

структурно-функциональные изменения со стороны концевых фрагментов в области дефекта.

Литература/References

1. Жидовинов, А. В., Михальченко, Д. В., Слетов, А. А., & Локтионова, М. В. (2016). Лечение и реабилитация пациентов с объемными дефектами нижней челюсти. *Клиническая стоматология*, (2), 63-66.
2. Карлов, А. В., Верецагин, В. И., & Клименов, В. А. (1995). *БИОАКТИВНОЕ ПОКРЫТИЕ НА ИМПЛАНТАТ ИЗ ТИТАНА*.
3. Локтионова, М. В., Жидовинов, А. В., Жахбаров, А. Г., Салтовец, М. В., & Юмашев, А. В. (2016). Реабилитация пациентов с тотальными дефектами нижней челюсти. *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки*, (4), 81-83.
4. Савич, В., Сарока, Д., Киселев, М., & Макаренко, М. (2022). Модификация поверхности титановых имплантатов и ее влияние на их физико-химические и биомеханические параметры в биологических средах. *Litres*.
5. Соловьев, А. Ю., & Бондарь, А. И. Способ изготовления биоактивного пористого покрытия для внутрикостных имплантатов, выполненных из сплавов титана.
6. Храмов, Г. В., Иванов, М. Б., & Газизова, М. Ю. (2017). Комбинированное пористое биоактивное покрытие.

УДК 616.15-099:678.7:612.017.1-092.9-053.2

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ БИЛАН ЗАРАРЛАНГАН БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШ-ПРОФИЛАКТИКА ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ ВА КЛИНИК- ИММУНОЛОГИК МЕЗОНЛАР

Нарзуллаев Н.У., Мирзоева М.Р., Ҳамидова Н.Қ.

Бухоро давлат тиббиёт институти

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ И КЛИНИКО- ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ У ДЕТЕЙ С ГИМЕНОЛЕПИДОЗОМ

Нарзуллаев Н.У., Мирзоева М.Р. Ҳамидова Н. Қ.

Бухарский государственный медицинский институт

TREATMENT-PROPHYLACTIC MEASURES AND CLINICAL- IMMUNOLOGICAL CRITERIA IN PATIENTS WITH GIMENOLEPIDOSIS

Narzullayev N.U., Mirzoeva M. R., Hamidova N. K.

Bukhara State Medical Institute

АННОТАЦИЯ

Гименолепидоз инфекцияси билан зарарланган болаларда иммунокоррекциядан кейин иммунологик параметрларининг ҳолати таҳлиллари гименолепидоз инфекцияси билан зарарланган болаларнинг

иммун ҳолатида сезиларли ўзгаришларни аниқлаганлиги сабабли, ушбу болаларда иммунотропик даволанишдан кейин ҳужайрали ва гуморал иммунитет ҳолатини анъанавий терапия қилинганлар билан солиштириб ўрганиш катта қизиқиш уйғотади. Иммунокорректор сифатида биз маҳаллий ишлаб чиқарилган Иммун-5 препаратидан фойдаланилди.

Калит сўзлар: болалар, гименолипедоз, иммунитет, Иммун-5.

АННОТАЦИЯ

Поскольку анализ состояния иммунологических показателей после иммунокоррекции у детей с гименолепидозной инфекцией выявил существенные изменения иммунного статуса детей с гименолепидозной инфекцией, изучение состояния клеточного и гуморального иммунитета после иммуностропного лечения у этих детей представляет большой интерес. В качестве иммунокорректора использовали отечественный препарат Иммун-5.

Ключевые слова: дети, гименолипидоз, иммунитет, Иммун-5.

ANNOTATION

Since the analysis of the state of immunological parameters after immunocorrection in children with hymenolepidosis infection revealed significant changes in the immune status of children with hymenolepidosis infection, the study of the state of cellular and humoral immunity after immunotropic treatment in these children is of great interest. The domestic drug Immuno-5 was used as an immunocorrector.

Key words: children, hymenolepidosis, immunity, Immuno-5.

Маълумки, одам гелминтозлари орасида энтеробиоз (65% гача), аскаридоз ва описторхоз энг юқори кўрсаткичларга эга. Сўнгги йилларда болалар орасида оғир гелминтоз – гименолепидоз учраш даражаси ошиши кузатилмоқда. Гименолепидоз- *Hymenolepis nana*, ёки пакана гижжанинг инсон ичагида паразитлик қилиши натижасида ривожланадиган сурункали паразитар касалликдир(2,5,8). Гименолепидоз деярли ҳамма жойда тарқалган бўлиб, аммо Жанубий иқлим зоналари аҳолиси орасида, хусусан, лотин Америкаси, Шимолий Африка, Италия, Эрон, Покистон, Афғонистон, кўшни мамлакатлар-Марказий Осиё, Қозоғистон, Молдова, Озарбайжон, Грузия, Арманистон ва Украинада кенг тарқалган. Болаларда гименолепидоз Россиянинг Шимолий Кавказ, Томск, Амур ва бошқа вилоятларда рўйхатга олинган(1,3,6). Гименолепидоз билан асосан шаҳар аҳолиси зарарланади. 4-14 ёшли болалар кўпроқ касалланадилар, бу эса уларда гигиеник

кўникмаларнинг етарли даражада эмаслиги ҳамда ёшга оид иммунитетнинг хусусиятлари билан изоҳланади. Болаларда гименолепидоз касаллиги симптомсиз кечади. Касалликнинг асосий симптомлари хуружли қорин соҳасидаги оғриқ, теридаги тошмалар, иштаҳасизлик, кекириш, кўнгил айниш, қусиш, диарея, тана вазнининг пасайиши, дисбактериоз, бош айланиши, бош оғриши, астения, терида қичишиш, ринит, Квинке шиши бўлиб ҳисобланади. Кўп ҳолларда болаларда хушининг йўқотиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, миокардиодистрофия, тутқаноқ, мия шиши, гепатомегалия, анемия ва гиповитаминоз каби оғир асоратлар кузатилиши асосланган(4,7,9).Бизнинг худудимизда аҳолининг гельминтозлар билан зарарланишини камайтиришга қарши кўпгина чора-тадбирлар олиб борилмоқда. Бугунги кунда паразитларга қарши курашиш долзарб муаммоси ўзининг аҳамиятини сақлаб келмоқда.

Ишнинг мақсади:Гименолепидоз билан зарарланган болаларда даволаш-профилактика чора-тадбирлари ва клиник-иммунологик мезонларини ишлаб чиқишдан иборат.

Материал ва методлар

Илмий иш Бухоро давлат тиббиёт институти- вилоят болалар юқумли касалликлар шифохонаси клиник базасида ва иммунологик таҳлиллар Ўзбекистон Республикаси Фанлар академияси иммунология ва инсон геномикаси цитокинлар бўлимида олиб борилди.

Бу илмий ишда тадқиқот икки стратегик йўналишда олиб борилди.Бу йўналишларнинг ҳар бирида битта патологик жараённинг бориши билан боғлиқ бўлган эпидемиологик жиҳатларини ўрганиш- прогресловчи иммунитет танқислиги туфайли ошқозон- ичак тракти касалликлари ва авж олувчи асоратларининг ривожланиши эди.

Гелминтозлар билан зарарланган болалар касалликларининг тузилишини ва гелминтознинг патологик жараённинг ривожланиш динамикасида таъсирини батафсил таҳлиллари ўтказилди .

Текширув маълумотлари ва 2019–2022 йиллар давомида гименолепидоз касаллиги билан зарарланган 3 ёшдан 18 ёшгача бўлган 114 нафар болаларни ташхислаш ва даволаши таҳлил қилиниб, назорат гуруҳи учун 40 нафар гименолепидоз билан зарарланган бола текширилди. Барча назоратга олинган бемор болалар клиник ва лаборатор, биокимёвий, иммунологик тадқиқотларни ўз ичига олган кенг давомли текширувдан ўтказилди. Бу борада уларнинг шикоятлари, ўтказилган ва йўлдош касалликлар, преморбидли кўриниш, касалликнинг келиб чиқиш сабаблари, касалликнинг давомийлиги, эрта даволаш чора-тадбирлар самарасига эътибор қаратилди.

Бола организмнинг иммунологик реактивлигини динамикада ўрганиш учун 50 нафар бола ушбу тадқиқотга жалб қилиниб, шулардан 23 нафар геминолепидоз билан зарарланган болалар анъанавий даволанганлар бўлса, 27 нафар геминолепидоз билан зарарланган болалар анъанавий ва иммуностимуляцион терапия қабул қилган болаларни ташкил этди.

Натижалар ва уларнинг муҳокомалари

Гименолепидоз инфекцияси билан зарарланган болаларда иммунокоррекциядан кейин иммунологик параметрларининг ҳолати таҳлиллари геминолепидоз инфекцияси билан зарарланган болаларнинг иммун ҳолатида сезиларли ўзгаришларни аниқлаганлиги сабабли, ушбу болаларда иммуотропик даволанишдан кейин хужайрали ва гуморал иммунитет ҳолатини анъанавий терапия қилинганлар билан солиштириб ўрганиш катта қизиқиш уйғотади. Иммунокорректор сифатида биз маҳаллий ишлаб чиқарилган Иммун-5 препаратидан фойдаланилди.

Даволаш пайтида болаларда хужайрали иммунитетнинг ҳолати, геминолепидоз инфекцияси билан зарарланган болаларда анъанавий даво ва иммуномодуляцион препарат ёрдамида терапия қилингандан сўнг иммунитет ҳолатини ўрганиш натижалари келтирилган.

Биз томонимиздан текширувдан ўтган беморлар 3 гуруҳга бўлинган:

1. Даволашдан олдинги геминолепидоз инфекцияси билан зарарланган болалар гуруҳи
2. Анъанавий терапиядан кейинги геминолепидоз инфекцияси билан зарарланган болалар гуруҳи
3. Иммун-5 ва анъанавий терапия қилингандан кейинги геминолепидоз инфекцияси билан зарарланган болалар гуруҳи.

Гименолепидоз инфекцияси билан зарарланган болаларда Т-хужайра иммунитетининг қийматларини ўрганиш натижалари 1-жадвалда келтирилган. Терапиядан кейинги геминолепидоз инфекцияси билан зарарланган болаларда тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турибдики, даволанишдан олдинги қийматларга қараганда лейкоцитлар умумий сонининг сезиларли даражада камайиши аниқланган ($p < 0,05$). Биз бу кўрсаткич меъёрнинг қийматиغا яқинлашганини аниқладик.

1-жадвал

Болаларда даводан кейин иммунитетнинг хужайравий тизим кўрсаткичлари ($M \pm m$)

| Иммунологик параметрлар | Назорат гуруҳи (n=15) | Давогача (n=47) | Анъанавий даводан кейин(n=22) | Иммунокорриги рловчи терапиядан кейин(n=25) |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------------|---|
| Лейкоцитлар, в 1 мкл | 5500±171,92 | 7300±491,8* | 5984±315,4^ | 4984±203,2*^⊙ |
| Лимфоцитлар, % | 41,50±0,75 | 40,72±1,19 | 38,74±1,65 | 36,20±0,97*^ |
| Лимфоцитлар, в 1 мкл | 2241±50,34 | 2896,7±155,6* | 2188,4±77,42^ | 1822,2±81,72*^⊙ |
| CD3+, % | 53,10±2,47 | 47,40±1,05* | 48,82±1,79 | 50,28±0,99^ |
| CD3+, мкл | 1190,3±65,42 | 1371,72±77,72 | 990,82±46,05*^ | 920,80±48,07*^ |
| CD4+, % | 27,60±1,51 | 22,36±0,93* | 22,85±0,83* | 26,56±0,73^⊙ |
| CD4+, мкл | 618,52±48,98 | 647,70±52,35 | 585,8±29,87 | 483,9±19,870*^ ⊙ |
| CD8+, % | 24,40±1,52 | 23,04 ±0,70 | 23,88±0,88 | 24,28±0,96 |
| CD8+, мкл | 546,8±41,43 | 667,39±59,1 | 544,52±34,15 | 442,38±32,14^⊙ |
| CD4+/CD8+ (ИРИ) | 1,08±0,06 | 0,92±0,06 | 0,99±0,07 | 1,15±0,06^ |
| CD16, % | 15,20±1,60 | 18,86±0,78* | 16,24±0,77^ | 13,16±0,85^⊙ |
| CD16, мкл | 340,6±32,47 | 546,32±28,5* | 395,82±25,66^ | 239,80±18,68*^ ⊙ |

Изоҳ: * - назорат гуруҳи маълумотлари билан сезиларли даражада солиштирилганда, ^ - даволашдан олдинги гуруҳ маълумотлари билан солиштирилганда, ⊙ - анъанавий терапиядан кейинги маълумотлар билан солиштирилганда (P<0,05)

7. Даволанишдан сўнг периферик қондаги барча лимфоцитларнинг нисбий ва мутлақ сонининг ўртача қиймати пасайиб, 1 мкл учун мос равишда 36,20±0,97% ва 1822,2±81,72 ни ташкил этган, даволашдан олдин эса бу кўрсаткич 40,72±1,19% ва 2896,7 ни ташкил этган, 1 мклда ±155,57 (p<0,05). Шундай қилиб, биз периферик қондаги лимфоцитларнинг умумий сонининг сезиларли камайганини билдик.

8. Иммунокоррекциядан сўнг Т-лимфоцитлар умумий улушининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, бу кўрсаткич даволашдан олдинги қийматларга қараганда сезиларли даражада ошган ва 47,40 ± 1,05% га қараганда 50,28 ± 0,99% га тенг бўлган. Анъанавий терапиядан сўнг бир гуруҳ касал болаларни ўрганишда биз лейкоцитлар сони ва лимфоцитларнинг мутлақ сони ўртасида сезиларли фарқни топдик (p<0,05).

1 мклдаги Т-лимфоцитларнинг мутлақ сонини ўрганиш даволашдан олдинги қийматларга қараганда сезиларли тушишини аниқладик, бу лейкоцитлар умумий сонининг камайиши билан боғлиқ эди. Шундай қилиб, иммунитет тизимининг асосий хужайралари - Т-лимфоцитларнинг умумий сонининг кўпайиши етарли иммунокоррекция қилинганлиги билан боғлиқдир. Т-лимфоцитларда CD3+ ифодасини ўрганишда сезиларли фарқ топилмади.

Иммунотроп препаратни қўллаш фонида Т-хелперлар/индукторларнинг нисбий ва мутлақ таркибининг миқдорий хусусиятларини ўрганиш ишончли кўрсаткичлар мавжудлигини кўрсатди. Шундай қилиб, даволанишдан кейин болаларда CD4+ нинг ўртача қиймати ўсди ва даволанишдан олдинги $22,36 \pm 0,93\%$ га қараганда $26,56 \pm 0,73\%$ ни ташкил этди ($p < 0,05$). CD4+ нинг мутлақ таркиби ҳам сезиларли даражада фарқ қилган ва камайган, бу яллиғланиш жараёнининг камайиши ва лейкоцитлар сонининг камайиши билан боғлиқ. Анъанавий терапиядан сўнг Т-хелперлар / индукторларини ўрганишда биз иммунокоррекциядан кейин болалар гуруҳи билан ҳам сезиларли фарқни топдик. Ушбу маълумотларбизга антипаразитар терапия фонида даволашда иммунокоррекциянинг муҳим ролини яна бир бор тасдиқлайди. Шунингдек, Т-хелперларнинг мутлақ сони, шунингдек, иммунокоррекцияни қўллашдан кейин беморлар гуруҳидаги Т-хелперлар/индукторлар кўрсаткичларидан сезиларли даражада фарқ қилди. Шундай қилиб, биз Т-хелперлар/индукторлар сонида сезиларли фарқларни аниқладик, бу аниқ иммунитетга қарши инфекцияга қарши жавобда муҳим рол ўйнайди. Олинган маълумотлар 2-жадвалда келтирилган.

Лимфоцитларда ифодаланган CD8+ ни ўрганаётганда биз даволанишдан олдин ва кейинги болаларнинг гуруҳи ўртасидаги сезиларли фарқни топмадик, аммо CD8 + нинг кўпайиши тенденцияси мавжуд эди. Мутлақ CD8+ сони сезиларли фарқ билан кўриниб турибди, бу яна лейкоцитларнинг умумий сони билан боғлиқдир. Анъанавий терапиядан сўнг болалар гуруҳида Т-цитотоксик лимфоцитлар ҳолатида фарқлар йўқ эди.

9. Иммунорегуляцион индекси (ИРИ) қийматининг қиёсий таҳлили даволанишдан кейин сезиларли даражада ўсишини аниқлади, бу даволашдан кейин CD4 + сонининг етарли даражада кўпайишини ва яллиғланиш жараёнларини тартибга солувчи иммунорегуляцион хужайралар ўртасида мувозанат ўрнатилганини кўрсатди. Даволанишдан кейин иммунорегуляцион индекс ўртача $1,15 \pm 0,06$ бўлиб бошланғич қийматларига яқинлашди.

10. Лимфоцитларда CD16+ нинг экспрессияси даволашдан олдинги қийматларга қараганда даволашдан кейин сезиларли даражада камайди. Даволанишдан кейин табиий киллерлар сони бошланғич қийматга яқинлашди, бу яллиғланиш реакцияси жараёнининг пасайишини кўрсатди. Табиий киллерларнинг мутлақ сони ҳам камайди, бу сезиларли даражада ажралиб турди.

11. Биз анъанавий терапиядан сўнг болалар гуруҳида нисбий ва мутлақ кўрсаткичларнинг сезиларли даражада фарқланишини кўрдик ($p < 0,05$), бу яна инфекцион патологиянинг мавжудлигини кўрсатади.

12. Шундай қилиб, биз иммунокорректив терапиядан сўнг болаларда иммунитетга чидамлилиқ ҳолатида сезиларли фарқларни аниқладик, бу асосий иммунорегуляцион хужайралар - Т-лимфоцитлар, Т-хелперлар/индукторлар таркибининг кўпайиши ва табиий киллерларсонининг бостирилиши билан намоён бўлди. Гименолепидоз билан зарарланган болаларда Т-хелперларнинг кўрсаткичи, даволангандан сўнг ортиб бораётган иммунитетни тартибга солувчи хужайралар ўртасидаги мувозанатнинг ёрқин намунасидир, бу яллиғланиш жараёнида ўткир касалликнинг клиник кўринишининг яхшиланиши билан боғлиқ. Шунини таъкидлаш керакки, даволашдан олдин асосий гуруҳдаги болаларда Т- хужайраларининг оғир иммунитет танқислиги Т-лимфоцитларнинг иммунорегуляцион субпопуляцияларининг иммунитет танқислиги билан боғлиқ бўлиб, CD4+ Т-хужайралари ва CD8+ Т-цитотоксик лимфоцитлар сонининг аниқ танқислиги билан намоён бўлди. Терапиядан кейин табиий равишда нормаллашди.

13. Биз табиий киллерлар таркибининг сезиларли даражада камайганини аниқладик, бу табиий киллерларнинг ифодаланишининг кўпайиши инфекцион агентнинг мавжудлиги ва унга лимфоцитларнинг етук бўлмаган шаклларида жавобнинг кескин ошиши билан боғлиқлиги билан изоҳланади, CD16+ бунинг белгисидир. Маълумки, табиий киллерлар табиий химоя омилларига тегишли бўлиб, паразитар касалликларни аниқлаш ва йўқ қилишда етакчи рол ўйнайдиган ўзига хос бўлмаган инфекцияга қарши қаршилиқни таъминлайди.

Даволашдан кейин асосий гуруҳ болаларида В-лимфоцитлар ва гуморал иммунитет ҳолати ўрганилганда, В-лимфоцитлар даражасини ва даволанишдан кейин иммунитетнинг гуморал алоқасини ўрганиш даволашдан кейин В-лимфоцитларнинг сезиларли даражада кўпайишида намоён бўлган характерли хусусиятларни аниқлашга имкон берди, бу маълумот 3-жадвалда келтирилган. Юқорида айтиб ўтилганидек, даволашдан

олдин болаларда В-лимфоцитлар сонининг бостирилиши аниқланган ва даволашдан кейин бу кўрсаткич ўсди ва даволашдан олдинги $22,14 \pm 0,63\%$ га караганда $25,72 \pm 0,98\%$ га тенг бўлди. В-лимфоцитларнинг мутлақ қийматлари сезиларли даражада камайди ва 1 мклда $456,48 \pm 27,68$ ни ташкил этди. В-лимфоцитларнинг нисбий сонини ўрганаётганда, анъанавий терапиядан сўнг болалар гуруҳида иммунокорректив терапиядан кейинги гуруҳга нисбатан уларнинг сезиларли ўсишини аниқладик.

Иммунитетнинг гуморал ҳолатини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, болаларнинг асосий гуруҳида кўпинча яллиғланиш жараёнларида кузатиладиган иммуноглобулинларнинг барча асосий синфларини кўпайтириш тенденцияси мавжуд. Терапия фониди иммуноглобулинларнинг қийматлари фақат IgG таҳлилида сезиларли даражада камайди, бу даволашдан кейин болаларнинг қон зардобиди $0,68 \pm 0,03$ МЕ ни ташкил этди. Бошқа иммуноглобулинлар сезиларли даражада фарқ қилмади. Анъанавий терапиядан сўнг гуруҳдаги иммунитетнинг гуморал ҳолатини таҳлил қилиш даволанишдан олдин ва кейин болалар гуруҳида сезиларли ўзгаришларни кўрсатмади.

2- жадвал

В-лимфоцитлар ва гуморал иммунитет кўрсаткичлари ($M \pm m$)

| Иммунологик параметрлар | Назорат гуруҳи (n=20) | Давогача (n=47) | Анъанавий даводан кейин (n=22) | Иммунокорригирловчи терапиядан кейин(n=25) |
|-------------------------|-----------------------|------------------|--------------------------------|--|
| CD20+, % | $25,50 \pm 2,13$ | $22,14 \pm 0,63$ | $23,29 \pm 0,66$ | $25,72 \pm 0,98^{\wedge \circ}$ |
| CD20+, мкл | $571,30 \pm 48,5$ | $641,3 \pm 36,2$ | $568,5 \pm 29,8$ | $456,5 \pm 27,7^{* \wedge \circ}$ |
| IgG, МЕ | $0,93 \pm 0,07$ | $1,010 \pm 0,06$ | $0,98 \pm 0,42$ | $0,68 \pm 0,03^{* \wedge}$ |
| IgA, МЕ | $0,84 \pm 0,17$ | $1,26 \pm 0,2$ | $1,15 \pm 0,12$ | $1,05 \pm 0,11$ |
| IgM, МЕ | $1,05 \pm 0,07$ | $1,11 \pm 0,13$ | $1,05 \pm 0,08$ | $1,02 \pm 0,09$ |

Эслатма: * - назорат гуруҳи маълумотлари билан солиштирилганда муҳим, \wedge - даволашдан олдинги гуруҳи маълумотлари билан солиштирилганда, \circ - анъанавий терапиядан кейинги маълумотлари билан солиштирилганда ($p < 0,05$)

Юқорида биз иммуноглобулинлар синтезининг йўналиши ва босқичини баҳолаш учун асосий иммуноглобулинларнинг бир-бирига нисбатини таҳлил қилдик, бу В-ҳужайранинг бир синф иммуноглобулин синтезидан бошқасига ўтишини кўрсатади. Бизнинг таҳлилимиз назорат маълумотлари билан солиштирилганда IgG ва IgA нинг IgM га нисбати

ўсишини кўрсатди, бу ўткир ичак инфекцияси бўлган болалар гуруҳида IgG, IgA ва IgM нинг биров ўсиши билан намоён бўлди.

3-жадвал

Иммуноглобулинларнинг асосий синфларининг нисбатлари

| Кўрсаткичлар нисбати | Соғломлар | Давогача бўлган беморлар | Анъанавий даводан кейинги беморлар | Анъанавий ва иммунотерапия дан кейинги беморлар |
|----------------------|-----------|--------------------------|------------------------------------|---|
| IgG : IgM | 0,88 | 0,9 | 0,93 | 0,67 |
| IgA : IgM | 0,8 | 1,14 | 1,10 | 1,03 |

Даволашдан сўнг, иммуноглобулинлар қийматларининг қиёсий таҳлили IgG ва IgA синтезини бостиришда намоён бўлган баъзи ўзгаришлар мавжудлигини аниқлади, бу аниқ яллиғланиш жараёнининг пасайишини кўрсатди. Ушбу таҳлил шуни кўрсатдики, анъанавий терапиядан сўнг биз аниқ ўзгаришларни кузатмадик ва иммунокорректив терапия қўлланилгандансўнг олинган маълумотлар меъёрга яқин эди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳ болаларида даволанишдан сўнг, периферик қон зардобиди В-лимфоцитлар сони ва асосий иммуноглобулинлар даражасининг нормаллашиши кузатилди.

Даволашдан кейин болаларда лимфоцитларнинг эрта ва кеч фаоллашуви (CD25+ ва CD95+) белгиларининг ҳолати таҳлилида Лимфоцитларнинг физиологик апоптозига воситачи бўлган интерлейкин-2 (CD25+) ва ФАС/АПО-1 (CD95+) рецепторларини ифодаловчи лимфоцитларнинг микдорий хусусиятларини ўрганиш бўйича ўтказилган тадқиқотлар натижалари 4-жадвалда келтирилган.

4-жадвал

Даволанишдан кейин лимфоцитлар фаоллашуви белгиларининг қийматлари (M±m)

| Иммунологик параметлар | Назорат гуруҳи (n=20) | Давогача (n=47) | Анъанавий терапиядан кейин(n=22) | Иммунокорриги рловчи терапиядан кейин(n=25) |
|------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------------|---|
| | | | | |

| | | | | |
|------------|------------|-------------|-------------------------|---------------------------------------|
| CD25+, % | 23,8±1,72 | 19,6±0,66* | 19,66±0,92* | 22,40±0,60 [^] [°] |
| CD25+, мкл | 533,4±29,0 | 625,7±14,1* | 518,2±24,4 [^] | 408,1±31,2* [^] [°] |
| CD95+, % | 23,20±1,31 | 20,80±0,62 | 20,15±0,54* | 21,72±0,63 |
| CD95+, мкл | 566,9±24,0 | 369,0±16,2* | 372,7±15,9* | 395,7±19,0* |

Эслатма: * - назорат гуруҳи маълумотлари билан солиштирилганда муҳим, [^] - даволашдан олдинги гуруҳи маълумотлари билан солиштирилганда, [°] - анъанавий терапиядан кейинги маълумотлари билан солиштирилганда ($p < 0,05$)

Даволанишдан кейин асосий болалар гуруҳидаги фаоллаштирилган CD25+ лимфоцитларнинг нисбий ва мутлақ қийматларини таҳлил қилиш даволашдан олдинги болалар гуруҳининг қийматлари билан солиштирилганда сезиларли фарқни аниқладик ($p < 0,05$). Биз ўрганилаётган индикаторнинг ўсишини кузатдик, бу даволаниш вақтида етарли хужайрали иммунитетнинг мавжудлигини кўрсатди. Ушбу маълумотлар, шунингдек, даволаниш пайтида болаларнинг умумий ҳолатининг клиник яхшиланиши ва хужайрали иммунитет қийматининг яхши томонга ўзгариши тасвирини кузатганимиз нуқтаи назаридан ҳам тавсифланиши мумкин. Даволашдан кейин CD25+ нинг мутлақ қиймати камайди, бу табиий равишда лейкоцитоз билан кечадиган аниқ яллиғланиш жараёнининг йўқлиги билан боғлиқ. Анъанавий терапиядан сўнг олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, лимфоцитлардаги CD25 + маркерлари иммунокорректив терапиядан сўнг сезиларли даражада фарқ қилади ($p < 0,05$).

Даволанишдан кейин асосий гуруҳидаги болаларда кеч фаоллашув белгилари - CD95+ таҳлили сезиларли фарқларни аниқламади. Биз апоптоз белгиларини ташувчи лимфоцитлар таркибини нормаллаштиришга қараганда маълум бир тенденцияни кузатдик, бу биров ошди. CD95+ нинг мутлақ қийматларини таҳлил қилиш ҳам сезиларли фарқни аниқламади.

Шундай қилиб, даволанишдан кейин асосий гуруҳидаги болаларда хужайрали иммунитет реакцияси Т-хужайра иммунитетининг нормаллашиши, шунингдек, гуморал ҳимоя омиллари ва патологик жараёнларнинг ривожланиши, курси ва прогнозида ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган фаоллаштирилган лимфоцитлар ҳолати билан тавсифланади, булар аниқ яллиғланиш жараёни бўлган болалардаги жараёнлардир.

Биз аниқлаган патологик ўзгаришларнинг нормаллашиши аниқ кўрсатиб турибдики, асосий гуруҳидаги болалар хужайра ва гуморал ҳимоя омиллари даражасида иммунитет танқислиги ҳолати билан тавсифланади.

Даволашдан кейин гименолепидоз билан зарарланган болаларнинг цитокин профили натижаларида, гименолепидоз билан зарарланган болаларда даволанишдан сўнг цитокин профилини ўрганиш касалликнинг боришига табиий равишда таъсир кўрсатадиган цитокинлар даражасида сезиларли номуносивликни кўрсатди.

Даволашдан олдин ва кейин болаларнинг периферик қон зардобидаги асосий иммунорегуляцион цитокинларнинг ҳолатини қиёсий таҳлил қилиш имкониятига эга бўлди.

Шундай қилиб, касалликнинг энг юқори чўққиси фонида даволашдан олдин ИФН-γ даражаси $82,80 \pm 25,07$ пг / мл ни ташкил этди, бу назорат гуруҳидан сезиларли даражада фарқ қилди. Терапиядан сўнг бу кўрсаткич $21,93 \pm 5,28$ пг / мл ни ташкил этди, бу ҳам даволанишдан олдинги қийматлардан сезиларли даражада фарқ қилди ($p < 0,05$). Олинган натижалар 5-жадвалда келтирилган.

5-жадвал

Даволанишдан кейин болаларда цитокин профилининг хусусиятлари, (M±m)

| Кўрсаткичлар | Назорат гуруҳи | Давогача | Анъанавий даводан кейин | Иммунокорриги рловчи терапиядан кейин |
|--------------|----------------|------------|-------------------------|---------------------------------------|
| ИФН-γ | 23,7±5,4 | 82,8±25,1* | 42,8±6,2* | 21,9±5,3 [^] ^o |
| ИЛ-4 | 11,0±3,6 | 86,1±25,7* | 62,6±21,1* | 52,0±15,1 |

Эслатма: * - назорат гуруҳи маълумотлари билан солиштирилган дамуҳим, [^] - даволашдан олдинги гуруҳи маълумотлари билан солиштирилганда, ^o - анъанавий терапиядан кейинги маълумотлари билан солиштирилганда ($p < 0,05$)

Даволанишдан кейин ИЛ-4 даражасини ўрганиш даволанишдан олдин ва кейин болаларнинг қийматлари ўртасида сезиларли фарқ борлигини аниқлади. Шу билан бирга, иммуноткорректив дори билан даволашдан олдин ИЛ-4 даражаси $86,1 \pm 25,7$ пг/мл ни ташкил этган бўлса, даволашдан кейин бу кўрсаткич $52,0 \pm 15,1$ пг/мл ни ташкил этди. ИФН-γ ни ўрганишда биз бу кўрсаткич иммуноткорректив ($p < 0,05$) қўлланилган гуруҳ кўрсаткичларидан сезиларли даражада фарқ қилишини аниқладик. Шундай қилиб, биз ИФН-γ даражасининг нормаллашишини аниқладик, аммо ИЛ-4 даражаси сезиларли даражада камайди, аммо назорат гуруҳининг қийматларига яқинлашмади. Бундан ташқари, анъанавий терапиядан сўнг беморлар гуруҳида ИФН-γ нинг бостирилиши кузатилди, аммо бу кўрсаткич назорат даражасига тушмади. Бу

яна бир бор иммунокоррекциядан фойдаланмасдан анъанавий терапияфонида давом этган яллиғланиш жараёнининг мавжудлигини тасдиқлайди. ИЛ-4 иммунокоррекцияни қўллашдан кейин болалар гуруҳидаги кўрсаткичлардан сезиларли даражада фарқ қилмайди, аммо ИЛ-4 меъерий қийматларга камаймаганлиги ҳам кузатилди.

Юқорида биз ИФН- γ / ИЛ-4 нисбатини таҳлил қилдик, бу яллиғланиш олди ва яллиғланишга қарши цитокинлар ўртасида номутаносиблик мавжудлигини кўрсатади. Биз даволанишдан кейин бир хил нисбат таҳлилини ўтказдик ва бу нисбат яллиғланишга қарши цитокиннинг кўпайиши фойдасига сақланиб қолганлигини аниқладик.

Шундай қилиб, соғломболалар гуруҳида бу қиймат 2,2 ни ташкил этди. Яллиғланиш жараёни аниқ бўлса, асосий гуруҳ болаларида иммунокорректорлар билан даволанишдан олдин бу кўрсаткич 0,96 ни ташкил этди. Шу билан бирга, тартибга солувчи цитокинларнинг номутаносиблиги кузатилди, бу яллиғланишга қарши цитокинларнинг кескин ўсиши ва яллиғланиш шароитларининг асосий регуляторлари бўлган яллиғланиш олди цитокинларнинг камайтирилиши билан ифодаланган.

Хулоса

Шундай қилиб, иммунитетнинг хужайрали, гуморал омиллари ва цитокин параметрларининг ҳолатини ўрганиш учун биз ўтказган иммунологик тадқиқотлар болаларда иммунотроп дорилар билан даволашдан олдин ва асосий иммунитетни нормаллаштириш билан даволашдан кейин оғир иммунитет танқислиги билан тавсифланган баъзи ўзгаришлар ёки хусусиятларни аниқлашга имкон берди.

Литература/References

1. Нарзуллаев Н.У., Ҳамидова Н.Қ., Мирзоева М.Р. Клинико-эпидемиологическая характеристика гингиволепидоза у детей //Новый день в медицине. 2020. №2(30). - С. 441-443.
2. Мирзоева М.Р. , Ҳамидова Н.Қ. Clinical and epidemiological characteristic of hingenolepidosis in children//Academicia may. - 2020. - №1. - P. 3-6.
3. Нарзуллаев Н.У., Ҳамидова Н.Қ.,Мирзоева М.Р.Болаларда гингиволепидознинг клиник ва эпидемиологик хусусиятлари// Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси 2020 №5 104-106 бет.
4. Нарзуллаев Н.У., Ҳамидова Н.Қ.,Мирзоева М.Р. Гингиволепидозли болаларда аллергия ринитнинг кечилишига Турли хил терапия турларининг клиник-иммунологик таъсири// Инфекция иммунитет ва фармакология № 2 2021 391-399 бет.
5. Нарзуллаев Н.У., Ҳамидова Н.Қ.,Мирзоева М.Р. Clinical and epidemiological aspects of hingenolepidosis among children// New day in medicine. – 1 (33)2021. –P.104-106.

6. Нарзуллаев Н.У., Ҳамидова Н.Қ., Мирзоева М.Р. Клинико-неврологические и иммунологические показатели у детей с гименолепидозной и протозойной инвазиями// Вестник ташкентской медицинской академии 2021. №3. -Р. 124-128.
7. Мирзоева М.Р., Ҳамидова Н.Қ., Нарзуллаев Н.У., Clinical and immunological study of the effect of different types of therapy on the course of allergic rhinitis in children with hymenolepiasis// Annals of the Romanian Society for Cell Biology 2021.03.30.-P.1900-1908.
8. Облокулов А.Р., Ҳамидова Н.Қ., Аслонова М.Р. Clinical and epidemiological aspects of hymenolepidosis and teniarinchosis in pediatrics// Europe's Journal of Psychology (EJOP), 2021.07.11.-P.224-229.
9. Мирзоева М.Р., Ҳамидова Н.Қ., Нарзуллаев Н.У. Клинико-иммунологические показатели гименолепидоза с аллергическим ринитом у детей в зависимости от видатерапии// Central Asian Journal Of Medical and Natural Sciences, 2021.11.-С.11331-333.
10. Мирзоева М.Р., Тойчиева А.Х., Осипова С.О. Уровень витамина Д и общего сывороточного Ig E у больных гипопигментозами с паразитозами и свободных// Журнал инфектологии. – 2017. - Том 9. - №3. - С. 37-40.
11. Мирзоева М.Р., Тойчиев А.Х., Осипова С.О. Кишечные паразитозы у детей с гиповитаминозом кожи и их возможная связь с этиопатогенезом заболевания// Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2019. - С. 151-158. (14.00.00; №15)
12. Мирзоева М.Р., Худойдодова С.Г., Фарманова М.А. Кишечные паразитозы у детей с гипопигментозом кожи и их связь с этиопатогенезом заболевания// Новый день в медицине. - 2019. - №4(28). - С. 215-219. (14.00.00; №22)
13. Mirzoeva M.R., Zhabborova O.I., Sagdullaeva G.U. Etiopathogenetic association with intestinal parasitosis in children with skin hypopigmentosis// American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2020. - №10 (6). - P. 384-387. (14.00.00; №2)

УДК:616.315-007.254:617.52:615.315/317-007.254-089

ТАКТИКА ПЛАНИРОВАНИЯ УРАНОПЛАСТИКИ С УЧЕТОМ ФОРМЫ НЕБНО-ГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

**М.З.Дусмухамедов, А.А.Юлдашев, Д.М.Дусмухамедов,
Худойбердиева И.Т**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Проведено антропометрическое измерение некоторых параметров небо-глоточной области у 92 детей с врожденной расщелиной губы и неба. На основании вычисления tg α предложены три формы небо-глоточной области. Проведен анализ развития послеоперационных местных осложнений в зависимости от параметров и форм небо-глоточной области.

Врожденная расщелина неба (ВРН) представляет собой многосистемную патологию, характеризующуюся не только местными, но и рядом сопутствующих системных нарушений деятельности организма. В патогенезе этих нарушений ведущим является дисфункция мышц мягкого