

функционал бузилишлари, ичак микрофлорасининг меъёрга нисбатан ўзгаришлари, мальабсорбция, поливитаминлар етишмаслиги, лямблий антигени таъсирида организмда аллергия ҳолатни юзага келиши, лямблия ҳаёт фаолиятининг парчаланиш маҳсулотлари ҳисобига дисметаболизм маҳсулотларининг тўпланиши билан боғлиқ..

Илмий ишнинг мақсади: Этиотроп даво воситалари таъсирида лямблийларни оммавий парчаланиши натижасида ҳосил бўладиган метаболитларни ичакдан қонга сўрилиб юзага келтирадиган Яриш-Гейксгеймер реакциясини бартараф қилиш мақсадида дюфалак препарати таъсирини ўрганишни мақсад қилиб олдик.

Материал ва услублар: Кузатув остида лямблиоз билан оғриган 60 нафар бемор бўлишди. Уларнинг ёшлари 17 ёшдан 50 ёшгача бўлиб, 58,3% ини эркаклар, 41,7 % ини аёллар ташкил қилди. Лямблиоз ташхиси паразитологик усулда 71,7% ида лямблий цисталари ва 28,3% ида вегетатив шакллари топилиши асосида қўйилди. Дюфалак препаратининг самарадорлигини баҳолаш мақсадида кузатув остидаги беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилади. Биринчи гуруҳ беморларни (асосий) 30 бемордан иборат бўлиб, «базис» терапия пробиотиклар (лакто G), ўт кислотаси сақламаган фермент препаратлари (креон), билиар тизимда ва ичакда ҳаракат-эвакуатор вазифаларнинг бузилиши, турғун дискинезиялар ривожланганида селектив спазмолитик (дюспаталин), замбуруғларга қарши (микосист) ва паразитларга қарши препаратлар (орнидазол, албендазол) билан биргаликда дюфалак препаратини 20-30 млдан 2

маҳал 10 кун мобайнида қабул қилишди. II гуруҳ беморлари эса фақат «базис» терапия билан чекландилар. Паразитларга қарши препаратларидан орнидазол 0,5 1 таблеткадан икки маҳал овқатдан кейин, албендазол 0,4 1 таблеткадан икки маҳал овқатдан кейин касаллик кечиш оғирлигига мос ҳолда буюрилди. Дюфалак препарати паразитарларга қарши препаратлари билан даволанишнинг иккинчи кунидан бошлаб буюрилди.

Натижалари: Кузатув натижалари таҳлили кўрсатишича назорат гуруҳи беморларининг 4 (13,3%) нафарида умумий захарланиш белгилари(кўнгил айниши, қусиш, оғизда аччиқ таъм келиши)ни кучайиши, 2 (6,7%) нафарида аллергия белгилар (қайталанувчи эшакем, аллергия, тери кичиши)нинг юзага келиши кузатилди. Асосий гуруҳ беморларида эса даволаш натижасида нојўя ҳолатлар кузатилмади. Касаллик клиник белгиларининг давомийлиги таҳлил қилинганда, асосий гуруҳ беморларида ич кетиш, қоринда оғриқ, қорин дамланиши, тери кичиши, терида тошмалар тошиши белгиларининг давомийлиги назорат гуруҳи беморларига нисбатан статистик ишончли қисқа давом этганлигини гувоҳи бўлди.

Хулоса: Лямблиозда лямблиозга қарши препаратлар билан бирга даволаганда даволаш мажмуасига дюфалакни қўшиб даволаш курсини амалга ошириш нафақат Яриш-Гейксгеймер реакциясининг олдини олади, балки интоксикация аломатларини камайтириб, клиник белгилар давомийлигини қисқартирди.

## АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «В» НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА

А.А. Облокулов, Г.Э. Ниязов, А.Р. Облокулов

*Бухарский государственный медицинский институт*

Цель работы: Большая распространенность лямблиоза среди больных ОВГВ обусловила актуальность изучения влияния этих паразитозов на клиническое течение болезни, прогноз и ее исходы. В то же время состояние повышенной чувствительности немедленного типа (ПЧНТ) у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза изучено недостаточно. Это и послужило поводом в планировании и проведении настоящей работы.

Материал и методы исследования: Объектом исследования послужили 180 больных ОВГВ и сопутствующие лямблиозом в возрасте от 14 до 50 лет. Из них 90 больных с кишечным

лямблиозом (I основная группа), 90 больных лямблиоз с билиарной формой (II основная группа). В качестве контроля обследованы 90 больных ВГВ без сопутствующей патологии и 20 практически здоровых людей. Диагноз основывался на результатах комплексного анализа эпидемиологических и анамнестических данных, клинических проявлениях болезни и лабораторных исследований.

Для распределения больных по клинической форме и тяжести течения болезни был принят во внимание приказ №5 МЗ РУз от 5 января 2012 года для практического использования. В постановке сопутствующего клини-

ческого диагноза «лямблиоз» была использована классификация, предложенная А.Л. Ланды и В.К. Илинича (1973).

О состоянии ПЧНТ судили по определению содержанию в крови общего иммуноглобулина Е иммуноферментным методом.

Результаты: Результаты исследования показала, содержание в крови общего иммуноглобулина Е составила у больных легкой формы I основной группы –  $114,0 \pm 5,5$  кЕ/л, а средней формы –  $182,0 \pm 11,0$  кЕ/л, в тяжелой формы –  $208,0 \pm 11,0$  кЕ/л; а у больных II основной группы –  $144,0 \pm 15,0$ ;  $210 \pm 16,0$  и  $258,0 \pm 18,0$  кЕ/л, соответственно; контрольной группы –  $98,0 \pm 3,7$ ;  $134,0 \pm 6,4$  и  $178,0 \pm 7,5$  кЕ/л, соответственно. Показатель этого маркера в разгаре болезни достоверно больше у больных ВГВ на фоне лямблиоза билиарной формы в сравнении с показателями с моноинфекцией независимо от тяжести течения заболевания. В то же время в отношении больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечной формы лямблиоза указанная закономерность выявлена только при тяжелом течении заболевания. Более высокие показатели упомянутого маркера ПЧНТ выявлены у

больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза билиарной формы.

В период реконвалесценции содержание в крови общего иммуноглобулина Е составила у больных легкой формы I основной группы –  $96,0 \pm 3,8$  кЕ/л, а средней формы –  $135,0 \pm 5,8$  кЕ/л, в тяжелой формы –  $178,0 \pm 6,2$  кЕ/л; а у больных II основной группы –  $110,0 \pm 4,8$ ,  $170,0 \pm 11,0$  и  $195,0 \pm 15,0$  кЕ/л, соответственно; контрольной группы –  $68,0 \pm 3,2$ ,  $102,0 \pm 3,8$  и  $118,0 \pm 5,2$  кЕ/л, соответственно. Если в период реконвалесценции содержание общего иммуноглобулина Е в крови у больных контрольной группы практически не отличалось от нормы, то у пациентов основных групп показатель указанного теста оставался достоверно высоким по сравнению со здоровыми ( $64,0 \pm 2,5$  кЕ/л), за исключением больных с легким течением заболевания.

Выводы: Таким образом полученные результаты показывает, что у больных ВГВ на фоне сочетанного течения лямблиоза развивается ПЧНТ более выражена, чем у больных ВГВ без сопутствующей патологии.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТИВОЛЯМБЛИОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Д.Т. Раббимова, А.Б. Рамазанова, Х.М. Облакулов

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Целью работы является освещение вопроса сравнения эффективности некоторых противоямблиозных препаратов.

Материал и методы исследования: Обследовано 36 детей с латентной формой, 78 детей с субклинической формой и 62 больных с клинической формой лямблиоза.

Наблюдаемые дети с латентной формой жалоб не предъявляли, цистовыделение колебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0,6 цист в поле зрения. У детей с субклинической формой наблюдались не резко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6%), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32, 1%) диспепсии.

Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2 в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения. У больных с клинической формой наблюдались интенсивные боли в «животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Так, тошнота была у 18 из 62 (2,9,0% детей), отрыжка у 11 (17,7 %), изжога у 6 (9,6%). У 26 детей отмечалось снижение аппетита, у 6(9,6%) метеоризм и 3

(4,8%) урчание в животе. Энтеральный синдром был более выраженным. Так, у 55 из 62 (88,7% детей) стул был неустойчивый, жидкий, часто пенистый, желтого цвета. При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8 и в среднем составило 2,5 цист в поле зрения. Лечение лямблиоза у детей наряду с назначением противоямблиозных медикаментозных средств, включало так же лечебное питание. В связи с полученными результатами исследования абсорбции углеводов и жиров, а именно снижение экскреции Д-ксилозы с мочой в первые 2 часа после пероральной нагрузки, так же при всех формах лямблиоза экскреция йода после нагрузки йодолиполом была ниже чем у здоровых детей. В связи с этим мы пересмотрели набор продуктов для стола 4 или 5, исключив из них продукты, содержащие сахара и увеличили квоту легко усвояемого растительного жира за счет уменьшения сливочного масла. Проведено сравнение эффективности некоторых противоямблиозных препаратов. Исследуемым назна-