylococcus epidermidis* в 6 случаях, *Staphylococcus aureus* - в 5 случаях, *Staph.haemolyticus* - в 8 случаях и *Microcococae* - в 3 случаях.

После традиционного лечения в смывах кожи *Staphylococcus epidermidis* вырос в 3 случаях, *Staphylococcus aureus* в 2 случаях, *Staph.haemolyticus* в 4 случаях и *Microcococae* в 1 случае.

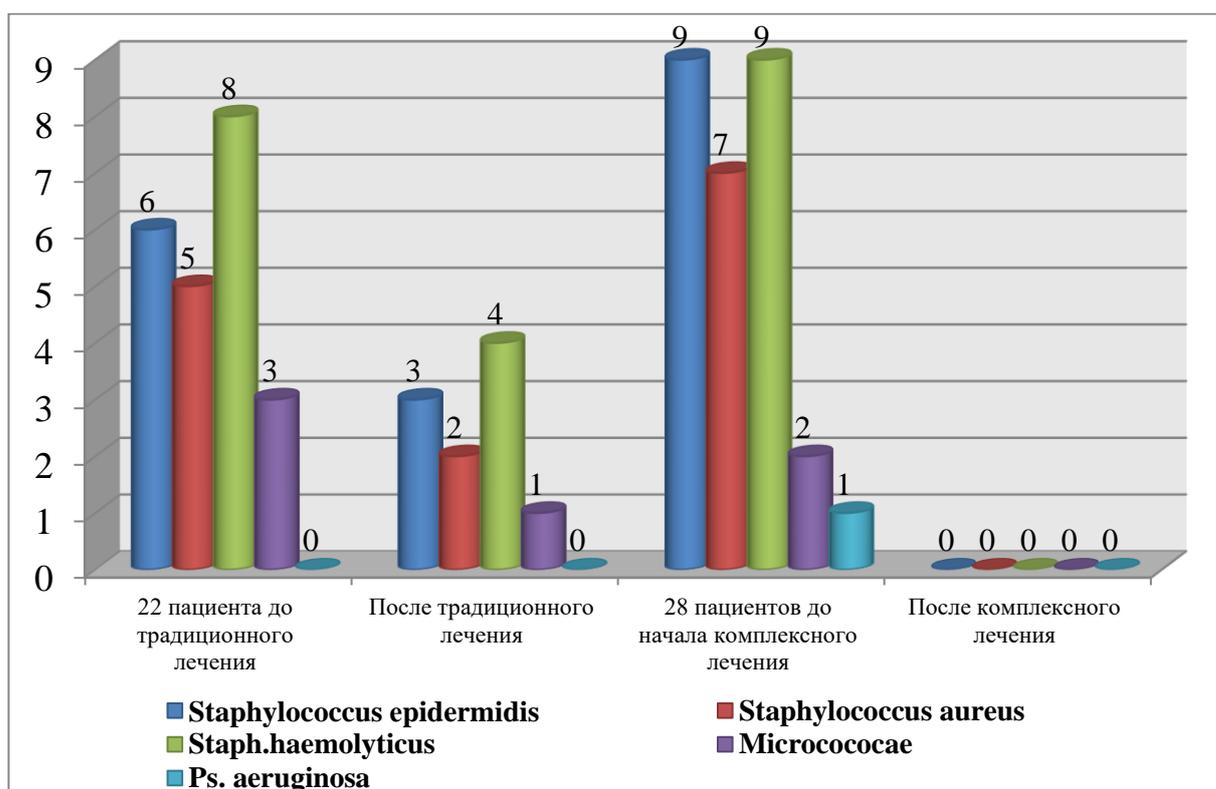


Рисунок 9. Влияние проведенной терапии на микрофлору кожи у пациентов с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза (n)

Изучение влияния комплексной терапии на микрофлору кожи у 28 больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза показало, что у данной группы больных при поступлении в смывах с кожи *Staphylococcus epidermidis* был выявлен в 9 случаях, *Staphylococcus aureus* в 7 случаях, *Staph. haemolyticus* в 9 случаях, *Microcococae* в 2 случаях и *Ps. aeruginosa* в 1 случае. После проведения комплексной терапии у этой группы больных все выявленные микроорганизмы исчезли, а кожа обследованных стала чистой (рис. 9).

Изучение влияния традиционной терапии на микрофлору кожи у 22 больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза показало (рис. 9), что при поступлении у данной группы больных в смывах с кожи были

выделены *Staphylococcus epidermidis* в 1 случае, *Staphylococcus aureus* в 6 случаях, *Staph. haemolyticus* в 2 случаях и совместно *Staphylococcus epidermidis* с *Candida spp.* в 1 случае. На фоне проведенной терапии *Staphylococcus epidermidis* и *Candida spp.* не выделялись, *Staphylococcus aureus* был выявлен в 3 случаях и *Staph. haemolyticus* в 1 случае.

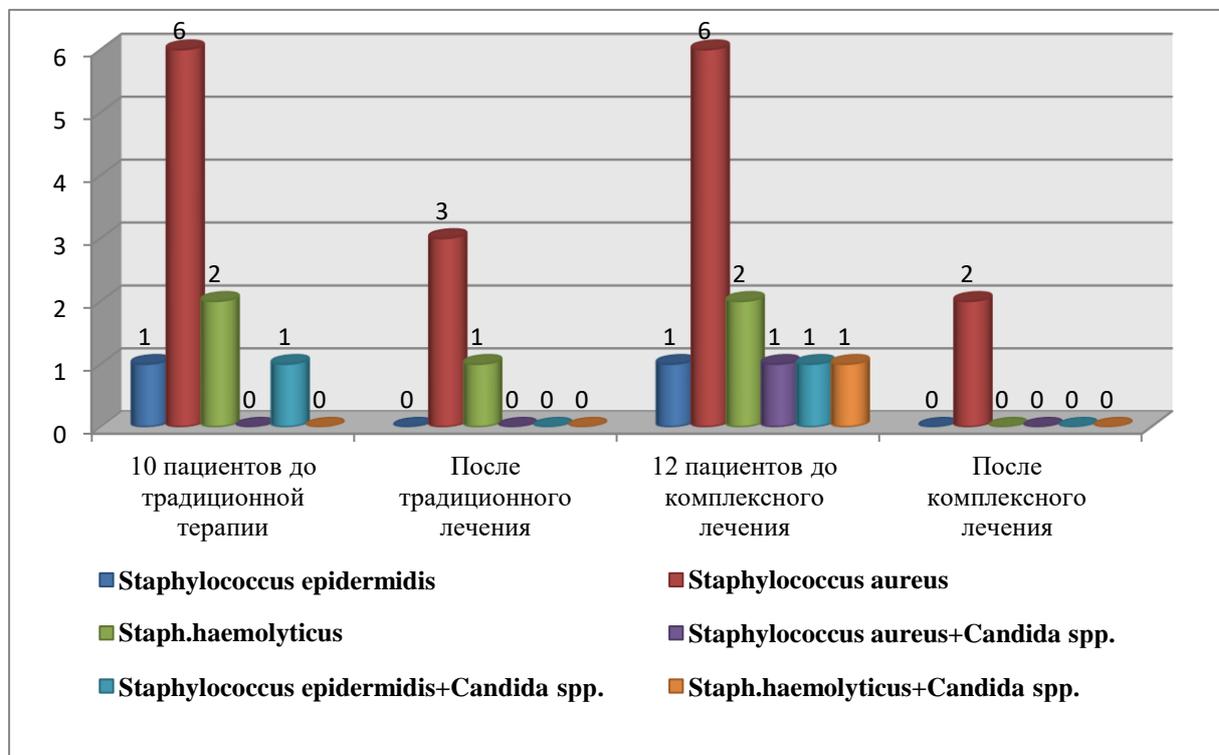


Рисунок 10. Влияние проведенной терапии на микрофлору кожи у пациентов с узловато-инфильтративной формой кожного лейшманиоза (n)

Изучение влияния комплексной терапии на микрофлору кожи у 12 больных с узловато-инфильтративной формой кожного лейшманиоза показало (рис.10), что у больных при поступлении из смывов кожи выделялись *Staphylococcus epidermidis* в 1 случае, *Staphylococcus aureus* в 6 случаях, *Staph. haemolyticus* в 2 случаях, а также комбинации *Staphylococcus aureus* и *Candida spp.*, *Staphylococcus epidermidis* и *Candida spp.* и *Staph. haemolyticus* и *Candida spp.* по 1 случаю каждая. После проведенной комплексной терапии у пациентов этой группы *Staphylococcus aureus* был обнаружен в смывах кожи только в 2 случаях.

Изучение влияния традиционной терапии на микрофлору кожи у 10 пациентов с узловато-инфильтративной формой кожного лейшманиоза показало (рис.10), что у пациентов при поступлении из смывов кожи выделялись *Staphylococcus epidermidis* в 1 случае, *Staphylococcus aureus* в 6 случаях, *Staph. haemolyticus* в 2 случаях, а также *Staphylococcus epidermidis* и *Candida spp* в 1 случае. На фоне проведенной терапии *Staphylococcus aureus* был обнаружен в 3 случаях, *Staph. haemolyticus* - в 1 случае.

Полученные результаты показывают, что у пациентов с кожным лейшманиозом, независимо от клинической формы заболевания, после традиционного лечения наблюдаются некоторые положительные изменения в восстановлении микрофлоры кожи, однако полного очищения кожи от сопутствующей патогенной микрофлоры не происходит.

Напротив, разработанный нами способ лечения кожного лейшманиоза оказывает выраженный эффект в очищении кожи от сопутствующей патогенной микрофлоры у данной группы больных, и этот эффект наиболее выражен у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза. У этих пациентов после лечения микроорганизмы, обнаруженные в смывах кожи, полностью исчезают.

Таким образом, разработанный способ лечения больных с кожным лейшманиозом, а именно включение в комплекс терапии местного препарата "Банеоцин" в виде аппликации, оказывает положительный терапевтический эффект, способствует раннему уменьшению патологических симптомов, приводит к более раннему паразитологическому выздоровлению и восстанавливает выявленные нарушения цитокиновых показателей. Он также оказывает значительное влияние на очищение кожи от сопутствующей патогенной микрофлоры по сравнению с группой пациентов, получавших традиционную терапию, и рекомендуется для лечения пациентов с этим дерматозом.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРОТИВ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

В результате проведенных нами научных исследований были разработаны и рекомендованы к применению на практике предложения по совершенствованию профилактических мер против заболевания ЗКЛ в области.

Таким образом, меры борьбы против зоонозного кожного лейшманиоза заключались в следующем.

1. Защита от москитов (флеботомусов):

Обучение населения Сурхандарьинской области защите от москитов с помощью москитных сеток дома, на рабочем месте, в дошкольных образовательных учреждениях и школах.

Сон ночью под сетками, обработанными инсектицидами.

Нанесение кремов от укусов москитов (репеллентов) на открытые участки тела.

Ношение защитной одежды от москитов вечером и ночью (рубашки с длинными рукавами, брюки).

2. Улучшение окружающей среды:

Обеспечение чистоты домов и дворов.

Устранение мест размножения москитов (например, влажных и темных мест).

Своевременная уборка и хранение мусора в специальных контейнерах.

3. Оздоровительная и просветительская работа среди населения:

Регулярное проведение разъяснительной работы о кожном лейшманиозе.

Информирование населения о первых признаках заболевания (бугорок или узелок на коже) и призыв к своевременному обращению к врачу.

4. Информирование и обучение населения:

Регулярное распространение среди населения информации о профилактических мероприятиях и симптомах заболевания.

Обучение местных специалистов (семейных врачей, фельдшеров) и социальных работников по выявлению и профилактике кожного лейшманиоза.

Проведение широких массовых информационных мероприятий посредством радио, телевидения, плакатов, брошюр.

При реализации профилактических мер основное внимание следует уделять населенным пунктам, расположенным на пути афганского ветра, который начинается на территории соседней Республики Афганистан и проходит через территорию области. Населению рекомендуется с апреля по ноябрь не спать на улице по вечерам, а если приходится спать на улице, использовать специальные пологи от комаров, обработанные инсектицидом Супермитрином, и репелленты. Также рекомендуется устанавливать сетки на дверях и окнах комнат, предотвращающие проникновение moskitov, обрабатывать репеллентами дверные и оконные занавески в домах, всегда проводить дезинсекционные работы перед уборкой комнат, животноводческих помещений, складов, мусорных контейнеров и туалетов после афганского ветра.

Большое значение имеет вовлечение населения этих регионов в реализацию мер по борьбе с этим заболеванием. Активное участие местного населения в реализации мер по борьбе с заболеванием облегчает выполнение мероприятий и повышает их эффективность.

Направления проведения санитарно-просветительской работы среди местного населения должны быть сосредоточены на источнике заболевания, путях передачи, переносчиках, первичных признаках и профилактике заболевания, с акцентом на активное участие населения и проводимую ими работу.

Необходимо широко пропагандировать среди населения такие меры, как поддержание чистоты дворов и домов, своевременный вывоз мусора, благоустройство территорий, ремонт стен домов и животноводческих помещений, заделка трещин и выбоин. Все эти меры предотвращают размножение moskitov и имеют большое значение в профилактике заболевания.

Санитарно-просветительская работа осуществляется с использованием таких методов, как чтение лекций, выступления на телевидении и радио, проведение бесед в школах, учреждениях и организациях, распространение листовок.

ВЫВОДЫ

1. Среди больных кожным лейшманиозом 58,3% составили мужчины и 41,7% - женщины. Из них 18,1% были городскими жителями и 81,9% - сельскими жителями. При анализе возрастной структуры пациенты в возрасте 18-44 лет составили 47%, в возрасте 45-59 лет - 20%, в возрасте 60-74 лет - 19% и старше 75 лет - 14%. Продолжительность заболевания варьировала от 1 до 4 месяцев, в том числе от 1 до 2 месяцев - у 12%, от 2 до 3 месяцев - у 32%, от 3 до 4 месяцев - у 56% больных. Анализ распределения пациентов по клиническим формам кожного лейшманиоза показал, что язвенно-некротическая форма выявлена в 69,4% случаев, а узелково-инфильтративная форма - в 30,6% случаев. Таким образом, анализ клинического материала показал, что у больных кожный лейшманиоз в большинстве случаев протекает в язвенно-некротической форме - 69,4%, среди них преобладали сельские жители - 81,9% и лица в возрасте от 18 до 44 лет - 47,2%.

2. Уровень ИЛ-2 и ИЛ-8 в сыворотке крови у пациентов общей группы с кожным лейшманиозом был значительно повышен по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,001$). Напротив, концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-4 у больных данной группы достоверно снижалась по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,001$). В последующих исследованиях нами были изучены показатели цитокинов у больных кожным лейшманиозом в зависимости от клинической формы заболевания. Полученные данные показали, что до лечения концентрация цитокинов ИЛ-2 и ИЛ-8 в сыворотке крови пациентов с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза была значительно повышена по сравнению с показателями контрольной группы ($p < 0,001$). При этом у больных данной группы уровень цитокина ИЛ-4 был достоверно снижен по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Концентрация ИЛ-2 и ИЛ-8 в сыворотке крови пациентов с узеловато-инфильтративной формой также была значительно повышена по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0,001$). При этом концентрация цитокина ИЛ-4 в этой группе больных была достоверно снижена по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с обеими клиническими формами кожного лейшманиоза наблюдались нарушения показателей цитокинов организма.

3. Сопутствующая микрофлора, присутствующая у пациентов с кожным лейшманиозом, в некоторых случаях может влиять на клиническое течение патологического процесса на коже. В связи с этим нами было изучено состояние микрофлоры кожи в очагах поражения у больных кожным лейшманиозом. При исследовании смывов кожи у лиц контрольной группы выявлен *Staphylococcus epidermidis* в 37,5% случаев и *Candida spp.* в 12,5% случаев, что практически соответствует микробной картине кожи у здоровых лиц. Изучение состояния микрофлоры кожи у больных в зависимости от клинических форм кожного лейшманиоза показало, что при культуральном исследовании смывов кожи в очаге поражения выявлялась разнообразная

микрофлора. Исследования, проведенные у больных с язвенно-некротической формой кожного лейшманиоза, показали, что при посеве смывов кожи *Staphylococcus epidermidis* выявлялся в 30,0%, *Staphylococcus aureus* в 24,0%, *Staph. haemolyticus* в 34,0%, *Microcococae* в 10,0% и *Ps. aeruginosa* в 2,0% случаев. Изучение роста микрофлоры в смывах кожи у больных с узловато-инфильтративной формой показало, что среди больных с данной клинической формой заболевания *Staphylococcus epidermidis* выявлен в 9,1%, *Staphylococcus aureus* в 54,6%, *Staph. haemolyticus* в 18,2% случаев, *Staphylococcus aureus* и *Candida spp.* совместно в 4,5%, *Staphylococcus epidermidis* и *Candida spp.* совместно в 9,1% случаев и *Staph. haemolyticus* и *Candida spp.* совместно в 4,5% случаев.

4. Учитывая иммунологические изменения при кожном лейшманиозе, в результате комплексного лечения препаратом Банеоцин по сравнению с традиционным методом лечения при язвенно-некротической клинической форме заболевания наблюдалось достоверное снижение количества ИЛ-2 (с $3,14 \pm 0,09$ до $1,95 \pm 0,07$), ИЛ-8 (с $27,52 \pm 1,45$ до $19,63 \pm 1,37$) и достоверное повышение ИЛ-4 (с $1,89 \pm 0,08$ до $2,39 \pm 0,04$). При узлово-инфильтративной клинической форме результат комплексного лечения по сравнению с традиционным методом лечения показал достоверное снижение количества ИЛ-2 (с $4,35 \pm 0,02$ до $2,72 \pm 0,05$), ИЛ-8 (с $30,36 \pm 2,00$ до $24,99 \pm 1,57$) и достоверное повышение ИЛ-4 (с $2,10 \pm 0,03$ до $2,23 \pm 0,07$). Была установлена высокая эффективность разработанного комплексного метода лечения, выраженная значительным улучшением у 64,3% пациентов и улучшением у 35,7% пациентов.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019. Tib.29.01
FOR THE AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES UNDER
THE TASHKENT PEDIATRIC MEDICAL INSTITUTE**

TASHKENT MEDICAL ACADEMY

SULTANOV AKRAM ABDUKHALIKOVICH

**IMPROVING THE TREATMENT AND PROPHYLACTIC MEASURES OF
SKIN LEISHMANIA**

14.00.11 – Dermatology and venerology

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL
SCIENCES**

TASHKENT – 2025

The theme of the Doctor of Philosophy (PhD) dissertation in medical sciences is registered with the Supreme Attestation Commission at the Ministry of Higher education, science and innovations of the Republic of Uzbekistan under 2022.2.PhD/Tib2753

The dissertation was completed at Tashkent medical academy.

The abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.uz) and on the information and educational portal "ZiyoNet" (www.ziynet.uz).

Scientific mentor:

Xaitov Qaxramon Najmitdinovich
Doctor of Medical Sciences, professor

Official Opponents:

Nabiyev Tal'at Abduvaxabovich
Doctor of medical sciences

Eshboyev Egamberdi Xusanovich
Doctor of medical sciences, professor

Leading organization:

Tashkent State Dental InstituteInstitute.

The defense of the doctoral dissertation will be held on " _____ " _____ 2024 at _____ at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.29.01 at Tashkent Pediatric Medical Institute (Address: 223 Bogishamol str. Yunusabad district, 100140, Tashkent city. Tel./Fax: (+99871) 262-33-14; e-mail: mail@tashpmi.uz). The doctoral dissertation can be looked through in the Information and Resource Center of the Tashkent Pediatric Medical Institute (registered under №. _____) Address: 223 Bogishamol str. Yunusabad district, 100140, Tashkent city. Tel./Fax: (+99871) 262-33-14.

The abstract of the dissertation was distributed on " _____ " _____ 2024 year.
(Registry record №. _____ dated « _____ » _____ 2024 year).

A.V.Alimov
Chairman of the scientific council on awarding
academic degrees, doctor of medicine, professor

Sh.A. Agzamova
Scientific secretary of scientific council on
awarding academic degrees,
doctor of medicine.

A.M. Mannanov
Chairman of the Scientific Seminar under the
Scientific Council for the Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medical Sciences, Professor

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The purpose of the study based on the results of immunomicrobiological studies, it is necessary to improve the method of pathogenetic treatment of skin leishmaniasis and develop measures for its prevention.

The object of the study was 72 patients of both sexes with various clinical forms of skin leishmaniasis in the Surkhandarya regional branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Dermatovenereology and Cosmetology in 2021-2024.

The scientific novelty of the research is as follows:

it has been proven that in most cases of cutaneous leishmaniasis, the pathological process in the skin is localized in the exposed parts of the body, namely the face, hands, and feet areas. The disease manifests in 69.4% of cases as ulcerative-necrotic form and in 30.6% as nodular-infiltrative form;

it has been demonstrated that patients with ulcerative-necrotic and nodular-infiltrative forms of cutaneous leishmaniasis show a significant increase in the concentration of cytokines IL-2 and IL-8 in their blood serum compared to the control group (4.56 ± 0.09 pg/ml and 39.46 ± 1.03 pg/ml, respectively). Additionally, a significant decrease in the concentration of cytokine IL-4 has been observed in these patient groups compared to the control group (1.58 ± 0.02 pg/ml, respectively);

it has been proven that in nodular-infiltrative and ulcerative-necrotic clinical forms of cutaneous leishmaniasis, the accompanying microorganisms Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Staphylococcus haemolyticus, and Microcococae in pathological foci serve as the main factors contributing to the development and exacerbation of cutaneous leishmaniasis;

compared to traditional treatment of cutaneous leishmaniasis, complex treatment with the drug Baneocin has been proven to normalize the levels of cytokines IL-2, IL-8, and IL-4 in patients, cleanse pathological foci of microorganisms, and significantly improve clinical manifestations. This results in reducing the duration of treatment in the ulcerative-necrotic form of the disease by 1.3 times and in the nodular-infiltrative form by 1.2 times.

Implementation of the research results. Based on the scientific results obtained in treating cutaneous leishmaniasis, improving its preventive measures, studying the disease's specific characteristics, and enhancing pathogenetically based treatment methods, a methodological recommendation titled "Methods of local treatment of cutaneous leishmaniasis" was developed and approved (Conclusion №. 06/24-342x of the Expert Council of Tashkent Medical Academy dated June 21, 2024). This methodological recommendation has enabled the improvement of the algorithm for diagnosing and treating cutaneous leishmaniasis.

The structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters based on the author's scientific research, a conclusion, practical recommendations, and a list of references. The total length of the dissertation is 113 pages.

E'LON QILINGAN ISHLAR RO'YHATI
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I часть (I bo'lim; I part)

1. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Teri leishmaniozi kasalligini davolash va uning profilaktik choratadbirlarini takomillashtirish //«Tibbiyotda yangi kun»2024; №6. 211-215 b.(14.00.00; №22)
2. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Teri leishmaniozida teri mikroflorasining ahamiyati // «Tibbiyotda yangi kun» 2024; №8. 90- 94b.(14.00.00; №22)
3. Хайтов К.Н., Султанов А.А. Развитие и региональное распространение кожного лейшманиоза // «Вестник Ассоциации Пульмонологов Центральной Азии Выпуск» 2024; №4.85-89б. (14.00.00; №25)
4. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Methods of Local Treatment of Cutaneous Leishmaniosis//«American Journal of Medicine and Medical Sciences» 2024; 14(8): 2074-2081. (14.00.00; №2)
5. SultanovA.A., XaitovQ. N. Terileyshmaniozinimahalliydavolashusullari // «O'zbekiston tibbiyot jurnali» 2024; №4. 193-205b.(14.00.00; №8).

II часть (II бўлим; II part)

6. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Teri leishmaniozi kasalligini keltirib chiqaruvchi sabablar// «Dermatovenerologiya va dermatoonkopatologiyada diagnostika va davolashda yangi texnologiyalarni rivojlanishining istiqbollari» IV -chi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani ilmiy ishlar to'plami. 2024; 77-179 b.
7. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Teri leishmaniozi kasalligini diagnostika qilish usullari// «Dermatovenerologiya va dermatoonkopatologiyada diagnostika va davolashda yangi texnologiyalarni rivojlanishining istiqbollari» IV -chi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani ilmiy ishlar to'plami.2024; 180-181 b.
8. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Teri leishmaniozi kasalligida qo'llaniladigan dori vositalari // «Dermatovenerologiya va dermatoonkopatologiyada diagnostika va davolashda yangi texnologiyalarni rivojlanishining istiqbollari» IV -chi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani ilmiy ishlar to'plami. 2024; 181-184 b.
9. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A.Teri leishmaniozi kasalligiga qarshi kurashishda dunyo tajribasi //«Dermatovenerologiya va dermatoonkopatologiyada diagnostika va davolashda yangi texnologiyalarni rivojlanishining istiqbollari» IV -chi xalqaro ilmiy-amaliy anjumani ilmiy ishlar to'plami. 2024; 184-187 bet
10. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Teri leishmaniozida teri mikroflorasining ahamiyati. // «Dermatovenerologiya va estetik tibbiyot» № 3 / 2024 (63) 137-b.
11. Xaitov. Q.N., Sultanov. A.A. Teri leishmaniozini mahalliy davolash usullari// «Dermatovenerologiya va estetik tibbiyot» № 3 / 2024 (63) 138-b.

12. Хаитов К.Н., Султанов А.А. Организация мероприятий по борьбе с кожным лейшманиозом дерматовенерология и эстетическая медицина // «Дерматовенерология и эстетическая медицина» № 3 / 2024 (63) 138-139 С
13. Хаитов К.Н., Султанов А.А. Актуальное в диагностике кожного лейшманиоза // «Дерматовенерология и эстетическая медицина» № 3 / 2024 (63) 139-140 С
14. Xaitov.Q.N.,Sultanov. A.A. “Teri leyshmaniozini maxalliy davolash usullari” Uslubiy tavsiyanoma. Nash lits. AA № 4068 “Tibbiyot nashriyot matbaa uyi” MCHJ. Toshkent shahri, Olmazor tumani, Shifokorlar, 21.