

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

МУХАММАДСУЛТОН САДУЛЛАЕВИЧ РУСТАМОВ

КЎКЛАМ КАТАРИ

(МОНОГРАФИЯ)

Самарқанд - 2025

К И Р И Ш

Замонавий офтальмологиянинг долзарб муаммоларидан бири кўклам катарии касаллигининг янги, самарадор даволаш усуллари яратишдир. Бу эса ҳозирги кунда муаммони долзарблигини кўрсатади.

Олимларнинг илмий изланишлари шундан далолат берадики, ҳозирги кунда кўзнинг аллергик касалликлари кенг тарқалган. Бундай касалликлардан бири кўклам катарии бўлиб, эпидемиологик кузатувларга асосан, умумий кўз касалликлари ўртасида у 2,6% ни ташкил этади. Касалликнинг келиб чиқишида атмосферанинг кимёвий моддалар билан ифлосланиши, қуёш ультрабинафша нурларининг таъсири ва ирсий омиллар асосий ўрин тутди.

Кўклам катарии касаллиги Республикамизнинг жанубий худудларида кенг тарқалган бўлиб, асосан 6 дан 25 гача бўлган ёшларда ва кўпинча ўғил болаларда учрайди. Кўклам катарии касаллигининг этиопатогенезида мавсумийлик, наслдан-наслга ўтиш ва асосан эндокрин тизимининг табиий ривожланиши, климатик шароитлар ётади.

Аллергология фанини ривожланиши ушбу турдаги касалликларнинг клиник кечиши ва кўринишларини тушунтириб беришда асосий маълумотларни берди.

Хусусан, касалликни даврийлиги, эозинофилия ва иммун тизими ўзгаришларининг ўрни тушунтириб берилди.

Аммо бунда кўклам катарии касаллигини полинозлар сафига киритиш нотўғри йўналиш бўлиб, ультрабинафша нурларига ҳам сезувчанликнинг юқори бўлиши, тўғри талқин ҳисобланади.

Ушбу касалликнинг полиэтиологик хусусиятга эгалиги ва

клиник кечишининг турли шакл, ҳамда даражада бўлиши, ташхислаш ҳамда даволаш услубларини танлаш масалаларини қийинлаштиради.

Ҳозирги кунда кўклам катари касаллигининг келиб чиқиш сабаблари батамом ўрганиб чиқилмаган. Касалликнинг ривожланишида муаллифлар томонидан турли мулоҳазалар билдирилади. Бундай ҳолат даволашда ҳар ҳил, аксарият бир-бирига қарши фикрлар ва даво йўналишларини келиб чиқишига сабаб бўлади.

Биз илмий тадқиқотларимизни мақсадини, кўклам катари касаллигини тўғри клиник ташхислаш, ҳамда замонавий даволаш тизимини ишлаб чиқиб, унинг самарадорлигини баҳолашдан иборат деб белгиладик.

Олдимизга қўйилган мақсаднинг бажарилишида бир қанча қуйидаги масалаларнинг тўғри ечимига боғлиқ деб биламиз. Ўз навбатида булар қуйидагилардан иборат бўлди:

- кўклам катари касаллигини Республиканинг жанубий вилоятлари бўйлаб тарқалиш хусусиятлари ва клиник шакллари-нинг учраш даражаси ўрганилди.

- кўклам катари касаллигининг замонавий таснифини ишлаб чиқилди.

- кўклам катари касаллигини замонавий консерватив даволаш усуллари ишлаб чиқилиб, ҳамда унинг самарадорлиги аниқланди.

- касалликни даволашда қўлланилган замонавий доридармонлар ва янги патогенетик йўналтирилган жарроҳлик услублари қиёсий баҳоланди.

Илмий ишнинг янгилик тамонлари шулардан иборат бўлдики:

- Республикаимизни жанубий вилоятларида кўклам катари касаллигининг турли клиник шакллари ва оғирлик даражалари

учрашини, ҳамда тарқалиш хусусиятларини ўрганиб чиқдик.

- Биринчи бор кўклам катари касаллигининг барча қирраларини ўз ичига олган клиник таснифини ишлаб чиқиб, ҳалқаро “Умид нури” анжуманида амалиётда тадбиқ этиш масаласини қўйдик.

- Биринчи бор кўклам катари касаллигида Аломид, Тобра-Декс, Африн дори воситаларини тадбиқ этилиши, касалликни оғирлик даражаларига қараб, клиник кечишига дори воситаларини, таъсири ўрганилди.

Илмий ишнинг амалий аҳамияти шундан иборат бўлдики;

- ишлаб чиқилган кўклам катари замонавий таснифи касалликни ташхислаш ва тўғри даволаш услубини танлашга имконият яратди.

- кўклам катари касаллигини даволашни мантиқан янги ва илмий асосланган жарроҳлик усуллари ҳозирги кунда офтальмология амалиётида тадбиқ этилиши ўзни оқламоқда.

- кўклам катари касаллигини даволашда қўлланилувчи замонавий дори-дармонлар ва жарроҳлик усуллари қўлланиш тартиби ва кўрсатмалари ишлаб чиқилиб, уларнинг клиник самарадорлиги юқорилиги баҳоланиб келинмоқда.

Тавсия этилган асосий тамоиллар ҳозирги кундаги статистик кўрсаткичида;

Ўзбекистон Республикасининг жанубий вилоятларида кўклам катари касаллигининг тарқалиш хусусиятлари кўрсаткич ҳисобида қабул қилиниб, шу асосда статистик кўрсаткичлар белгиланади. Бу ўз навбатида, кўклам катари касаллигининг замонавий клиник таснифи асосида олиб борилади. Касалликнинг клиник шаклларида ташқари, унинг оғирлик даражалари, кечиш хусусиятлари, касалликнинг асоратларини белгилайди. Шу аснода прогнозлаш кўрсаткичларини олиш имкониятини яратади. Кўклам катари касаллигини даволашда унинг асоратларини

олдини олишда бирламчи ва учламчи профилактика ишларини, иккиламчи профилактика учун кўклам катари касаллигини консерватив усуллар билан даволашда Аломид, ТобраДекс ва Африн дори воситаларини самарадорлиги касалликни клиник шакллариغا қараб, қўлланилиши олинган натижалар қиёсий баҳоланмоқда.

Монографияни таркиби ва ҳажми бизни 153 илмий манбани ўз ичига олувчи адабиётлардан иборат таҳлил асосида билдирган илмий қарашлари; сўз боши, кириш, адабиётлар шарҳи, 5 та хусусий кузатувлар боби, муҳокама, хулосалар ва амалий тавфсиялардан иборат қисмларида келтирилган.

Монография жадваллар, график, фотосуратлар билан жойланган.

Кўклам катари касаллигини даволаш учун консерватив усуллари Республика Кўз Касалликлар Клиникасида, Андижон, Бухоро, Навоий, Самарқанд, Қашқадарё, ҳамда Сурхондарё вилояти кўз касалликлари шифохоналарида тадбиқ этилиб келинмоқда. Илмий иш натижалари Тош.ВМОИ Офтальмология кафедрасининг маъруза ва амалий машғулотлар дастурига киритилган.

Илмий ишнинг апробацияси ишнинг асосий тамоиллари Ўзбекистон Республикасининг Офтальмологлар Жамиятини 2000 - йил мажлисида, Ибн Сино таваллудининг 1030 йиллигига бағишланган Ҳалқаро илмий анжумани, Тош. ВМОИ “Ёш олимлари” нинг 1999-2001 йилдаги илмий анжуманлари, Республика Офтальмология клиник Шифохонасининг Тош. ВМОИ Офтальмология кафедраси билан ҳамкорликда ўтказилган 1998-2000 йиллардаги клиник конференцияларида, баён этилган.

КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИ ДОРИ-ДАРМОНЛАР ДАВОЛАШ

Биз ушбу монографияда Сиз азиз китобхонларимизни кўклам катари касаллигини келиб чиқиши учун, сабаб бўлувчи омиллар ҳақидаги назариялар, текшириш усуллари, даволаш учун ёндошилган услублар ҳақида ўртоқлашмоқчимиз.

Албатта бу Бизнинг олиб борган илмий ишимизга қадар, кўклам катари касаллиги ва унинг даволаш ишларига буюк аллома табиб Абу Али Ибн Сино тамонидан ҳам ўрганилган. Ўзларини “Тиб Қонунлари” асрларида, “сабза” вақтида қўзғаладиган кўзнинг шиллиқ пардасида, қичима хасталиги унинг кечиши, ҳамда даво сифатида, саримсоқ- пиёз суви ҳақида ёзиб, қолдирганлар. Бу ўз навбатида, ҳозирги кунда “фитонцидли” терапияни қўлланилишига сабаб бўлди.

Монографияни I-Бобида шу каби қизиқарли тарихий маълумотлар билан танишишингиз учун баҳоли қудрат имкон даражасида тўхталиб ўтмоқчимиз

Кўклам катари касаллиги келиб чиқишидаги асосий омиллар

Кўклам катари касаллиги - кўзнинг аллергия касалликлари шаклларида биридир.

Ҳозирги кунда ер юзида аллергия касалликлар учраш даражасининг тез ўсиб бориши натижасида аллергия муаммоси тиббиётнинг барча тармоқ мутахассисларини шунингдек офтальмологларни ҳам ўзига жалб эта бошлади.

Аллергия касалликларни бундай кенг тарқалишида атроф муҳит экологик ҳолатининг саноат корхоналари: завод ва фабри-

каларнинг зарарли чиқиндилари билан ифлосланиши, қишлоқ ва халқ хўжалигида кимёвий моддаларнинг кўплаб қўлланилиши, дори-дармонларни нотўғри қўллаш, эмизакли болаларни озиқлантиришда сут ўрнини босувчи сунъий маҳсулотлардан кенг фойдаланиш асосий омиллардан ҳисобланади.

А.Д. Адонинг таърифи бўйича аллергия касаллик - бу организмнинг ўзгарган реактивлигидир. Уни организмга қайта тушган баъзи бир антигенларга нисбатан ғайри - табиий таъсирланиш билан ифодаланган жавоб ҳолати сифатида қаралади.

Аллергиянинг бир қанча турлари фарқланади: .

Гиперергия- аллергияларга нисбатан организм жавоб реакциясининг меъёрга нисбатан ортиқ бўлиши.

Анергия- эса аллергияларга организм жавоб реакциясини меъёрга нисбатан паст ёки умуман бўлмаслигидир.

Аллергик реакциялар ўз навбатида, маҳаллий ва умумий турларга бўлинади, кечиши ва даврига қараб тез ва секин - аста кечувчи турларга бўлинади.

Кўклам катарни касаллиги аллергиянинг тез кечувчи, узок ўтувчи маҳаллий турларидан биридир. Бунда аллергия таъсирланишнинг гиперергик тури кузатилади. Олимларнинг гистоморфологик текширув натижалари ушбу касалликда конъюнктива гипертрофияси кузатилишини таъкидлайдилар. Айтиб ўтиш жоизки, кўпчилик касалликларда кузатилгани каби, кўклам катарда ҳам инсон организмда вужудга келувчи иммунологик дисбаланс муҳим ўрин тутди.

1846 - йил Арльд биринчи бор кўклам катарни касаллигини ифодалаб берди. Кўклам катарни алоҳида касаллик сифатида шу даврдан бошлаб ўрганилиб келинмоқда.

1855 - йили Десмарс бу касалликни баҳор ойларидан бошланишини кўрсатиб ўтди.

1871 - йилда А.Ф.Греффе кўклам катарни офтальмология

фанига олиб кириб, умумий кўз касалликлари сафига қўшди.

1872-1876 - йилларда Семиш кўклам катари касаллигини кўзнинг алоҳида касаллик тури сифатида офтальмология фанига назологик бирлик қилиб киритишни таклиф этди.

Шунга қарамай кўклам катари касаллигининг келиб чиқиши ҳозиргача номаълум бўлиб, адабиётлардаги маълумотларда ушбу масала муаммолигича қолмоқда.

Кўклам катари касаллигининг келиб чиқиш масаласида бир қанча теориялар мавжуд бўлиб, бу теориялар ҳозирги пайтга қадар гипотеза каби исботланмади.

Кўклам катари касаллигининг келиб чиқиши ва ривожланишини муаллифлар ўз тажрибаларига таянган ҳолда турлича асослайдилар.

Кўклам катари касаллигининг келиб чиқиши ҳақидаги олимларнинг яратган назариялари бир ёқлама ва бахсли бўлсада бироқ уларнинг олдинга сурган ғоялари билан танишишни жоиз деб биламиз.

Кўклам катари касаллигининг келиб чиқишида инфекцион омиллар назарияси.

Бу назарияга 1956 - йил П.Н. Журина тамонидан асос солинди. Микробиологик текширишларнинг ривожланиши оқибатида кўклам катари касаллигини келиб чиқишида замбуруғлар муҳим аҳамият касб этади. П.Н. Журинанинг текшириш натижалари шундан иборат бўлдики, кўклам катари касаллигининг келиб чиқишида вируслар ҳам ўз таъсирини кўрсатади. Бу эса ўз навбатида кўклам катари касаллигини вирусли назария билан боғлаб юборди. Кўклам катари касаллигида олинган биопсия натижалари текширилганида хужайра ичи компонентларида вирусли табиатга эга бўлган хосилалари топил-

ган, бу назария унчалик ўзини оқламади.

1957 - йилда Н.С. Зайцева П.Н. Журинанинг фикрини ривожлантириб, хусусий текширишлари натижаларига асосланган ҳолда, касалликнинг келиб чиқишида сил, сифилис ва бошқа касалликларнинг маълум ўрин тутишини ва шу мулоҳазасини масала сифатида офтальмологларнинг эътиборига ҳавола этди.

1962 - йили Э.С. Гогодзе ўзини номзодлик диссертациясида инфекцион назарияни олдинга сурди. Муаллиф текширишлар натижасида 100 та бемордан 5 тасида ўпкасида инфильтратив ўчоқ топганлигини, 5 тасида сил касаллигига хос бўлган ўзгаришлар борлигини, 8 та беморда бронх безларининг кенгайганлигини кўрсатиб ўтади. Э.С. Гогодзе ушбу изланишларида 5 та беморда Пирке реакцияси суут, 30 та беморда мусбат, 5 та беморда манфий бўлганлигини такидлайди. Бунда муаллиф беморларда лимфатик аденопатия сезиларли ва сезиларсиз даражада эканлигини аниқлаб, бу ҳолатни иқлим билан боғлаб тушунтирди.

1932 - йилда италиялик олим Г. Лагранжи кўклам катарини касаллигини келиб чиқишида инфекцион - токсик таъсир омиллари ҳақида ўзининг “Кўклам катарини касаллигининг ўчоғи” номли асарида кўрсатиб ўтганди. Кўклам катарини касаллиги ёш болаларда ва кўпроқ ўғил болаларида учрашини кўрсатиб ўтади. Муаллиф бундай ҳолатга қуйидагича баҳо беради: вазоматор ностабиллик, ваготония асосан эндокрин бузилишлар ва шунга ўхшаш ўзгаришлар этиологик аҳамиятга эга.

Кўклам катарини касаллигини келиб чиқишида эндокрин ўзгаришлар назарияси.

1932 - йили Г. Лагранжи эндокрин безлардаги у ёки бу ўзгаришларнинг кўклам катарини касаллигини келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкинлигини асослаб берди. Муаллиф бу касаллик ўғил болаларда гипогонадизм оқибатида учрайдиган бўлса, қиз бола-

ларда эса овариал ўзгаришлар натижасида келиб чиқади деган хулосага келди.

Кўклам катари касаллигини келтириб чиқарувчи омилларидан бири қуёш ультрабинафша нурларининг таъсири назарияси.

Бу назарияга биринчи бор Аксенфельд 1907 - йилда асос солди. Қуёш ультрабинафша нурларининг таъсири тўғрисида 1914 - йилда Д. Гавара кўклам катари касаллигининг келиб чиқишига сабаб бўлади деган фикрни билдирган. Бу назариянинг тарафдорлари бўлмиш Ж. Бреч ва Ю. Гисвальдлар 1932 - йилда ўзларининг олиб борган тадқиқотлари асосида кўклам катари касаллиги келиб чиқишига фақатгина қуёш ультрабинафша нурларининг ўзигина сабаб бўла олмаслигини ҳам қайд этиб ўтишган. Улар текширувлар ўтказиб, қуёш ультрабинафша нурлари Арктика ва Антарктида қитъаларидаги қиш ойларида, ернинг оғиш бурчаги остида бошқа минтақаларга нисбатан, қуёш ультрабинафша нурлари кўзга тикроқ тушишини, ва бу ердаги кўклам катари касаллиги билан оғриган сайёҳларда эса шу касаллик қайталанмаётганлигини кузатиб, қуёш ультрабинафша нурларининг ўзигина кўклам катари касаллигига сабаб бўла олмаслигини тушуниб етишди ва ёзиб қолдиришди.

1915 - йилда Д. Гарвар, касаллик фақат ташқи таъсиротлардан эмас, балки ички ўзгаришларнинг ҳисобидан келиб чиқади деган фикрни билдириб, кўклам катари касаллигининг патогенезида гематопорфирин асосий ўрин тутди деб таъкидлади.

Кўклам катари касаллигини келиб чиқишида ўсимликларга боғлиқ назария.

1855 - йилда Л. Десмарсс ўсимликлар билан боғлиқлиги бор

дея ягона фикрни олдинга сурди. Унинг фикрича ўсимликлар чанги кўклам катари касаллигини патоген омилларидан бири ҳисобланади. Десмарсснинг фикрича, кўклам катари касаллиги илк баҳор ойларида, ўсимликлар кўкариши билан бошланади. Шунинг учун ҳам у “кўклам катари” терминини офтальмология фанига олиб кирди. Бу назариянинг тарафдорларидан бўлмиш немис олими Г. Гутман 1945- йилда тери ва тери ичи синамаларини қўйиб мусбат натижаларини олди. Л. Десмарсс ва Г. Гутманлар “Тиб Қонунлари” китобидаги битик ва ёзувларга қарата ўз фикрларини олдин суришган деб биламиз. Бунданда минг йил илгари буюк олим тиб илмининг намоёндаларидан бири Абу Али Ибн Сино ўз асрларида касаллик бобида, “кўклам баҳори” атамасини қайд этиб ўтганлар.

1946 - йилда А. Фенберг замбуруғларга нисбатан тери ичи синамасида мусбат натижа олиб, бу чанг замбуруғи эканлигини исботлаб берди. Бунда текшириш айнан кўклам катари билан хасталанган беморларда олиб борилган эди. Бу эса кўклам катари касаллигининг келиб чиқишида кичик хужайрали замбуруғлар назарияси юзага келишига биринчи учқун эди.

Кўклам катари касаллигини келиб чиқишида микроорга-
низмларнинг таъсири назарияси.

Ушбу назарияга 1959 - йил Р. Нэуманн тамонидан асос солинди. Унинг фикрича танадаги микроорганизмлар ҳисобидан кўклам катари касаллиги келиб чиқиши, қўйилган синамалар ижобий нишон натижасини берганлиги асос бўлади. Муаллифлар бу борадаги изланишларида кўклам катари билан хасталанган 40 нафар бемордаги текширишлар натижаларига асосланиб микроорганизмлар назариясини олдинга қўйди, бироқ бу назария ҳам ўзини тўлиқ оқламади.

Кўклам катари касаллигини келиб чиқишида организмда

кальций етишмаслиги назарияси.

Бу назарияга биринчи бор 1948 - йилларда Ж. Лионс асос солди. Муаллиф 100 нафар бемор қонини олиб текширганида кальций миқдорининг камлигини аниқлади. Текширувда олинган натижалар қуйидагича баҳоланди:

1. Организмга тушувчи кальций миқдорини камлиги.
2. Тушган кальцийнинг ўзлаштирилмаслиги.

Бунинг натижасида юқорида кўрсатилган омиллардан бирининг кузатилиши туфайли кўклам катари касаллиги келиб чиқади деган ғоя олдинга сурилди.

Кўклам катари касаллигининг ривожланиши иқлимга боғлиқлиги тўғрисидаги назария.

Бу назарияга биринчи бор 1907 - йили Аксенфельд асос солди. Кўз аллергиясиз касалликларининг иссиқ иқлим минтақаларида тарқалиши бошқа минтақаларга нисбатан кенгроклигига кўпчилик йирик олимлар эътибор беришган.

Халқаро Соғлиқни Сақлаш Жамиятининг маълумотларига асосан кўклам катари касаллиги ер шари Африка, Лотин Америка, Евро-Осиё қитъаларининг тропик, субтропик иқлим минтақаларида кенг тарқалгандир.

Кўклам катари касаллигини келиб чиқишида ирсиятнинг ўрни ҳақидаги назария.

Олимларнинг кузатувлари шуни кўрсатадики, ёш болаларда учрайдиган кўпчилик касалликлар насл билан боғлиқ. Аллергиясиз касалликларни деярли барча турлари наслдан-наслга ўтиши хужайра назарияси ва ген инженерияси орқали тушунтирилди ва исботлаб берилди.

Кўклам катари касаллигини ирсият билан боғлиқлигини

1916 - йили поляк олими Боттер бир ойлик сут эмувчи болада кўклам катари касаллиги учраганлиги, ўз навбатида касаллик болага отасидан ўтганлигини ўзининг кузатишларида ёзиб қолдирганди.

Иммунологик назария.

Бу назария 1987-1988 - йиллари И.И. Кролевская тамонидан ўрганилди. Текширишлар натижасида кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларда Т- тизимли лимфоцитлар миқдорининг ўзгариб туриши, иммуноглобулинларнинг кўрсаткич даражаларини чап тамонлама силжиб туриши кўклам катари касаллиги билан аллергия касалликлар ўртасидаги ўхшашликлар бир-бирини тўлдириши тўғрисидаги маълумотлар олинди.

Фикримизга нуфузли олимларнинг кўклам катари этиологиясини ўрганишдаги олиб борган илмий изланишлари касалликнинг маълум қирраларини кўрсатиб берди. Олинган натижалар ушбу хасталикни полиэтиологик патология деб қарашга асос бўлди. Шу сабабли унинг патогенезини чуқур ўрганиш даволаш муолажаларининг самарадорлигини ошириб, профилактик тадбирларни кенг кўламда олиб боришга пойдевор яратди.

Кўклам катари касаллигини дори-дармонлар билан даволаш усуллари

Ҳозирги кунда кўклам катари касаллигини турли хил даволаш усуллари ишлаб чиқилган бўлиб, улар иккўклам катарии катта тизимдан иборат:

1. Умумий даволаш усуллари.
2. Маҳаллий даволаш усуллари.

Юқорида кўрсатилган усуллардан бирини танлаш учун касалликнинг клиник шаклига, оғирлик даражасига, кечиш

даврига, ҳамда берган асоратига боғлиқ ҳолда қараш лозим.

Умумий даволаш усуллари бир қанча гуруҳларга бўлинади:

1. Носпецифик дезаллергизация терапияси

1949-1957 - йилларда Л.Г. Исаенко ва А.Б. Коленьколар тамонидан ишлаб чиқилди. Бу усул Лионсинг кальций етишмаслиги назариясига асосланган теорияси асосида ишлаб чиқилган даво чораси бўлиб, 10% ли кальций хлор эритмасини бир ош қошиқдан кунига уч маҳал ичишлик, 0,05 гр ли Димедрол таблеткасидан кунига икки маҳал ичишлик, 0,5 гр ли кальций глюконат таблеткасидан эса кунига уч маҳал ичишлик даво курсини ўз ичига олади.

Витаминлар терапияси

1947-1949 - йиллари Стерин, Кадликова ва Гутманнлар таклиф қилишган. Кўклам катари касаллигини даволашда 10 мг Рибофлавин қўллашган. Бу препарат ҳам витамин, ҳам антигистамин хусусиятларига эга бўлган воситадир.

Даво курси, Гутманнинг фикрича кўклам катари касаллигининг клиник симптомлари чекиниб кетишигача ҳар куни қабул қилишликдан иборат.

Антибиотиклар билан даволаш

1962 - йилда Э.С. Гогодзе тамонидан таклиф қилинган. Бу даволаш усули вирусли назарияга асосланган. Ҳозирги кунда ушбу усул кўклам катари касаллигининг асоратли шаклларини даволашда гормонлар билан биргаликда қўлланилади.

Тўқима терапияси

Академик В.П. Филатов тамонидан 1948 - йилда таклиф этилганди. Муаллифнинг таъкидлашича кўклам катари касаллигини даволашда ушбу усулдан олинган натижалар кутилаётгандан кўра аъло даражада эди. Бу усул ҳозирги кунда хорижий давлатларда кенг қўлланилмоқда. Бунда балиқ ёғи, плацента ва алоэ экстрактлари ёрдамида даволашдан олинган натижалар юқори самара бермоқда. Шу билан бирга касалликнинг қайталаниши бошқа даво чоралардагига нисбатан кам.

Комплексли электрофорез усуллари

1980 - йиллардан бошлаб, кенг қўлланилди. Кўклам катари касаллигида бактериологик таҳлиллار ўтказилганда стафилококлар, стрептококлар айрим ҳолларда Моракс-Аксенфельд диплобациллалар топилди. Бу эса конъюнктивал қопчага антибиотиклар билан бир қаторда 3% ли кальций хлор, 0,1% ли адреналин эритмалари физиотерапевтик усулда юборишга асос бўлди. Даво курсига гидрокортизон, танин, кальций глюконат, димедрол, рибофлавин ва поливитаминлар билан электрофорез, ҳамда УВЧ терапияси қўшиб олиб борилди.

Иммунотерапия усули.

Антилимфоцитлар иммуноглобулин терапияси биринчи бор 1987 - йили И.И. Кролевская томонидан қўлланилди. АлИГ нинг 0,5 ва 0,25 нисбатдаги 0,1-0,2 мл титрланган эритмаси 2-3 кун оралиқ билан конъюнктива остига синамадан сўнг юборилади. Бу усул офтальмологлар томонидан ҳозирги кунда кенг қўлланилмоқда. Шунга қарамай даво курсидан сўнг касалликнинг қайталаниши кузатилмоқда.

Аспирин терапияси

1998 - йил Бостон университетининг профессори М.В. Abelson тамонидан ишлаб чиқилган. Кўклам катари касаллигини асосий патогенетик омиллари орасида простогландин Д₂ муҳим ўрин эгаллайди. Аспирин таблеткаси қўлланилиши циклооксигеназадан простогландин Д₂ ажралиб чиқишининг олдини олишга қаратилган. Бу усул кўклам катари касаллигини даволашдаги илк қадамлардан биридир.

Маҳаллий даволаш усуллариининг ўзи ҳам бир неча гуруҳларга бўлинади:

Гормонлар билан даволаш усуллари

1956-1966 – йилларида М.Л.Краснов, М.Г. Марголис, Р.Л. Григорьянц, М.К. Комилов, Е.И.Ковалевский, С.К. Васильев, С.Б. Розовская, К.А.Али-Зада, А.Г. Сулеймановлар тамонидан ишлаб чиқилган. Бу усул эндокрин назариясига асосланган бўлиб, гормонларнинг барча турларини ўз ичига олади.

Ҳозирги кунда стероидларни томчи, мазъ, инъекциялар шаклида ишлатиш кенг тарқалган. Бугунги кунда 0,5% ли 1% ли кортизон, 0,5% ли 2% ли Гидрокортизон суспензиялари, 0,1% ли Дексаме-тазон, Дексазон, Дексонлар ишлатилмоқда. Айни вақтда “Алкон” компаниясининг гормон воситаларидан 0,1% ли Макситрол, Максидекс кенг қўлланилмоқда.

Ишқорлар ва кислоталарнинг сувдаги эритмалари билан даволаш

1876 - йилида Семиш таклиф этган. Бу усул бўйича ҳозирда 2% ли борат кислотасининг сувдаги эритмаси, калий перман-

ганатнинг 1:5000 лик сувдаги эритмаси қўлланилмоқда.

Таркибида адреналин бўлган хосилалар билан даволаш усуллари.

Кўклам катари касаллигини клиник симптомларидан бири кўзнинг қизариши бўлганлиги сабабли ушбу воситалар қон томирларни торайтириш хусусиятини ҳисобга олган ҳолда ишлатилмоқда. Ҳозирда адреналиннинг 1:1000 ли эритмаси, 1% ли Эпинефрин битартарат, 0,05% ли Титизин, 0,1% ли Африн шулар жумласидан бўлиб, бир томчидан кунига уч маҳал томизилади.

Рентгено - радиологик терапия.

1952 - йилда Жлиф биринчи бор бетта радиация нурларидан фойдаланиб 60 та беморда ушбу усулни қўллади. Собик Иттифокда ушбу усулни биринчи бор М.М. Балтин ва Д.И. Зацепинлар 1953 - йил қўлаб қўришганди. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, ушбу муолажалардан сўнг кўклам катари касаллиги қайталанади. Л.Г. Исаенко ўз изланишларида назоратида 27 та бемор бўлганлигини, уларга рентгено-радиологик даво ўтказилгандан сўнг аксарият беморларда касаллик қайталанганлигини 1960 - йилда таъкидлайди .

М.М. Балтин бир маротабали нурлантириш миқдорини 25 рад дан 62 рад гача белгилайди. Бунда нурлантириш учун маълум ҳимоялаш мосламалари қўрғошиндан ишлаб чиқилган.

Фитонцидли терапия

Озарбайжон К К И Т институтида С.Н. Мирзажонова тамонидан 1979 - йили ишлаб чиқилди. Бунда кўклам катари касаллигини даволашда саримсоқнинг 1% ли эритмасидан фойдаланилди. Олинган натижалар бошқа усулларга нисбатан

анча самарали бўлиб, клиник белгилар даво курсидан эртароқ чекинган. Лекин фитонцидли терапиядан сўнг касалликнинг қайталаниши кузатилади.

Нурларни филтрлашлик билан даволаш усули.

Бу усул энг эски усуллардан бири бўлиб, Гисвальд тамонидан 1932 - йилда таклиф қилинган. Кўклам катари касаллиги келиб чиқишида ультрабинафша нурлари ҳақидаги теория асосида ушбу усул ишлаб чиқилган бўлиб, кўзга тушувчи ультрабинафша нурларнинг таъсир даражасини 50% миқдорига қисқартиришга қаратилган. Бу усул яшил ва қора кўзойнаклар ёрдамида амалга оширилади. Ҳозирда ушбу усул кенг кўламда тавсия қилинмоқда.

ЙИҒИЛГАН МАЪЛУМОТЛАР ВА ҚЎЛЛАНИЛГАН УСУЛЛАР

Кўклам катари билан хасталанган беморларни шикоятлари асосан; кўзларининг қизаришига, кўзида қичишиш аломатларини бўлишига, кўзни ёруғликка қамашишига, кўздан ёш оқишига, ҳамда кўриш ўткирлигини пасайишига, бўлиб юришга меҳнат фаолиятини олиб боришга қийналишади.

Ўрганилган беморларнинг клиник тавсифи

Биз илмий изланишларни Республикамизнинг жанубий вилоятларидан Бухоро, Навоий, Самарқанд, Қашқадарё ҳамда Сурхондарёда олиб бордик.

Кўклам катари касаллиги ушбу вилоятларда кўзнинг кенг тарқалган аллергия касалликларидан бири бўлиб ҳисобланади. Тўпланган маълумотлар таҳлил қилинганида кўклам катари касаллигининг янги таснифини ишлаб чиқиш зарурияти сезилди.

Ҳозиргача кўклам катари касаллигининг икки хил таснифи маълум эди. Биринчиси 1870 - йил немис олими А.Ф. Греффе тамонидан таклиф этилган классификация бўлиб, кўклам катари касаллигини клиник (лимбал, палпобрал, аралаш) шакллари ажратиб берган бўлса, иккинчиси 1970 - йили рус олими А.Н. Медведев тамонидан киритилган классификация, касалликни оғирлик даражаси бўйича (енгил, ўрта оғир, оғир) фарқловчи турларини аниқлаб берди. Ушбу таснифларнинг ҳар бири, касаллик кўриниши ва клиник кечишининг айрим тамонларининггина ўз ичига олади. Бу ҳолат касаллик кўклам катари тўлиқ ва

содда баҳо бериш имкониятига эга эмас.

Шу сабабли олдинги таснифларга таянган ҳолда янги классификацияни ишлаб чиқиб, унда касалликнинг этиологик омилларини, қайталаниш даражасини, кечиш хусусиятларини акс эттиришга ҳаракат қилдик.

КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИНГ

ЯНГИ ТАСНИФИ

(Классификацияси)

I. Касалликнинг этиологик шакллари бўйича:

- 1) Наслдан-наслга бериладиган (ирсий)
- 2) Ҳаёт давомида орттирилган

II. Касалликнинг клиник шакллари бўйича:

- 1) Лимбал
- 2) Палпебрал
- 3) Аралаш

III. Касалликнинг оғирлик даражаси бўйича шакллари:

- 1) Енгил
- 2) Ўрта оғир
- 3) Оғир

IV. Касалликнинг асорати бўйича:

- 1) Асоратланган
- 2) Асоратланмаган

V. Касалликнинг қайталанишига қараб:

- 1) Аҳён - аҳён қайталанувчи
- 2) Тез - тез қайталанувчи
- 3) Доим - узлуксиз қайталанувчи

VI. Касалликнинг келишига қараб:

- 1) Ҳуружли
- 2) Кам ҳуружли

Кўклам катари касаллигининг таснифи 1030 та беморни текширув натижасида тўпланган маълумотлар асосида ишлаб чиқилган бўлиб, кейинги бобларда чуқур ёритиб берилган.

Таснифга асосланиб, кўклам катари касаллиги билан хасталанган беморларда даволаш усуллари гуруҳларга ажратиб қўлладик ва ишлаб чиқдик:

Янги дори – дармонлар билан даволанган беморлар

Кўклам катари касаллиги билан хасталанаган беморларни даволашда қўлланилаётган замонавий дори-дармонлар турига асосан учта кичик гуруҳларга ажратдик. Бу дори воситалари hozirda айрим касалликларда кулланилиб, олимлар томонидан уларнинг самарадорлиги урганиб чиқилмоқда.



Биринчи кичик гуруҳ беморларида “Алкон” фирмасининг Аломид дори воситаси қўлланилди. Бу гуруҳда 15 нафар 4 ёшдан 20 ёшгача бўлган беморлар бўлиб, уларнинг ўртача ёши $11,3 \pm 0,9$ ни ташкил қилади. Жинси бўйича 12 та (80,00%) ўғил бола, 3 та (20,00%) қиз боладан иборат. Касалликни клиник шакллари оғирлик даражалари бўйича: лимбал шаклининг енгил даражаси 3 та (20,00%) лимбал шаклининг ўрта оғир даражаси 5 та (33,33%), аралаш шаклининг енгил даражаси 1 та (6,67%), аралаш шаклининг ўрта оғир даражаси 6 та (40,00%) беморда кузатилди. Шулардан 33,33% ни (5 та бемор) шаҳарда яшовчилар, 66,67% ни (10 та бемор) қишлоқ аҳолиси ташкил

қилди.

Иккинчи кичик гуруҳдаги 15 та беморга “Алкон” фирмасининг ТобраДекс дори воситасини қўлладик. Улар 3 дан 15 ёшгача бўлган беморлар бўлиб, ўртача ёши $9,9 \pm 0,9$ ни ташкил қилди. Жинси бўйича 13 та (86,67%) ўғил бола, 2 та (13,33%) қиз боладан иборат бўлди. Ушбу даволаш усули касаллик шакллари-нинг оғирлик даражаси бўйича: лимбал шаклининг енгил даражаси 4 та (26,66%), палпебрал шаклининг енгил даражаси 1 та (6,67%), лимбал шаклининг ўрта оғир даражаси 8 та (53,33%), палпебрал шаклининг ўрта оғир даражаси 1 та (6,67%), аралаш шаклининг енгил даражаси 1 та (6,67%) беморда қўлланилди. Бу беморлардан 6 та (40,00%) си сахар аҳолиси, 9 та (60,00%) бемор эса қишлоқ шароитида яшайди.



Учинчи кичик гуруҳдаги 15 та кўклам катари касаллигининг

хар хил клиник шакллари ва оғирлик даражалари билан хасталан-ган беморларда “Шеринг-Плау” фирмасининг Африн дори воситаси қўлланилди. Ушбу гуруҳни 6 дан 20 ёшгача бўлган, ўртача ёш $10,5 \pm 1,0$ га тенг беморлар ташкил қилиб, жинси бўйича 12 та (80,00%) ўғил бола, 3 та (20,00%) қиз боладан иборат. Касаллик-ни клиник шакли ва оғирлик даражаси бўйича: лимбал шаклининг енгил даражаси 4 та (26,66%), лимбал шаклининг ўрта оғир даражаси 7 та (46,68%), аралаш шаклининг ўрта оғир даражаси 7 та (46,68%), аралаш шаклининг ўрта оғир даражаси 4 та (26,66%) беморда ушбу даволаш усули қўлланилди. Бу беморлардан 7 таси (46,68%)



шахар аҳолиси бўлса, 8 та (53,32%) бемор қишлоқда яшовчилар эди.

Касалликнинг оғирлик даражалари, касаллик даврийлигини белгилайди. Касалликнинг даврийлиги ўз навбатида, касалликни клиник шакллари асоратланишини кўрсатади. Асоратланиши бу ташқи омиллар натижасида келиб чиқади. Ташқи омиллар ўз навбатида, яшаш шароити билан боғлиқ бўлади. Жинс ўз навбатида ташқи омилларган нисбатан, ўзгаришларни белгилайди. Бу белилаш организмнинг жавоб реакцияси билан баҳоланади.

Кўклам катари касаллиги оқибатида кўриш ўткирлиги, касалликнинг берган асоратларига қараб, ўзгаради. Касалликни клиник шакллари оғирлик даражаси қанча оғирроқ бўладиган бўлса, асорат ҳисобида криш ўткирлиги ҳаттоки 0,1 данда пасаяди. Айниқса касалликни аралаш клиник шакллари оғир даражаларида, бундай ҳолатлар қайд этилади.

Назорат кузатув гуруҳи

Кузатув гуруҳимизда Гормонлар билан даволаш усуллари 31 та кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларди ўтказдик. Бу гуруҳда беморларнинг ёши 7 дан 18 гача бўлиб, ўртача $12,7 \pm 0,5$ ёшни ташкил қилди. Жинси бўйича 26 та (83,87%) ўғил бола, 5 та (16,13%) қиз боладан иборат. Касалликнинг клиник шакллари бўйича: лимбал шаклининг ўртача оғир даражаси 13 та (41,94%), палпебрал шаклининг ўртача оғир даражаси 3 та (9,68%), аралаш шаклининг ўртача оғир даражаси 13 та (41,94%), лимбал шаклининг оғир даражаси 1 та (3,22%), палпебрал шаклининг оғир даражаси 1 та (3,22%) беморда учради. Булардан 9 таси (29,03%) шаҳарда яшовчилар, 22 таси (70,97%) қишлоқ аҳолиси эди.

Кўклам катари касаллиги билан хасталанган беморларда ўтказилган офтальмологик текширув усуллари

Биз кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларнинг кўз ҳолатини аниқлаб, баҳолаш учун қуйидаги офтальмологик текшириш усуллари ўтказишни ўз олдимиздаги режага киритдик:

1. Визометрия - кўриш ўткирлигини аниқлаш усули Сивцев - Головин жадвали ва Германия “Карл Цейс Иена” фирмасининг М- 110 русумли проектори ёрдамида коррекциясиз ҳамда коррекция берилиб ўтказилди.

2. Периметрия - кўриш майдони чегарасини аниқлашни Маджор периметри ёрдамида оқ рангга, сакўклам катариизта меридиан бўйича аниқладик. Ҳаракатланувчи акс кенглиги ва ёруғлиги (III, 3 мм) ни ташкил қилди.

3. Тонометрия - кўз ички босимини аниқлашда 10 граммли Маклаков тонометридан фойдаланилди.

4. Биомикроскопия усули Н.Б. Шульпина бўйича ТА-65 русумли биомикроскоп (тирқишли чироқ) ёрдамида ўтказилиб, кўклам катари касаллигининг конъюнктивал қавати ва конъюктивадаги қон томирлар ҳолатини баҳолаш мақсадида қўлланилди. Биомикроскопияда сирпанувчи ёритиш усулидан фойдаланилди.

5. Гониоскопия усулини кўзнинг олд камера бурчаги ҳолатини баҳолашда ишлатдик. Бу усулда Т 64-1-31,05 русумли Гольдман гониоскопидан фойдаланилди.

6. Рефрактометрия - кўз шаффоф қисмларининг нур синдириш кучини объектив текшириш усулларида скиаскопик жадваллар ёрдамида уфқли соя ҳисобида аниқладик.

7. Кўз ёш йўллариининг ўтказувчанлигини баҳолаш учун, уларни зондлаб, Фурациллиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмаси билан шприц ва тумтоқ игна ёрдамида ювиш усулидан фойдаландик.

8. Ёндан ёритиш усули офтальмоскопнинг 13 диоптрияли лупаси ёрдамида бажарилди.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларнинг кўз ҳолатини баҳолаганда қуйидаги мезонлардан фойдаланилди:

1. Шикоятлари. Беморнинг шикоятлари асосан кўзининг доимий қизариб туриши, қичишиши, ачишиб оғриши, ёруғликка қарай олмаслик, кўзда ёт жисм хиссиётининг бўлиши, кўзнинг ёшланиши, ҳамда шафақланиши ва қуриш ўткирлигининг пасайишидан иборат.

2. Касалликнинг клиник белгиларини икки тамонлама баробар учраши.

3. Касалликнинг ҳеч бир сабаб - ҳолатлар билан боғлиқ эмаслиги, ҳамда касалликни илк баҳор ойларида бошлаб, то кеч кўзнинг охирги ойларида давом этиши ва наслдан-наслга ўтиши.

4. Ёндан ёритиш усулида текширилганда касалликнинг пальпебрал шаклида юқори қовоқ конъюнктивасининг шиши, гиперемияси, ялтироқлигининг йўқолиши ва унда “тош йўлак” симон ўсимталарнинг аниқланиши, касалликнинг лимбал клиник шаклида эса перикорнеал инъекция, лимб кенглигининг 1 мм дан ортиқ бўлиши, шох парда периферик қисмларига конъюнктива қаватининг ўсиб ўтиши.

5. Визометрик текширувларда кўриш ўткирлигининг меёрга нисбатан пасайиши.

6. Кўз ёш йўллари ўтказувчанлиги текширилганда ёш нуқталари ва ёш ўтувчи найчалари соҳасидаги салқин натижа-сида кўз ёши ўтишининг бузилиши. Бунда кўз ёшининг турли

хасталиклар жараёнида ўзгариши муҳим ўрин тутди.

Махсус ва умумий текшириш усуллари

Кўклам катари касаллигини даволашда даво натижаларини баҳолаш мақсадида давогача ва даводан сўнг махсус аллергологик текшириш усуллари қўлладик.

Иммуноферментли таҳлил

Кўклам катари касаллиги аллергик касалликларнинг тез кечувчи турларидан бири бўлиб, шу сабабли, касалликнинг тавсифига мос ҳолда иммуноферментли таҳлил текширув усуллари танлаб олдик. Бу усул “ин витро” қўлланилувчи тўпламдан иборатдир. Реаген моддалар аллергик реакция жараёнида иммуноглобулинларнинг “Е” синфини аниқлашга йўналтирилган.

Таҳлил тўпламининг тавсифи

“IgE Умумий ИФТ KOBAS KORE”-“СЕНДИВИЧ” бўйича бир босқичли, қаттиқ фазали иммуноферментли усул ҳисобланади.

“Сендивич” бўйича IgEга нисбатан иккўклам катариита юқори махсус моноклонал (мушак) антитана қўлланилади.

Пероксидаза ва IgE антитана конъюгатаси, калибр синамаси ҳамда кузатув зардоби бир вақтнинг ўзида IgE антитана билан қопланган шарчалар бемор синамаси билан бирга инкубация қилинади. Инкубация даврида IgE шарчалар антитанаси ва

конъюгата антитанаси “Сендивич” мажмуасини ҳосил қилади. Ҳосил бўлган шарчалар ювиндиси ишчи субстрат эритмаси билан инкубация қилинади.

Кузатув зардобии ва бемордан олинган намуна, калибр синамасининг оптик зичлиги билан бирга $L=450$ нм да аниқланади.

Ишлатилувчи тўпламнинг таркиби

Қўлланиладиган тўпламнинг таркиби қуйидагилардан иборат:

1. Бир пенал дисперс - 100 дона IgE нинг антитанаси билан қопланган шарчалардан иборат.

2. Пероксидаза билан конъюгирланган IgE нинг антитана эритмаси. 1 флаконда 25 мл эритма бўлади.

3. 10 ХБ/мл концентратли IgE ни калибр синамаси бемор намунасини суюлтириш учун 500 ХБ/мл юқори концентрланган IgE нинг эритмасидан фойдаланилади. 1 флаконда 8 мл эритма бўлади. Тўртинчи калибр синамасини ўтказишда одам IgE сининг миқдори сақланган 10 ХБ/мл (3Б), 100 ХБ/мл (3с), 200 ХБ/мл (3д), 500 ХБ/мл (3е) концентратли эритмаларидан фойдаланилди.

4. Тўртта флакон мавжуд бўлиб, ҳар бир флакон 0,8 мл эритма сақлайди.

5. Бир флакон қуйидагича таркибга эга: ТМБ (3,3.5,5 тетраметилбензидин) 5 ммоль - субстрат эритмаси ва 14 мл диметилсульфоксиднинг 7/3 нисбатдаги сувли эритмасидан ташкил топган.

6. Субстрат буфер H_2O_2 -водород перексиднинг (3ммоль) миқдори ва (31 ммоль) цитрат буфердан иборат бўлиб ишлатишда 56 мл қўлланилади.

7. 110 мл 48% ли сульфат кислотасининг 2 флакони

ишлатилади, 4 дона уяли штатив.

Эслатма 8, 10, 12 реактивлар 200 тагача аниқлаш учун мўлжалланган.

2,3. Тўплам 100 та таҳлил учун мўлжалланган бўлиб, шулардан 44 та ноаниқ дубликатли, 5 таси калибр синамаси учун, 1 та кузатув синамаси учун мўлжалланган. Калибр синамасининг фотометр таҳлили ҳам шулар ичига киради.

2,4. Таҳлилнинг даврийлиги 40 минутни ташкил қилади.

Таҳлилни ўтказиш учун керак бўлган намуналар,
реактивлар ва асбоблар.

Силкитиб аралаштириш учун ҳамда инкубация қилиш учун инкубатор <Roche> EIA Incubator шарчаларни ювиш учун мўлжалланган мослама <Roche> EIA Washer текширилувчи синаманинг оптик зичлигини аниқлаш учун фотометр <Roche> EIA Photometer. Базель Швейцариянинг “Ф. Хофманн-Ла Рош” концерни маҳсулотлари. Оптик зичлик =450 нм тўлқин узунлик миқдорида ўлчанади. Ишлатиладиган томизгичлар ярим автомат бўлиб, бир маротаба қўллаш учун мўлжалланган учки мосламалардан иборат. Булар - 50, 200, 250, ва 1000 мкл олиш учун мўлжалланган. Томчилатиш натижасида олинган натижаларнинг ўхшашлиги ўртача миқдори маъно жиҳатдан синалган.

Таймер: - 50 мл қопқоғи буралиб ёпиладиган кимёвий жиҳатдан тоза шишадан ясалган тўқ рангли флакон. ГОСТ 6709-72 бўйича деионизациялашрилган ёки дистилланган сув.

Реагенларни тайёрлаш ва таҳлил ўтказиш.

6,1. Ишчи субстрат эритмаси иммунологик таҳлилни

бошлашдан 10 минут олдин тайёрланади: Ишчи субстрат эритмаси 1 хажм ТМБ (8) H_2O_2 - водород пероксид, буфер субстратининг 4 хажми (10) билан аралаштирилади ва қуйидаги жадвалга тўғри келади (1-жадвал).

Охиста силкитиб аралаштирилади, бу 8 соат давомида эритмани $15-25^{\circ}C$ ҳароратда қоронғи жойда сақлаш талаб этади: Бунда тўқ рангли идишлардан фойдаланилади. Идишлар деионизациялаштирилган ёки дистилланган сув билан чайилган бўлиши шарт!

6.2. Тахлил учун пробиркалар дубликат ҳолатда қуйидаги тартибда маркерланади: калибр синамаси С1-С5, К - кузатув зардобини, Пх - текширилувчи синама, Фп - фотометр калибри учун фонли синама.

Ишчи субстрат эритмаси иммунологик тахлили

1-Жадвал

Тах.Кил.Про. №	Суб.Эр.Тмб (8) мл.	Суб.Бу. H_2O_2 (10) мл.
19	1	4
38	2	8
57	3	12
76	4	16
95	5	20
113	6	24
114	7	28
152	8	32

синамаси ва кузатув зардобини охиста аралаш-тиришдан мақсад кўпиклашмаслиги ва сачраб кетмаслигини олдини олишга қаратилган, реагенлар ва пробиркалар кетма-кетлиги жадвалда

келтирилган тартибда бўлиши шарт (2-жадвал).

6,5. Инкубатор 37°C хароратда пробиркали штатив инкубатор ичига қуйилиб, 15 минут давомида даврий силкитиб турилади. Табиий ва сунъий ёруғликдан сақланиши шарт!

6,6. Рош ювгичидан фойдаланиб шарчаларни ювиб ташлаш қуйидаги дастур асосида (3 каррали 3-5 мл хажмли ювиш) бажарилади. Бунда дистилланган сув ёки ионсизлаштирилган сувлардан фойдаланилади.

Эслатма: Инкубацияни бир вақтнинг ўзида тўхтатиш мақсадида барча пробиркалар 5 найли ювгичлар учун тартибли равишда тайёрланиб қўйилади.

Реагентлар ва пробиркалар кетма-кетлиги

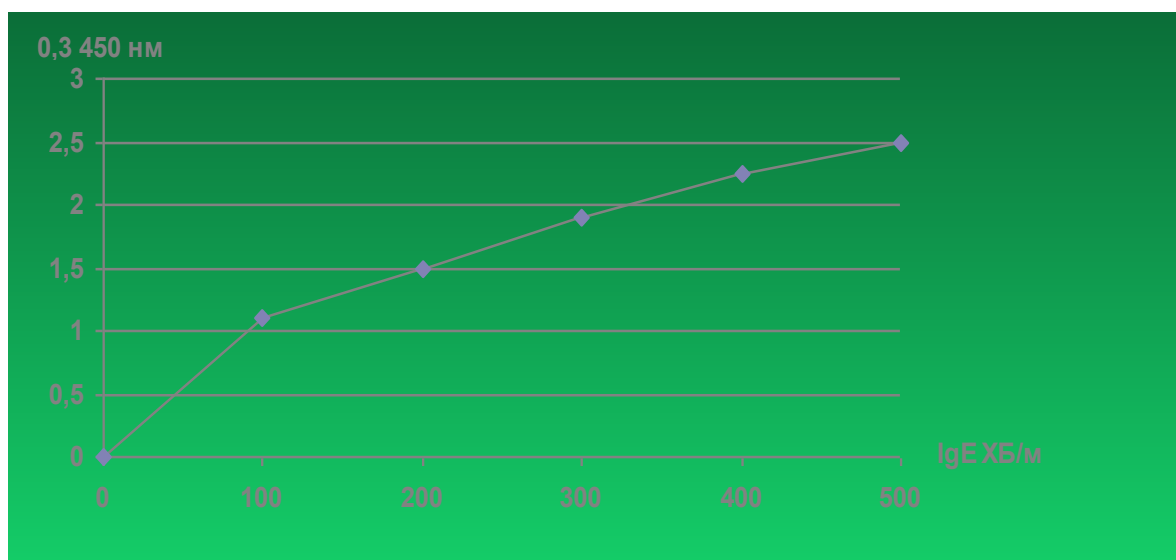
2-жадвал

Реагентлар	Пробиркалар							
	C1	C2	C3	C4	C5	К	Пх	ФП
Кл.сн.(3а) мкл	50	-	-	-	-	-	-	-
Кл.сн.(3б) мкл	-	50	-	-	-	-	-	-
Кл.сн.(3с) мкл	-	-	50	-	-	-	-	-
Конъ.сн.(2) мкл	250	250	250	250	250	250	250	250
Шарчалар	1	1	1	1	1	1	1	-

6,1. Фонли синама қилишда барча пробиркаларга 250 мкл ишчи субстрат эритмасидан қуйилади. Инкубаторда 37°C харорат ҳосил қилиб 15 минут узлуксиз силкитиб, ёруғлик тушмаслиги шарти билан бажарилади.

6,1. 1 мл сульфат кислотадан барча пробиркаларга куйиб чиқилгандан сўнг реакция тўхтатилади. Сачрамаслиги учун секин аралаштирилади. Барча пробиркалардан олинadиган натижалар бир хил бўлишлиги учун муолажа тезроқ бажарилади.

6,2. Ферментли реакция тугагандан сўнг 1 соат давомида калибр синамаси, кузатув зардоби шу тартибда нисбий фонли синама $L=450$ нм тўлқин узунлигида фотометр ёрдамида ўлчанади. (ёруғлик филтрларини талабини қўллашлик асосида)



6,2.1. IgE Умумий ИФТ да “KOBAS KORE” диапозони 0-500 XБ/мл оралиқдаги IgE концентрациясининг миқдорини аниқлайди. Агар IgE концентрацияси бемор намунасида юқори бўлса, унда калибр синамасининг 11 ва 121 маротаба эритмаси билан аралаштирилиб суюлтирилади.

20 мкл намуна билан + 200 мкл калибр синамаси 11 маротаба аралаштирилганда “а” суюлтирилган эритма ҳисобланади.

20 мкл “а” эритмаси билан + 200 мкл калибр синамаси билан аралаштириладиган бўлса, ҳосил бўлган эритма 121 маротаба суюлтирилган эритма ҳисобланади.

Суюлтирилган намуна эритмаси, тўлиқ зардобли намуна би-

лан солиштирилиб 11 маротаба ёки 121 маротаба суялтирилган эритмалардан қайси бирига тўғри келиши аниқланади.

6.2.2. Кузатув синамаси сифатида таҳлил қилинади. Кузатув зардоби (4) таҳлилини ишончлигини аниқлашга ёрдам беради. Олинган натижа кузатувдаги IgE концентрациясига тўғри келади-ган бўлса, унда ишончли деб топилади.

Тўпламнинг таҳлилий тавсифи.

7,1. Калибр синамаси “IgE Умумий ИФТ KOBAS KORE” 11 - Халқаро Стандарт Воситаси сифатида қабул қилинди. Бу X C C Жамиятининг одам иммунологлобулин “Е” синфининг кўрсатмаси асосида тасдиқланиб (2 IRP, 75/502), натижалар НГ/мл ни ўрнида ХБ/мл бирлик қилиб киритилди.

7,2. Спецификлиги: Тўплам моноклонал IgE антитанага нисбатан спецификдир. Булар ўзаро кесишмали IgE, IgM, IgA ёки альбуминда физиологик концентрацияси кузатилмайди.

Сезувчанлиги: IgE концентрациясининг минимал миқдорини аниқлаш қуйидагича (0 ХБ/мл IgE сақлаган калибр синамаси ўрта квадрат оғиш, оптик зичликнинг ўрта арифметик асосига боғлиқ) бўлиб, 0,4 ХБ/мл дан юқори бўлмайди.

Натижаларни тиклаш. Ички таҳлил ва таҳлилларнинг ўзаро вариация коэффиценти 6,5% ва 7,5% ни ташкил қилиб, бар-ча ўлчам диапазонларига жавоб беради.

“Hart” тести, суялтирилган синаманинг ҳисоб кенглиги-дан оғиши, IgE нинг $\pm 15\%$ ни ташкил қилиб маълум миқдорда ўзида сақлайди.

Тест тизимини қўлланилиши “IgE Умумий ИФТ KOBAS KORE”, “hook” натижалар аниқланмади. Вахоланки намуна зардобиди 9000 ХБ/мл гача IgE концентрацияси оптик зичлигининг ошиб туриши, калибр синамаси оптик зичлигининг ошишига

сабаб бўлади. Бунда кўрсаткич концентрацияси максимал даражагача етади.

Клиник текшириб солиштириш

1. Агар IgE концентрацияси 25 ХБ/мл бўлса касаллик борлиги кам даражада ишонарлилигидан далолат беради.

2. Агар IgE концентрацияси 25 дан 100 ХБ/мл гача бўлса касалликдан холи эмаслиги ҳақида фикр юритилади.

3 Агар IgE концентрацияси 100 ХБ/мл дан юқори бўлса касаллик аниқ ташхиси ҳақида икўклам катарииланмасдан фикр юритиш мумкин. Бу кўрсаткичлар касалликнинг қай даражада ривожланаётганлиги эмас, балки касаллик қайси даражада ўзининг кўриниши билан таъсир қилаётганлигини белгилайди. Масалан тамаки чекувчиларнинг қон зардобини таркибида IgE нинг концентрацияси юқори бўлади.

Шунинг учун биз текшириладиган беморларда IgE концентрациясининг кўклам катари касаллигига нисбатан чегарасини белгилаб олиб, 50 ХБ/мл концентарциясидан ошиши касалликнинг борлигидан холи эмаслиги ҳақида фикр юритамиз. 100 ХБ/мл концентарцияда кўклам катари касаллиги тўғрисидаги маълумотларни ишонарли деб биламиз. Кўклам катари касаллиги чегараси 50,5 ХБ/мл юқори чегара ҳисобланади. Соғлом назорат гуруҳларига нисбат олинган.

Қон ва кўз ёши таркибида эозинофилларнинг силжиш микдорини текшириш

Суртмаларни фиксациялаш ва бўяшга тайёрлаш.

1. Қон суртмаларини махсус ишловдан ўтган нозик буюм шишачаларда тайёрланади. Буюм шишачалар олдин ишлатилган ва иммерсион ёғ юқи бўлса, улар кўпикли латта ёки бензин билан артилади. Шишачалар совун ва содасиз 15-20 минут давомида қайнатилади. Бир соатгача сульфат кислотасидаги калий 2 хром эритмасига солиб қўйилади. Шу тарзда тозаланган шишача-

лар бир соат давомида оқар сувда ювилади ва тоза сочиқ билан қуригунча артилади.

2. Агар сульфат кислотасидаги Калий 2 Хром эритмаси бўлмаса ишлатишдан олдин шишаларни 8-10 соат давомида совунли эритмага солиб қўйилади. Кейинчалик шу суюқда 5-10 минут қайнатилади. Шишалар узоқ қайнатилса хиралашади. Қайнатилган шишачалар олиниб оқма сувда ювилиб тоза ёғсиз сочиқ билан қуригунгача артилади.

3. Шишачалар кенг қопқоқли шиша банкаларда сақланади.

Суртмани тайёрлаш.

Суртмани тайёрлаш - буюм шишачани узун томони билан ушлаб уни устки томони билан 0,5-1 см қолдириб қон томчиси текўклам катариизилиб суртилади. қон сурилганда шишага тери тегмаслиги шарт. Кейин енгил ҳаракат билан ўнгдан чапга ва чапдан ўнгга ҳаракатлантирилади. қон томчисини катталиги шундай бўлиши керакўклам катарии, буюм шишачаларини четларидан 1-1,5см қолиши шарт.

Қон томчиси буюм шишачалар бўйлаб суртилиб бўлмагунча шишачалар бир-биридан ажратилмаслиги ва бир-бирига нисбатан қаттиқ сиқилмаслиги керак. Чунки бунда қоннинг шаклий элементлари зарарланиши мумкин. Яхши тайёрланган суртма юқа бўлиб сарғиш рангга киради. Тўқ пушти ва қизил рангдагилар яроқсиз ҳисобланади, чунки қоннинг шаклий элементлари қалин, устма-уст тушиб, бир-биридан фарқлаш қийин бўлади. Суртмани тайёрлагандан сўнг уни хавода тез-тез қуриштилади, чунки секин қуришилганда хужайра морфологияси ўзгариши мумкин. қуришилган суртмани четига оддий қалам билан беморнинг исми, фамилияси ва тайёрланган вақти ёзиб қўйилади. Агар суртма бошқа шаҳарга маслаҳат учун

жўнатиладиган бўлса нур ўтказмайдиган қора қутиларга солиб жўнатилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Қон суртмасининг майдаланиш хусусиятлари.

Қонда фибриногенларнинг чўкиши билан кечадиган касалликларда буюм шишачаси тайёрланган суртма майдаланиш хусусиятига эга бўлади. Бунда оддий хусусиятларга эга бўлган белгиларга алохида эътибор бериш керак.

Суртмаларни фиксациялаш усуллари.

Суртмалар фиксацияланган бўлса, фиксация қилинмаган суртмаларга нисбатан ўз хусусиятларини сақлаган қон шаклли элементлари ҳақида тўлиқ маълумот олиш мумкин бу суртмалар бўёқ таркибидаги сув ҳисобидан эритроцитларнинг гемолизланиши туфайли ўз сифатини йўқотади.

Жихозлар: 1. Пинцет 2. Фиксациялаш учун махсус идиш ёки баландлиги 6-6,5 см узунликдаги стаканлар. 3. Суртмаларни қуритиш учун махсус штативлар. 4. Буюм шишачалари.

Реактивлар: Энг яхши фиксатор - Метанол.

Усуллар: Жуфти билан тахланган суртмалар хавода қуритилгандан сўнг, махсус фиксацияловчи суюқлик билан тўлдирилган идишларга пинцет ёрдамида бир қатор қилиб тахлаб солинади, ҳамда метил спиртида 5 минут давомида сақланади. Этил денатурацияланган спиртда ва Никифорова аралашмасида 30 минут давомида фиксация қилинади. Кейин препаратлар пинцет ёрдамида олиниб хавода қуритилади ва дистилланган сувда чайилиб бўяш учун махсус мослама устига териб қўйилади.

Райт бўйича суртмаларни бўйаш.

Махсус тайёрланган бўёқ фиксатори гранулоцитларга, айниқса базофил ва эозинофиллардаги донодорликни яхши бўйяди.

Идиш ва жихозлар: 1. 250-1000 мл сиғимли шиша колбалар.

2. Кох жихози.

3. Воронкалар.

4. 500 мл ўлчамли цилиндр идиш.

5. Суртма учун штатив.

6. Бўйаш учун кюветли мослама.

Реактивлар: 1. Бўёқ фиксатор (Тиббий метилин кўкига 0,5% ли Na_2CO_3 суюқлиги шундай солинадик қатлам баландлиги 6 см дан ошмаслиги керак). Устига X ва Кох жихози 100 С хароратда 1 соат давомида буғ ҳосил бўлгунгача қиздирилади. Кейинчалик суюқлик совутилади ва филтрланади. Филтрланган суюқлик юқа қатламда пурпур қизғиш рангда бўйлиши керак. 100 мл филтратция + 500 мл 0,1% ли эозин суюқлиги қуйилади. (сарик сувда эрийди)

Иккита суюқлик аралаштирилганда шу захоти чўкма ҳосил бўлади. Шу чўкма филтрланади ва қурилади. Олинган бўёқ тоза метил спиртида 0,1/60 миқдорда эритилдан.

Усуллар: фиксация қилинмай қурилган суртмага бир неча томчи бўёқ томизилиб бир дақиқадан сўнг шунча томчи дистилланган сув қуйилиб 2-3 минутдан сўнг суртма юқи қатлам пушти рангга киргунгача сувда ювилади.

Гистоморфологик текширув усуллари

Кўклам катари касаллигини лимбал, палпебрал ва аралаш клиник шакллариининг ўрта ва оғир даражалари билан оғриган беморларни давогача ва даводан сўнг кўз олма конъюктиваси-

нинг лимб соҳасидан ва лимб атрофидан тўқима бўлаклари олинди.

Кўз олма конъюнктивасидан олинган тўқималарни бўлаклари нейтрал формалинни 10% ли сувдаги эритмасида 72 соат давомида қотирилади, сўнг оқар сувда ювилиб концентрацияси ошиб борадиган спиртларда (70,80,96,100) ва ксилолда сувсизлантирилиб парафинга қуйилди.

Қотирилган парафинли блоклари Микротом ёрдамида қалинлиги 5-8 мкм бўлган гистологик кесмалар олиниб гематоксилинда ва эозинда бўялади.

Гистологик таҳлил учун кесилган кесмани гематоксилин ва эозинда бўяш усули.

1. Олинган кесма қурув шишачаси устига қуйилади.
2. Олинган кесмани парафиндан ажратиш учун ксилолни 3% лик эритмасида 4-5 минутдан ишлов берилади.
3. Олинган кесмани ксилол эритмасидан холи этиш учун спиртнинг абсолют эритмасида 2-3 минут сақланади.
4. Олинган кесмани гидратлаш мақсадида этил спиртининг 96,70% ли эритмасидан ўтказиб 2-3 минут давомида дистилланган сувда сақланади.
5. Гематоксилин билан бўяш учун унинг сувдаги эритмасида 2-3 минут сақланади.
6. Кесмани оқар сув билан, сўнг дистилланган сувда 2-5 минут давомида ювилади.
7. Кесмани эозин билан бўяш учун унинг сувдаги эритмасида 30 секунд, 1 минут давомида сақланади.
8. Кесмани дистилланган сув билан 30 секунд, 1 минут давомида ювилади.
9. Кесмани дегидратлаш учун этил спиртини 70, 96, 100% ли концентрли эритмасида 1-2 минут давомида ювилади.
10. Рангларни аниқ ажралиши учун карбол - ксилол ва

кситол эритмаларида 2-3 минутдан сақланади.

11. Иш кесмани балзамда бўяш билан тугалланади.

Олинган гистологик кесмалар ёруғлик микроскопининг 10, 20, 40 катталиқдаги объективларида ўрганилиб, маълумотларга бой бўлган сохалари расмга олинди.

Кўклам катари касаллигини одатий усуллар билан даволаш

Кўклам катари касаллигини даволашда ҳозирги кунда энг кенг тарқалган усул гормонлар билан даволаш усулидир. Замо-навий тиббиётда гормонларнинг барча хусусиятлари тўлиқ ўрганилиб, амалиётда томчи, суртма, инъекция ва таблетка шаклида ишлатиш барча шифо масканларида йўлга қўйилган.

Биз ҳам илмий иш юзасидан 31 та беморда Дексаметазон дори воситасини томчи сифатида қўллаб, уларни назорат кузатув гуруҳига киритдик. Ушбу беморларда давогача ва даводан сўнг кузатилган офтальмологик текширув натижаларини, иммунологик таҳлил ҳамда қондаги эозинофилларнинг силжиш миқдорини таҳлил асосида ўргандик.

Тавсияга кўра Дексаметазон кўзнинг аллергия касалликларида, тизимли иммунодефицит касаллигида, кўз косасида пролифератив ўзгаришлар бўлганда, симпатик офтальмияда, шох парда трансплантацияси операциялари ўтказилгандан кейинги ҳолатларда қўлланилади.

Кўрсатмага биноан Дексаметазон носпецифик яллиғланишга қарши таъсир кўрсатувчи восита бўлиб, кучли иммунодепрессант ҳисобланади.

Дексаметазонни хусусиятлари қуйидагилардан иборат: сунъий, узоқ вақт таъсир этувчи глюкокортикостероид бўлиб, минеролокортикоид хусусиятлари йўқ. Кортизонга нисбатан 25-

30 маротаба, Преднизолонга нисбатан эса 6 маротаба кучли восита ҳисобланади.

Даво муолажасида Дексаметазонни 0,1% сувли эритмасини кунига 2 томчидан 3 маҳал конъюнктивал қопчага томизиш буюрилди. Даволаш курси 7-14 кунни ташкил этди. Гормонал терапия ўтказиш даврида кўз ички босими ортиши мумкинлигини ҳисобга олиб, уни доимий назорат қилиб турилади.

Кўклам катари касаллигини янги дори - дармонлар билан даволаш

Кўклам катари касаллигини янги дори-дармонлар билан даво тизимини ишлаб чиқиш мақсадида **Аломид**, **ТобраДекс** ҳамда **Африн** кўз томчиларидан фойдаланилди.

Аломид 0,1% ли кўз томсчиси бўлиб, пластик идишларда 5 мл миқдорда “Алкон” фирмаси томонидан ишлаб чиқарилади. Аломид таркибида фаол модда 0,1% ли Лодоксамид ва Бензолкониум хлориднинг 0,007% ли аралашмасини сақлайди. Кўрсатмага кўра ушбу восита кератоконъюнктивит, ўсимтали аллергия конъюнктивит, кўклам катари, атопик ва аллергия кератоконъюнктивитларни даволаш учун мўлжалланган. Клиникфармокологик таъсир доираси: Эозинофилларнинг миграцияси ва дегрануляциясини пасайтиради. Мастоцитларни, ҳамда гистаминга қарши таъсир этиб, шу турдаги медиаторларни стабилизациялайди. Аломид дори воситасининг таъсирини баҳолаш учун 15 та бемор ажратиб, уларга даво муолажасида кунига 1 томчидан 4 маҳал конъюнктивал қопчага томизиш буюрилди. Беморлар даво курси тугагунча назоратимизда турди. Даволаш даври 7 кунни ташкил қилди.

ТобраДекс стерил офтальмологик суспензия бўлиб классик идишларда 5 мл миқдорда “Алкон” фирмаси томонидан ишлаб чиқарилади. ТобраДекснинг таркибидаги фаол моддалар 0,3% ли

Тобрамицин, 0,1% ли Дексаметазон бўлиб, 0,5% ли Хлоробу-танол аралашмасидан иборат. Кўрсатмага асосан ушбу восита антибиотиклар билан бирга стероид гормонлар қўлланадиган кўзнинг яллиғланишларида ишлатилади. Таъсирига кўра антибак-териал ва иммунодепрессант ҳисобланади. Кўклам катари касал-лигининг ҳар хил клиник шакллариининг турли оғирлик дара-жалари билан оғриган 15 та беморда 1 томчидан 3 маҳал тартибда қўлланилди. Даволаш курси 7 кунни ташкил этди.

Африн 0,025% ли кўз томчиси бўлиб, пластик идишларда 10 мл миқдорда ишлаб чиқарилади. “Шеринг-Плау Лабо Н.В., Хейст-оп-ден-Берг” (Бельгия) фирмасининг маҳсулоти. Таркиби-да 0,25 мг (0,025%) Оксиметазолин гидрохлорид сақлайди. Бу натрий хлорнинг шаффоф стерил буфер изотоник эритмаси тар-кибидаги динатрий эдитат ва 1,01% Борат кислотасининг Бензол-кониум хлорид аралашмасидан иборат бўлиб, муҳити $pH=6,4\pm 0,1$ га тенг.

Таъсири: Оксиметозолин гидрохлорид конъюнктиванинг юзаки жойлашган қон томирларини торайтиради. Таъсир этиш даври 6 соатни ташкил қилади. Кўрсатма бўйича Африн воситаси аллергик, ноинфекцион конъюнктивитларда ва конъюнктиванинг симпатик гиперемиясида қўлланилади. Кўрсатмага асосан 6 ёш ҳамда ундан катталарга ишлатиш мумкин. Африн воситасининг таъсирини ўрганиш давомида 15 та кўклам катари касаллиги билан хасталанган беморларни ажратиб олиб, уларга ушбу воситани кунига 1 томчидан 3 маҳал томиздик. Даволаш курси 7 кунни ташкил этди.

Лекролин кўз томчи дори воситасининг таъсири

Биз даволаш муолажалари моҳиятига ўзгартириш киритдик. Бунинг учун асептик яллиғланишнинг олдини олишда Дексаметазон ўрнига Лекролин кўз томчи дори воситасини қўладик.

Лекролин кўз томчиларининг ностероид дори воситалари қаторига кириб, хужайра мембраналарининг стабилизатори ҳисобланади. Натрий хромогликат гистамин ва шу қатор медиаторларнинг ажралишини қисқартиради.

Лекролин (Натрий хромогликат) 20 мг/мл дан 10 мл миқдорда пластик идишларда Финляндия “Сантен” фирмаси томонидан ишлаб чиқарилди. Лекролин икўклам катарии таркибдан ташкил топган: фаол қисми Натрий хромогликат, қўшимча қисми хлорид бензоляконииум ҳисобланади.

қўлланилиши: 1 томчидан 4 маҳал томизиш учун тавсия қилинади. Биз ушбу воситани жарроҳлик муолажаларидан сўнг 7 кун давомида томиздик.

Аспирин қўлланилиши

Биз барча даво курсига биринчи уч кун давомида Аспиринни 0,5 таблеткадан бир маҳал овқатдан сўнг куладик.

Аспирин - ностероид дорилар қаторига кириб, яллиғланишга қарши восита ҳисобланади. Аспирин салицилатларнинг биринчи вакилидир. Фармакодинамикаси: овқат хазм қилиш тизимидан яхши сўрилади, жигарда биотрансформацияга учрайди. Диацетилизацияланиб, қондаги оқсиллар билан 97% боғланади. Кабул қилинганидан икки соатдан сўнг қон плазмасидаги миқдори максимал концентрацияга етади. Эксудация ва пролиферация жараёнига таъсир этади. Биз муолажаларидан сўнг даво курсига

Аспирин таблеткасининг қўшилишини ишимизнинг муҳокама қисмида баҳолаб ўтамиз.

Статистик таҳлил.

Имбрис фирмасининг «ДИАСТА» (Калининград, РФ, 1991) статистик ва график программалар пакетига асосланган ҳолда корреляцион-ковариацион таҳлил, ўртача миқдорларни ҳисоблаш натижасида ўтказилди. Натижаларни программа билан таъминланиши иш мақсади, масалалари ва жадвал ҳамда графикларга асосланган ҳолда IBM PC турдаги ЭХМ ёрдамида амалга оширилди.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ЖАНУБИЙ ВИЛО- ЯТЛАРИДА КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛИШИ

Ўтказилган илмий ишларимиз шуни кўрсатадики, республикамизни жанубий вилоятларида кўклам катари касаллиги кенг тарқалган бўлиб, асосан оғир шаклларда кечади.

Кўклам катари касаллигининг учраши бошқа минтақаларда ўтказилган изланишлар буйича умумий кўз касалликлари орасида 2,44% дан 2,60% гача бўлиб, ўртача $2,52 \pm 0,08\%$ ни ташкил этади. Ушбу кўрсаткич бизни изланишларимиз натижаларига нисбатан қиёсланганида кўклам катари касаллигини учраши бизда ўртача $3,11 \pm 0,09\%$ кўплигидан далолат берди. Бундай фарқ вужудга келишига асосан жанубий вилоятларимизда қуруқ субтропик иқлимнинг мавжудлиги, ультрабинафша нурлар тушиш даражасининг бошқа ҳудудларга нисбатан юқорилиги ва ёш болаларда бу касаллик кўклам катарига мойиллик юқорилиги сабаб бўлади.

Шу билан бирга олинган маълумотларимиз аввал Республикамизда ўтказилган шу тоифадаги илмий изланишлардан (А.Н.Медведев, 1970) анчагина фарқ қилади. Хусусан, А.Н.Медведев тамонидан ўтказилган илмий изланиш натижалари буйича кўклам катари касаллигининг учраши 2,6% бўлса, бизнинг тадқиқотларимиз буйича эса 5,78% ташкил

қилади.

Шуни таъкидлаш лозимки, аввалги текширувлар қарийиб 31 йил муқаддам ўтказилган бўлиб, бизнинг тадқиқотлар ўтказилишигача бўлган даврда ушбу муаммо умуман ўрганилмаган.

Фикримизча бир хил шароитларда ўтказилган тадқиқотларнинг турли маълумотлар беришига асосий сабаб, кўклам катари касаллигининг ва умуман кўзнинг аллергия касалликларини кейинги 10-15 йил давомида кескин ортиши билан асослаш мумкин. Бунинг асосий сабаблари урбанизация, ташқи муҳитнинг ифлосланиши, химизация, қишлоқ хўжалигида пестицид ва гербецидларнинг кенг кўламда қўлланилиши, ҳамда атмосфера Азон қобиғининг юпқалашиши натижасида инсоляция миқдорининг ортиши билан боғлиқ. қуйида Республикаимизнинг жанубий вилоятларида кўклам катари касаллигининг учраши ва клиник-эпидемиологик хусусиятлари ҳақида олган маълумотларимиз таҳлилини келтирамиз.

Бухоро вилоятида кўклам катари касаллигининг учраши ва клиник хусусиятлари

Бухоро вилоятининг жўғрофий ўрни Республикаимиз жанубий параллелида 39045 жойлашган бўлиб, қуруқ субтропик иқлим минтақаси ҳисобланади. Ер майдони 40,30 минг кв. км ни ташкил қилади. Аҳолиси 1405,3 минг кишидан иборат.

1998-1999 - йиллари шифоатхоналар ва вилоят кўз касалликлари шифохонасида кўклам катари касаллиги ташхиси билан рўйхатдан ўтган беморларни кўрикдан ўтказиб, яшаш жойи, ёши, жинси, кўклам катари касаллигининг клиник шакллари, оғирлик даражалари, ҳамда бошқа кўз касалликлари билан қўшилиб келиши, йўлдош аллергия касалликларининг бор

йўқлиги, оила шажарасида касалликнинг наслдан-наслга ўтганлигини анамнез асосида тўплаб қўйидаги маълумотларни олдик (3-жадвал).

Шифоатхоналар ва шифохонада даволанган 3557 та бемордан 206 таси (5,79%) кўклам катари касаллиги ташхиси билан даволанган. Шулардан 161 таси (78,15%) ўғил бола, 45 таси (21,85%) қиз болани ташкил қилади. Яшаш жойи бўйича 104 таси (50,49%) шаҳарда, 102 таси (49,51%) қишлоқда истиқомат қилади. Шаҳарда яшовчилардан 80 та (76,92%) ўғил бола, 24 таси (23,08%) қиз болани ташкил қилса, қишлоқда яшовчилардан 81 таси (79,41%) ўғил бола, 21 таси (20,59%) қиз боладан иборат. Демак кўклам катари касаллиги қиз болаларга нисбатан ўғил болаларда 1/5 нисбатда кўп учрайди. Бухоро вилоятида шаҳарда яшовчи киши билан қишлоқ шароитида яшовчи аҳоли ўртасида кўклам катари касаллиги билан хасталаниш фарқи 0,98% ни ташкил қилади.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморлардан тўпланган анамнезда, асосан, касалликнинг оила шажарасида учраши аниқланди. Унинг келиб чиқишини боғлаб тўпланган маълумотларни таҳлил қилганимизда 206 та бемордан 178 тасида (86,41%) наслдан-наслга ўтган бўлса, 28 тасида (13,59%) ҳаёт давомида орттирилганлигини аниқладик. 178 та беморни жинси бўйича тақсимлаганимизда 139 та (78,08%) ўғил бола бўлса, 39 та (21,92%) ни қиз бола ташкил қилди. 28 та бемордан 22 таси (78,57%) ўғил бола, 6 таси (21,43%) қиз болани ташкил қилди. Бундан шундай хулоса қилиш мумкинки, кўклам катари касаллиги билан оғриган Бухоро вилоятидаги беморларнинг оила шажараси ўрганилганида касаллик ирсият билан боғлиқлиги тўлиқ исботланди. Бу тўпланган маълумотларни касалликнинг клиник шаклига қараб гуруҳларга ажратганимизда 52 таси (25,24%) кўклам катари касаллигининг лимбал шаклини, 56 таси

(27,19%) палпебрал шаклини, 98 таси эса (47,58%) кўклам катари касаллигининг аралаш шаклини ташкил қилди (4-жадвал).

Кўклам катари касаллигини клиник шаклларини ёшларга ажратиб ўрганиб чиққанимизда қуйидаги тахлил натижаларини олдик.

кўклам катари касаллигини лимбал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлган беморлар 8 кишини (15,40%), 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшда бўлганлар 18 киши (34,60%) ни, 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар 12 киши (23,00%) ни, 17 ёш ва ундан катталар 14 киши (27,00%) ни ташкил қилди.

Бухоро вилоятида кўклам катари касаллигини клиник шакллариининг ёшларга нисбатан учраши.

4-жадвал

Клиник шакллари	Сони	Ёшларга нисбатан олинганда			
		7	8-12	13-16	17
Лимбал	52 (25,24%)	8 (15,40%)	18 (34,60%)	12 (23,00%)	14 (27,00%)
Палпебрал	56 (27,19%)	9 (16,10%)	19 (33,90%)	13 (23,20%)	15 (26,80%)
Аралаш	98 (47,57%)	16 (16,33%)	34 (34,70%)	22 (22,44%)	26 (26,53%)
Жами	206 (100%)	33 (16,02%)	71 (34,46%)	47 (22,82%)	55 (26,70%)

Кўклам катари касаллигини палпебрал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлганлар 9 киши (16,10%) ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар 19 киши (33,90%) ни, 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар 13 киши (23,20%) ни, 17 ёш ва ундан катталар 15 киши (26,80%) ни ташкил қилди.

Кўклам катари касаллигини аралаш шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшдагилар 16 киши (16,33%) ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар 34 киши (34,70%) ни, 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар 22 киши (22,44%) ни, 17 ёш ва ундан катталар 26 киши (26,53%) ни ташкил этди.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни

рефрактометрия усулида кўриқдан ўтказганимизда қуйидагича маълумотларни олдик: кўклам катарии касаллиги билан оғриган 206 та бемордан 199 таси (96,61%) да клиник рефракциянинг эмметропия, 5 кишида (2,42%) миопия, 2 кишида (0,97%) гиперметропия тури учрайди.

Кўклам катарии касаллигини рефракция аномалиялари билан боғлиқлиги йўқ эканлиги аниқланди. Касалликнинг авж олган палласида кўриш ўткирлигининг пасайиши касаллик туфайли юзага келган клиник симптомлар ҳисобидан юзага келиши кузатилди. Шу билан бирга кўклам катарии касаллиги билан оғриган беморлардан бошқа аллергик касалликлар тўғрисида сўраб суриштирилганда икўклам катарии кишида (0,97%) аллергик дерматит борлиги, уч кишида (1,46%) аллергик ринит борлиги аниқланди.

Шундай қилиб, Бухоро вилоятида кўклам катарии касаллигининг аралаш ва палпебрал шакллари кўпроқ учраши кузатилди.

Навоий вилоятида кўклам катарии касаллигининг учраши ва клиник хусусиятлари

Навоий вилоятининг жўғрофий ўрни ҳам Бухоро вилояти каби бир параллелда (4007) жойлашган бўлиб, иқлими қуруқ субтропик иқлим минтақаси ҳисобланади. Ер майдони 110,99 минг кв. км ни ташкил қилади. Аҳолиси 778,4 минг кишидан иборат.

Ўзбекистон Республикасининг энг кўп саноат корхоналари: завод ва фабрикалар шу вилоят ҳудудларида жойлашган. Бу эса ўз навбатида табиатнинг экологик ҳолати бузилишига сабаб бўлади.

1998-1999 - йилларда Навоий вилоятида кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни кўриқдан ўтказиб, тўпланган маълумотларни кўрсаткичлари бўйича Бухоро вилояти каби ажратиб чиқдик (5-жадвал).

Шифоатхоналарда ва вилоят кўз касаликлари шифохонасида кўклам катари касаллиги ташхиси билан даволанган 3550 та бемордан 206 таси (5,80%) кўклам катари касаллиги билан даволанган. 206 та бемордан 165 таси (80,08%) ўғил бола, 41 таси (19,92%) қиз болани ташкил қилади. Навоий вилоятида ҳам кўклам катари касаллиги қиз болаларга нисбатан ўғил болаларда 5 марта кўп учрайди.

Яшаш шароити бўйича 100 таси (48,55%) шаҳарда яшовчилардан иборат бўлса, 106 таси (51,45%) туман ҳудудида истиқомат қилувчи болаларни ташкил қилди. 100 та бемордан 84 таси (84,00%) ўғил бола, 16 таси (16,00%) қиз боладан иборат бўлса, туманда яшовчи 106 та боладан 81 та (76,41%) ўғил бола, 25 таси (23,59%) қиз болани ташкил қилди. Навоий вилоятида шаҳар ва қишлоқда яшовчи болалар ўртасида кўклам катари касаллигини тарқалиш фарқи 2,90% ни ташкил қилади.

Кўклам катари касаллиги бўйича олинган маълумотларни ирсият билан боғлиқлиги ўрганилганда шу нарса маълум бўлдики 206 та болавлардан 180 та (87,38%) сида касаллик наслдан-наслга ўтган бўлса, 26 та (12,62%) болаларда ҳаёт давомида орттирилгандир. 180 тадан 145 та (80,55%) си ўғил бола, 35 та (19,45%) си қиз болани ташкил қилди. кўклам катари касаллигининг 26 та орттирилган шаклида бу кўрсаткич қуйидагича; 20 та (76,00%) ўғил бола, 6 та (24,00%) қиз боладан иборат.

Тўпланган маълумотларни касалликнинг клиник шакллари бўйича гуруҳларга ажратганимизда 65 та (31,55%) лимбал шакли, 44 та (21,35%) палпебрал шакли, 97 та (47,10%) аралаш шаклидан

иборат. Кўклам катари касаллигининг клиник шакллари ни ёшларга ажратиб ўрганилганда қуйидаги тахлил натижаларни олдик (6-жадвал).

Кўклам катари касаллигини лимбал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлганлар 10 та (15,38%) болани, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшда бўлган болалар 23 (35,38%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар 15 та (23,08%), 17 ёш ва ундан катталар 17 та (26,16%) боладан иборат.

Навоий вилоятида кўклам катари касаллигининг клиник шакллари ни ёшларга нисбатан учраши.

6-жадвал

Клиник шакллари	Сони	Ёшларга нисбатан олинганда			
		7	8-12	13-16	17
Лимбал	65 (31,55%)	10 (15,38%)	23 (35,38%)	15 (23,08%)	17(26,16%)
Палпебрал	44 (21,35%)	7 (16,00%)	16 (36,30%)	10 (22,70%)	11 (25,00%)
Аралаш	97 (47,10%)	16 (16,49%)	33 (34,02%)	22 (22,68%)	26 (26,81%)
Жами	206 (100%)	33 (16,02%)	72 (34,95%)	47 (22,82%)	54 (26,21%)

Кўклам катари касаллигини палпебрал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлганлар 7 киши (16,00%)ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшда бўлганлар 16 киши (36,30%)ни, 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшда бўлганлар 10 киши (22,70%)ни, 17 ёш ва ундан катталар 11 киши (25,00%) ни ташкил қилди.

Кўклам катари касаллигини аралаш шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшдаги беморлар 16 киши (16,49%) ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар - 33 (34,02%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар - 22 (22,68%), 17 ёш ва ундан катталар 26 киши (26,81%) ни ташкил қилди.

Навоий вилоятида кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни рефрактометрия қилганимизда 206 та бемордан 198 тасида (96,12%) эмметропия, 4 тасида (1,94%) миопия, 4 тасида

(1,94%) гиперметропия кузатилди.

Кўклам катари касаллиги тарқалиши Навоий вилоятининг худудларида шакллари жиҳатидан фарқ қилади. Масалан, Нур - Ота туманида кўклам катари касаллигининг лимбал шакли кўплаб учрайди. Бу туман тоғли худуд ҳисобланади. Навоий ва Кармана туманларида эса аралаш шакли кўпроқ учрайди. Навоий вилоятида кўзнинг бошқа аллергик касалликлари ҳам кенг тарқалгандир. Бунга сабаб бу вилоятда турли хил кимёвий заводлар, катта саноат корхоналарининг кўплиги оқибатида, уларнинг табиатга салбий таъсири кучли. Бу ҳолат атмосфера Азон қобиғининг юқалашиб қолиши, бунинг натижасида Азон тешикларининг ҳосил бўлиб, улар ультрабинафша нурлар тушиш даражасининг ортишига олиб келади. Бу эса кўклам катари касаллигининг, аллергик дерматитлар, шунингдек ўсма касалликларининг ривожланишига сабаб бўлди.

206 та бемордан 18 тасида (8,73%) аллергик ринит борлиги, 20(9,71%) та беморда эса аллергик дерматит борлиги фикримизни тасдиқлайди.

Шундай қилиб, Навоий вилоятида кўклам катари касаллигини аралаш ва лимбал турлари кўпроқ учрайди. Шахар аҳолисида ва асосан ўғил болаларда касалликнинг кўпроқ учраши кузатилади, қишлоқ шароитида эса қизлар нисбатан кўпроқ хасталанадилар.

Самарқанд вилоятида кўклам катари касаллигининг учраши ва клиник хусусиятлари

Самарқанд вилоятининг жўғрофий ўрни Бухоро ва Навоий вилоятлари билан бир параллелда (39035) жойлашгандир. Иқлими қуруқ субтропик минтақа ҳисобланади. Ер майдони 16,77 минг кв.км ни ташкил қилади. Аҳолиси 2635,9 минг кишидан

иборат.

Бу вилоят ўзига хос тоғ тизимлари ва кенг паст текисликлардан иборат бўлиб, туманлари икўклам катариига бўлинади: тоғли туманлар ва паст ясси текисликдаги туманлар.

1998-1999 - йилларда Самарқанд вилоятида кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни кўрикдан ўтказиб, тўпланган маълумотлар асосида қуйидагича ажратиб чиқдик (7-жадвал).

Шифоатхоналар ва вилоят кўз касалликлари шифохонасида кўклам катари касаллиги ташхиси билан даволанган 3558 та беморлардан 205 таси (5,80%) кўклам катари касаллиги билан даволанган. Беморларни жинси бўйича ажратиб чиққанимизда 160 таси (77,66%) ўғил бола, 46 таси (22,34%) қиз болани ташкил қилди. Самарқанд вилоятида кўклам катари касаллигининг ўғил болаларда ва қиз болаларга нисбатан учраш даражаси 4 маротаба кўп.

Самарқанд вилоятида кўклам катари касаллигининг клиник шакллари нисбатан учраши.

8- жадвал

Клиник шакллари	Сони	Ўшларга нисбатан олганда			
		7	8-12	13-16	17
Лимбал	50 (24,27%)	8 (16,00%)	17 (34,00%)	12 (24,00%)	13 (26,00%)
Палпебрал	49 (23,79%)	8 (16,32%)	17 (34,70%)	11 (22,45%)	13 (26,53%)
Аралаш	107 (51,94%)	17 (15,89%)	37 (34,58%)	24 (22,43%)	29 (27,10%)
Жами	206 (100%)	33 (16,02%)	71 (34,46%)	47 (22,82%)	55 (26,70%)

Яшаш шароити бўйича 206 бемордан 103 таси (50,00%) шаҳарда яшовчи болалар, худди шунингдек 103 та (50,00%) туман худудларида яшовчи болаларни ташкил қилди.

Шаҳарда яшовчилардан 81 та (78,64%) ўғил бола, 22 та (21,36%) қиз болаларни, қишлоқда яшовчилардан 79 та (76,70%) ўғил бола, 24 та (23,30%) қиз болаларни ташкил қилди.

Самарқанд вилоятида кўклам катари касаллигининг учраши бўйича қишлоқ болалари билан шаҳар болалари ўртасида ҳеч қандай тафовут йўқлигини кўрсатади. Бироқ шаҳарда яшовчи ўғил болаларда кўклам катари касаллигининг учраши, қишлоқда яшовчи ўғил болаларга нисбатан 16,94% ортиқ эканлиги маълум бўлди. қишлоқда яшовчи аҳолида қиз болалар билан ўғил болалар ўртасидаги тафовут 1/4 бўлиши кузатилди.

Тўпланган маълумотларга асосан оила шажарасини уч авлодда ирсият билан боғлаб ўрганганимизда 206 та беморлардан 176 тасида (85,44%) наслдан-наслга ўтган бўлса, 30 та беморда ҳаёт давомида орттирилган бўлиб, бу 14,56% ни ташкил қилади. 176 та бемордан 136 таси (77,27%) ўғил болалар, 40 таси (22,73%) қиз болалардан иборат бўлди. 30 та бемордан 24 таси (80,00%) ўғил болалар, 6 таси (20,00%) қиз болалардир.

Тўпланган маълумотларни кўклам катари касаллигининг клиник шаклига қараб гуруҳларга ажратганимизда 206 тадан 50 таси (24,27%) лимбал шакли, 49 таси (23,79%) палпебрал шакли, 107 таси (51,94%) аралаш шаклидан иборат.

Кўклам катари касаллигини клиник шаклларини ёшларга ажратиб ўрганиб чиққанимизда қуйидаги таҳлил натижаларини олдик(8-жадвал).

Кўклам катари касаллигини лимбал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлганлар 8 киши (16,00%)ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар -17 (34,00%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшда бўлганлар -12 (24,00%), 17 ёш ва ундан катталар 13 киши (26,00%) ни ташкил этди.

Кўклам катари касаллигининг палпебрал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшдагилар 8 киши (16,32%)ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар -17 (34,70%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар -11 (22,45%), 17 ёш ва ундан катталар 13 киши (26,53%) ни ташкил қилди.

Кўклам катари касаллигининг аралаш клиник шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшдагилар 17 киши (15,89%)ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар - 37 (34,58%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар - 24 (22,43%), 17 ёш ва ундан катталар 29 киши (26,70%) ни ташкил қилди.

Офталъмологик текшириш усулларида рефрактометрияни қўллаб шоҳ парданинг нур синдириш кучи аниқланганда кўклам катари касаллиги билан оғриган 206 та бемордан 201 тасида (97,58%) эмметропия, 3 тасида (1,45%) миопия, 2 тасида (0,97%) гиперметропия эканлиги аниқланди.

Шундай қилиб Самарқанд вилоятида кўклам катари касаллигининг асосан аралаш тури учрайди, бунда шаҳар ва қишлоқ аҳолисида касалликнинг учраши бир хил бўлиб, ўғил ва қиз болаларда 4/1 нисбатда учрайди.

Қашқадарё вилоятида кўклам катари касаллигининг учраши ва клиник хусусиятлари

Қашқадарёнинг жўғрофий ўрни Самарқанд вилоятидан биров жанубий қисмда жойлашган бўлиб, иқлими қуруқ субтропик иқлим ҳисобланади. Ер майдони 28,57 минг кв.км ни ташкил қилиб, 38050 параллелда жойлашган. Аҳолиси 1301,1 минг кишидан иборат.

Қашқадарё вилоятининг туманлари икўклам катариига бўлинади: чўл ҳудудли туманлар ва тоғли туманлар. Тоғли туманлардан Шахрисабз, Китоб, Якўклам катариабоғ, ҳамда Чироқчи туманининг шимолий-ғарбий қисми шулар жумласидандир. қолган туман ва ноҳиялар чўлли ҳудудлар ҳисобланади.

1998-1999 - йилларда қашқадарё вилоятида кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни кўрикдан ўтказилиб, бошқа

вилоятлардаги каби тахлил қилинди (9-жадвал).

3560 та бемордан 206 та бемор кўклам катари касаллиги билан оғриган. Бу эса 5,79% ни ташкил қилади.

206 та бемордан 163 таси (79,12%) ўғил бола, 43 таси (20,88%) қиз болани ташкил этди.

Бу вилоятда ҳам Бухоро вилояти каби қиз болаларни ўғил болаларга нисбатан кўклам катари касаллиги билан хасталаниш даражаси 1/5 ни ташкил этди.

Яшаш шароити бўйича 105 та бемор шаҳарда истиқомат қилса, 101 та бемор қишлоқ аҳолисидир. Шаҳар шароитида яшовчилар 50,98% ни, қишлоқ шароитида яшовчилар эса 49,02% ни ташкил қилиб, ўртадаги фарқи 1,96% га тенгдир.

105 та бемордан 100 та (95,24%) ўғил бола, 5 та (4,76%) қиз бола бўлса, қишлоқда истиқомат қиладиганлардан 63 таси (62,38%) ўғил бола, 38 таси (37,62%) қиз боладан иборат бўлди. Шаҳарда яшовчи кўклам катари касаллиги билан оғриган беморлар ўртасида, ўғил болаларда касаллик кўп учраши аниқланди. қишлоқ шароитида яшайдиган бемор болалар ўртасида ҳам ўғил болалар кўплиги кузатилди. Фикримизча буни сабаби ўғил бо-лаларда кўклам катари касаллигига мойиллик қиз болаларга нисбатан анча юқорилигидадир. кўклам катари касаллигининг қишлоқда истиқомат қилувчи ўғил болаларда, шаҳарда яшайдиган ўғил болаларга нисбатан 32,86% кам учрашига қишлоқда яшайдиган қиз болаларда қуёш инсоляциясига кўпроқ таъсир этиши (далада меҳнат туфайли) сабаб бўлди.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларда тўпланган анамнезга асосан касаллик оила шажарасининг уч авлодида ўрганилганида қуйидаги маълумотларни олдик: 206 та бемордан 188 тасида (91,26%) кўклам катари касаллиги наслдан-наслга ўтган бўлса, 18 тасида (8,74%) ҳаёт давомида

орттирилгандир. 188 та бемордан 148 таси (78,72%) ўғил бола, 40 таси (21,28%) қиз бола, 18 та бемордан 15 таси (83,33%) ўғил бола, 3 таси (16,67%) қиз боладан иборат. Наслдан-наслга ўтган шаклларида ўғил болалар билан қиз болалар ўртасидаги фарк 57,44% га тенг. Бу шуни кўрсатадики, кўклам катари касаллиги кўпроқ ўғил болаларда наслдан-наслга утиш хусусиятига эга.

Тўпланган маълумотларни касалликларнинг клиник шакллари бўйича гуруҳларга ажратганимизда 54 та (26,21%) бемор лимбал шакли билан хасталанган, 53 та (25,73%) бемор палпебрал шакли билан, 99 та (48,06%) бемор эса аралаш шакли билан хасталанган. Бу беморларни ёшларга нисбатан тақсимлаб чиққанимизда қуйидаги натижаларни олдик (10-жадвал).

Кўклам катари касаллигининг лимбал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлганлар 8 кишини (14,82%), 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар 19 киши (35,18%)ни, 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар - 13 (24,00%), 17 ёш ва ундан катталар 14 киши (26,40%) ни ташкил қилди.

Кўклам катари касаллигининг палпебрал шакли бўйича 53 та бемордан 7 ёшгача ва 7 ёшдагилар 8 киши (15,00%) ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар - 19 (36,00%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшда бўлганлар - 12 (22,60%), 17 ёшда ва ундан катталар 14 киши (26,40%) ни ташкил қилди.

кўклам катари касаллигининг аралаш шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлганлар 16 киши (16,16%) ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар - 34 (34,34%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшда бўлганлар - 23 (23,23%), 17 ёшда ва ундан катталар 26 киши (26,27%) ни ташкил қилди.

Қашқадарё вилоятида кўклам катари касаллигини клиник шакллари ни ёшларга нисбатан учраши.

10-жадвал

Клиник	Сони	Ёшларга нисбатан олганимизда
--------	------	------------------------------

шакллари		7	8-12	13-16	17
Лимбал	54 (26,21%)	8 (14,82%)	19 (35,18%)	13 (24,00%)	14 (26,00%)
Палпебрал	53 (25,73%)	8 (15,00%)	19 (36,00%)	12 (22,60%)	14 (26,40%)
Аралаш	99 (48,06%)	16 (16,16%)	34 (34,34%)	23 (23,23%)	26 (26,27%)
Жами	206 (100%)	32 (15,54%)	72 (34,95%)	48 (23,30%)	54 (26,21%)

Беморларни кўриқдан ўтказганимизда қуйидаги рефрактометрик кўрсаткичларни олдик: 206 та бемордан 196 тасида (95,16%) эмметропия, 5 тасида (2,42%) миопия, 5 тасида (2,42%) гиперметропия учради.

Қашқадарё вилоятида кўклам катари касаллигини учрашини солиштирма тахлил этганимизда тоғли туманларда касалликнинг лимбал шакллари кўплаб учрашини кўрадиган бўлсак, чўл ва дашт худудларида жойлашган туман ва ноҳияларда касалликнинг аралаш шакли кўпроқ учрайди.

Сурхондарё вилоятида кўклам катари касаллигининг учраши ва клиник хусусиятлари

Сурхондарё вилоятининг жўғрофий ўрни қашқадарё вилоятига нисбатан бироз жанубий қисмда (37020) жойлашган бўлиб, Республиканинг энг жанубий вилояти ҳисобланади.

Сурхондарё вилояти ҳам Қашқадарё вилояти каби тоғли ва чўл дашт туманлардан иборатдир. Бу вилоят Помир тоғ тизмалари воҳасида жойлашган бўлиб, иқлими қуруқ субтропик иқлим минтақаси ҳисобланади. Ер майдони 20,1 минг кв.км ни эгаллайди. Вилоятнинг аҳоли сони 1705,7 минг кишидан иборат. Бу вилоятда кунларнинг исиши юқорида келтирилган вилоятларга нисбатан эрта бошланади.

Бу вилоятда ҳам биз 1998-1999 - йилларда кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни кўрикдан ўтказдик (11-жадвал).

Сурхондарё вилоятида кўклам катари касаллигини клиник шакллариининг ёшларга нисбатан учраши.

12-жадвал

Клиник шакллари	Сони	Ёшларга нисбатан олганда.			
		7	8-12	13-16	17
Лимбал	55 (26,69%)	9 (16,40%)	19 (34,60%)	13 (23,60%)	14 (25,40%)
Палпобрал	51 (24,76%)	8 (16,00%)	18 (35,00%)	12 (23,60%)	13 (25,40%)
Аралаш	100 (48,55%)	16 (16,00%)	35 (35,00%)	23 (23,00%)	26 (26,00%)
Жами	206 (100%)	33 (16,02%)	72 (34,95%)	48 (23,30%)	53 (25,73%)

3564 та бемордан 206 таси (5,78%) кўклам катари касаллиги билан даволанган. Шулардан 165 таси (80,08%) ўғил болалар, 41 таси (19,92%) қиз болаларни ташкил этади. кўклам катари касаллигининг учраш даражаси қиз болаларга нисбатан ўғил

болаларда 5 маротаба кўпдир.

Яшаш шароити бўйича 101 та (49,03%) бемор шаҳар шароитида, 105 та (50,97%) бемор қишлоқ шароитида истиқомат қилиши аниқланди. Бу беморларни жинслари бўйича ажратиб чиққанимизда 101 та бемордан 65 таси (64,36%) ўғил болалар, 36 таси (35,64%) қиз болаларни ташкил қилди. 105 та бемордан эса 100 таси (95,24%) ўғил болаларни, 5 таси (4,76%) қиз болаларни ташкил этади. Бу вилоятда кўклам катари касаллигининг бундай тарқалиши шундан далолат берадики, шаҳар билан қишлоқ ўртасидаги фарқ 1,94% ни ташкил қилди. Бу вилоятда кўклам катари касаллиги қишлоқда истиқомат қиладиган ўғил болаларда кўпроқ учраса, шаҳар шароитида эса қиз болаларда кўпчиликти ташкил этади.

Тўпланган маълумотларни оила шажарасидаги уч авлод билан боғлаб ўрганимизда 206 та бемордан 194 таси (94,17%) наслдан-наслга ўтган бўлса, 12 та беморда (5,83%) ҳаёт давомида орттирилган шакли учради.

194 та бемордан 155 таси (79,89%) ўғил болаларни ташкил этган бўлса, 39 таси (20,11%) қиз болаларни ташкил қилди. Ҳаёт давомида орттирилган 12 та бемордан 10 таси (83,33%) ўғил болалардан, 2 таси (16,67%) қиз болалардан иборат. Бундан шундай хулоса қилиш мумкинки наслдан-наслга ўтиш омили жинсга нисбатан олганда ўғил болаларда 5 маротаба кўп учрайди. кўклам катари касаллигининг клиник шакллари бўйича тақсимлаб чиққанимизда 206 та бемордан 55 таси (26,69%) касалликнинг лимбал шакли, 51 таси (24,76%) палпобрал шакли, 100 таси (48,55%) касалликнинг аралаш шакли билан оғриганлигини аниқладик.

кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни клиник шакллари нисбатан ажратиб чиққанимизда қуйидагича натижа олдик(12-жадвал).

кўклам катари касаллигининг лимбал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшда бўлганлар 9 киши (16,40%) ни, 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар -19 (34,60%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар - 13 (23,60%), 17 ёш ва ундан катталар 14 киши (25,40%) ни ташкил қилади.

кўклам катари касаллигининг палпебрал шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшдагилар 8 кишини (16,00%), 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар -18 (35,00%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар - 12 (23,60%), 17 ёш ва ундан катталар 13 киши (25,40%) ни ташкил қилди.

Кўклам катари касаллигини аралаш шакли бўйича 7 ёшгача ва 7 ёшдагилар 16 (16,00%), 8 ёшдан 12 ёшгача ва 12 ёшдагилар - 35 (35,00%), 13 ёшдан 16 ёшгача ва 16 ёшдагилар - 23 (23,00%), 17 ёш ва ундан катталар 26 киши (26,00%) ни ташкил қилди.

Сурхондарё вилоятида кўклам катари касаллигининг клиник шаклидан аралаш шакли нисбатан кенг тарқалгандир. Касалликнинг бу шакли асосан чўл дашт ҳудудларида кенг тарқалгандир. Касалликнинг лимбал ва палпебрал шакли тоғли туманларда учраши тавсифлидир.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларга скиоскопия ўтказилганда 206 та бемордан 200 тасида (97,10%) эметропия, 3 тасида (1,45%) миопия, 3 тасида (1,45%) гиперметропия аниқланди.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморлардан 3 тасида (1,45%) аллергик дерматит, 5 та (2,42%) беморда эса аллергик ринит борлиги аниқланди.

Шундай қилиб ушбу вилоятда касалликнинг аралаш ва лимбал шакллари кўпроқ учрайди. Жинс бўйича касалликнинг тақсимланиши қиз ва ўғил болаларда 1/2 ни ташкил этиб, бошқа вилоятларга нисбатан 2 марта юқоридир. Касалликнинг ирсиятга боғлиқлиги ўта юқори (94,17%) кўрсаткичга эга.

Олинган натижалар тахлили шуни кўрсатадики жанубий вилоятлардаги шифоатхоналарда ва шифохоналарда даволанган 17789 та бемордан 1030 таси (5,78%) кўклам катари касаллиги билан хасталанган (13-жадвал).

Кўклам катари касаллигининг Ўзбекистон Республикаси жанубий вилоятларида тарқалиши

13-жадвал

Vil	Барча кўз касаллик-лари	Шулардан кўклам катари									
		Беморлар		Уғил		Киз		Шахар		Кишлоқ	
		№	%	№	%	№	%	№	%	№	%
I	3557	206	5,791	161	78,15	45	21,85	104	50,49	102	49,51
II	3550	206	5,802	165	80,08	41	19,92	100	48,55	106	51,45
III	3558	206	5,789	160	77,66	46	22,34	103	50,00	103	50,00
IV	3560	206	5,786	163	79,12	43	20,88	105	50,98	101	49,02
V	3564	206	5,780	165	80,08	41	19,92	101	49,03	105	50,97
Σ	17789	1030	5,789	814	79,01	216	20,99	513	49,81	517	50,19

Эслатма: Vil- Вилоятлар I-Бухоро II-Навои III- Самарқанд IV- Қашкадарё V-Сурхондарё Σ-Жами

Кўклам катари касаллигининг ҳозирга қадар ирсият билан боғлиқлиги тўғрисида ҳеч қандай маълумотлар йўқ эди. Текширишлар шуни кўрсатадики, 1030 та бемордан 916 тасида (88,93%) касаллик наслдан-наслга ўтган бўлса, 114 тасида (11,07%) ҳаёт давомида орттирилган. Ирсий йўл билан ўтган касаллик тури билан оғриган 916 та бемордан 723 таси (78,93%) ўғил бола, 193 таси (21,07%) эса қиз боладир. Касалликнинг ирсият билан боғлиқлигини исботи сифатида ака-ука Н. ва К.ларнинг фотосуратларини келтирамиз. Бу беморларнинг каттаси 16, кичиги эса 10 ёшда булиб, ҳар иккаласида кўклам катари касаллигининг аралаш шаклини ўрта оғирлик даражасини

кузатдик (9, 10-фотолар). Ҳаёт давомида орттирилган касаллик тури билан оғриган 114 та бемордан 91 таси (79,82%) ўғил бола, ва 23 таси (20,18%) қиз боладир(14-жадвал). Бундан шундай хулоса қилиш мумкинки, касалликнинг ривожланиш механизмидан қатъий назар, ўғил болалар сонининг қиз болаларникига бўлган нисбати 4/1 га тенг экан.

Кўклам катари касаллигининг ирсият билан боғлиқлиги
14-жадвал

Vil	Кўк. катари		Наслдан-наслга ўтувчи					Хаёт давомида орттирилган				
	№	%	№	Уғил		Киз		№	Уғил		Киз	
				№	%	№	%		№	%	№	%
I	206	5,791	178	139	78,08	39	21,92	28	22	78,57	6	21,43
II	206	5,802	180	145	80,55	35	19,45	26	20	76	6	24
III	206	5,789	176	136	77,27	40	22,73	30	24	80,00	6	20,00
IV	206	5,786	188	148	78,72	40	21,28	18	15	83,33	3	16,67
V	206	5,780	194	155	79,89	39	20,11	12	10	83,33	2	16,67
Σ	1030	5,789	916	723	78,93	193	21,07	114	91	79,82	23	20,18

Эслатма: Vil- Вилоятлар I-Бухоро II-Навои III- Самарқанд IV- Қашкадарё V-Сурхондарё Σ-Жами

Аниқланган 1030 та бемордан 276 нафарида (26,80%) кўклам катари касаллигининг лимбал шакли, 253 нафарида (24,56%) палпебрал шакли ва 501 нафарида (48,64%) аралаш шакли учради. Агар беморларни ёши бўйича тақсимланишини кўриб чиқсак, 7 ёшгача бўлганлар 164 та (15,92%), 8 дан 12 ёшгача бўлганлар 358 та (34,76%), 13 дан 16 ёшгача бўлганлар 237 та (23,01%), 17 ва ундан юқори ёшда бўлганлар эса 217 та (26,31%) ни ташкил этган.



9-фото. Бемор Р.Х акаси



10-фото. Бемор Р.З укаси

Кўклам катари касалигининг барча клиник шаклларида касалликнинг оғирлик даражаси қуйидагича тақсимланди: 83 та (8,00%) бемор енгил, 577 та (56,00%) беморда ўрта оғир, 370 та (36,00%) беморда оғир эканлиги аниқланди. Улардан 119 тасида (11,55%) асоратланган, 921 тасида эса (88,45%) асоратланмаган турлари учради. Асоратланган турини лимб, шох парда, ҳамда шиллик парданинг яллиғланиши бор беморлар ташкил қилди.

кўклам катари касаллиги билан оғриган беморлар касалликнинг даврийлиги бўйича қуйидагича бўлинди: аҳён-аҳёнда қайталанувчи тури 72 та (7,00%), тез-тез қайталанувчи тури 855 та (83,00%), ва доимий қайталанувчи тури 103 та (10,00%)ни ташкил этди.

Кўклам катари касаллигини келишига қараб, хуружли ва кам хуружли шаклларга ажратилди. Бунда 953 та (92,50%) беморда хуружли, 77 тасида (7,50%) эса кам хуружли шакли аниқланди.

кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларда кўзнинг рефракцияси қуйидагича тақсимланди: эмметропия 994 та (96,51%), миопия 20 та (1,94%) ва гиперметропия 16 та (1,55%) беморда аниқланди.

Олинган натижаларимиз тахлили шуни кўрсатадики, Республикамизнинг Навоий, Қашқадарё ва Сурхондарё вилоятларининг чўл ва дашт худудларида кўклам катари касаллигининг учраши кўпроқ. Бунда асосан касалликнинг аралаш ва лимбал шакллари кўпроқ учрайди. Тоғли худудларда эса касалликнинг палпебрал енгил турлари учраши кўпроқ кузатилади. Навоий вилоятида шаҳарда яшовчиларда ва асосан ўғил болаларда касалликнинг учраши кўпроқ, Самарқандда эса бу тафовут йўқолади. Бухоро вилоятида касалликнинг аралаш ва палпебрал турлари кўпроқ учрайди.

Касалликнинг кечишини худудлар бўйича нотекислиги, маҳаллий шифокорлардан бундай беморларга алоҳида эътибор ва қиёсий ёндошиш лозимлигини талаб этади.

КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИДА ГИСТОМОРФОЛОГИК ВА ИММУНОЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ

Бу бобда олинган натижалар патогенетик йўналтирилган даволаш усуллари ҳақида ёзилгандир. Даволаш усуллари самарадорлигини кўрсатувчи меъзонлардан биридир.

Кўклам катари касаллигида вужудга келувчи патоморфологик жараёнлар ва уларнинг ҳар хил даволашдан сўнг ўзгаришлари.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, кўклам катари касаллигида қўлланилган жарроҳлик усулларида сўнг, гистоморфологик ва иммунологик текшириш усуллари қўлланилмаган. Биз шуни ҳисобга олган ҳолда замонавий, янги ишлаб чиқилган иммунологик текшириш усулини тадбиқ этдик. Бу ўз навбатида, кўздаги кечаётган аллергик жараёнлар ҳақида тўлиқ маълумот олишимизга сабаб бўлади.

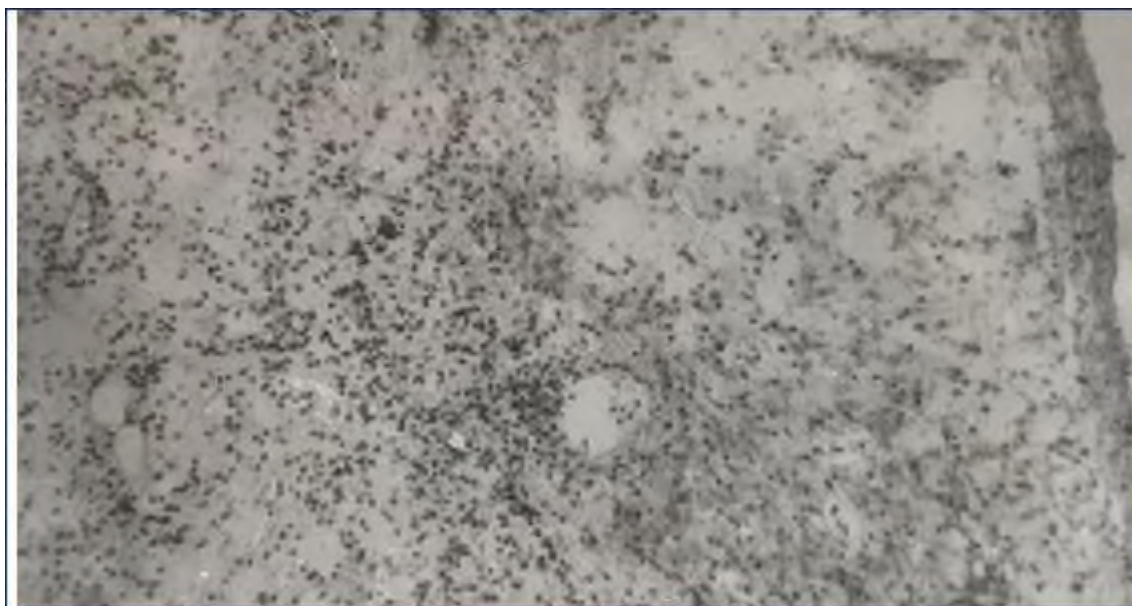
Кўклам катари касаллигида конъюнктива ва лимб соҳасида вужудга келувчи патоморфологик жараёнлар

Кўклам катари касаллиги аслида кўз шиллиқ пардасининг аллергик касаллиги бўлиб, унинг ривожланиб боришидаги патоморфологик ўзгаришларнинг механизми шу кунгача кам ўрганилганлигини ҳисобга олиб, биз кўклам катари касаллигини ҳар хил даражалари билан оғриган касаллар кўз шиллиқ пардаси лимб қисмидан биопсия бўлақларини олиб, ҳамда юқорида кўрсатилган даволарни ўтказгандан кейин биопсия текширувини

такрорлаб, кўзнинг конъюнктиваси лимб соҳасида ривожланган морфологик ўзгаришларнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиб чиқдик.

Кўклам катарининг ҳар хил шакллариини морфологик ўрганиб чиқиш шуни кўрсатдики, бу касалликнинг бошланишида аллергик ҳамда яллиғланишга хос бўлган морфологик ўзгаришлар кўз конъюнктивасининг юза қатламларидан бошланади. Бунда дастлабки морфологик ўзгаришлар сифатида конъюнктиванинг юза қисмида жойлашган қон томирларда тўлақонлик кўринишидаги гемодинамик ўзгаришлар натижасида томирлар девори тузилмаларининг шишганлиги, бироз титилиб, эндотелиал ҳужайралар толали тузилмалардан қочганлиги, томир атрофида бириктирувчи тўқима тузилмаларининг титилиб, шишганлиги аниқланди. Яллиғланиш компонентлари сифатида даставвал томир девори тузилмаларининг мукоид ва фибриноид бўкишга учраганлиги, улар орасида, ҳамда томир атрофида лимфоцитлар, плазматик ҳужайралар, семиз ҳужайралар ва макрофаглар пайдо булганлиги кузатилди. Бу морфологик ўзгаришлар касалликнинг узоқроқ давом этган кўринишларида кўз конъюнктивасининг бошқа чуқур қатламларга диффуз ҳолда тарқалиб борганлиги аниқланди. Бундай касаллардан олинган кўз шиллик пардаси биоптатида микроскопик жихатдан кўз конъюнктивасининг барча қатламлари яллиғланиш инфилтрати билан тўлганлиги топилди. Бунда конъюнктиванинг юза қатламларида шиш жараёнининг устун ҳолда ривожланганлиги, қопловчи эпителийнинг юпкалашганлиги, бириктирувчи тўқима толаларининг титилиб, бетартиб ҳолда жойлашганлиги, баъзи сохаларида дистрофик ўзгаришлари фибриноид некрозгача етиб борганлиги аниқланди. Конъюнктиванинг ўрта қатламлари томирларга бойлигидан, уларнинг кенгайиб, қонга тўла, баъзи жойларида эса майда-майда диапедезли қон талашишлар

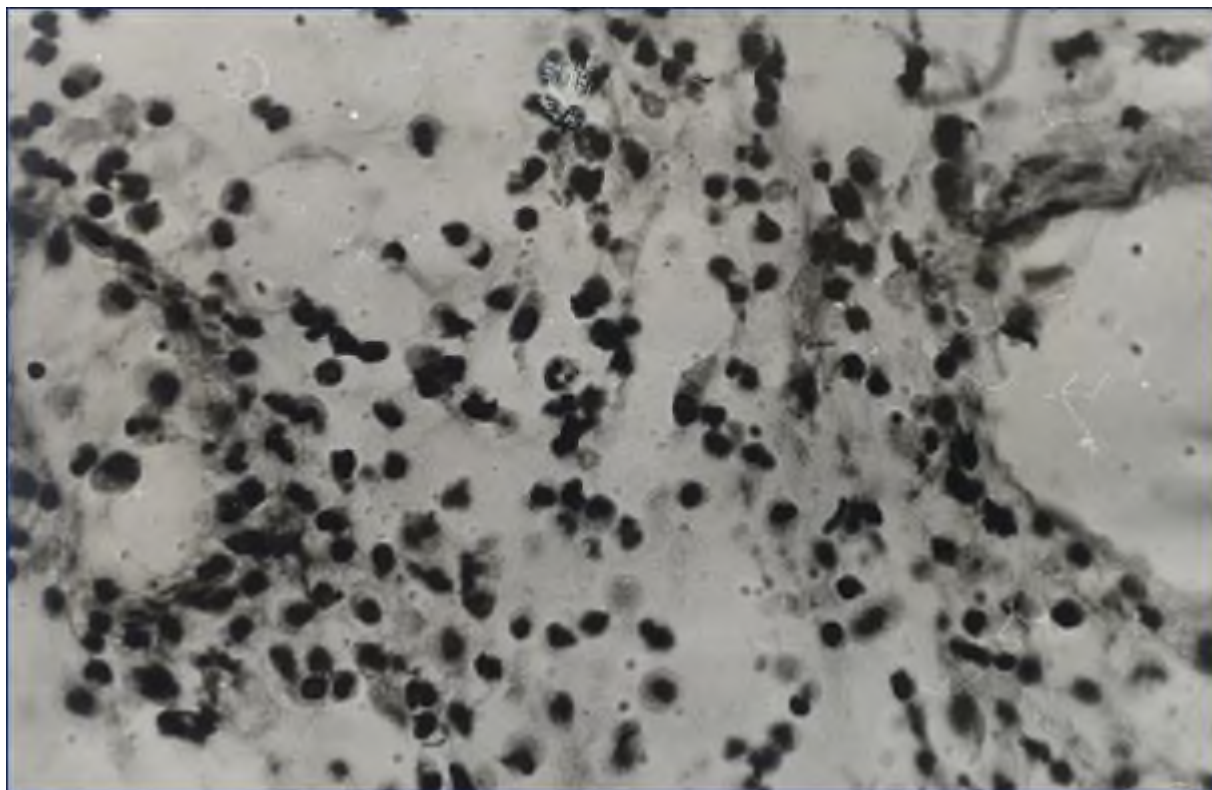
берганлиги, атрофларида яллиғланишнинг альтератив кўриниши сифатида толали тузилмаларнинг фибриноид некрозгача зарарланганлиги касалликнинг асоратли кўринишлари сифатида юзага чиқади. Конъюнктиванинг қон томирларга бой соҳасида хужайрали инфилтрат ҳам кўп тўпланган ва асосан лимфоид хужайралардан ташкил топган (11-фото).



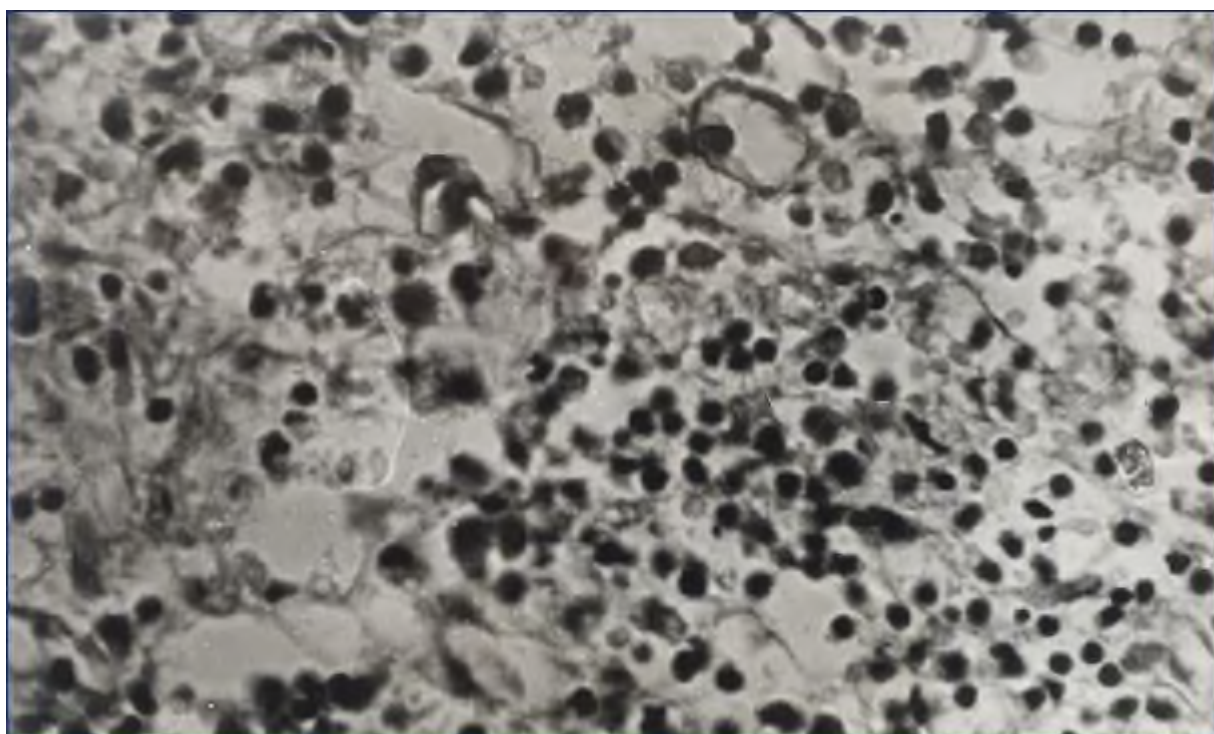
11-фото. Кўз конъюнктивасида диффуз яллиғланишли инфилтрат, тарқоқ шиш, толали тузилмаларнинг парчаланиши. Бўёк: гемотоксилин-эозин. X об.10,ок.10.

Бу соҳаларни микроскопнинг катта объективларида кўриб ўрганилса, шу ҳолат аниқланадики, қон томирлар девори структур тузилмалари титилиб, хужайралари деформацияланган, улар оралиғига лимфоцитлар плазматик хужайралар ва эозинофиллар кириб борган. Томирлар атрофидаги бириктирувчи тўқима тузилмалари кескин шишга учраб, толали тузилмалари бетартиб жойлашиб, баъзи жойларида парчаланишгача етиб борган, бириктирувчи тўқима хужайралари эса дистрофик ва некробиотик ўзгаришлар оқибатида ҳар хил хромафил ва хромофоб кўринишларига кирган. Улар орасида диффуз ҳолда

жойлашган лимфоцитлар, плазматик хужайралар, эозинофиллар, кам миқдордаги нетрофиллар яллиғланиш инфильтратини пайдо қилади (12-фото).

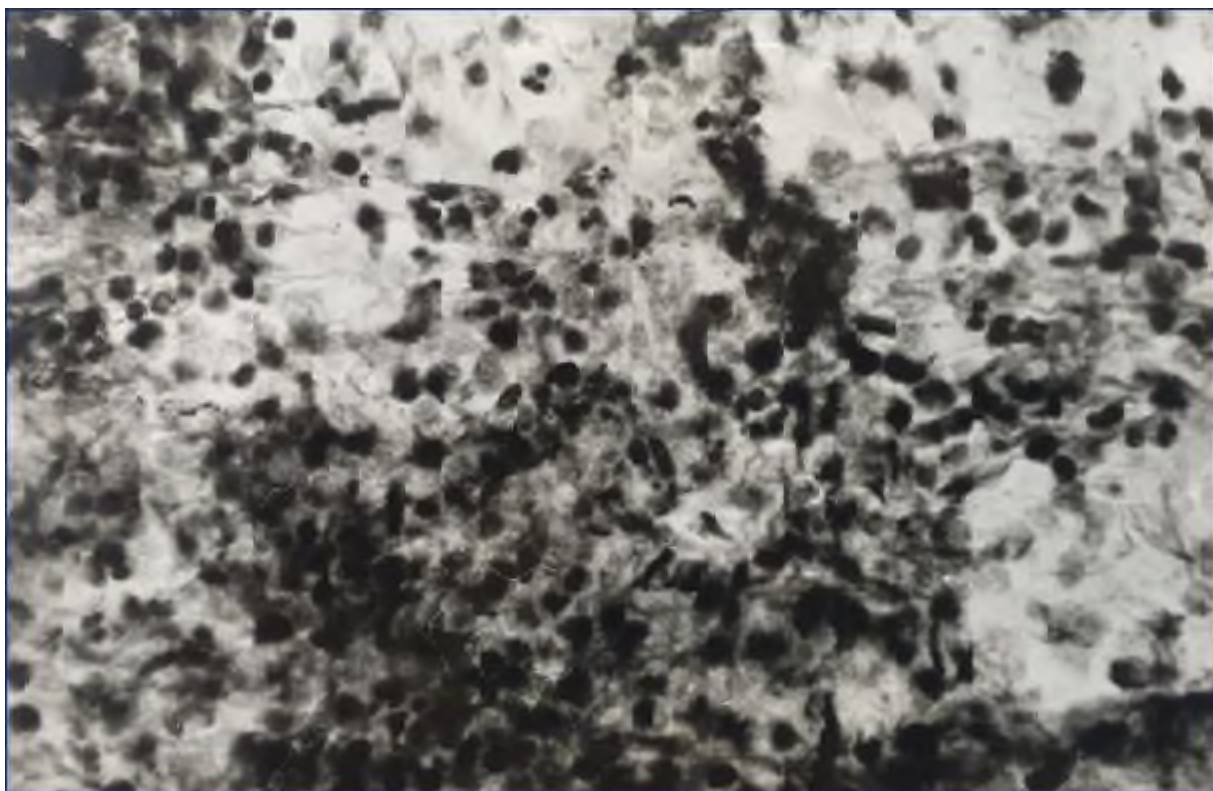


12-фото. Кўз конъюнктивасида бириктирувчи тўқимасида диффуз ҳолда лимфоцитлар, плазмоцитлар, эозинофиллар тўпланган. Бўёқ: Гематоксилин-эозин. Х об.20,ок.10.



13-фото. Сурункали кўклам катарда кўз конъюнктивасида бириктирувчи тўқимасида лимфоид инфильтрат ва толали тузилмаларнинг деструкцияси. Бўёқ: Гемотоксиллин-эозин. X об.20, ок.10.

Бириктирувчи тўқима толали тузилмалари бу соҳанинг баъзи жойларида қалинлашиб, гиперпластик тузилмаларни пайдо қилган бўлса, бошқа жойларида гомогенлашган ҳамда донатор эозинофилли, оксилли тузилмалардан иборат бўлган. Кўз конъюнктиваси лимб қисмининг тароқсимон бойламлар ва шпора тутамлари қисмида бириктирувчи тўқима зич жойлашиб, толали тузилмалари кўп бўлганлигидан, яллиғланиш жараёни бир оз бошқача тус олган. Яъни ядлғланиш ифилтратида хужайраларга нисбатан толали тузилмалар кўп жойлашган ва кўпроқ деструктив ҳолатга кирган. Бунда бириктирувчи тўқима хужайралари кам такомил топган кўринишларга кириб фибробластларга, полибластларга ва эпителиоид хужайраларга айланган, улар атрофидаги толали тузилмалар парчаланиб, деструкцияланиб, гомоген кўринишга кириб яллиғланиш инфильтратини зичлаштирган. Бу соҳада яллиғланиш хужайраларидан кам миқдорда лимфоцитлар, эозинофиллар, нейтрофиллар инфильтратнинг чет қисмларида жойлашган (14-фото).

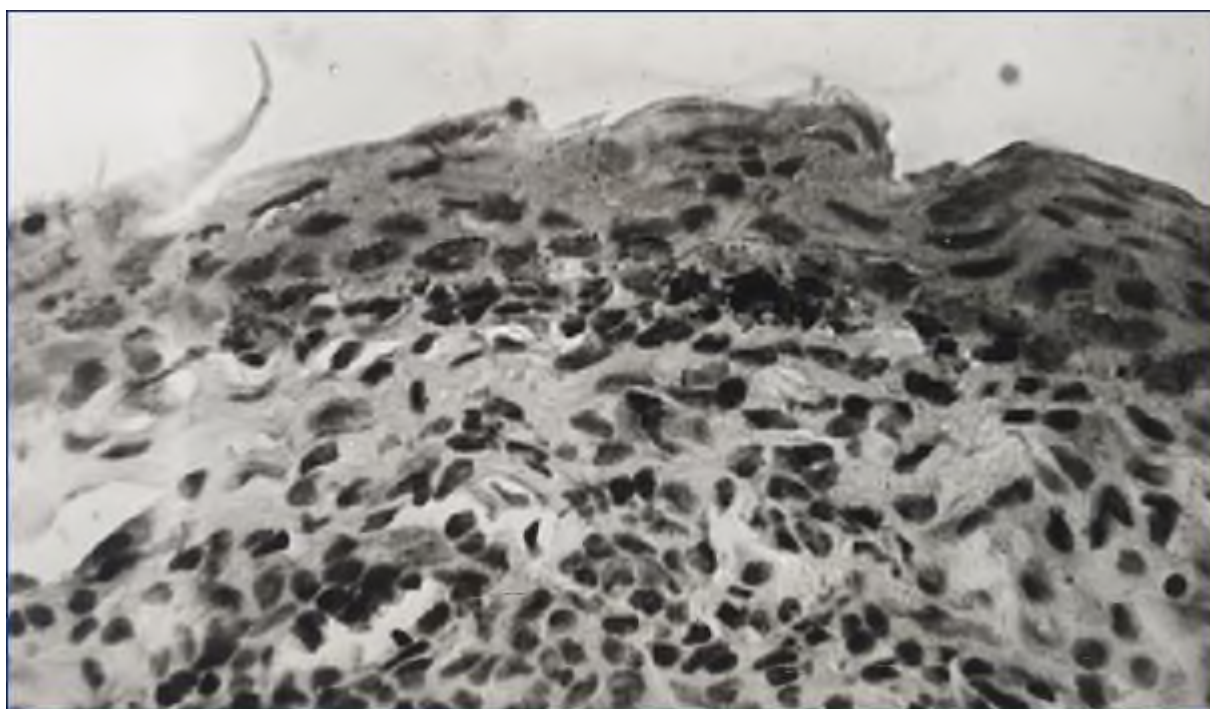


14-фото. Сурункали кўклам катарда кўз конъюнктиваси лимб соҳаси чуқур қатламларидаги толали тузилмаларнинг деструкцияси ва яллиғланишли инфильтрат. Бўёк: Гемотоксилин-эозин. Х об.20, ок.10.

Демак, кўклам катар касаллиги бошланғич давларида кўз конъюнктивасининг соҳаларидан серозли-лимфоцитлар инфильтратли яллиғланиш жараёнидан бошланиб, касаллик сурункали тусга кириб боришида пролифератив яллиғланишли инфильтрат конъюнктиванинг бошқа соҳаларига диффуз ҳолда тарқаб бориб, лимб қисмида бириктирувчи тўқимани инфильтрат ҳисобига қалинлаштиради, қон томирлар кўпайишига сабабчи бўлади ва яллиғланиш инфильтратида бириктирувчи тўқима тузилмаларининг деструктив ва дезорганизацион ўзгаришлари авж олиб бориб, лимфоплазматик инфильтрат зичлашади.

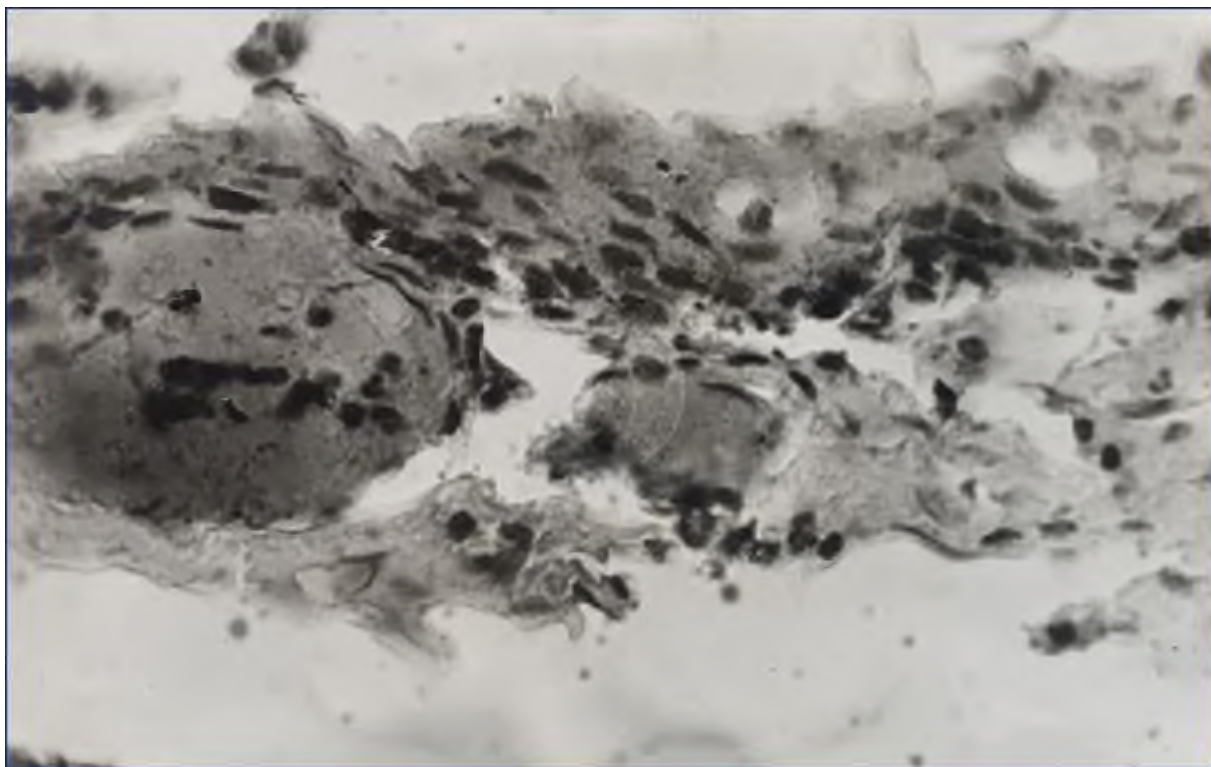
Кўклам катари касаллигини даволаш натижасида патоморфологик ўзгаришлар динамикаси

Кўз конъюнктиваси остига кетгут толасини ўрнатиб даволаш усулидан кейин кўклам катари касаллигининг морфологик ўзгаришларини ўрганиш шуни кўрсатадики, конъюнктива юза қатламида, яъни қопловчи эпителийсида бир қатор ўзгаришлар юз беради. Яллиғланиб шикастланган ва қалинлашган эпителий ўрнида бироз яссиланган хужайралардан ташкил топган, унинг базал қисмида яллиғланиш инфильтратига хос бўлган хужайралар сақланиб қолганлиги аниқланди (15-фото). Кўз конъюнктиваси бириктирувчи тўқимаси даволанмаган касаллар биоптатидан фарқли ўлароқ, анча зичлашган, бириктирувчи тўқима хужайралари ва толали тузулмалар миқдори кўпайган, уларнинг орасида фибробласт, лимфоид каби сурункали яллиғланиш хужайралари зич ҳолда жойлашаганлиги аниқланди.



15-фото. Кетгут билан даволанган кўклам катари. қопловчи эпителий яссиланиб, базал қатламида яллиғланиш хужайралари сақланган,

бириктирувчи тўқимаси зичлашиб, унда ҳам яллиғланиш ҳужайралари бор. Бўёқ: Гематоксилин-эозин. X об.20,ок.10.



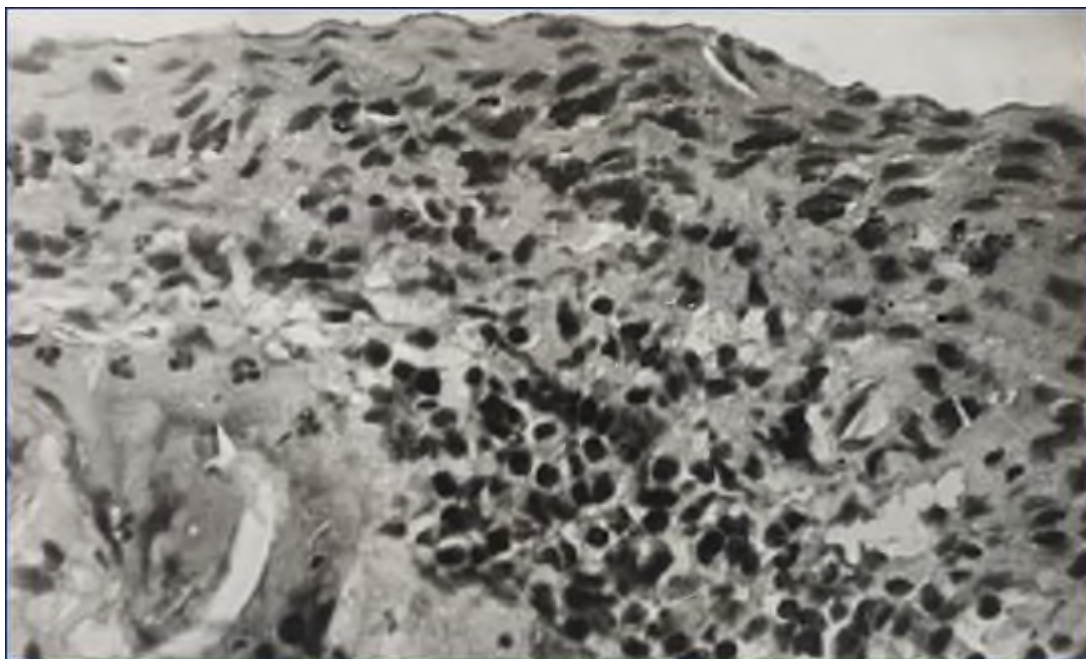
16-фото. Кетгут билан даволанган касаллар кўз биоптаси. қопловчи эпителий юқалашган, бириктирувчи тўқимасида гиалиноз. Бўёқ: Гематоксилин-эозин. X об.20,ок.10.

Бунда қопловчи эпителий базал қатлами кўзи остидаги толали тузулмаларга зич жойлашиб, меёр тузилишга кирган. Унинг остида бириктирувчи тўқима толали тузулмалари қалинлашиб, бир-бири билан қўшилишиб, гомоген кўринишдаги эозинофил бўялган моддани пайдо қилган. Даво усулимизнинг икўклам катариинчи кўринишида, яъни кўклам катари билан оғриган касаллар кўз конъюнктиваси склера тўқимасидан тайёрланган трансплантат материали ўрнатилиб даволанганда морфологик жиҳатдан қуйидагилар аниқланди. Бунда олдинги касаллар маълумотларидан фарқли ўлароқ, конъюнктива қопловчи эпиделиси нисбатан юққа, кўпи билан 3 катор ҳужайрадан ташкил топган, унинг базал қисми ҳужайралари ҳам яссиланиб бириктирувчи тўқима тузулмалари билан зич ҳолда

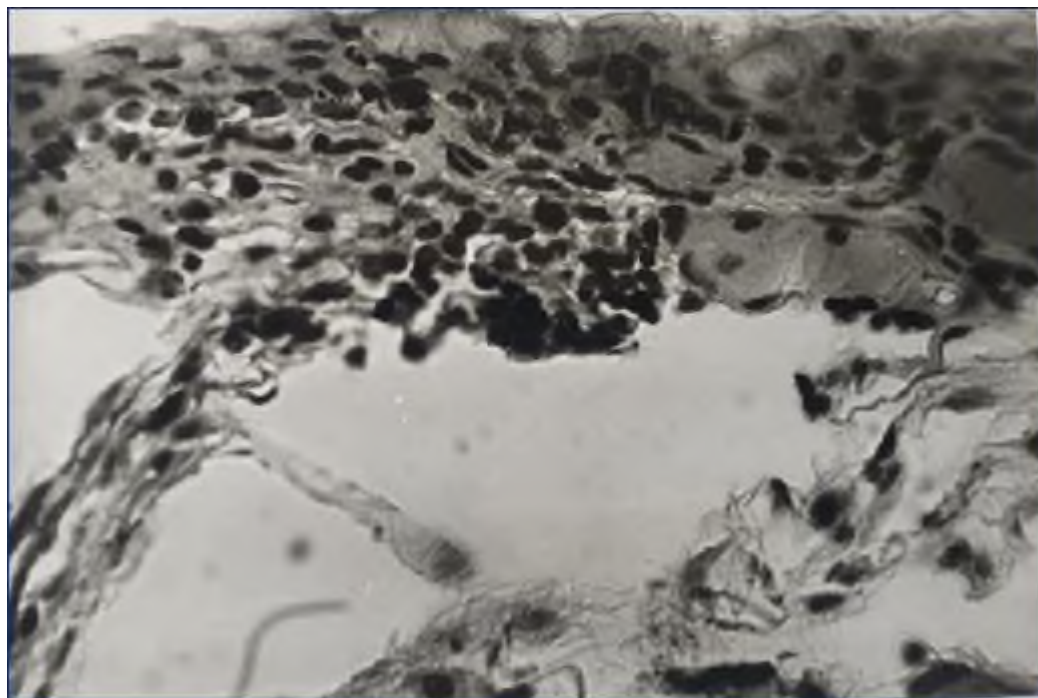
туташиб кетган. Бунда ҳам кўз конъюнктиваси бириктирувчи тўқимаси анча зичлашиб, толали тузилмалари миқдори кўпайган, уларнинг баъзи соҳаларида учоқли кўринишдаги яллиғланиш жараёни инфилтрати қолдиқлари сақланиб қолган. Улар асосан лимфоид ва ёш бириктирувчи тўқима хужайралардан ташкил топган. Бу касаллар кўз биоптатида ҳам кўзнинг конъюнктиваси баъзи жойларида гиалинозли учоқлар пайдо бўлган (17-фото).

Бу гуруҳ касаллар кўз биоптатининг бошқа соҳаларида яна шундай ўзгаришлар аниқландики, қопловчи эпителий хужайралари орасида шишиб катталашганлари, кератинизацияга учраганлари аниқланди. Бундай жойларда эпителий ости бириктирувчи қатламида ҳам яллиғланишга хос бўлган унча катта бўлмаган лимфоид хужайралардан ташкил топган инфилтратлар топилди (18-фото).

Бириктирувчи тўқима толали тузулмаларида шиш, титилиш ва гомогенизацияланиш каби ўзгаришлар борлиги кузатилди. Шундай қилиб, бу гуруҳ касалларда морфологик жиҳатидан олдинги гуруҳдагига нисбатан бироз ижобий ўзгаришлар ривожланганлиги кузатилди.

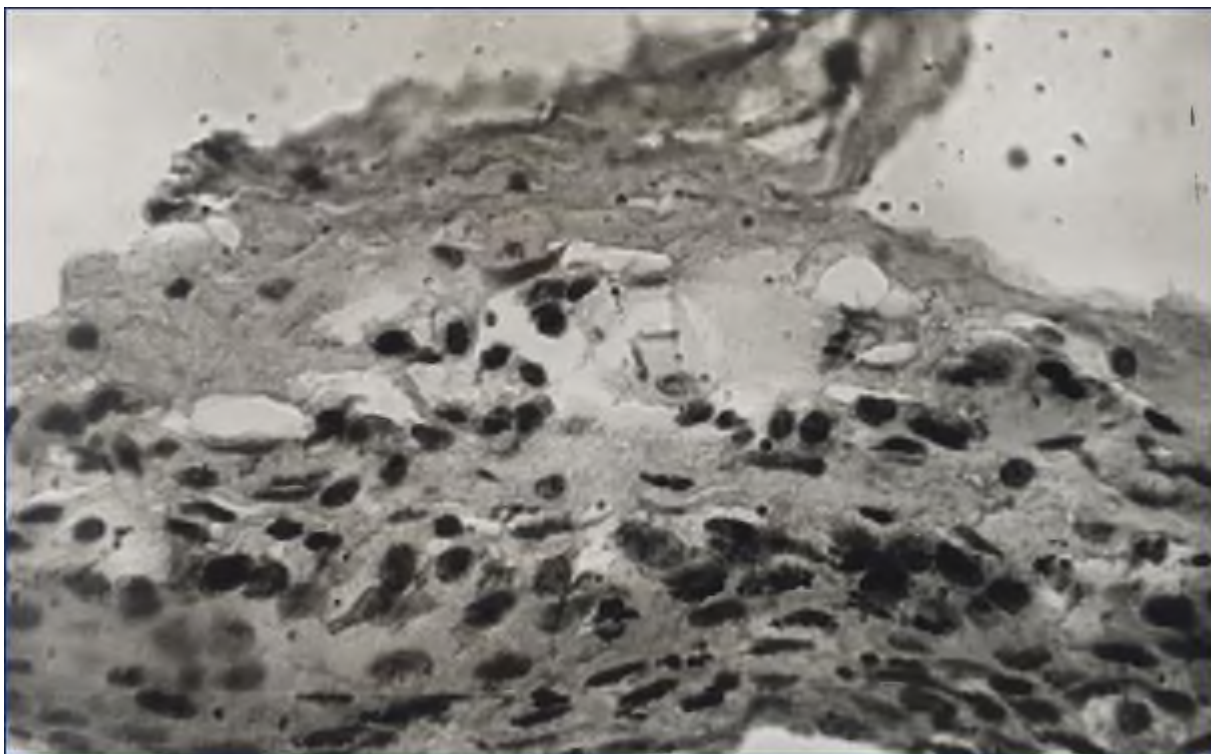


17-фото. Кўз конъюнктиваси тўқимасидан тайёрланган трансплантат билан даволанган касал кўз биоптаси. Бириктирувчи тўқимасида яллиғланиш инфильтрати ва гиалиноз сақланган. Бўёқ: Гематоксилин-эозин. X об.20,ок.10.



18-фото. қопловчи эпителийда шишган хужайралар ва кератинизация, бириктирувчи тўқимасида ўчоқли инфильтрат ва шиш бор. Бўёқ: Гематоксилин-эозин. X об.20,ок.10.

Учинчи гуруҳ касаллар кўз конъюнктиваси буйрак пардасидан тайёрланган трансплантат ўрнатилди ва унинг оқибатида ривожланган морфологик ўзгаришларни ўрганиш шуни кўрсатадики, бунда олдинги гуруҳлардагидан фарқ қилиб морфологик жиҳатдан кўз конъюнктивасида, айнан лимб соҳасида ижобий ўзгаришлар ривожланган. Конъюнктива қопловчи эпителийси яна ҳам зичлашиб 3-4 қават яссиланган хужайралардан ташкил топган. Улар орасида яллиғланишга хос бўлган хужайралар кўринмайди, базал қатламида ҳам учрамайди, эпителий хужайралари бириктирувчи тўқима қатламига зич жойлашган. Конъюнктиванинг бириктирувчи тўқимасида хужайрали тузилмалар яхши такомиллашиб, меёр ҳолатга кайтган, уларни бироз қалинлашган ва зичлашган толали тузулмалар ўраб олган. Фақат баъзи жойларда ўчоқли тузилишлар ва шиш ўчоқлари борлиги аниқланди (19-фото), лекин булар яллиғланиш жараёнига хос бўлмасдан бириктирувчи тўқима оралик модда суюқлиги жойлашган бўшлиқлар ҳисобланади. Конъюнктива лимб соҳасининг қатламлари бўлган тароқли бойламларида ва шпорали тутамларда ҳам яллиғланишли инфильтратлар кескин камайиб, улар ўрнига бириктирувчи тўқима хужайрали ва толали тузилмалари миқдори кескин ошган. Фақат томирлар атрофида кам миқдорда бўлган яллиғланишга хос лимфоид хужайралардан ташкил топган кичик ўчоқли инфильтратлар сақланиб қолганлиги аниқланди.



19-фото. Буйрак пардасидан тайёрланган трансплантат билан даволаш гуруҳи. қопловчи эпителий яссиланиб тикланган, бириктирувчи тўқимасида деярлик яллиғланиш ўчоқлари йўқ. Бўёқ: Гематоксилин-эозин. Х об.20, ок.10.

Демак хулоса қилиб айтиш мумкинки, кўклам катари касаллиги билан оғриган касаллар кўз биоптатини морфологик текширишда қўлга киритилган маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, бу касалликни ҳар хил биологик трансплантантлар ёрдамида даволашдан кейинги ривожланган морфологик ўзгаришларнинг авжи, табиати ва ривожланиб бориш механизми шундан дарак берадики, уччала усулда ҳам кўз конъюнктивасида яллиғланиш жараёни кескин тинчланиб, сурункали гиперпластик жараёнга айланиб, соғайиб бориши кузатилди. Кетгут билан даволанишда кўз конъюнктивасида унча катта бўлмаган яллиғланиш инфильтратлари, склерозланиш ва гиалинозли ўчоқлар сақланиб қолсада, умуман олганда конъюнктива бириктирувчи тўқимасида ижобий ўзгаришлар устун туради. Кўз конъюнктивасига хос бўлган трансплантат қўлланилганда эса

ижобий ўзгаришлар яна ҳам ошиб, конъюнктиванинг деярли барча соҳалари меёр ҳолатига қайтганлиги кузатилди.

Буйрак пардасидан тайёрланган трансплантант ўрнатилиб даволанган касаллар кўз биоптатида морфологик жиҳатидан олдинги гуруҳлардагига нисбатан ҳам яққол кўзга ташланадиган ижобий ўзгаришлар борлиги аниқланди. Кўз конъюнктивасида қопловчи эпителий деярли тўлиқ ҳолда меёр ҳолатига қайтган, бириктирувчи тўқимасида эса хужайралар сони камайиб, толали тузилмалар миқдори бир оз ошган, лекин диспластик ва бошқа яллиғланишли ўчоқлар деярли топилмайди.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморлар кўз ёши ва қон таркибида эозинофилларнинг силжиш даражаси ва унинг даволаш давомида ўзгариши

Кўклам катари касаллиги инсон организмида кечувчи аутоиммун жараён эканлиги ва бунда иммун тизимида турли ўзгаришлар вужудга келишини ҳисобга олган ҳолда, уларнинг касаллик кечишига таъсирини ўрганиш мақсадида кўз ёши ва қон таркибида эозинофилларнинг силжиши ўрганиб чиқилди.

Маълумки, эозинофиллар “аллергия хужайралари” ҳисобланади. Ёт оқсиллар антигенининг антитана билан бирикмасини, биологик фаол моддалар (гистамин, гистидин, серотонин, брадикинин ва бошқалар)ни, паразитлар токсинини ўзларидаги ферментлар воситасида зарарсизлантиради. Эозинофилия турли аллергия касалликларида: бронхиал астма, эшак еми, дори-дармонларга нисбатан ва бошқаларда кузатилади. Кўклам катари касаллиги билан оғриган 222 та беморнинг кўз ёши ва қон таркибидаги эозинофилларнинг силжиш даражасини ўрганиб чиқдик. Ушбу беморларни даволаш турига қараб: Янги дори дармонлар ва одатий усуллар билан даволанганлар.

**Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни дори-
дармонлар билан даволашда қон таркибидаги эозинофилларнинг
силжиш даражаси**

Дори-дармонлар билан даволанган 76 та (34,23%) беморларни икки кичик гуруҳларга ажратдик:

А. Замонавий янги дори-дармон (Аломид, Тобрадекс, Африн) лар қўлланилган гуруҳларга.

Б. Гормонлар билан даволанган беморларни назорат кузатув гуруҳига.

Улардан олинган натижалар 16-жадвалда келтирилган. Аломид билан даволанган 15 та (6,75%) беморнинг қон таркибида давогача эозинофиллар кўриш кенглигида 12 тадан 28 тагача учраб, ўртача $20,8 \pm 1,3$ тани ташкил этди.

Даводан сўнг бу кўрсаткич 10 тадан 27 тагача бўлиб, ўртача $17 \pm 1,5$ ни ташкил қилди, яъни эозинофиллар миқдори бироз камайди. Олти ойдан сўнг текширганимизда кўриш кенглигида эозинофилларнинг миқдори 7 тадан 26 тагача бўлиб, ўртача $17 \pm 1,3$ ни ташкил қилди.

Замонавий дори воситалар ва гормонлар билан даволанган беморларда қон таркибидаги эозинофилларнинг силжиши ($M \pm m$).

16-жадвал

Гуруҳлар	Кўрсаткичлар. қон таркибидаги эозинофиллар		
	давогача	Даводан сўнг	6 ойдан сўнг
Аломид	$20,8 \pm 1,3^*$	$17 \pm 1,5^*$	$17 \pm 1,3^*$
ТобраДекс	$22,7 \pm 0,9^*$	$16 \pm 1,8^*$	$16 \pm 1,5^*$
Африн	$19,2 \pm 1,3^*$	$16 \pm 1,4^*$	$13 \pm 0,8^*$
Дексаметазон	$24,4 \pm 0,4^*$	$22 \pm 0,6^*$	$24 \pm 0,5^*$
Норма	$4,5 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$

Эслатма: * Кўрсаткичнинг меёр гуруҳига қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

** Кўрсаткичнинг бемор келгандаги ва кетгандаги миқдори қиёсий ишонарли фарқи $P < 0,05$

ТобраДекс билан даволанган 15 та (6,75%) беморларнинг қон таркибида эозинофилларни давогача кўриш кенглигидаги миқдори 16 тадан 29 тагача бўлиб, ўртача $22,7 \pm 0,9$ ни ташкил қилса, даво курсидан сўнг 6 тадан 25 тагача бўлиб, ўртача $16 \pm 1,8$ тани ташкил қилади. Беморларни олти ойдан сўнг қон таркибидаги эозинофилларни текширганимизда улар 7 тадан 26 тагача бўлиб, ўртача $16 \pm 1,5$ тани ташкил қилди, яъни ўзгаришсиз қолди.

Африн билан даволанган 15 та (6,75%) беморларда давогача қон таркибидаги эозинофилларнинг силжиш даражаси 12 тадан 28 тагача бўлиб, ўртача $19,2 \pm 1,3$ тани ташкил қилди. Даводан сўнг эса 8 тадан 26 тагача бўлиб, ўртача $16 \pm 1,4$ ни ташкил қилди.

Ушбу беморларнинг қон таркибини олти ойдан сўнг текширилганда бу рақам 11 тадан 17 тагача бўлиб, ўртача $13 \pm 0,8$ тани ташкил этди, яъни унинг меъёрлашуви кузатилди ($P > 0,05$). Гормонлар билан даволанган 31 та (13,96%) беморнинг давогача қон таркибидаги эозинофиллар силжиш миқдори 21 тадан 28 тагача бўлиб, ўртача $24,4 \pm 0,4$ ни ташкил қилса, даводан сўнг 15 тадан 25 тагача бўлиб, ўртача $22 \pm 0,6$ ни ташкил қилди, яъни бироз пасайсада меъёрдан қиёсий аниқ ($P < 0,05$) юқори бўлди. Орадан олти ой ўтгандан сўнг бу кўрсаткичлар 18 тадан 28 гача бўлиб, ўртача $24 \pm 0,5$ ни ташкил қилди, яъни яна бошланғич ҳолатга қайтиб гиперсенсibiliзацияни кўрсатди.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни дори-дармонлар билан даволашда кўз ёш таркибидаги эозинофилларнинг силжиш даражаси

Биз кўз ёш таркибидаги эозинофилларнинг силжиш даражасини ҳам шу гуруҳлар бўйича ўрганиб чиқдик (17-жадвал).

Замонавий дори-дармонлар ва гормон воситаси қўлланилган беморлар кўз ёш таркибидаги эозинофилларнинг силжиш даражаси ($M \pm m$)

17-жадвал

Гуруҳлар	Кўз ёш таркибидаги эозинофиллар	
	Келганда	Кетганда
Аломид	$8,5 \pm 0,6^*$	$3,7 \pm 0,4^{**}$
Тобрадекс	$9,3 \pm 0,8^*$	$4,3 \pm 0,6^{**}$
Африн	$8,5 \pm 0,8^*$	$3,1 \pm 0,4^{**}$
Дексаметазон	$9,6 \pm 0,6^*$	$7,1 \pm 0,4^*$
Норма	$2,5 \pm 0,5$	

Эслатма: * Кўрсаткичнинг меёр гуруҳига қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

** Кўрсаткичнинг бемор келгандаги ва кетгандаги миқдори қиёсий ишонарли фарқи $P < 0,05$

Бунда Аломид билан даволанган беморлардаги эозинофилларнинг кўз ёш таркибида силжиш даражаси қуйидагича бўлди. Давогача эозинофиллар 5 тадан 12 тагача бўлиб, ўртача $8,5 \pm 0,6$ ни ташкил қилса, даводан сўнг 2 тадан 7 тагача, ўртача $3,7 \pm 0,4$ тани ташкил қилди ва бу кўрсаткич меёр чегарасига қайтди.

ТобраДекс билан даволанган беморларда эозинофиллар кўз ёш таркибида давогача 7 тадан 18 тагача бўлиб, ўртача $9,3 \pm 0,8$, даводан сўнг эса 1 тадан 11 тагача, ўртача $4,3 \pm 0,6$ ни ташкил қилди ($P < 0,05$).

Африн билан даволанган беморларда эозинофилларнинг кўз ёш таркибида учраш 5 тадан 18 тагача бўлиб, ўртача $8,5 \pm 0,8$ ни ташкил этса, даводан сўнг 1 тадан 5 тагача, ўртача $3,1 \pm 0,4$ ни ташкил қилди, яъни меёрга келди ($P > 0,05$).

Гормонлар билан даволанганда кўз ёш таркибида давогача 6 тадан 18 тагача бўлиб, ўртача $9,6 \pm 0,6$ ни ташкил қилса, даводан

сўнг 3 тадан 11 тагача бўлиб, ўртача $4,5 \pm 0,4$ ни ташкил қилди, яъни 2 баробардан зиёд пасайсада меёрга келмади ($P < 0,05$).

Аломид, ТобраДекс, Африн билан даволанган беморлар қонида ва кўз ёш таркибида эозинофилларнинг силжиш даражасини солиштириб кўрганимизда даводан сўнг улар миқдорининг пасайиши ва меёрдан фарқ қилмаслигини ($P > 0,05$) кўришимиз мумкин.

Бироқ кўклам катарни касаллиги нафақат маҳаллий, балки организмга умумий таъсир қилишини таъкидлашимиз мумкин. Умумий қон айланиш доирасидаги қон таркибида эозинофиллар миқдорининг ошиб кетиши бунинг исботидир. Даводан сўнгги олинган натижалардан шундай хулоса чиқариш мумкин: маҳаллий давонинг ҳам ўзига хос ижобий тамонлари мавжуд бўлиб, улар аллергия реакцияни келтириб чиқарувчи омилларининг таъсирини маълум даражада қайтариш эвазига, умумий аллергия ҳолатини сусайтиради. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики касалликнинг клиник шакли, оғирлик даражасидаги эозинофилларнинг ўзгариши миқдори нисбатан кўрсаткичдир. Чунки касалликнинг шакли ва оғирлик даражаси ҳар бир организмда ўзига хос кечади.

Кўклам катарни касаллиги билан хасталанган беморларда иммун текширув натижалари

Маълумки иммун тизимининг асосий фаолияти инсон организмнинг ички муҳит доимийлигини иммун кўрикдан ўтказиш, эндоген ва экзоген ёт таналарни элиминация қилишдир. Бу вазифаларни бажаришда иммун тизимининг энг асосий компонентларидан фагоцитоз ва хужайравий иммунорегуляция

иштирок этади.

Иммунитетнинг бузилиши кўплаб аллергия ва бошқа турдаги касалликларнинг бошланиши ва ривожланишига таъсир қилади. Бу жараёнда иммун механизм муҳим ўрин тутди.

Илмий иш давомида иммуноглобулинларнинг “Е” синфи иммуноферментли тахлилини ўтказдик. Бунинг сабаби IgE семиз нишон хужайраларнинг ва базофил лейкоцитларнинг мембранаси ҳамда карбоксил охирлари билан боғланиш ҳосил қилинади. Икўклам катарии бирикма ўзаро IgE молекуласи билан бирикўклам катарииан ҳолатда антиген таъсир кўрсатиб, хужайра ички реакциясининг жадаллашишига олиб келади. Бу эса ўз навбатида гистамин ва шу қатор медиаторларнинг ажралиб чиқишига сабаб бўлади. Бунинг натижасида биологик фаол моддалар таъсир этиб аллергия касалликларнинг клиник симптомларини юзага чиқаради. Шу сабабли ушбу иммунологик текширувларимизда беморларнинг қон зардобии таркибидаги IgE миқдори ва унинг ўзгариш даражасини кўклам катарии касаллиги билан оғриган 222 та давогача ва даводан сўнг ўрганиб чиқдик. Бу беморларни 11 - бобда келтирилган гуруҳлар асосида бўлиб ўргандик, яъни

1. Замонавий дори воситалари билан даволанган беморларда;

3. Гормонлар ёрдамида одатий усулда даволанган беморларда;

Янги дори-дармонлар билан даволанган беморларда иммун текширув натижалари

Замонавий дори воситалар билан даволанган беморларнинг

иммунологик ҳолатини қуйидаги кичик гуруҳларга бўлиб ўргандик.

Биринчи кичик гуруҳда Аломид билан даволанган беморларнинг қонидаги IgE миқдори давогача 254,8 ХБ/мл дан 369,2 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $321 \pm 12,2$ ХБ/мл ни ташкил қилди ($P < 0,05$). Даводан сўнг эса улар 105,3 ХБ/мл дан 194,4 ХБ/мл гача пасайиб, ўртача $137 \pm 8,27$ ХБ/мл ни ташкил қилди. Орадан олти ой ўтгач 56,9 ХБ/мл дан 191,5 ХБ/млгача бўлиб, ўртача $103 \pm 8,81$ ХБ/мл ни ташкил қилди, яъни меёридан 2 баробар юқори бўлди ($P < 0,05$).

Иккинчи кичик гуруҳга ТобраДекс билан даволанган беморларнинг қон плазмаси таркибидаги IgE миқдори давогача 237,9 ХБ/мл дан 387,9 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $325 \pm 11,9$ ХБ/мл ни ташкил қилса, ($P < 0,05$), даводан сўнг 101,3 ХБ/мл дан 114,3 ХБ/мл ни ташкил қилиб, ўртача $108 \pm 1,14$ ХБ/мл га тенг. Фақат орадан олти ой ўтгачгина ушбу кўрсаткич 38,9 ХБ/мл дан 49,8 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $46 \pm 0,77$ ХБ/мл ни ташкил қилди, яъни меёрига келди ($P > 0,05$).

Дори-дармонлар билан даволанган беморларда иммунологик текширув натижалари ($M \pm m$).

21-жадвал

Гуруҳлар	Кўрсаткичлар. қон плазмаси таркибидаги IgE миқдори (ХБ/мл)		
	давогача	даводан сўнг	6 ойдан сўнг
Аломид	$321 \pm 12,2^*$	$137 \pm 8,27^{**}$	$103 \pm 8,81^{**}$
ТобраДекс	$325 \pm 11,9^*$	$108 \pm 1,14^{**}$	$46 \pm 0,77^{**}$
Африн	$314 \pm 16,3^*$	$124 \pm 5,02^{**}$	$110 \pm 8,12^{**}$
Дексаметазон	$368 \pm 12,4^*$	$52,5 \pm 2,89^{**}$	$363 \pm 9,24^*$
Норма	$50,0 \pm 0,5$		

Эслатма: * Кўрсаткичнинг меёр гуруҳига қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

**** Кўрсаткичнинг бемор келгандаги ва кетгандаги миқдори қиёсий ишонарли фарқи $P < 0,05$**

Учинчи кичик гуруҳда Африн билан даволанган беморларда давогача IgE миқдори 234,5 ХБ/мл дан 456,8 ХБ/мл гача бўлиб ўртача $314 \pm 16,3$ ХБ/мл ни ташкил қилса, даводан сўнг 106,5 ХБ/мл дан 143,8 ХБ/мл гача ташкил қилса, даводан сўнг 106,5 ХБ/мл дан 143,8 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $124 \pm 5,02$ ХБ/мл ни ташкил этди. Орадан олти ой ўтгандан сўнг қон таркибидаги IgE миқдори 56,5 ХБ/мл дан 113,9 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $110 \pm 8,12$ ХБ/мл ни ташкил қилди, яъни меёридан 2,5 баробар юқори бўлди ($P < 0,05$).

Шундай қилиб, ТобраДекс ёрдамида даволаш юқорида келтирилган усуллар орасида энг самарадор эканлиги аниқланди. Ушбу усул ёрдамида даволаш ўтказилганда IgE миқдорининг аста секин пасайиб, олти ойдан сўнг нормал ҳолатга келиши ($46 \pm 0,77$) кузатилди, яъни касалликнинг тўлиқ ремиссия ҳолатда эканлиги қайд этилди.

Гормонлар билан даволанган беморларда иммун текширув натижалари

Гормонлар билан одатий усулларда даволаш чоралари ўтказилган беморлар назорат кузатув гуруҳини ташкил этди. Бу гуруҳда 31 та (13,96%) бемор бўлиб, уларнинг қон зардоби таркибидаги IgE миқдорини давогача ва даводан сўнг аниқладик. Олинган натижалар 21-жадвалда келтирилган.

Давогача ушбу кўрсаткич 267,8 ХБ/мл дан 635,8 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $368 \pm 12,4$ ХБ/мл ни ташкил қилса, даводан сўнг 42,3 ХБ/мл дан 113,7 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $52,5 \pm 2,89$ ХБ/мл ни ташкил қилади. Орадан олти ой ўтгандан сўнг 265,4 ХБ/мл дан 476,5 ХБ/мл гача бўлиб, ўртача $363 \pm 9,24$ ХБ/мл ни ташкил этди.

Бундан шундай хулосага келиш мумкинки, Дексаметазоннинг 0,1% сувли эритмаси кучли иммунодепрессант сифатида қон зардобидаги IgE миқдорини кескин пасайтириб меёрга яқинлаштиради. Аммо бу таъсир вақтинча бўлиб, олти ой ўтгандан сўнг IgE кўрсаткичининг яна юқори миқдорда учраши ($363 \pm 9,24$), бошқача қилиб айтганда гиперергия натижасида касалликнинг қайта хуружи юзага келади.

Беморларда қон таркибидаги, ҳамда кўз ёш таркибидаги эози-нофилларнинг ўзгариш миқдорини ўргандик.

Беморлар келганда кўз ёш таркибидаги эозинофилларнинг миқдори ўртача $8,3 \pm 0,3$ эканлиги аниқланди. Бу эса нормага нисбатан 4 баробар кўплигидан далолат беради. Буни шундай тушунтириш мумкин: касалликнинг кечиш даврида нафақат қон таркибида, балки кўз ёш таркибида ҳам ўзига хос организмнинг жавоб реакцияси намоён бўлишини кўришимиз мумкин. Операциядан сўнг 10 -кунда кўз ёш таркиби текширилганда бу кўрсаткич ўртача $1,6 \pm 0,1$ ни ташкил қилади.

Бундан шундай хулоса чиқаришимиз мумкин: даво натижалари ўзининг самаралилиги билан аллергия реакциянинг босилишига олиб келади. Даво курсидан сўнг кўз ёш таркибидаги эозинофилларнинг миқдорини бу даражада пасайиши олинган натижанинг самаралилиги ишонарли эканлигидан далолатдир.

Қон таркибидаги эозинофилларининг миқдори давогача

ўртача $17,5 \pm 0,8$ ни ташкил этади. Операциядан сўнг эозинофилларнинг ўртача миқдори $3,1 \pm 0,2$ га тенг бўлиб, даводан сўнг 5 баробар тушганлигини кўрсатади. Буни эса ташқи таъсиротнинг бартараф этилиши шу организмнинг ташқи таъсиротларга берадиган жавоб реакциясининг сусайиши билан тушунтиришимиз мумкин. Беморлардан қон таркибидаги эозинофилларнинг силжишини аниқлаш учун операциядан сўнг 9-кунда синама олинди. Бу гуруҳ беморларни орадан 6 ой ва 2 йилдан сўнг қон таркибидаги эозинофилларнинг миқдорини аниқлаганимизда ўртача $1,4 \pm 0,1$ ташкил қилди. Бундан шундай хулоса чиқаришимиз мумкинки, қўлланилган Кетгутпластика операциясидан сўнг кўклам катарни касаллигида тўлиқ турғун ремиссия даври тикланди. Бу гуруҳ беморларда қўшимча ҳеч қандай аллергия касалликлар учрамайди.

Бу гуруҳ беморларда қон плазмасининг таркибидаги IgE миқ-дорининг даводан сўнг 1 йил ва ундан кўпроқ ўтказиб, кузатганимизда ўртача $45,3 \pm 0,27$ ХБ/мл ни ташкил қилади. Бу эса шуни кўрсатадики, қон таркибидаги IgE миқдори ишонарли даражада меёрлашган. Бу эса ўз навбатида, касалликнинг қайталанмаслигига пойдевор бўлиб хизмат қилади.

КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИ ЯНГИ ЗАМОНАВИЙ ДОРИ - ДАРМОНЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Кўклам катарни касаллигини даволашда янги, замонавий дори-дармонларнинг турли хил вакиллари ва шакллари қўлланилмоқда. Бу эса кўклам катарни касаллиги офтальмологиянинг долзарб масалаларидан бири эканлиги ва бу

масалани хал этиш учун қилинаётган сайиҳаракат ҳисобланади.

Ҳозирги кунда Дунё амалиётида ўзининг дори воситалари билан ишонч қозонган Сантен, Алкон, Шеринг-Плау фирмалари тавсия қилаётган кўз томчилари кўклам катари ва кўзнинг аллергия касалликларининг турли ҳил клиник шакллари даволаш учун қўлланилмоқда.

Ишнинг мақсадидан келиб чиққан ҳолда Аломид, ТобраДекс, Африн кўз томчиларини қўллаш ёрдамида кўклам катари касаллигининг консерватив йўл билан даволаш тизимини ишлаб чиқиш мақсадида ушбу дори воситаларини қўладик. Бу дори воситаларини Ўзбекистон шароитида кўклам катари касаллигида биринчи бор қўлланиб, касаллик динамикасига таъсири илмий асосда ўрганилди.

Ушбу бобда бу дори воситаларни қўлланилганда олинган на-тижалар тўлиқ, чуқурроқ ёритилиб, гормонлар билан даволанган беморларда олинган натижалар билан қиёсланди.

Аломид дори воситаси қўлланилган беморларда олинган натижалар

Кўклам катари касаллигининг Аа, Ав, АВа, АВв, турлари бўйича 15 та (19,74%) беморларда Аломид кўз томчи дори воситасини қўлладик.

Беморларнинг келганидаги шикоятлари: кўзининг доимий қизариб туриши қичишиши, ачишиб оғриши, ёруғликўклам катариа қарай олмаслик, кўзда ёт жисм хиссиётини бўлиши, кўзининг ёшланиши, шафақланиши, ҳамда кўриш ўткирлигининг пасайишидан иборат. Беморларни сўраб-суриштирганимизда, ўзларининг ва ота-оналарининг сўзига қараганда касалликнинг бошланган вақтидан ҳозиргача бўлган даврини ҳисоблаб, қуйидаги гуруҳларга бўлиб ўргандик:

1. 1-3 йилигача бўлган даврда 3 та (20,00%)
2. 4-6 йилигача бўлган даврда 2 та (13,33%)
3. 7-9 йилигача бўлган даврда 4 та (26,67%)
4. 10 йил ва ундан ортиқ бўлган даврда 6 та (40,00%)

беморни ўз ичига олади.

Бу беморларда касалликнинг бизгача даво курсидан сўнг қайталанишига қараб қуйидаги гуруҳларга ажратдик:

1. 2-3 маротаба қайталанган 11 та (73,33%)
2. 3-4 маротаба қайталанган 4 та (26,67%) беморлардан

иборат.

Ушбу беморларда касалликнинг келиб чиқишига қараб ҳам гу-руҳларга ажратдик:

1. Наслдан-наслга ўтган 12 та (80,00%)
2. Ҳаёт давомида орттирилган 3 та (20,00%) беморларни

ташқил қилди.

Визометрия маълумотлари: беморларнинг кўриш ўткирлиги

0,6 дан 0,9 гача бўлиб, ўртача $0,7 \pm 0,02$ га тенгдир ($P < 0,05$).

Рефрактометрия маълумотлари: бу гуруҳда биз эмметроп бе-морларни танлаб олганмиз. Кўзнинг хира кўриши касаллик туфайли келиб чиқувчи ёшланиш сабаби билан тушунтирилади.

Периметрия маълумотлари: беморларнинг кўриш майдони 8 та асосий меридиан бўйича ўлчанганида ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмади.

Тонометрия маълумотлари: беморларнинг КИБ ўлчанганда меёр чегарасида эканлиги ва даволаш давомида ўзгармаганлиги аниқланди.

Кўз ёши ўтказувчи йўлларнинг фаолияти аниқланди барча бе-морларда секинлашган бўлиб, уларда реактив шиш борлиги туфайли кўз ёшининг оқиб чиқиб кетишини тўлиқ таъминлаб бера олмайди.

Гониоскопия маълумотлари: беморларнинг кўз олд камерасининг бу бурчагининг ҳолати текширилганида давогача ва даводан сўнг ҳеч қандай патологик ўзгаришлар аниқланмади.

Биомикроскопия маълумотлари: давогача беморларнинг кўз олмаси конъюнктивал қаватининг ва пардаларининг ҳолатига қуйидагича баҳо бердик. Конъюнктивал қаватдаги тўқималари шишган, қон томирлари димланган ва ўз йўналишларини ўзгартирган конъюнктиванинг юзаки ва чуқур қон томирлари кенгайган ва тўлақонлик кўринади. Айниқса бу ўзгаришлар Ав турида яққол намоёндыр. Конъюнктиванинг тўқималари аллергия яллиғланишига хос бўлган эксудация жараёнини ўтказганлиги туфайли конъюнктивал қаватда салқин келиб чиққани далолат беради. Конъюнктивал тўқима лимб соҳасига келиб гипертрофияга учраган ва бунинг натижасида лимбнинг кенглиги 1,5 мм га кенгайган. Бу ҳар қандай яллиғланишда пролефация жараёнидан сўнг аста секин бириктирувчи тўқиманинг ўсиши билан тушунтирилади. Лимб соҳасидаги капиллярлар ва

аностомозлар зоналарида қон томирларининг димланиши туфайли перилимбал қон томирлар инъекцияси кучайганлигини, бу зоналарда янги қон томирлар пайдо бўлганлигини кўришимиз мумкин, айниқса бу ўзгаришлар палесад зоналарида аниқ кўринади. Шох парда, олдинги камера ва унинг суюқлиги, рангдор парда ва қорачиқнинг ёруғликўклам катариа жавоб реакциялари меёрида.

Ёндан ёритиш усулида текширилганда беморларнинг конъюнктивал қопчасида ажралмалар борлигини кузатдик. Конъюнктивал қопчанинг пастки ва юқори гумбазлари текширилганда асосан пастки гумбаз соҳасида конъюнктивал қават салқиган, бунинг натижасида унинг хусусиятларидан бири - ялтироқлиги йўқолган.

Кўз ёш таркибидаги эозинофилларнинг миқдорини бемор келган вақтида аниқлаганимизда бу кўрсаткич ўртача $8,5 \pm 0,6$ ни ташкил қилди (23-жадвал).

Қон таркибидаги эозинофиллар миқдори эса ўртача $20,8 \pm 1,3$ ни ташкил қилди ($P < 0,05$).

Қон таркибидаги IgE нинг миқдори ўртача $321 \pm 12,2$ ни ташкил қилди ва бу меёрга нисбатан 7 баробар юқори бўлиб, кучли гиперергик ҳолат мавжудлигидан далолат беради.

Беморларни шифохонага ётқизилгандан бошлаб, офтальмологик текширув усуллари, кўз ёш таркибида ва қон таркибида эозинофилларнинг, қон плазмаси таркибида IgE концентрациясини аниқлаш мақсадида синамалар олинди.

**Кўклам катари касаллигида Аломид қўлланилган беморларда
давогача ва даводан сўнг олинган натижалар. $M \pm m$**

25-жадвал

Текширув вақти	Кўрсаткичлар			
	Кўриш ўткир.	Кўз ёш тар эозиноф.	Қон тар эозиноф.	Қон таркибида IgE (ХБ/мл)
Келганда	0,7 $\pm$ 0,02*	8,5 $\pm$ 0,6*	20,8 $\pm$ 1,3*	321 $\pm$ 12,2*
Кетганда	1,0 $\pm$ 00**	3,7 $\pm$ 0,4**	17,0 $\pm$ 1,5*	137 $\pm$ 8,27**
6 ойдан сўнг	1,0 $\pm$ 00**	-	17,0 $\pm$ 1,3*	103 $\pm$ 8,81**
Норма	1,0 $\pm$ 00	2,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5	50,0 $\pm$ 0,5

Эслатма: * Кўрсаткичларнинг меёрга қиёсан ишонарли фарқи $P < 0.05$

** Кўрсаткичларнинг бемор келгандагига қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

Даволаш учун Furacyllini 1:5000 нисбатдаги эритмаси билан кунига 4 маҳал конъюнктивал қопчани ювиш, 0,1% ли Аломид томчиларидан ҳам 1 томчидан кунига 4 маҳал томизиш муолажалари бажарилди. Жами даво курси 7 кунни ташкил қилди.

Давонинг 2-кунига келиб 4 та (26,66%) беморларда клиник белгилардан: қичишиш, ачишиб оғриш, ёт жисм хиссиётининг бўлиши каби ўзгаришлар чекниа бошлади. 4 та бемордан 3 таси Аа, 1 таси АВа туринаи ташкил қилди.

Биомикроскопия: Аа турига хос ўзгаришлар қуйидагича, конъюнктивал қават қон томирларининг димланиши сустлашган, лимб юзасидаги қон томирларининг йўналиши тўғри шохланган, шу соҳадаги конъюнктивал тўқималарининг салқиши сақланган, конъюнктиванинг юзаки қон томирларидаги тўлақонлик аломатлари кетган.

АВа турига хос бўлган ўзгаришлар: қовоқ конъюнктивасидаги қон томирларнинг димланиш аломатлари бир оз даражада чекинган бўлиб юқори қовоқ конъюнктивасида майда

тугунсимон ўсмалар “тош йўлак” белгилари мавжуд. Пастки қовоқнинг гумбаз қисмига ўтиш жойида бироз даражада қон томирлар тўлақонлиги кўринади.

Давонинг 3-кунига келиб қолган 11 та (73,34%) беморда қичишиш, ачишиб оғриш, ёт жисм хиссиётининг бўлиши, 4 та беморда эса қизариш каби ўзгаришлар чекина бошлади. 11 та беморни клиник шакли бўйича тахлил қилганимизда 5 та АВ, 6 та АВв турлари бўлиб, булардаги биомикроскопия ўзгаришлари қуйидагича: 5 та АВ тури кузатилган беморда конъюнктивал қават қон томирлари юза жойлашганлигидан тўлақонлик аломатлари бироз сақланган. Чуқур қон томирларида димланиш аломатлари бор. 6 та АВв тури кузатилган беморда қовоқ конъюнктивал қавати ва кўз олма конъюнктивал қаватининг қон томирлари бироз даражада тўлақонлиги мавжуд бўлиб, кўз олма конъюнктивасининг чуқур қон томирлари бундан холидир. қовоқ конъюнктивал тўқимасида ўрта ўлчам катталигида “тош йўлак” белгили асоси йирик ўсимталар мавжуд ва бу тузилмалар қирғоқнинг ўрта қисмида жойлашган.

Давонинг 4-кунига келиб 11 та беморда кўзнинг ёруғликўклам катариа қамашиши, ёшланиши, қизариши чекина бошлади. 4 та беморда кўриш ўткирлиги 1,0 га тенг бўлди, кўз ёш ўтказувчи йўллارнинг фаолияти тўлиқ тикланди. Биомикроскопия қилинганда 4 та беморда конъюнктиванинг ҳолати меёр бахоланди.

Давонинг 5-кунига келиб 11 та беморда ҳам касалликнинг барча клиник симптомлари чекиниб, кўриш ўткирлиги 1,0 га тенг бўлди. Ушбу беморларда кўз ёш ўтказувчи йўлларининг фаолияти тўлиқ тикланди. Беморларнинг биомикроскопия қилганда конъюнктива тўқимасида кўклам катариа касаллигига хос ўзгаришдан фақат юқори қовоқда кам миқдорда кичик ўлчамли ўсимта ҳосилалари мавжуд. Аа, АВа турдаги 4 та

беморлар ихтиёрига кўра уйига жавоб берилди. Бу беморлардан синамалар олиниб 1, 3, 6 ой 1 йил давомида келиб кўриниб туришини, кўзда агар кўклам катари касаллигига хос белгилар пайдо бўлиши билан ёзиб берилган дорини кўрсатилган тартибда томизишни тушунтирилди.

6-куни беморларнинг барчасидан синамалар олиниб текширилди ва 7-куни тушунтириб уйларига жавоб берилди.

Шундай қилиб, Аломид дори воситаси 7 кун давомида касалликнинг клиник белгилари тўлиқ сўниши, кўриш ўткирлигининг қиёсан ишонарли тикланиши, қонда ва кўз ёши таркибида эозинофиллар силжиш даражасининг пасайиши, қон зардобидида IgE миқдорининг 2,5 баробар пасайиши каби ижобий натижаларга олиб келади. Аммо иммунологик кўрсаткичлар натижалари меёр чегараларига етиб келмайди ва 6 ойдан сўнг ўтказган текширувларимизда бу ҳолат тасдиқланди.

ТобраДекс дори воситаси қўлланилган беморларда олинган натижалар

Кўклам катари касаллигининг Аа, Ва, Ав, Вв, АВа турлари бўйича 15 та (19,74%) беморларда ТобраДекс кўз томчиларини қўлладик.

Беморларнинг келгандаги шикоятлари: кўзининг доимий қизариши, қичишиши, ачишиб оғриши, ёруғликўклам катарида қамашиши, кўзда ёт жисм хиссиётининг бўлиши, кўзнинг ёшланиши, ҳамда шафақланиши ва кўриш хиралигидан иборат бўлди.

Бу гуруҳ беморларни сўраб-суриштирган маълумотлар асосида, касалликнинг кечиш даврига қараб қуйидагича ўргандик.

1. 1-3 йилгача бўлган даврда 2 та (13,33%)
 2. 4-6 йилгача бўлган даврда 4 та (26,67%)
 3. 7-9 йилгача бўлган даврда 5 та (33,33%)
 4. 10 йил ва ундан ортиқ бўлган даврда 4 та (26,67%)
- беморни ўз ичига олди.

Бу беморларда касалликнинг даво курсидан сўнг қайталанишига қараб қуйидагича ажратдик:

1. 2-3 маротаба қайталанган 10 та (66,67%)
2. 3-4 маротаба қайталанган 5 та (33,33%) бемордан иборат бўлди. Касалликнинг келиб чиқишига қараб ҳам гуруҳларга ажратдик:

1. Наслдан-наслга ўтган 9 та (60,00%)
2. Ҳаёт давомида орттирилган 6 та (40,00%) беморни ташкил қилди.

Беморларни келгандаги кўриш ўткирлигини текширганимизда 0,5 дан 0,9 гача бўлиб, ўртача $0,6 \pm 0,03$ ни ташкил қилди.

Рефрактометрия маълумотлари: бу гуруҳ беморларнинг барчасида кўз рефракцияси эмметропик бўлиб, кўришнинг хиралиги касалликнинг симптомлари билан боғлиқ беморларни танлаб олганмиз. Периметрия маълумотлари: беморларнинг кўриш майдонини сакўклам катариизта асосий меридиан бўйича аниқлаганимизда, давогача ва даводан сўнг ҳеч қандай ўзгаришлар кузатилмади.

Тонометрия маълумотлари: беморларнинг келгандаги ва даволаш давомида кўз ички босими ўлчанганда ўртача $26,2 \pm 0,4$ мм сим, устинини ташкил этди.

Гониоскопия кўрсаткичлари беморларнинг кўз олди камераси бурчагининг ҳолатини келганида ва даволашдан текширганимизда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмади.

Бу кўз ёшларининг ўтказувчанлик фаолияти: беморларнинг келганда суст бўлиб, давонинг 3-кунига келиб тўлиқ тикланди.

Беморларнинг келганида биомикроскопия усулида текшириб кўрганимизда ўзгаришлар ҳар бир клиник шакли учун ўзига хос кўринишда эди.

Аа - конъюнктива қизарган юзаки қонтомирлари димланган, ўз йўналишларини ўзгартирган, конъюнктивал қават тўқималари салқиган, лимб соҳасида конъюнктива тўқимасининг сатхи шох парда сатхига нисбатан кўтарилган, лимбнинг кенглиги 1 мм дан кенг. Анастомозлар зоналаридаги қон томирларнинг кўпчанлигида перилимбал инеъекция кучайганлиги кузатилади.

АВа - кўз олма ва қовоқ конъюнктиваси қизарган қовоқ ва кўз олма конъюнктиваларининг қон томирлари димланган, ўз йўналишларини ўзгартирган бўлиб, кўз олмаси конъюнктивасининг чуқур қон томирлари эса бундан мустаснодир. Юқори қовоқ конъюнктивасининг қовоқ қирғоғига яқин 5 мм ораликда майда ўсимтали йирик фолекуляр тузилма ҳосилаларидан иборат “тош йўлак” белгили ўзгаришлар аниқланди. Лимб соҳасида конъюнктива тўқимаси гипертрофияга учраган бўлиб, лимбнинг кенглиги 1 мм дан ортиқ.

Ва- қовоқнинг конъюнктивал қавати қизарган, қон томирлари димланган, ўсимта тузилмалар қовоқ қирғоғига 3 мм лар атрофида яқин жойлашган бўлиб, гумбазгача 2 мм қолган ораликни эгаллаган. Ўсимталар шиллиқ ажралмалар билан қисман қопланган. Кўз олма конъюнктивасида гиперемия суст, юзаки қон томирлар перилимбал соҳада димланган. Лимбнинг кенглиги 1 мм га тенг.

Кўклам катари касаллигининг Ав тури билан оғриган беморларда конъюнктиванинг ҳолати қуйидагича тасвирланади: конъюнктивал қизарган, юзаки ва чуқур қон томирлари димланган, ўз йўналишларини ўзгартирган, сезиларли даражада салқиган. Лимб соҳасига келиб, конъюнктивал тўқима гипертрофияланган. Шу туфайли лимбнинг кенглиги 1,5 тенг

бўлиб, конъюнктива сатхи шох парда сатхига нисбатан кўтарилган. Анастомозлар ва капиллярлар зоналарида қон томирлар тўла қонлиги туфайли перилимбал инъекция кучайган. Палесад зоналарида янги пайдо бўлган қон томирларини кўришимиз мумкин.

Кўклам катари касаллигининг Вв тури билан оғриган беморларда биомикроскопия қилганимизда қуйидагича ҳолатни баҳоладик. қовоқ ички сатхи конъюнктивал тўқимасида кўп сонли “тош йўлак” белгили ўсимталар мавжуд бўлиб, юза сатхини қоплаган шиллиқ таркибли ажралмалар миқдори кўп. қовоқ конъюнктивасининг қон томирлари димланган, тўлақонлик туфайли гиперемия кучайган. Бу ўзгариш кўз олма конъюнктивасида ҳам ўзининг таъсирини кўрсатган ҳолда перилимбал инъекция кучайган, ҳамда юзаки қон томирларда димланиш аломатлари бор.

Бемор келганида эозинофилларнинг миқдорини аниқланганимизда, кўз ёш таркибида ўртача $9,3 \pm 0,8$ ни ташкил қилса, қон таркибида $22,7 \pm 0,9$ га тенг бўлди (24-жадвал).

Беморнинг қон плазмаси таркибида IgE миқдори келганида ўртача $325 \pm 11,9$ ни ташкил қилди ($P < 0,05$).

Бу гуруҳ беморларни даволаш курсига Furacyllini 1:5000 нисбатдаги эритмаси, ҳамда ТобраДекс кўз томчилари киритилди. Барча беморларда 2-куни КИБ нормага нисбатан $26,5 \pm 0,4$ ни ташкил қилди.

Аа туридаги беморларда 3-кунга келиб конъюнктивал қават юзаки қон томирларининг димланиш аломатлари лимб соҳасидаги конъюнктивал тўқиманинг салқиши, перилимбал инъекциянинг чекиниши юзага кела бошлади. Беморнинг шикоятларидан кўзининг қичишиши, ёшланиши, ёт жисм хиссиёти каби белгилар йўқолганлигини кўрсатишди. Кўз ёш йўллариининг ўтказувчанлик фаолияти тўлиқ тикланган.

Конъюнктивал қопчада ажралмалар йўқ.

Кўклам катарии касаллигида ТобраДекс қўлланилган беморларда давогача ва даводан сўнг олинган натижалар $M \pm m$.

26-жадвал

Текширув Вақти	Кўрсаткичлар			
	Кўриш ўткир.	Кўз ёш тарк эозиноф.	Қон таркибида эозинофиллар.	Қон таркибида IgE (ХБ/мл)
Келганда	0,6 $\pm$ 0,03*	9,3 $\pm$ 0,8*	22,7 $\pm$ 0,9*	325 $\pm$ 11,9*
Кетганда	1,0 $\pm$ 00**	4,3 $\pm$ 0,6**	16 $\pm$ 1,8**	108 $\pm$ 1,14**
6 ойдан сўнг	1,0 $\pm$ 00**	-	16 $\pm$ 1,5 **	46,0 $\pm$ 0,77**
Норма	1,0 $\pm$ 00	2,5 $\pm$ 0,5	4,5 $\pm$ 0,5	50,0 $\pm$ 0,5

Эслатма: * Кўрсаткичларнинг меёрга қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

** Кўрсаткичларнинг бемор келганидагига қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

Ав туридаги беморларда конъюнктивал қопча тоза, ажралмалар йўқ, конъюнктивал қаватнинг юза ва чуқур қон томирларидаги димланиш аломатлари кам, қон томирлар ўз йўналишида. Конъюнктивал қаватнинг салқиши йўқ. Беморларнинг шикоятларидан: кўзининг қичиши, ёшланиши, ёруғликўклам катариа қамашиши, ёт жисм хиссиётларининг йўқлиги кузатилади. Кўз ёш йўллариининг ўтказувчанлик хусусиятлари тўлиқ тикланган.

Ва туридаги беморда 3-кунга келиб конъюнктивал қопча тоза, кўз ёш йўллариининг ўтказувчанлик хусусиятлари тикланган. қовоқ конъюнктивасида қизариш аломатлари йўқ, қон томирлардаги димланиш белгилари кўринмайди. Беморнинг шикоятлари йўқ.

Вв турдаги беморда 3-кунга келиб конъюнктивал қопча тоза ажралмалар йўқ, қовоқдаги ўсимталар бир оз сўрилган. Беморни ёт жисм хиссиётларининг борлиги безовта қилади.

АВа туридаги беморда конъюнктивал қопча тоза, кўз ёш

йўллариининг ўтказувчанлик фаолияти тикланган. Конъюнктивал қаватнинг юза қон томирларида димланиш аломатлари кўринмайди.

Аа, Ва, АВa, турларида кўриш ўткирлиги 1,0 га тенг бўлди.

Давонинг 4-кунига бориб Ав, Вв турларида касаллик хос бўлган барча шикоятлар йўқолди. Кўриш ўткирлиги 1,0 га тенг бўлди.

Давонинг 5-кунига келиб бу беморларда касаллик учун хос бўлган барча клиник белгиларнинг батамом йўқолиши кузатилди.

Давонинг 6-кунига келиб, синамалар учун қон ва кўз ёши олиниб текширилди. Кўз ёш таркибида эозинофилларнинг учраши ўртача $4,3 \pm 0,6$ га тенг, қон таркибида $16 \pm 1,8$ га тенг, яъни бир оз тушсада, меёрга нисбатан 3,5 баробар юқори ($P < 0,05$).

Қон плазмаси таркибида IgE нинг миқдори даводан сўнг ўртача $108 \pm 1,14$ ХБ/мл ни ташкил қилди, яъни бошланғич миқдорига нисбатан 3 баробар камайсада меёрга нисбатан юқори эди. ($P < 0,05$)

Орадан олти ой ўтгандан сўнг қон таркибидаги эозинофиллар миқдори $16 \pm 1,5$ ни ташкил қилса, қон плазмаси таркибидаги IgE нинг концентрацияси $46 \pm 0,77$ ХБ/мл ни ташкил қилиб, IgE меёрига қайтган ($P > 0,05$).

Олинган натижалар ушбу дори воситасининг кўклам катари касаллигини даволашда самарадорлиги юқори эканлигидан далолат берди.

Африн дори воситаси қўлланилган беморларда олинган натижалар

Кўклам катари касаллигининг Аа, Ав, АВв, турлари бўйича 15 та (19,74%) беморларда Африн кўз томчилари қўлланилди.

Беморларнинг келгандаги шикоятлари: кўзнинг доимий қизариши, қичишиши, ачишиб оғриши, ёруғликўклам катариа қамашиши, кўзда ёт хиссиётнинг бўлиши, кўзнинг ёшланиши, шафақланиши, ҳамда хира кўришидан иборат бўлди.

Бу гуруҳ беморлар ҳам сўраб-суриштирилганда тўпланган маълумотларга асосан қуйидаги гуруҳларга бўлди:

1. 1-3 йилгача бўлган даврда 4 та (26,67%)
2. 4-6 йилгача бўлган даврда 5 та (33,33%)
3. 7-9 йилгача бўлган даврда 4 та (26,67%)
4. 10 йил ва ундан ортиқ бўлган даврда 2 та (13,33%)

беморни ўз ичига олди. Касалликнинг даводан сўнг қайталанишига қараб қуйидагича жаратдик:

1. 2-3 маротаба қайталанган 12 та (80,00%)
2. 3-4 маротаба қайталанган 3 та (20,00%) бемордан иборат

бўлиб, касалликнинг келиб чиқишига қараб ҳам гуруҳларга ажратдик:

1. Наслдан-наслга ўтувчи 8 та (53,33%)
2. Ҳаёт давомида орттирилган 7 та (46,67%) беморни

тагшқил қилди.

Беморларнинг келганидаги кўриш ўткирлигини текширганимизда 0,6 дан 0,8 гача бўлиб, ўртача $0,7 \pm 0,02$ ни тагшқил қилди.

Рефрактометрия маълумотлари бу гуруҳ беморларнинг барчаси фақат эмметроп бўлган беморлардан иборат эди.

Периметрия маълумотлари: беморларда 8 та меридиан бўйича кўриш майдони текширилганда давогача ва даводан сўнг

ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмади.

Гониоскопия маълумотларига кўра беморларда давогача ва даводан сўнг патологик ўзгаришлар аниқланмади. Кўз ёш ўтказувчи йўллариининг фаолияти текширилганида сусайганлиги аниқланди ва даволашнинг 3-куни тўлиқ тикланди.

Биомикроскопия маълумотлари: беморларнинг келганидаги кўз олма конъюнктивасининг ҳолати касалликнинг клиник шаклларига, оғирлик даражасига қараб ўзига хос ўзгаришларни кўриш мумкин.

Аа тури билан оғриган беморларнинг конъюнктивасида қуйидагича ўзгаришлар кўринади: конъюнктивал тўқима қизарган, салқиган, конъюнктиванинг юзаки қон томирлари димланган, ўз йўналишларини ўзгартирган, лимб соҳасига келиб конъюнктивал тўқима сатхи шох парда сатхига нисбатан кўтарилган, лимбнинг кенглиги 1 мм дан ортиқ. Анастомоз зоналаридаги қон томирларнинг кўпчиши ҳисобидан перилимбал инъекция кучайганлиги кузатилади.

Кўклам катари касаллигининг Ав тури билан оғриган беморларда конъюнктиванинг ҳолати қуйидагича тасвирланади: конъюнктивал қават қизарган, юзаки ва чуқур қон томирлари димланган, йўналишлари ўзгарган, сезиларли даражада конъюнктивал тўқима салқиган, лимб соҳасига келиб конъюнктивал тўқима гипертрофияланган. Шу туфайли лимбнинг кенглиги 1,5 мм га тенг бўлиб, конъюнктива сатхи шох парда сатхига нисбатан кўтарилган. Анастомозлар ва капиллярлар зоналарида қон томирлар тўлақонлиги туфайли перилимбал инъекция кучайган. Палесад зоналарида янги пайдо бўлган қон томирларни кўришимиз мумкин.

АВв туридаги беморларда қовоқ конъюнктиваси ва кўз олма конъюнктиваси қизарган ва салқиган. қовоқ конъюнктивасида йирик ўсимтали фолликулалар бўлиб, конъюнктивал қопчанинг

гумбаз соҳаларигача боришига 2 мм қолгангача бўлган сатхни эгаллаган. Кўз олма конъюнктивасида юза қон томирларининг кучли димланиши ўз йўналишини ўзгартириши кузатилиб, бу лимб соҳасидаги анастомозлар зоналарида яққол кўринади. Лимбнинг кенглиги 1,5 мм га тенг. Конъюнктивал қопчада шиллиқ ажралма бўлиб, “тош йўлак” белгили ўсимталарни устки қисмини қоплаган.

Эозинофилларнинг миқдори ўрганилганда кўз ёш таркибида ўртача $8,5 \pm 0,8$ бўлиб, қон таркибида ўртача $19,2 \pm 1,3$ ни ташкил қилди ($P < 0,05$).

қон плазмаси таркибидаги IgE миқдори келганида ўртача $314 \pm 16,3$ ХБ/мл ни ташкил қилди ($P < 0,05$).

Даво курсига Furacyllini 1:5000 нисбатидаги эритмаси, ҳамда Африн дори воситаси қўлланилди.

Давонинг 3-кунларига келиб, Аа туридаги беморларда конъюнктива ҳолати қуйидагича бўлди: конъюнктивал қаватнинг гиперемияси чекинди, конъюнктивал юза қон томирларида димланиш аломатлари йўқ, қон томирлар тўғри шохланган конъюнктивал тўқиманинг салқиши кузатилмайди. Конъюнктивал қопчада ажралмалар йўқ. Кўз ёш ўтказувчи йуллариинг фаоллияти тикланган. Беморларнинг шикоятларидан: кўзининг қичиши, ёшланиши, ёруғликўклам катариа нисбатан камашиши, ёт жисм хиссиётининг бўлиши, ачишиб оғриши каби ўзгаршлар йўқолганлигини қайд этдик.

Ав туридаги беморларда конъюнктивал қопча тоза фақат конъюнктиванинг юзаки қон томирларининг димланиш аломатлари йўқолган. Конъюнктиванинг салқиши, перилимбал инъекциянинг бир оз камайганлиги кўринади. Беморларнинг шикоятларидан ёшланиш, ачишиб оғриш, ёруғликўклам катариа қамашиш, ёт жисм хиссиёти каби ўзгаришларнинг йўқолганлигини қайд этишимиз мумкин.

АВв туридаги беморларнинг шикоятларидан кўзнинг қизариши, ёт жисм хиссиётларининг борлиги ва хира кўриши мавжуд. қовоқ конъюнктивал тўқимасида юзага келган гипертрофик ўсимталар, кўз олма конъюнктивасидаги юза қон томирларининг димланиш аломатлари сусайган лимбнинг кенглиги 1,5 мм га тенг. Давонинг 3-кунига келиб фақат Аа туридаги беморларнинг кўриш ўткирлиги 1,0 га тенг ($P > 0,05$). Давонинг 4 - кунига келиб Ав ва АВв турларида беморларнинг безовта қилаётган барча (кўзининг қизаришидан ташқари) белгилари чекина бошлади. Бу беморларнинг кўриш ўткирлиги 10% га ошди. Давонинг 6-кунига келтиб барча беморларда кўриш ўткирлиги 1,0 га тенг бўлди ($P > 0,05$). Беморлардан кўз ёш ва қон таркибидаги эозинофилларнинг миқдорини аниқлаш мақсадида синамалар олинганида бу кўрсаткич, кўз ёш таркибида $3,1 \pm 0,4$, қон таркибида ўртача $16 \pm 1,8$ ни ташкил қилди, яъни меёрига томон силжиши кузатилди (27-жадвал).

Кўклам катари касаллигида Африн қўлланилган беморларда давогача ва даводан сўнг олинган натижалар $M \pm m$.

27-жадвал

Текширув вақти	Кўрсаткичлар			
	Кўриш ўткир.	Кўз ёш тарк эозиноф.	Қон таркибида эозинофиллар	Қон таркибида IgE (ХБ/мл)
Келганда	0,7±0,02*	8,5±0,8*	19,2±1,3*	314±16,3*
Кетганда	1,0±00**	3,1±0,4**	16±1,4*	124±5,02 **
6 ойдан сўнг	1,0±00**	-	13±0,8**	110±8,12 **
Норма	1,0±00	2,5±0,5	4,5±0,5	50,0±0,5

* Кўрсаткичларнинг меёрга қиёсий ишонарли фарқи $P < 0,05$

** Кўрсаткичларнинг бемор келгандагига қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

Даводан сўнг қон плазмасидаги таркибидаги IgE миқдори ўртача $124 \pm 5,02$ ни ташкил этди. Бу кўрсаткич бошланғич миқдоридан 2,5 баробар паст бўлсада меёрга нисбатан ишончли

даражада баланд эди ($P<0,05$). Бу беморларга 7-куни ўз ихтиёрларига кўра клиникадан жавоб берилди.

Гормонлар қўлланилган беморларда олинган натижалар

Кўклам катари касаллигининг Ав, АВв, Вв, Вс, Ас, турлари бўйича 31 та (40,78%) беморларда Дексаметазон дори воситасини қўлладик.

Беморларнинг келгандаги шикоятлари: кўзининг қизарши, қичиши, ачишиб оғриши, ёруғликкўклам катариа қарай олмаслик, кўзда ёт жисм хиссиётининг бўлиши, ёшланиши, шафақланиши, ҳамда хира кўришдан иборат бўлди.

Беморлар сўраб-суриштирилганда ва ота-оналарининг сўзларига қараганда бошланиш вақти бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлиб ўргандик.

1. 1-3 йилгача бўлган даврда 5 та (16,13%)
2. 4-6 йилгача бўлган даврда 5 та (16,13%)
3. 7-9 йилгача бўлган даврда 14 та (45,16%)
4. 10 йил ва ундан ортиқ бўлган даврда 7 та (22,58%) беморни ўз ичига олади.

Бу беморларда касалликнинг даво курсидан сўнг қайталанишига қараб қуйидаги гуруҳларга ажратдик:

1. 2-3 маротаба қайталанган 21 та (67,74%)
2. 3-4 маротаба қайталанган 10 та (32,26%) бемордан иборат бўлиб, касалликнинг келиб чиқишига қараб гуруҳларга ажратганимизда:

1. Ирсий 27 та (87,10%)
2. Орттирилган 4 та (12,90%) беморни ташкил қилди.

Беморларнинг келгандаги кўриш ўткирлиги 0,4 дан 0,8 гача бўлиб, ўртача $0,5 \pm 0,02$ ни ташкил қилди.

Рефрактометрия маълумотлари: бу гуруҳ беморларда кўзнинг оптик муҳит нур синдириш хусусиятлари ўрганилганда 4

та (12,90%) беморда Миопиянинг енгил даражаси, 5 та беморда (16,13%) гиперметропиянинг енгил даражаси қолган 22 та (70,97%) беморда эмметропия аниқланди.

Периметрия маълумотлари: барча беморларда кўриш майдони 8 та асосий меридиан бўйича текширилганда давогача ва даводан сўн ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмади.

Гониоскопия маълумотларига асосан кўз олд камерасининг бурчагининг ҳолати ўзгаришсиз.

Кўз ёш ўтказувчи йўллариининг фаолияти ўрганилганда унинг сусайиши даводан сўнг эса 2-кунга келиб фаолияти тўлиқ тикланиши аниқланади.

Биомикроскопия маълумотлари бўйича: беморларнинг кўз олма конъюнктивасининг ҳолати қуйидагича баҳоланди.

Ав тури билан оғриган беморларда конъюнктивал қават қизарган, юзаки ва чуқур қон томирлар димланган, ўз йўналишини ўзгартирган, конъюнктивал қават салқиган, лимб соҳасига келиб гипертрофияга учраган, бунинг натижасида лимбнинг кенглиги 1,5 мм га тенг. Лимб соҳасидаги қон томирларининг кучли димланиши ҳисобидан перилимбал инъекция кучайган конъюнктивал қаватнинг сатхи шох парда сатхига нисбатан кўтарилган. Анастомозлар ва капилярлар зоналарида янги пайдо бўлган қон томирларни кўришимиз мумкин.

АВв туридаги беморларда қовоқ конъюнктиваси ва кўз олма конъюнктиваси қизарган ва салқиган. қовоқ конъюнктивасида йирик ўсимтали фолликулалар бўлиб, қовоқнинг ички сатхини эгаллаган. Кўз олма конъюнктивал қаватининг юза қон томирлари кучли димланган, ўз йўналишини ўзгартирган бўлиб, бу лимб соҳасидаги анастомозлар зоналаридаги яққол кўринади, лимбнинг кенглиги 1,5 мм га тенг. Конъюнктивал қопчада шиллиқ ажралмалар “тош йўлак” белгилари ўсимталарни устки

қисмини қоплаган.

Кўклам катари касаллигининг Вв тури билан хасталанган беморларнинг қовоқ конъюнктивал тўқимасида кўп миқдорда “тош йўлак” белгили ўсимталар мавжуд бўлиб, юза сатҳини шиллиқ таркибли ажралмалар қоплаган. Конъюнктивал қават қон томирлари димланган, тўлақонлик туфайли гиперемия кучайган, кўз олма конъюнктивасида перилимбал қон томирлар димланиши хисобидан инъекция кучайган.

Ас тури билан оғриган беморда конъюнктивал қават шишган, қон томирларининг хар икўклам катариаала қаватдагилари димланган, тўлақонлик, ўз йўналишларини ўзгартирган, бу ўзгаришлар капиллярлар ва анастомозлар қаватида кўринади. Палесад зоналарида янги пайдо бўлган қон томирларини кўришимиз мумкин бунинг натижасида кучли перилимбал инъекция ривожланган ва шу соҳада тўқима гипертрофияга учраган. Шох парда сатҳи устки юзасига 0,5 мм ўсиб ўтган. Лимбнинг кенглиги 1,5 мм дан кенг. Конъюнктивал қопчада шиллиқ ажралмалар кузатилади. Шох парданинг сатҳи бир оз хиралашган.

4-кунга келиб 22 та беморда кўриш ўткирлиги 1,0 га тенг бўлди, 9 та беморда эса коррекция қилингандан сўнг кўриш ўткирлиги кўтарилиб 1,0 ни ташкил қилди. КИБ босими кўтарилишини олдини олиш мақсадида даво курсидаги Дексаметазонни 1 томчидан 3 маҳалга камайтирилди. Касалликнинг Ав, АВв, Вв, турларида шу пайтга келиб, симптомлар тўлиқ чекинди.

5-кунига келиб Вс, Ас турларида касалликнинг клиник симптомлари аста секин чекина бошлади.

6-кунига келиб касалликнинг барча симптомлари изсиз йўқолди ва беморлардан синамалар олинди даводан сўнг кўз ёш таркибида эозинофилларнинг ўртача миқдори $7,1 \pm 0,4$ ни ташкил

қилди. қон таркибидаги эса бу кўрсаткич $22 \pm 0,6$ ни ташкил қилди (28-жадвал).

Қон плазмаси таркибида IgE миқдори меёрлашиб ўртача $52,5 \pm 2,89$ ни ташкил қилди ($P > 0,05$).

7-куни беморларга жавоб берилди. Бу гуруҳ беморларга аксарияти 28 кишида касаллик 1 ойни ичида қайталанди.

Бу ҳолат Dexamethason воситасининг қисқа вақт давомида клиник самара бериши, даволаш тўхтатилгандан сўнг эса ишончли ремиссия бермаслиги билан тушунтириш мумкин. 6 ойдан сўнг ушбу беморларнинг қондаги эозинофиллар миқдори ва IgE қон зардоб таркибидаги концентрацияси кўрсаткичлари фикримизни тасдиқлади

Кўклам катари касаллигида гормонлар қўлланилган беморларда давогача ва даводан сўнг олинган натижалар $M \pm m$.

28-жадвал

Эс ла тм а: *	Текширув вақти	Кўрсаткичлар			
		Кўриш ўткир.	Кўз ёш тарк эозиноф.	Қон таркибида эозинофиллар.	Қон таркибида IgE (ХБ/мл)
Кў рса тки чла рн инг	Келганда	$0,5 \pm 0,02^*$	$9,6 \pm 0,6^*$	$24,4 \pm 0,4^*$	$368 \pm 12,4^*$
	Кетганда	$1,0 \pm 0,00^{**}$	$7,1 \pm 0,4$	$22,0 \pm 0,6^*$	$52,5 \pm 2,89^{**}$
	6 ойдан сўнг	$1,0 \pm 0,00^{**}$	-	$24,0 \pm 0,5^*$	$363 \pm 9,24^*$
	Норма	$1,0 \pm 0,00$	$2,5 \pm 0,5$	$4,5 \pm 0,5$	$50,0 \pm 0,5$

меёрга қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$

** Кўрсаткичларнинг бемор келгандагига қиёсан ишонарли фарқи $P < 0,05$.

Вс- турдаги беморда конъюнктивал тўқима гипертрофияга учраган. “Тош йўлак” белгилари кучли ривожланган қовоқ конъюнктивасининг лимб атрофидаги қон томирлар димланиши ҳисобидан перилимбал инъекция кучайган, лимбнинг кенглиги 1,5 мм га тенг.

Беморларнинг келганидаги эозинофиллар миқдори ўлчанганда қуйидагича бўлди: кўз ёш таркибида ўртача $9,6 \pm 0,6$

ни ташкил қилса қон таркибида ўртача $24,4 \pm 0,4$ ни ташкил қилди. ($P < 0,05$). қон плазмаси таркибида IgE миқдори $368 \pm 12,4$ ни ташкил қилиб, меёридан 8 баробар ортиқлигини кўрсатди.

Беморларни даволашда Furacyllini 1:5000 нисбатдаги эритмаси, ҳамда 0,1% Dexamethason эритмасидан қўлладик.

Даволашнинг 2-кунига келиб касалликнинг Ав, Вв, АВв шаклларида кўзнинг ёшланиши, қизариши, ёт жисм хиссиётининг бўлиши каби ўзгаришлар йўқолганлигини кузатдик. КИБ миқдори $26,6 \pm 0,3$ ни ташкил этди.

3- кунга келиб барча беморларда кўзнинг хира кўришлигидан ташқари ҳамма шикоятлари йўқолди, конъюнктивал тўқимадаги салқинлар юза қаватда жойлашган қон томирларнинг димланиш, кўпчиш аломатлари чекинди, қовоқ конъюнктивал тўқимасидаги ўсимтали фолликулалар секин аста сўрила бошлади. Конъюнктивал қопчада ажралмалар йўқолиб, кўз ёш йўллариининг ўтказувчанлиги тўлиқ тикланди.

МУҲОКАМА

Таҳлил этилган адабиётлар ҳамда олинган хусусий натижаларимиз шуни кўрсатадики, кўклам катари касаллиги кўзнинг кенг тарқалган аллергик касалликларидан биридир.

Касалликнинг учраши адабиётларга асосан, умумий кўз касалликлари ичида 2,0 - 2,6% ташкил этган бўлса, бизнинг натижаларимиз бўйича 5,78% ни ташкил этади. Касалликнинг адабиётда келтирилган кўрсаткичларига нисбатан кўпайиш даражасини, биз ҳозирги кунда экологик шароитнинг бузилиши, атмосфера озон қаватининг юқалашиши, кимёвий воситаларнинг кенг кўламда ва юқори миқдорда қўлланилиши натижасида инсон организмида гиперергик ҳолат юзага келиши билан боғлаймиз.

Кўклам катари касаллигининг қуёш инсоляцияси миқдорида боғлиқлигини ҳисобга олиб ушбу изланишларимизда Ўзбекистон Республикасининг жанубий вилоятларида касалликнинг тарқалиш хусусиятлари ва клиник шаклларининг учраш моҳиятини ўрганиб чиқдик. Ушбу вилоятлар жанубий паралеллда жойлашган бўлиб, қуруқ субтропик иқлим минтақаси ҳисобланади. Аҳолиси асосан қишлоқ хўжалиги билан машғул.

Текширувлар натижасида ушбу ҳудудларда кўклам катари касаллигининг 1030 кишида борлиги аниқланди. Беморларнинг ёши 6 -25 ёшгача бўлиб ўртача $10,5 \pm 3,29\%$ ни ташкил этди. Яъни касаллик асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраши аниқланди. Бу масаланинг ижтимоий томонини кўрсатади. Вазирлар маҳкамасининг “Соғлом авлод учун” дастури асосида ёшларни соғлом ва жамият учун фойдали инсон сифатида етиштиришда ушбу беморларнинг тўлиқ тиббий реабилитацияси катта ўрин тутади. Беморларнинг 79,01% ўғил болалар бўлиб, қолган 20,99% ни қиз болалар ташкил этади. Беморлар контингенти орасида ўғил болаларнинг 4 баробар кўплиги,

фикримизча, улар организмида табиий гормонал ўзгаришларнинг қизларга нисбатан кечроқ ривожланиши, бундан ташқари ирсий жиҳатдан ўғил болалар ушбу касалликўклам катариа мойиллик даражасининг юқорилиги билан боғлиқ. Шунинг эътиборига эътибор қармаслик лозимки ўғил болалар бевосита ва билвосита қуёш ультрабинафша нурлари таъсирига сезувчанлиги юқори бўлиши.

Ўтказилган текширувларимиз натижалари кўклам катариа касаллигининг клиник шакллари вилоятлар бўйича турли равишда учрашини кўрсатади. Хусусан, Бухоро вилоятида касалликнинг аралаш ва палпебрел шакллари кўпроқ учрайди. Навоий ва Сурхондарё вилоятиларида эса аралаш ва лимбал турларининг кўплиги кузатилади. Самарқанд вилоятида касалликнинг асосан аралаш тури учраб, бу ҳолат шаҳар ва қишлоқ аҳолисида бир хил. қашқадарё вилоятининг тоғли ҳудудларида касалликнинг лимбал шакли кўплаб учрашини, чўл ва дашт ҳудудларида эса аралаш шакли кўпроқ тарқалганлигини кузатдик.

Шундай қилиб, касалликнинг келиб чиқиш сабабларини таҳлил қилганимизда асосан иқлим ҳамда ультрабинафша нурларининг муҳим ўрин тутиши аниқланди. Беморларнинг $88,00 \pm 0,03\%$ касалликнинг ирсият билан боғлиқлиги, ушбу омилнинг касаллик келиб чиқишида муҳим ўрин тутиши исботланди. Текширувлар Ўзбекистон Республикасининг туб аҳолисида ўтказилганлиги фикримизнинг далили бўлади.

Касалликнинг ташхислаш масаласига тўхтайдиган бўлсак адабиётлар таҳлили шу давргача касалликни аниқлаш маълум қийинчилик туғдирмасада, унинг шакллари ва клиник турларини ажратиш мукамал эмаслигини кўрсатди. Кўклам катариа касаллигида юзага келадиган белгиларнинг ривожланишида ўзига хос патофизиологик жараён ётади.

кўклам катариа касаллиги билан оғриган беморларнинг кўз

конъюнктивал қаватида қизариш, шиш, кўзининг ёшланиши ёруғликўклам катариа нисбатан кўзининг қамашиши, ёт жисм хиссиётининг бўлиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши каби белгиларни юзага келиши билан характерланса, бу белгиларнинг қай даражада ривожланишига, ҳамда анатомик тузилишининг патологик томонга қараб силжишлари касалликнинг оғирлик даражаларини белгилайди. Шу сабабли касалликни ташхислашда биз хусусий кузатувларимиз ва адабиётлардаги маълумотларга асосланган ҳолда янги замонавий тасниф тузиб, унинг амалиётда қўлланишга лойиқлигини исботладик.

Ушбу таснифда асосан касалликнинг этиологик шакллари бўйича:

1. Наслдан-наслга бериладиган (ирсий)

2. Ҳаёт давомида орттирилган

шакллари фаркланди.

Касалликнинг наслдан-наслга берилувчи шакли 88,93% ни ташкил этди. Шулардан ўғил болалар 78,79% бўлса, 21,21% қиз болаларни ташкил қилди. Ҳаёт давомида орттирилган шакли эса бизнинг кузатувларимизда 11,07% ни ташкил этиб, шулардан 76,68% ўғил болалар, 23,32% эса қиз болаларни ташкил этди.

Касалликнинг клиник шакллари бўйича биз лимбал, палпебрал, аралаш турларини тафовут этдик. Кузатувларимизда лимбал шаклининг 26,80%, палпебрал шаклининг 24,56%, аралаш шаклининг эса 48,64% беморларда учраши аниқланди.

Касалликнинг оғирлик даражаси бўйича енгил (8,00% беморда), ўрта оғир (56,00% беморда) ва оғир (36,00% беморда) хиллари аниқланди.

Касалликнинг мумкин бўлган асоратлари бўйича: асоратланган (11,55% беморда) ва асоратланмаган (88,45% беморда). Кузатув маълумотларига асосан касалликнинг асоратлари орасида шох парда периферик қисмининг турли

хилдаги яллиғланишлари (119 та бемордан 20 таси 16,81%), лимбнинг яллиғланиши (119 та бемордан 50 таси 42,81%), икўклам катарииламчи кератокоњунктивит (119 та бемордан 9 таси 7,56%), кўз ёш йўллариининг аллергик яллиғланиши - каналикулит (119 та бемордан 40 таси 33,62%) кузатилди.

Касалликнинг қайталанишига қараб ахён-ахёнда қайталанувчи (йилига 1-2 маротаба кузатиловчи), тез-тез қайталанувчи (йилига 2-3 маротаба кузатиловчи) ва доимий узлуксиз қайталанувчи (йилига 3-4 маротаба кузатиловчи) хилларига ажратилди. Уларнинг бир хили 7,00% беморда учраб, бахор ва куз фаслларида кузатилади. Фикримизча, бунинг сабаби ушбу даврларда куёш инсоляцияси юқори кульминацион нуқталарга етади. Бундан ташқари мавсумий гормонал тебранишлар ортади.

2-хил тез-тез қайталанувчи ва доимий узлуксиз қайталанувчи (93,00%) беморларда эса, аутоиммун жараён вужудга келиб, бу организмнинг хусусий тўкимасига нисбатан гиперсенсibiliзация натижасида содир бўлади.

Касалликнинг кечишига қараб хуружли (92,50% беморда) ва кам хуружли (7,50% беморда) шакллари фарқланиб, бунда касалликнинг кучли кўз таъсирланиш белгилари (қичишиш, ёшланиш) билан бошланиши ёки тинчроқ кечиши назарда тутилди.

Юқорида келтирилган таснифимиз касалликнинг барча қирраларини тўлиқ қамраб олади, бу эса ўз навбатида беморни даволаш йўналишини танлаб олишда қиёсий жиҳатдан муҳим аҳамият касб этади.

Адабиётлар тахлили шуни кўрсатадики, кўклам катарии касаллиги билан хасталанган беморларни даволашда қўлланилаётган воситалар асосан касалликини келтириб чиқарувчи сабабларга боғлиқ бўлиб, унда бизнинг таснифимизда

келтирилган этиологик шакли ва кечиш турлари ҳисобга олинмаган.

Шуни назарда тутиш лозимки, яллиғланиш тўқималарининг шикастланиши ёки тўқима қон ва лимфа томирларида микроциркуляция ўзанининг қон, нерв, бириктирувчи тўқималарида ҳамиша бир тарзда ривожланадиган альтерация, экссудация ва пролиферация билан кечадиган типик патологик жараёнидир.

Яллиғланиш олдинига маҳаллий жараён бўлиб, сўнгра маълум вақт ўтгандан сўнг бутун организмнинг иммун, эндокрин ва нерв системасини бу жараёнга жалб этиши билан давом этади. Аллергик касалликларда ҳам шундай кетма-кетлик кузатилади.

Кўклам катари касаллигида ҳам маҳаллий жараён организмнинг умумий ҳолати билан боғликлигини кузатиш мумкин. Бу ҳолатни кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларнинг қон зардоби таркибидаги иммуноглобулинлар миқдорининг ошиши эозинофиллар силжиш миқдорининг ортиши билан тушунтириб боғлаш етарли далил ҳисобланади.

Бироқ яллиғланиш жараёнининг кечиши бу организмни нечоғлик тузилишига боғлиқдир. қанчалик организм муракўклам катариаб тузилган бўлса, шунчалик яллиғланиш жараёни ҳам муракўклам катариаб кечади. Барча беморларда конъюнктивал қават бириктирувчи тўқимаси гипертрофияга учраган бўлиб, бу ўзгаришлар соҳасига келиб, яққол ривожлангандир.

Бизнинг кузатувларимиз ушбу кўрсаткичларни ҳисобга олиниши, даволаш натижаларининг самарадорлигига катта таъсир кўрсатишини таъкидлайди. Биз кузатувларимиздаги беморларни даволашда этиологик даво чораларидан кечган ҳолда патогенетик жиҳатдан асосланган услубларни қўлладик.

Шундай қилиб, беморларни даволаш қуйидаги асосий йўналишларини ўз ичига олади:

1. Кўклам катари касаллиги патогенезининг маълум

босқичларида таъсир кўрсатувчи янги авлод фармакологик дори воситаларидан Аломид, ТобраДекс, Африн кўз томчилари ёрдамида даволаш.

2. Кўклам катари касаллигида конъюнктиванинг таъсирланиш даражасини ҳисобга олган ҳолда, даволаш усуллари кўллаш.

3. Қўлланилган усуллари нинг патогенетик жиҳатдан асосаланганлиги самарадорлигини баҳолаш мақсадида. Кузатув назорат гуруҳи ажратиб олиниб, уларга ҳозирги кунда энг кенг тарқалган одатий усуллардан гормонал терапия қўлланилиб, бошқа гуруҳлар билан қиёсий солиштира тартибда самарадорлиги ўрганиб чиқилди.

I гуруҳдаги беморларни Аломид кўз томчиси ёрдамида даволаш натижалари ушбу воситанинг касаллик клиник белгиларининг йўқолиши, кўриш ўткирлигининг тикланиши жиҳатидан самарадор эканлигини кўрсатди. Бу восита эозинофилларнинг миграция ва дегрануляциясини пасайтиради.

Аломид воситаси Аа, Ав турларини тез-тез қайталанувчи асоратсиз хилларида самарали таъсир кўрсатади.

Мастоцит ҳамда гистаминга қарши таъсир кўрсатиб, шу турдаги медиаторларни стабилизациялайди. Бунинг натижасида кўз ёши ва қон таркибидаги эозинофиллар миқдори бироз пасаяди, ундан ташқари организмдаги реаген моддаларидан IgE миқдорининг пасайишига олиб келади. Лекин олти ойдан сўнг ўтказилган текширувларда ушбу ижобий ўзгаришларнинг меёр даражасига етиб келмаганлиги, яъни касалликнинг ишончли ремиссияси юзага келмаганлиги маълум бўлди. Бу нуқтаи назардан келиб чиққан ҳолда ТобраДекс воситасининг нисбатан кучли таъсир кўрсатиши кузатилади.

ТобраДекс кўклам катари касаллигининг Аа, Ав, АВа, АВв турларига самарали ёрдам беради.

Ушбу дори воситаси қўлланилганда Аломидга нисбатан эозинофилларнинг силжиш миқдори ва IgE кўрсаткичи статистик жиҳатдан ишонарли ($P < 0,05$) даражада пасайиши кузатилди. Олти ойдан сўнг ўтказилган назорат текширувларида ушбу кўрсаткичларнинг меёрдан фарқланмаслиги ($P > 0,05$) кузатилди. Бу ҳолат ушбу воситанинг иммунодепрессив таъсири натижасида келиб чиқди.

Африн кўз томчилари қўлланилган беморларда касалликнинг клиник белгилари йўқолиб, эозинофиллар миқдорининг меёрга яқинлашуви кузатилади.

Африн Аа ахён-ахёнда қайталанувчи турининг хуружли кечувчи хилига самарали таъсир кўрсатди.

IgE миқдори бир оз пасайиб шу ҳолатда сақланиши, яъни меёрга келмаслиги кузатилди. Бу эса ўз навбатида касаллик ремиссиясининг самараси катта эмаслигидан далолат беради.

Бизнинг текширувларимизда кузатилган назорат гуруҳи, яъни гормонлар ёрдамида даволанган беморларда касалликнинг клиник белгилари энг тез йўқолди. Лекин, бунда кўз ёши ва қон таркибидаги эозинофиллар миқдорининг пасайиши натижалари статистик жиҳатдан ишончсиз ($P > 0,05$) бўлди. Ушбу беморларда IgE миқдорлари иммунодепрессия ҳисобидан меёрга келган бўлсада, олти ойдан сўнг текширилганда яна ўзининг бошланғич ҳолатига келди. Бу эса гиперергиянинг кучли эканлиги ва хасталанишнинг қайталанишига тўлиқ асос борлигидан далолат берди. Шу даврга келиб, бу гуруҳдаги беморларнинг аксарият қисмида касалликнинг қайталаниши фикримизнинг ёрқин далили бўлди.

Ушбу кузатув натижаларимиздан келиб чиққан ҳолда беморларни даволашда сўнгги ютуқларини ҳисобга олган ҳолда принципиал жиҳатдан даволаш усулларини ишлаб чиқдик ва амалда қўладик. Илмий ишимизда келтирилган Ушбу даволаш

усулларни туман ва ноҳия кўз касалликлари шифохоналари ҳамда шифоатхоналар шароитида даволаш мумкин.

Қон зардоби таркибида IgE миқдорининг 6 ойдан кейинги кўрсаткичи нормада бўлиши касаллик учун турғун ремиссия даврини вужудга келишидан далолат беради.

Х У Л О С А Л А Р

1. Кўклам катари касаллиги Республикамизнинг жанубий (Бухоро, Навоий, Самарқанд, Қашқадарё, ҳамда, Сурхондарё) вилоятларида кенг тарқалган бўлиб, юқори қуёш инсоляцияси, иқлим шароитлари ва ирсият омиллари билан узвий боғлиқ.

2. Кўклам катари касаллигининг тавсия этилган янги таснифи касалликнинг клиник шакллари, оғирлик даражаси ва қайталаниш хусусиятларини тўлиқ кўрсатиб беради.

3. Кўклам катари касаллигининг аралаш ва лимбал шаклларида тавсия этилувчи замонавий дори воситаларидан ТобраДекс кўз томчиси самаралидир.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Кўклам катари касаллигини ташхислашда иқлим шароитлари касалликнинг кечиши ва ирсий омилларни эътиборга олиш тўғри даволаш услубини танлашда катта аҳамият касб этади.

2. Кўклам катари касаллигини консерватив усулда даволашда Аломид, ТобраДекс, Африн кўз томчиларидан бирини 2 томчидан 3 маҳал 7 кун давомида томизиш касалликнинг клиник шаклига ва оғирлик даражасига қараб тавсия этилади.

АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

1. Абдуфаттаев А.А. Первичная инвалидность среди рабочих и служащих хлопкосеющих совхозов Республики Узбекистан. Дисс...канд. мед. наук. -Ташкент.-1993.-С.4-37.
2. Аветисов С.Э., Тарутта Е.П. Биохимический фактор в патогенезе прогрессирующей и осложненной миопии и новые способы склероукрепляющего лечения. //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.319.
3. Авхадиева С.Р. Анализ клинико-эпидемиологического изучения врожденной и наследственной катаракты в Республике Башкортостан.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс. науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.320.
4. Азнабаев Р.А., Азнабаев М.Т., Сперанский В.В. Субпопуляции лимфоцитов в крови детей до и после сквозной кератопластики.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс. науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.46-48.
5. Азнабаев Р.А., Калинина Т.М., Акманова А.А. Изменение состояния иммунитета у детей после имплантации ИОЛ.//Актуальные вопросы офтальмологии.:Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.321.
6. Азовский А.С., Точилова Е.Р., Молокова Н.Ф. Оценка эффективности и механизма действия оптимизированной методики склероукрепляющей аллосклеропластики при лечении прогрессирующей миопии у детей.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.323.
7. Актуальные проблемы детской офтальмологии./ Хватова А.В., Зубарева Л.Н., Сидоренко Е.И., Мишустин В.В. //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.311.
8. Алифанова Т.А. Динамика слепоты и слабовидения у детей школьного возраста в Украине.//Тез. докл. девятого съезда офт. Украины.-Одесса.-

1996.-С.108-109.

9. Аллаяров К.Б. Особенности течения герпетического кератита в неблагоприятных зонах Приаралья. //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.10-11.
10. Барсегян Л.Г.,Карапетян Р.Э. Применение Пирогенала в комплексном лечении весеннего катара.//Тез. докл. девятого съезда офт. Украины.-Одесса.-1996.-С.15-16.
11. Бахритдинова Ф.А. Особенности клинических проявлений и лечение поллинозных конъюнктивитов в условиях Узбекистана. Авт. дисс... к.м.н. – М. – 1990. – 25 с.
12. Бахритдинова Ф.А., Назаров А.А. Особенности клинического течения поллинозов в условиях Узбекистана // Мед. журнал Узбекистана. – 1988. - №11. – С. 37-40.
13. Бахритдинова Ф.А., Закиров А.У. О перспективе создания новых офтальмологических препаратов с противовоспалительной активностью.//Актуальные вопросы офтальмологии.:Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.11-12.
14. Бахритдинова Ф.А., Майчук Ю.Ф. Содержание иммуноглобулина Е в сыворотке больных поллинозным поражением глаз в условиях Узбекистана //Актуальные вопросы офтальмоиммунологии. – М.–1989.– С. 50-53.
15. Белова А.А., Подашева Е.Ю. Наш опыт применения теноклеропластики при косоглазии у детей. //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.330.
16. Берсенова А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина.-1997.- С.211-235.
17. Бокеламадзе К.Р. Клинико-иммунологическая и аллергологическая характеристика специфической иммунотерапии поллинозов новыми

отечественными очищенными конъюгированными аллергенами.
Дисс...к.м.н. – М. – 1993. – 141 с.

18. Вахабова Н.Т. Результаты применения препарата Ацеластин при лечении аллергических конъюнктивитов.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.15-16.
19. Волоховская З.П. Значение актинического эластоза в патогенезе лимбальной формы весеннего катара.// Патология оптических сред глаза.: Тез.докл. конф.-Ашгабат.-1992.-С.116-118.
20. Волоховская З.П., Кадырова М.Я. Структурные изменения конъюнктивы под влиянием антилимфоцитарного гамма-глобулина при весеннем катаре // Здоровоохранение Туркменистана. – 1990. - №12. – С. 29-31.
21. Волоховская З.П., Непесова Д.Б. К вопросу о трактовке аллергической реакции при весеннем катаре.// Тез. докл.. V-Всес. съезда офт.-1979.-Т.4.-С.26-28.
22. Волоховская З.П., Оразалиева А.М. Фотореактивные изменения конъюнктивы и мембраны Бруха в естественных условиях высокого уровня инсоляции.// Тезисы 1-международной конференции офтальмологов. – Ашхабад. – 2000. – С. 136-138.
23. Волоховская З.П., Сахатов М.Я. К вопросу о морфогенезе актинического эластоза конъюнктивы глаза.// Патология оптических сред глаза.: Тез.докл. конф.-Ашгабат.-1992.-С.149-151.
24. Гиренко В.В. Влияние общих сульфидных ванн и УВЧ-магнитотерапии в реабилитации больных с хроническими аллергическими дермато-конъюнктивитами //Тез.докл. XI Всесоюз. съезда дермато-вен.-Алма-Ата.-1991.-С.174-175.
25. Горбань В.А. Проницаемость биологических барьеров для сывороточных белков и ее нарушения при нейрогенной дистрофии и

- аутоаллергии. Дисс... докт.мед.наук. – Киев. – 1988. – 463 с.
26. Горбенко В.М. Сравнительный анализ операций миопластики и рецессии с резекцией прямых мышц при содружественном косоглазии у детей.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.338.
 27. Груша Я.О., Абоянц Р.К., Блинова И.В. Комбинация биокompозитных коллагенсодержащих материалов в интра- и послеоперационном пособии в окулопластической хирургии.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.172-173.
 28. Гюллинг З.В. Влияние микроволновой иммуномодуляции на эффективность специфической гипосенсибилизации при поллинозе.// Иммунология и аллерг.:Респ.межвед.сб.-Киев.-1991.-Вып.25.-С.39-41.
 29. Гюрджян Т.А. Новые аспекты медикаментозной терапии воспалительных заболеваний глаз. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.144-145.
 30. Дегтяренко Т.В. Адаптационное значение иммунного гомеостаза при глазных заболеваниях //Офтальм.журнал.–Одесса.–1997. - №1. – С. 1-4.
 31. Дембский Л.К. Организация системы охраны зрения детей в период реформирования здравоохранения.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.65-67.
 32. Джалилов Х.Х. Герпетик кератитли беморларда иммун бузилишларнинг патогенетик ахамияти. // Патология. – Ташкент. – 2000. - №1. – С. 57-59.
 33. Джалилов Х.Х., Кремкова Е.В. Анализ результатов применения иммуномодулина при лечении герпетических кератитов. // Сб. науч. Трудов. : Проблемы современной офтальмологии. – Казань. – 2000. – С. 114-117.

34. Дроздовская В.С., Смидович Л.Г. Диагностика аутоиммунных офтальмопатий. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.275.
35. Егоров А.Е. Лекролин и его роль в лечении аллергических заболеваний глаз // Клиническая офтальмология. – М. – 2000. – Т.1. - №2. – С. 57-58.
36. Егоров Е.А., Егоров А.Е. Лечение аллергических заболеваний переднего отрезка глаза // Клиническая офтальмология. – М. – 2000. – Т. 1. - №2. – С. 52-54.
37. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты. – М.:Медицина. – 1998.–192 с.
38. Жалилов Х.Х., Кремкова Е.В. Герпетик кератитли беморларни даволашда иммуномодулинни куллаш. // Узбекистон тиббиёт журнали. - 2000. - №4. – Б. 80-81.
39. Зайцева Н.С., Стукалов С.Е. Иммунологические и алергологические процессы в патологии зрения (программный доклад). // Тез. докл.. V- Всес. съезда офт.-1979.-Т.4.-С.3-11.
40. Земков А.М. Способ выбора адекватной иммунокорригирующей терапии для устранения приобретенной иммунологической недостаточности // Иммунология. – 1988. - №4. – С. 83-84.
41. Иманбаева С.С. Изучение гормонального, иммунного статуса и комплексное лечение больных весенним катаром. Дисс. к.м.н. – М. – 1991. – 123 с.
42. Иммуномодуляторы в офтальмологии: опыт применения при латентных инфекциях./ Борзенко С.А., Комах Ю.А., Балабина О.В., Вандич Н.Е., Мороз О.В. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.136-137.
43. Исаев М.В., Геворкян С.Г., Ультразвук в комплексе лечения весеннего катара.// Тез. докл.. V-Всес. съезда офт.-1979.-Т.4.-С.35-36.
44. Кадыров Р.З., Камалова Л.Р. Хирургическое лечение ложного

- птеригиума в комбинации с симблефароном с использованием биоматериалов аллоплант. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.18.
45. Кадырова М.Я. Морфогистохимическая характеристика тучно-клеточной реакции в патогенезе весеннего катара. // Здравоохранение Туркменистана.-Ашгабад.-1991.-№6.-С.30-33.
46. Канаева Г.С. Оценка степени сенсibilизации к микробным и грибковым компонентам хлопковой пыли у рабочих хлопкоочистительных заводов // Пробл. регион. аллерг.:Тез.докл. науч.-практ.конф. аллерг. Узб.-Ташкент.-1989.-С.97.
47. Каримова М.Х., Бахритдинова Ф.А. Зависимость клинических проявлений воспалительных заболеваний глаз от некоторых индивидуальных особенностей организма.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.26-28.
48. Каспаров Е.А. Лекролин в лечении аллергического конъюнктивита, аденовирусного кератоконъюнктивита и кератоконуса. // Клиническая офтальмология. – М. – 2000. - №2. – С. 55-56.
49. Ковалев И.Е., Мусабаев Э.И., Ахмедова М.Д. Иммунохимическая функциональная система гомеостаза при инфекционной и неинфекционной патологии. – Ташкент.: Навруз. – 1994. – 204 с.
50. Ковалевский Е.И., Обрубов С.А. Профилактика, реабилитация патологии глаз. Что лучше? Что важнее? //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.69-72.
51. Конде Л.А., Морозов В.И. Лечение блефаритов.// Гомеопатия: Мат. I-науч.-практ. гомеопат. конф.- Ростов.-1991.-С.102-106.
52. Коновалова Н.А., Фомина Е.В. Опыт организации системы медицинской реабилитации детей с заболеваниями органа зрения в

- условиях областного учреждения офтальмологического профиля.//Актуальные вопросы офтальмологии.:Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.76-77.
53. Краснов М.Л., Марголис М.Г. Гормональная терапия при глазных заболеваниях.-М.:Медицина.-1970.-122с.
 54. Кремкова Е.В., Джалилов Х.Х. Иммуномодулирующий эффект экдистена при лечении эндогенных увеитов. //Тезисы I- международной конференции офтальмологов. – Ашхабад. – 2000. – С. 120-122.
 55. Кресюн В.И., Бажора Ю.И., Рыбалова С.С. Клинические аспекты иммунофармакологии. – Одесса.: Черноморье. – 1993. – 208 с.
 56. Кролевская И.И. Значение состояния иммунной системы в патогенезе весеннего катара. // Офтальм. журн. –1988.-№3.-С.180-183.
 57. Кролевская И.И. Клинико-иммунологические и гистоморфологические исследования весеннего катара в динамике лечения малыми дозами антилимфоцитарного иммуноглобулина. Дисс. к.м.н. – Одесса. – 1987. – 140 с.
 58. Круглова Т.Б. Клинико-иммунологическое обоснование к назначению стероидной терапии у детей с врожденными катарактами.//Актуальные вопросы офтальмологии.:Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.77-79.
 59. Курьязов И.К. Клинико-эпидемиологические особенности конъюнктивитов в районах Приаралья и разработка комплекса мероприятий по их профилактике и лечению. Дисс...канд. мед. наук.-М.-1994.-102с.
 60. Курьязов И.К. Клинические особенности поллинозных конъюнктивитов, осложненных бактериальной инфекцией. // Мед.журн. Узбекистана.-1992.-№1.-С.76-78.
 61. Лазук А.В., Лазук П.В. Некоторые особенности иммунного ответа на коллаген и изменения концентрации фибронектина у детей и

- подростков с прогрессирующей миопией.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.366.
62. Майчук Ю.Ф. Аллергические заболевания глаз. – М.: Медицина. – 1983. – 223 с.
 63. Майчук Ю.Ф. Успехи и проблемы фармакотерапии инфекционных и аллергических заболеваний глаз. //Русский офтальм. журнал. – Москва. – 2000. - №1. – С. 13-17.
 64. Майчук Ю.Ф. Успехи и проблемы эпидемиологии и фармакотерапии воспалительных заболеваний глаз. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.153-154.
 65. Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия аллергических заболеваний глаз. // Mater i Medica. – 1999. – С. 3-12.
 66. Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия инфекционных заболеваний глаз. // Офтальм. журнал. – 1996. – Одесса. - №4. – С. 193-199.
 67. Майчук Ю.Ф., Бахритдинова Ф.А., Хаитова К.Н. Диагностика, клиника и лечение поражений глаз при полинозах. Метод. рекомендации. – М. – 1989. – 14 с.
 68. Майчук Ю.Ф., Южаков А.М. Глазные лекарственные пленки: отдаленные результаты и перспективы применения. // Медицинская техника . – М. – 1994. - №2. – С. 34-36.
 69. Маланова Л.Н., Мурзин А.А. Криотерапия токсико-аллергических реакций конъюнктивы.// Нижегород. мед. журн.-1995.-№1.-С.67-68.
 70. Мачехин В.А. Новый метод лечения хронических блефаритов с помощью магнитных композиций и переменного магнитного поля. // Вестн. Офт.-1993.-Т.109.-№3.-С.16-18.
 71. Медведев А.Н. Весенний катар.-Ташкент.-1970.-111 с.
 72. Мельников В.Я.,Гашева Т.А., Кравец Д.А. Лекролин в комплексном лечении больных после кератопластики. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.320-321.

73. Мулдашев Э.Р. Концепция регенеративной хирургии в офтальмологии. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.322-323.
74. Мустафина Ж.Г., Абдрахимова Д.Б., Джуматаева З.А. Определение реакции тканей переднего отдела глаза на импрегнацию глазных лекарственных пленок цитологическим методом.// Тезисы I-международной конференции офтальмологов. – Ашхабад. – 2000. – С. 138-140.
75. Мустафина Ж.Г., Кожакбаева М.Ж., Абдыкаримова Ж.А., Иманмусаева К.О. Влияние вредных факторов медеплавильного производства на орган зрения. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.313-14.
76. Назаров А.А. Аллергический ринит. Метод рекомендации. – Т. – 1998. – 22 с.
77. Назирова С.Х. Особенности клинического течения и иммунологического статуса у детей с аллергическими конъюнктивитами при атопической форме бронхиальной астмы в Узбекистане.//Актуальные вопросы офтальмологии.:Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.83-84.
78. Назирова С.Х., Бахритдинова Ф.А., Хаджимухамедов Х.К. Иммунологические особенности клинических проявлений поражения глаз при атопической астме у детей.// Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний.: Сб.научн.тр.-Ташкент.-1995.-С.43-45.
79. Новикова И.П. Принципиальный отбор средств для иммунокорригирующей терапии. // Тезисы докладов Всесоюз. иммун. съезда. – Сочи. – 1989. – С. 344.
80. Насруллаева М.М. Клинические формы наследственных катаракт у детей в Азербайджане с анализом факторов риска.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-

Ч.1.-С.374.

81. Нурмамедов Н.Н., Мирзоева Л.М. Частота развития клеточной сенсibilизации в различных возрастных группах у детей после кератопластики.// Тез. докл. I-Междун. конф. офтальм. - Ашхабад.- 2000.-С. 36-38.
82. Пантелеева О.А., Кушнаревич Н.Ю. Генетические аспекты аметропии.//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.379.
83. Перевозчикова А.П. Склероукрепляющие операции при прогрессирующей близорукости у детей. //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.380.
84. Плескова А.В. Распространенность помутнений роговицы при различных заболеваниях глаз у детей (в условиях стационара) .//Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат. Всеросс. науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.1.-С.382.
85. Плескова А.В. Реалии отечественной детской офтальмотрансплантологии и перспективы ее развития. //Актуальные вопросы офтальмологии.:Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.85-86.
86. Поспелов В.И. Теносклеропластика при косоглазии и нистагме. //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат.Всеросс.науч.-пр. конф.-Москва. - 2000.-Ч.1.-С.387.
87. Пучковская Н.А., Войно-Ясенецкий В.В. Вторичные дистрофические и структурные изменения в переднем отделе глаза.-М.: Медицина. - 1985.-192с.
88. Распространенность офтальмопатологии в Алматинской области. // Тез. докл. I-Междун. конф. офтальм. - Ашхабад. - 2000.-С. 16-18.
89. Слепова О.С., Муравьева Т.В. экспериментальное изучение роли туберкулиновой сенсibilизации в развитии аутоаллергических и

- инфекционно-аллергических процессов при воспалительной патологии глаз // Актуальные вопросы офтальмоиммунологии. : Сб. науч. работ. – М. – 1988. С. 59-66.
90. Сокур Т.В., Майчук Ю.Ф., Завражная Т.А. Пролонгированные глазные капли противовоспалительного действия // Тез. докл. 5- Росс. Нац. Конгр. “Человек и лекарство”. – М. – 1998. – С. 5-28.
 91. Сомов Е.Е., Бржеский В.В., Пирогов Ю.И. Защитные факторы слезной жидкости здоровых и больных людей. // Офтальмологический журнал. – Одесса. – 1991. - №2. – С. 113-117.
 92. Сулеева Б.О., Мухамеджанова Г.К. Трансплантация лимба при дегенерациях роговицы. // Тез. докл. I-Междун. конф. офтальм. - Ашхабад.-2000.-С. 23-24.
 93. Султанова З.Ш., Джалилов Х.Х. Состояние некоторых иммунологических показателей у больных с различными формами иридоциклитов. //Тезисы IX съезда офтальмологов Украины. – Одесса. – 1996. – С. 434-435.
 94. Таджиева Э.Б., Церетели Э.К. Спектр микрофлоры клинически нормальной конъюнктивы глаз по данным НКЦ глазных болезней за последние 10 лет (1990-1999). // Тезисы I-международной конференции офтальмологов. – Ашхабад. – 2000. – С. 140-142.
 95. Телеуова Т.С., Токбергенов Л.Т. Патология органа зрения у хлопкоробов Южно-Казахстанской области.//Тезисы I-международной конференции офтальмологов. – Ашхабад. – 2000. – С. 14-16.
 96. Темиров Н.Э., Ефремова Л.Л. Клинико-биохимическая оценка эффективности препарата системной энзимотерапии вобэнзима у больных с гемофтальмами. // VII-съезд офтальм. России.:Тез докл.- Москва.-2000.-Ч.2.-С.331.
 97. Тураев Ф.Т. Состояние верхних дыхательных путей и сенсibilизация к хлопковому аллергену у работников хлопчатобумажного

- производства: (клинико-эксперим. исслед.). Автореф. дисс...канд. мед. наук.-Киев.-1991.-19с.
98. Фримель Г. Иммунологические методы. : Пер. с нем. -М.: Медицина.-1987.-472с.
 99. Хлебникова О.В. Перспективы развития офтальмогенетики. //Актуальные вопросы офтальмологии.: Мат. Всеросс. науч.-пр. конф.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.100-101.
 100. Церетели Э.К., Чарыева А.Ч., Мирзоева Л.М. Сезонные аллергические конъюнктивиты. // Патология оптических сред глаза.:Тез.докл. конф.-Ашгабат.-1992.-С.127-129.
 101. Чекина А.Ю. Изучение эффективности комплексного использования специфического иммуноглобулина, противовирусных и противовоспалительных препаратов при офтальмогерпесе. Авт. дисс...к.м.н. – М. – 1989. – 27 с.
 102. Чекина А.Ю. Трансплантация лимбальных стволовых клеток в хирургическом лечении химических ожогов глаз. // VII съезд офтальм. России.:Тез докл.-Москва.-2000.-Ч.2.-С.102.
 103. Чередниченко В.М., Мартыновская Л.В. Микрохирургические операции в эписклеральном пространстве. // Микрохирургия глаза.:Тез.докл.-М.:Медицина.-1990.-С.34-35.
 104. Шульпина Н.С., Минев М.Г. Иммунология глазной патологии. – М.: Медицина. – 1983. – 208 с.
 105. Эфендиева Х.И. Характер и особенности клинико-цитологических изменений при весеннем катаре у детей.// Тез. докл.. V-Всес. съезда офт.-1979.-Т.4.-С.67-68.
 106. Южаков А.М., Травкин А.Г., Киселева О.А. Статистический анализ глазной заболеваемости и инвалидности по РСФСР // Вестник офтальмол. – М. – 1991. - №2. – С. 5-7.
 107. Якушина Л.Н. К выбору глазных капель при аллергических

конъюнктивитах. // Иммунология.-1995.-№6.-С.46-47.

- 108.A flow cytometric study about the immunopathology of vernal keratoconjunctivitis. / Avunduk A.M., Avunduk M.C., Dayanir V., Tekelioglu Y., Dayioglu Y.S. // J. Allergy clin. Immunol. –1998.-101 (6 Pt .1) : 821-4.
- 109.A randomized double-masked/placebo-controlled parallel study of 0,2 % loteprednol etabonate in patients with seasonal allergic conjunctivitis./ Dell S.J., Lowry G.M., Northcutt J.A., Howes J., Novack G.D., Hart K. // J. Allergy Clin. –1998.-102 (2) : 251-5.
- 110.A randomized, placebo-controlled trial of topical cyclosporin A in steroid-dependent atopic keratoconjunctivitis. / Hingorani V., Moodaley l., Calder V.L., Buckley R.J., Linghtman S. //Ophthalmology.-1998.-Sep.105 (9) : 1715-20.
- 111.Abelson M.B. Evaluation of olopatadine, a new ophthalmic antiallergic agent with dual activity, using the conjunctival allergen challenge model.// Ann Allergy Asthma Immunol.-1998.-Sep.81 (3) :211-8.
- 112.Abelson M.B., Spitalny L. Combined analysis of two studies using the conjunctival allergen challenge model to evaluate olopatadine hydrochloride, a new ophthalmic antiallergic agent with dual activity. // Am. J. Ophthalmology.-1998.-125 (6) : 797-804.
- 113.Akman A., Irkec M., Orhan M. Effects of lodoxamige, disodium cromoglycate and fluorometholone on tear leukotriene levels in vernal keratoconjunctivitis. // Eye. – 1998.-12 (Pt 2) : 291-5.
- 114.Alexander M., Allegro S., Hicks A. Efficacy and acceptability of nedocromil sodium 2% and olopatadine hydrochloride 0,1% in perennial allergic conjunctivitis.// Adv. Ther.-2000.-17 (3): 140-7.
- 115.Asthma and rhinoconjunctivitis caused by rape flour : description of a clinical case./ Di Giacomo G.R., Boschetto P., Maestrelli P., Moro G. // Med. Lav.-1998.-89 (3) : 226-31.

116. Brandonisio T.M., Bachvan J.A., Sears J.M. Atopic dermatitis : a case report and current clinical review of systemic and ocular manifestations.// Optometry.-2001.-72 (2) : 94-102.
117. Bulychева N.A., Ekinova G.M., Vasil'eva T.G. Clinical trial of a new topical anti-histamine agent histimet in the treatment of seasonal allergic rhinoconjunctivitis. // Vestn. Otorinolaringol. –1998.- (3) :46-8.
118. Comparison of the clinical efficacy and comfort of olopatadine hydrochloride 0,1% ophthalmic solution and nedocromil sodium 2% ophthalmic solution in the human conjunctival allergen challenge model. / Butrus S., Greiner J.V., Discepolo M., Finegold I. // Clin. Ther. –2000.-22 (12):1462-72.
119. Correlation between tear IgE levels and HLA-DR expression by conjunctival cells in allergic and nonallergic chronic conjunctivitis. / Baudouin C., Bourcier T., Brignole F., Bertel F. // Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.-2000.-238 (11):900-4.
120. Cost effectiveness of emedastine versus levocabastine in the treatment of allergic conjunctivitis in 7 European countries / Pinto C.G., Lafuma A., Fagnani F., Nuijten M.J. // Pharmacoeconomics.-2001.-19 (3): 255-65.
121. Comparison of azelastine eye drops with levocabastine eye drops in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis. / Giede C., Metzenauer P., Petzold U., Ellers-Lenz B. // Curr. Med. Res. Opin.-2000.-16 (3):153-63.
122. Dose-dependent protection by azelastine eye drops against pollen-induced allergic conjunctivitis. A double-blind, placebo-controlled study. / Horak F., Berger U.E., Menapace R., Toth J., Stubner P., Marks B. // Arzneimittelforschung.-1998.-48 (4) : 379-84.
123. Double-blind, placebo-controlled evaluation of sublingual immunotherapy with standardized olive pollen extract in pediatric patients with allergic rhinoconjunctivitis and mild asthma due to olive pollen sensitization. / Vourdas D., Syrigou E., Potamianou P., Carat F. // Allergy.-1998.-53 (7) :

662-72.

- 124.Doxanas M.T. Minimally invasive lower eyelid blepharoplasty . //J. Amer. Acad. of Ophthalm.-V.101.-№8.-1994.-P.1327-32.
- 125.Edgar D.F. An overview of the current drugs scene. // Ophthalmic Physiol. Opt. –1998.-18 (2) : 97-102.
- 126.Effect of eye rubbing on signs and simptoms of allergic conjunctivitis in cat-sensitive individuals./ Raizman M.B., Rothman J.S., Maroun F., Rand W.M. // Ophthalmology.-2000.-107 (12): 2158-61.
- 127.Elmer.Y.Tu, William W. Culbertson, Stephen C. Hflugfelder, Andrew Huang, James C. Chodosh. Therapy of nonnecrotizing anterior scleritis with subconjunctival corticosteroid injection. //J. Amer. Acad. of Ophthalm.-V.102.-№10.-1995.-P.718-24.
- 128.Evaluation of the onset and duration of effect of azelastine eye drops (0,05%) versus placebo in hftients with allergic conjunctivitis using an allergen challenge model. / Friedlaender M.H., Harris J., LaVallee N., Russel H. // Ophthalmology.-2000.-107 (12):2152-7.
- 129.Histamine in tears in allergic rhinoconjunctivitis./ Struck H.G., Wicht A., Ponicke K., Lautenschlager C., Lubbe D.//Ophthalmology.-1998.-95 (4) : 241-6.
- 130.Ilknur Tugal-Tutkun, Meri Urgancioglu, Stephen Foster. Immunopathologic study of the conjunctiva in patients with Behzet disease. //J. Amer. Acad. of Ophthalm.-V.102.-№11.-1995.-P.1660-68.
- 131.Immunotherapy with sublingual birch pollen extract. F short-term double-blind placebo studi./ Horak F., Stubner P., Berger U.E., Marks B., Toth J., Jager S. // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. –1998.-8 (3) : 165-71.
- 132.Impression cytology in atopic dermatitis. / Dogru M., Katakami C., Nakagawa N., Tetsumoto K., Yamamoto M. // Ophthalmology.-1998.-Sep.105 (8) : 1478-84.
- 133.Inhalant allergy to egg yolk and egg white proteins./ Quirce S., Diez-Gomez

- V.L., Eiras P., Cuevas M., Baz G., Ljsada E. // Clin. Exp. Allergy.-1998.-Sep. 28 (4) :478-85.
- 134.Kadrmaz E.F., Bartley G.B. Superior limbic keratoconjunctivitis : A prognostic sign for severe graves ophthalmopathy. //J. Amer. Acad. of Ophthalm.-V.102.-№10.-1995.-P.1472-75.
 - 135.Kazuo Tsubota, Ikiko Toda, Hiroshi Saito, Naoshi Shinozaki, Jun Shimazaki. Reconstruction of the corneal epithelium by limbal allograft transplantation for severe ocular surface disorders. //J. Amer. Acad. of Ophthalm.-V.102.-№10.-1995.-P.1486-96.
 - 136.Limbal vernal keratoconjunctivitis in the tropics. / Tuft S.J., Cree I.A., Woods M., Yorston D. // Ophthalmology.-1998.-Sep.105 (8) : 1489-93.
 - 137.Machida H., Nakagami T., Watanabe I. Local ocular immunotherapy for experimental allergic conjunctivitis.// Jpn.J.Ophthalmol.-2000.-44(6): 634-8.
 - 138.MacLeod J.D. Mitomycin-C and vernal conjunctivitis. // Ophthalmology.-2000.-107 (12):2127.
 - 139.Maichuk I.F. New aspects in drug therapy of ocular allergies. //Vestn. Oftalmol.-2000.-116 (5):10-4.
 - 140.Mitomycin-C and vernal conjunctivitis./ Pandey S.K., Saini J.S., Werner L., Apple D.J. // Ophthalmology.-2000.-107 (12):2125-7.
 - 141.Munoz-Lopez F. New administration routes in immunotherapy.// Allergol. Immunopathol. (Madr.).-2000.-Nov-Dec.-28 (6):295-300.
 - 142.Nomura K., Takamura E. Tear IgE concentrations in allergic conjunctivitis. // Eye. – 1998.-12 (Pt 2) : 296-8.
 - 143.Nunez J.A., Cuesta U. Local conjunctival immunotherapy: the effect of dermatophagoides pteronyssinus local conjunctival immunotherapy on conjunctival provocation test in patients with allergic conjunctivitis.// Allergol. Immunopathol. (Madr.).-2000.-Nov-Dec.-28 (6): 301-6.
 - 144.Per G. Montan, Peter J.Biberfeld, Annika Scheynius. IgE, IgE Receptors, and other immunocytochemical markers in atopic and nonatopic patients

- with vernal keratoconjunctivitis. //J. Amer. Acad. of Ophthalm.-V.102.-№10.-1995.-P.725-32.
- 145.Procollagens and inflammatory cytokine concentrations in tarsal and limbal vernal kerato conjunctivitis. / Leonardi A., Borghesan F., De Paoli M., Pledani M., Secchi A.G. // Exp. Eye. Res.-1998.-67 (1) : 105-12.
 146. Prospective cohort trial of Euphrasia single-dose eye drops in conjunctivitis./ Stoss M., Michels C., Peter E., Beutce R., Gorter R.W. // J. Altern. Complement Med.-2000.-6 (6):499-508.
 - 147.Respiratory syncytial virus-induced interleukin-4 production by human conjunctival epithelial cells contributes to allergy : preliminary study. / Fujishima H., Saito I., Okamoto Y., Takeuchi T., Tsubota K. // Curr. Eye Res. –1998.-17 (6) : 656-62.
 - 148.Seasonal allergic conjunctivitis is accompanied by increased mast cell numbers in the absence of leucocyte infiltration./ Anderson D.F., MacLeod J.D., Baddeley S.M., Bacon A.S., McGill J.I., Holgate S.T., Roche W.R. // Clin. Exp. Allergy.-1997.-Sep. 27 (9) :1060-6.
 - 149.Supressive effect of antinflammin-2 on compound 48/80-induced conjunctivitis. Role of phospholipase A2s and inducible nitric oxide sinthase./ Li O., Luyo D., Matteson D.M., Chan C.C.// Ocul. Immunol. Inflamm.-1998.-6 (2) : 65-73.
 - 150.Surgical resection of giant papillae and autologous conjunctival graft in patients with severe vernal keratoconjunctivitis and giant papillae./ Nishiwaki-Dantas M.C., Dantas P.E., Pezzutti S., Finzi S. // Ophthal.Plast.Reconstr.Surg.-2000.-16 (6):438-42.
 - 151.Tabbara K.F. Tear triptase in vernal keratoconjunctivitis. /Arch. Ophthalmol.-2001.-119 (3) : 338-42.
 - 152.Therapeutic applications of antinflammin peptides in experimental ocular inflammation. / Chan C.C., Tuailon N., Li Q., Shen D.F. // Ann. N.Y. Acad. Sci.-2000.-923:141-6.

153. Vilavum P., Scheffer C., Tseng C. Cytologic evidence of corneal diseases with limbal stem cell deficiency.// J. Amer. Acad. of Ophthalm.-V.102.-№10.-1995.-P.1476.

М У Н Д А Р И Ж А

ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

КИРИШ

КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИ ДОРИ-ДАРМОНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Кўклам катари касаллиги келиб чиқишидаги асосий омиллар.....

Кўклам катари касаллигини дори-дармонлар билан даволаш усуллари....

ЙИҒИЛГАН МАЪЛУМОТЛАР ВА ҚЎЛЛАНИЛГАН УСУЛЛАР
.....

Ўрганилган беморларнинг клиник тавсифи

Янги дори – дармонлар билан даволанган беморлар..

Назорат кузатув гуруҳи

Махсус ва умумий текширув усуллари

Иммуноферментли таҳлил

қон ва кўз ёши таркибида эозинофилларнинг силжиш миқдорини текшириш.....

Гистоморфологик текширув усуллари

Кўклам катари касаллигини одатий усуллар билан даволаш

Кўклам катари касаллигини янги дори-дармонлар билан даволаш

Аспирин қўлланилиши ...

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИНING ЖАНУБИЙ ВИЛОЯТЛАРИДА КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИ ТАРҚАЛИШИ ..

Бухоро вилоятида кўклам катари касаллигини учраши ва клиник хусусиятлари

Навоий вилоятида кўклам катари касаллигини учраши ва клиник хусусиятлари

Самарқанд вилоятида кўклам катари касаллигини учраши ва клиник хусусиятлари

қашқадарё вилоятида кўклам катари касаллигини учраши ва клиник

хусусиятлари

Сурхондарё вилоятида кўклам катари касаллигини учраши ва клиник хусусиятлари

КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИ ГИСТОМОРФОЛО-ГИК ВА ИММУНОЛОГИК ТЕКШИРУВЛАР НАТИЖАЛАРИ

Кўклам катари касаллигида конъюнктива ва лимб соҳасида вужудга келувчи патоморфологик жараёнлар.....

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморлар кўз ёши ва қон таркибида эозинофилларнинг силжиш даражаси ва унинг даволаш давомида ўзгариши.

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни доридармонлар билан даволашда қон таркибидаги эозинофилларнинг силжиш даражаси

Кўклам катари касаллиги билан оғриган беморларни доридармонлар билан даволашда кўз ёш таркибидаги эозинофилларнинг силжиш даражаси

Кўклам катари касаллиги билан хасталанган беморларда иммун текширув натижалари

Янги доридармонлар билан даволанган беморларда иммун текширув натижалари

Гормонлар билан даволанган беморларда иммун текширув натижалари

КЎКЛАМ КАТАРИ КАСАЛЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ДОРИ-ДАРМОНЛАР ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Аломид дори воситаси қўлланилган беморларда олинган натижалар

ТобраДекс дори воситаси қўлланилган беморларда олинган натижалар.....

Африн дори воситаси қўлланилган беморларда олинган натижалар

Гормонлар қўлланилган беморларда олинган натижалар.....

МУҲОКАМА

ХУЛОСАЛАР	
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	