

ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ и ФАРМАКОЛОГИЯ



СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
ЧАСТЬ 2

2017

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АКЦИОНЕРНЫЙ КОНЦЕРН
«УЗФАРМСАНОАТ»
ТАШКЕНТСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ВАКЦИН И СЫВОРОТОК

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ и ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК. Часть 2.
2017г.

Номер содержит материалы Республиканской научно-практической конференции
с международным участием «Инфекции и лекарственная резистентность».

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулаганов А. А.

проф. Мавлянов И.Р. (зам. главного редактора), проф. Бугланов А.А. (зам. главного редактора), проф. Мирахмедов А.К. (зам. главного редактора), Постолова Е.А., проф. Арипова Т.У. проф. Арипов А.Н., проф. Исмаилов С.И., проф. Исакова Х.И., проф. Каримов М.М., проф. Каримов М.Ш., проф. Комилов Х.М., проф. Мусабаев Э.И., проф. Мухамедов И.М., к.м.н. Мухамеджанова Д.К. (отв. секретарь), проф. Маматкулов И.Х., проф. Сабиров Д.М., акад. АН РУз Саатов Т.С., д.м.н. Саидов С.А., д.м.н. Абдухакимов А.Н., проф. Тураев А.С., проф. Таджиев Б.М., проф. Гулямов Н. Г., к.м.н. Вафакулова Г.Б., д.м.н., проф. Ибадова Г.А., проф. Туйчиева Л.Н., д.м.н. Аллаева М.Ж., проф. Косимов И.А.

Редакционный совет.

к. м. н. Дусмуратов М.М. – председатель

акад. РАН, Кукес В.Г. (Москва)

акад. Акмалханов Ш.А. (Ташкент)

проф. Алимов А.В. (Ташкент)

проф. Шварц Г.Я. (Москва)

акад. Даминов Т.А. (Ташкент)

проф. Хаджибеков М.Х. (Ташкент)

проф. Зокиров У. Б. (Ташкент)

акад. РАН Каримов Ш. И. (Ташкент)

акад. Абдуллаходжаева М.С. (Ташкент)

проф. Ахмедова М.Д. (Ташкент)

акад. РАН Бахрамов С.М. (Ташкент)

проф. Гариб Ф.Ю. (Москва)

проф. Хужамбердиев М.А. (Андижан)

д.м.н., проф. Аскарров Т.А. (Бухара)

д.м.н., проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань)

д.м.н., проф. Юсупова М.А. (Ургенч)

д.м.н. Расулов С.К. (Самарканд)

Ташкент-2017

СОДЕРЖАНИЕ

1. Абдуллаева У.У., Косимов И.А. ИЗУЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИРЕТРОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА.....6-11
2. Абдумаликова Ф.Б. АНАЛИЗ УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ТИПОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЦНС.....11-17
3. Абдухалилова Г.К., Ибрагимов А.А. НОВЫЙ СПОСОБ ВЫДЕЛЕНИЯ ПЛАЗМИДНОЙ ДНК ИЗ ШТАММОВ *SALMONELLA TYPHIMURIUM*.....17-27
4. Атамухамедова Д.М., Абдуллаева У.У., Махмудов Д.Л. ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ..... 27-33
5. Бектимиров А.М.-Т., Абдухалилова Г.К., Ахмедов И.Ф. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ШТАММОВ *E. COLI* ИЗ МИКРОФЛОРЫ БИОТОПОВ ОРГАНИЗМА - КАК ИНДИКАТОР РАЗВИТИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ.....33-38
6. Бектимиров А.М.-Т., Ахмедов И.Ф., Юлдашев А.М., Ахмедова Д.Р., Ахмедова М.Д., Бектимирова А.А. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ИНДИГЕННЫХ И ФАКУЛЬТАТИВНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ КИШЕЧНИКА.....38-46
7. Бригида К.С., Мирзаев У.Х., Рахимова В.Ш. ВНЕПЕЧЕНОЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С». ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....46-50
8. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРОТИПОВ *S. PNEUMONIAE*, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....50-55
9. Джураева З.Б., Алиев Ш.Р. ФИТОЭКДИСТЕРОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАРАЗИТОЗОВ И ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....55-62
10. Ёдгорова Н.Т., Рахимжонова Г.А., Махмудов С.С., Тошпўлатова Л.Ў. ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРИНИНГ АМПУТАЦИЯЛАНГАН ОЁҚ УРИНЛАРИДА РИВОЖЛАНГАН ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИДА МИКРООРГАНИЗМЛАР ПЕЙЗАЖИ.....62-68
11. Ёдгорова Н.Т., Махмудов С.С., Шокодилов Р.Р. МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....68-73
12. Захидова Н.А., Сайитов Б.Ш. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ.....74-78

ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В.В. Покровский и др. М., 2003.
2. Shafer R.W., Schapiro J.M. Drug resistance and antiretroviral drug development // J. Antimicrob. Chemother. 2005. Vol. 55. P. 817–820. 66
3. Lucas G.M. Antiretroviral adherence, drug resistance, viral fitness and HIV disease progression: a tangled web is woven // Ibid. P. 413–416.
4. Julg B., Goebel F.D. HIV Genetic Diversity: Any Implications for Drug Resistance // Infection. 2005. Vol. 33. P. 299–301.
5. Vella S., Palmisano L. The Global Status of Resistance to Antiretroviral Drugs // CID. 2005. Vol. 41. Suppl. 4. P. S239–S246.
6. Larder B.A., Darby G., Richman D.D. HIV with reduced sensitivity to zidovudine (AZT) isolated during prolonged therapy // Science. 1989. Vol. 243. P. 1731–1734.
7. Larder B.A., Kemp S.D. Multiple mutations in HIV-1 reverse transcriptase confer high-level resistance to zidovudine (AZT) // Ibid. Vol. 246. P. 1155–1158.
8. O’Neil P.K., Sun G., Yu H. et al. Mutational analysis of HIV-1 long terminal repeats to explore the relative contribution of reverse transcriptase and RNA polymerase II to viral mutagenesis // J. Biol. Chem. 2002. Vol. 277. P. 38053–38061.
9. Perelson A.S., Neumann A.U., Markowitz M. et al. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life span, and viral generation time // Science. 1996. Vol. 271. P. 1582–1586.

SUMMARY

The problem of antiretroviral drug resistance in treatment of HIV infection and resistance testing results in HIV-infected patients. Contemporary data on mechanisms of emergence, methods of detection, epidemiology and clinical relevance of HIV resistance to antiretrovirals are reviewed and the results of HIV resistance testing. HIV resistance is a result of mutations in viral genome due to errors during reverse transcription. On the background of therapy the virus selection resistant to the medications used are provided. Such viruses can be transmitted under infection (primary resistance). It most frequently appears in patients previously treated with one- or two-drugs regimens or who had therapy interruption.

УДК: 616.611-002-616.12-008.331.1-085.2

АНАЛИЗ УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ТИПОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЦНС.

Абдумаликова Ф.Б.

Ташкентская Медицинская Академия

Ключевые слова: уровень комплаентности, приверженность к фармакотерапии, темперамент.

Актуальность: В последние годы четко определилась проблема комплаентности, означающая соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни и которая влияет на эффективность лечения пациентов по самым современным медицинским стандартам. Известно, что только 50% пациентов, имеющих хронические заболевания, привержены к лечебным

рекомендациям, в то же время высокая приверженность к лечению достоверно положительно влияет на выживаемость пациентов, имеющих хронические заболевания [5]. Накоплено достаточно много фактов влияния высокой приверженности лечению на конечные точки в процессе длительного лечения и наблюдения пациентов, как с хроническими заболеваниями, так и в случаях первичной профилактики [6].

Учитывая, что под комплаентностью стоит понимать часть убеждений личности в структуре психической деятельности, определяющую поведение человека, касающееся его отношения к производимым лечебным мероприятиям, рекомендациям и предписаниям со стороны врача, немаловажным является определить уровень комплаентности, придерживаясь психологического подхода, что в свою очередь даёт возможность учитывать эти данные при индивидуализации фармакотерапии. Сугубо медицинский подход к проблеме комплаентности личности, в основном, ориентирован на оценку степени соблюдения врачебных предписаний, в большей степени медикаментозных назначений. Применение клинико-психологического подхода для анализа проблемы комплаентности позволяет учитывать совокупность биопсихосоциальных факторов. Разработка дополнительных психологических критериев эффективности отношений комплаентности на основе деятельностной парадигмы предполагает исследование социальных, клинических, психологических, терапевтических факторов, формирующих комплаентность, а также когнитивной и коммуникативной составляющей личности [3].

Цель исследования: анализ уровня комплаентности у пациентов с хроническими заболеваниями, используя методику ориентированную на выявления приверженности личности лечению в зависимости от психологических и типологических свойств ЦНС.

Материалы и методы исследования.

В целях выявления социально-психологической характеристики населения нами было проведено анкетирования среди населения ряда поликлиник таких, как Консультативная поликлиника 1, клиники Ташкентской медицинской академии и семейные поликлиники №40, 16, 37. В анкетировании участвовали всего 146 жителей (46 жителей из Шайхантахурского, 62 жителя из Алмазарского и 38 жителей из Чиланзарских районов) различных возрастных категории с хроническими заболеваниями.

С целью оценки типологических и психологических свойства пациентов амбулаторно-поликлинических условий определения доминирующего типа темперамента пациентов проводилось с помощью личностного опросника Г. Ю. Айзенка. Личностный опросник Ганса Айзенка (EPI) определяет тип темперамента с учетом интроверсии и экстраверсии личности, а так же эмоциональной устойчивости. Тест-опросник используется для определения базовых личностных качеств и особенностей характера, которые необходимо учитывать в оценки приверженности к проводимой фармакотерапии для обеспечения психологической совместимости и повышения эффективности взаимодействия пациента и врача в условиях первичного звена [4]. Существует необходимость измерять уровень комплаентности у людей, страдающих хроническими заболеваниями, с целью диагностики индивидуально-психологических характеристик комплаентности и выработке рекомендаций врачам по работе с имеющимся уровнем приверженности лечению и по коррекции низкого уровня комплаенса, в случае манифестации заболевания данного контингента. Методически данный подход выполняется с помощью Шкалы Мориски-Грин включающую в себя 4 вопроса и предназначенная для поверхностного определения уровня комплаентности и оценки

причин нерегулярной фармакотерапии у амбулаторных пациентов направленных на выявление комплаентности больных к приему препаратов. Она может быть применена для выделения контингента, нуждающегося в дополнительном внимании, как недостаточно приверженных к лечению. Данная методика диагностики предназначена как для пациентов, имеющих хронические заболевания, требующих периодического наблюдения со стороны врача и продолжительного лечения, так и для проверки степени комплаентности у амбулаторных пациентов [2].

Статистическую обработку полученных результатов проводили по стандартным программам из пакета анализа (набора средств анализа данных «Microsoft Exsel-2010») и используя показатели научно-доказательной медицины. Данные представлены в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки среднего значения (m). Для проверки статистических гипотез о различии между исследуемыми группами использовали критерии Стьюдента. За статистически достоверное изменение принимали различие при уровне вероятности 95% и более ($P < 0,05$).

Результаты и их обсуждения: Целью диагностики темперамента является исследование психологических свойств личности с помощью личностного опросника, анализ выявленных характеристик, рекомендации по развитию сильных сторон и саморегуляции недостатков для формирования психологического здоровья и приверженности к лечению больных с хроническими заболеваниями[1]. Результаты проведенного анкетирования с помощью Теста для определения темперамента Г. Ю. Айзенка для выявления социально-психологической характеристики населения показывают, что среди пациентов первичного звена преобладают экстраверты, что составит – 46 % ($p < 0,05$), из них яркие экстраверты – 18 %, экстраверты – 28 %, склонные к экстраверсии – 2 %. Больные интроверты составляют – 14 %, склонные к интроверсии – 4 %. Среди населения имеются также пациенты со средним значением – амбоверты – 34 %.

Интерпретация полученных результатов проводилась на основе психологических характеристик личности, соответствующих тому или иному квадрату координатной модели с учетом степени выраженности индивидуально-психологических свойств и степени достоверности полученных данных. Используя данные обследования по шкалам экстраверсии, интроверсии и амбовертов, можно вывести показатели темперамента личности по классификации Павлова, который описал четыре классических типа: сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик. По мнению Г. Айзенка яркие экстраверты относятся к сангвиникам, которые характеризуют такие черты, как общительность, контактность, разговорчивость, отзывчивость, непринужденность, жизнерадостность, беззаботность, инициативность. Типичные экстраверты – это холерики, активные, чувствительные, беспокойные, агрессивные, возбудимые, изменчивые, непостоянные, импульсивные, оптимистичные. Интроверты – это флегматики, преобладают такие черты как пассивность, осмотрительность, рассудительность, доброжелательность, управляемость и т.д. Глубокие интроверты – меланхолики, легко расстраивающиеся, тревожные, пессимистичные, сдержанные, необщительные, тихие и т.д.

Раннее выявление степени приверженности лечению у конкретного больного поможет врачу амбулаторного звена сориентироваться и определить направления, по которым нужно работать с пациентом помимо назначения лекарственной терапии. Оценка приверженности и ее контроль в течение длительного времени наблюдения и лечения пациента в условиях

первичного звена позволит уменьшить частоту обострений заболевания, улучшить качество жизни пациента, а также сократить прогрессирование заболевания вследствие контроля за адекватностью терапии и ее приемом. Оценка причин нерегулярной фармакотерапии у амбулаторных пациентов проводилась с помощью опросника Мориски-Грина, который состоит из ряда вопросов, направленных на выявление комплаентности больных к приему препаратов.

При обработке данных амбулаторных пациентов по опроснику по Мориски – Грина был подсчитан суммарный балл, который в среднем составил $1,65 \pm 0,94$ баллов, тогда как комплаентными считаются больные, набравшие 4 балла, что указывает на низкую степень приверженности пациентов первичного звена к фармакотерапии.

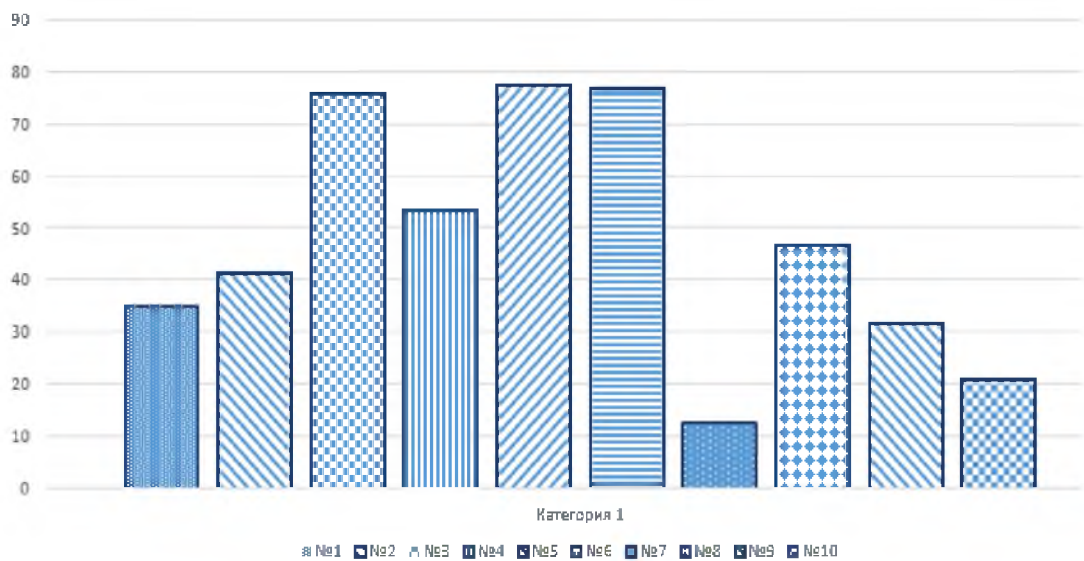


Рис. 1 - Результаты оценки причин нерегулярного приема/неприема терапии пациентов

Оценка причин нерегулярного или неприема терапии (рис.1) показало что, из опрошенных больных с хроническими заболеваниями 35,1% пациентов не всегда могут купить препарат в аптеки (№1), часть опрошенных считают что нет необходимости в лечении (№2) или не хотят принимать препарат постоянно (№4), 41,2% и 53,3%, соответственно, тогда как большинство пациентов – 75,8% ($p < 0,005$) забывают принять препарат(№3). Преобладающие большинство пациентов первичного звена, 77,5% ($p < 0,005$) указали что при нормализации основных гемодинамических показателей таких как АД, прекращают прием препаратов(№5), также 76,7% опрошенных иногда пропускают время приема, а прием в другое время для них неудобен (№6), что указывает на недооценки важности регулярного приема препаратов. Однако, в редких случаях причиной нерегулярной фармакотерапией было изменения препаратов врачом амбулаторного звена (№7), у 12,5 % исследуемого населения. 46,7% больных уменьшили количество принимаемых таблеток по советам родных (№8) и 20,8 % опрошенных отказались от терапии без указания причины (№10). У 31,7 % опрошенных пациентов появлялась аллергическая реакция (№9), что и послужило нерегулярному приему и прекращению фармакотерапии в амбулаторных условиях.

Интерес к проблеме комплаенса весьма высок, так как огромную роль в лечении практически всех заболеваний имеет следование пациентов лечению. Изучение мотивационно-поведенческого компонента и его отражения во внутренней картине болезни представляется чрезвычайно важным при рассмотрении развития личности в условиях хронического заболевания в связи с тем, что мотивы и цели деятельности человека выражаются в его поведении, влияя на направленность больного либо на выздоровление, либо на пассивное отношение к заболеванию. При таком понимании анализ личности больного должен опираться на анализ мотивов ведущей деятельности: их содержание, степень подчинённости, общий профиль мотивационно-потребностной сферы и ценностно-смысловые образования личности в ситуации болезни [7]. При определении уровня комплаентности у пациентов с хроническими заболеваниями, использованна методика ориентированная на выявление приверженности личности к лечению и основанная на характеристиках, обуславливающих комплаентное поведение.

С целью выявления определённой взаимосвязи между психологическими характеристиками личности и уровнем комплаентности проведен сравнительный анализ с оценкой факторов, влияющих на следование и выполнение личностью лечебных предписаний. При исследовании эмоциональные особенности находили своё отражение в утверждениях, касающихся реагирования личности на пропуск препаратов, назначенное лечение, изменения настроения при приёме препаратов, ощущения, испытываемые при проводимой терапии, восприимчивость к мнению врача. Поведенческие параметры рассматривались в утверждениях, которые выявляют поведенческие модели по отношению к терапии, врачам, лекарствам.

Таблица 1

Оценка взаимосвязи характеристики личности по опроснику “Уровень комплаентности” с психологическими и типологическими свойствами ЦНС амбулаторных пациентов.

Психотип пациентов	Социальная комплаентность, баллы	Эмоциональная комплаентность, баллы	Поведенческая комплаентность, баллы	Общая комплаентность, баллы
Яркие экстраверты	22	25	21,5	68,5
Типичные экстраверты	18	17,5	15,5	48,5*
Интроверты	29	28	27	82
Глубокие интроверты	17	19,5	18	54,5*

Примечание: * - $P < 0,05$ достоверное отличие показателей.

Оценка результатов при сравнения уровня выраженности показателей комплаентного поведения различных видов комплаентности с психотипом пациентов (табл. 2) установила что, наиболее выражены социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность у амбулаторных пациентов обладающих интроверсией личности, 29, 28 и 27 баллов соответственно, которые считаются флегматиками, с чертами как пассивность,

осмотрительность, рассудительность, доброжелательность, управляемость и т.д. Менее выраженный уровень общей комплаентности (Ок) – 68,5 баллов, выявленна у экстравертов, которые в более готовы способствовать процессу лечения, по сравнению с пациентами с недостаточной комплаентностью. Такими пациентами с низким уровнем социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности оказались глубокие интроверты Ок которых составила - 54,5 баллов ($p<0,05$) и в особенности типичные экстраверты Ок – 48,5 баллов ($p<0,05$) обладающие чувствительными, беспокойными, агрессивными, возбудимыми, изменчивыми, непостоянными чертами характера, что характерно холерикам.

Таким образом, следуя результатам исследования, можно утверждать, что уровень комплаентности соответствует реальной картине отношения людей к лечению и взаимосвязан с психологическими и типологическими особенностями личности пациентов, так как сангвиники и флегматики более ответственно подходят к вопросам, касающимся своего здоровья, чем лица холерики и меланхолики которые имели низкий уровень комплаентности.

Выводы:

Результаты проведенного исследования показывают, что среди опрошенных имеются моменты, которые могут способствовать возникновению проблем, связанных с фармакотерапией или условий для возникновения психологических помех и низкой приверженности к проводимой медикаментозной терапии. Это обстоятельство диктует необходимость проведения врачами среди населения просветительных работ по фармакотерапии, в частности о пользе и вреде ЛС для организма.

Каждый пациент имеет присущие только ему особенности и свойства темперамента. В связи с этим, необходимо разумно использовать положительные и отрицательные особенности каждого типа темперамента и учитывать эти данные при индивидуализации фармакотерапии в амбулаторной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) [Текст]/ Д.С. Данилов //Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10 –№ 1 – С. 13–20.
2. Кадыров Р. В., Асриян О. Б., Ковальчук С. А. Опросник «уровень комплаентности» / Монография. Владивосток.-2014. 23с.
3. Лапин И.П. Личность и лекарства. Введение в психологию фармакотерапии, Деан, СПб,2001, 414с.
4. Любов Е.Б., Литвищенко Ю.Ф. Фармакоэпидемиологические исследования в психиатрии. Сообщение 2. Качественный фармакоэпидемиологический анализ: обзор // Соц. и клинич, психиатрия. - 2000. - Т 10, №4.-С 98-107.
5. Мавлянов И.Р. Клинико-фармакологическая оценка проводимой терапии – способ оценки практических навыков по клинической фармакологии / Методическая рекомендация. Ташкент. -2005. 8с.
6. Мавлянов И.Р., Джамалутдинова И.Ш., Касымов А.Ш., Мавлянов С.И. Алгоритм рационального применения лекарственных средств // Инфекция, иммунитет и фармакология. 2011, №7, С.82-89.

7.Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A frame-work for improvement. JAMA 1999;282:1458-65.

ХУЛОСА

Шундай қилиб, тадқиқотит натижаларига кўра, шуни таъкидлаш мумкинки, комплаентлик даражаси беморларни даволашга нисбатан муносабатини акс эттириб, шахсининг психологик ва типологик хусусияти билан бевосита боғлиқдир, хусусан сангвиник ва флегматиклар ўз соғлигига доир масалаларга паст даражадаги комплаентликка эга холерик ва меланхоликларга нисбатан жавобгарлик билан ёндашиши аҳамиятга мойилдир.

SYMMARY

Thus, following the results of the study, it can be argued that the level of compliance corresponds to the real picture of attitudes towards treatment and correlated with psychological and typological personality types of patients, so sanguine and phlegmatic a more responsible approach to issues relating to their health than those choleric and melancholic that we had a low level of compliance.

УДК 576.851.132

НОВЫЙ СПОСОБ ВЫДЕЛЕНИЯ ПЛАЗМИДНОЙ ДНК ИЗ ШТАММОВ *SALMONELLA* *TYPHIMURIUM*

Абдухалилова Г.К., Ибрагимов А.А.
НИИЭМИЗ МЗ РУз

Ключевые слова: *Salmonella* *Typhimurium*, плазмиды, ацетат аммония.

Введение. Среди методов выделения плазмидной ДНК наиболее распространены разновидности метода щелочного лизиса клеток бактерий, разработанного Бирнбоймом и Доли в 1979 году (*Birnboim, Doly, 1979*) [1]. Они позволяют легко отделить плазмидную ДНК от высокомолекулярной хромосомной ДНК. В щелочных условиях при значении pH около 12,5 хромосомная ДНК фрагментируется и денатурирует необратимо, плазмидная ДНК также денатурирует, но не фрагментируется ввиду ее небольшого размера и обе цепи ДНК остаются сцепленными. Поскольку *in vivo* ДНК не бывает свободной от белков, то необходима депротеинизация образца. Вместе с ДНК частично выделяется и РНК, от которой избавляются с помощью фермента РНКазы [2]

Одним из широко используемых методов выделения плазмидной ДНК из штаммов *Salmonella* *Typhimurium* являются два варианта метода Кадо и Лю, основанные на щелочной экстракции клеток бактерий. В первом варианте выделяются плазмиды размером от 2 до 100 тысяч пар нуклеотидов (т.п.н.) во втором крупные плазмиды размером 60 – 300 т.п.н.. [3, 4].

Анализ плазмидного спектра *S. Typhimurium* методом Кадо и Лю отмечено в работах (6-11), где были выявлены штаммы не содержащие и содержащие плазмиды, плазмиды различающиеся по размеру и количеству копий в данном штамме, и характеристика R-плазмид.