

ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических
исследований



№1 (Том 3)

2022

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 1

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 1



ТОШКЕНТ-2022



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал
Издается с 2020 года
Выходит 1 раз в квартал

Учредитель

Самаркандский государственный
медицинский институт
tadqiqot.uz

Главный редактор:

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

Заместитель главного редактора:

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

Ответственный секретарь

Л.М. Гарифулина к.м.н., доцент

Редакционная коллегия:

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф;
А.С. Бабажанов, к.м.н., доц;
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц;
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

Редакционный совет:

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)
Н.В. Болотова (Саратов)
Н. Н. Володин (Москва)
С.С. Давлатов (Бухара)
А.С. Калмыкова (Ставрополь)
А.Т. Комилова (Ташкент)
М.В. Лим (Самарканд)
Э.С. Мамутова (Самарканд)
Э.И. Мусабоев (Ташкент)
А.Н. Орипов (Ташкент)
Н.О. Тураева (Самарканд)
Ф. Улмасов (Самарканд)
А. Фейзоглу (Стамбул)
Б.Т. Холматова (Ташкент)
А.М. Шамсиев (Самарканд)
У.А. Шербекоев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.
Тел.: +998662333034, +998915497971
E-mail: hepato_gastroenterology@mail.ru.

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

Оригинальные статьи

1. Ashurova M. J., Garifulina L. M. SEMIZLIGI BOR BOLALARDA VITAMIN D DEFITSITI HOLATLARINI ANIQLASH.....	5
2. Базарова Н.С., Зиядуллаев Ш.Х. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИМОРФНЫХ ГЕНОВ МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ И ЕЕ ТКАНЕВЫХ ИНГИБИТОРОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
3. Базарова Н.С., Мамутова Э.С. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	11
4. Бойқўзиев Ҳ. Ҳ., Шодиярова Д. С. ОРГАНИЗМИНИНГ АПУД ТИЗИМИ, ЎРГАНИЛИШ ДАРАЖАСИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ.....	14
5. Бойқўзиев Ҳ. Ҳ., Джуракулов Б.И., Курбонов Х.Р. ЧУВАЛЧАНГСИМОН ЎСИМТА ВА ИНГИЧКА ИЧАК ИММУН-ҲИМОЯ ТИЗИМИНИНГ МОРФОЛОГИК АСОСЛАРИ.....	19
6. Garifulina L.M., G'oyibova N.S. SEMIZLIGI BOR BOLALARDA BUYRAKLAR VA ULARNING FUNKSIONAL HOLATI.....	24
7. Закирова Б.И., Азимова К.Т. КИШЕЧНЫЙ ДИСБИОЗ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ.....	29
8. Kodirova M.M., Shadieva Kh.N. BOLALARDA NOREVMATIK MIOKARDITNING EKG DAGI ASOSIY SIMPTOMLARI.....	33
9. Курбонов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ.....	37
10. Рахманов К. Э., Анарбоев С. А., Салохиддинов Ж.С., Эгамбердиев А.А. ХИМИОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	43
11. Сирожиддинова Х.Н., Абдухалик-Заде Г.А. ВЛИЯНИЕ ДИСБАКТЕРИОЗА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	48
12. Сирожиддинова Х.Н., Набиева Ш.М. ИММУНИЗАЦИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ.....	51
13. Turaeva D. X., Garifulina L. M. SEMIZ BOLALARDA OSHQOZON OSTI BEZI STEATOZINI KLINIKO-LABORATOR XUSUSIYATLARI.....	54
14. Xodjayeva S.A., Adjablayeva D.N. BIRINCHI MARTA DORILARGA CHIDAMLI SIL ANIQLANGAN BEMORLARDA DAVOLASHNING GEPATOTOKSIK TA'SIRLARINING TAXLILI.....	58
15. Shavazi N. M., Ibragimova M. F. TEZ-TEZ KASAL BO'LGAN BOLALARDA ICHAK MIKROFLORASI VA ATIPIK PNEVMONIYA O'RTASIDAGI O'ZARO BOG'LIQLIK.....	63
16. Шавази Н.М., Рустамов М.Р., Лим М.В., Атаева М.С. ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ЗЕРАФШАНСКОЙ ДОЛИНЫ УЗБЕКИСТАНА.....	66
17. Шавази Н.М., Лим М.В. СОСТОЯНИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С МИОКАРДИТАМИ.....	70
18. Шавази Н.М., Лим М.В. ХАРАКТЕРИСТИКА КОРРЕЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ И НЕРВНОЙ СИСТЕМ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	74
19. Шадиева Х.Н., Кодирова М.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ПОВТОРНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	79

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Шадиева Халима Нуридиновна


PhD, ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Кодирова Мархабо Мияссаровна

Ассистент кафедры Пропедевтики детских болезней
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ПОВТОРНОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

For citation: Shadieva Halima Nuridinovna; Kodirova Marxabo Miyassarovna/ Optimization of treatment of acute and recurrent rheumatic fever in children and adolescents. Journal of hepato-gastroenterology research. vol. 3, issue 1. pp.79-82

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6482548>

АННОТАЦИЯ

С целью изучения особенностей течения острой (ОРЛ) и повторной (ПРЛ) ревматической лихорадки у детей и подростков и оптимизации лечения заболевания было обследовано 52 пациента в возрасте от 6 до 18 лет. Больные были разделены на 3 группы: 19 - получивших общепринятое лечение и вторичную бициллинопрофилактику и 15 – получивших терапию с заменой бициллин-5 синуролом и 18 – с синуролом и добавлением препарата исмижен. Всем больным были проведены соответствующее клиническое, а также серологическое и микробиологическое обследование. Исследование показало, что, несмотря на проводимую профилактику препаратом бициллин-5, у многих пациентов микробиологическое и серологическое обследование дало положительные результаты. В связи с чем, препарат был заменен на бензатин-пенициллин, у ряда больных с включением бактериального стимулятора Исмижен. Больные 2-3 групп имели положительную динамику клинических показателей, редкие последующие эпизоды респираторных инфекций, микробиологическое исследование у них показало повторно отрицательные результаты. Также препарат может быть рекомендован пациентам с аллергией на антибиотики пенициллинового ряда.

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка, повторная ревматическая лихорадка, синурол, Исмижен, дети и подростки.

ShadievaKhalimaNuridinovna

PhD, Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrasini assistenti
Samarqand davlat tibbiyot Instituti, Samarqand, O'zbekiston

Kodirova Marxabo Miyassarovna

Bolalar kasalliklari propedevtikasi kafedrasini assistenti
Samarqand davlat tibbiyot instituti, Samarqand, O'zbekiston

BOLALAR VA O'SMIRLARDAGI O'TKIR VA TAKRORIY REVMAITIK ISITMANI DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH

ANNOTASIYA

Bolalar va o'smirlardagi o'tkir (O'RI) va qaytalanuvchi (QRI) revmatik isitma xususiyatlarini o'rganish va kasallikning davolanishini optimallashtirish maqsadida 6 dan 18 yoshgacha bo'lgan 52 bemor tekshirildi. Bemorlar 3 guruh bo'lindi: 19ta – umumiy qabul qilingan davolash va ikkilamchi bicillinoprofilaksi, 15ta – bicillin-5ni sinuroлга almashtirish va 18ta – sinuroл va ismijen preparatini qo'shish bilan davolangan. Barcha bemorlarga tegishli klinik-instrumental, shuningdek serologic va mikrobiologik tekshiruv o'tkazildi. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, bitsillin-5 preparat kasallikni oldini olishga qaramay, ko'plab bemorlarda mikrobiologik va serologic tekshiruv ijobiy natijalarni berdi. Shu munosabat bilan bir qator bemorlarda benzatin-penitsillin va Ismijen – bacteria Istimulyatori bilan almashtirildi. 2-3 guruhidagi bemorlar klinik ko'rsatkichlarning ijobiy dinamikasiga, nafas yo'llarining infektsiyalarining keyingi epizodlariga, mikrobiologik tekshiruvlarga ega bo'lib, ularda salbiy natijalar takrorlandi. Bundan tashqari, preparatni penitsillin antibiotiklariga allergiyasi bo'lgan bemorlarga tavsiya etish mumkin.

Kalit so'zlar: o'tkir revmatik isitma, qaytalanuvchi revmatik isitma, sinuroл, Ismijen, bolalar va o'smirlar.

Shadieva Halima Nuridinovna

PhD, Assistant of the Department of Propaedeutics of Children's Diseases
Samarkand State Medical Institute, Samarkand Uzbekistan

Kodirova Marxabo Miyassarovna

Assistant of the Department of Propaedeutics of Pediatrics
Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

OPTIMIZATION OF TREATMENT OF ACUTE AND RECURRENT RHEUMATIC FEVER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

ANNOTATION

In order to study the features of the course of acute (ARF) and recurrent (RRF) rheumatic fever in children and adolescents and optimize the treatment of the disease, 52 patients aged 6 to 18 years were examined. The patients were divided into 3 groups: 19 - who received conventional treatment and secondary bicillinoprohylaxis, 15 - who received therapy with the replacement of bicillin-5 with sinurol and 18 - with sinurol and the addition of Ismizhen. All patients underwent appropriate clinical, as well as serological and microbiological examination. The study showed that, despite the ongoing prophylaxis with bicillin-5, microbiological and serological examination gave positive results in many patients. In this connection, the drug was replaced with benzatin-penicillin, in a number of patients with the inclusion of a bacterial stimulant Ismizhen. Patients of 2-3 groups had positive dynamics of clinical indicators, rare subsequent episodes of respiratory infections, microbiological examination of them showed repeatedly negative results. The drug may also be recommended for patients with allergies to penicillin antibiotics.

Keywords: acute rheumatic fever, recurrent rheumatic fever, sinural, Ismizhen, children and adolescents.

Актуальность. Острую ревматическую лихорадку регистрируют в мире повсеместно, причем поражает это заболевание в первую очередь детей и подростков. В настоящее время, в частности, в экономически развитых странах заболеваемость ревматизмом составляет 0,5 на 100000 населения, в то время как в странах Африки, Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана до 100 на 100000 населения в год [1,2,3]. В этих же регионах отмечается и самый высокий уровень инвалидности и летальности от ревматической лихорадки и ХРБ. Количество ежегодно выявляемых новых случаев хронической ревматической болезни сердца во всем мире колеблется от 15,6 до 19,6 млн. Общемировая ежегодная летальность от ревматических пороков сердца составляет 1,5%, достигая максимума в странах Азиатского региона. Самая высокая заболеваемость и летальность на сегодняшний день зарегистрирована в Индии [1,3,4,5]. Такое положение связано с экономически-социальными условиями жизни, гигиеной, доступностью медицинской помощи и антибиотикотерапии

В конце XX века даже в экономически благополучных странах мира начали вновь регистрировать вспышки острой ревматической лихорадки, что ученые связывают в первую очередь с изменением серопейзажа β-гемолитического стрептококка группы А, уменьшением чувствительности стрептококков к пенициллинам, высокой частотой респираторных инфекций верхних дыхательных путей среди детей школьного возраста, нерациональной антибиотикотерапией [2,5,6].

Со второй половины XX века, когда была доказана роль β-гемолитического стрептококка группы А в развитии ревматической болезни, в стандарты терапии данной патологии включены антибиотикотерапия и обязательная профилактика с

использованием прологированных форм пенициллина, в ряде случаев пожизненно [4,8,9]. Как альтернативный вариант многие исследователи возлагают большие надежды на противострептококковую вакцину. Однако, по мнению американских педиатров к введению вакцины против β-гемолитического стрептококка группы А население пока не готово [5,10]. Следовательно, поиск новых решений в борьбе с инфекцией β-гемолитического стрептококка группы А представляет интерес для широкого круга специалистов [11,12].

Цель исследования: изучить особенности современного течения ОРЛ и ПРЛ у детей и подростков и оптимизировать способы ее терапии.

Материал и методы исследования. Было обследовано 52 ребенка в возрасте от 6 до 18 лет, обратившихся на прием к кардиологу в Областной детский многопрофильный медицинский центр г. Самарканда. Больные были поделены на 3 группы: 1 группа – 19 пациентов с острой и повторной ревматической лихорадкой, получавших общепринятую терапию; 2 группа – 15 больных, получивших вместо общепринятого бициллина-5 синурол и 3-я группа – 18 детей, получивших в дополнение к синуролу Исмижен.

Пациентам было проведено стандартное клинико-инструментальное обследование. Диагноз инфекции β-гемолитическим стрептококком группы А сначала предположительно устанавливали на основании клинических критериев Мак-Айзека [10] (таб.1), а затем подтверждали серологическими (определение антистрептококковых антител), бактериологическими (исследование мазка из зева) и культуральными (посев мазка из зева) методами.

Таблица 1.

Шкала Мак-Айзека для предварительной верификации диагноза тонзиллита, вызванного β-гемолитическим стрептококком группы А

Клинический признак	Количество баллов
Лихорадка больше 38 ⁰ С (на момент осмотра или в анамнезе)	+1 балл
Отсутствие кашля	+1 балл
Отечность миндалин и наличие экссудата	+1 балл
Увеличение и болезненность шейных узлов	+1 балл
Возраст: 3-14 лет	+1 балл
15-44 лет	0 баллов
Больше 45 лет	-1 балл

Таблица 1.

Алгоритм действий врача по результатам оценки пациента с болью в горле по шкале Мак-Айзека

Баллы	Риск БГСА-инфекции, %	Тактика ведения пациента
-1	1-2	Нет необходимости в дальнейшем обследовании и АБТ
0	1-2	
1	5-10	
2	11-17	Бактериологическое исследование мазка, АБТ при положительном результате
3	28-35	
4 и более	51-53	Эмпирическая АБТ

Результаты и обсуждение. Распределение ОРЛ и ПРЛ среди обследованных представлено в табл. 2.

Таблица 2.

Заболевание	1-я группа	2-я группа	3-я группа
ОРЛ	11 (57,9%)	5 (33,3%)	8 (44,4%)
ПРЛ	8 (42,1%)	10 (66,7%)	10 (55,6%)

При опросе самой частой жалобой пациентов были артралгии (48(92,3%)), при этом явления артрита мы наблюдали всего у 4 (7,6%) детей. В некоторых случаях (у 8 (15,4%)) отмечалась одышка, на сердцебиение жаловались 32 (61,5%) пациента, в основном дети школьного возраста и подростки, гиперкинезы и другие нарушения, характерные для хореи выявлены у 9 (17,3%) больных. Такие симптомы, как слабость, вялость, утомляемость, снижение активности и аппетита выявлены у 35 (67,3%), повышение температуры тела - у 1(1,9%) детей с ОРЛ. В остальных случаях даже при высокой лабораторной активности повышения температуры тела не отмечалось. Связь с перенесенной инфекцией и жалобы на частые ангины и фарингиты предъявляли 42 (80,8%) больных с ОРЛ и ПРЛ. После осмотра специалиста хронический тонзиллит установлен у 35 (67,3%) больных, аденоиды - у 17 (32,7%), кариес зубов - у 28 (53,8%) пациентов. Аденоиды чаще встречались в дошкольном и младшем школьном возрасте, а хронический тонзиллит - у детей более старшего возраста и подростков. Кариес зубов также часто отмечали в дошкольном возрасте, матери объясняли это тем, что считали нецелесообразным лечить кариес молочных зубов.

Из больших критериев ревматической лихорадки, как указывалось выше, артрит был выявлен у 4 (7,6%), а хорея - у 9 (17,3%) пациентов.

При объективном обследовании мы выявляли признаки артрита коленных и голеностопных суставов у 4 (7,6%) пациентов, мышечную гипотонию, гиперкинезы, нарушения координации у 9 (17,3%) больных. У 1 из 9 детей с симптомами хореи нарушения были настолько выраженными, что ребенок не мог нормально ходить, есть, у него отмечались нарушения психики, его безуспешно лечили невропатологи и психиатр, и только после начала противоревматических мероприятий, отмечалась положительная динамика. Со стороны сердца выявлялись тахикардия у 44 (84,6%), аритмия у 6 (11,5%), систолический шум на верхушке - у 34 (65,4%).

По данным доплерографии ЭхоКГ признаки вальвулита, согласно пересмотренным критериям Американской Ассоциации Сердца [12], выявлены у 25 больных: у 42(80,8%) - поражение только митрального клапана, у 6 (11,5%) - поражение митрального и аортального клапанов. При этом регургитация МК 1-1,5 ст выявлена у 23 (44,2%) больных, а аортального клапан - у 2(3,8%). Помимо этого, у 15(28,8%) пациентов отмечались увеличение конечного диастолического размера левого желудочка, снижение ФВ - у 7(13,5%), жидкость в полости перикарда - 1 (1,9%) пациентов. Следовательно, можно сказать, что все дети с признаками вальвулита по данным ЭхоКГ имели эндокардит, о ревмокардите (эндокардит + миокардит) можно судить у 7, а о панкардите - у 1 больного.

Ревмопробы были проведены всем больным. Такие показатели ревмопроб, как С-реактивный белок, уровень серомукоида, фибриногена были положительными у большинства пациентов, хотя значительно варьировали. В целом, же мы выявляли средние и низкие значения. Уровень антистрептолизина О был положительным у 45 (86,5%) больных, его значения изменялись от 275 до 750.

Бактериологическое исследование мазка проводилось 42 (80,8%) детям. Результат оказался положительным на *Streptococcus piogenes* у 20 (38,5%) детей, причем у 8 (15,4%) из них, несмотря на проводимую бициллинопрофилактику (ПРЛ). Культуральное исследование показало положительные результаты у 15(28,8%) из 52 обследованных. Также у 7 (13,5%) больных выявили *Staphylococcus epidermidis*, и у 4(7,7%) - *Staphylococcus aureus*.

Всем больным мы проводили лечение согласно стандартам с обязательным включением антибиотикотерапии препаратами амоксициллина либо цефалоспоринов 10 дневным курсом. У 3 (5,8%) больных отмечалась аллергическая реакция на

пенициллиновый и цефалоспориновый ряд, в связи с чем, у них мы использовали макролид азитромицин 5 дневным курсом. 2 больных из этих детей с аллергией на пенициллин имели диагноз ПРЛ и не получали профилактическое назначение пролонгированной формой пенициллина. Остальные пациенты с ПРЛ получали с целью вторичной профилактики препарат российского производства бициллин-5 в соответствии с рекомендуемыми правилами. 4 (7,7%) детей с впервые установленным диагнозом ОРЛ ранее находились в группе риска по ревматизму, в связи с чем, им уже ранее проводилась первичная бициллинопрофилактика. Нужно отметить, что большинство пациентов проводили бициллинопрофилактику нерегулярно, по сложившемуся стереотипу исключая препарат в летние месяцы. Даже с учетом этого, результаты этого мероприятия нельзя считать удовлетворительными, вот почему мы изменили терапию больных следующим образом.

Мы разделили всех пациентов на 3 группы, 19 пациентов (1-я группа) продолжала получать в качестве вторичной профилактики бициллин-5, пациентам 2-й (15 больных) и 3-й групп (18 больных) назначали с этой целью бензатин-пенициллин (синурол), а пациентам 3-й группы дополнительно и исмижен 3-х месячным курсом. Синурол назначался по 600 тыс-1,2 млн ЕД детям дошкольного и младшего школьного возраста и 2,4 млн ЕД - детям старшего школьного возраста в/м раз в 3 нед.

Исмижен - препарат, относящийся к группе бактериальных иммуностимуляторов, содержащий антигены некоторых часто встречающихся бактериальных агентов, в том числе *Streptococcus piogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Haemophilus influenzae B*, *Neisseria catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*. Препарат также активизирует неспецифическую резистентность путем активации нейтрофилов, макрофагов и НК-клеток, однако нам был более важен его эффект стимуляции специфического антистрептококкового иммунитета [12]. Учитывая тот факт, что у нескольких больных был выявлен наряду со *Streptococcus piogenes*, также и *Staphylococcus aureus*, а также частоту встречаемости в популяции агентов как *Haemophilus influenzae B*, *Streptococcus pneumoniae*, использование Исмижена представляется нам еще более целесообразным. Исмижен назначался по 1 таб под язык утром натощак в течение 10 дней с последующим 20ти дневным перерывом в течение 3 мес. Один из пациентов 3-й группы имел выраженную аллергию на антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда, в связи с чем он не мог получать пролонгированные пенициллины, поэтому ему был назначен исмижен 3-х месячным курсом дважды в год.

Пациенты 2-й и 3-й групп отчетливо указывали на уменьшение либо исчезновение таких симптомов заболевания, как одышка, сердцебиение, боли в сердце, артралгии, явления хореи, в то время как у детей из 1-й группы многие симптомы проявлялись вновь после очередной стрептококковой инфекции. По данным ЭхоКГ явления вальвулита, кардита и панкардита под влиянием комплексной терапии синуролом и исмиженом подверглись обратному развитию в 6ти месячный срок, в 1-й группе положительная динамика была менее быстрой и эффективной, у 2 больных с НМК 1 ст, данное состояние сохранялось даже через год после лечения

Больным был рекомендовано повторное бактериологическое и серологическое обследование через 3, 6 мес и через 1 год. У 3-й группы оно показало отрицательные результаты через 3 мес у 14 (77,8%), через 6 мес - у 18 (100%), через 1 год - 17 (94,4%) больных. У пациентов 2-й группы: через мес у 9 (60%) больных, через 6 мес - у 11 (73,3%) и через год у 9 (60%). В то же время больные 1 группы продолжали иметь эпизоды обострения хронического тонзиллита, фарингита и имели положительные результаты серологического у 9 (47,4), а у 5 (26,3%) больных

стабильно и бактериологического обследования. Во 2-й и 3-й группах заболеваемость инфекциями респираторных путей значительно снизилась, они протекали легче.

ВЫВОДЫ:

1. Общепринятые методы первичной и вторичной профилактики острой ревматической лихорадки в настоящий момент недостаточно эффективны, следовательно, необходим поиск новых идей в терапии инфекции, обусловленной β -гемолитическим стрептококком группы А.

2. Бактериологическое и культуральное обследование больных с острой и повторной ревматической лихорадкой, получавших

вторичную профилактику препаратом российского производства бициллин-5, показало низкую эффективность такого лечения, что явилось основанием для замены его на бензатин-пенициллин.

5. Использование препарата Исмижен, содержащего антиген *Streptococcus pyogenes*, в дополнение к основной терапии, позволяет сформировать естественный антистрептококковый иммунитет у предрасположенных лиц, снизив, таким образом, риск развития повторных атак и ревматических осложнений. У больных с аллергией на пенициллины назначение Исмижена может быть альтернативой терапии и профилактики ревматической болезни.

Список литературы/ Iqtiboslar/ References

1. Беловол О.В, Князькова И.И Ревматическая лихорадка: диагностика, лечение и профилактика//Ж. Лики Украины,2018;3(36):15-26
2. Кантемирова М.Г, Коровина О.А, Артамонова В.А, Агафонова Т.В и др. Острая ревматическая лихорадка у детей: облик болезни в начале XXI века. Ж.Педиатрия; 2012; 91(5): 17-21
3. Кузьмина Н.Н, Медынцева Л.Г, Белов Б.С Ревматическая лихорадка: полувековой опыт изучения проблемы. Размышления ревматолога. Ж. Научно-практ. ревматология. 2017;55(2):125-137
4. Курбонова Ф.У, Шукурова С.М, Зиёев Т.Н Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: современное состояние вопроса. Вестн. Ак.мед.наук. Таджикистана; 2018;2:278-286
5. Куличенко Т.В, Патрушева Ю.С, Редина А.А, Лазарева М.А Современная диагностика и лечение острого стрептококкового фарингита и тонзиллита у детей и взрослых. Ж. Педиатр. фармакология; 2013; 10(3):38-44
6. Черкашин Д.В, Кучмин А.Н, Шуленин С.Н, Свистов А.С Ревматическая лихорадка. Ж. Клиническая медицина; 2013;7:4-13
7. Белов Б.С А-стрептококковые инфекции глотки: диагностика и рациональная антибиотикотерапия. Ж. антибиотики и химиотерапия. 2018; 63(5-6): 68-75
8. Плаксина Медикаментозная терапия острой ревматической лихорадки. Ж.Консилиум. 2015; 2(132): 21-24
9. Tandon R. Preventing rheumatic fever M-protein based vaccine. Ind. Heart J.2014; 66(1):64-67
10. Бугерук В.В Рациональная антибиотикотерапии БГСА-инфекции как фактор профилактики первичной и вторичной ОРЛ. Ж. Здоровье ребенка; 2014; 2(53):62-67
11. Gewitz M.H, Baltimor R.S, Tani L.Y et al. Revision of the Jones criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2015; 131 (20):1806-18
12. Свистушкин В.М, Старостина С.В, Аветисян Э.Е, Селезнева Л.В Возможности иммуностимулирующей терапии при респираторных инфекциях верхних дыхательных путей. Ж.Медицинский совет. 2017; 8: 8-12

ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 3, НОМЕР 1

JOURNAL OF HEPATO-GASTROENTEROLOGY RESEARCH

VOLUME 3, ISSUE 1

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000