



# O'ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

*Медицинский*  
ЖУРНАЛ  
УЗБЕКИСТАНА

№1  
2020

**O`ZBEKISTON** *Медицинский*  
*tibbiyot* *журнал*  
**jurnali** **УЗБЕКИСТАНА**  
**Medical journal of UZBEKISTAN**  
**Ilmiy - amaliy jurnal**

№ 1, 2020

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.К.Шадманов

*В.Е.Аваков, Х.А.Акилов, А.В.Алимов, Б.А.Аляви, Д.А.Асадов, С.М.Бахромов, Б.Т.Даминов, Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Х.К.Джалилов, Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров, С.И.Исмаилов, Х.М.Камилов, Х.П.Камилов (масъул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов, Р.Д.Курбанов, Д.К.Наджимутдинова, Ф.Г.Назирова, У.Ю.Сабилов, С.С.Саудалиев, Ж.М.Собилов, М.Н.Тилляшайхов, Л.Н.Туйчиев, А.М.Убайдуллаев, А.М.Хаджибаев, М.Х.Ходжибеков, А.Н.Юнусходжаев, Б.К.Юсупалиев.*

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан  
 2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)

Муҳаррир - Ш.Б.Джандарбеков.

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Махкамов

100047, Тошкент, Махтумкули кўчаси, 103, Тел. (71) 289-44-57, [www.medjournal.site.uz](http://www.medjournal.site.uz)

Буюртма № 146. Адади 431 нуска.

Босишга рухсат этилди 08.05.2020 й. Формат 60×84 1/4. Нархи шартнома асосида

«Print Line Group» ХК босмаҳонасида босилди.

Тошкент ш., Бунёдкор шоҳкўчаси, 44.


ТОШКЕНТ

ДУК «O`zbekiston tibbiyot jurnali»

2020

© ДУК O`zbekiston tibbiyot jurnali, 2020 y.

**МУНДАРИЖА**

**SOG'LIQNI SAQLASHNI TASHKIL QILISH**   
**ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Азиз Бахрамович Искандаров К ВОПРОСУ ОЗДОРОВЛЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ В ШЕЛКОТКАЦКИХ ПРОИЗВОДСТВАХ УЗБЕКИСТАНА ..... 2

Эркинжон Зиёевич Исаков, Нодиржон Соипжонович Матхошимов АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ ..... 6

Фарход Хушбакович Рахимов, Нодира Абдурахмоновна Исломова, Гулрух Комилжоновна Ботиралиева, Хайдар Пазилович Камиллов СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ СОҶА ВА ИХТИСОСЛИКЛАРИДА ИНТЕГРАЦИЯЛАШУВ ВА ИННОВАЦИОН МУҲИТНИНГ ШАКЛЛАНИШИГА ЁНДАШУВ ..... 9

Ирода Абдурасуловна Камилова НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИЕЙ В ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Г. ТАШКЕНТА ..... 15

**AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI**   
**КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА**

Искандар Рахимович Мавлянов, Сардор Каримович Курганов, Зафар Искандарович Мавлянов, Сардор Расулович Парпиев, Аъзам Баходирович Солиев, Суннат Туйчибаевич Юлчиев ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОЛИМОРФИЗМОВ В ГЕНАХ PPARG1A (rs4253778), PPARGC1A (rs8192678) И PPARG2 (rs1801282) У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМИ ВИДАМИ СПОРТА ..... 19

Махмуд Мансурович Усманов, Хамдамбек Фарходович Рузиметов СОСТОЯНИЕ КИШЕЧНОГО ГИДРОЛИЗА И ТРАНСПОРТА УГЛЕВОДОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ ..... 25

Нигора Маърифовна Сидикова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ И СЛЮНЕ БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРАНДРОГЕНИЕЙ ..... 27


Тимур Владимирович Мелькумян, Анжела Даниловна Дадамова, Сурайе Шухратовна Шералиева, Дилоро Жамолитдиновна Каххарова, Шахло Ильхомовна Рахматуллаева, Нодира Акбаровна Некбаева ОЦЕНКА ПРЕДЕЛА ПРОЧНОСТИ СВЕТООТВЕРЖДАЕМЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ КОМПОЗИТОВ ..... 29

Умида Тохировна Нугманова, Хилола Худойбергеновна Кенджаева, Акрам Юлдашевич Юлдашев, Камола Хамраевна Сафарова ФОРМИРОВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЕДДВЕРИЯ ПОЛОСТИ РТА ЧЕЛОВЕКА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ ..... 32

**KLINIK TIBBIYOT**   
**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

Маъриф Шакирович Каримов, Динора Аюповна Парпиева, Фазилат Нармаматовна Шукурова РЕВМАТОЛОГИК АМАЛИЁТДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАРДА АССОЦИИРЛАНГАН ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ БЕЛГИЛАР ..... 34


<sup>1</sup>Аброр Мирхакимович Азизов, <sup>2</sup>Саодат Убаевна Асилова, <sup>2</sup>Равшан Бахадырович Назаров, <sup>2</sup>Дильшод Кудратович Ширинов ПОКАЗАТЕЛИ ДВУХЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ С РИЗОМЕЛИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ..... 39

**DAVOLOVCHI SHIFOKORLAR VA DORIHONA ISHCHILARI DIQQATIGA**   
**ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**  
**ЛЕКАРСТВ**

<sup>1</sup>Зиявиддин Зайнутдинович Хакимов, <sup>1</sup>Алишер Худайбердиевич Рахманов, <sup>2</sup>Шохида Тахировна Сафаева ВЛИЯНИЕ КАМЕДЬ – СМОЛЫ FERULA ASAFOETIDA НА ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ..... 42

Динара Хамдуллаевна Ирназарова ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ ..... 45

Фотима Абдулазизовна Шокирова, Хайдар Пазилович Камиллов ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА ..... 54

**SHARHLAR**   
**ОБЗОРЫ**

Сайит Индиаминович Индиаминов, Азиза Эркиновна Давранова АКТУАЛЬНЫЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ТУПЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА ..... 58

Абдигаффор Гадаевич Гадаев, Улугбек Дарханович Ибрагимов, Абдикодир Кенжаевич Курбонов, Рустам Исмагуллаевич Туракулов, Сарвар Эшбоевич Хожиев СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА ТАШКИ НАФАС ФАОЛИЯТИ ВА ҚОННИНГ ГАЗ ТАРКИБИ ЎЗГАРИШИНИ БАҲОЛАШНИНГ АҲАМИЯТИ ..... 62

<sup>1</sup>Эркин Назимович Билалов, <sup>2</sup>Дилшод Абдунабиевич Абдиназаров, <sup>2</sup>Ахмаджон Эркин угли Нозимов, <sup>1</sup>Окилхон Ильесович Орипов ХИРУРГИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПТЕРИГИУМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) ..... 65

Нигора Убайдуллаевна Таджиева, Элмира Мамарафиковна Усманова КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ STREPTOCOCCUS PYOGENES 68

Нематжон (Солиевич) Мамасолиев, Хатам Хасанбаевич Турсунов, Бурхонжон Умарович Усмонов, Рано Рустамбековна Курбонова МИОКАРД ИНФАРКТИ – 2019. 2 – ЧИ АХБОРОТ: БЕМОРНИ БОСҚИЧМА – БОСҚИЧ ОЛИБ БОРИШ ВА КУЗАТУВ АЛГОРИТМИ. КЛИНИК ТАВСИЯЛАР ..... 72

Нодир Назирович Султонов, Хабиб Бобомуродович Барноев, Максуд Атабоевич Сабиров СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ..... 75

Хайдар Пазилович Камиллов, Шахзода Исаковна Самадова, Малика Худайбергеневна Ибрагимова, Зебо Муродова КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ЛЕЧЕНИЕ ..... 78

Дилбар Камалджановна Махкаммова НАРУШЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ИЗМЕНЕНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ..... 82

**AMALIYOTDAGI HODISALAR** 

**СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**

Нигора Хасановна Тухтаева, Маъриф Шакирович Каримов, Марина Валерьевна Сибиркина  
ИЗУЧЕНИЕ ОБСЕМЕНЕННОСТИ Н. PYLORI У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 86

Муборахон Джалиловна Ахмедова, Тажигуль Ахметовна Ниязова, Хамидулла Баширович Магзумов,  
Шерзод Алиевич Бойбеков БРУЦЕЛЛЁЗНИНГ ЯРИМ ЎТКИР ШАКЛИНИ ЭТИОТРОП ДАВОЛАШ  
УСУЛИНИ САМАРАДОРЛИГИ ..... 89

Зиядулла Эшмаматович Жуманов, Софья Анатольевна Блинова, Сайит Индиаминович Индиаминов  
АКТУАЛЬНОСТЬ УСТАНОВЛЕНИЯ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ В УСЛОВИЯХ  
ЖАРКОЙ АРИДНОЙ ЗОНЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ..... 92

Шухрат Абдужалилович Боймурадов, Элёр Сабиров КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ  
С РЕЦЕССИЕЙ ДЕСНЫ В СОЧЕТАНИИ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ И  
ДЕФОРМАЦИЯМИ ..... 97

<sup>1</sup>Ойбек Абдужаббарович Бабаджанов, <sup>2</sup>Саидкосим Саидазимович Арифов, <sup>1</sup>Шахноза Рустамовна  
Абзалова, Диляфруз Анваровна Уринбаева РОЛЬ ГЕНА VDR В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА ..... 99

**EKSPERIMENTAL TADQIQOTLAR** 

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Рустам Абрарович Садыков, Ольга Вячеславовна Ким, Аллонур Бахтинурович Саидов, Айзада  
Сарсенбаевна Досбергенова МЕТОД ПЛАЗМОСОРБЦИИ ДЛЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ  
ДЕТОКСИКАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ УГОЛЬНЫХ СОРБЕНТОВ ..... 102

Наджиюлла Хабибуллаевич Шамирзаев, Шухрат Жумаевич Тешиев, Равшан Раджапович  
Баймурадов ОҚ КАЛАМУШЛАР МОЯГИ МОРФОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ МЕЪЁРДА,  
СУРУНКАЛИ НУР КАСАЛЛИГИДА ВА БИОСТИМУЛЯТОР ТАЪСИРИДА ЎЗГАРИШИ ..... 106

Низора Убайдуллаевна Таджиева, Элмира Мамарафиковна Усманова

## КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ *STREPTOCOCCUS PYOGENES*

Ташкентская медицинская академия

Андижанский государственный медицинский институт

*Streptococcus pyogenes* (*S.pyogenes*,  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А, БГСА) представляет собой грамположительный, исключительно человеческий патоген. Типирование *S.pyogenes* проводится на основании различий в антигенной структуре поверхностных протеинов М, Т и R. Известны более 80 серологических вариантов М белка, который является основным фактором вирулентности *S.pyogenes*, обеспечивающим его устойчивость к фагоцитозу нейтрофилами, путем маскировки рецепторов для компонентов комплемента и опсоинов [1,4,7]. *S.pyogenes* ответственен за общие инфекции горла и кожи, а также вызывает тяжелое инвазивное заболевание, острую ревматическую лихорадку и постстрептококковый гломерулонефрит. В частности, спектр острого стрептококкового инвазивного заболевания включает в себя рожистое воспаление, целлюлит, эндометрит, пневмонию, септицемию, менингит и тяжелые проявления некротического фасциита и стрептококкового токсического шокового синдрома [1,3,10].

Стрептококковая инфекция может протекать в виде бессимптомного носительства в следующих вариантах: здоровые носители стрептококков, не имеющие клинических симптомов и антител к стрептококковым антигенам; здоровые носители с повышенным титром антител к стрептококковым антигенам при отсутствии нарастания титров антител в парных сыворотках; носители – реконвалесценты. Вопросы носоглоточного носительства *S.pyogenes* в Узбекистане практически не изучены, по имеющимся зарубежным данным, носительство встречается чаще всего среди детей школьного возраста в 10-28% случаев, в среднем, во всех возрастных группах - в 12% случаев [2].

По мнению специалистов, несмотря на высокую чувствительность стрептококка к  $\beta$ -лактамам антибиотикам пенициллинового и цефалоспоринового ряда, ежегодный уровень заболеваемости, инвалидизации, смертности и социально-экономический ущерб, обусловленный *S.pyogenes*, остаются высокими [4]. Таким образом, повсеместное распространение, тяжесть заболевания, высокая частота неблагоприятных исходов стрептококковых инфекций подчеркивают актуальность болезней, вызванных *S.pyogenes*.

### Эпидемиология

Согласно имеющимся данным, ежегодно в мире стрептококковая инфекция регистрируется как: тонзиллофарингиты в более 616 млн. случаев, пиодермии в 111 млн. случаев и в виде тяжелых инвазивных инфекций в 660 тыс. случаев. Кроме этого, высок уровень постинфекционных осложнений стрептококковой инфекции. Так, ревматической лихорадкой заболевают около 15,5 млн, а острым гломерулонефритом более 0,5 тыс. человек [4].

Чаще всего заболеваемость тонзиллитами стрептококковой этиологии приходится на детей, в возрасте от 5 до 15 лет. Инфекция чаще встречается зимой и весной в умеренном климате. Вспышки могут возникать в домашних условиях, школах, военных учреждениях и других местах, где существует тесный контакт между людьми. Не существует известных резервуаров окружающей среды или естественных животных-хозяев *S.pyogenes*, кроме людей, и поэтому прямой или косвенный контакт с инфицированным человеком является источником заражения людей. Предполагается, что передача происходит, главным образом, воздушно-капельным путем, хотя распространение через загрязненные предметы и пищу является хорошо описанным альтернативным путем передачи. Описаны случаи, когда причиной вспышек ангины, вызванных *S.pyogenes*, являлись некипяченое молоко и загрязненная пища [10,11].

Скарлатина была отделена от прочих лихорадочных болезней (корь и др.), как отдельное заболевание, еще в XVII в. Во второй половине XIX в. описаны эпидемии скарлатины с высокой смертностью, которые наблюдались в Европе и Северной Америке [10]. С момента появления пенициллина, скарлатина стала менее распространенным явлением, а смертельные случаи крайне редки. Однако в XXI в. были зарегистрированы некоторые крупные вспышки, особенно в Китае и Гонконге [10].

Несмотря на то, что заболеваемость инвазивными стрептококковыми инфекциями в развитых странах снизилась, в регионах мира с низким уровнем дохода и плохой инфраструктурой, по-прежнему, наблюдается высокое бремя болезней, вызванных *S.pyogenes*, ежегодно приводящих к

миллионам смертей. Большинство этих смертей следует за развитием ревматических заболеваний сердца, что остается актуальной проблемой, как в развитых, так и в развивающихся странах [5,12].

Нужно отметить, что общее понимание эпидемиологии *S.pyogenes* и связанных с этим заболеваний остается относительно слабым, по сравнению с другими инфекционными заболеваниями. Во многих странах с созданными программами по надзору за инфекционными заболеваниями проводится относительно меньше надзора за заболеваниями, вызываемыми *S.pyogenes* и другими пиогенными стрептококками. Тем не менее, с годами ситуация улучшилась, и во многих странах установление наличия инвазивных стрептококковых инфекций группы А является обязательным для регистрации заболевания. Для полного понимания основных вопросов эпидемиологии этих заболеваний требуется проводить комплексные исследования, с большой когортой обследованных в течение длительного периода времени, с целью определения распространенности заболевания, характеристики хозяина и штамма, дальнейшей передачи, тяжести течения. Понимание этих факторов также позволит разработать эффективные стратегии профилактики. Бремя заболеваемости стрептококковыми инфекциями определяет важность эпидемиологического надзора для выявления изменений в распределении заболевания в различных популяциях [12,13,17].

Так, в 1980-90-х гг. отмечались вспышки гнойных инфекций, вызванных *S.pyogenes*. Увеличение их частоты нередко связывают со специфическими МТ1 клонами стрептококка, который является доминирующим среди инвазивных изолятов *S.pyogenes* в большинстве развитых стран [12,17]. Заболеваемость инвазивной инфекцией, вызванной *S.pyogenes*, варьируется в зависимости от времени и географического региона, что, по-видимому, отражает восприимчивость населения к определенным штаммам, а также естественные различия в преобладающих типах. Изменения в распределении типов также могут привести к колебаниям тяжести инфекций и общей смертности [17].

Инфекции, вызванные *S.pyogenes*, могут наблюдаться у лиц любого возраста, хотя распространенность инфекции выше у детей, вероятно, из-за сочетания нескольких факторов (например, в школах или детских садах) и иммунитета хозяина. Распространенность стрептококковой ангины наиболее высока у детей старше трех лет, именно дети школьного возраста являются основной группой риска. Заболевание у новорожденных встречается редко, что отражает наличие защитного трансплацентарно приобретенного имму-

нитета [15]. Сохраняющаяся высокая частота заболевания, быстрое распространение инфекции, преимущественное поражение детей в возрасте 5-15 лет и молодых лиц, большие трудопотери, возможность развития тяжелых осложнений, а также экономический ущерб свидетельствуют об актуальности проблемы стрептококковой инфекции, требуют контроля над распространением данной инфекции и профилактики осложнений.

Клинические особенности стрептококковых инфекций

Клинические формы стрептококковых инфекций характеризуются, как поверхностными поражениями (тонзиллит, тонзиллофарингит, импетиго и др.), так и тяжелыми инвазивными инфекциями и токсин опосредованными заболеваниями (синдром токсического шока, скарлатина) [2,5,15].

Классическое проявление стрептококкового тонзиллита начинается с внезапного появления лихорадки, недомогания и ангины. Боль при глотании и наличие гипертрофированных, гиперемированных миндалин, а также болезненных передних шейных лимфатических узлов являются типичными признаками. Боль в животе и рвота распространены, особенно у детей младшего возраста. Кашель, ринорея, осиплость, раздражение конъюнктивы и диарея не являются характерными для стрептококковых тонзиллитов, и наличие этих симптомов должно свидетельствовать о нестрептококковой (обычно, вирусной) этиологии. Особенностью стрептококкового тонзиллита являются проявления интоксикационного синдрома: лихорадка (часто выше 39°C), головные боли, слабость, рвота. Развернутая клиническая картина наблюдается на 2 сутки с момента начала болезни. Изменения ротоглотки характеризуются наличием гиперемированных и гипертрофированных миндалин, гиперемии задней стенки глотки, которые могут быть покрыты пятнистым белым или желтоватым налетом. Налет рыхлый, пористый, легко снимается шпателем. Петехии могут присутствовать на мягком небе. Передние шейные лимфатические узлы обычно увеличены, плотны и чувствительны. Без лечения тонзиллит обычно проходит через 3-6 дней, а температура снижается в течение 1 нед. Несмотря на устранение симптомов, при отсутствии лечения антибиотиками, бактерии *S.pyogenes* часто остаются положительными в течение нескольких нед. [5,6,16].

Клинически трудно указать на стрептококковую этиологию тонзиллита, так как тонзиллиты иной этиологии также имеют сходную клиническую картину. Катаральный тонзиллит редко встречается у детей младше 3 лет, хотя стрептококковая инфекция может встречаться в этой воз-

растной группе и проявляться в виде интоксикации, гипертермии, лимфаденопатии и слизистого ринита. Лабораторное подтверждение этиологического агента является важным, особенно в выборе этиотропной антибактериальной терапии.

Гнойные осложнения стрептококкового тонзиллита могут возникать в результате прямого распространения инфекции глотки на другие системы организма путем гематогенного или лимфогенного распространения в более отдаленные органы. Такие осложнения включают перитонзиллярный или заглоточный абсцесс, синусит, средний отит, шейный лимфаденит, бактериемию, эндокардит, пневмонию и менингит. Местные осложнения, такие как: перитонзиллярный или забрюшинный абсцесс, должны рассматриваться у пациента с необычно тяжелыми или длительными симптомами или локализованной болью, связанной с высокой температурой и токсическим проявлением [5,14].

Кроме этого, характерными являются неинфекционные аутоиммунные воспалительные осложнения, которые включают острую ревматическую лихорадку и постстрептококковый гломерулонефрит. Данные заболевания являются результатом иммунных реакций на стрептококковую инфекцию. Было показано, что лечение стрептококкового тонзиллита пенициллином снижает вероятность острой ревматической лихорадки, но не снижает вероятность возникновения постстрептококкового гломерулонефрита [5].

Скарлатина – острое инфекционное заболевание, вызванное *S.pyogenes*, характеризующееся клиническими симптомами интоксикации, сыпью и ангиной. Сыпь, обычно, начинается в первый или второй день болезни, первоначально на туловище, и распространяется на конечности, освобождая ладони и подошвы ног. Сыпь характеризуется сгущением в таких естественных складках кожи, как: подмышечные впадины, шея и др. (линии Пастии). Лицо больного скарлатиной характеризуется гиперемией щек с сохранением бледной области вокруг рта. Сыпь мелкая макулопапулезная, придающая коже характерное «бархатное» ощущение. Характерным является и «малиновый» язык. Сыпь, как правило, исчезает через 6-9 дней, после чего, через несколько дней, начинается шелушение кожи ладоней и подошв, обычно стартующее на кончиках пальцев у свободного края ногтей. Дифференциальный диагноз скарлатины включает вирусные экзантемы, болезнь Кавасаки, синдром стафилококкового токсического шока и аллергические реакции [15].

Патогенез скарлатины до конца не изучен. Исследования, проведенные в 1920-х гг. Джорджем

и Глэдис Дик и др., выявили один или несколько секретируемых белков *S.pyogenes*, которые ранее назывались эритрогенным токсином и которые теперь классифицируются, как пирогенные экзотоксины [8]. Последующее исследование показало, что эритрогенный токсин является родственным стрептококковым пирогенным экзотоксином. Отмечено, что они играют важную роль в тяжелых, системных проявлениях синдрома стрептококкового токсического шока, благодаря их активности в качестве суперантигенов, которые способны стимулировать секрецию цитокинов из большой популяции Т-клеток антигеннезависимым способом [7,8]. Именно эти звенья патогенеза скарлатины объясняют возникновение осложнений, развивающихся при стрептококковых инфекциях.

#### Диагностика

«Золотой стандарт» для диагностики стрептококкового тонзиллита – это положительная культура *S.pyogenes*, выделенная из правильно собранного образца мазка из зева. В последние годы широко используются экспресс-тесты для обнаружения антигенов *S.pyogenes*. Специфичность этих тестов составляет 95% или выше, поэтому их использование в амбулаторных условиях позволяет поставить правильный диагноз в ранние сроки заболевания. У детей и подростков отрицательный экспресс-тест следует подтвердить с помощью культурального исследования. В большинстве клинических руководств не рекомендуется рутинное подтверждение отрицательного теста на антиген у взрослых, поскольку риск возникновения ревматической лихорадки у взрослых крайне низок без предшествующего эпизода [16,18].

Серологические анализы на антитела к антигенам *S.pyogenes*, таким как: Антистрептолизин О или ДНКазы В, полезны для ретроспективной диагностики предшествующей инфекции *S.pyogenes* в случаях подозрения на острую ревматическую лихорадку или постстрептококковый гломерулонефрит. Но эти тесты не используются при стрептококковом тонзиллите, так как повышение уровня специфических антител начинается только через 7-14 дней после начала инфекции, достигая максимальных уровней через 3-4 нед. [1,11,16].

#### Лечение

Основным методом лечения стрептококковых инфекций, в частности стрептококкового тонзиллита, является этиотропная антибактериальная терапия. Лечение стрептококкового тонзиллита антибиотиками требуется по трем причинам:

1. Сокращает продолжительность и тяжесть заболевания. Некоторые исследования показывают, что специфическая терапия уменьшает про-



должительность лихорадки и ангины, в среднем, приблизительно на 1 день.

2. Предотвращает ревматизм. Острая ревматическая лихорадка является потенциальным осложнением стрептококкового тонзиллита, и исследования, проведенные, в основном, в вооруженных силах США в середине XX в., показали, что лечение пенициллином снижает риск последующей ревматической лихорадки [16].

3. Предотвращает гнойные осложнения стрептококкового тонзиллита. Было показано, что лечение антибиотиками снижает частоту таких вторичных инфекционных осложнений, как: средний отит и синусит. Дополнительным преимуществом своевременной антибактериальной терапии является то, что она уменьшает распространение инфекции среди других людей, что является важным фактором для борьбы со вспышкой [18].

Пенициллин был и остается антибиотиком выбора при лечении стрептококкового тонзиллита в течение многих лет. Клинические изоляты *S.pyogenes* остаются повсеместно восприимчивыми к пенициллину и многим другим бета-лактамам антибиотикам. Пенициллин, по-прежнему, рекомендуется в качестве руководства первой линии в руководствах по клинической практике из-за его хорошо зарекомендовавших себя стандартов безопасности и эффективности, узкого спектра и низкой стоимости.

Несмотря на то, что *S.pyogenes*, по-прежнему, сохраняет чувствительность к  $\beta$ -лактамам антибиотикам, в последние годы отмечаются определенные проблемы в лечении тонзиллитов. Так, по данным авторов, частота неудач пенициллинотерапии стрептококковых тонзиллитов составляет 25-38%. Одной из причин этого, возможно, является гидролиз пенициллина специфическими ферментами –  $\beta$ -лактамазами, продуцируемыми микроорганизмами-копатогенами, присутствующими в глубоких тканях миндалин, особенно при наличии хронических воспалительных процессов в них [5,18].

В настоящее время оптимальным препаратом из группы пенициллинов для перорального применения является амоксициллин. Он также эффективен и часто предпочтителен для более длительного периода полувыведения, особенно у детей. Цефалоспорины могут использоваться у пациентов с аллергией на пенициллин или амоксициллин в анамнезе, которые не относятся к гиперчувствительности немедленного типа. Макролидные антибиотики являются дополнительной альтернативой, но устойчивость к ним относительно распространена [7].

Контроль и профилактика

В отсутствие лицензированных вакцин современные стратегии общественного здравоохранения в отношении заболевания, вызванного *S.pyogenes*, сосредоточены на мерах по минимизации передачи и обеспечению защиты людей, подвергающихся риску инвазивных тяжелых форм заболевания [9]. Обеспокоенность по поводу растущей заболеваемости инвазивными формами привела к оценке возможностей контроля распространения инфекции. Поскольку большинство случаев инвазивного заболевания происходит спорадически, а не в определенных кластерах, возможности для профилактики посредством борьбы со вспышками несколько ограничены. Поэтому профилактические меры могут включать: своевременное выявление и изоляцию больного, улучшение санитарно-гигиенических условий проживания, выявление групп риска, антибиотикопрофилактику и лечение.

Эпидемиологическое расследование вспышек имеет важное значение, как средство для выявления или исключения путей передачи, и, следовательно, для принятия профилактических мер. Имеет место бактериологического скрининга потенциально подверженных лиц, что может предоставить свидетельства продолжающейся передачи инфекции в пределах определенной среды или группы населения. Отрицательные результаты следует интерпретировать с осторожностью, учитывая, что при скрининге будут отсутствовать колонизированные особи из-за плохой техники отбора проб, неудачи при обработке и тестировании образцов [17].

Роль окружающей среды в содействии распространению *S.pyogenes* потенциально недооценена, несмотря на хорошо документированные отчеты, указывающие на ключевую экологическую роль в содействии передаче болезней. *S.pyogenes* можно выделить из одежды и постельных принадлежностей больных стрептококковыми инфекциями, а также в скопившейся пыли. Точно так же еда может способствовать распространению инфекции среди многочисленных получателей пищи, приготовленной зараженным кухонным персоналом. Таким образом, выявление и дезактивация окружающей среды является фундаментальным компонентом стратегии борьбы со вспышками стрептококковых инфекций.

Лечение антибиотиками признано эффективным средством для снижения передачи организмом, особенно при респираторных и кожных формах, стрептококковых инфекций [12,17]. Вспышки скарлатины и тонзиллита продолжают происходить, в основном, среди лиц организованных коллективов (в школах и дошкольных учреждениях). Вторичные профилактические меры в этих

ситуациях включают усиление гигиены рук и изоляцию больных до выздоровления или в течение, как минимум, 24 часов после введения антибиотиков.

Вспышки инвазивной инфекции, вызванной *S.pyogenes*, встречаются редко, но регулярно происходят, главным образом, в лечебно-

профилактических учреждениях [1,12]. В таких случаях распространение инфекции происходит за счет носителей *S.pyogenes*. Поэтому бактериологический скрининг медицинского персонала, жителей и окружающей среды может помочь в понимании путей передачи и определить цели для профилактических мер.

### Литература

1. Матиевская Н.В. Инвазивная инфекция, вызванная  $\beta$ -гемолитическим стрептококком группы А: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение. Медновости. 2017; 9: 21-25.
2. Новосад Е.В., Бевза С.Л., Обольская Н.М., Шамшева О.В., Белименко В.В. Носительство  $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А у детей: проблема дифференциальной диагностики. Детские инфекции. 2018; 17(2): 52-57.
3. Покровский В.И., Брико Н.И., Ряпис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010: 544.
4. Тотолян А.А. Прошлое и настоящее *Streptococcus pyogenes*: некоторые факторы патогенности и их генетическое детерминирование. Вестн. РАМН. 2015; 1: 63-69.
5. Щербак М.Ю., Белов Б.С. А-Стрептококковый тонзиллит: современные аспекты. Педиатрия. 2010; 88(5) 127-135.
6. Chiappini E., Regoli M., Bonsignori F., Sollai S., Parretti A., Galli L., de Martino M. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. Clin Ther. 2011; 33(1): 48-58.
7. Creti R.M., Imperi L., Baldassarri M., Pataracchia S., Recchia G., Orefici G. Emm types, virulence factors, and antibiotic resistance of invasive *Streptococcus pyogenes* isolates from Italy: what has changed in 11 years? J. Clin. Microbiol. 2010. 45: 2249-2256.
8. Cunningham M.W. Pathogenesis of group A streptococcal infections. Clin. Microbiol. Rev. 2010; 13: 470-511.
9. Dale J.B. Current status of group A streptococcal vaccine development. Adv. Exp. Med. Biol. 2010; 609: 53-63.
10. Ferretti J.J., Stevens D.L., Fischetti V.A. *Streptococcus pyogenes*: Basic Biology to Clinical Manifestations. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center. 2017. 11. Johnson R., Kurlan R., Leckman J., Kaplan L. The Human Immune Response to Streptococcal Extracellular Antigens: Clinical, Diagnostic, and Potential Pathogenetic Implications. Clin Infect Dis. 2010; 50(4): 481-490.
12. Luca-Harari et al. Clinical and Epidemiological Aspects of Invasive *Streptococcus pyogenes* Infections in Denmark. J.Clin. Microbiol. 2010 Jan.; 46(1): 79-86.
13. Luca-Harari et al. Clinical and Microbiological Characteristics of Severe *Streptococcus pyogenes* Disease in Europe. J.Clin. Microbiol. 2010; 47(4): 1155-1165.
14. Regoli M., Chiappini E., Bonsignori F., Galli L., de Martino M. Update on the management of acute pharyngitis in children. Ital J Pediatr. 2011 Jan 31; 37: 10.
15. Sanyahumbi S., Murdoch S.C., Carapetis J.R. *Streptococcus pyogenes*: basic biology to clinical manifestations. Oklahoma, 2016: 31.
16. Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W., Gerber M.A., Kaplan E.L., Lee G., Martin J.M., Van Beneden C. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012; 55(10): 86-102.
17. Wahl R.U. et al. Epidemiology of invasive *Streptococcus pyogenes* infections in Germany, 1996–2002: results from a voluntary laboratory surveillance system. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, CMI. 2013: 1173-1178.
18. Zacharioudaki M., Galanakis E. Management of children with persistent group A streptococcal carriage. Expert Rev Anti Infect Ther. 2017; 15(8): 787-795.

**Нематжон (Солиевич) Мамасолиев, Хатам Хасанбаевич Турсунов, Бурхонжон Умарович Усмонов, Рано Рустамбековна Курбонова**

### **МИОКАРД ИНФАРКТИ – 2019. 2 – ЧИ АХБОРОТ: БЕМОРНИ БОСКИЧМА – БОСКИЧ ОЛИБ БОРИШ ВА КУЗАТУВ АЛГОРИТМИ. КЛИНИК ТАВСИЯЛАР**

Анджон давлат тиббиёт институти

РШТЭИМАФ, Анджон

Клиницист учун миокард инфаркти билан беморга тез тиббий ёрдамни тўғри ва вақтида ташкил қилиш муҳим ва бевосита терапевтик оқибатларга алоқадор аҳамият касб этади. Шу борада миокард инфарктига (МИ) “юриш йўли” давомиди ва у келиб чиқиб улгурган клиник вазиятларда қатъиян узвийлик билан беморларни босқичма – босқич олиб бориш ва кузатуви алгоритми – “нишонга ургувчи” шиддатли (лекин мутлақо беҳавфсизлантирилган!) сай-харакатлар мажмуаси (“шифокор + бемор + тиббий муас-

саса + оила аъзолари” фаол бирлигида) клиник тавсиялар сифатида ишлаб чиқилган ва кундалик фаолиятга тақдим қилинган. Хорижий таҳлилчиларнинг хисоб – китобларига кўра ушбу тавсияларга риоя қилмаслик давлат маблағларини соҳага “қуруқ нонатижавий” сарфланишига, соғлиқни сақлаш тизимининг етакчилиги позициясини йўқолишига ва дунёда орқада қолувчилар сафига ўтиб қолишига, тиббиёт муаммолари манбаларини кўпайишига (профилактикани сустириш ривожланиши, барвақт ташхисот ва реабилитация