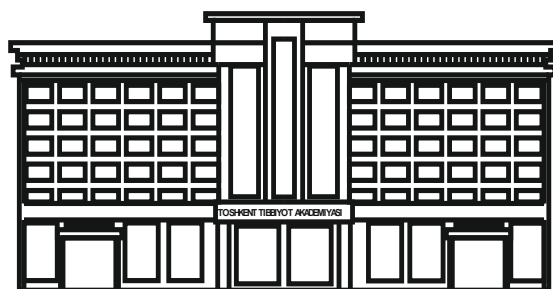


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №3/1

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



ISSN 2181-7812



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии
с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 3/1, 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция) проф.

Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционноого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент) проф.

Хамдамов Б.З. (Бухара) проф.

Ирискулов Б.У. (Ташкент) проф.

Каримов М.Ш. (Ташкент) проф.

Маматкулов Б.М. (Ташкент) проф.

Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент) проф.

Холматова Б.Т. (Ташкент) проф.

Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Ахмедова М.Д., Солижонов Ш.Э., Ташпулатова Ш.А., Атаходжиева А.М. СУВЧЕЧАКНИ БОЛАЛАР ВА КАТТАЛАРДА КЕЧИШИ	Axmedova M.D., Solijonov Sh.E., Toshpulatova Sh.A., Atahodjiev A.M. CHICKENPOX IN CHILDREN AND ADULTS	47
Axmedova M.D., Zaylobidinov B.Z., Tadjieva N.U., Anvarov J.A., Bobojonov Sh.J. BRUTSELLYOZNING O'TKIR VA O'TKIR OSTI SHAKLLARINING ETIOLOGIK TASHXISOTIDA PZR METODINI QO'LLASH NATIJALARI	Axmedova M.D., Zaylobidinov B.Z., Tadjieva N.U., Anvarov J.A., Bobojonov Sh.J. THE RESULTS OF USING THE PCR METHOD IN THE ETIOLOGICAL DIAGNOSIS OF ACUTE AND SUBACUTE FORMS OF BRUCELLOSIS	51
Байжанов А.К., Хикматуллаева А.С., Ачилова М.М. ЛЯМБЛИОЗ ВА БЛАСТОЦИСТОЗ АНИҚЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЕЧИШИ	Bayjanov A.K., Khikmatullaeva A.S., Achilova M.M. COURSE OF HIV INFECTION IN PATIENTS WITH GIAMBLIASIS AND BLASTOCYSTOSIS	59
Бокова Т.А., Карташова Д.А., Бевз А.С., Шишулина Е.Е. СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	Bokova T.A., Kartashova D.A., Bevez A.S., Shishulina E.E. THE STATE OF AUTONOMIC REGULATION IN CHILDREN WITH METABOLIC SYNDROME	63
Бригида К.С., Рахимова В. Ш., Казакова Е.И. КЛИНИЧЕСКИЙ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЙ НЕУСПЕХ АРВТ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВИЧ	Brigida K.S., Rakhimova V.Sh., Kazakova E.I. CLINICAL AND VIROLOGICAL ART FAILURE AND ITS RELATIONSHIP WITH HIV DRUG RESISTANCE	68
Ганиев А.Г., Назаров К.Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВКЛЮЧЕНИЯ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ БАКТЕРИЯМИ	Ganiev A.G., Nazarov K.D. EFFECTIVENESS OF INCLUDING GALAVIT IN THE COMPLEX THERAPY OF ACUTE PNEUMONIA CAUSED BY GRAM-NEGATIVE BACTERIA	71
Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Даминова К.М., Мириσμαилов М.М., Халикова Ш.А., Абдукадилова Ш.А., Алимов М.М. ГИМЕНОЛЕПИДОЗ: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ	Daminova M.N., Abdullaeva O.I., Daminova K.M., Mirismailov M.M., Khalikova Sh.A., Abdukadirova Sh.A., Alimov M.M. HYMENOLEPIDOSIS: CLINICAL SIGNIFICANCE AND PRINCIPLES THERAPY	75
Джуроева К.С., Ниязова Т.А., Марупова М.Д., Рашидов Ф.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	Djuraeva K.S., Niyazova T.A., Marupova M.D., Rashidov F.A. CLINICAL COURSE OF BRUCELLOSIS IN THE ENDEMIC FOCUS IN WOMEN OF FERTILE AGE	79
Жанибеков Ж.Ж., Чухляев П.В., Мирзажонова Д.Б., Гарбузов А.А., Хавкина Д.А., Руженцова Т.А. ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ ПРИ COVID-19: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ	Zhanibekov Zh.Zh., Chukhlyaev P.V., Mirzazhonova D.B., Garbuzov A.A., Khavkina D.A., Ruzhentsova T.A. DIARRHEAL SYNDROME IN COVID- 19: A DIFFERENTIATED APPROACH TO THERAPY	83
Карпукхина О.А., Арова А.А., Крамарь Л.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ РАЗВИТИЕМ ИТШ, У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА	Karpukhina O.A., Arova A.A., Kramar L.V. A CLINICAL CASE OF A SEVERE COURSE OF VIRAL-BACTERIAL PNEUMONIA COMPLICATED BY THE DEVELOPMENT OF INFECTIOUS-TOXIC SHOCK IN A CHILD AGED 1 MONTH	87
Кистенева Л.Б., Якушина С.А., Бондарева Л.Н. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ	Kisteneva L.B., Yakushina S.A., Bondareva L.N. LABORATORY DIAGNOSTICS OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN AND NEWBORNS	90
Курбатова О.В., Купцова Д.Г., Закиров Р.Ш., Радыгина Т.В., Мовсисян Г.Б., Фрейдлин Е.В., Семикина Е.Л., Потапов А.С., Мурашкин Н.Н., Петричук С.В. ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ ИММУНОМЕТАБОЛИЗМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	Kurbatova O.V., Kuptsova D.G., Zakirov R.SH., Radygina T.V., Movsisyan G.B., Freidlin E.V., Semikina E.L., Potapov A.S., Murashkin N.N., Petrichuk S.V. PROSPECTS FOR THE STUDY OF IMMUNOMETABOLISM IN CLINICAL PRACTICE	95

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Джураева К.С., Ниязова Т.А., Марупова М.Д., Рашидов Ф.А.

ENDEMIK UCHOQDAGI FERTIL YOSHDAGI AYOLLARDA BRUCELLYOZNING KLINIK KECHISHI

Djurayeva K.S., Niyazova T.A., Marupova M.D., Rashidov F.A.

CLINICAL COURSE OF BRUCellosIS IN THE ENDEMIC FOCUS IN WOMEN OF FERTILE AGE

Djuraeva K.S., Niyazova T.A., Marupova M.D., Rashidov F.A.

Самаркандский медицинский университет. Самарканд, Узбекистан.
Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан.

Annotatsiya. Brutsellyozni surunkali recidiv formada kechishi, mavjud davolash va profilaktika usullarining samarasizligi brutsellyozni insonlar da yuqumli kasalliklar orasida eng dolzarb muammolari qatoriga kiritadi. Ta'kidlanishicha, uning tarqalishi va ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyati jihatidan ushbu kasallik zoonozlar orasida birinchi o'rinlardan birini egallaydi. Shu munosabat bilan biz homiladorlik va laktatsiya davrida brutsellyoz klinikasi qanday kechishini o'rganish uchun, tug'ish yoshidagi ayollar o'rtasida tadqiqotlar o'tkazidik.

Kalit so'zlari: Surunkali brusellez, fertil yoshdagi ayollar, davolash.

Abstract. An increase in the incidence of brucellosis, a chronic relapsing course, the lack of effectiveness of existing methods of treatment and prevention puts brucellosis among the most urgent problems of human infectious pathology. It is noted that in terms of its distribution and socio-economic significance, this disease occupies one of the first places among zoonoses. In this regard, we decided to conduct research among women of childbearing age, taking into account their period of pregnancy and lactation, how the clinic of brucellosis proceeds.

Keywords: Chronic brucellosis, women of childbearing age, treatment.

Актуальность проблемы. Рост заболеваемости бруцеллёза, хроническое рецидивирующее течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставит бруцеллез в ряд наиболее актуальных проблем инфекционной патологии человека. Отмечено, что по своему распространению и социально-экономической значимости это заболевание занимает одно из первых мест среди зоонозов [1,4,5,8].

Многообразие клинических проявлений, стертое клиническое течение и недостаточная эффективность существующих методов лечения бруцеллеза ведет к хронизации заболевания, с последующей стойкой инвалидизацией больных. В то же время, до настоящего момента не существует методов прогнозирования перехода острой формы бруцеллеза в хроническую, что обуславливает актуальность исследований, проводимых в этом направлении [2,5,6].

Особенности жизненного цикла бруцелл и инфекционно-аллергический характер бруцеллеза позволяют констатировать ведущую роль нарушений иммунитета в патогенезе этого заболевания. В то же время, многие аспекты иммунологии бруцеллеза, в частности особенности межклеточных взаимоотношений в процессе формирования постинфекционного иммунитета при этой патологии изучены недостаточно, что не позволяет в полной мере использовать оценку иммунного статуса больных бруцеллезом для прогнозирования хронизации этой инфекции [1,5,7,9].

В связи с этим, мы решили проводить исследования среди женщин фертильного возраста, учитывая их период беременности и лактации как протекает клиника бруцеллёза.

Цель исследования на основании клинико-эпидемиологического обследования изучить клиническое течение бруцеллёза у женщин фертильного возраста, которые могут позволить прогнозировать вероятность хронизации инфекции.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 125 больных хроническим бруцеллезом женщин, которые были госпитализированы в областную клиническую инфекционную больницу города Самарканда в период с 2019 по 2022 год и находились на диспансерном наблюдении в консультативно-диагностическом кабинете учреждения. В 2019 г. получили стационарное обследование и лечение 43 больных, в 2020-м - 19 больных, в 2021-м - 36 больной, в 2022-м (за 6 месяцев) - 27 больных.

По возрасту: от 16 до 20 лет - 4,3%; от 20 до 30 лет - 39,2%; от 30 до 40 лет - 56,5%. 17,4% женщин проживали в городе Самарканд, а 82,6% - в сельских районах.

Давность заболевания у большинства пациентов более 10 лет (13,0%), у 47,8% - больше 5 лет, у 30,5% - больше года. До одного года диагноз поставлен 8,7% больным женщинам острым бруцеллезом.

Клинико-эпидемиологическое обследование со специфической лабораторной диагностикой (общий анализ крови, ИФА, пластинчатая реакция аг-

глютинации Хеддельсона, реакция агглютинации Райта в пробирках); из дополнительных методов клинико-биохимические и инструментальные (рентгенография суставов и позвоночника, УЗИ органов брюшной полости) исследования.

Результаты и их обсуждение. При первичной эпидемиологической диагностике бруцеллеза у большинства пациентов установлен, профессиональный характер заболевания с контактным путем заражения: 32,1% - доярки во время ухода за крупным рогатым скотом, в контакте с больными животными, их выделениями, у 39,2% больных алиментарный путь заражения: употребление в пищу некипяченого молока и сырых молочных продуктов (брынза, сливки, сметана и др.), у 28,7% больных - неясный путь заражения.

В результате клинического обследования с учетом сроков инфицирования и эпидемиологического анамнеза нами был установлен у 52,1% пациентов хронический бруцеллез с сочетанным поражением костно-суставной и нервной систем, а у 26,0% - с преимущественным поражением костно-суставной системы. По локализации пораженных суставов у всех пациентов отмечались: коленные, тазобедренные, голеностопные, плечевые, локтевые и лучезапястные, т.е. крупные суставы, у 39,1% - суставы позвоночника, у 17,3% - мелкие суставы кистей и стоп.

Некоторые авторы [5, 6] считают, что истинные артриты при бруцеллезе встречаются не столь часто - в 26-30% случаев. Если в остром периоде артриты преобладают и носят преходящий характер, то более стойкими они наблюдаются при хроническом течении болезни. Относительно часто встречаются моно- и олигоартриты (60%), реже-полиартриты (40%). Большинство исследователей считают, что в основе формирования этих артритов лежит инфекционный процесс, несмотря на отсутствие деструкции сустава [2,7]. Другие авторы склонны признать существование при бруцеллезе реактивного артрита [1, 2, 8].

Наиболее частым и характерным для бруцеллеза считается поражение крестцово-подвздошных сочленений - сакроилеит, который редко встречается при ревматизме и других инфекционных болезнях, что позволяет заподозрить у пациента бруцеллезный процесс [7]. Изменения крестцово-подвздошных сочленений не привлекают внимания практических врачей в связи с наличием сопутствующих симптомов со стороны мышц, крестцовых и седалищных нервов, поэтому чаще диагностируется вместо сакроилеита неврит седалищного нерва или остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с корешковым синдромом.

Поражения мягкого скелета в большинстве случаев проявляются в виде воспалительных узелков в соединительной ткани, так называемые фиброзиты, патогномоничные для бруцеллеза, особенно для первично-хронических форм, как арбитражный клинико-диагностический тест. Они могут об-

разываться в виде уплотнений различной величины и болезненности повсеместно, где есть соединительная ткань: в подкожно-жировой клетчатке, фасциях, апоневрозах, на надкостницах, в окружении суставов, нервных стволов и корешков, в дальнейшем могут рассасываться или остаются в виде рубцов [1,4,9]. Мы наблюдали у 39,1% пациентов фиброзиты в виде умеренно болезненных плотных образований размерами в диаметре от 5 до 15 мм, преимущественно в пояснично-крестцовой области.

Эволюция клиники современного бруцеллеза отразилась и на особенностях поражения нервной системы. Поражения периферической нервной системы стали более мягкими, а центральной нервной системы - редкими или вообще не наблюдаются [1,10]. Так, при хроническом бруцеллезе (8,6%) неврологические синдромы чаще протекают с разнообразной рассеянной симптоматикой, сложными видами расстройств чувствительности и двигательной сферы (например, по типу опухоли мозга, рассеянного склероза, стволового энцефалита и т.д.); наиболее часто отмечаются симптомы функционального характера в виде невралгий (35,3%) [4]. У наблюдаемых нами пациентов с хроническим бруцеллезом в 34,7% случаев регистрировались люмба и шалгия нейродистрофическая форма, цервикалгии, сенсомоторные полинейропатии и другие расстройства.

Красной нитью через все фазы бруцеллезного процесса проходит поражение вегетативной нервной системы и клинически проявляются практически у каждого пациента, независимо от формы заболевания: лабильность пульса и неустойчивость артериального давления, изменение дермографизма, тремор конечностей, акроцианоз, гипергидроз, нарушение трофики кожи и ее придатков и др. По данным К.Б. Курмановой с соавт. [2], нарушения функции вегетативной нервной системы выявлялись у 91,3% пациентов в суб- и декомпенсированной стадии и у 47,8% - в компенсированной стадии хронического бруцеллеза, тогда как у лиц контрольной группы (вне бруцеллезной инфекции) - в 17,3% случаев.

Со стороны внутренних органов с учетом УЗИ органов брюшной полости у наблюдаемых нами пациентов с хроническим бруцеллезом отмечались гепатолиенальный синдром в 21,7% случаев, увеличение размеров печени на 2-3 см в 26,0%, хронический холецистопанкреатит - в 21,7%, хронический пиелонефрит - в 39,1%.

Картина периферической крови у большинства наблюдаемых пациентов не имела патологических сдвигов за исключением ускоренного СОЭ в 30,4%, относительного лимфоцитоза - в 39,1% случаев. Биохимические показатели характеризовались повышением уровня печеночного фермента аланинаминотрансферазы в крови (до 1,5 норм) у 17,3%; концентрации С-реактивного белка - у 26,0%; ревматоидного фактора - у 8,6% пациентов. Вышеуказанные показатели носили неспецифический ха-

рактар, и не исключается, что с учетом возрастной структуры и длительности инфицирования, они относятся к сопутствующей патологии в 39,1% случаев, что согласуется с наблюдениями других авторов [1, 2, 4].

Клинико-эпидемиологический диагноз подтверждался результатами специфической лабораторной диагностики: методом ИФА у 26,0% пациентов определялись антитела к возбудителям бруцеллеза (*Br. abortus*, *Br. melitensis*) класса IgG и IgM, у 100,0% - положительной реакцией агглютинации Хеддльсона, у 100,0% - положительной реакцией агглютинации Райта в титре от 1:200 - 1:800.

Тактика лечения пациентов хроническим бруцеллезом определяется фазой и формой заболевания и состоянием реактивности организма, подтверждающиеся результатами клинико-лабораторного и инструментального обследования. Спорным в реальной практике остается вопрос назначения антибактериальной терапии, которая не показана при хроническом неактивном и резидуальном бруцеллезе, а также для профилактики рецидивов. Показаниями для назначения антибактериальной терапии недостаточно наличие только положительных серологических тестов и аллергопробы, а самое главное - клиническое обострение хронической бруцеллезной инфекции. Нами для лечения больных хроническим бруцеллезом в период обострений применялась этиотропная терапия: антибиотики тетрациклинового ряда (доксациклин *per os*) - в 78,2%; аминогликозиды (стрептомицин *в/м*) - в 56,5%; цефалоспорины III поколения (цефтриаксон) - в 21,7% случаев.

Многочисленные экспериментальные и клинические исследования позволяют эмпирически использовать эффективные антибактериальные средства при лечении бруцеллеза, в том числе препараты тетрациклинового ряда, аминогликозиды, цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, рифампицин, котримоксазол [2, 4, 12].

Однако ведущим принципом лечения хронического бруцеллеза является патогенетический с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак, ибупрофен и др.), учитывая стойкость и поликлональность воспалительного процесса, десенсибилизирующих средств (преимущественно группы стабилизаторов мембран тучных клеток - кетотифен, лодоксамид и др.), а также препараты метаболической коррекции (витамины группы В, никотиновая кислота и др.), учитывая окислительно-восстановительные расстройства, коррелирующие со степенью аллергической перестройки организма [2, 4, 11, 12].

При рецидивирующем течении болезни и особенно при хронизации процесса показана иммунотропная терапия с учетом степени иммунологической перестройки организма пациента бруцеллезом. Целесообразным считается назначение иммунотропной терапии через 1-3 недели после приема антибиотиков. В лечении бруцеллеза используются иммунотропные препараты самых различных

групп: иммуномодуляторы эндогенного происхождения, цитокины, интерфероны, иммуномодуляторы экзогенного происхождения, синтетические иммуномодуляторы [11, 12].

Таким образом, диагностика и лечение хронического бруцеллеза в практике - задача сложная и определяется уровнем заболеваемости в регионе как среди животных, так и среди людей, профессиональной подготовленности практических врачей и наличием диагностических технологий.

При этом следует учитывать эпиданамнез, преобладание латентных и первично-хронических форм низкой активности с поражением суставов и нервной системы (с характерной полиочаговостью), вегетативных реакций, наличием фиброзов, длительного субфебрилитета, определяющих клиническую дифференциальную диагностику. Специфическая диагностика определяется различными методологическими уровнями - от выделения возбудителя до определения его антигенов и антител, а также степени сенсibilизации к бруцеллам. Отсюда лечение хронического бруцеллеза зависит от активности инфекционного процесса, что требует назначения антибактериальных средств и разумной иммунотропной терапии.

Выводы: 1. У женщин фертильного возраста в эндемическом очаге бруцеллез протекает в основном первично-хронической формой болезни, так как женщины часто контактируются с очагами инфекции.

2. Эти больных своевременное диагностировать затруднительно, потому что начала болезни характеризуется продолжительной первичной латенцией.

3. В начале болезни у женщин фертильного возраста проявления клинические клиническое симптоматики скуднее, поэтому они не сразу обращаются инфекционистам.

Литература.

1. Бруцеллез: диагностика и методы лечения больных. Федеральные клинические рекомендации. М., 2013. 27 с.
2. Джураева К.С., Ярмухамедова Н.А., Ниязова Т.А., Якубова Н.С., Марупова М.Д. Клинико-эпидемиологические особенности хронического бруцеллеза у женщин фертильного возраста по материалам ОИКБ города Самарканда. Журнал *Tibbiyotda yangi kun* № 2 (40) 2022, С. 637-641
3. Чистякова Н.В. и др. Трудности диагностики бруцеллеза в клинике внутренних болезней // *Клиническая медицина*. 2004. № 6. С. 67-69.
4. Шульдяков А.А., Ляпина Е.П., Анащенко А.В. и др. Особенности формирования органопатологии при хроническом бруцеллезе // *Инфекционные болезни*. 2011, Т. 9, № 3. С. 49-52.
5. Ющук Н. Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. 4-ое изд. перераб., доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 656 с.
6. Ярмухамедова Н.А. и др. Клинико-эпидемиологические аспекты нейробруцеллеза по дан-

ным областной инфекционной клинической больницы города Самарканда //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 18-2 (96). – С. 72-77.

7. Ярмухамедова Н.А. и др. Современные аспекты и роль цитокинового статуса проблемы бруцеллеза Резюме //International Scientific and Practical conference «COVID-19 and other topical infections of Central Asia» June 23-24, 2022, Shymkent. – С. 172.

8. Ярмухамедова Н.А. и др. Clinical and epidemiological aspects of neurobrucellosis according to the information of Samarkand municipal infectious diseases hospital //вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-2. – с. 61-66.

9. Yarmukhamedova N.A., Yakubova N.S., Djuraeva K.S. Polyfocal parameters of patients with chronic brucellosis. Журнал Биомедицины и практики том 6, № 6 2021, С. 296-305

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗА В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Джураева К.С., Ниязова Т.А., Марупова М.Д., Рашидов Ф.А.

***Аннотация.** Хроническое рецидивирующее течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики ставит бруцеллез в ряд наиболее актуальных проблем инфекционной патологии человека. Отмечено, что по своему распространению и социально-экономической значимости это заболевание занимает одно из первых мест среди зоонозов. В связи с этим, проводили исследования по течению клиники бруцеллёза среди женщин фертильного возраста, учитывая их период беременности и лактации.*

***Ключевые слова:** Хронический бруцеллез, женщины фертильного возраста, лечение.*

