

ACD
2027

Annals of clinical disciplines



VOLUME 2, ISSUE 3/2

2025

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 3/2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 3/2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 3/2



ТОШКЕНТ-2025

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№3/2 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2025-3/2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrası professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va hospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrası dotsenti, DSc;
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va hospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrası professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrası professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc.
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri, DSc, dotsent

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrası professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrası professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Сахифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

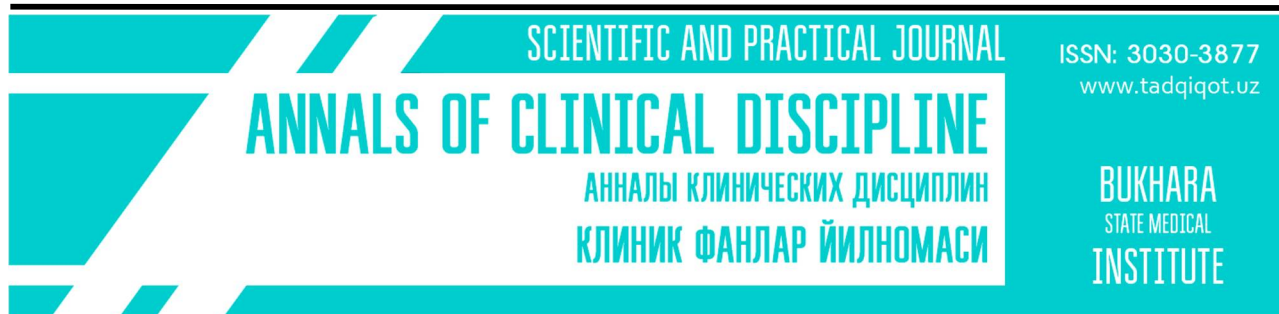
Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Исламов Х.Д.	
Анализ результатов лечения больных местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения.....	6
2. Исламова М.С., Сабилов М.А., Абдуллаева Ч.А., Пулатова Г.П., Эшпулатов А.С.	
Влияние комплексной коррекции микробиоты препаратом «базана» на состав кишечной микрофлоры у пациентов с ожирением.....	13
3. Йитмасова Т.Д., Облокулов А.Р.	
Сил билан касалланган, вирусли гепатити бўлмаган беморларда даволаш фонида жигар фиброгенези маркерларининг динамикаси.....	19
4. Каландарова С.Х.	
Роль мелатонина в клиническом течении эпилепсии, ассоциированной со сном.....	25
5. Камалова М.К., Рахимов С.Ш.	
Оценка клинических результатов комплексного лечения детей с вторичными деформациями врождённых расщелин нёба.....	31
6. Камолов Ж.Р., Рахматова Д.Б.	
Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....	39
7. Кандова Ф.А., Хабибова Н.Н.	
Влияние гормональных изменений на состояние полости рта у женщин, планирующих беременность.....	46
8. Кариев А.В., Зокирхужаев Р.А.	
Мультифакторный анализ результатов ND\YAG-капсулотомии у детей с вторичной катарактой.....	52
9. Каримов Қ.Р., Шодиева М.С.	
Морфологические изменения при язвенно-некротическом энтероколите.....	60
10. Курбанбаева Ф.К.	
Распространение стоматологических заболеваний у женщин фертильного возраста: систематический анализ.....	64
11. Курбаниязова А.З., Зарипова Д.Я.	
Пременопаузал даврдаги эндометрий гиперплазия муаммосига замонавий нигоҳ.....	71
12. Курбанов О.М., Джураев И.Б., Бабаназаров У.Т.	
Клиническая характеристика слизистой оболочки желудка у больных в тяжелом состоянии на искусственной вентиляции лёгких в условиях реанимации.....	77
13. Мавлонов Н.Х., Файзуллоев Т.Т.	
Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва юрак ишемик касаллиги коморбидлиги: тарқалиши ва оғир асоратларининг хавф омиллари (адабиётлар шарҳи).....	87

14. **Маджидова Ё.Н. Рахмонов И.А., Азимова Н.М**
Оценка психического состояния мужчин с бесплодием.....94
15. **Манзитова В.Ф.**
Особенности клинического течения саркопении при метаболически ассоциированной жировой болезни печени.....103
16. **Матризаева Г.Н.**
Эффективность лечения взрослых пациентов с частичной беззубостью с использованием частичных съёмных протезов: мета-анализ.....111
17. **Мухамедов И.М., Эркинова Н.Р.**
Эпидемиологические особенности рака молочной железы.....118
18. **Назарова Л.А., Аблязов О.В., Усманханов О.А.**
Роль предоперационной мультиспиральной компьютерной томографии в повышении точности диагностики и эффективности хирургического лечения краниосиностоза у детей: результаты проспективного когортного исследования.....122
19. **Нуров У.И., Нурова Г.У.**
Морфологические особенности и клинические проявления экссудативных форм хронического риносинусита.....129
20. **Нурова Г.У.**
Характеристика клинического течения хронического риносинусита продуктивного типа.....133
21. **Пулатов Х.Х.**
Қон биокимёвий кўрсаткичларининг комплекс баҳолашдаги аҳамияти: 120 кунлик глюкоза, СРО ва А1-нордон гликопротеин мониторинги.....137
22. **Раимкулова Н.Р., Субханова З.С.**
Изучение взаимосвязи гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с респираторными заболеваниями.....142
23. **Раметова О.Р.**
Оценка методов лечения хронического катарального гингивита у детей: аналитическое исследование.....147
24. **Расулова Н.З.**
Гипертрофическая кардиомиопатия: стратегии редукции перегородки и послеоперационная реабилитация.....153
25. **Рахматова Д.Б., Камолов Ж.Р.**
Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....164
26. **Сагдуллаев Н.Н., Индиаминов С.И.**
Механизм и морфология повреждений структуры головы у детей разных возрастных категорий при внутрисалонной автомобильной травме171

Литература:

1. Litjens, G., Kooi, T., Bejnordi, N. E., Setio, A. A. A., Ciompi, F., Ghafoorian, M., ... & Sánchez, C. I. (2017). A survey on deep learning in medical image analysis. *Medical image analysis*, 42, 60-88.
2. Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature medicine*, 25(1), 44-56.
3. Liu, J., Li, Y., Wang, X., & Chen, G. (2021). Deep learning for diagnosis and prognosis of head and neck cancer. *Journal of Medical Imaging*, 8(3), 031301.



УДК 616.98:579.875:614.86(075.8)

Яхияёва Санобар Ахмедовна

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

<https://orcid.org/0009-0006-0722-591>**ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЁЗЕ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**
 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17444359>
РЕЗЮМЕ

Несмотря на большое внимание, уделяемое эпидемиологии и профилактике псевдотуберкулёза, вызываемого инфекцией *Yersinia pseudotuberculosis*, его распространённость остаётся одной из самых актуальных проблем во всех странах. Сложное клиническое течение заболевания, включающее поражения желудочно-кишечного тракта, кожи, опорно-двигательной системы и развитие полиорганной недостаточности, приводит к значительным социальным и экономическим потерям. Псевдотуберкулёз — острое инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода *Yersinia*. Заболевание проявляется лихорадкой, интоксикацией, поражением желудочно-кишечного тракта и печени, а также сыпью, напоминающей корь. Данная ситуация указывает на необходимость совершенствования эпидемиологического мониторинга иерсиниозов, анализа возбудителей различных серотипов, изучения их биологических особенностей и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Ключевые слова: повышение температуры тела, кожная сыпь, интоксикация, диарея, гепатит.

Yaxiyoyeva Sanobar Axmedovna

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

PSEVDOTUBERKULYOZ KASALLIGIDA EPIDEMIK JARAYON: EPIDEMIOLOGIYA, KLINIKA VA DIAGNOSTIKA ASPEKTLARI**REZYUME**

Pseudotuberkulyoz infeksiyasiga sababchi bo'lgan *Yersinia pseudotuberculosis* infeksiyasining epidemiologiyasi va profilaktikasiga katta e'tibor qaratilayotganiga qaramay, uning tarqalish darajasi barcha davlatlarda eng dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Kasallikning murakkab klinik kechishi, jumladan oshqozon-ichak trakti, teri, mushak-skelet tizimiga zarar yetkazishi va poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishi ijtimoiy va iqtisodiy yo'qotishlarga sabab bo'lmoqda. Pseudotuberkulyoz — bu *Yersinia* turiga mansub bakteriyalar tomonidan keltiriladigan o'tkir infeksiyon kasallikdir. Kasallik isitma, intoksikatsiya, oshqozon-ichak trakti va jigar zarari, shuningdek, qizamiqqa o'xshash to'qima siyilishi bilan namoyon bo'ladi. Hozirgi vaziyat

iersiniozlarning epidemiologik monitoringini takomillashtirish, turli serotiplarga mansub patogenlarni tahlil qilish, ularning biologik xususiyatlarini o'rganish va profilaktik hamda epidemiyaga qarshi choralarni samaradorligini oshirish zarurligini ko'rsatmoqda.

Kalit so'zlar: Tana xaroratining oshishi, toshma toshishi, intoksikasiya, diareya, gepatit.

Yaxiyoyeva Sanobar Axmedovna

Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan

THE EPIDEMIC PROCESS OF PSEUDOTUBERCULOSIS DISEASE: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL PRESENTATION, AND DIAGNOSTIC ASPECTS

SUMMARY

Despite the significant attention given to the epidemiology and prevention of pseudotuberculosis caused by *Yersinia pseudotuberculosis* infection, its prevalence remains one of the most pressing problems in all countries. The complex clinical course of the disease, including lesions of the gastrointestinal tract, skin, musculoskeletal system, and the development of multiple organ failure, leads to considerable social and economic losses.

Pseudotuberculosis is an acute infectious disease caused by bacteria of the genus *Yersinia*. The disease manifests with fever, intoxication, lesions of the gastrointestinal tract and liver, as well as a rash resembling measles.

This situation indicates the necessity of improving the epidemiological monitoring of yersinioses, analyzing pathogens from various serotypes, studying their biological characteristics, and increasing the effectiveness of preventive and anti-epidemic measures.

Keywords: Fever, rash, intoxication, diarrhea, hepatitis.

Псевдотуберкулёз — это острое инфекционное сапрозоонозное заболевание, вызываемое грамотрицательной бактерией *Yersinia pseudotuberculosis*. Оно характеризуется выраженной лихорадкой, общей интоксикацией организма, преимущественным поражением тонкого кишечника и печени, а также появлением кожной сыпи, нередко напоминающей сыпь при скарлатине.

Основной путь заражения — **алиментарный**, то есть через потребление заражённой пищи или воды. Особенно опасны сырые овощи, зелень, продукты, хранящиеся при пониженной температуре, где возбудитель способен сохраняться и размножаться.

Yersinia pseudotuberculosis относится к роду *Yersinia* и обладает антигенной и биохимической схожестью с другими представителями этого рода, в частности с возбудителями кишечного иерсиниоза и чумы. По антигенной структуре бактерии псевдотуберкулёза подразделяются на **21 серотип**, что имеет важное значение для эпидемиологических исследований, диагностики и разработки профилактических мероприятий.

Заболевание может протекать в различных клинических формах: от лёгких гастроэнтеритоподобных до тяжёлых генерализованных, сопровождающихся поражением различных органов и систем. Часто наблюдаются симптомы, имитирующие другие острые инфекционные заболевания, что может затруднять своевременную диагностику.

Исторические сведения о псевдотуберкулёзе. Возбудитель псевдотуберкулёза был впервые обнаружен французскими исследователями L. Malassez и W. Vignal в 1883 году при микроскопическом исследовании органов животных, погибших от неизвестной инфекции. Они зафиксировали наличие микробов, вызывающих образование бугорков, напоминающих туберкулёзные гранулёмы. Однако тогда возбудитель ещё не был полноценно охарактеризован. В 1885 году немецкий патолог S. Eberth ввёл термин «псевдотуберкулёз» — в связи с тем, что при вскрытии животных в органах обнаруживались специфические бугорки, морфологически напоминавшие туберкулёз, но не обладавшие его типичной этиологией [3,5].

Полное описание возбудителя, как отдельной бактерии, было дано немецким микробиологом А. Pfeiffer в 1889 году, который впервые выделил и классифицировал микроб, впоследствии получивший название *Yersinia pseudotuberculosis*. На протяжении первой половины XX века псевдотуберкулёз считался в основном зоонозной инфекцией, а зарегистрированные случаи заболевания у человека были единичными и спорадическими. Он рассматривался как редкое, малораспространённое заболевание с невыясненной патогенезом.

Резкий поворот в эпидемиологическом изучении псевдотуберкулёза произошёл в 1959 году, когда во Владивостоке была зарегистрирована массовая вспышка заболевания среди населения. Клинически оно проявлялось в виде высокой температуры, общей интоксикации, сыпи и других симптомов, напоминающих скарлатину. По этой причине вспышка получила название «дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка» (ДВСПЛ). Это событие стало поворотным моментом в изучении псевдотуберкулёза как самостоятельной инфекционной патологии у человека.

Окончательное установление этиологии данного заболевания произошло благодаря научным исследованиям, проведённым советскими микробиологами. Особую роль сыграла работа О. А. Михайловой и её сотрудников, которым впервые удалось выделить чистую культуру *Yersinia pseudotuberculosis* из удалённых в ходе операций аппендиксов, взятых у пациентов с симптомами острого аппендицита в очаге вспышки.

Значительный вклад в подтверждение инфекционной природы заболевания внёс В. А. Знаменский, который в рамках эксперимента добровольно самозаразился выделенным штаммом бактерии с целью окончательной верификации возбудителя. Его самоотверженный эксперимент стал важнейшим доказательством того, что именно *Yersinia pseudotuberculosis* является этиологическим агентом заболевания, клинически протекающего как дальневосточная скарлатиноподобная лихорадка.

В Республике Узбекистан возбудители псевдотуберкулёза и кишечного иерсиниоза впервые были выделены у больных и из объектов внешней среды в 1979 году отечественным микробиологом **Б. Д. Маткаримовым**. Это открытие стало важным этапом в изучении инфекций рода *Yersinia* на территории страны и заложило основу для дальнейших исследований этих заболеваний. С 1985 года началась официальная регистрация заболеваний, вызванных возбудителями ***Yersinia pseudotuberculosis*** и ***Yersinia enterocolitica***, под общим названием «**иерсиниозы**». [4,7]. Такой подход позволил централизованно отслеживать распространение инфекций, проводить эпидемиологический мониторинг и разрабатывать профилактические меры на государственном уровне. В последующие годы группа учёных под руководством **Б. Д. Маткаримова**, включая таких исследователей как **В. Т. Самадова** и **М. А. Балтабоева**, провела комплексные исследования, направленные на изучение эпидемиологических особенностей иерсиниозов и псевдотуберкулёза в различных регионах Узбекистана. В их работе были изучены:

- основные источники и резерваты инфекции,
- пути передачи возбудителей,
- сезонность заболеваний,
- связь инфекций с условиями окружающей среды и санитарно-гигиеническим состоянием населённых пунктов.

В результате исследований была установлена значительная роль алиментарного пути заражения через загрязнённые продукты питания, а также выявлены очаги инфекции среди домашних и сельскохозяйственных животных.

Особое внимание уделялось клиническим проявлениям заболеваний. В этом направлении значительный вклад внесла работа **С. Н. Бабаходжаева (1992)**, который изучал аллергические реакции и иммунологические особенности у пациентов с иерсиниозами. Его исследования показали, что данные инфекции могут сопровождаться развитием аллергических проявлений, что осложняет диагностику и лечение, а также влияет на течение и исход болезни.

Работы узбекских учёных способствовали:

- улучшению диагностики иерсиниозов и псевдотуберкулёза,
- развитию специфических лабораторных методов выявления возбудителей,
- формированию эффективных программ профилактики и санитарного просвещения населения.

Сегодня данные инфекции остаются актуальной медицинской и социально-экономической проблемой в Узбекистане, требующей постоянного мониторинга, исследований и совершенствования методов борьбы.

Однако большинство этих исследований относится к концу XX века. Между тем, случаи иерсиниоза продолжают ежегодно регистрироваться в стране. Например, в 2006 году было зарегистрировано 486 больных, а в 2007 году — 464 [8, 9].

Yersinia pseudotuberculosis хорошо развивается при пониженных температурах и повышенной влажности. Основные пути заражения — через пищу (особенно овощи, хранившиеся в зимний период) и воду. Заболевание проявляется лихорадкой, интоксикацией, поражением желудочно-кишечного тракта и печени, а также сыпью, напоминающей корь.

Механизмы передачи возбудителя псевдотуберкулёза

Возбудитель псевдотуберкулёза может передаваться различными путями, что обуславливает широкий спектр эпидемиологических особенностей заболевания. Основные механизмы передачи включают:

- **Фекально-оральный путь**, который реализуется через пищевые продукты, питьевую воду, а также контактно-бытовые предметы и поверхности. Данный путь является ведущим в эпидемиологии псевдотуберкулёза.
- **Аэрозольный путь** передачи, включающий воздушно-капельный и воздушно-пылевой механизмы, хотя и встречается значительно реже.
- **Вертикальный путь** передачи, предполагающий передачу инфекции плоду во время беременности при генерализованной форме заболевания у матери.

Основной путь передачи инфекции

Пищевой (алиментарный) путь является основным механизмом инфицирования у человека. Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют продукты длительного зимнего хранения, такие как картофель, капуста, морковь и другие корнеплоды, которые могут быть контаминированы возбудителем через экскременты грызунов. Также значимы молочные продукты, употребляемые без достаточной термической обработки, и питьевая вода из открытых водоёмов, являющихся потенциальным резервуаром инфекции.

Максимальная заболеваемость отмечается в период с апреля по май, что связано с экологическими и климатическими факторами, способствующими выживанию и распространению возбудителя в окружающей среде. Основная часть заболевших — дети старше трёх лет и подростки, у которых заболевание чаще протекает в более выраженной форме. У взрослых пациентов псевдотуберкулёз, как правило, носит лёгкий характер и завершается спонтанным выздоровлением. Исключение составляют лица с иммунодефицитами и хроническими заболеваниями печени, у которых возможны тяжёлые формы инфекции.

Экологическая устойчивость возбудителя. *Yersinia pseudotuberculosis* обнаруживается в почве, воде, а также выделяется из организма различных видов животных и птиц, что подтверждает её широкое экологическое распространение. Главным резервуаром и источником инфекции в природной среде являются грызуны. Внешние условия существенно влияют на выживаемость бактерии: в почве и воде она способна сохранять жизнеспособность на протяжении нескольких лет; в молоке — до трёх недель; на поверхности овощей — до двух месяцев. При термической обработке возбудитель гибнет спустя 30 минут кипячения. Обработка 3%-ным раствором хлорамина эффективно уничтожает бактерию в течение 1–2 часов, а воздействие ультрафиолетового излучения приводит к гибели микроорганизма примерно за 30 минут.

Кроме того, бактерия может размножаться при низких температурах, включая условия холодильного хранения, а также сохранять жизнеспособность при повторном замораживании продуктов, что значительно усложняет меры санитарной профилактики [9].

Роль объектов окружающей среды и бытовых факторов. Возбудитель может присутствовать на кухонной утвари, посуде и упаковочных материалах, что создаёт дополнительный риск передачи инфекции при недостаточном соблюдении правил гигиены и санитарии.

Передача псевдотуберкулёза от человека к человеку является крайне редким явлением и в эпидемиологическом плане не играет значительной роли.

Эпизоотологические данные о псевдотуберкулёзе в ветеринарной практике. Возбудитель псевдотуберкулёза характеризуется широкой спектром восприимчивых видов животных. К наиболее чувствительным видам относятся овцы, козы, свиньи, кролики, морские свинки, а также белые и домовые мыши. При этом представители птиц, такие как куры и голуби, проявляют невосприимчивость к данной инфекции.

Инфицирование животных происходит преимущественно через пищеварительный тракт при употреблении контаминированной пищи и воды. Также возможны пути передачи через дыхательные пути, повреждённые участки кожи, укусы собак, пупочное кольцо у новорождённых и как послеоперационные осложнения, связанные с кастрацией.

Эпизоотологический процесс имеет выраженную сезонность: максимальные показатели заболеваемости регистрируются в зимний период, в январе-феврале, с последующим снижением к концу весны (конец апреля – начало мая). Наблюдается феномен повторного заболевания у части выздоровевших животных с наступлением осеннего периода, что свидетельствует о недостаточно длительном иммунитете после перенесённой инфекции.

Роль животных и окружающей среды в распространении инфекции.

Основной ролью в поддержании и распространении возбудителя псевдотуберкулёза обладают разнообразные животные и птицы. Инфицированность данным микроорганизмом зафиксирована у более чем 175 видов млекопитающих и 124 видов птиц, а также у ряда пресмыкающихся, земноводных, рыб и членистоногих, таких как блохи, иксодовые и гамазовые клещи, комары и слепни [1].

Особое эпизоотологическое значение в качестве резервуара инфекции имеют синантропные мышевидные грызуны — серые и чёрные домашние крысы, домовые мыши, которые поддерживают циркуляцию возбудителя в условиях человеческого обитания. В отдельных случаях источником заражения могут выступать больные кошки, собаки и другие домашние животные.

Существенное значение как дополнительного резервуара возбудителя имеют объекты окружающей среды — почва и вода, в которых бактерия может не только сохраняться в течение длительного времени, но и размножаться, что способствует поддержанию эндемичности и распространённости инфекции.

Эпидемиологическая характеристика. Человек не является значимым источником инфекции, поскольку выделение возбудителя из организма инфицированных лиц происходит в крайне малых количествах, недостаточных для поддержания цепочки передачи.

Восприимчивость к псевдотуберкулёзу у животных и человека является всеобщей, что обуславливает широкое географическое распространение заболевания. Патология регистрируется преимущественно в регионах с влажным и умеренно тёплым климатом.

На территории Российской Федерации псевдотуберкулёз выявляется практически повсеместно, с наибольшей частотой случаев в Сибирском, Дальневосточном и Северо-Западном регионах. Заболевания чаще носят спорадический характер, однако в отдельных очагах возможны эпидемические вспышки.

Возрастная структура заболеваемости достаточно широка: псевдотуберкулёз может поражать особей любого возраста. Среди детского населения инфекция выявляется

преимущественно у лиц старшей возрастной группы, что связано с особенностями иммунного статуса и эпидемиологических факторов.

Патогенез псевдотуберкулёза

Входными воротами для возбудителя псевдотуберкулёза служит слизистая оболочка желудочно-кишечного тракта. В организме развивается многоступенчатый патологический процесс, который клинически проявляется тремя основными синдромами: инфекционным, токсическим и аллергическим.

Инфекционный синдром. Инфекционный синдром обусловлен размножением, жизнедеятельностью и распространением патогена в тканях организма. На этапе первичного инфицирования в области входных ворот возникают первично-очаговые изменения, которые могут проявляться клинически в виде фарингита, ангины, гастроэнтерита или энтерита.

Далее развивается фаза регионарной инфекции, или первичной бактериемии. В тонкой кишке формируется первичный воспалительный очаг, откуда возбудитель распространяется по лимфатическим сосудам в регионарные брыжеечные лимфоузлы кишечника. Здесь бактерии активно размножаются, вызывая лимфаденит и лимфангит, и формируется депо возбудителя.

Из воспалительного очага происходит абсорбция бактериальных токсинов, а также гематогенное распространение возбудителя, что способствует системному вовлечению организма.

Токсический синдром. Токсический синдром обусловлен воздействием эндотоксинов и других продуктов метаболизма *Yersinia pseudotuberculosis* на различные органы и системы. Эти токсины вызывают системную интоксикацию, что приводит к нарушению функций многих тканей и органов, проявляясь клиническими признаками интоксикационного синдрома.

Фаза вторично-очаговых изменений. При прорыве лимфатического барьера развивается генерализованная бактериемия, сопровождающаяся переносом возбудителя с током крови в различные внутренние органы. В процессе этого часть бактерий подвергается лизису, что сопровождается высвобождением эндотоксинов, вызывающих появление первых симптомов заболевания и процессы аллергизации организма [1,4].

Повторная бактериемия и иммунопатологические механизмы. На этапе повторной бактериемии происходит многоуровневое взаимодействие возбудителя с тканями и органами, богатых клетками ретикулоэндотелиальной системы, включая печень, селезёнку и лимфоузлы кишечника. Часто наблюдается развитие вторичного иммунодефицита, связанного со специфическим повреждением лимфоидной ткани, что способствует хронизации заболевания, частым обострениям и рецидивам.

Возбудитель преимущественно подавляет функции клеток врождённого иммунитета, что выражается в инактивации макрофагов и нейтрофилов, а также нарушении процессов фагоцитоза. Одновременно развивается аутоиммунная реакция, обусловленная перекрестной иммунной реактивностью и повреждением собственных тканей организма.

Структурные изменения и нарушения регуляции функций организма обуславливают возникновение лихорадки, головной боли, миалгий, нарушения сна и аппетита. В развитии аллергического синдрома определяющая роль, наряду с особенностями макроорганизма, при надлежит микробному аллергену и длительности его воздействия. Проявлениями аллергизации организма являются крапивница, узловатая эритема, отек Квинке, зуд, артриты, синовиты, а также эозинофилия. При этом бактерии размножаются, накапливаются и после разрушения клеток повторно поступают в различные органы и ткани. Таким образом, патогенез псевдотуберкулёза характеризуется сложным сочетанием инфекционно-токсического поражения и иммунопатологических процессов, что обуславливает разнообразие клинических проявлений и характерное течение заболевания с возможными рецидивами и хронизацией.

Клиническая картина псевдотуберкулёза. Псевдотуберкулёз диагностируется в 70–80 % случаев инфицирования и характеризуется острым началом. Ведущим симптомом

является высокая лихорадка с температурой тела в пределах 38–39 °С, сопровождающаяся ознобом. Жалобы пациентов включают интенсивные боли в животе, многократную рвоту и диарею, достигающую 10–12 эпизодов в сутки. Стул при этом жидкий, бурно-зелёного цвета, зловонный, пенистый, часто с примесью крови и слизи, что указывает на вовлечение толстой кишки в патологический процесс.

В клинической картине нередко отмечаются поражения опорно-двигательного аппарата — артралгии и артриты, а также кожные проявления в виде мелкоочечной сыпи, локализующейся вокруг крупных суставов и в естественных кожных складках. Сыпь возникает обычно на 2–4-й день заболевания. Часто наблюдается гепатит с характерными симптомами поражения печени.

Общая симптоматика включает выраженную головную боль, общую слабость, миалгии и артралгии. Возможна дегидратация вследствие интенсивной диареи и рвоты. Со стороны глазной мукозы отмечается инъекция склер и конъюнктив, гиперемия мягкого нёба. На языке обнаруживается белый налёт, который через 1–2 недели сменяется ярко-малиновым оттенком. Характерными являются участки гиперемии по типу «перчаток», «носков» и «капюшона».

При развитии терминального илеита пациенты жалуются на выраженные, постоянные боли в правой подвздошной области. Рентгенологически выявляется симптом «верёвки», обусловленный выраженным сужением дистального отдела тонкой кишки. При мезадените отмечаются постоянные боли, увеличение лимфатических узлов брыжейки и формирование инфильтратов.

В общем клиническом анализе крови наблюдается лейкоцитоз с нейтрофилезом и относительной лимфопенией, что отражает воспалительную и иммунологическую реакцию организма.

Осложнения. К частым осложнениям псевдотуберкулёза относятся:

- Перитонит
- Стеноз терминального отдела подвздошной кишки
- Спаечная болезнь и кишечная непроходимость (спаечная или паралитическая)
- Инфекционно-токсический шок
- Инвагинация кишечника
- Менингоэнцефалит
- Некроз и перфорация кишечника
- Синдром Кавасаки
- Острая почечная недостаточность

Генерализованная форма заболевания. При генерализованной форме температура достигает 38–40 °С, отмечается выраженная слабость и многократная рвота. С первых дней болезни появляется мелкопятнистая, асимметричная сыпь, конъюнктивит, гепатоспленомегалия, а также симптом Падалки — укорочение перкуторного звука в подвздошной области, обусловленное увеличением регионарных лимфатических узлов.

В клиническом анализе крови определяется выраженный лейкоцитоз ($20\text{--}30 \times 10^9/\text{л}$) и повышенная скорость оседания эритроцитов (40–50 мм/ч). На 2–3-й неделе к сыпи присоединяются уртикарные и макулезные высыпания, напоминающие краснуху, а также узловатая эритема в области крупных суставов.

К концу 4-й недели наступает постепенное выздоровление, сопровождающееся шелушением кожи на местах высыпаний, а также пластинчатым шелушением на ладонях и подошвах.

Септический вариант. У пациентов с иммунодефицитами течение болезни характеризуется ремиттирующей лихорадкой с температурами 39–40 °С, выраженными ознобами и потливостью. Гематологически выявляется выраженная анемия, лейкоцитоз до $20\text{--}30 \times 10^9/\text{л}$ и высокая СОЭ (до 70 мм/ч). Продолжительность заболевания может составлять от нескольких месяцев до одного года. Летальность при данном варианте

достигает 80 %, что указывает на тяжесть клинического течения и необходимость раннего и агрессивного лечения.

Лечение псевдотуберкулёза. Лечение псевдотуберкулёза представляет собой комплекс мероприятий, направленных на элиминацию возбудителя, коррекцию интоксикации, восстановление водно-электролитного баланса и устранение симптомов заболевания.

Диетотерапия. Рекомендуется применение щадящей диеты с ограничением раздражающей пищевой нагрузки — так называемый **стол №4** по М.Н. Певзнеру. Диета предусматривает исключение острых, жареных и тяжёлых для пищеварения продуктов, ограничение жиров и клетчатки, что способствует снижению нагрузки на желудочно-кишечный тракт и ускорению процесса восстановления слизистой оболочки.

Этиотропная антибактериальная терапия. Основу лечения составляет назначение антибактериальных препаратов, обладающих эффективностью против грамотрицательных бактерий рода *Yersinia pseudotuberculosis*. В качестве препаратов выбора применяются:

- **Ципрофлоксацин** — фторхинолон широкого спектра действия, обеспечивающий высокую биодоступность и активность против иерсиний;
- **Гентамицин** — аминогликозид, обладающий бактерицидным эффектом за счёт ингибирования синтеза белка в бактериальных клетках;
- **Левомецетин** (хлорамфеникол) — обладает широким спектром действия, включая грамотрицательные микроорганизмы;
- **Фуразолидон** — нитрофурановый препарат, активный против многих бактериальных и протозойных инфекций;
- **Доксициклин** — тетрациклиновый антибиотик с выраженным бактериостатическим эффектом.

Курс антибиотикотерапии подбирается индивидуально в зависимости от тяжести клинических проявлений, сопутствующей патологии и чувствительности возбудителя.

Симптоматическая и патогенетическая терапия. Дезинтоксикационные мероприятия направлены на снижение уровня эндо- и экзотоксинов в организме, применение внутривенных инфузий гипертонических растворов, плазмозамещающих средств и глюкозо-солевых растворов обеспечивает регидратацию и восстановление электролитного баланса.

- **Регидратационная терапия** проводится с целью предупреждения и коррекции дегидратации, особенно при выраженной диарее и рвоте.
- Назначение **антигистаминных препаратов** (например, лоратадин, цетиризин) снижает аллергические проявления, уменьшает кожный зуд и воспалительные реакции.
- **Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС)** применяются для купирования болевого синдрома, снижения температуры и уменьшения воспаления.
- Дополнительно возможно назначение ферментных препаратов для нормализации пищеварения и пробиотиков для восстановления нормальной микрофлоры кишечника.

Профилактические и эпидемиологические мероприятия. Важным аспектом борьбы с псевдотуберкулёзом является выявление и изоляция больных животных — резервуара инфекции. Регулярный клинический осмотр животных (не реже двух раз в месяц) позволяет своевременно обнаруживать инфицированных и предотвращать распространение заболевания.

Для дезинфекции используют растворы карболовой кислоты (фенола), которые обладают выраженной бактерицидной активностью и уничтожают возбудителя псевдотуберкулёза в течение одной минуты. Также эффективны хлорсодержащие препараты и ультрафиолетовое облучение в условиях лабораторий и пунктов содержания животных [7,9].

Прогноз и выписка пациентов. Летальность при псевдотуберкулёзе низкая и составляет менее 1 %, однако смертельные случаи преимущественно наблюдаются при

септическом варианте течения болезни, особенно у пациентов с иммунодефицитами или сопутствующими тяжёлыми заболеваниями.

Выписка пациентов из стационара осуществляется после полного клинического выздоровления, нормализации лабораторных показателей и исчезновения всех симптомов заболевания.

Таким образом, начиная с середины XX века, псевдотуберкулёз стал рассматриваться как самостоятельная, эпидемиологически значимая инфекция, требующая клинического, микробиологического и санитарно-эпидемиологического контроля. Были разработаны специфические методы диагностики, эпидемиологического надзора и профилактики, что позволило систематизировать подходы к борьбе с данной патологией как в медицинской, так и в ветеринарной практике.

Список литературы.

1. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.Д. Ящука, Ю.Я. Венгерова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 848 с. — ISBN 978-5-9704-6519-6.
 2. Р.Ф.Сосов и др. Эпизоотология. — М.: Колос, 1969. — 400 с.
- Литература
3. О.М Муртазаев, Л.П Зуева, Г.Матназарова/ Эпидемиология 2014г Ташкент 497с
 4. Туманский В. М. Псевдотуберкулёз / Проф. В. М. Туманский. — М.: Медгиз, 1952. — 84 с.
 5. Туманский В. М. Псевдотуберкулёз. — 2-е изд. — М.: Медгиз, 1958. — 82 с.
 6. Матковский В. С., Антонов В. С., Бочоришвили В. Г. Псевдотуберкулёз. — Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1976. — 100 с.
 7. Сомов Г. П., Покровский В. И., Беседнова Н. Н. Псевдотуберкулёз / Рец.: В. Ю. Литвин; АМН СССР. — М.: Медицина, 1990. — 240 с. — 15 000 экз. — ISBN 5-225-00762-7.
 8. Ющук Н. Д., Ценева Г. Я., Кареткина Г. Н., Бродов Л. Е. Иерсиниозы. — М.: Медицина, 2003. — 208 с. — 2500 экз. — ISBN 5-225-04652-5.
 9. Тимченко В.Н , Л. В. Быстрыкова И. Д. Анненкова, И. В. Бабагенко, О. А Цробагенко, Р. А. Иванова, Л. В. Колобова, И. М. Косенко, Л. М. Косенко, И. В. Лушнова, А. С. Мартынкин, Е. Б. Павлова, О. А Сорокина, М. Д. Субботина, Т. М. Чернова Инфекционные болезни у детей:Санкт Петербург 309ст

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт