

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, МИКРОБИОЛОГИЯ ВА ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ИЛМИЙ
ТЕКШРИШ ИНСТИТУТИ**

**НАУЧНО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ,
МИКРОБИОЛОГИИ И
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**RESEARCH INSTITUTE OF EPIDEMIOLOGY, MICROBIOLOGY AND INFECTIOUS
DISEASE**



**ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ:
«ИНФЕКЦИЯ ВА ДОРИ-ДАРМОН РЕЗИСТЕНТЛИГИ»**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ:
«ИНФЕКЦИЯ И ЛЕКАРСТВЕННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ»**

**RESEARCH/PRACTICE CONFERENCE
«INFECTION AND RESISTANCE»**

Ташкент -2017

FEATURES OF THE MICROBIAL PAYSAGE OF THE INTESTINE IN HIV INFECTED PATIENS

Abdullaeva U.U., Kosimov I.A.

Tashkent pediatric medical institute

Department of Epidemiology, infectious diseases

The urgency of subject According to the World Health Organization, currently more than 34 million people infected with HIV in the world. Each year, nearly 3.7 million people fall ill with AIDS, about 2 million people die from it. The solution to this global problem remains one of the urgent tasks of all mankind.

The purpose of research - to evaluate the changes microbiocenosis colon in patients with HIV infection.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of scientific research institute of Virology Ministry of Health of Uzbekistan. To accomplish this goal were conducted complex clinical and laboratory observations of 60 patients with stage III - IV of HIV infection, who were hospitalized in the clinic of the Research Institute of Virology.

Results. Among surveyed included 60 patients who were identified comparison intestinal microbial paysage, stage of HIV infection, the state of cellular immunity. Furthermore, has been specially selected 20 patients treated with highly active antiretroviral therapy: Combivir (lamivudine / zidovudine) and Kaletra (lopinavir / ritonavir), in which the reception of the last accompanied by severe side effects from the digestive tract: recurrent abdominal pain (2-3 times per day), loose stool (2 to 5 times a day), constipation (lasting 3-4 days), flatulence, nausea. Patients in both groups also took into account the severity of violation of gut microbiota. In the control groups of 60 persons were examined, of which 26 (52%) women and 24 (48%) men. Between 18 and 25 years were 22 patients (44%), from 26 to 35 years-23 (46%) and human aged 36 to 45 years-5 (10%) patients. Sexually infected 24 HIV - infected patients, which accounted for 48% of all patients, parenteral route, 26 patients (52%). All the 54 (74.6%) patients in the phase III subclinical only clinical manifestation of the disease was a "persistent generalized lymphadenopathy" (PGL), characterized by an increase in posterior cervical, neck and axillary lymph nodes. Typically they had bilateral symmetric increase from 1.0 to 2.0-3.0 cm in diameter, they are flexible, painless, not soldered to the surrounding tissue and the skin over them is not changed.

Conclusions: Thus, in patients with HIV infection were identified violations of the intestine with reduced microbiocenosis obligate microflora changes in its qualitative composition, reproduction of pathogenic microflora.

**ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ
ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ, ВЫСЕЯННЫХ У ЖЕНЩИН
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

Абдиримова А.Д., Матназарова Г.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП, Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучение и оценка основных биологических свойств грамотрицательных бактерий (энтеробактерийи *P.aeruginosae*), высеянных у женщин воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ).

Материалы и методы. Нами обследованы 304 женщин больных ВЗОМТ, в возрасте 18-49 лет, проживающих в Хорезмской области. В качестве биологического материала использовали пункционный материал (аспират из матки), мазки из заднего свода влагалища и цервикального канала. Идентификация штаммов проведена по Bergy's (1997). Определение чувствительности к антибиотикам проводили диско - диффузионным методом.

Результаты исследований. Высеянные 21 штаммов *E.coli* и 9 штаммов *Proteus spp.* (семейство Enterobacteriaceae) укладывались в таксономическую характеристику указанного рода и вида. Отмечаем, что процент резистентных штаммов энтеробактерий к антибиотикам *in vitro* не превышал 56,7% к пенициллину и левомецетину. Наименьшую степень резистентности культур энтеробактерий к антибактериальным препаратам отмечали к амоксиклаву и ципроксу - соответственно по R=6,7%, а наибольшую к пенициллину и левомецетину - по R=56,7%.

Всего были высеяны 18 штаммов *P.aeruginosae* и идентифицированы в виде монокультуры. При дифференциации от энтеробактерий обратили внимание на следующие основные таксономические признаки: рост на МПА (100%), подвижность (100%), образование характерного пигмента - пиоцианина (100%), разжижение желатины при 22°C (100%), положительный тест Хью-Лейфсона (88,9%, n=16), образование «радужного лизиса», пленки из слизи на поверхности колонии, переливающиеся разными цветами (88,9%, n=16).

Наибольшая резистентность *P.aeruginosae* обнаружена к цефазолину (R=11,1%), ципроксу (R=11,1%), цефобиду (R=22,2%), аугментину (R=22,2%), гентамицину (R=33,3%), карбенициллину (R=33,3%), рифампицину (R=55,5%), амоксиклаву (R=61,1%) и азитралу (R=61,1%).

Таким образом, наибольшую степень резистентности культур энтеробактерий отмечали к пенициллину и левомецетину, а наименьшую к амоксиклаву и ципроксу. Образование пиоцианина, высокая протеолитическая активность, положительный тест Хью-Лейфсона являлись основными таксономическими признаками при идентификации *P.aeruginosae*. Культуры *P.aeruginosae* были наиболее чувствительны к цефазолину и ципроксу, наименее чувствительны к канамицину, тетрациклину и левомецетину.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

**Абдукадырова М.А., Хикматуллаева А.С., Асилова М.У., Алиев Б.Р.,
Жураева Д.Э.**

Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз, Ташкент

В Узбекистане заболеваемость циррозами печени в течение нескольких последних лет нарастает с 45,26 в 2012 году до 77,77 в 2015 году на 100000 населения. Прогноз заболевания зависит от своевременной диагностики заболевания и начатого лечения. Однако часто цирроз печени распознается на стадии декомпенсации процесса, так как может протекать бессимптомно или с минимальными признаками процесса и с нормальными биохимическими показателями. Для своевременной диагностики цирроза печени необходимо знать начальные признаки заболевания.

Цель наших исследований было, изучение клинических проявлений цирроза печени вирусной этиологии.

Под наблюдением находилось 187 больных ЦП вирусной этиологии. Мужчин было 102 (54,5%), женщин 85 (45,5%) человек. Всем больным кроме общепризнанных исследований была проведена биопсия печени с последующим гистологическим исследованием материала и эластография печени. К классу А отнесены 93 (49,7%) пациента, к классу В-85 (45,5%), к классу С 9 (4,9%).

Сложность диагностики заключалась в начальных стадиях ЦП, поэтому наблюдались расхождения клинического, гистологического диагнозов и показателей эластографии печени. Не совпадал клинический диагноз с гистологическим у 25% больных и гистологический с показателями фиброскана у 5 из 14 (35,7%).

Почти у всех больных цирроз печени обнаружен случайно при обследовании. Независимо от этиологического агента клиника ЦП была сходна. Часть больных 30 (16,2%) жалоб не предъявляли. При тщательном опросе отмечали слабость 57 (30,5%), головную боль 18 (9,6%), раздражительность 45 (8,0%), пониженный аппетит 38 (20,3%), боли в правом подреберье 33 (17,6%), тяжесть в правом подреберье 100 (53,5%), боли в суставах 6 (3,2%), тошноту 6 (3,2%), метеоризмы 150 (80,2%), носовые кровотечения и из десен 8 (4,2%) пациентов.

При обследовании признаки печеночной недостаточности присутствовали у 105 (56,2%), гинекомастия у 2 (1,1%), увеличение печени – 62 (33,2%), селезенки у 181 (96,8%), отеки, пастозность у 12 (6,4%), жидкость в брюшной полости у 18 (9,6%) наблюдаемых больных.

Таким образом, необходимо более тщательное обследование больных с хроническим гепатитом с признаками перехода в ЦП для начала своевременных лечебных мероприятий.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В НЕКОТОРЫХ ОБЛАСТЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Абдукахарова М.Ф., Юлдашев А.В., Файзибоев П.Н., Тошбоев Б.Ю.

Ташкентская медицинская академия

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в основном ишемическая болезнь сердца (ИБС), является одним из основных причин смертности в большинстве экономически развитых стран мира. Однако официальная статистика не может дать реальную оценку ССЗ, которая может быть получена только в результате проведения эпидемиологических исследований.

Цель работы: Изучить особенности эпидемиологии ИБС в Республики Узбекистан.

Материал и методы исследования: материалами исследования явились статистические данные МЗ РУз. по заболеваемости ИБС за 2005-2016 г.г. В работе применялись эпидемиологические и статистические методы исследований.

Результаты исследования: Ретроспективный анализ результатов показал, что в настоящее время ИБС распространен в Республике Узбекистан, и составляет среди всего населения $13,0 \pm 0,1\%$, среди мужчин - $15,0 \pm 0,3\%$, среди женщин - $13,0 \pm 0,1\%$. Распространенность заболеваемости ИБС увеличивается с увеличением возраста, и в нашей стране составляет более 40% среди населения старше 60 лет. Наибольшее число больных ИБС приходится на возрастные группы 65-74 года. По нашим данным увеличение численности страдающих ИБС начинается после 40 лет. В то же время смертность больных ИБС в Республике всё еще продолжает оставаться одной из самых высоких среди населения г. Ташкента и Ташкентской области. Это объясняется результатами последних эпидемиологических исследований, ИБС в Узбекистане зависит от психоэмоциональных состояний, сидячего образа жизни, увеличения количества холестерина в крови, курения, употребления спиртных напитков, чрезмерного употребления мяса и мясных продуктов, что способствует увеличению количество больных с ишемическими болезнями сердца. Следует отметить, что за последние годы в Андижанской, Хорезмской и Кашкадарьинской областях наблюдается увеличение больных с ишемической болезнью сердца. Ежегодно в Андижанской области регистрируется 131,1 на 100000 населения, в тоже время в Хорезмской области регистрировалось 120,7 на 100000 населения по заболеваемости ИБС.

Выводы: Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно отметить, что в Республике Узбекистан в последние годы, заболеваемость ИБС все еще остается на достаточно высоком уровне. Все это требует изучить современные особенности распространения данной патологии среди населения с установлением групп и факторов риска возникновения ИБС, который является важным основанием для совершенствования методов профилактики ИБС в Республике.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

**Абдукахарова М.Ф., Нажмиддинова Н.Н., Ибрагимов Р.Р., Пулатов Ш.К.
Ташкентская Медицинская Академия, кафедра Эпидемиологии**

Острые респираторные инфекции (ОРИ) – повсеместно распространенная группа вирусных заболеваний верхних дыхательных путей, часто сопровождающихся бактериальными осложнениями. На данный момент ОРИ являются самым распространенным инфекционным заболеванием в мире, при этом наибольший показатель заболеваемости отмечается среди детей первых лет жизни.

Цель исследования: анализ многолетней динамики заболеваемости острыми респираторными инфекциями в республике. Изучение абсолютных и интенсивных показателей заболеваемости острыми респираторными инфекциями в многолетней динамике.

Материалы и методы исследования: в качестве материалов исследования были использованы статистические данные Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан. При исследовании были использованы эпидемиологические и статистические методы исследования.

Результаты исследования: Исследование многолетней динамики заболеваемости острыми респираторными инфекциями за 10-тилетний период (2006-2015 г.г.) показал, что самые высокие показатели заболеваемости были зарегистрированы в первые годы анализируемого периода – в 2006 году абсолютный показатель заболеваемости составил 558925 случаев заболеваний (интенсивный показатель на 100 тысяч населения - 2110,3). В 2007 году и в 2008 году – 521581 (2008,7) и 512427 (1869,6) соответственно, а в 2009 году - 513188 (1872,3). В 2010 году заболеваемость ОРИ проявила тенденцию к снижению – 331517 (1170,2), которая продолжалась в 2011 году – 311354 (1094,2). Однако в 2012 году заболеваемость, по сравнению с прошлым годом, увеличилась – 339132 (1155,9), и в последние годы отмечается стабилизация тенденции - в 2013 году – 380199 (1257,2), в 2014 году – 371747 (1198,2) и в 2015 году – 367448 (1174).

Выводы: Таким образом, несмотря на относительное снижение заболеваемости острыми респираторными инфекциями в Республике Узбекистан в последние годы, заболеваемость все еще остается на достаточно высоком уровне. Следует также отметить, что большая часть случаев заболеваний протекает в легкой форме, и не регистрируется лечебно-профилактическими учреждениями, что, в свою очередь, является важным основанием для совершенствования методов лечения и профилактики острых респираторных инфекций в нашей стране.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Абдуллаева М.А.

Бухарский государственный медицинский институт.

Одной из больших медико-социальных проблем является возрастающая частота смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых наиболее значимую долю составляет острый инфаркт миокарда (ИМ) с тенденцией повышения его частоты у больных молодого и среднего возраста. За последние 15 лет общая смертность молодых пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) достигла 30 % даже при использовании современных методов лечения. Поэтому представляется актуальным изучение значимости современных факторов риска и их сочетаний у пациентов с ИБС и развившимся ИМ в молодом и среднем возрасте с целью поиска возможных направлений для первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда.

Целью настоящего исследования явилась оценка наиболее значимой совокупности факторов риска ИМ.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 300 больных с первичным и повторным ИМ, среди них у 197 был осложненный инфаркт миокарда, в том числе у 142 больных-инфаркт миокарда с зубцом Q.

Результаты исследования. Основные факторы риска ИБС (мужской пол, нарушения липидного обмена, АГ, гиподинамия, курение, хронические очаги инфекций, избыточная масса тела) встречаются у большинства больных ИМ в возрасте до 60 лет. Обращает на себя внимание, что длительность воздействия важнейших из них (курения, избыточной массы тела и АГ) у большинства пациентов составила более пяти лет. Это дает основания для проведения адекватных профилактических мероприятий.

Наиболее важными для предупреждения заболевания и его осложнений в обеих группах пациентов оказались коррекция нарушения обмена липидов, борьба с курением, санация очагов инфекций, нормализация физической активности. Для больных среднего возраста в первую очередь необходимы лечение АГ, проявлений сердечной недостаточности; для молодых больных - борьба с вредными привычками, коррекция массы тела, нормализация условий труда.

Таким образом, целесообразно совершенствование диспансеризации, направленной на выделение групп риска и своевременную реализацию санационных программ. У людей группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям является обязательным выполнение электрокардиограммы и контроль артериального давления в более ранние сроки, а также регулярное исследование уровней липидов и глюкозы в сыворотке крови.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТАХ HBV-ИНФЕКЦИИ

Абдуллаева Ф.Г., Иноятова Ф.И.

РСНПМЦ педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность противовирусного лечения хронического гепатита В у детей при различных серологических вариациях HBV-инфекции.

Материал и методы. Под наблюдение были взяты 52 детей, больных ХГВ от 3 до 18 лет, из которых 18 детей - HBsAg-позитивные, 14 детей - HBsAg-негативные и 20 детей HBeAg-позитивные. Диагноз ХГВ устанавливался на основании данных эпидемиологического анамнеза, клинико-биохимических, серологических и инструментальных методов исследований. У всех детей было проведено исследование крови на наличие маркеров HBV (HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcAb) и HBV-ДНК методом ПЦР. Больные получали схему лечения, состоящую из трех этапов, длительность которой составила 12 месяцев: Ламивудин - 20 недель, Ламивудин в комбинации с Вифероном - 4 недели и III этап - только Виферон - 24 недели. Отбор больных проводился с учетом предикторов эффективности устойчивости ответа на ПВТ: повышенный уровень аминотрансфераз в более чем 2 раза, виремия (ДНК > 10⁵ копий/мл) и высокая гистологическая активность.

Результаты. У детей выявлена различная эффективность противовирусной терапии в зависимости от вариаций маркерного статуса. Так, наиболее ранние и стойкие изменения отмечались в группе детей с HBsAg-позитивным ХГВ, при котором развитие клинического, биохимического и вирусологического ответа соответственно было в 50,0%, 83,3% и 61,1% случаев. Среди HBsAg-негативных пациентов - более половины детей оставались без значительного улучшения, при этом развившаяся первичная ремиссия у трети (33,3%) больных не отличалась стойкостью ответа, где эффект от лечения к концу наблюдения снизился до нуля. Дальнейший анализ показал, что сравнительно стойкий ответ на лечение из трех групп больных получен у детей с ХГВ HBeAg-позитивным вариантом. В частности, в течение первого года наблюдения у данной категории детей первичная ремиссия была зафиксирована в 65,0% случаев, стабильная - в 45,0% и длительная - в 30,0% случаев. При этом, отсутствие ремиссии отмечалось у 10,0% детей. Наименее выраженная динамика наблюдалась среди детей, в крови которых отсутствовал HBsAg соответственно в 57,1%, 50,0% и 35,7% случаев. При этом, отсутствие ремиссии отмечалось у 42,8% больных детей.

Заключение. Применение трехэтапной схемы противовирусной терапии у детей с ХГВ с использованием препаратов Виферон и Ламивудин показало ее различную эффективность при различных серологических вариантах, что позволит прогнозировать развитие неблагоприятных исходов и индивидуализировать тактику ведения таких больных. В целом, лучший эффект достигнут у HBeAg-позитивных пациентов.

СУРУНКАЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ МАВЖУД БЕМОРЛАРНИ ИЖТИМОЙ-ПСИХОЛОГИК ЖИХАТИДАНДАВО ЖАРАЁНИГА ТАРАФДОРЛИГИНИ ТАҲЛИЛИ.

Абдумаликова Ф. Б. Назарова М. М.

Тошкент Гиббиёт Академияси

Долзарблиги. Бугунги пайтда сурункали касалликлари мавжуд беморларни даволанишга бўлган антикомплаентлик шу касалликлар ва дори воситалари билан боғлиқ муаммоларга қараганда долзарброк муаммо бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади. Оилавий поликлиника шароитида беморларнинг типологик ва психологик хусусиятларини баҳолаб, уларда ўтказилаётган фармакотерапияга тарафдорлик даражасини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Сурункали касаллиги бор беморларни давога комплаентлигини шакллантириш, шунингдек психологик соғломлаштиришда, психологик хусусиятидаги камчиликларни бошқара билиш ва кучли тарафларини ривожлантиришда Г.Ю. Айзенка тести орқали шахснинг психологик хусусиятларини баҳолаб, темпераментнинг устун турига баҳо бериб, аниқланган тавсифлар асосида тавсиялар ишлаб чиқилди. Ганза Айзенка (ЕРІ) сўровномаси шахснинг экстраверсия ва интроверсия даражаси, эмоционал турғунлигига қараб темперамент типини аниқлаб беради. Тест натижасини талқин қилиш учун амбулатор беморларни ижтимоий-психологик кўрсаткичларини аниқлаш керак бўлади. Сурункали касаллиги бор беморларда комплаентлик даражасини аниқлаш мақсадида шахснинг даволанишга тарафдорлигига таъсир этувчи омилларни аниқлаш усули қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики: бирламчи тизимдаги беморлар ичида экстравертлар сони устунлик қилиб, улар - 46% ($\phi < 0.05$), эркин экстравертлар - 18%, экстравертлар - 28%, экстраверсияга мойиллар - 2%. Беморлар орасида интровертлар - 14%, интроверсияга мойиллар - 4% ташкил этди. Шунингдек аҳоли орасида ўрта кўрсаткичга эга амбровертлар ҳам аниқланиб, амбровертлар - 34%. Флегматик ҳисобланган бу шахслар пассив, сабрли, чидамли, чуқур фикрлайдиган ва б. хусусиятга эга шахслардир. Умумий комплаентлик даражаси камроқ ифодаланган - 68,5 балл экстравертлар гуруҳида бўлиб, улар етарли даражада комплаентликка эга бўлмаган беморларга қараганда даволанишга кўпроқ тарафдордир. Ижтимоий, эмоционал, хулқ-атворий комплаентлик даражаси паст бўлган беморлар чуқур интровертлар бўлиб, улардаги умумий комплаентлик даражаси (УК) - 54,5 балл ($\phi < 0,05$) ва типик экстравертларда УК - 48,5 ($\phi < 0,05$) ташкил қилди. Бундай беморлар холерикларга хос агрессив, кўзғалувчан, ўзгарувчан, таъсирчан, турғун бўлмаган характерга эга.

Хулоса. Тадқиқот натижаларига кўра комплаентлик даражаси ва беморларни даволанишга муносабати уларнинг психологик ва типологик хусусияти билан бевосита боғлиқ. Темпераменти флегматик ва сангвиник бўлган шахсларда саломатликка бўлган эътибор холерик ва меланхоликларга қараганда кучлироқдир.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФТОРХИНОЛОНОВ У РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Абдусаматова Д.З.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Изучение возможностей применения фторхинолонов (ФХ) у пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями.

Методы: Исследовали эффективность и переносимость ципрофлоксацина, пефлоксацина и левофлоксацина у 64 больных (36 женщин и 28 мужчин в возрасте 18-65 лет) ревматологического профиля с сопутствующей инфекционной патологией. Показаниями к назначению ФХ служили инфекции урогенитального тракта, нижних дыхательных путей, кожи и мягких тканей.

Результаты: излечение от инфекции достигнуто у 51(79,6%) больных. В 10(15,6%) случае терапия фторхинолонами была безуспешной. У 13(20,3%) больных наблюдались типичные для препаратов данной группы нежелательные реакции (НР) (головокружение, снижение концентрации внимания, диспепсические явления, кожная сыпь с зудом), в большинстве случаев не требовавшие изменения дозы или прекращения лечения. У 3(4,6%) больных препараты отменены из-за выраженных НР (интенсивная головная боль, рвота, крапивница). Во всех случаях побочные действия имели определенную связь с приемом ФХ и были полностью обратимыми. Каких-либо особенностей их развития в зависимости от возбудителя и локализации инфекции, основного заболевания и проводимой антиревматической терапии не отмечено. Предположение о существовании взаимосвязи между отрицательными реакциями со стороны центральной нервной системы и совместным введением ФХ и нестероидных противовоспалительных средств на нашем материале подтверждения не получило. При одновременном применении ФХ и глюкокортикостероидов ни у одного больного не отмечено возникновения или усугубления патологии со стороны сухожильно-связочного аппарата. Контролируемые лабораторные параметры функции кроветворной системы, печени и почек существенно не изменялись.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют о достаточно высокой эффективности ФХ при лечении больных ревматологического профиля с инфекционной патологией и хорошей их переносимости. Для отработки оптимальных схем терапии данными препаратами необходимы дальнейшие клинические исследования.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ШТАММОВ STR.
PNEUMONIA И S. AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ КРОВИ БОЛЬНЫХ 1-Й
ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.ТАШКЕНТА
ЗА 2015-2016 ГГ.**

Г.К.Абдухалилова, Д.Р.Ахмедова, З.П.Улимбекова

Устойчивость к антимикробным препаратам (УАП) в настоящее время является одной из глобальных проблем, которая угрожает вернуть человечество в эпоху до открытия антибиотиков и потенциально катастрофическими последствиями. Одной из главных проблем в Узбекистане является широко распространенная практика продажи антибиотика без рецепта врача, что ведет к неправильному и чрезмерному применению антибиотиков.

Предметом изучения явились данные микробиологического исследования крови больных пилотной организации проекта на базе 1-й инфекционной больницы г.Ташкента. Выделенные культуры из крови для подтверждения и для определения чувствительности к антимикробным препаратам отсылались в НИИЭМИЗ МЗ РУз сотрудникам данного проекта. Для постановки чувствительности к антимикробным препаратам были выбраны следующие штаммы микроорганизмов: *Streptococcus pneumoniae* (STRPNE), *Staphylococcus aureus* (STAAUR). Определение чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам проводилось диско – диффузионным методом. Интерпретация результатов проводилась согласно протоколам EUCAST 2016 года.

В инфекционной больнице №1 г. Ташкента за 2015-2016гг были проведены 736 микробиологических исследований крови от больных с подозрением на сепсис. Распределение больных по полу: женщин было 50,5% случаев, мужчин 49,5% случаев. По возрасту, больные распределились следующим образом: в возрасте от 5 лет до 19 лет 65,6% случаев, 22,4% случаев в возрасте от 20 до 64 лет, от 0 до 4 лет – 11% и 1% случаев в возрасте от 64 лет и выше. Наибольшее количество образцов крови поступали с ОРВИ – 85,0% случаев, с менингитного и ангинозного отделений по 5%, остальные отделения варьируются в пределах от 2% до 3% случаев.

Результаты данных постановки чувствительности к антимикробным препаратам у штаммов *S. Aureus*, выделенных из кровей в 2015 году показали: культуры *S. aureus* чувствительны к ампициллину – 95,5% штаммов, к пенициллину – 94,4%, к рифампицину – 94,4%, амоксициллину – 91,0%, оксациллину – 92,0%, цефатоксиму – 61,8%, к цефтазидиму – 79,8%, а к ванкомицину и флорамфениколу наблюдается резистентность у 99,0% и 78,0% штаммов, соответственно.

У штаммов *Str. Pneumonia*, выделенных из кровей в 2015 году по чувствительности к антимикробным препаратам, наблюдается: все культуры *Str. Pneumonia*, резистентны к ампициллину – 85,0% штаммов, к пенициллину – 91,0%, к рифампицину – 96,0%, амоксициллину – 96,0%, оксациллину – 90,0%, цефатоксиму – 89,0%, к цефтазидиму – 96,0%, к ванкомицину – 72,0% и к хлорамфениколу – 87,0% штаммов, соответственно.

Чувствительность штаммов *Str. pneumonia* выделенных из кровей в 2016 году, отличаются от данных предыдущего года. Так выделенные культуры *Str. pneumonia* резистентны к ампициллину, пенициллину и к флорамфениколу в 100,0%, к рифампицину – 43,0%, цефатоксиму – 43,0%, к цефтазидиму – 57,0%, к ванкомицину – 39,0%, соответственно, и в 100,0% случаев штаммы чувствительны к коксициллину.

Таким образом, среди выделенных культур из крови в 2015г., у *S. aureus* наблюдается высокая резистентность только по отношению к хлорамфениколу (78,0%), однако у *Str. pneumonia*, наблюдалась резистентность к девяти тестируемым антибиотикам в пределах от 80% до 97%. А среди выделенных культур из крови в 2016г у *Str. pneumonia*, наблюдалась резистентность только к трем из восьми тестируемых антибиотиков в 100,0% случаев.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Абдушукуров А.А., Таджиева Н.У., Ташпулатова Ш.А.,
Худоярова О.Б., Шарапов Б.У.

НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Формирование хронической соматической патологии, развитие проявлений вторичной белковой и энергетической недостаточности у детей после острых кишечных инфекций (ОКИ), по сей день остаются актуальным аспектом инфектологии.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность перорального комбинированного микронутриента с пробиотиками «Биотамин» в комплексной терапии детей с бактериальной кишечной инфекцией.

Материал и методы. В открытое проспективное контролируемое исследование включено 60 детей в возрасте от 6 мес. до 3-х лет, госпитализированных в отделение острых кишечных инфекций Научно-исследовательского института Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний с клиникой инвазивной (бактериальной) кишечной инфекции. В исследование включены дети с ОКИ, протекавший в среднетяжелой и тяжелой форме с проявлениями интоксикации и эксикоза, кратностью дефекаций 5-20 раз в сутки, метеоризмом, болевым, гемоколитическим синдромами, клинико-лабораторными показателями белковой недостаточности. Наблюдавшиеся дети получали общепринятое лечение, основная группа пациентов (n=34), помимо этиотропной терапии, получала микронутриент «Биотамин» (производства Idong Foodis Co., LTD, Корея).

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ данных показал, что продолжительность симптомов заболевания больных, получавших «Биотамин», была сокращена до 2-3 дней в отличие больных, которые не получали препарат. Кроме этого, у больных основной группы достоверно раньше сокращено определение патологических примесей в кале, таких как, зелень, непереваренные комки ($p < 0,05$), слизь ($p < 0,01$). В группе пациентов с недостаточностью питания, уровень общего белка в крови в основной группе больных ($69,2 \pm 4,1$) на 10 день лечения был достоверно выше показателей уровня общего белка в группе сравнения ($51,3 \pm 3,2$). Возможно, такая динамика показателей общего белка в крови в основной группе обследованных была связана с микронутриентной поддержкой организма, которая включена в состав «Биотамина». У 4-х детей, имевших кишечные дисфункции в анамнезе, использование «Биотамина» не приводило к сокращению продолжительности диареи. Однако отмечено сокращение продолжительности болевого синдрома, что сочеталось с более быстрой ликвидацией ускоренного транзита, бродильного процесса в кишечнике.

Таким образом, использование препарата «Биотамин» при ОКИ, бактериальной этиологии у детей привело к различному по клинической значимости эффекту и зависело от сопутствующего состояния пациентов.

Использование препарата «Биотамин» предупреждало постинфекционную активацию протеолитических анаэробов, способных поддерживать деструкцию эпителиальных клеток, что отражалось на сокращении продолжительности болевого синдрома, метеоризма. Благодаря усовершенствованному составу «Биотамин» у врачей появилась возможность использовать в комплексной терапии как в качестве биопрепарата, так и для микронутриентной поддержки с целью лечения и реабилитации острых кишечных инфекций у детей.

НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ГИЖЖА КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ЭПИДЕМИОЛОГИК ХОЛАТ ВА «ГИГИЕНА СОҲАСИДА ЧЕМПИОНЛИК ТАШАББУСИ» ЛОЙИХАСИ НАТИЖАСИ

Абидов З.И., Ахмедова М.Д., Анваров Ж.А.

Наманган вилояти ДСЭНМ паразитология булими, Наманган ш.,
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент ш.

Муаммонинг долзарблиги. Гижжа касалликлари ер юзида энг кенг ва кўп тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. Хозирги кунда дунё бўйича одам организмида паразитлик қилиб яшайдиган гижжаларнинг 270 дан ортиқ тури маълум. Ўзбекистонда асосан 10-12 хил гижжа турлари учрайди. Республикада ҳар йили 250-300 минг нафар гижжа билан оғриган беморлар рўйхатга олинади.

Ишнинг мақсади. ЮНИСЕФ ташкилотининг «Гигиена соҳасида чемпионлик ташаббуси» лойихаси асосида Наманган вилоятидаги умумтаълим мактабларининг 1-4 синф ўқувчилари ўртасида гижжа касаллиги билан касалланиш даражасини камайтириш ҳамда мактабларни санитария техник ҳолатини яхшилаш.

Материал ва тешириш усуллари. Лойиха доирасида Наманган шаҳридаги 34-сонли, Наманган туманидаги 22-сонли, Тўрақўрғон туманидаги 8-сонли умумтаълим мактабларининг 1-4 синф ўқувчилари гижжа касалликларига текширилди. Лойихада 1585 та мактаб ўқувчилари қатнашди, бу ўқувчилардан ихтиёрий танлов йўли билан 300 та ўқувчи танлаболинди, шундан 140 таси (46,7%) ўғил болалар, 160 таси (53,3%) қиз болалар бўлиб, шу ўқувчилардан копрологик текширув ўтказилди. Ташхис ўқувчилардан олинган нажас намунасида натив суртма тайёрлаб ёки анал соҳа бурмаларидан қирма олиш йўли билан микроскопик текширув орқали тасдиқланди.

Олинган натижалар. Копрологик текширув натижасида 300 та болалардан 90 тасида (30±4,7%) энтеробиоз, 44 тасида (14,6±2,5%) гименолепидоз аниқланди. Текширувдан сўнг касаллик аниқланган болаларга ва лойихадаги қолган болаларга ҳам «Мебендазол 500 мг» препарати 1 марталик дозада берилди. Ундан ташқари ушбу мактабларда гижжа касалликларини олдини олиш бўйича тушунтириш ишлари олиб борилди. Мактаблардаги хожатхоналар санитария гигиеник ҳолати яхшиланди. Мактаб ошхоналари барчаси болалар қўл ювишлари учун сув билан таъминланди. Мактабларнинг тиббиёт, санитар-техник, ошхона ходимлари ва ўқувчиларнинг ота-оналарини гижжа касаллигини олдини олиш бўйича билим савияларини ошириш мақсадида 4 кунлик ўқув тренинглари ўтказилди унда 6 нафар тиббиёт, 33 нафар санитар-техник, 5 нафар ошхона ходимлари ва 43 нафар ота-оналар қатнашди ҳамда улардан тест синовлари олинди. Қатнашчиларга гижжа касаллигининг юқиш йўллари, организмга таъсири ва олдини олиш тадбирлари тўғрисида маълумот берилди.

Хулоса. Хозирги кунда вилоятдаги мавжуд 653 та умумтаълим мактаблари ва 476 та мактабгача тарбия муассасаларида юқумли ва паразитар касалликларни олдини олиш ҳамда ўқувчилар ўртасида гигиеник кўникмаларни

шакллантириш ва уларни жисмонан бақувват, ақлан етук, хартомонлама соғлом бўлиб вояга етишлари учун тадбирлар олиб борилмоқда.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ АНТИПАРАЗИТАРНОГО ПРЕПАРАТА «ВЕРМИНОЛ»

Абидова А.Д., Цеомашко Н.Е., Хегай Л.Н., Рахмонов А.Х.
Ташкентская Медицинская Академия

Гельминты обладают огромной разрушающей силой, при их внедрении и длительном паразитировании в организме человека, снижается сопротивляемость патогенной микрофлоре. Вслед за гельминтами во внутреннюю среду организма попадают миллионы одноклеточных и внутриклеточных микроскопических паразитов: микробы, вирусы, простейшие, грибки и т.д. Для лечения гельминтозов применяются препараты альбендазола (немазол), мебендазола (вермокса) — при цестодах, левамзола, пирантела, пиперазина, а также тиабендазола, ивермектина, авермектина - при нематодах и филляриотозах, празиквантела, диэтилкарбамазина, акрихтина - при трематодах и др. Но все указанные препараты токсичны и имеют множество побочных эффектов, и в первую очередь отрицательно влияют на органы кроветворения.

Отечественный препарат «Верминол» - фитокомплекс, включающий в себя биологически активные вещества из таких растений, как *Artemisia Absinthium L.*, *Caryophyllus Aromaticus L.*, *Tanacetum Vulgare L.*, *Achilea Millefolium* и *Senna Alexandrina*, и предназначен для лечения энтеробиоза, аскаридоза, амёбиоза, лямблиоза, токсоплазмоза, трихомониаза, дисфункций органов пищеварительного тракта, а также для повышения иммунитета.

Цель исследования. Нами была изучена токсичность данного препарата, его воздействие на органы кроветворения экспериментальных животных.

Материалы и методы. Опыты проводили на белых беспородных половозрелых крысах массой 150-160г. Препарат вводили перорально ежедневно в дозах 50-500-1000 мг/кг в течение месяца. Контрольной группе животных вводили воду. После последнего введения у всех групп животных путём декапитации была взята кровь для определения развернутых показателей крови на анализаторе BC-3000 (Mindray, P.R.China). Биохимические показатели сыворотки крови определяли унифицированными методами: аспартат- и аланин-аминотрансферазы—методом Райтмана-Франкеля, щелочную фосфатазу —методом с нитрофенилфосфатом на анализаторе ВА-88 А (Mindray, P.R.China).

Результаты проведенных исследований показали, что длительное пероральное применение препарата «Верминол» в изученных дозах, хорошо переносятся подопытными животными. Все животные не отличались от контрольных крыс по общему состоянию, поведению, приросту массы тела. У подопытных животных со стороны гематологических показателей отклонений от норм нет, гемоглобин, количество эритроцитов, лейкоцитов в норме. Со стороны биохимических показателей наблюдалось незначительное увеличение активности фермента аспартат-амино-трансферазы в сыворотке крови крыс, принимавших высокую дозу препарата «Верминол» 1000 мг/кг.

Таким образом, изученный препарат низкотоксичен и в концентрации 50-500 мг/кг безопасен для организма млекопитающих.

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Агзамова Н.В. Шерова З.Н. Мавлянова Н.Т.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Стероидные противовоспалительные лекарственные средства при лечении ревматической лихорадки оказывают противовоспалительное, противоаллергическое действие. Экономический аспект лечения особенно важен сегодня, в условиях постоянного роста стоимости медицинской и фармацевтической помощи.

Материалы исследования: для анализа использовались данные 63 историй болезни.

Цель исследования: фармакоэкономический анализ проводился с целью определения частоты применения стероидных противовоспалительных лекарственных средств у детей раннего возраста. Был проведён анализ всех случаев рецидивирующего бронхита зарегистрированных в период с декабря 2015г по февраль 2016 г. в клинике ТашПМИ.

Результаты исследования: При ревматической лихорадке использование средней суточной дозы раствора для инъекций Дексаметазон 4мг/мл, в ампулах по 1 мл, цена составила 750сум. При использовании средней суточной дозы раствора для инъекций Преднизолон 30мг/1мл, в ампулах 1мл-900сум. А курсовой дозы - 2250 и 2700сум соответственно. Был проведен анализ «влияния на бюджет» для оценки экономического эффекта на бюджет клиники. Было использовано два сценария. Первый предполагал использование в качестве фармакотерапии раствор для инъекций Дексаметазон 4мг/мл, в ампулах по 1 мл, средняя цена курсовой дозы составило 850500сум. Второй - раствор для инъекций Преднизолон 30мг/1мл, в ампулах 1мл, средняя цена курсовой дозы- 1020600сум. Данные результаты демонстрируют экономию бюджетных средств в размере 170100сум.

Выводы: Было установлено, что применение раствора для инъекций Дексаметазон 4мг/мл, в ампулах по 1 мл согласно результатам анализа «минимизации затрат» является доминантой и позволяет снизить сумму прямых затрат при лечении пациентов с рецидивирующим бронхитом, по сравнению с использованием Преднизолон.

Таким образом, проведённый анализ «влияния на бюджет» показал, что закупка раствора для инъекций 4мг/мл, в ампулах по 1 мл, в целях экономии бюджетных средств предпочтительнее по сравнению с раствором для инъекций Преднизолон 30мг/1мл, в ампулах 1мл.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ТРИХИНЕЛЛЕЗА

Аитов К.А., Боброва Н.К., Пустогородская Н.Г., Квашенкина И.А.

Иркутский государственный медицинский университет,

Иркутская областная инфекционная клиническая больница, Иркутск, Россия

Под нашим наблюдением находилось 42 больных с клиническим диагнозом «Трихинеллез». Как правило, заболевание начиналось остро, с повышения температуры до 38-39°C, длительностью от 3 до 18 дней, а у одного больного до 33 дней, с дальнейшим субфебрилитетом 37,5-37,7°C в течение 2-3 дней. Лихорадка сопровождалась ознобом, выраженной слабостью у всех больных (100%), головными болями у 21 больного (50%), головокружением 8 больных (19%). У всех больных отмечались выраженные миалгии в икроножных мышцах, шейных, жевательных и мышцах верхних конечностей. У 5 больных (11,9%) наблюдались боли в области глазных мышц. Отеки век и лица установлены у 26 больных (61,9%), а у двух (4,8%) – проявилось в виде отека Квинке и отека параорбитальной клетчатки. У 4 больных (9,5%) отмечен конъюнктивит со слезотечением. Макуло-папулезная сыпь с кожным зудом также явилась частым клиническим симптомом у 30 больных (71,4%).

Диарейный синдром с умеренными болями в эпигастрии и по ходу толстого кишечника, с тошнотой, рвотой и жидким стулом 3-4 раза в день в течение 1-4 дней наблюдали у 16 больных (38,1%). У 4 больных (9,5%) была умеренная гепатомегалия. У всех пациентов отмечалась выраженная гиперемия зева, а у 3 больных (7,1%) непродуктивный кашель аллергического генеза в острый период болезни.

Со стороны сердечно-сосудистой системы в первые дни болезни отмечалось умеренное повышение артериального давления до 130/90 – 153/100 мм.рт. ст., тахикардия 92-110 ударов в минуту. У одной (2,4%) заболевание осложнилось инфекционно-аллергическим миокардитом. Среднетяжелое течение наблюдалось у 41 больного (97,6%), тяжелое – у одного (2,4%).

Диагноз подтвержден обнаружением IgM в ИФА к трихинеллам, гиперэозинофилией в периферической крови у 37 больных (88,1%) до 9-39%, а у 5 больных (11,9%) до 50-65%. Проводилось стандартное лечение в течение 10 дней: Вермокс 100 мг 3 раза/сутки, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия. Больные выписывались из стационара с улучшением самочувствия в среднем на 11 день лечения.

Особенностью данной вспышки трихинеллеза от предыдущих является значительное сокращение тяжелых форм и уменьшение осложнений в виде инфекционно-аллергического миокардита до 2,4%. Этому, возможно, способствовала установка диагноза трихинеллеза (в 78,6% случаев) уже на догоспитальном этапе и назначение своевременной адекватной терапии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТРИХИНЕЛЛЕЗА В УСЛОВИЯХ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ

**Аитов К.А., Боброва Н.К., Котова И.В., Передельская Г.И., Серых Л.Н.
Иркутский государственный медицинский университет;
Иркутская областная инфекционная клиническая больница, Иркутск,
Россия**

В Иркутской области за последние 6 лет отмечается рост заболеваемости трихинеллезом. Если в 2011 – 2015 году в Иркутской областной инфекционной клинической больнице по поводу трихинеллеза лечилось 13 больных, то за летне-осенний период 2016 года – 42 больных. Из них 40 больных заболели в июне после употребления сырого и копченого мяса медведя в гг. Усолье-Сибирское, Иркутске, Ангарске. Медведь был убит на охоте в Черемховском районе 5.05.2016 года.

Охотник угостил знакомых, а также друзей на свадьбе. Предварительно мясо медведя было проверено ветеринарной службой. Экспертиза дала отрицательный результат на трихинеллез. У двух больных было выявлено употребление мяса собаки и козы. Больные лечились в инфекционной больнице г. Усолье-Сибирское – 33 человека и 9 человек в Иркутской областной инфекционной клинической больнице.

Анализ 42 историй болезни показал, что среди пациентов преобладали мужчины – 35 (83,3%), женщин было 7 (16,7%), преимущественно в возрасте 26-47 лет – 35 (83,4%) и 51-66 лет – 4 (9,5%) человек и трое детей – 7-16 лет (7,1%). Интервал от заражения до первых клинических симптомов у большинства больных – 33 (78,5%) составил от 15 до 21 дня, у 5 больных (11,9%) – 4-10 дней, у 4 больных (9,5%) – 28-38 дней. На первой неделе болезни поступило 27 больных (64,3%), на 2 неделе - 14 больных (33,3%) и 1 больной (2,4%) поступил через 30 дней от начала заболевания.

Большинство больных – 22 (52,4%) обратились в стационар самостоятельно, 11 больных (26,2%) поступили по направлению поликлиник и других стационаров, 9 больных (21,4%) были доставлены скорой помощью. С направительным диагнозом «трихинеллез» поступило 33 больных (78,6%), 9 больных (21,4%) были госпитализированы с другими диагнозами: клещевой энцефалит, экзантема, лихорадка неясного генеза, гастроэнтерит, описторхоз.

Таким образом, трихинеллез является эндемичным для регионов Восточной Сибири, в частности для Иркутской области. Преимущественно гельминт передается с мясом дичи (медведь) и нередко при употреблении мяса собаки. При этом уровень ветеринарного надзора за убитыми дикими животными остается не на должном уровне. Так же следует обратить внимание на участвовавших случаев употребления мяса собак среди китайских и корейских трудовых мигрантов.

ТАКТИКА ВЫБОРА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Акбарова Д.С.

Цель исследования: оценка применения антибиотикотерапии в стационаре при обострении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования. С учетом необходимости оценки выбора антибиотиков при терапии ХОБЛ проведен ретроспективный фармакотерапевтический анализ лечения пациентов с обострением болезни леченных в пульмонологическом отделении 1-клиники ТМА по архивным данным историй болезни за период с января по декабрь 2016 г. В анализ включены данные 87 пациентов (женщин — 33,3%, мужчин — 66,7%) в возрасте 35–75 лет (средний возраст — $51,53 \pm 3,1$ года) с бактериальным обострением ХОБЛ. Средняя длительность госпитализации составила $9,32 \pm 1,1$ дня.

Результаты и их обсуждение. Анализ частоты назначения разных фармакологических групп антибиотиков свидетельствует, что они охватывали следующие группы: цефалоспорины (ЦФ), макролиды, фторхинолоны (ФХ). Аминопенициллины, стоящие первыми в ряду рекомендованных антибиотиков выбора, не были назначены ни разу. Наиболее часто среди этих групп применяли респираторные ФХ (38,11%), им уступают по частоте ЦФ III поколения (25,43%), макролиды (11,35%), ЦФ IV поколения (8,13%), ЦФ II поколения (10,90%) и нереспираторные ФХ (3,08%). Детальный анализ распределения препаратов среди ЦФ показал распределение препаратов со следующей частотой цефтриаксон — 49,57%, цефотаксим — 18,70%, цефтазидим и цефоперазон — по 12,17%, цефуроксим — 5,4 % и цефепим — 1,99%. Спектр антимикробного действия данных лекарственных средств направлен преимущественно на грамотрицательных возбудителей, что не соответствует спектру микробной флоры ХОБЛ — пневмококк, гемофильная палочка, моракселла. В то же время не учитываются фармакокинетические параметры ЦФ: так, цефоперазон высоко концентрируется в желчных путях, а степень его проникновения в легкие значительно ниже. Среди ФХ при ХОБЛ преобладали левофлоксацин (82,41%) и гатифлоксацин (14,14%). Анализ путей введения антибиотиков показал, что антибиотики назначали парентерально в 86,23% случаев (61,56% — внутривенно, 24,67% — внутримышечно), перорально — в 13,77% случаев.

Выводы. Тактика выбора антибиотиков при обострении ХОБЛ преимущественно соответствует рекомендациям эмпирической терапии. Частое применение парентеральных форм антибиотиков необосновано, поскольку на современном фармацевтическом рынке есть достойный выбор пероральных форм антибактериальных препаратов, обладающих высокой биодоступностью и, соответственно, эффективностью.

ПРОБЛЕМЫ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ УРОЛИТИАЗОМ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ МЕТОДЕ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Акилов Ф.А., Гиясов Ш.И., Абдукаримов Б.М.

Республиканский специализированный центр урологии

Введение. Инфекция мочевого тракта (ИМТ) – широко распространенное заболевание, занимающее первое место среди урологических заболеваний. В этом ряду мочекаменная болезнь (уролитиаз) занимает второе место. Указанные патологии очень часто сочетаются у одного пациента и представляют сложность как в консервативном лечении, так и при выборе оперативной тактики в силу высокого риска развития интраоперационных и послеоперационных осложнений, которые могут представлять опасность для жизни пациента..

Цель исследований: изучить частоту и тяжесть проявления ИМТ у больных уролитиазом и её влияние на исход эндоурологических методов лечения уролитиаза.

Материалы и методы: Мы проанализировали результаты эндоурологических методов лечения МКБ у 84 больных, оперированных в РСЦУ в 2016г. Средний возраст больных составил $40,4 \pm 1,8$ (8-76) лет. Среди них 53 были мужчины (63,1%), 31 - женщины (36,9%). Средний размер камня составил $22,7 \pm 1,7$ (4-76) мм, из них у 39 (46,4%) пациентов был «простой камень» ($14,5 \pm 0,6$) мм, у 45 (53.6%) - «сложный» ($29.7 \pm 2,0$) мм ($P < 0.05$).

У 25 (29,8%) больных в анамнезе была ИМТ и до обращения к нам, по крайней мере один раз, самостоятельно получали лечение антимикробными препаратами.

Результаты. 10 (11,9%) больным при обращении установлен был диагноз острый осложненный пиелонефрит на фоне обструкции, вызванной камнем мочеточника, из них у 5 (6,0%) сепсис: синдром системного воспалительного ответа (ССВО). Всем выполняли экстренную перкутанную (ПК) нефростомию.

У 46 (54,8%) больных в анализе мочи была бактериурия и лейкоцитурия, из них только у 12 (26,0%) идентифицирована была микрофлора (у 10 - E.coli, у 2 – K1.pneumonia более 100 тыс.КОЕ), у остальных роста флоры не отмечено. Всем пациентам с ИМТ перед удалением камня/ей проводилась предоперационная антимикробная терапия согласно антибиотикограммы или при отсутствии идентификации микрофлоры, препаратами широкого спектра действия.

После эндоскопического удаления камней из мочевых путей (ПК или трансуретральным доступом) у 5 (6.7%) пациентов развился острый осложненный пиелонефрит, что потребовало дополнительной антимикробной терапии, у некоторых, с дополнительным инвазивным вмешательством.

Длительность послеоперационного дренирования МВП у пациентов без инфекционно-воспалительных осложнений составила в среднем $3,4 \pm 0,6$ (сут), койко/день $3,2 \pm 0,1$, среди больных, у которых развился острый пиелонефрит $6,2 \pm 1,3$ и $7,0 \pm 1,4$ соответственно ($P < 0,05$).

Выводы. ИМТ на фоне уролитиаза представляет серьезную проблему для врачей урологов как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде. У больных, осложненных послеоперационным пиелонефритом, за счет вынужденной дополнительной антимикробной терапии и инвазивного вмешательства происходит удорожание лечения в среднем на 25%.

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ТОМОҚ ТАНГЛАЙ СОҲАСИ МИКРОБИОЦЕНОЗИНИНГ ХОЛАТИ

Алиев Ш.Р., Рахимжонова Г.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Микробиология, вирусология ва
иммунология кафедраси

Мавзунинг долзарблиги: Болалар ўртасида сурункали тонзиллит билан касалланиш фоизи йилдан-йилга ошиб борапти ва кардиоревматологик асоратларга олиб келаяпти.

Материал ва текшириш усуллари: Тошкент Тиббиёт Академияси 2-клиникаси болалар ЛОР бўлимидаги 15 нафар сурункали тонзиллит билан касалланган болалар ва назорат гуруҳи учун 11та ўткир тонзиллит билан касалланган бола киритилди. Бактериологик текширувлар ТТА нинг микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси қошидаги “Клиник микробиология ва иммунология” лабораториясида олиб борилди. Ажратиб олинган бактериялар тургача идентификация қилинди [Bergey. 2005]

Олинган натижалар ва уларни тахлили: Сурункали тонзиллит билан оғриган болаларнинг томоқ ва танглай соҳаларида ўткир тонзиллит билан касалланган болалар кўрсаткичларига нисбатан дисбиотик ўзгаришлар кузатилди. Бу дисбиотик ўзгаришлар томоқ танглай соҳаси таркибидаги нормал флоранинг миқдорий ва фоиз жihatдан камайиши ва шартли патоген бактериялар ва асосан патоген коккларнинг (*St. aureus* ва *Str. pyogens*) кўрсаткичларини ошиб (6,6 ва 17,1 маротаба назорат гуруҳига нисбатан) кетиши билан характерланди.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ВА АТРОФИК ГАЙМОРИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИНГ БУРУН БЎШЛИҚЛАРИ НОРМАЛ МИКРОФЛОРАСИ.

Алиев Ш.Р., Жалилова М.Т.

**Тошкент тиббиёт академияси, микробиология, вирусология
ва иммунология кафедраси**

Оториноларингология амалиётида шу нарса маълум бўлмоқдаки, юқори нафас йўлларида учровчи касалликларнинг умумий структурасида, бурун ёндош бўшлиқларининг яллиғланш касалликлари олдинги ўринларни эгаллаб турмоқда. Кўпчилик тадқиқотчилар ҳам бурун олди ёндош бўшлиқлари шиллик қавати яллиғланишларининг ҳиссасини умумий ЛОР патологияси структурасида ҳам (30-35%) ошиб бораётганлигини таъкидлашмоқдалар. Ўзбекистон шароитида оториноларингологик патологиянинг кенг тарқалганлигига қарамай сурункали ва атрофик гайморитларда бурун бўшлиқлари микрофлораси яхши ўрганилмаган.

Ишнинг мақсади. Сурункали йирингли ва атрофик гайморитларда бурун бўшлиқлари микрофлорасини қиёсий ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. Беморларда йирингли гайморит тасдиқланган тақдирда, бактериологик бурун бўшлиғи микрофлораси 58 та 18 дан 51 ёшгача бўлган беморда ва 17 та соғлом кишиларда ўрганилди. Ажратиб олинган бактериялар ,авлод ва тургача идентификация, Bergey's бўйича олиб борилди.

Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсადики соғлом кишиларнинг бурун бўшлиғи соҳасидан ажратиб олинган штаммлар сонидан, СЙГ 1,4 ва САЙГ 1,6 маротаба микроорганизимлар турлари кўп топилди. Сурункали йирингли гайморитда анаэроб бактерияларни миқдорий кўрсаткичи 2,1 маротаба назорат гуруҳига нисбатан ошган. СЙАГ да эса бу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан 3,5 ва СЙГ кўрсаткичига нисбатан 1,6 маротаба кўпроқ топилган. Олинган натижаларни касалликнинг ҳар иккала формасида таҳлил қилганимизда ҳар бир касаллик формасига хос бўлган бурун бўшлиғи шиллик қавати нормал микрофлорасида дисбиотик ўзгаришлар борлиги бизнинг диққатимизни тортди. Бундай ўзига хос йирингли гайморитларнинг касаллик формасидаги ўзгаришлар, СГ да бурун шиллик қавати биоценозида индиген бактерияларнинг ўта камайиб кетиши шартли патоген ва патоген бактерияларнинг кўпайишига олиб келди, айниқса бу кўрсаткичлардан патоген бактерияларнинг учраши СЙАГ да СЙГ даги кўрсаткичлардан ҳам юқори эканлиги аниқланди. СЙАГ да эса индиген бактерияларнинг камайиши фонида шартли патоген бактериялар 61,5% регистрация қилина бошланди, бу кўрсаткич назорат гуруҳига нисбатан 2,3 ва СЙГ кўрсаткичига нисбатан 1,3 маротаба юқори эканлиги маълум бўлди. Бошқача қилиб айтиганда СЙАГ касаллиги фонида, касалликни сурункали кечиши, тез-тез қайталаниши, бизни фикримизча бурун бўшлиғи соҳасида чуқур дисбиотик ўзгаришлар борлигидан ва маҳаллий иммунитетни ўта пасайиб кетганлигидан дарак беради, бунинг исботи сифатида СЙАГ шартли патоген бактериялар ва айниқса моғор

замбуруғларининг СЙГ нисбатан ишонarli юқори учраши ва миқдорий кўрсаткичларини кўпайганлигини келтириш мумкин.

ГИПОВОЛЕМИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Алимов С.Г., Наврузов Б.Т., Холов У.А., Худайбердиев Я.К.
НИИЭМИЗ, Ташкент.**

Критические состояния острых кишечных инфекций (ОКИ), как правило, обусловлены дегидратационной гиповолемией. Физиологическая реакция организма на гиповолемию характеризуется повышением потребления натрия и воды. В ответ на гиповолемию, почки отвечают задержкой натрия и воды, что снижает их концентрационную способность. Возникает угроза возникновения преренального острого повреждения почек (ПОПП). В условиях дегидратации и нарастающей эндогенной интоксикации в «органах мишенях» одновременно могут возникнуть дезагрегационные проявления в периферической крови, распространяющиеся впоследствии по всему организму. Патологические изменения в двух и более системах организма, при не восстановленном объеме циркулирующей крови (ОЦК), чреватые развитием полиорганной недостаточности (ПОН). Представляет практический интерес, какой срок отведен организму больного для восстановления гомеостаза. Возникает вопрос об экспозиционных адаптационных возможностях организма до развития ПОН.

Цель исследования. Определить сроки возникновения ПОН с момента констатации дегидратационной гиповолемии и диагностическую ценность содержания шизоцитов в периферической крови больных с ОКИ.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 45 больных с ОКИ, осложненной ПОН. 15 больных были в возрасте 18-55 лет, 30 – от 6 месяцев до 3 лет. В 10 (22,2%) случаях диагноз был верифицирован бактериологически. В 7 (15,55%) случаях выявлены сальмонеллы, в 2 (4,44%) - шигеллы, в 1 (2,22%) – *E. coli*. Наряду с общеклиническими и биохимическими лабораторными методами, определяли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и содержание шизоцитов в периферической крови.

Результаты исследования. Установлено, что развитие и выраженность ПОН зависит от срока продолжительности дегидратационной гиповолемии. Минимальный срок развития ПОПП равняется 1,5 часам, а максимальный – 3,5 часам некупированной дегидратационной гиповолемии. При не восстановленном ОЦК констатировано нарастание креатинина крови у 35 (77,7%), ЛИИ у 25 (55,55%), шизоцитов- у 42 (93,33%). ПОН с явной несостоятельностью 2 органов и систем организма констатировано у 30 (66,66%) больных, 3-х и более – у 15(33,44%) больных. Наличие ПОН констатировано через сутки и более при анамнестическом и клинической констатации дегидратационной гиповолемии. Во всех случаях развития ПОН проявления ПОПП были дебютными. Далее констатировали ДВС крови в сочетании с органными и системными патологическими проявлениями. Применение методов интенсивной терапии и реанимационного пособия позволило восстановление нарушенных функций организма у всех больных с ПОН, включающих 2 органа. При развитии ПОН с включением в

патологический процесс 3 и более систем организма в 4 (8,88%) случаях констатирован летальный исход.

Вывод. При ОКИ развитие ПОН зависит от длительности дегидратационной гиповолемии, которая обуславливает ПОПП. ПОПП в свою очередь выступает в качестве триггера ПОН. Только совокупный учет лабораторных данных позволяет оценить выраженность ПОН у больных с ОКИ, а появление шизоцитов в периферической крови, является постоянным компонентом.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: определить диагностическое и прогностическое значение уровня прокальцитонина для ранней диагностики и лечения осложненных форм пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. Обследованы и пролечены 50 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, находившихся в педиатрических отделениях РНЦЭМП за период с июня по сентябрь 2016 г. Кроме клинико-лабораторных исследований всем больным был проведен прокальцитониновый тест.

Результаты и обсуждение. Осложнения пневмонии были в виде острой дыхательной недостаточности 1 степени у 15 (30%) больных, 2 степени у 14 (26%), в сочетании с острой сердечно-сосудистой недостаточностью 2 степени у 9 (18%), явлениями вторичного менингоэнцефалита у 2 (4%), гидротораксом у 6 (12%), дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности в сочетании с токсическим поражением печени и кардит в 3 (6%) случаях. Пневмония, осложненная сепсисом налюдалась у 1 (2%) ребенка.

При определении прокальцитонинового теста у 13 больных ПКТ < 0,5 мкг/л, у 15 - ПКТ = 0,5 мкг/л, у 14 - ПКТ \geq 0,5 мкг/л, у 7 - ПКТ \geq 2 мкг/л, у 1 больного ПКТ = 10 мкг/л (табл.3).

Анализ определения прокальцитонина в сыворотке крови показал, что уровень прокальцитонина высоким был у детей с пневмонией, осложненной сепсисом (=10 мкг/л), осложненной гидротораксом (\geq 2,0 мкг/л). При пневмонии, осложненной токсическим гепатитом, нефритом и менингоэнцефалитом значения прокальцитонина были \geq 0,5 мкг/л.

Антибактериальная терапия проводилась согласно разработанному алгоритму диагностики и лечения осложненных форм пневмонии у детей.

Детям с уровнем прокальцитонина в крови =0,5 мкг/л антибактериальная терапия проводилась цефалоспоридами 3-го поколения (цефтриаксон по 75-100 мг/кг/сутки), при уровне прокальцитонина более \geq 0,5 мкг/л к лечению подключали антибиотик из группы аминогликозидов (амикацин 12 мг/кг/сутки), при выявлении в крови прокальцитонина \geq 2 мкг/л получали цефтриаксон+амикацин и таблетированная форма из макролидов (азитромицин по 10 мг/кг/сутки).

Выводы. Количественный тест на прокальцитонин обладает высокой информативностью в качестве дополнительного метода для выявления или исключения тяжелых осложнений у детей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Мирзаева А.Д.
РНЦЭМП

Цель исследования: анализ клинических особенностей ОРИ у детей, госпитализированных в соматическое отделение РНЦЭМП за период 2016-2017 гг.

Материал и методы: Проведены ретроспективный и проспективный анализ 180 детей в возрасте от 1 мес. до 15 лет. Для ретроспективного анализа отобраны 110 историй болезни детей, поступивших с диагнозом ОРИ в 2016-2017 гг. В группу для проведения проспективного анализа вошли 70 детей, находившихся на стационарном лечении с сентября 2016 г. по январь 2017 г. с диагнозом ОРИ.

Результаты и обсуждение: Для всех детей независимо от возраста при поступлении были характерны проявления симптомов интоксикации и респираторного синдрома. Анализ анамнестических данных показал, что у большинства детей (77,7%) заболевание началось с симптомов интоксикации, катаральных симптомов в виде ринита, повышения температуры, сухого кашля. Интоксикация у детей раннего возраста характеризовалась беспокойством, капризностью, отказом от груди. Для детей старшего возраста симптомы интоксикации характеризовались головной болью, головокружением, слабостью. Температурная реакция у детей раннего возраста характеризовалась достаточно длительной, в некоторых случаях волнообразной лихорадкой до 38°-39°С от 3 до 6 дней. В старшей возрастной группе температурная реакция характеризовалась менее высокими значениями до 38,5°С и более короткой продолжительностью до 3-4 дней. Особенностью ОРИ у детей раннего возраста является развитие судорожного синдрома, который усугубляет течение заболевания и служит основанием для оказания неотложной помощи. Кроме этого, у детей старшего возраста отмечался абдоминальный синдром (28,3%), у детей младшего возраста интестинальный синдром (43,3%). Следует отметить, что кашель был характерен для всех возрастных групп, но для старшей возрастной группы была характерна болезненность в загрудинной области. Осложнения в виде пневмонии были характерны преимущественно для детей раннего возраста.

Заключение: Клиническая картина ОРИ у детей раннего возраста характеризуется сочетанием симптомов интоксикации с респираторным и интестинальным синдромом, ранним развитием осложнений, у детей старшего возраста преимущественно отмечалось развитие респираторного и абдоминального синдромов.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Джубатова Р.С., Алибекова М.Б., Бабаджанова З.О.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: изучение микробиологического пейзажа осложненных форм пневмонии у детей.

Материалы и методы исследования. Обследованы и пролечены 50 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет, находившихся в педиатрических отделениях РНЦЭМП. Всем больным проводилось бактериологическое исследование (мазок из зева).

Результаты и обсуждение. Осложнения пневмонии были в виде острой дыхательной недостаточности 1 степени у 15 (30%) больных, 2 степени у 14 (26%), в сочетании с острой сердечно-сосудистой недостаточностью 2 степени у 9 (18%), явлениями вторичного менингоэнцефалита у 2 (4%), гидротораксом у 6 (12%), дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности в сочетании с токсическим поражением печени и кардит в 3 (6%) случаях. Пневмония, осложненная сепсисом налюдалась у 1 (2%) ребенка.

Анализ микробиологической картины (мазок из зева) в нашем исследовании грамположительная монокультура высевалась в 38 (76%) случаев и 39 % из них приходилось на долю *Streptococcus pneumoniae*. Грамотрицательная мономикрoфлора отмечалась в 5 % случаев, высевалась *E.coli*.

При пневмонии, осложненной дыхательной недостаточностью в мазке из зева высеяны в основном *Streptococcus pneumoniae* – 19 (39%), *Staphylococcus aureus* - у 9 (18%), *Klebsiella pneumoniae* – 7 (14%), *Pseudomonas aeruginosa* – 3 (6%). Грамотрицательная микрофлора отмечалась гораздо реже, чем грамположительная. Грамотрицательная мономикрoфлора *E.coli* отмечалась в 4 (5%) случаев.

При анализе чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность возбудителя *Streptococcus pneumoniae* выявлена к цефтриаксону (39), амикацину (35), цефепиму (41). Наиболее выражена была устойчивость к амоксиклаву (44). При сочетании возбудителей *Streptococcus pneumoniae* + *Staphylococcus aureus* наибольшая чувствительность отмечалась также к цефтриаксону (32), амикацину (13), ципрофлоксацину (2), цефепиму (28). Сочетание *Klebsiella pneumoniae* + *E.coli* эффективность антибактериальной активности составила у цефтриаксона в 86% (43), амикацина 14% (7).

Выводы: Этиологическим фактором пневмонии в наших исследованиях явилась в основном *Streptococcus pneumoniae* (19), на втором месте *Staphylococcus aureus* (9), на третьем *Klebsiella pneumoniae* (7). Грамотрицательная микрофлора (*E.coli*) отмечалась гораздо реже, чем грамположительная. Вся выделенная микрофлора более чувствительна к цефтриаксону, амикацину и цефепиму. Практически отсутствует чувствительность к амоксиклаву.

ПИЩЕВАЯ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СОЕВОГО БЕЛКОВОГО ИЗОЛЯТА

Алимухамедов Д.Ш., Шайхова Л.И., Саидова Г.Т

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. При производстве комбинированных продуктов в качестве заменителя мясного сырья широкое применение нашли изоляты молочных и соевых белков. Соевый белковый изолят (СБИ) практически не содержит углеводов и имеет преимущества перед другими соевыми белками по функциональным свойствам, органолептическим показателям и содержанию белка. На соевый белковый изолят «ISPRO 910» - имеется сертификат соответствия, который зарегистрирован в Государственном реестре, соответствует требованиям нормативной документации СанПин № 0283-10.

Цель исследования - изучение пищевой и биологической ценности СБИ, с целью изыскания наиболее рациональных путей утилизации его в питании человека.

Материалы и методы исследований. Материалом исследования служили СБИ и пшеничная мука 1 сорта. Исследования проведены на кафедре гигиены детей, подростков и гигиены питания Ташкентской медицинской академии, а также в лаборатории ЦГСЭН г.Ташкента. Контролем служили данные химического состава пшеничной муки 1 сорта (ОСТ 5192), которая широко используется населением. Физико-химические показатели и органолептическая оценка СБИ и пшеничной муки 1 сорта, аминокислотный состав изучены по ГОСТам: 9404; 27668; 27494; 20239.

Результаты исследований. Изучение органолептических, физико-химических показателей, пищевой и биологической ценности СБИ дало возможность оценить качество содержащегося в ней белка, что имеет большое значение при создании сбалансированных белковых смесей. Было установлено, что СБИ характеризуется повышенным уровнем белка, (40,2%) ($P < 0,001$) и соответственно сниженной концентрацией углеводов. Подобная характеристика химического состава этого продукта свидетельствует о его более ценных пищевых достоинствах по сравнению с традиционно выпускаемой пшеничной мукой, что было связано с обезжиренными соевыми хлопьями. Для более объективной характеристики пищевой ценности СБИ оказалось необходимым сопоставить аминокислотный состав его белков и обычной пшеничной муки 1 сорта. Полученные данные свидетельствуют, что белки изученных образцов СБИ мало отличаются от пшеничной муки 1 сорта по содержанию суммы незаменимых аминокислот, так и по степени их лимитирования лизином, треонином, валином, по биологической ценности белки СБИ менее ценны, чем белки животного происхождения, в связи с меньшим содержанием в них незаменимых аминокислот, особенно серусодержащих (метионин+цистин). Вместе с тем, в соевых белках много лизина и лейцина.

Заключение. Можно полагать, что вовлечение этих белков в разработку комбинированных продуктов может оказаться реальным мероприятием по экономии мясного сырья, дефицит которого в стране достаточно ощутим.

МЕЪДА ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ҲИМОЯ ТИЗИМИГА БЕНЗКЕТОЗОННИНГ ТАЪСИРИ

Аллаберганов М.Ю., Исмоилов С.Р., Қаландарова У.А., Каримова Д.Ш.
ТТА Урганч филиали

Маълумки, гастродуаденал соҳа шиллиқ қавати тўсиғининг тўлиқ фаолият юритиши эримайдиган гликопротеинлар (ЭГП) томонидан амалга оширилиб, улар ўз кимёвий таркиби бўйича агрессив омилларга нисбатан ҳимоя қавати турғунлигини, қовушқоқлигини ва мустаҳкамлигини таъминлайди. Шиллиқ қават тўқимасида эримайдиган гликопротеинлар миқдорини аниқлаш унинг ҳимоя механизми ҳолати тўғрисида маълумот беради.

Таъкидланганлар асосида мазкур ишда бензкетозон препаратининг меъда шиллиқ қавати ҳимоя фаолиятига таъсирини меъданинг базал ҳамда стимулланган секрециясидан кейинги ҳолатида ўрганилди.

Материал ва методлар. Меъда яраси каламушларда иммобилизацион стресс усули билан чақирилди. Ярадан кейин беш кун мобайнида бензкетозон ва глицирам 75 мг/кг, омепразол 30 мг/кг дозада каламушларга оғиз орқали киритиб турилди. Меъда секрециясини стимуллаш учун тери остига 0,025% пентогастрин эритмаси 200 мкг/кг ҳисобида юборилди. ЭГП ларнинг асосий углевод компонентлари – фукоза, гексоза, сиал кислоталари оксил умумий миқдорини аниқлаш билан биргаликда амалга оширилди. Ўтказилган тажрибалар давомида олинган натижалар Стьюдент критерийлари бўйича статистик жиҳатдан ҳисоблаб чиқилди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. ЭГП нинг сифатий таркиби иммобилизацион стресс натижасида меъда шиллиқ қаватидаги углевод компонентлари ҳисобига бузилганлиги аниқланди. Назорат гуруҳида сиал кислоталари, фукоза ва гексоза миқдорини интакт ҳайвонларга нисбатан деярли икки мартага камайиши кузатилган бўлса, оксил умумий миқдори эса деярлик фарқ қилмади. Глицирам сиал кислоталар миқдорини дастлабки натижаларга нисбатан стимуляциягача 17%, стимуляциядан сўнг эса 15%, фукозани мос равишда 27% ва 23%, гексозани 8% ва 5 %, оксил умумий миқдорини 9% ва 5% га оширганлиги аниқланди. Омепразол таъсирида эса статистик жиҳатдан ишонарли натижалар қайд этилмади.

Бензкетозон ЭГП синтезига сезиларли ўзгаришлар қилди: сиал кислоталар миқдори стимуляциягача ва ундан кейин мос ҳолда 27% ва 24% га, фукоза 20% ва 15% га, гексоза 13% га ва 7% га ошди. Оксил умумий миқдорида эса статистик жиҳатдан ишонарли ўзгаришлар аниқлангани йўқ.

Демак, юқоридагилардан маълум бўлдики, омепразол меъданинг ҳимоя фаолиятига умуман таъсир қилмас экан. Глицирам ва бензкетозонлар эса ушбу фаолиятга маълум даражада ижобий таъсир қилишди. Бунда бензкетозоннинг меъда шиллиқ қавати нисбатан агрессив омилларга қарши профилактик самараси глицирамникидан сезиларли даражада устунлиги аниқланди. Бу унинг ЭГП нинг синтезини кучайтириши ҳамда таркибини яхшилаши ҳамда меъда шиллиқ қавати ҳимоя фаолиятини сезиларли даражада тиклаши билан боғлиқ бўлса керак.

САЧРАТҚИ ҚУРУҚ ЭКСТРАКТИНИ ГИПОГЛИКЕМИК ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ

Аллаева М.Ж., Асқаров О.О., Мамадалиев Ш.И., Асадов Н.Н.

Тошкент Гиббиёт Академияси

Маълумки, Республикамизда қандли диабет касаллиги билан оғриган беморларнинг сони тобора ортиб бормоқда. Аммо, диабетни даволовчи маҳаллий дори воситаларимиз деярли йук. Адабиётлардан олинган маълумотларга кўра, сачратқи илдизида цикорин гликозиди, аччиқ модда пентозан қанди ва кўп миқдорда инулин мавжуд. Шунинг учун доривор сачратқи ўсимлиги илдизининг қуруқ экстрактини қандли диабет хасталигини даволовчи таъсирини ўрганиш муҳим аҳамият касб этди.

Ишнинг мақсади. Сачратқи илдизининг қуруқ экстрактини экспериментал гипергликемияга таъсирини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Экспириментал ўткир гипергликемия ҳолати 36 та массаси 153-185 граммли турли жинсга мансуб каламушларда уларнинг қорин бўшлиғига 4,5 г/кг дозада глюкозани гипертоник эритмасини юбориш йўли билан чиқарилди. Тажриба таниқли “Глукейр” препарати билан таққослаб олиб борилди. Сачратқи илдизини қуруқ экстракти оғиз орқали 50 мг/кг дозада ҳайвонларга глюкоза юборилишидан 30 дақиқа олдин юборилди. “Глукейр” эса 100 мг/кг дозада юборилди. Назорат гуруҳидаги ҳайвонларга мос равишда дистилланган сув юборилди. Аллоксанли диабет каламушлар қорин пардаси остига 150 мг/кг миқдорда аллоксан юбориш йўли билан ҳосил қилинди. Сўнгра ҳайвонлар 28 кун давомида сачратқи қуруқ экстракти ва “Глукейр” препаратларини 100 мг/кг дозада юбориш йўли билан даволанди. Динамикада биокимёвий кўрсаткичлар кузатиб борилди.

Натижалар: Сачратқи препарати 50 мг/кг дозаларда қондаги глюкоза миқдорини тажрибани 60; 90 ва 120 дақиқасида назорат гуруҳига нисбатан 47,7%, 40,8% ва 19,1% камайтди. Худди шу шароитда “Глукейр” препарати қондаги глюкоза миқдорини мос равишда 36,2%, 42,1% ва 14,7% га камайтди. Натижаларга кўра сачратқи ўсимлиги илдизининг қуруқ экстрактини юқори гипогликемик таъсири тажрибанинг 60 дақиқасида, “Глукейр”ники эса тажрибанинг 90 дақиқасида юзага чиқар экан. 3-кунга келиб, назорат ҳайвонларида қондаги глюкоза миқдори интактга (норма) қараганда 4 баробар ортди ($27,3 \pm 1,14$ ммоль/л). 14-кунга келиб, улар қондаги глюкоза миқдорини назоратга нисбатан 67 ва 48 % га камайтирган бўлса, 28-кунида қондаги глюкоза миқдори сачратқи қуруқ экстракти ва “Глукейр” препаратлари таъсирида интакт кўрсаткичлардан деярли фарқ қилмади.

Хулоса: Сачратқи ўсимлиги илдизининг қуруқ экстракти 50 мг/кг дозада қондаги қанд миқдорини сезиларли даражада камайтиради. Демак, препарат юқори гипогликемик таъсирга эга. Олинган натижалар асосида сачратқи қуруқ экстрактини II тип қандли диабет касаллигининг олдини олиш ва даволаш учун тавсия этиш мумкин.

ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В РАЙОНАХ РАСПОЛОЖЕНИЯ ВОДОХРАНИЛИЩ УЗБЕКИСТАНА

Алматов Б.И., Нуралиев Н.А.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз, г.Ташкент

Целью данного исследования было изучение и оценка состояния здоровья взрослого населения, проживающего в районах расположения различных типов водохранилищ Узбекистана.

Были заполнены разработанные нами «Карта изучения заболеваемости населения, проживающего в районе расположения водохранилищ Узбекистана» для изучения санитарной обстановки, состояния здоровья и условия жизни населения, проживающего в районе расположения наливного Каттакурганского водохранилища (РРКВ, n=941), смешанного Туямуюнского гидроузла (РРТГ, n=900) и в 100 метровой защитной зоне руслового Чарвакского водохранилища (ЗЗЧВ, n=432). Использовали гнездно - типологический метод, с применением общепринятого метода опрос-интервью. Статистическую обработку материала проводили традиционными методами вариационной статистики.

Установлено, что для РРТГ наиболее характерный климатический фактор это «снижение температуры воздуха», а для РРКВ и 100 метровой ЗЗЧВ «повышение влажности воздуха». Такой фактор как «влияние изменения погоды на здоровье» является ведущим фактором ухудшающим самочувствие более половины респондентов, проживающих в РРТГ (57,6%). Этот фактор, отрицательно влияющий на состояние здоровья человека, связан с наличием водохранилища на данной территории.

Ведущими симптомами при ухудшении самочувствия населения, проживающего в РРТГ, были головные боли (64,9%) и частая смена настроения (20,9%), а у населения, проживающего в РРКВ головные боли (64,9%) и раздражительность (19,7%). У респондентов, независимо от места жительства, болезни органов дыхания выявлялись наиболее чаще, чем заболевания других систем. Чаще всего выявлялись грипп или ОРЗ (РРТГ - 20,2% и РРКВ - 53,5%), бронхиты (РРТГ - 10,1% и РРКВ - 1,6%) и тонзиллиты (РРТГ - 1,8% и РРКВ - 1,8%). Общий процент болезней органов дыхания было достоверно больше у респондентов, проживающих в РРТГ, чем в РРКВ.

По ответам респондентов, если у населения, проживающего в РРТГ, наиболее часто по сравнению с другими нозологиями встречались кариес зубов, язва желудка и 12 перстной кишки, гастрит, ревматизм и циститы, а у жителей в 100 метровой ЗЗЧВ эндемический зоб, гипертоническая болезнь, холецистит и пиелонефриты. Процент заболеваемости органов дыхания было достоверно больше у респондентов, проживающих в РРКВ, чем у респондентов, проживающих в РРТГ и 100 метровой ЗЗЧВ.

Таким образом, выявленные факторы, связанные со строительством и эксплуатацией водохранилищ, влияющие на образ жизни и состояния здоровье населения, проживающие в районе расположения водохранилищ, рекомендуется использовать для планирования лечебно-профилактических мероприятий в местных управлениях здравоохранения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Арашова Г.А.

Бухарский Государственный Медицинский институт

Одним из основным этиологическим агентом ОКИ у детей является ротавирусная инфекция. Доля ротавирусной инфекции (РВИ) в структуре ОКИ колеблется от 8 до 73%, что определяется сезонностью заболевания.

Целью нашей работы явилось, проанализировать клинические особенности РВИ у детей раннего возраста. Из больных, госпитализированных в Бухарскую областную детскую инфекционную больницу за 2015 год по поводу ОКИ, РВИ была подтверждена (обнаружением антигенов ротавируса методом ИФА в фекальных массах больных) в 118 случаях. Преимущественное число заболевших составили дети в возрасте от 1 до 3 лет – 52 (44%), больные до 1 года – 42 (35 %), старше 3 лет – 24 (21 %). В большинстве случаев РВИ у детей протекал в среднетяжелой (57%) и тяжелой формах (31%) и чаще всего (у 83,9%) по типу гастроэнтерита. Ведущими клиническими синдромами являлись: лихорадка, различной степени выраженности симптомы интоксикации и эксикоза, диарейный синдром. В 89% случаев заболевание началось остро. Лихорадка была на уровне 38,1-39,0°C и продолжительностью 1-3 дня. Рвота появлялась на первые сутки заболеваний и чаще сохранялась не более двух дней. Рвота чаще была повторной и многократной у (81%) детей. Клиническое течение РВИ у детей различного возраста имело некоторые особенности и находилось в прямой зависимости от характера инфекционного процесса, возраста. Так, РВИ у детей первых 3 лет жизни имела однотипный характер течения: острое начало, повышение температуры тела до 37,5–39°C, потеря аппетита. В первые сутки болезни наблюдались: вялость, повторная рвота, водянистая диарея без патологических примесей (85%). У 24 детей старше 3 лет клиническая картина РВИ отличалась появлением субъективных жалоб в виде болей в животе, преимущественно в околопупочной области. Рвота у 1/3 детей отсутствовала, у остальных была однократной. Диарейный синдром был менее выраженным (стул 1–3 раза в сутки на протяжении 2–3 дней) и сопровождался кратковременной температурной реакцией до 37,5–38,2°C. Признаки эксикоза отсутствовали. У детей всех возрастных групп при РВИ обязательным компонентом была умеренная гиперемия слизистой ротоглотки за 1–2 дня до развития диарейного синдрома, которая сохранялась в течение 3–5 дней.

Таким образом, анализ течения болезни показал, что максимальный уровень заболеваемости РВИ регистрируется у детей в возрастной группе 0-3 года, характеризовалась полиморфизмом клинических проявлений. Основной клинической формой при РВИ является гастроэнтерит, который в большинстве случаев протекает в среднетяжелой форме. У детей всех возрастных групп при РВИ обязательным компонентом является умеренная гиперемия слизистой ротоглотки за 1–2 дня до развития диарейного синдрома.

CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF BRUCELLOSIS

Arashova G. A.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

Disease of people with brucellosis in Bukhara Region considerably exceeds among regions of Uzbekistan. Deterioration of antiepidemic measures during the last years, epidemiological trouble on brucellosis in frontier regions, migratory processes of the population together with livestock promoted preservation epizootic centres and activator circulation. Despite decrease of epizootic intensity in this territories, brucellosis of horned cattle until now meets more than in 1/4 of household with annual occurrence of the new centres.

At the same time at curve is marked a tendency to decrease of brucellosis disease among the people, caused by reduction of quantity of the persons occupied in animal industries and enterprises on processings of cattle-breeding raw materials, decrease in public livestock. Feature of epidemic situation is growth of disease with brucellosis of population connected with individual livestock of agricultural animals. Role of brucellosis in structure of occupational diseases among occupied in agricultural districts makes 42 %. According to anamnestic data, infection of various professional groups-shepherds, zoological and veterinarian staff, milkmaids, shepherds, cattlemen occurred at 81 % of patients by contact and at 29 % - by contact-alimentary ways. Maximum of diseases was registered during spring-summer period, after, mass kitting and calving of animals. Acute brucellosis is characterised by more good-quality current.

Focal defeats (arthritis, orchitis, sacroileitis, endometritis) are observed much less often. Defeats of osteoarticular system in the form of jet synovites, slowly progressing osteo-destructive changes prevail. Amount of person "positively reacting on brucellosis", revealed at professional surveys that testifies about infection of contact lindens. Thus it is necessary to carry out periodic medical inspections, to improve preventive maintenance and diagnostic methods of brucellosis.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ДОНОРОВ

Атаева М.А., Махмудова М. Р.

Бухарский государственный медицинский институт

В системе здравоохранения на службу крови возложена ответственность за обеспечение безопасности крови и ее количества, достаточного для защиты жизни и здоровья населения. Организации службы крови проводят работу по просвещению, привлечению и отбору доноров, забирают и обрабатывают их кровь, готовят компоненты и препараты крови, проводят тестирование донорской крови на различные маркеры инфекций и проводят иные тесты с обеспечением контроля качества. Изучение уровня распространенности инфекционных заболеваний среди доноров крови является наиважнейшим элементом мониторинга безопасности запасов крови и состоятельности скрининга доноров. Контроль гемотрансфузионных инфекционных заболеваний является одной из ключевых задач общественного здравоохранения. Небезопасные переливания крови и медицинская практика могут способствовать распространению инфекционных заболеваний, в частности, ВИЧ/СПИД, гепатитов В и С, а также сифилиса.

Тестирование донорской крови в референс –лаборатории ВОЗ показало следующие результаты по распространенности гемоконтактных инфекций: 0,2% - ВИЧ; 2,7% -гепатит В; 3,0%- гепатит С и 3,6% -сифилис. Кроме того, были проведены тесты на АЛТ для исключения вероятности наличия «серологического окна», когда человек инфицирован, но маркеры заболевания еще отсутствуют. Тест показал распространенность на уровне 8,6% повышения содержания АЛТ.

Нами была изучена деятельность станции переливания крови (СПК) г.Бухары, которая имеет статус межрегионального «Банка крови» для Бухарской, Наваийской и Кашкадарьинской областей и распространенность гемоконтактных инфекций среди доноров. По данным СПК в 2013году было проведено 5560 донаций, где процент распространенности составляет: 0,2% -ВИЧ, 4,8%-ВГВ, 2,7%-ВГС, 1,7%-сифилис, а в 2015 году (7000 донаций) - 0,3%-ВИЧ, 5,7% -ВГВ, 2,5% -ВГС, 1,07% -сифилис. Результаты определения АЛТ в анализах донорской крови за последние 3 года в пределах 1% повышения содержания АЛТ.

Выводы: показатели распространенности ВИЧ и ВГС по Бухарской области почти одинаковы с показателями ВОЗ, а вот распространенность ВГВ в 2 раза больше, что свидетельствует о несостоятельности системы привлечения и отбора доноров, включая стадию лабораторного скрининга на наличие инфекций, или распространенности данной инфекции среди населения, что требует дальнейшего изучения данного вопроса. При этом следует отметить, что за 2013-2015 годы в Бухарской области посттрансфузионных инфекций не было зарегистрировано.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ШИГЕЛЛ

Атамухамедова Д.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: В последние годы, как в зарубежной, так и в отечественной литературе активно обсуждаются вопросы рационализации лечения различных групп больных с кишечными инфекциями. Это связано, прежде всего, с дороговизной фармацевтических препаратов и значительными расходами на лечение. Выявить скрытые резервы, перераспределить финансовые потоки в пользу наукоемких технологий лечения – актуальная проблема системы здравоохранения во многих странах мира.

Цель исследования: изучить особенности антибиотикочувствительности шигелл.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе клиники НИИЭМИЗ МЗ РУз, за период 2015-2016 гг. было выделено 80 культур *Shigellae*, из них *Sh. flexneri* – 69 культур, *Sh. sonnei* – 11 культур. Сам этот факт уже свидетельствует о преобладании шигеллеза Флекснера на территории Республики Узбекистан, что заставляет задуматься о качестве потребляемой населением воды.

Результаты: Все выделенные культуры оказались чувствительными к шигеллезному бактериофагу, умеренной чувствительности или устойчивости шигелл к бактериофагу *in vitro* не обнаружено. Среди выделенных культур шигелл так же наблюдалась 100% чувствительность к ципрофлоксацину. Клинические наблюдения полностью подтверждают эти результаты, что привело к широкому использованию ципрофлоксацина при лечении острой дизентерии. Нормализация стула наблюдалась у всех больных к 3-4 дню лечения. Чувствительность выделенных культур к гентамицину в среднем составила 83,75%, умеренная устойчивость – 15%, устойчивость – 1,25%, причем *Sh. flexneri* оказались более чувствительны к антибиотику (85,5%), чем *Sh. sonnei* (72,7%). Однако клинического выздоровления больных при использовании гентамицина удавалось добиться только к 8-10 дню болезни, что может быть связано с неблагоприятным влиянием гентамицина на нормальную мукозную флору кишечника.

При исследовании действенности фуразолидона *in vitro* к нему оказались в среднем чувствительными 78% культур, умеренно устойчивыми – 16%, устойчивыми – 6% выделенных культур шигелл. Все культуры *Sh. sonnei* оказались *in vitro* чувствительными к препарату. Клинические результаты сопоставимы с лабораторными. В случае легкой или среднетяжелой острой дизентерии у больных, не отягощенных сопутствующими заболеваниями (амбулаторные случаи) фуразолидон должен являться препаратом выбора при лечении.

Выводы: Представленный выше анализ позволяет практическому врачу, работающему в условиях отсутствия либо крайнего недостатка информации по свойствам патогенных энтеробактерий, выбрать оптимальное этиотропное средство при лечении дизентерии, учитывая материальное положение пациента либо лечебного учреждения.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Атамухамедова Д.М.

ТашПМИ, кафедра «Эпидемиологии, инфекционных болезней», г.Ташкент

Острые кишечные инфекции продолжают занимать ведущее место в структуре инфекционной патологии. По данным ВОЗ, ежегодно ОКИ заболевают 1 млрд. человек, значительную часть которых (67-70%) составляют дети до 5 лет.

На современном этапе острые кишечные инфекции сохраняют свою актуальность и для медицинской науки и практики нашей республики.

Целью настоящего исследования явилось изучение интенсивности распространения острых кишечных инфекций в отдельных регионах республики.

С этой целью нами проанализированы данные о заболеваемости ЦГСЭН республики за 2003-2012 гг.

Как показали результаты проведенного нами анализа, уровень острых кишечных инфекций остается не одинаковым по отдельным регионам республики. При анализе значимости отдельных регионов в сумме заболеваемости установлено, что за исследуемые годы показатели Ташкентской области составили (12,4%), Ферганской (10,5%), г.Ташкента (10,1%), Кашкадарьинской, Наманганской, Самаркандской и Сурхандарьинской областях составили от 7,6% до 8,8%, Андижанской, Бухарской и Хорезмской областей от 5,8% до 6,5%.

Суммарные показатели заболеваемости отдельных регионов за 2003-2012 гг. также были неодинаковыми. При средне республиканском показателе заболеваемости 5531,8 на 100 тыс. населения, показатели заболеваемости в Ташкентской (6861,0), Сырдарьинской (6450,8), Сурхандарьинской (6282,6) областей и г. Ташкента (6021,2) превышали средне республиканский уровень. Суммарные показатели заболеваемости в Джизакской, Андижанской, Самаркандской, Ферганской областей и Республики Каракалпакстан были ниже средне республиканского уровня и составляли от 3899,3 (в Джизакской области) до 5308,8 (в Ферганской области) на 100 тыс. населения.

Таким образом, выявленные различия указывают на необходимость дифференцированного подхода в выборе стратегии и тактики борьбы с острыми кишечными инфекциями, в изучении причин, обуславливающих сравнительно высокий уровень заболеваемости и принятии мер по их устранению.

САЛЬМОНЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТОШКЕНТ ШАҲРИ ХУДУДИДА ТУМАНЛАРАРО ТАРҚАЛИШИ

Атамухамедова Д.М., Қосимов И.А.

ТошПТИ, “Эпидемиология, юқумли касалликлар” кафедраси, Тошкент
шаҳри

Мавзунинг долзарблиги: Сальмонеллёз инфекцияси ҳозирги кунда ўткир ичак инфекциялари орасида тарқалишига кўра алоҳида ўрин эгаллайди. Биргина Тошкент шаҳри бўйича касалликнинг тарқалиши 2010- йилда 100000 аҳоли ўртасида умумий 17% ни, туманлар бўйича Миробод 18.7%, М.Улуғбек 13.3%, Шайхонтохур 24%, Юнусобод 14.3%, Яккасарой 8.6%, Чилонзор 23.3%, Сергели 12.6%, Хамза туманида 12.6 %, С.Рахимов 13.2%, Учтепа 20.3%, Бектемир 53.8% ни ташкил этди.

Тадқиқот мақсади: Кейинги йиллар давомида Тошкент шаҳар аҳолиси орасида сальмонеллез инфекцияси билан касалланиш даражасини туманлараро тахлили.

Тадқиқот материаллари: Олиб борилган тадқиқотлар учун Тошкент шаҳар Давлат Санитария Эпидемиология Назорат Маркази (ДСЭНМ) дан олинган Тошкент шаҳар туманлари бўйича салмонеллёз билан касалланиш кўрсаткичларининг 2010-2012 йил бўйича маълумотлари тахлил илинди.

Тадқиқот натижалари: тадқиқотдан олинган натижаларга кўра кейинги йилларда Тошкент шаҳри аҳолиси орасида салмонеллёз билан касалланиш кўрсаткичлари ўсиб бориб, 2010-2012 йилда умумий касалланиш кўрсаткичи 100000 аҳолига 17% ни ташкил этди. Эрта ёшдаги болалар орасида касалланиш кўрсаткичи катта ёшдаги аҳоли орасида қайд этилаётган касалланишдан 7-8 марта юқори бўлган. Тошкент шаҳрида кейинги йиллар давомида аҳоли орасида сальмонеллёз билан касалланишга сабаб бўлган серологик штамм С. энтеритидис хисобланади. Ушбу штамм 83.2% ҳолларда касалланишга сабаб бўлган. Шу билан бир қаторда сальмонеллёзнинг касалхона ичи инфекцияси кўринишида тарқалиши ҳам қайд этилиб, уларга С. тифимуриум ва С. айфа сероварлари сабаб бўлган.

Хулоса: Сальмонеллёз билан касалланиш Тошкент шаҳрининг деярли барча туманларида қайд этилиб, шаҳар аҳолиси орасида эпидемиологик жараённинг фаоллашувидан дарак беради. Касалликни клиник белгиларини хилма-хиллиги, енгил кечуви, озиқ-овқат корхоналарида ишловчи ходимлар ўртасида бактерия ташувчилар сонини ортиб бориши, ташхис масалаларини ҳал этиш борасида қийинчиликлар туғдирмоқда. Баъзан эса хасталикни болалар орасида жуда оғир кечиби, ҳатто ўлим юз бериши мумкинлиги, касаллик ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлиш зарурлигини тақозо этади.

БИФИЛАКС ИММУНО ПРЕПАРАТИНИ ИММУНОТРОПИК ХУСУСИЯТИНИ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИДА ЎРГАНИШ

Атаходжаева Д.Р., Камалов З.С.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

Муаммонинг долзарблизи: Бруцеллез барча мамлакатларда, шу жумладан Қозоғистон ва Ўрта Осиё давлатларида – Ўзбекистон, Тожикистон, Қирғизистонда кенг тарқалган зооноз касалликлардан биридир. Бруцеллез патогенезининг асосида иммунокомпетент хужайраларининг этиологик агентнинг таъсирига берган кўпқиррали жавоби ётади.

Эришилган мувафақиятларга қарамасдан, ҳозирги замонда қўлланилаётган даволаш усуллари, оранизмдан касаллик кўзғатувчисини бутунлай чиқиб кетишини таъминлай олмаяпти. Даволашнинг рационал ва самарали усуллари танлашда ва касалликнинг ижобий тугалланиши учун беморларнинг умумий иммун ҳолатини ва махсус кўрсаткичларини аниқлаш муҳим рол ўйнайди.

Айтилганларни ҳисобга олган ҳолда, биз олдимизга Бифилакс иммуно препарати тажриба ҳайвонларини лимфоид аъзоларига иммунотроп таъсирини ўрганишни **мақсад** қилиб қўйдик.

Материал ва усуллар. Тажриба 18-20 гр вазндаги оқ сичқонларда ўтказилди. Сичқонлар бир неча гуруҳга ажратилди (6та тажриба ва 1 та назорат) ва ҳар бир гуруҳда 6 тадан сичқонлар бўлди. Барча сичқонларнинг қорин бўшлиғига 5×10^6 миқдориди кўй эритроцитлари (ҚЭ) юборилди, сўнгра, тажриба сичқонларининг ҳар бир гуруҳига 4 кун давомида 3 та дозада, яъни: биологик фаол дозада - 0,071 мл/кг, биологик фаол дозадан бир баробар кўп дозада - 0,142 мл/кг ва биологик фаол дозадан бир баробар кам дозада - 0,0355 мл/кг. миқдориди Бифилакс иммуно препарати юборилди. Қиёсий солиштириш учун худди шу дозаларда бошқа гуруҳдаги сичқонларга Бактоспорулин препарати юборилди. Тажриба ва назорат гуруҳидаги сичқонларнинг барчаси даволашнинг сўнг 4-чи куни сўйилди ва уларнинг лимфоид органлари (талок, лимфа безлари, тимус) олиб текширилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики Бифилакс иммуно ва Бактоспорулин таъсирида лимфоид аъзоларнинг барчасида- талок, лимфа тугунлари ва тимуснинг вазнини ва хужайравийлигини (хужайраларнинг умумий миқдорини) назорат гуруҳига нисбатан 1,92 мартадан 2,37 мартагача ошиб келганлиги кузатилди. Пробиотиклар таъсирида барча дозаларда антитаначалар ҳосил қилувчи хужайраларнинг ҳам (АХҚ) вазни ва умумий хужайралар сонини ортганлиги кузатилди. Ушбу кўрсаткичлар айниқса Бифилакс иммуно қабул қилган сичқонларда юқори бўлди, яъни Бифилакс иммуно препарати ярим дозада ҳам (0,0355 мл/кг) Бактоспорулинга нисбатан (0,071 мл/кг) фаол эканлиги аниқланди.

Шу билан бирга иммунизация қилинган сичқонларда лейкоцитлар ва лимфоцитлар миқдорининг ошишга мойиллиги, В- лимфоцитларни иммунокомпетент хужайраларини, Т-лимфоцитлари ва унинг субпопуляциялари: Т-хелперлар, Т- супрессорларнинг экспрессияси кучайганлиги аниқланди. Шуни айтиш керакки, ишлатилган препаратлар иммун тизимга токсик таъсирлар кўрсатмади.

Шундай қилиб, ўрганилган пробиотик барча текширилган дозаларда иммунизация қилинган сичқонларнинг лимфоид аъзоларида антитаначалар ҳосил бўлиш жараёнини тезлаштирди, ушбу ҳолатда Бифилакс иммунонинг ярим дозада – 0,0355 мл/кгда самарали эканлиги аниқланди.

ЧТО ОБЪЕДИНЯЕТ РАЗНЫЕ ПАТОЛОГИИ?

Ахмеджанова З.И.

Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз

Актуальность. Аллергические нарушения, проявляющиеся у ВИЧ-инфицированных уже на начальных стадиях являются актуальной проблемой, возникающей при лечении данных пациентов. У ВИЧ - инфицированных чаще, чем у ВИЧ-негативных лиц встречаются аллергозы, в частности, они чаще дают аллергические реакции на лекарства. В развитых странах 15-35% населения страдает аллергическими болезнями, что представляет большую социальную и экономическую проблему. 70% всех побочных реакций на медикаменты является аллергическими, смертность от них достигает 0,005%.

Цель: Провести комплексную оценку аллрегопатологий у ВИЧ - инфицированных пациентов.

Материалы и методы. Обследованы 628 ВИЧ-инфицированных пациента, в возрасте от 21 до 54 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы: (1- CD4 - более 500 кл/мкл, 2- с CD4 от 200 до 499 кл/мкл, 3- с CD4 - менее 200 кл/мкл). использовались иммунологические, аллергологические, психологические методы исследования с учетом клинических проявлений ВИЧ/СПИД, определяли макро и микроэлементы нейтронно-активационным методом. Статистическую обработку полученных результатов проводили по стандартным программам из пакета Microsoft Office Excel-2003.

Результаты и обсуждение. Анализ показателей IgE в общей группе ВИЧ-инфицированных пациентов выявил, что в среднем содержание IgE было достоверно повышено и составило в среднем $161,97 \pm 22,4$ МЕ/мл, что достоверно превышало данные контрольной группы. Уровень гистамина в общей группе ВИЧ - инфицированных пациентов, независимо от содержания CD 4 лимфоцитов, был выше значений контроля ($0,33 \pm 0,001$ мкмоль/л) и в среднем составил $1,29 \pm 0,04$ мкмоль/л Исследование макро и микроэлементов волос у ВИЧ-инфицированных пациентов с аллергозаболеваниями (1 группа пациентов), и у не ВИЧ-инфицированных с аллергозаболеваниями (2 группа пациентов) показали, что Cl, Ca, Fe, Cu, Ni, Se, Cr были достоверно ниже контроля в обеих группах. Согласно литературным данным инактивация свободного, биологически активного гистамина происходит под действием диаминооксидазы (ДО), в активном центре которого содержится медь. Полученные результаты показывают, что снижение Cu, влияет на инактивацию повышенного гистамина, выявленного нами у ВИЧ-инфицированных пациентов. У 86% ВИЧ-инфицированных пациентов была низкая стрессоустойчивость.

Заключение. Проведена оценка ГНТ и ГЗТ у ВИЧ-инфицированных пациентов, выявлен дефицит IgE при лекарственной аллергии повышение гистамина на разных стадиях ВИЧ/СПИД заболевания, комплексная оценка содержания основных структурных макроэлементов и определенных эссенциальных микроэлементов позволила выявить их дисбаланс по мере прогрессирования заболевания и общие нарушения с не ВИЧ-инфицированными пациентами. Проведенные исследования дают возможность предположить общие

закономерности, происходящие в организме при инфекционной и не инфекционной патологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ КРОВИ ЛИХОРАДЯЩИХБОЛЬНЫХ

Ахмедов И.Ф.¹, Абдухалилова Г.К.¹, Бектимиров А-М.Т.¹, Назаров Э.У.¹,
Расулмухамедова М.Н.²

- 1 Научно исследовательский институт эпидемиологии микробиологии и инфекционных заболеваний,
- 2 Клиническая больница №1 г. Ташкента.

Введение: Исследование крови на стерильность является важнейшим методом лабораторного исследования у пациентов с определенными показаниями. Гемокультивирование является в настоящее время «золотым стандартом» в диагностике бактериемии. С момента изобретения антибиотиков известно о феномене резистентности микроорганизмов к ним. В настоящее время часто выявляется множественная устойчивость микроорганизмов к антибиотикам. Поэтому в последнее время из-за не рационального и повсеместного назначения антибактериальных средств вопрос о резистентности становится еще более актуальным.

Цель: Определить резистентность к антибактериальным препаратам штаммов выделенных из образцов крови пациентов обследованных на бактериемию в 2015-2016 гг.

Материалы и методы: В период с января 2015 по сентябрь 2016 года было проведено 255 микробиологических исследований крови на стерильность от больных с лихорадкой неустановленного генеза. Забор крови и бактериологические исследования проводились в соответствии с нормативными документами МЗ РУз. Положительными на бактериемию, были 12 образцов, что составило (5% случаев). Среди выделенных штаммов: *S. aureus* 58%, *Kl. pneumonia* 25%, *Enterococcus spp* 16%. Постановка чувствительности проводилась с использованием диско-диффузионного метода по стандартам EUCAST с дисками антибиотиков по классам: Фторхинолоны, Аминогликозиды, Цефалоспорины 3-го поколения, Рифампицин, Эритромицин, Тетрациклин, Ванкомицин (HiMedia, Индия).

Результаты: Установлено, что штаммы *S. aureus* резистентны к фторхинолонам в 86%, к эритромицину в 72%, рифампицину в 43%, а к цефалоспорином 3-го поколения в 100% случаев. 72% штаммов *S. aureus* были чувствительными к аминогликозидам. У штаммов *Kl. pneumonia* выявлена резистентность: к фторхинолонам, аминогликозидам и тетрациклином в 67%, к цефалоспорином 3 поколения и рифампицину 100%. У 50% штаммов *Enterococcus spp.* наблюдалась устойчивость к фторхинолонам, аминогликозидам, ванкомицину, и в 100% случаев наблюдается резистентность к цефалоспорином 3 поколения.

Выводы: Таким образом, изучение антибиотикорезистентности выделенных культур из крови показало, что среди стафилококков 72% штаммов обладали метициллинорезистентностью. 50% штаммов *Enterococcus spp.* являются ванкомицин резистентные и в 100% наблюдается резистентность к цефалоспорином 3-го поколения у *Kl. pneumonia*.

МАРКЕРЫ HBV - ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В С ЗАДЕРЖКОЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Ахмедова А.Х., Иноятова Ф.И.

РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования - выявить особенности маркерного профиля HBV инфекции у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ) в зависимости от состояния их полового развития.

Материал и методы. Обследованы 243 детей, больных ХГВ в возрасте от 12 до 18 лет. Из них 112 (46,0%) составили девочки, 131 (54,0 %) – мальчики. Диагноз ХГВ верифицирован на основании анамнеза, данных клинико - лабораторных и инструментальных исследований. Серологические исследования были направлены на определение в сыворотке крови HBsAg и антител против HBV - анти HBs, анти HBc, анти HBe, а также анти - HCV и анти - HDV для исключения сочетанных форм ХГВ с использованием тест - систем фирмы «Roche» (Швейцария), «Ebbot» (США). Половое развитие (ПР) подростков оценивали в соответствии со стадиями полового развития по Таннеру. В зависимости от состояния полового развития больные распределены на две группы: I группу больных с задержкой полового развития (ЗПР) составили 100 детей, II группу пациентов с нормальным половым развитием (НПР) – 70 детей, больных ХГВ.

Результаты. Показатели частоты выявления маркеров HBV в сравниваемых группах статистически различались. Так, у $94,0 \pm 2,3\%$ больных I группы в крови был обнаружен HBsAg, тогда как среди пациентов II группы поверхностный антиген выявлялся в 1,2 раза реже – в $78,5 \pm 4,9\%$ случаях ($p < 0,05$). Антитела к HBsAg в I группе больных обнаруживались у $17,0 \pm 3,7\%$ пациентов, что почти в 2 раза реже, чем во II группе больных ($31,4 \pm 5,5\%$, $p < 0,05$). У 11,0% больных I и 37,1% пациентов II группы обнаружение HBsAg сочеталось выявлением анти HBs. Эти антитела не обнаруживались при наличии активности процесса и были характерны интегративной фазе заболевания. Частота выявления маркера активной репликации HBV вируса - HBeAg и антител к нему также зависела от состояния ПР больных. HBeAg в группе больных с ЗПР определялся в 2,5 раза чаще, чем в группе больных с НПР, а антитела к HBeAg в группе пациентов с НПР – у $20,0 \pm 4,8\%$ против $7,0 \pm 2,5\%$ больных с ЗПР. По - видимому, это связано с преобладанием активности патологических процессов в печени у больных с ЗПР. Антитела же к HBcAg чаще обнаруживались в группе пациентов с ЗПР – $68,0 \pm 4,6\%$, тогда как в группе больных с НПР этот показатель составил $45,7 \pm 5,9\%$, что в 1,5 раза реже, чем в сравниваемой группе. Возможно, это связано с преобладанием у больных с ЗПР аутоиммунных процессов, т.к. эти антитела по данным литературы, имеют аутоиммунную природу.

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о более глубоком поражении и преобладании активности патологических процессов в печени у детей, больных ХГВ с ЗПР, что необходимо учитывать при ведении данной категории пациентов.

ОРОЛБЎЙИ ХУДУДЛАРИДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахмедова М.Д., Ташпулатова Ш.А., Ганиева О.Ф.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Тадқиқот мақсади сурункали вирусли гепатит С клиник кечиш хусусиятларини Оролбўйи худудида ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари: Ургенч шаҳар вилоят юқумли касалликлар шифохонасида сурункали вирусли гепатит С ташхиси билан даволанган 20 нафар беморлар кузатилди.

Олинган натижалар: Кузатувдаги беморларининг 70,0% ни аёллар, 30,0% ни эркеклар ташкил қилди. Беморлар ўртасида жинс бўйича тафовут тахлил этилганида, аёллар статистик ишонарли фарқ билан юқори эканлиги маълум бўлди ($P < 0,05$). Ушбу гуруҳдаги беморларни ўртача ёши $39,2 \pm 2,5$ ташкил қилди. Беморлар ёш бўйича тахлил этилганида асосан 40 дан кичик ёшдаги кишилар ташкил қилди ($P < 0,05$).

Беморларининг $10,0 \pm 6,9\%$ (2) сурункали юқумли жараён минимал фаолликда, $75,0 \pm 9,9\%$ (15) – ўртача фаолликда, $15,0 \pm 8,2\%$ (3) – максимал фаолликда кечди.

Беморларнинг $75,0 \pm 9,9\%$ да турли хил йўлдош касалликлар: ўт-тош касаллиги ($53,3 \pm 13,3\%$), сурункали холецистит ($80,0 \pm 10,7\%$), сурункали панкреатит ($53,3 \pm 13,3\%$), сийдик-тош касаллиги ($26,6 \pm 11,8\%$), сурункали пиелонефрит ($46,7 \pm 13,3\%$) аниқланди. Ушбу гуруҳ беморларида койка-кунлари ўртача $22,4 \pm 2,1$ кун давом этди.

Беморларнинг 100,0% да ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳа пасайиши, тери рангини сарғайиши, кўнгил айниши шикоятлари безовта қилди. Беморларнинг 55,0% да пешоб рангини тўқлашиши, 30,0% да бир ёки бир неча маротаба қайт қилиш, 75,0% да ўнг қовурға ости соҳасидаги симилловчи оғриқ кузатилди, яъни беморларда сурункали гепатит С жигар белгилари устунлиги билан кечди.

Маълумки, қон биокимёвий ўзгаришлари гепатобиллиар тизим ҳолатини баҳолашда ёрдам беради. Беморларнинг 40,0% (8) АлАТ қиймати ошди: 7 (87,5%) нафар беморларда 1-2 баробарга, 1 (11,1%) нафарида 3-4 баробаргача кўтарилди ҳамда АлАТ миқдорининг ўртача қиймати $2,41 \pm 0,09$ мкмоль/соат·л, АсАТ - $1,2 \pm 0,03$ мкмоль/соат·л ни ташкил қилди. Холестатик синдром мавжудлиги қоннинг биокимёвий тахлилида умумий бирубин ҳамда унинг боғланган ва боғланмаган фракциялари миқорига кўра баҳоланилди. 100,0% беморларда умумий билирубин миқдорини меъёрдан ошиши кузатилди ҳамда кўрсаткични ўртача қиймати $94,5 \pm 10,2$ мкмоль/л бўлди.

ХУЛОСА

1. Оролбўйи худудларидаги сурункали вирусли гепатит С билан касалланган беморлар орасида аёллар сони (70,0%) юқори бўлиб, улар асосан ўрта ёшни ташкил қилади.

2. Оролбўйи беморларида сурункали вирусли гепатит С ўртача (75,0%) ва юқори (15,0%) фаолликда, жигар белгилари ҳамда холестатик синдром устунлиги билан кечади.

3. СВГС билан касалланган Оролбўйи беморларининг 75,0% да касаллик ошқозон-ичак тракти ва сийдик ажратиш тизими касалликлари билан йўлдош кечиш хос.

ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА КАНДИДОЗЛИ СУПЕРИНФЕКЦИЯ

Ахмедова М.Д., Ибрагимова Н.У., Имамова И.А.

ТТА, Ўзбекистон, Тошкент

Ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) ҳозирги кунгача жиддий социал иқтисодий қийматга эга бўлган муаммо ҳисобланади, қайсики бутун дунё инфекция касалланиш структурасида иккинчи ўринни эгаллайди ва шу сабабли ҳар томонлама ўрганишни талаб қилади. Шунинг учун ичак инфекцияларида ичак кандидози суперинфекцияси бўйича изланишлар олиб бориш илмий ва амалий жиҳатдан қизиқишларга сабаб бўлади, ушбу беморларда бу савол жиддий ёндошишни талаб қилади. Соғлом одамда ҳазм трактининг оппортунистик микрофлораси доимий компонентлари бўлиб солиштирма оғирлиги физиологик шароитларда жуда кам миқдорни ташкил этадиган кандида авлодига мансуб замбуруғлар ҳисобланади, уларнинг патоген хусусиятлари маҳаллий иммунитет ва нормал микрофлора фаолияти туфайли блокланиб туради.

Изланиш мақсади: ичак инфекцияларида кандидозли суперинфекцияни клиник лаборатор жиҳатдан ўрганиш.

Изланишнинг материал ва услублари: 16-60 ёшли ЎИИ диагнози бактериологик тасдиқланган 60 та бемор 2013-2016 йиллар мобайнида текширилди. 23 та беморда ўткир дизентериянинг чўзилган шакли, 7 та беморда ўткир дизентерия рецидивланувчи шакли, 30 та беморда 3 ҳафтадан ортиқ давомийликка эга бўлган салманеллез гастроинтестинал варианты диагнози тасдиқланган. Барча беморларда бифидобактериялар миқдори камайиши ва *Candida albicans* солиштирма оғирлиги сезиларли ортиши натижасида юзага келган иккинчи даражали ичак дизбактериози микробиологик жиҳатдан аниқланган. Кузатувдаги беморларнинг 83% анамнездан антибактериал препаратларни назоратсиз қабул қилганлиги аниқланган. Ушбу беморларга этиотроп даво билан биргаликда 7 кунлик кандидозга қарши даво курси белгиланди. 30 та (50%) беморларга флуконазол 150 мг дан кунига ва 30 та (50%) беморларга нистатин 500.000 ТБ×3 маҳал кунига буюрилди. Нистатин қабул қилган беморлар гуруҳида ахлат назорат текшируви *Candida albicans* миқдори одатдаги даражагача камайганлигини кўрсатди. Флуконазол билан давода бундай эффект беморларнинг фақатгина 4 тасида кузатилди.

Хулоса қилиб айтганда ичак инфекцияларида ичак кандидозини (*Candida albicans*) нейтраллашда нистатин яхши самара беради.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В

Аъзамов О.Ф.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Интерфероногенез при ВГВ инфекциях чрезвычайно важно для прогноза заболевания.

Целью исследования являются изучить особенности течения ХВГВ в зависимости от состояния интерфероногенеза.

Материал и методы. В связи с поставленной целью исследования было обследовано 52 больных с хроническими вирусными гепатитами В. Исследования проводилось на базе городской клинической инфекционной больницы №5. Для изучения вышеуказанные цели проводилось общеклинические, биохимические, специфические методы исследования, а также инструментальные методы исследования (УЗИ, ЭФГДС, термография передней брюшной стенки).

Результаты и обсуждение. Нами был исследован интерфероногенез у больных ВГВ как до лечения интерферона, так и после цикла терапии. Контрольную группу составили 15 больных.

Интерфероногенез оценивали по содержанию интерферона альфа и гамма в сыворотке крови и способности лейкоцитов вырабатывать эти же типы интерферонов (ИРЛ). У больных с ХВГВ в фазу активного воспалительного процесса до начала лечения наблюдалось повышение α -ИНФ и γ -ИНФ.

Обследовано 52 больных, из них 30 больных получили базисную терапию, 15 больных получили виферон в сочетании с базисной терапией, 7 больных получили циклоферон в сочетании базисной терапией. Для более полной оценки интерфероногенеза определяли общий интерферон и его типы альфа и гамма, а также интерфероновую реакцию лейкоцитов альфа и гамма типов. Как до лечения у всех больных с ХВГ было отмечено повышение ИНФ, в большей степени за счет альфа типа и снижение ИРЛ, особенно альфа типа. После проведения базисной терапии были выявлены однотипные изменения для ХВГВ. Характерным было повышение содержания γ -ИНФ в сыворотке крови и рост ИРЛ альфа типа. В этой группе детей наибольший выход α -ИНФ (K_{α} -0,63) был при гепатите С, для γ -ИНФ он составил – 0,40.

Выводы. Таким образом, повышение интерферона (ИРЛ) после лечения циклофероном обусловлено, очевидно, стимуляцией интерфероноцитов (возможно к пролиферации), а вифероном – в большей степени за счет изменения свойств мембран лимфоцитов, приводящих к усилению выхода интерферона.

ТОРЧ-ИНФЕКЦИЯ – ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, УСУГУБЛЯЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Байжанов А.К., Утегенова С.К., Касимова Р.И.

**Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз, г.Ташкент,
Узбекистан**

Одним из актуальных оппортунистических заболеваний среди больных ВИЧ-инфекцией, возможно влияющих на эффективность высокоактивной антиретровирусной терапии являются такие заболевания, как цитомегаловирусная инфекция, инфекции, вызываемые вирусом простого герпеса и токсоплазмоз, так как их активация могут привести к снижению эффективности проводимой специфической терапии и прогрессированию основного заболевания – ВИЧ-инфекции.

Целью настоящего исследования явилось изучение роли цитомегаловирусной инфекции, инфекции, вызываемой вирусом простого герпеса и токсоплазмоза среди больных ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию.

Материал и методы. Были обследованы 26 ВИЧ-инфицированных больных, госпитализированных в клинику НИИ Вирусологии МЗ РУз, с ТОРЧ-инфекцией (цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ), инфекция, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ) и токсоплазмоз). В работе использованы методы иммуноферментного анализа (ИФА) и полимеразной цепной реакции (ПЦР). В крови обследованных больных на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии определены содержание CD4 клеток (Т-лимфоцитов) и уровень вирусной нагрузки вируса иммунодефицита человека.

Результаты. Больные были распределены на 2 группы в зависимости от сочетания цитомегаловирусной инфекции, ВПГ и токсоплазмоза: первую группу составили 12 больных ВИЧ-инфекцией с наличием ЦМВ + ВПГ + токсоплазмоза, а вторую группу – 14 больных ВИЧ-инфекцией с выявлением в крови ЦМВ + ВПГ (больные с токсоплазмозом в эту группу не включены). На фоне антиретровирусной терапии через 6 месяцев после начала терапии среднее количество CD4 лимфоцитов в первой группе составило 164,6 кл/мкл (исходный уровень 111,3 клеток/мкл), а вирусная нагрузка ВИЧ – 566 коп/мл (исходный уровень 1200 копий/мл), во второй группе больных эти показатели в среднем составили 232,2 клеток/мкл и 207 коп/мл (исходный уровень 124,4 клеток/мкл и 1140 копий/мл), соответственно.

Выводы. Таким образом, при наличии ЦМВ, ВПГ инфекции и токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию, содержание CD4 лимфоцитов остается низким, а уровень вирусной нагрузки вируса иммунодефицита человека – высоким, тем самым эти инфекции являются одним из основных факторов, усугубляющих патологический процесс при ВИЧ-инфекции, что необходимо учесть при мониторинге эффективности антиретровирусной терапии.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЛЯМБЛИОЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ПРОТИВОПАРАЗИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

Бегайдарова Р.Х., Юхневич Е.А., Девдариани Х.Г.,
Дюсембаева А.Е., Алшынбекова Г.К.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет
АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия»,
Караганда, Казахстан

Цель исследования: охарактеризовать эрадикационную эффективность различных схем лечения при лямблиозе (Лз).

Материалы и методы. Проведено открытое рандомизированное контролируемое исследование по изучению качества жизни пациентов на фоне применения различных схем терапии Лз. Всего в исследование включено 110 пациентов с верифицированным Лз, которые были распределены на 3 группы: первая группа получала Метронидазол в дозе 500мг 2 раза в сутки, вторая – Саусалин в дозе 240 мг 3 раза в сутки, третья – комбинированную терапию препаратами Метронидазол в дозе 500мг 2 раза в сутки и Саусалин в дозе 240 мг 3 раза в сутки. Продолжительность терапии составила 10 дней.

Результаты. Были получены клинически и статистически значимые различия показателей качества жизни пациентов до лечения и после завершения терапии по ведущим синдромам – «Диспептический синдром» и «Диарейный синдром». На фоне комбинированной терапии наиболее высокая динамика улучшения показателей по данным синдромам была при использовании комбинированной терапии Саусалином и Метронидазолом и составила 75% и 80% соответственно ($p < 0,05$), при монотерапии Саусалином динамика регресса проявлений синдромов также была значимой и составила 64% и 71% соответственно ($p < 0,05$). Использование Метронидазола как монотерапию может усугублять снижение показателей качества жизни у больных Лз из-за побочных реакций на данный препарат в усилении диспептических явлений.

При оценке эффективности эрадикационной терапии было определено, что использование Саусалина позволяет достичь эрадикации лямблий у 82% пациентов ($p < 0,01$), Метронидазол имел более низкую эффективность – 56,8% ($p < 0,01$), а комбинация Саусалина и Метронидазола привела к повышению эффективности этиотропной терапии до 88,2% ($p < 0,01$). Улучшение показателей клинической эффективности схем с использованием Саусалина обусловлено высоким профилем безопасности препарата.

Вывод. Наиболее эффективными схемами лечения Лз является сочетанное применение Саусалина и Метронидазола и монотерапия Саусалином. При использовании данных схем получен высокий процент эрадикации паразита по результатам микроскопических исследований и достигнуты статистически значимые различия в динамике улучшения показателей качества жизни по специализированному опроснику GSRS по ведущим диспептическому и диарейному синдромам.

ДАННЫЕ О СОСТОЯНИИ МИКРОЭКОЛОГИИ КИШЕЧНИКА БОЛЬНЫХ С ДИАРЕЯМИ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАБОЛИТОВ В БИОСУБСТРАТАХ

**Бектимиров А.М.-Т., Ибрагимов А.А., Ахмедова Д.Р., Садикова Н.М.
НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ
РУз**

Сведения о метаболитах бактерий, входящих в состав микробиома человека, в литературе крайне скудны. Согласно традиционным представлениям, это небелковые низкомолекулярные органические соединения, непригодные для дальнейшего биосинтеза, и поэтому бесполезные для человека. Принято считать, что в процессе брожения «полезные бактерии», такие как бифидо и лактобактерии, продуцируют «безвредные» вещества, в частности, молочную кислоту (лактат). Другие условнопатогенные бактерии могут в процессе гниения выделять токсичные ароматические соединения, которые детоксицируются в печени (фенол — в крезол, индол — в скатол) и выводятся почками.

Можно считать доказанным, что метаболическая активность микрофлоры кишечника способствует высвобождению энергии в ходе утилизации нутриентов, участвует в трофике эпителия слизистой, выполняет защитную функцию, препятствуя колонизации и инвазии патогенов, обеспечивает адекватное функционирование иммунных структур кишечного барьера и выполняет ряд других полезных функций. Однако попрежнему отсутствуют ответы на вопросы о химической структуре и механизмах участия метаболитов микробиоты в системных биохимических и регуляторных процессах, протекающих в организме человека в норме и патологии.

Одним из перспективных направлений изучения микроэкологии кишечника в норме и при патологии является метод, основанный на определении метаболической активности микрофлоры по уровню метаболитов, которые представляют собой конечные продукты ферментации протеолитической и сахаролитической анаэробной микрофлоры (бифидобактерий, лактобактерий, бактериоидов, фузо-, эубактерий). Различные отклонения от нормы уровня и спектров метаболитов могут служить биохимическими маркерами структурных и функциональных нарушений кишечной микрофлоры у больных.

Проведено изучение спектра метаболитов копрофильтратов 58 больных с диареей. Параллельно проводились бактериологические исследования на дисбактериоз. При детальном анализе хроматограмм, полученных от всех больных, удалось выявить 3 биохимических варианта, отличающихся различным сочетанием трех уникальных метаболитов. I вариант обусловлен выявлением всех 3 аминокислот (β -Ala, 5-Ape, γ -ABA), II вариант — наличием только β -Ala, III вариант характеризовался отсутствием всех 3 аминокислот. У больных протейной инфекцией выявлено 3 варианта.

Выявленный спектр низкомолекулярных метаболитов, химическая природа большинства из которых пока еще не определена, отражает, по нашему

мнению, состояние индигенной микрофлоры дистального отдела желудочно-кишечного тракта, которое можно расценить как дисбиозное.

Для окончательного вывода и специфичности выявляемых изменений при том или ином инфекционном процессе требуется более представительная подборка больных с изученными нозологическими формами инфекционного процесса. Значимость неидентифицированных химических соединений с определенными нами параметрами для оценки микроэкологии кишечника будет очевидной после установления их химической структуры и выявления микробов, способствующих их возникновению, что является предметом специальных исследований.

Эти наблюдения указывают на необходимость дифференцированного подхода к назначению таких препаратов из представителей нормальной микрофлоры, как колибактерин, лактобактерин, бифидобактерии, так как при ОКИ различной этиологии наблюдается избирательный дефицит тех или иных индигенных бактерий, что связано с различиями аэробно-анаэробного симбиоза, наиболее демонстративно выявляемыми при исследовании профиля метаболитов кишечника.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что бактериологический метод, устанавливая нарушения микробиоценоза кишечника, не позволяет выявить дифференциальные признаки, которые обнаруживаются биохимическим методом.

В заключение следует отметить, что данные о состоянии микроэкологии кишечника, полученные биохимическим экспресс-методом, не только коррелируют с результатами бактериологических исследований, но и существенно их дополняют. В отличие от бактериологического биохимический метод обеспечивает более дифференцированный подход к оценке состояния колонизационной резистентности кишечника путем контроля качественного состава электрофоретической картины метаболитов в образцах фекалий.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНОГО ДИСБИОЗА

Бектимиров А.М-Т., Худайбердиев Я.К., Ахмедова Д.Р.

**НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний
МЗ РУз**

При инфекционных заболеваниях различной этиологии происходят изменения аутохтонной микрофлоры, что отражается в состоянии больного.

Клинические симптомы кишечного дисбактериоза неспецифичны. Как правило, отсутствует прямая зависимость между клиническими проявлениями и степенью дисбиотических изменений. Так, например, клинические проявления синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) могут полностью отсутствовать или быть одним из патогенетических факторов хронической рецидивирующей диареи. У ряда больных дисбиотические изменения микрофлоры могут приводить к тяжелой диарее со стеатореей, синдрому нарушенного всасывания и В12-дефицитной анемии.

Наличие большого количества эшерихий, клебсиелл, протей, энтерококков, бактероидов и других представителей условно патогенной микрофлоры способствует развитию воспалительных изменений в слизистой оболочке тонкой кишки, повышению ее проницаемости по отношению к пищевым и микробным антигенам. Развитие эндогенных инфекций и эндотоксикозов вследствие массивной бактериальной транслокации чаще всего развивается у больных с иммунодефицитами, новорожденных и престарелых людей [Парфенов А. И., Бондаренко В. М., 2009].

Условно патогенные микроорганизмы, в том числе неспорообразующие анаэробные бактерии, не обладают органным тропизмом, поэтому клиническая картина при дисбиозе очень разнообразна и не имеет нозологической специфичности. Определенный интерес представляет собой достаточно специфичная клиническая картина псевдомембранозного колита, причиной которого является длительное употребление антибиотиков. Угнетение нормальной кишечной микрофлоры приводит к размножению облигатного анаэроба *Clostridium difficile*, который выделяет токсины А и В, обладающие патогенным влиянием на эпителий кишечника. Клиническими симптомами заболевания является обильная водянистая диарея, нередко с примесью крови, повышение температуры тела и лейкоцитоз.

Кроме этого, клинические проявления дисбактериоза зависят от компенсаторных возможностей организма и могут быть не связаны с выявленными нарушениями в микрофлоре кишечника.

Проведено клинко-микробиологическое обследование 59 больных с бактериальной и вирусной инфекцией, госпитализированных в клинику НИИЭМИЗ. Среди них: 30 детей и 29 взрослых.

Бактериологические исследования позволили выявить у больных с вирусными гепатитами (2 детей и 4 взрослых) и острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии (28 детей и 25 взрослых) дисбактериоз 2-степени.

Прослежена клиническая симптоматика. Установлено, что независимо от этиологии, у больных с дисбактериозом кишечника имеются однотипные

клинические проявления. При дисбактериозе кишечника, ассоциированного с вирусными гепатитами синдромы диареи и лихорадки не констатированы. В динамике болезни отмечается купирование основных признаков, связанных с дисбиотическими изменениями кишечника.

При острых кишечных инфекциях неустановленной этиологии свойственные для диарейных заболеваний признаки были преобладающими.

Видимо, при получении репрезентативных данных можно будет судить о характере клинических признаков, свойственных для дисбактериоза кишечника независимо от нозологической принадлежности по основной патологии.

РАЗРАБОТКА СКРИНИНГОВОГО ИММУНОФЕРМЕНТНОГО ТЕСТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМ БАКТЕРИЯМ

Бектимиров А.М.-Т., Ташпулатова М.К.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний,
Ташкент, Узбекистан

Условно-патогенные бактерии (УПБ) рассматриваются не только как возбудители инфекционных заболеваний, но и как вероятная причина возникновения и обострения течения различных аутоиммунных заболеваний, опосредованных механизмом антигенной мимикрии. Многочисленные научные исследования указывают на возможную триггерную роль *Y. enterocolitica* в возникновении аутоиммунного тиреоидита и ревматоидного артрита; *P. mirabilis* в возникновении ревматоидного артрита; *Kl. pneumoniae* - при болезни Бехтерева (более 60% положительных реакций с антигенами *Klebsiella pneumoniae*). Имеются сообщения о наличии перекрестных реакций между *H. influenzae* и *M. catarrhalis* с антигенами легкого, *E. coli*- с антигенами почек.

При различных заболеваниях в сыворотках крови людей определяют повышение титров антител к УПБ. Роль этих видов УПБ в возникновении заболеваний находит подтверждение при бактериологических исследованиях. При желудочно-кишечных заболеваниях определяются высокие титры антител к *S. aureus*, *E. coli*, *Proteus spp.*, *P. aeruginosa*, *Y. enterocolitica*.

Выявление антител к антигенам УПБ является особенно ценным при скрининговых исследованиях, диспансеризации, невозможности проведения полноценного микробиологического анализа вследствие ранней антибиотикотерапии, трудностей забора материала для исследования и др.

Пониженный уровень специфических IgG и IgM антител дает ценную информацию об иммунодефиците, проявляющемся хроническими рецидивирующими инфекциями вызванными УПБ.

Цель исследования. Отработка технологии и оптимальных условий сорбции бактериальных антигенов на твердый носитель для определения состояния гуморального иммунитета к условно-патогенным бактериям одновременным выявлением IgG антител.

Материалы и методы.

Для выделения бактериальных антигенов использовалась бактериальная масса культур грамотрицательных микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae* (имеют в своем составе O -, K-, H-антигены), выделенных из фекалий здоровых и больных лиц. Культуры были представлены следующими видами: *Escherichia coli* (индигенная микрофлора), *Enterobacter aerogenes* и *Proteus vulgaris* (факультативная микрофлора), *Salmonella typhi* (патогенный вид). Бактерии выращивались на соответствующих питательных средах. Антигены условно-патогенных бактерий кишечной группы получали по методу Буавена с дополнениями по Герхардт Ф. (1983 г), Бектимиров А.М.-Т. (2009).

Для индикации антител к антигенам УПБ использовался метод ИФА. В основу метода положен принцип непрямого твердофазного иммуноферментного теста на полистироловых планшетах (96 луночный indirect ELISA). Результаты

учитывали спектрофотометрически при длине волны 492 нм на иммуноферментном планшетном анализаторе StatFax – 300 (США).

Для исследований можно использовать сыворотку крови больного или копрофильтрат. Для копрофильтратов кал собирался по общепринятой методике, затем проводились разведения с физиологическим раствором. Разведенный в пробирке кал фильтровался, а копрофильтрат использовался для определения антител против УПБ в иммуноферментном анализе (ИФА).

Результаты.

Для нагружения бактериального антигена на твердую фазу были подобраны экспериментально следующие параметры: оптимальная адсорбция-16-18 часов при температуре 37°C, оптимальная концентрация микробного антигена-10,0 мкг\мл, оптимальная адсорбция 16 часов при температуре 4°C в холодильнике, оптимальные параметры адсорбции микробного антигена в зависимости от рН буферного раствора является рН от 6 до 7.

Дальнейший ход проведения метода: на твердый носитель с сорбированными на нем антигенами различных условно-патогенных бактерий наносят исследуемые и контрольную сыворотки (копрофильтраты) в рабочем разведении 1:100-1:1600, проводят иммуноферментный анализ, измеряют оптическую плотность исследуемых и контрольной сывороток (копрофильтратов) на содержание антител к различным антигенам условно-патогенных бактерий, определяют разность между величиной оптической плотности исследуемого образца и отрицательного контроля и при разности, большей или равной 0,3, определяют повышение активности гуморального иммунитета к УПБ.

Выводы.

Таким образом, установлены оптимальные параметры для нагружения бактериальных антигенов на твердый носитель (планшеты).

Отработана технология учета результатов в ИФА по определению повышения гуморального иммунитета к УПБ.

ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКОЕ РАЗДЕЛЕНИЕ БИОСУБСТРАТОВ ОТ БОЛЬНЫХ С ДИАРЕЕЙ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ МИКРОБНЫХ МЕТАБОЛИТОВ

Бектимиров А. М-Т., Ибрагимов А. А., Садикова Н.М.

НИИЭМИЗ МЗ РУз, Ташкент

Материалы и методы. В этой работе было исследовано 128 субстанций биологического материала, в том числе 69 субстанций кала и 59 субстанций мочи взятой от больных с диареей. Биосубстрат кала микробиологической петлей вносили на фильтр спин-колонки с пробиркой накопителем, вносили 0,5мл физиологического раствора, закрыв крышку образец смешивали переворачиванием пробирки и центрифугировали при 12000 об/мин в течение 2мин. Отфильтрованные образцы жидкой субстанции в накопителе использовали для электрофоретического анализа. Субстанцию мочи по 0,5мл взятая у этих же пациентов также была использована для электрофоретического разделения. До проведения электрофореза, заранее готовили бумагу 3М размером 17/11см. По ширине ее середины отмечали полосу шириной 7мм, на которой отмечали 6-ть круглых зон диаметром по 2мм. На отмеченную полосу наносили тонкий слой 0,85% агарозы расплавленной в ацетатном буфере рН 4,5. После полимеризации агарозы, в отмеченных зонах тонкой иглой осторожно снимали верхний тонкий слой агарозы. В отмеченные зоны по 5мкл, трехкратно с интервалом по 10 мин, наносили исследуемый образец. Затем бумагу с пробами помещали в камеру электрофореза, бумагу прижимали пластиковой плашкой и заливали ацетатный буфер чуть выше плашки. Электрофорез проводили при 80В в течение 1,5ч. По окончании электрофореза бумагу высушивали в течение суток. Электрофореграмму окрашивали в спиртовом растворе 0,2%-го нингиндрин. Окрашенные метаболиты на электрофореграмме фотографировали цифровой камерой. По стандартной формуле определяли RF электрофоретической подвижности для каждого выявленного микробного метаболита (ММ).

Целью исследования заключалось в выявление специфических микробных метаболитов (ММ) по показателям RF.

Результаты электрофоретического анализа ММ в субстанциях кала и мочи показали: из общего числа 69 субстанций кала ММ присутствуют в 17 (25,0%) субстанциях, а из числа субстанций мочи 59 ММ присутствуют в 39 (66,0%) субстанциях. Анализы количества ММ в одном образце показали: из числа 69 субстанций кала, ММ отсутствуют в 52 (75,4%) вариантах, по одному ММ присутствует в 15 (21,7%) вариантах и по два ММ присутствует в 2 (2,9%) вариантах; из 59 субстанций мочи, ММ отсутствуют в 20 (33,9%) вариантах, по одному ММ присутствуют в 26 (44,1%) вариантах, по два ММ присутствуют в 12 (20,3%) вариантах и три ММ присутствует в одном (1,7%) варианте. Анализ результатов 60-ти парных значений ММ кала и мочи показали: присутствие

ММ в субстанциях кала и мочи составило 14 (23,3%) вариантов; присутствие и отсутствие ММ в субстанциях кала и мочи, соответственно, показано в 2-х (3,3%) вариантах; отсутствие и присутствие ММ в субстанциях кала и мочи, соответственно, показано в 25-ти (441,7%) вариантах и отсутствие ММ в обеих субстанциях кала и мочи показано в 19 (31,7%) вариантах. Результаты значений RF по молекулярной массе ММ из общего числа 69 субстанций кала и мочи показали: значение RF 0,100 – 0,200 наблюдается в 30 (43,5%) вариантах, RF 0,300 – 0,400 наблюдается в 27 (39,1%) вариантах и RF 0,500 – 0,600 наблюдается в 12 (17,4%) вариантах. Соотношение RF ММ из общего числа 69 субстанций кала и мочи показало, RF ММ кала 24 (34,8%) варианта и 45 (65,2%) варианта RF ММ мочи. По электрофоретической подвижности в субстанциях кала и мочи, доминирует фракция ММ с молекулярной массой RF в пределах 0,355 – 0,357.

СИНДРОМ ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Бектимиров А.М-Т., Худайбердиев Я.К.

НИИЭМИЗ МЗ РУз

Микробиоматерия человеческого организма создает сложную полимикробную экологию. В 2000 году J. Lederberg впервые ввел термин микробиом, который представляет собой «суперорганизм», совокупность множества микробных сообществ, занимающих многочисленные экологические ниши макроорганизма. Считается, что микроорганизмы занимают все поверхности тела человека и при определенных условиях способны вызывать различные заболевания. Микрофлора ЖКТ является наиболее представительной, ее масса у взрослого человека составляет более 2,5 кг, численность – 10^{14} КОЕ. Двенадцатиперстная кишка и тощая кишка обычно содержат небольшое количество бактерий, как правило, это лактобациллы и энтерококки, грамположительные аэробы или факультативные анаэробы.

Любой дисбаланс этого сложного кишечного микробиома, и качественный и количественный, может вызывать серьезные последствия для макроорганизма, включая синдром избыточного бактериального роста (СИБР). СИБР - это гетерогенный синдром, характеризующийся бактериальной контаминацией тонкой кишки различной микрофлорой и сопровождающийся функциональными нарушениями работы пищеварительного конвейера. СИБР может быть установлен при выявлении $\geq 10^5$ КОЕ / мл в аспирате из тонкой кишки при нормальном значении 10^4 КОЕ / мл. Однако существует мнение, что диагноз СИБР может быть установлен даже при более низких значениях ($> 10^3$ КОЕ / мл), если колонии образованы преимущественно бактериями толстой кишки. Причин для развития СИБР много и как правило, связываются с хроническими заболеваниями. Но, острые кишечные инфекции (ОКИ) нарушая аутохтонную кишечную микрофлору, могут служить триггерным фактором развития СИБР. Поэтому, изучение микробиоценоза кишечника у больных ОКИ, представляется актуальным.

Материалы и методы. Микробиологическими, клиническими, эндоскопическими (дуоденофиброскопия, колонофиброскопия, ректороманоскопия) изучены данные о состоянии ротовой полости и кишечника взрослых реконвалесцентов ОКИ.

Результаты исследования. Выяснено, что обсемененность в ротовой полости является наибольшим – 10^{10} КОЕ / проба. Показатель в тонкой кишке составил не более 105 КОЕ / проба, а в толстой кишке - 10^5 – 10^7 КОЕ / проба. У трети реконвалесцентов ОКИ констатировали СИБР и субатрофические изменения слизистой оболочек кишечника. Факультативные симптомы, как тошнота и рвота, вздутие живота и метеоризм, диарея, экзантемы, усталость, депрессия в различном сочетании констатированы у всех с СИБР. В одном случае выявлен СИБР ассоциированный синдром Бонгоффера. Выявлена параллельность нарастания показателей проб микробиоты в ротовой полости и кишечника.

Вывод. У реконвалесцентов ОКИ с частотой не менее 30% может развиться СИБР, который должен быть верифицирован всеми доступными методами и с учетом большего числа биотопов.

ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПО ИНТЕГРАЛЬНОМУ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМУ ПОКАЗАТЕЛЮ

Бурибаева Б.И., Касымов И.А., Атамухамедова Д.М.

ТашПМИ, кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней, г. Ташкент

Актуальность: Вирусный гепатит С представляет собой важную медико-социальную проблему как в Узбекистане, так и за рубежом. В связи с этим возникает необходимость оценить эпидемиологическую ситуацию не только в масштабах республики, но и на отдельных ее территориях, что в свою очередь позволит целенаправленно планировать профилактические мероприятия, необходимые для предупреждения распространения вирусного гепатита С.

Цель исследования: Проведение комплексной эпидемиологической оценки ситуации по острому вирусному гепатиту С в районах г. Ташкента с использованием интегрального показателя.

Материалы и методы: Проведено эпидемиологическое обследование и наблюдение острого ВГС сформированных больными по месту жительства, выявленными за 2016 г в районах г. Ташкента по материалам Гор. ЦГСЭН.

Результаты исследований: Проведено эпидемиологическое обследование и наблюдение сформированных больными по месту жительства. Диагноз у всех больных подтвержден лабораторно обнаружением в сыворотке крови HCV. Интегральный показатель по уровню заболеваемости ВГС за 2016 г. в целом по г. Ташкенту составил 0,3 (на 100 тыс. жителей). На отдельных территориях города показатели её уровней варьировали в довольно широких пределах: Мирабадский район - 0,8, М.Улугбекский - 0,8, Юнусабадский - 0,3, Чиланзарский - 0,9, Алмазарский - 0,3, Учтепинский - 0,4. В Шайхантаурский, Яккасарайский, Сергелинский, Яшнабадский и Бектемирский районах случаев регистрации ОВГС не отмечались.

Таким образом, анализ материалов по оценке эпидемиологической ситуации с использованием интегральных показателей позволил выявить территории, наиболее неблагополучные по вирусному гепатиту С. Из 11 районов г. Ташкент в 6 эпидемиологическая ситуация характеризуется как неблагополучная. При этом зонами эпидемиологического неблагополучия являются крупные районы г. Ташкент.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
ВИРУСНОГО МИКСТ
ГЕПАТИТА В+С+D У ДЕТЕЙ**

Н.К. Валиева, Ф.И. Иноятова

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский**

центр Педиатрии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить клинические особенности хронических вирусных микст гепатитов В+С+D (ХВМГ) у детей в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 детей, больных ХВМГ В+С+D в возрасте от 3 до 18 лет. Длительность заболевания составила в среднем $5,5 \pm 1,4$ лет, из которых I группа – 18 (38,3%) детей с давностью заболевания до 3х лет; II группа – 29 (61,7%) детей с давностью заболевания свыше 3х лет. Диагноз ХВМГ устанавливали на основании анамнеза болезни, клинического обследования, биохимических, серологических и инструментальных исследований. Этиология ХВМГ подтверждалась методом ПЦР и ИФА.

Результаты. Анализ клинических проявлений у детей с ХВМГ В+С+D выявил по частоте и выраженности превалирование у детей с давностью свыше 3х лет. Так, астеновегетативные проявления в виде головной боли и раздражительности беспокоили в 1,4 раза чаще больных II группы (93,1%, $p < 0,05$). Диспепсический синдром в виде тошноты, метеоризма и боли в животе также чаще предъявляли больные II группы (соответственно 75,0%, 89,6% и 86,2% против 38,9%, 55,6% и 44,4%, $p < 0,01$). Исследование внепеченочных проявлений, таких как «пальмарная эритема», капиллярная сеть на щеках, венозная сеть на груди и животе характерно выявлялись вне зависимости от давности заболевания ($p < 0,05$). При этом только, сосудистые «звездочки» были выражены почти у всех детей II группы (96,5% против 55,6% детей I группы, $p < 0,001$). Геморрагический синдром в виде кровотечений из носа и десен регистрировался у 77,8% детей в I группы, а у всех (100%) больных II группы ($p < 0,05$). Признаки холестатического синдрома как иктеричность кожи и склер наблюдалась среди детей II группы (соответственно 96,5% и 100% против 72,2% и 77,8%, $p < 0,01$). Для большинства (77,8%) детей с давностью до 3х лет отмечалась гепатомегалия в пределах свыше 5 см, тогда как по мере увеличения давности заболевания (свыше 3х лет) размеры ее уменьшались на фоне нарастания спленомегалии (48,3%, $p < 0,01$).

Заключение. С увеличением длительности ХВМГ В+С+D у детей нарастала выраженность всех клинических синдромов. Отличительной особенностью явилась гепатомегалия на ранних сроках, сменяющаяся спленомегалией на поздних сроках заболевания. Эти данные могут служить косвенными критериями для диагностики прогрессирующих форм течения заболевания.

О ФУЛЬМИНАНТНОМ ТЕЧЕНИИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ

Вафакулова Г.С., Джураева К.С.

Кафедра: Инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии

Самаркандский Государственный медицинский институт

Целью работы явился ретроспективный анализ истории болезней 5 умерших больных от вирусного гепатита А. По данным литературы, фульминантный гепатит регистрируется и при гепатите А в 0,01-0,3%. До настоящего времени не известны конкретные причины развития фульминантного гепатита А.

Все пациенты находились на стационарном лечении в ОИКБ города Самарканда. Возраст больных был от 2 до 4 лет. Необходимо подчеркнуть, что больные поступали на 6-10 сутки от начала заболевания. Обследование больных проводилось по общепринятым клиническим и лабораторным методам. Диагноз острого гепатита А устанавливали на основании эпидемиологических и клинических критериев, подтвержденных результатами биохимического исследования и методом ИФА определялся anti-HAV IgM.

Из анамнеза было выяснено, что заболевание начиналось остро у всех больных. Со слов родителей заболевание у всех начиналось со слабости, вялости, понижения аппетита и повышения температуры тела. У 2 детей отмечалось беспокойство, а у 3 детей наблюдалась сонливость. Желтушность кожных покровов и склер, изменение цвета мочи и кала отмечалось у всех детей. На рвоту кофейной гущей жаловались родители 1 больного.

При поступлении общее состояние расценивалось как тяжелое у 1 больного и крайне тяжелое у 4 больных. Из исследуемых нами 5 больных в сознании находился только 1 ребенок, остальные 4 детей в стационар поступали в сопорозном состоянии. На осмотр врача реагировали только 2 больных детей, остальные дети были безразличны на осмотр врача. Кожные покровы и склеры были иктеричные у всех больных(+++). Дыхание через нос свободное, в легких выслушивалось жесткое дыхание. Пульс был ритмичный, среднего наполнения и напряжения, отмечалась тахикардия у 4 больных. При пальпации живота печень выступала изпод края реберной дуги у 3 больных, у 2 детей она находилась на уровне подреберья. Важно отметить быстрое уменьшение размеров печени.

Выводы: Факт существования случаев фульминантного ГА диктует необходимость привлечь внимание клиницистов к проблеме развития тяжелых форм ГА у детей.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРВИЦИТОВ

Г.Т.Джураева, Д.К.Комилжанова, М.А. Сидикходжаева

Ташкентская медицинская академия

Длительно существующие цервициты являются фоном для развития предраковых состояний и рака шейки матки, который продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре онкологической заболеваемости.

Целью нашего исследования: внедрение нового метода экспресс-диагностики для снижения хронизации воспалительного процесса шейки матки.

Материал и методы исследования: Нами обследовано 30 женщин: из них 1 группу составили 15 женщин с острым цервицитом (ОЦ), во вторую 15 с явлениями хронического цервицита (ХЦ). Группу контроля составили 10 женщин без явлений картины цервицита. Специфическую инфекцию исключали путем проведения ПЦР - диагностики. Цитологическую картину мазков из цервикального канала изучали по методу Папаниколау с использованием классификации Бетеста 2001г., с целью выявления дисплазии легкой степени или атипичные плоскоклеточные клетки неопределённого типа (atypical squamous cells of undetermined significance ASCUS). Всем женщинам проводили в динамике простую и расширенную кольпоскопию, которая осуществлялась на аппаратуре Welch Ally USA с телевизионной установкой Sony. Для определения уровня выраженности воспалительного процесса в шейке матки, нами впервые в гинекологической практике, использован метод экспресс-диагностики: с помощью пластинок Combur¹°Test UX (Boeringer Mannheim, Германия) для определения в смывах цервикального канала содержание рН, количество лейкоцитов, эритроцитов, нитритов и кетоновых тел.

Результаты обследования: Проведенные исследования экспресс-диагностики с использованием пластинок Combur¹°Test UX, показали, что у больных с (ОЦ) в смывах из цервикального канала (ЦК) наблюдается увеличение бактериальной обсемененности, а также значительное смещение рН содержимого ЦК в кислую сторону, что связано с наличием большого числа бактерий и развитием воспалительного процесса. На это же указывает высокий уровень кетоновых тел и выраженное увеличение количества лейкоцитов в цервикальном канале, показатели теста на 100% были подтверждены лабораторными исследованиями. Проведенное бактериологическое исследование содержимого и степени обсемененности указывает, что в группе с ОЦ высокий уровень бактериальной колонизации встречался в 1,5 раза чаще, чем в группе с ХЦ. При проведении цитологического исследования мазков из цервикального канала обнаружены явления ASCUS у обследованных с острым цервицитом в 3 (20%) случаях, а с хроническим цервицитом в 6 (40%). Наличие острого и хронического процесса на шейке матки были обнаружены при проведении простой и расширенной кольпоскопии: так для острого цервицита было наиболее характерно выраженная гиперемия, отёк слизистой оболочки, инъецированные сосуды, обильные выделения из цервикального канала. При хроническом цервиците основным симптомом явилась гипертрофия шейки матки с незначительной гиперемией и отеком слизистой цервикального канала.

Вывод: При выявлении признаков цервицита острой или хронической формы необходимо обследование: гинекологический осмотр, расширенная кольпоскопия и бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала, а также цитологическое исследование с определением явлений ASCUS, экспресс-диагностика Combur¹°Test UX, указывающим на степень бактериальной колонизации, рН – среду в шейном канале. Разработанный комплексный план диагностических мероприятий, способствует своевременному предупреждению развития выраженных воспалительных нарушений, приводящих к атипическим процессам и озлокачествлению.

ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫМИ ГОРМОНАМИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРАНСКОРТИНА И КОРТИЗОЛА У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Долимов Т.К., Гулямов Н.Г., Назаров Э.У.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

В литературе имеются много данных об изменениях уровня стероидных гормонов при патологиях печени. Печень участвует в синтезе глюкокортикоид связывающего белка – транскортина, который выполняет транспортную функцию для глюкокортикоидов. Применение глюкокортикостероидных гормонов при болезнях печени, в частности при вирусных гепатитах представляет интерес для гепатологии, но взгляды на этот вопрос разноречивы.

Цель исследования. Изучить изменения уровня глюкокортикоидных гормонов и эффект от их назначения при тяжелом течении вирусных гепатитов.

Результаты исследования. Нами изучены изменения показателей транскортина и кортизола в сыворотке крови, а также кортизола в слюне у 8 больных тяжелым течением вирусных гепатитов В и С, а также эффект глюкокортикоидной терапии на эти показатели. Контролем для транскортина служили показатели 27 здоровых лиц, а для кортизола – общепринятые нормы у здоровых лиц.

У больных содержание транскортина в сыворотке крови составило 12,61 мкг/мл, что в ↓8,34 раза было меньше, чем у здоровых лиц (105,22±2,01 мкг/мл). Содержание общего кортизола в сыворотке крови составило 1443,18 нм/л, что в ↑2,29 раза превышало показатели верхнего допустимого предела в контроле (630 нм/л). Показатели свободного кортизола в слюне (17,30 нг/мл) также превышали верхний предел контроля (6,9 нг/мл) в ↑2,51 раза.

После проведения курса лечения глюкокортикоидными гормонами у больных тяжелым течением вирусных гепатитов в показателях содержания транскортина и кортизола в сыворотке крови, а также кортизола в слюне существенные изменения не отмечены: они составили 13,52 мкг/мл, 1455,30 нм/л и 17,73 нг/мл соответственно. Содержание транскортина после лечения было снижено относительно контроля в ↓7,78 раза, а содержание кортизола в сыворотке крови и в слюне было повышено в ↑2,31 раза и ↑2,57 раза соответственно.

Итак, у больных тяжелым течением вирусных гепатитов В и С глюкокортикоидная терапия не оказала значимого эффекта на показатели транскортина и кортизола в сыворотке крови, а также кортизола в слюне. Для решения вопроса о назначении глюкокортикоидной терапии больным тяжелым течением вирусных гепатитов необходимо глубже изучить патогенетические механизмы отсутствия эффектов глюкокортикоидных гормонов.

МИКРОФЛОРА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

Ёдгорова Н.Т., Исмоилов М.

ТМА кафедра Микробиологии, вирусологии, иммунологии

Устойчивость к антибиотикам среди глазных патогенов растет параллельно с системными инфекциями. Хотя считается, что рост устойчивых к глазным бактериальным изолятам связан с ростом устойчивых системных патогенов, последние данные коррелируют появления резистентных бактерий в глазах после местной терапии с антибиотиками. Хочется верить, что любой из этих факторов способствует возникновению резистентности к антибиотикам среди глазных патогенов.

Цель исследования определить соотношения патогенных микроорганизмов гнойно-воспалительных заболеваний глаз и их устойчивости к антибиотикам.

Материалы и методы исследования научное исследование было проведено на 2016 – 2017 годах ТМА 2 клинике в отделение офтальмологии и бактериологической лаборатории кафедры микробиологии. Материалы были получены у 45 больных с глазными гнойно-воспалительными заболеваниями и для контрольной группы были взяты 12 человек со здоровой микрофлорой глаз. Посев и идентификация были проведены по общепринятому методу. Для определения чувствительности выделенных бактерий был использован диффузный метод с использованием дисков с антибиотиками.

Результаты исследования. Среди 45 больных с конъюнктивитом, из них 26 женщины (58%), 19 мужчины (42%). средний возраст составлял 43 года. Во время взятия мазка всем больным был диагностирован гнойный конъюнктивит. Основным возбудителем конъюнктивита у 25 больных (55%) являлся *Streptococcus hemolyticus*. После него по частоте встречаемости оказался *Staphylococcus aureus* который выявлено у 12 больных (28,6%). *Candida spp.* и *E.coli* имели одинаковую частоту встречаемости, которое составляло 8 (7,1%). Среди антибиотиков самой высокой чувствительностью обладали: амиколид, ихфотокан, цефозалин. Так как они были чувствительны в 20 пробах (44,4%). После них, умеренно эффективны оказали в 12 пробах (26,6%) амиокцин, левоксимед, таривид, рифамицин. Левофлаксацин, ампицилинсульбактам в 8 (18%) пробах не оказали бактерицидного эффекта. Несмотря на то, что амиколид, левоксимед были эффективны в некоторых пробах, они показали отрицательный результат в 5 (11%) пробах.

Выводы. Если ранее считалось золотистый стафилококк вызывает 90% гнойных заболеваний, то по данному исследованию *Streptococcus hemolyticus* становится более патогенным микробом. Устойчивость микробов растет по всем группам антибиотиков (55,6%), чувствительность микробов остается по прежним группам антибиотиков.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Ёдгорова Н.Т., Исмоилов М.

ТТА, Микробиология, вирусология, иммунология кафедраси

Юз-жағ соҳасидаги йирингли яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларга олиб келмоқда, ҳаттоки ўлим билан тугаш ҳолатлари ҳам кўпаймоқда, бунга сабаб бактериялар тўпламининг ўзига хослиги ва антибиотикларга чидамлилиги сабаб бўлмоқда. Антибиотикларга чидамли микроорганизмларнинг пайдо бўлиши юз-жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликларининг қийин даволанишига ва жиддий асоратларнинг пайдо бўлишига замин яратади.

Ишнинг мақсади. Юз-жағ соҳасидаги йирингли яллиғланиш касалликларида микроорганизмларнинг тўпламини ўрганишдан иборат.

Материал ва усуллар. Текширув учун ТТА 2-клиника юз-жағ жарроҳлиги, ва нейрохирургия бўлимларидан турли юз-жағ соҳасидаги йирингли касалликлари билан даволанаётган 35 нафар беморлар танлаб олинди. Улардан 15 нафари (41%) аёл, 20 нафари (59%)эркак бўлиб, уларнинг ёши 19-60 (ўртача 32) ташкил қилади. Улардан 5 нафари кўз ости ва қовоқларда, 18 нафарида юқори ва пастки лабларда, 7 нафари пешона ва энса қисмида, 5 нафари пастки жағ соҳасида йирингли яллиғланиш жароҳатлари кузатилди, яъни абсцесс, флегмона, остеомиелит, периостит. Беморларнинг барчаси қабул вақтида клиник-лаборатор ва бактериологик текширувдан ўтказилди. Йирингли ўчоқлардан стерил тампон ёрдамида текширув учун материал олинди ва 2 соат ичида ТТА 2-клиникаси бактериологик лабораториясига олиб келинди. 5% Қонли агар, ТСТА, ШБ, Эндо, Сабуро мухитларига Гольд усулида экилди ва 24 соатга 37⁰ С термостатга қўйилди . Текширув давомида аниқланган бактерияларнинг соф культураси ажратилди ва ферментатив, биохимик, токсигенлик хусусиятлари аниқланди, тургача идентификация қилинди.

Олинган натижалар. 35 нафар беморлардан 157та штаммлар ажратиб олинди. Уларни 40(%)-монокультура, қолган 60(%)-аралаш культура аниқланди. Юза жароҳатларида асосий кўзғатувчиси бўлиб *St.aureus* 42,3% , *S. Epidermidis* 20.4%, *Str.pyogenes* 13,5%, *E.coli* 10%, *Ps.Aurigenosa* 3,2% ва бошқа бактерия, замбуруғлар 10,9% ташкил этди. Асосан стафилакокк ва стрептакокклар биргаликда юқори фоизни ташкил қилди. Чуқур йирингли яллиғланиш жароҳатларда анаэроб бактериялардан бактериоидлар, пептококклар, ва фузобактериялар, камроқ клостридиялар, пептострептококклар, вейлонеллалар, факультатив анаэроблардан кўк йиринг таёқча аниқланди.

Хулоса қилиб айтсак, ўчоқларда микроб ассоциацияларини ошишига, шу биотопларга хос бўлмаган Грам манфий таёқчаларнинг аниқланишига, айниқса облигат анаэробларнинг касаллик этиологиясида асосий ролни ўйнашига олиб келди. Йирингли яллиғланиш касалликларининг йирингли ажралмаларида бактерияларнинг этиологиясини аралашинфекциялар ўйнаган. Натижалар шуни кўрсатдики, йирингли яллиғланиш касалликларининг этиологиясида Грам мусбат коклар, Грамманфий аэроб таёқчалар ва анаэроб коклар топилган. Шунинг учун беморларни даволашда бу кўрсаткичларга эътибор бериш зарур, анаэроб бактерияларни ажратиб олиш усулларини йўлга қўйиш зарур.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРИДА РИВОЖЛАНГАН ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИДА МИКРООРГАНИЗМЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Ёдгорова Н.Т., Махмудов С.С., Тошпўлатова Л.Ў, Шокодилов Р.Р.
Тошкент тиббиёт академияси

Қандли диабет эндокринкасаликлари орасида кенг тарқалган бўлиб, ер юзининг 4-5% аҳолиси шу касаллик билан ҳасталанган. Касалликнинг кенг тарқалганлиги, эрта ногиронлик ва ўлим даражасининг юқорилиги, қандли диабет касаллигини ХХІ асрнинг муҳим тиббий-ижтимоий муаммосига айлантирди. Қандли диабет касаллигида товон соҳасидаги гангрена ва йирингли-яллиғланиш касалликлари 50% дан ортиқ беморларда ампутациянинг асосий сабаби ҳисобланади.

Ишнинг мақсади. Қандли диабет касаллиги натижасида беморларда ампутацияланган қўл-оёқ ўринларида ривожланган йирингли-яллиғланиш жараёнларининг бактериологик таркибини ўрганиш.

Тадқиқот вазифаси. Қандли диабет беморларида ампутациядан кейин ривожланувчи йирингли-яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқарувчи микроорганизмларнинг этиологик аҳамиятини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Тадқиқот учун ТТА 2-клиникаси “Йирингли хирургия” бўлимидаги йирингли-яллиғланиш касалликлари билан асоратланган 66 нафар (2015-2016 йил) қандли диабет беморлари танлаб олинди. Беморларнинг 15 нафариди диабетик товон синдроми, 18 нафариди флегмона, 13 нафариди абсцесс, 12 нафариди фурункуль, 8 нафариди карбункуль ривожланган эди. Йирингли-яллиғланиш жараёнларини келтириб чиқарувчи микроорганизмлар бактериологик усулда ажратиб олинди.

Тақиқот натижаси. Патологик материаллардан ажратиб олинган микроорганизмларни идентификация қилинганда шу нарса аниқ бўлдики, 30,12% ҳолатда *Staphylococcus aureus*, 24,6% ҳолатларда *S. epidermicus* 18,7% ҳолатларда *P. aueruginosa*, 11,5% ҳолатларда *Proteus spp.* ва камроқ миқдорда *E. coli*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.* каби факультатив микроорганизмлар ажратиб олинди. Анаэроб микроорганизмлардан эса (анаэроблар 14,8% ни ташкил этди), *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium*, *Peptostreptococcus spp.*, *Peptococcus shh.*, *Propionbacter spp.* ажратиб олинди. Тадқиқот давомида ажратиб олинган микроорганизмларнинг антибактериал воситаларга нисбатан сезувчанлигини текширилганда абактал, амаксиклав, ванкомицин каби антибиотикларга сезувчанлиги юқори экан..

Хулоса:

1. Қандли диабет беморларида ривожланган йирингли-яллиғланиш жараёнларида 63,2% дан ортиқ ҳолатда микроорганизмлар турли ассоциацияда ажратиб олинди.
2. Қандли диабет беморларида ривожланган йирингли-яллиғланиш жараёнларини даволашдан олдин албатта микроорганизмларни антибактериал воситаларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш керак.

СНИЖЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДРОЖЖЕЙ *SACCHAROMYCES CEREVISIAE* С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ ТРОПОЛОНОВЫХ АЛКАЛОИДОВ, И ИХ КОМБИНАЦИЙ С КОММЕРЧЕСКИМИ ЦИТОСТАТИКАМИ

З.М. Еникеева², А.А. Ибрагимов¹, О.Ш. Касымов¹, И.В. Карпышева²

1 НИИЭМИЗ МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

2 РОНЦ МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Феномен развития множественной лекарственной устойчивости опухолевой клетки в ответ на воздействие противоопухолевых препаратов широко известен. Нами было показано снижение уровня резистентности с помощью ряда препаратов, полученных из трополоновых алкалоидов (К-42, К-18, дэковин и К-19), в сравнение с рядом коммерческих противоопухолевых препаратов сначала на модели дрожжей *Saccharomyces cerevisiae* (интактных и с резистентностью к исследуемым препаратам), далее - на животных с опухолями в сравнение с этопозидом (методом ОТ-ПЦР). Это позволило количественно оценить экспрессию гена лекарственной устойчивости MDR2 на опухолях. Однако было интересно изучить влияние новых препаратов в комбинации с другими противоопухолевыми препаратами, и снижать вызываемую перекрестную резистентность.

Цель исследования заключалась в исследовании влияния новых препаратов, полученных из трополоновых алкалоидов, на снижение резистентности их комбинаций с коммерческими цитостатиками на модельных клетках *S.cerevisiae*

Методы. Получены модели резистентных клеток *S.cerevisiae* к К-42, К-18, дэковин и К-19 в дозах: 12мкг/мл К-42, 18мкг/мл К-18, 50мкг/мл дэковин и 40мкг/мл К-19; в качестве сравнения были этопозид (15мкг/мл) и доксорубин(1,8мкг/мл). Рост клеток каждого исследуемого варианта анализировали в чашках Петри на твердой среде для дрожжей *S. cerevisiae*, на интактной и на средах, содержащих указанные концентрации препарата. Уровень Pdr5p анализировали по количеству роста колоний клеток под воздействием данного исследуемого препарата против контрольного варианта.

Результаты. Показано, что применение К-42, верапамила (VER), доксорубина (DOX) и этопозид (ЕТОР) ингибировали рост резистентных клеток *S.cerevisiae* в пределах 64%, 0,2%, 5% и 9%, соответственно. При применении же комбинаций К-42 с VER, К-42 с DOX и К-42 с ЕТОР рост резистентных клеток *S.cerevisiae* был ингибирован в пределах уже 40-55%. Применение К-18, дэковина и К-19 как самостоятельно, так и в комбинации с VER, DOX или ЕТОР также способствовало снижению роста резистентных клеток.

Выводы. Применение как К-42, К-18, дэковин и К-19 можно применять в комбинации с другими противоопухолевыми препаратами, и снижать резистентность, которую они вызывают при повторных применениях. Далее эти эксперименты будут произведены на животных с опухолями.

ОДАМ ИММУН ТАНҚИСЛИГИ ВИРУСИ ИНФЕКЦИЯСИДА АНТИРЕТРОВИРУС ТЕРАПИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ ЎРГАНИШ

Захидова Н.А., Сайитов Б.Ш.

Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар ИТИ, Тошкент
тиббиёт академияси, Тошкент ш.

Мақсад. Одам иммун танқислиги синдроми (ОИТС) билан касалланган беморларда антиретровирус терапия (АРВТ) самарадорлиги ва унга таъсир этувчи омилларни ўрганиш.

Материал ва услублар. Ҳаммаси бўлиб АРВТ қабул қилган 37 та (ОИТС) билан касалланган беморлар текширувдан ўтказилди. Барча беморларда АРВТ қабул қилиш муддати бир йилдан кўпроқни ташкил қилган. Даволаш самарадорлиги клиник, иммунологик (CD4 миқдори), вирусологик кўрсаткичлар асосида 6 ой, 1 йил муддатларда баҳоланди.

Текшириш натижалари. Текширувда бўлган барча беморларнинг фақат 27,0 % ҳолатда бирламчи АРВТ самарадорлиги яхши бўлган. Бу беморларда клиник ва иммунологик кўрсаткичларнинг яхшиланиши ҳамда қондаги вируслар миқдорининг камайиши кузатилган. Қолган 27 та беморда турли сабабларга кўра даволаш схемалари ўзгартирилган. Булардан 25,9% даволаниш мобайнида антиретровирус препаратлари туфайли ножўя таъсирлар кузатилгани, 29,6% дори воситалари ўз вақтида ичмаганликлари, 22,2% ҳолатда даволаш клиник, иммунологик ёки вирусологик самарасиз бўлгани учун ўзгартирилган. 6 та (22,2%) беморда АРВТ схемаси дори препарати етишмаганлиги сабабли шу гуруҳдаги бошқа препаратга алмаштирилган. Беморларда ножўя таъсирлар: аллергия 14,3% , 28,6% анемия, 28,6% бош оғриғи ва уйқу бузилиши ва 14,3% ҳолатда қўл-оёқларда оғриқ ва парезтезиялар сифатида намоён бўлган. 1 ҳолатда даволаш схемаси бемор ҳомиладорлиги туфайли дори воситасининг тератоген таъсири хавфи борлиги туфайли ўзгартирилган. Анемия ва бош оғриғи каби ножўя таъсирлар асосан азидотимидин (AZT) ва эфавиренз (EFV) дори воситалар таъсирида юз берган бўлса, қўл-оёқ оғриқлари ва парезтезиялар невирапин (NVP) препарати таъсирида ривожланганлиги аниқланди.

Шуни айтиш керак-ки 8 (29,6%) ҳолатда даволаш схемаси ўзгартирилишига қарамай даволаш самарадорлигига эришиш имкони бўлмади. Бунинг сабаби бўлиб 87,5% ҳолатда даволашга содиқликнинг пастлиги бўлса, 12,5% ҳолатда даволашга содиқлик юқори бўлишига қарамай даволаш самарасиз бўлди.

Шундай қилиб, АРВТ самарадорлигига турли омиллар таъсир қилиши мумкин. Агар 55,6% ҳолатда даволаш самарадорлиги ножўя таъсирлар ва даволашга содиқликнинг йўқлиги сабабли паст бўлган бўлса, 22,2% ҳолатда эҳтимол АРВТ воситаларига бирламчи чидамлилиқ мавжудлиги сабабли юз берган дейиш мумкин.

ГЕНЕТИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ РОТАВИРУСОВ В 2015г. В Г.ТАШКЕНТЕ

Ибадуллаева Н.С., Латыпов Р.Р., Локтева Л.М.

Научно-исследовательский институт Вирусологии, Ташкент.

Ротавирусы являются наиболее частой причиной тяжелых диарей у детей младшего возраста. Возбудителем более 90% ротавирусных инфекций является ротавирус группы А (RVA). Генотипирование RVA проводится на основе поверхностных вирусных белков VP4 и VP7, определяющих Р и G-генотипы соответственно. На сегодняшний день известно 27 G-генотипов и 37 Р-генотипов RVA и 73 комбинаций G/Р-генотипов. Наиболее широко распространенными комбинациями генотипов RVA в настоящее время являются: G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8] и G12P[8]. Существуют географические различия в распространенности различных генотипов ротавируса и частоте встречаемости этих генотипов, которые со временем могут меняться. В связи с этим актуальным является изучение циркулирующих генотипов RVA в разные годы в условиях нашего региона.

Целью исследования явилось изучение распространенности генотипов RVA в 2015г.

Материалы и методы. Для проведения генотипирования были отобраны 56 образцов кала собранные в течение 2015г. у детей в возрасте до 5 лет, госпитализированных по поводу ОКИ и у которых ротавирусная инфекция была подтверждена методом ИФА. Выделение РНК ротавируса осуществляли с помощью QIAamp Viral RNA Mini набора (Qiagen, Germany). ПЦР с обратной транскрипцией проводили с использованием Qiagen One-Step RT-PCR набора и применением специфических праймеров для G и Р-генотипа. Детекция продуктов амплификации проводилась методом электрофореза в 3% агарозном геле.

Результаты. Проведенные исследования показали наиболее распространенность 4-х генотипов RVA: G2P[4]-33,9%, G1P[8]-32,1%, G4P[8]-8,9%, G9P[8]-8,9%; которые на сегодняшний день являются широко распространенными генотипами во многих странах. В единичных случаях выявлялись генотипы – G12P[6]-1,8%, G2P[8]-1,8% частота встречаемости которых в Европейском регионе составляла более 1% только в отдельные годы и редко встречающийся генотип G2P[6]-1,8%. Выявление не типизируемых по G-генотипу образцов составило - 1,8%, а по Р-генотипу - 8,9%, что требует дальнейших, более углубленных молекулярно-генетических исследований.

Таким образом, результаты исследований генетического спектра циркулирующих ротавирусов группы А за период 2015г. показали доминирование широко распространенных генотипов G2P[4] и G1P[8].

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСОВ ГРИППА В УЗБЕКИСТАНЕ В СЕЗОНЫ 2015-2016гг. и 2016-2017гг.

Ибадуллаева Н.С., Рахимов Р.А., Рахимов Р.Р.

Научно-исследовательский институт Вирусологии, Ташкент

Частые генетические мутации вирусов гриппа, приводящие к изменениям поверхностных антигенов (гемагглютинин и нейраминидаза), во многом определяют степень эпидемичности циркулирующих вирусов. Генетические характеристики вирусов гриппа, циркулирующих в различных географических регионах могут значительно различаться, определяя локальную эпидемическую обстановку. Кроме того, регионально циркулирующие вирусы гриппа, разные сезонные периоды, могут отличаться от антигенного состава сезонных вакцин, влияя на степень их защитной эффективности. В связи с этим весьма актуальным является проведение молекулярно-генетического анализа региональных вирусов гриппа, циркулирующих в разные сезоны.

Цель исследования – изучение молекулярно-генетической характеристики вирусов гриппа, циркулировавших в Узбекистане в сезоны 2015-2016 гг. и 2016-2017 гг., на примере г. Ташкента.

Материалы и методы. Лабораторный контроль (методом ПЦР) заболеваемости гриппом показал, что в г. Ташкенте в эпидемический сезон 2015-2016 гг. последовательно циркулировали вирусы гриппа А(Н1N1)pdm09 и В. Эпидемический сезон 2016-2017гг. характеризовался моно циркуляцией вируса гриппа А/Н3N2. Было проведено секвенирование генома и филогенетический анализ вирусов гриппа А(Н1N1)pdm09, А/Н3N2 и В.

Результаты. Филогенетический анализ вируса гриппа А(Н1N1)pdm09 показал его генетическое подобие референс-штамму А/Michigan/45/2015 и отличие от референс-штамма А/California7/2009, входившего в состав сезонных вакцин 2015-2016 гг. и 2016-2017 гг. Циркулировавшие штаммы вируса гриппа В были подобны референс штамму В/Brisbane/60/2008 (линия Victoria), тогда как в состав сезонных вакцин был включен другой штамм В/Phuket/3073/2013 (линия Yamagata).

Вирус гриппа А/Н3N2, циркулировавший в сезон 2016-2017гг. был генетически родственен референс-штамму А/Hong Kong/4801/2014 который входил в состав сезонной вакцины.

Таким образом, впервые проведенное исследование циркулирующих вирусов гриппа на молекулярно-генетическом уровне позволило определить генетическое разнообразие циркулирующих вирусов гриппа на территории Узбекистана, установить их филогенетическую принадлежность. Выявлено генетическое сродство циркулирующего в сезон 2016-2017 гг. вируса гриппа А/Н3N2 с сезонным вакцинным штаммам, а также генетическое несоответствие циркулирующих вирусов гриппа А(Н1N1)pdm09 и В сезонным вакцинным штаммам сезона 2015-2016 гг.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСОВ ГРИППА
В УЗБЕКИСТАНЕ В СЕЗОНЫ 2015-2016гг. и 2016-2017гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАБОЛИТОВ В БИОСУБСТРАТАХ ОТ БОЛЬНЫХ С ДИАРЕЯМИ

Ибрагимов А.А., Бектимиров А.М.-Т., Ахмедов И.Ф.,
Ахмедова Д.Р., Бектимирова А.А.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Отличительной особенностью метаболомических исследований в инфектологии является то, что один из акцентов в них, а иногда и основной акцент, делается на изучение метаболитов микробного происхождения. Кишечник (прежде всего, толстая кишка) в «суперорганизме» человека и микробиоты представляет собой своеобразный биореактор с практически неограниченным метаболическим потенциалом, определяемым возможностями именно микробиома. Организм человека при этом «сотрудничает» с микробиотой благодаря так называемому явлению метаболической интеграции. При этом человек получает от микроорганизмов целый ряд ключевых метаболитов, не только поддерживающих его энергетический баланс, но и активно участвующих в регуляции экспрессии его генов, нейротрансмиссии и иммуномодуляции [Tremaroli V., Väckhed F., 2012]. По мнению ряда исследователей, уровень ряда низкомолекулярных метаболитов в крови, например, некоторых карбоновых кислот, во многом определяется именно метаболической активностью микробиоты кишечника [Белобородова Н.В. и соавт., 2011. Beloborodova N. et al., 2012].

В связи с этим особый интерес представляют метаболомические исследования при кишечных инфекциях (*Clostridium difficile*, *Salmonella* spp., *Campylobacter jejuni* и др.), где роль нарушений микробиоценоза кишечника весьма велика [DuPont A.W., DuPont H.L., 2011].

Проведено определение метаболитов в биосубстратах от 58 больных с диареей. Исследованию подвергались копрофильтраты и моча. Химический анализ фекалий осуществляли методом радиальной хроматографии и электрофореза на бумаге в буфере pH 5,6. Водный экстракт фекалий в объеме 10 мкл наносили на хроматографическую бумагу. Растворы орнитина (Orn), лизина (Lys), гистидина (His), аргинина (Arg), β -аланина (β -Ala) и глутаминовой кислоты (Glu) применяли при pH 5,6. При расчете коэффициента электрофоретической подвижности (R_e) неидентифицированных веществ в качестве эталонов использовали Lys и Glu. Обнаруживающим реагентом служил 0,2 % раствор нингидрина в этаноле.

По количеству метаболитов (полос на хроматограмме) пробы распределились следующим образом: Копрофильтраты (К): 1 метаболит – 82,6%, 2 метаболита – 17,4%. Моча (М): 1 метаболит – 68,75%, 2 метаболита – 28,1%, 3 метаболита – 3,1%. Суммарно К+М - 1 метаболит – 74,5%, 2 метаболита – 23,6%, 3 метаболита – 1,8%. При анализе хроматограмм копрофильтратов и мочи установлено наличие полос специфических метаболитов в 68,75% всех образцов (кал+моча), в том числе в супернатантах

фекалий – 57,5% (отрицательно 42,5% проб), в моче – 80,0% (отрицательно 20,0% проб).

Метаболиты микробного происхождения фракции 1, 2, 3, 4 обнаруживались в электрофореграммах в 80%, 40%, 40% и 80% случаев соответственно. Появление в кишечнике микробов вело одновременно к исчезновению в 10-30% случаев фракций 3 и 6, соответствующих продуктам эндогенного происхождения. Помимо перечисленных метаболитов, в электрофореграммах выявляли слабоокрашиваемую нингидрином фракцию 7, указывающую на наличие метаболита эндогенного происхождения, химическая природа которого нуждается в расшифровке. Данный метаболит исчезает при появлении в кишечнике микробов в 50 % случаев.

О наиболее глубоком нарушении микробиоценоза кишечника свидетельствует появление в пробах таких химических соединений, не выявляемых в норме, как фракции 1, 2, 3, 4, утилизируемых нормальной микрофлорой. Указанные метаболиты с разной частотой встречаемости появлялись в кишечнике больных клебсиеллезной, и протейной инфекциями. Наибольшее число фракций обнаружено у больных протейной инфекцией.

При изучении спектра метаболитов супернатантов фекалий больных ОКИ, страдающих инфекционной диареей различного происхождения, наблюдали различия, как в качественном составе химических веществ, так и частоте их обнаружения по сравнению с контролем (здоровые люди).

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Ибрагимов Д.Б., Рашидов Ф.А

Кафедра: Детских инфекционных болезней, ТашПМИ

Актуальность. Шигеллез у детей раннего возраста характеризуется клинико-эпидемиологическими особенностями, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, значительным числом тяжелых и осложненных форм, склонностью к затяжному течению, что затрудняет рациональное лечение. Ребенок инфицируется во время родов, а также пищевым путем, контактным и воздушно-капельным путем. Шигеллез у детей раннего возраста характеризуется клинико-эпидемиологическими особенностями, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, значительным числом тяжелых и осложненных форм, склонностью к затяжному течению, что затрудняет рациональное лечение, реабилитацию больных детей. В последние годы наблюдается увеличение удельного веса шигеллезной инфекции, вызванной полирезистентными штаммами.

Цель исследования: изучение функционального состояния печени при тяжелом течении шигеллезной инфекции у детей вызванными полирезистентными штаммами.

Материалы и методы. Исследования проведены у 28 детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. У всех детей, больных шигеллезом установлены следующие сопутствующие заболевания: ОРВИ, бронхит, пневмония. У всех детей констатировано состояние инфекционно-токсического шока второй и третьей степени. Установлено, что у всех обследованных детей отмечался токсический гепатит с проявлениями гепатомегалии и спленомегалии. У 8 обследованных детей с тяжелым течением шигеллеза констатирована острая печеночная энцефалопатия 1-2 степени.

Анализ полученных данных определяет нарушение гемодинамических потенциалов в виде гиповолемии в обеих группах с характерным для течения ИТШ снижением АД и ЦВД, развитием сердечной недостаточности по гипотоническому типу.

Отличительно от классического варианта развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), у детей обеих групп превалировал гипокоагуляционный синдром с удлинением ВСК, тромбоцитопенией, повышением деградации фибриногена, повышением этанолового, протаминсульфатного тестов, реакции рекальцификации плазмы. Необходимо отметить выраженность указанных изменений у детей с крайне тяжелым течением ИТШ. Отмечалась гиперферментемия и гипербилирубинемия, особенно у детей с явлениями ИТШ.

Выводы. Токсическое влияние инфекта и развивающаяся гипоксия оказывают решающее влияние на систему гемостаза, в связи с чем только активное воздействие на фазность возникающих изменений гемореологии способно в достаточной мере корригировать развитие ДВС-синдрома.

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ИССЛЕДУЕМЫХ ЦИТОСТАТИКОВ К-1, К-2, К-30

А.А. Ибрагимов¹, О.Ш. Касымов¹, Ш.Н. Ибрагимов², З.М. Еникеева²,
И.В.Карпышева²

1 НИИЭМИЗ МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

2 РОНЦ МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Известно, что на клетках дрожжей *Saccharomyces cerevisiae* (модели для изучения биологии клеток млекопитающих) были анализированы механизмы действия цитотоксинов: камптотецина - ингибитора топоизомеразы I и II; верапамила, резерпина, цефалоспоринов, являющихся модуляторами трансмембранного белка Pdr5p/Pgp и т. д.

Цель исследования заключалась в исследовании влияния новых производных трополоновых алкалоидов К-1, К-2 и К-30 на резистентность модельных клеток *S.cerevisiae* и опухоли саркома 180.

Методы. Получены модели резистентных клеток *S.cerevisiae* к К-1, К-2 и К-30 в дозах: 40мкг/мл К-1, 100мкг/мл К-2 и 9мкг/мл К-30; в качестве сравнения были этопозид (15мкг/мл) и доксорубин(1,8мкг/мл). Рост клеток каждого исследуемого варианта анализировали в чашках Петри на твердой среде для дрожжей *S. cerevisiae*, на интактной и на средах, содержащих указанные концентрации препарата. Уровень Pdr5p анализировали по количеству роста колоний клеток под воздействием данного исследуемого препарата против контрольного варианта. Для оценки межнуклеосомной деградации ДНК, выделенные препараты ДНК анализировали посредством электрофореза. Для исследования влияния исследуемых препаратов на экспрессию гена MDR2, из опухолевой ткани саркомы 180 под воздействием каждого препарата были получены тотальные препараты РНК. Затем методом обратной транскриптазы (ОТ) были получены мРНК и синтезированы кДНК (экспрессия MDR2/ОТ ПЦР).

Результаты. Показано, что К-1, К-2 и К-30 ингибируют рост интактных клеток дрожжей в пределах 65-80% (этопозид в пределах 40%). На резистентных клетках *S.cerevisia* К-1 как на 1-е, так и в 3-и сутки ингибирует рост этих клеток на 35% и 36,7%. К-30 на 55% и 37,5%, К-2 на 30% и 18,2% (на 1-е и в 3-и сутки). Этопозид как на 1-е, так и в 3-и сутки способствует росту резистентных клеток выше контроля, в пределах 20%-25%. На опухоли саркомы-180 методом ОТ-ПЦР показано, что К-1 и К-30 подавляют экспрессию MDR2 в пределах 80%, а К-2 и Этопозид подавляют экспрессию этого гена на 70% и 65%, соответственно.

Выводы. Новые препараты К-1, К-2 и К-30 не способствуют развитию множественной лекарственной устойчивости (МЛУ), как обусловленному Pdr5p *S. cerevisiae*, так и геном MDR2 саркомы180, по-видимому из-за межнуклеосомной деградации и фрагментации ДНК. Результаты этих экспериментов свидетельствуют о том, что *S.cerevisiae* являются удобной моделью для изучения МЛУ.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ГЕПСИДИН-25 В ТЕЧЕНИИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ, С ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИЕЙ

Икрамова Н.А., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр Педиатрии, МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Выявить особенности изменений уровня гепсидин-25 в сыворотке крови при анемии воспаления у детей, с хронической HBV-инфекцией в зависимости от активности патологического процесса в печени и давности заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 140 детей, с хронической HBV-инфекцией, в возрасте от 3 до 18 лет. Больные дети были распределены на группы по активности - 50 (35,7%) детей с минимальной активностью, где давность заболевания составила $2,26 \pm 1,0$ лет, 52 (37,1%) – с умеренной активностью и давностью заболевания $4,7 \pm 0,2$ лет и 38 (27,1%) детей с выраженной активностью и давностью заболевания $7,62 \pm 1,0$ лет. Верификация HBV проводилась методами ИФА и ПЦР. Диагноз хронической HBV-инфекции основывался на данных клинико-лабораторного и инструментального обследования. Методом ИФА определяли маркер гепсидин-25, с использованием наборов "Bio chimmac", (Москва). Группа контроля – 20 детей с хронической HBV-инфекцией без анемии.

Результаты. Внутригрупповые сравнения уровня гепсидина-25 выявили тенденцию снижения в зависимости от степени активности хронической HBV-инфекции. Так, наиболее высокие значения гепсидина ($87.9 \pm 1.57 \text{ ng/ml}$) характерно отмечались среди детей с минимальной активностью хронической HBV-инфекции. Тогда как у детей из других групп его параметры снижались до $39.62 \pm 1.59 \text{ ng/ml}$ и $29.53 \pm 1.54 \text{ ng/ml}$ соответственно умеренной и выраженной активности хронической HBV-инфекции ($p < 0,001$). Такая же картина отмечалась при внутригрупповом анализе показателя в зависимости от давности заболевания. При этом, средние значения гепсидина-25 соответствовали $62.92 \pm 1.6 \text{ ng/ml}$ при давности заболевания до 3 лет, $28.12 \pm 1.57 \text{ ng/ml}$ - от 3 до 5 лет и $16.47 \pm 1.44 \text{ ng/ml}$ при давности свыше 5 лет ($p < 0.05 - 0.001$). Учитывая, что гепсидин-25 участвует в метаболизме железа в организме, эффекты которого направлены на уменьшение количества железа в циркуляции через ферропортиновую систему. По видимому эти изменения, связаны с тем, что длительная избыточная его экспрессия приводила к "истинному" дефициту железа по типу ЖДА, а недостаточная – к пере-распределительному дефициту железа - характерного для гемосидероза.

Заключение. У детей с хронической HBV-инфекцией высокие стартовые значения пептида гепсидин-25 снижались по мере нарастания давности и активности заболевания, в результате истощения компенсаторно-адаптационных возможностей организма с развитием патологических состояний от истинного к пере-распределительному дефициту железа. Это необходимо учитывать при назначении железосодержащих препаратов у данной категории больных детей.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ СЫВОРОТОЧНЫХ ТЕСТОВ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ

Иногамова Г.З., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр Педиатрии, Узбекистан, Ташкент

Целью исследования явилась сравнительная оценка диагностических индексов фиброза печени (ФП) у детей с хронической вирусной патологией печени.

Материал и методы. Обследовано 123 больных, в возрасте от 3-15 лет. Из них с ХВГ – 74 детей (минимальная активность -18,9%; умеренная – 43,3% и выраженная – 37,8%) и циррозом печени (ЦП) – 49 детей (класс А – 36,7%; класс В – 26,5% и класс С – 24,4%). Диагноз устанавливался на основании клинического, биохимического, вирусологического (спектр HBV, HCV и HDV методом ИФА и ПЦР) и инструментального (УЗИ, доплерография и эластометрия на сканере HD3 фирмы «Toshiba») обследования. В качестве суррогатных маркеров ФП применялись индексы: APRI, GUCI, MDA и FORNS [Don Rockey et al.. 2006; Fornis X et al.. 2002] с вычислением чувствительности и специфичности метода [Karmazanovsky G.G., 1997].

Результаты. Анализ показателей индекса APRI по параметрам АсАТ и числа тромбоцитов выявил наиболее высокие значения у детей с ЦП – 1,83, на втором месте находились дети с выраженной и умеренной активностью – 0,99 и 0,71 и наименьшие значения (0,23) – минимальной активностью ХВГ. При этом чувствительность метода составила 41%, специфичность 95%. Аналогичная раскладка была выявлена в показателях индексов FORNS (по параметрам числа тромбоцитов, уровня ГГТП и холестерина) - 5,37, 4,20, 4,03 и 2,87 и GUCI (по параметрам уровня альбумина, щелочной фосфатазы, числа тромбоцитов и коэффициента де Ритиса) – 2,12, 1,10, 1,05 и 0,65 соответственно детям с ЦП, выраженной, умеренной и минимальной активностью ХВГ. При этом, обращало внимание практически одинаковые цифры при выраженной и умеренной активности, что затрудняло дифференциацию ФП. Чувствительность и специфичность в первом случае составила 94% и 61%; во втором – 80% и 78%. В отличии, при вычислении индекса MDA у детей с ЦП итоговый уровень был < единицы (-0,21), что свидетельствовало о вероятном ЦП порядком до 90%, то у других детей эти показатели имели приближенные значения – 0,90, 0,95 и 1,10 соответственно тяжелому, умеренному и легкому течению ХВГ. При этом чувствительность 23% и специфичность 90%. Процент совпадения ультразвуковых данных с сывороточными тестами составил при легком ФП - 77,2%, при умеренном и тяжелом ФП – 72,0% и циррозе печени – 66,6% случаев.

Заключение. У детей с хронической вирусной патологией печени наиболее информативными в диагностике фиброза печени являются индексы GUCI и FORNS, особенно у больных циррозом печени, что позволяет рекомендовать их в дифференциации активности патологического процесса в печени.

ТАКТИКА ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Исмаилов И.И., Даминова М.Н., Абдуллаева О.И., Ибрагимова Х.Н.,
Мирисмаилов М.М., Ахраров Х.Х.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра Детские инфекционные болезни

В последние годы существенно возросла роль ротавирусной инфекции в возникновении патологии детского возраста. Во всем мире ежегодно около 3 млн детей умирают от диареи, при этом 600-800 тыс. смертельных случаев приходится на долю ротавирусной инфекции.

Цель исследования — явилось изучение клинической эффективности эргоферона и арбидола в комплексной терапии ротавирусной диареи у детей.

Материалы и методы Под нашим наблюдением находилось 53 больных среднетяжелыми формами ОКИ ротавирусной этиологии в возрасте от 5 мес до 5 лет, проходивших стационарное лечение в инфекционной больнице. Мальчиков – 25(47,17%), а девочек составило 28 (52,83%). Лабораторную диагностику на наличие ротавирусной инфекции в фекалиях проводили методом ПЦР.

Результаты и обсуждение. Больные поступали в отделение преимущественно на ранних сроках заболевания и 96,2% из них был госпитализирован в первые три дня. Представлены результаты клинико-бактериологического обследования 53 детей с ротавирусной инфекцией (РВИ), в возрасте от 5 мес до 5 лет, проходивших стационарное лечение в инфекционной больнице. Мальчиков – 25(47,17%), а девочек составило 28 (52,83%). При анализе возрастной структуры, оказалось, что наибольшее число больных обратившихся в инфекционные стационары были в возрасте до года, число детей составляет – 21 (39,62 %), от 1 до 2 года– 15 (28,30%). Больные от 2 до 3 лет составили 17 (32,07 %).

Для ротавирусной инфекции наиболее характерным является поражение тонкого кишечника, синдром энтерита, являемый у 100% больных до 1 года и у 90,62% детей старше года. Препарат эффективен и безопасен в лечении РВИ. Прием эргоферона, начатое в течение 24 ч от дебюта РВИ, более существенно сокращало длительность лихорадки, чем терапия, начатая в течение первых 48 часов. Препарат имеет высокие органолептические свойства, хорошо переносится больными, не дает побочных эффектов. эргоферон обладает более высоким saniрующим эффектом в отношении УПМ (стафилококков, клебсиелл, энтеробактеров, цитробактеров, протей), у 41% отмечалась полная санация, что согласуется с литературными данными.

Выводы. Включение в комплексную терапию среднетяжелых форм РВИ у детей эргоферон, в сравнении с применением арбидола способствовало более быстрому купированию диарейного синдрома и нормализации копроцитограммы.

АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯНИНГ СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ ВА АНАФИЛАКТИК ШОК КАБИ БОСҚИЧЛАРИДА КАЛАМУШЛАРНИНГ ПРОТЕАЗАЛАР КОМПЛЕКСИ ФЕРМЕНТИ ФАОЛЛИГИГА АНТИГИСТАМИН ВОСИТАЛАРНИНГ ПРОТЕКТИВ ТАЪСИРИ

Исмоилов С.Р., Омонова Г.С., Рўзмаматов Б.С.

ТТА Урганч филиали

Маълумки, турли аллергия касалликларда организмнинг ҳар хил аъзо ва тўқималари қатори меъда-ичак тизимида ҳам қатор ўзгаришлар юзага келади ва бунда меъда-ичак йўли шиллиқ қавати гидролитик фаолиятининг бузилиши муҳим ўринни эгаллайди. Аммо, ҳозирги кунгача ҳам аллергия реакциянинг турли шаклларида меъда ости безининг протеазалар комплекси фаолиятида содир бўладиган бузилишлар ва уларга антигистамин воситаларнинг таъсири бор ёки йўқлиги тўғрисида деярлик маълумотлар йўқ.

Шуларга асосланган ҳолда мазкур илмий изланишда аллергия реакциянинг сенсibiliзация ва анафилактик шок каби босқичларида каламушлар меъда ости безидаги протеазалар комплексининг фаоллигида юз берадиган бузилишлар ва уларга антигистамин воситаларнинг таъсирлари ўрганилди.

Материал ва методлар. Тажрибаларда оғирлиги 120-200 г бўлган турли жинсдаги зотсиз оқ каламушлардан фойдаланилди. Каламушларда аллергия реакциянинг сенсibiliзация ва анафилактик шок босқичлари А.Д.Адо (1978) усули билан чақирилди. Антигистамин воситалардан димедрол, диазолин, супрастин, фенкарол ва задитен препаратлари мос тарзда 40, 50, 20, 50 ҳамда 1 мг/кг дозаларда қўлланилди. Таққослов гуруҳидаги каламушларга муқобил ҳажмда дистилланган сув киритиб турилди. Меъда ости безининг протеазалар комплекси фаоллиги гастроэнтерологияда кенг қўлланилувчи усуллар билан (А.А.Лаздыныш ва б., 1975) аниқланди. Натижалар Стьюдент критерийлари бўйича ҳисоблаб чиқилди

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Олинган натижаларни таҳлил қилиш борасида маълум бўлдики, аллергия реакциянинг сенсibiliзация ва анафилактик шок босқичларида панкреатик протеазалар комплекси спектрида сезиларли даражада бузилишлар кузатилди. Ушбу бузилишлар, ўз навбатида, мазкур патологияларда овқат таркибидаги оқсилларнинг ҳазм бўлиш ва ўзлаштирилиш жараёнларининг ҳам издан чиқишига сабаб бўлиши табиийдир.

Патологик жараёнларни юзага чиқаришнинг дастлабки кунидан бошлаб қўлланилган димедрол, диазолин, супрастин, фенкарол ва задитен препаратлари сенсibiliзация ва анафилактик шок таъсирида меъда ости бези протеазалар комплекси спектрида кузатилган бузилишларни ишонарли даражада коррекция қилдилар. Ҳар иккали ҳолатда ҳам протектив таъсирининг юқорилиги бўйича биринчи ўринда задитен, кейингисида фенкарол ва ундан кейинги ўринда димедрол, диазолин ҳамда супрастинлар туриши аниқланди. Бу ўз навбатида, ушбу антигистамин препаратлар аллергия реакциянинг сенсibiliзация ҳамда анафилактик шок босқичларини юзага чиқариш жараёнида қўлланилганда, уларнинг овқат таркибидаги оқсиллар гидролизининг издан чиқишига протектив самара кўрсатишлари тўғрисида фикр юритишга имкон беради.

АНАФИЛАКТИК ШОК ТАЪСИРИДА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИНИНГ АЛЬФА-АМИЛАЗА ФЕРМЕНТИ ФАОЛЛИГИДА КУЗАТИЛГАН БУЗИЛИШЛАРИГА АНТИГИСТАМИН ВОСИТАЛАРНИНГ ПРОТЕКТИВ ТАЪСИРИ

**Исмоилов С.Р., Иброхимова Н.О., Маткаримов У.К.
ТТА Урганч филиали**

Илмий манбалардан маълумки, ҳар хил аллергия касалликларда организмнинг турли аъзо ва тўқималари қатори меъда-ичак йўлида ҳам ўзига хос бузилишлар юзага чиқади. Бунда биринчи навбатда меъда-ичак йўлидаги ҳазм ферментлари фаолиятининг бузилишлари аниқланган. Лекин, шу бугунги кунгача ҳам илмий адабиётларда турли аллергия реакцияларда панкреатик альфа-амилаза ферменти спектрида юзага чиқадиган бузилишлар ва уларни бартараф қилиш усуллари тўғрисидаги маълумотлар етарли эмас.

Таъкидланганларга асосан ушбу илмий изланишда анафилактик шок таъсирида каламушлар меъда ости безидаги альфа-амилаза ферменти спектрида юз берадиган бузилишлар ва уларга айрим антигистамин воситаларнинг таъсирлари бўлиши ёки бўлмаслиги ўрганилди.

Материал ва методлар. Тажрибалар оғирлиги 120-200 г бўлган ҳар хил жинсдаги зотсиз оқ каламушларда ўтказилди. Анафилактик шок А.Д.Адо (1978) усули билан чақирилди. Антигистамин воситалардан димедрол, диазолин, супрастин, фенкарол ва задитен, препаратлари мос тарзда 40, 50, 20, 25 ҳамда 1 мг/кг дозаларда ишлатилди. Таққослов гуруҳидаги каламушларга муқобил ҳажмда дистилланган сув киритиб турилди. Панкреатик альфа-амилаза ферментининг фаоллиги гастроэнтерологияда кенг қўлланилувчи усуллар билан (А.М.Уголев ва б., 1969) аниқланди. Олинган натижалар Стьюдент критерийлари бўйича ҳисоблаб чиқилди

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Анафилактик шок таъсирида каламушлар меъда ости безининг альфа-амилаза ферменти фаоллигида кучли ифодаланган бузилишлар аниқланди. Ушбу бузилишлар, ўз навбатида, овқат таркибидаги углеводларнинг ҳазм бўлиш ва ўзлаштирилиш жараёнларининг ҳам издан чиқишига сабаб бўлиши табиий, албатта.

Анафилактик шок юзага чиқишининг олдини олиш мақсадида тажрибаларнинг дастлабки кунидан бошлаб узоқ муддат давомида (21 кун мобайнида) қўлланилиб келинган димедрол, диазолин, супрастин, фенкарол ва кетотифен препаратлари шок таъсирида меъда ости безининг альфа-амилаза ферменти фаоллигида юзага чиққан бузилишларга ишонарли даражада протектив самара кўрсатдилар. Бунда протектив таъсирининг юқорилиги бўйича биринчи ўринда кетотифен, кейингисида фенкарол, ундан ҳам кейин эса димедрол, диазолин ҳамда супрастинлар туриши аниқланди. Ушбу ҳолатни кетотифеннинг полифункционал, фенкаролнинг дифункционал ва қолган препаратларнинг монофункционал препаратлар эканлиги билан изоҳлаш мумкин. Олинган натижаларнинг таҳлили эса ўз навбатида, ушбу антигистамин препаратлар анафилактик шокни юзага чиқариш жараёнида қўлланилганда, уларнинг овқат таркибидаги карбонсувлар гидролизининг издан чиқишига протектив самара кўрсатишлари тўғрисида фикр юритишга имкон беради.

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Исмоилов У.Ю., Мирзаева М.Р., Ярашев А.Х., Юсупова С.С.

**Бухоро вилоят болалар юқумли касалликлар касалхонаси, Бухоро
давлат тиббиёт институти, Тошкент тиббиёт академияси**

Ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) кенг тарқалган юқумли касалликлар гуруҳига мансуб бўлиб, бугунги кунда жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Мустақил Давлатлар Ҳамдўстлиги (МДХ) нинг бошқа давлатлари Республикамизда ҳам ЎИИ билан касалланиш кўрсаткичлари юқориликча қолмоқда. Бугунги кунда ўткир диареяларнинг этиологик салмоғини аниқлаш паст кўрсаткичларда қолмоқда. Ҳатто ривожланган давлатларда ҳам ушбу кўрсаткич 40-50% дан ошмайди. Маълумотларга кўра, ротавирус инфекциялари (РВИ) ЎИИ салмоғида 30-60% ни ташкил этади.

Илмий ишнинг мақсади. Эрта ёшдаги болаларда диарея касалликларининг юзага келишида ротавируслар салмоғини ўрганиш.

Материал ва услублар. Бухоро вилоят болалар юқумли касалликлар касалхонасида 2014-2016 йилларда ўткир диарея ташхиси билан ётқизилган 0-5 ёшгача бўлган 3201 нафар болаларда ўткир диарея чақирилишида ротавируснинг салмоғи ўрганилди.

Беморларда РВИ ташхиси нажасда ротавирус антигенини серологик усуллардан ҳисобланган иммунофермент анализ (ИФА) усулида тасдиқланди. Ротавирус антигенини аниқлаш мақсадида Буюк Британиянинг “Duco-Cytonetion Ltd” компаниясига тегишли бўлган “IDE IATC Rotavirus” тест-синамаларидан фойдаланилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Кузатув остида бўлган 3201 нафар болаларнинг 734 (22.9%) нафарининг нажасида ротавирус антигени аниқланди. Ўрганилаётган беморлар келиб чиқиш ҳолатлари таҳлил қилинганда, 427 (58.2%) нафари шаҳар, 307 (41.8%) нафари эса қишлоқ аҳолиси эканлиги маълум бўлди.

Йиллар бўйича касалланиш кўрсаткичи таҳлил қилинганда, 2014 йил 39.8%, 2015 йили 19.7%, 2016 йили эса 18.2% ўткир диарея билан оғриган болаларда РВИ қайд қилинган. РВИ билан касалланиш даражаси фасл ойлари ҳисобида ўрганилганда, касалланишнинг юқори кўрсаткичлари 2014 йилнинг куз ва қиш фаслида мос ҳолда 46% ва 37%, 2016 йилнинг қиш фаслида 31.5%ни ташкил қилган. Касалланишнинг паст кўрсаткичлари 2015 йилнинг ёз фаслида 8.5%, 2016 йилда эса 7.5% да қайд қилинган. Баҳор фаслида касалланиш даражаси ўрганилаётган барча йиллар учун тахминан 9.0% ни ташкил қилган.

Юқоридаги маълумотлардан кўриниб турибдики, касалланишнинг юқори кўрсаткичлари куз ва қиш фаслига тўғри келади, қишлоқ аҳолисига нисбатан шаҳар аҳолиси ўртасида кўпроқ касалланиши кузатилади.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Г. ТАШКЕНТ

**Исхакова Х.Т., Шадманова Н.А, Асатова Н.Б., Сапаева Ф.Р., Абдуллаев А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.**

Инфекции мочевыводящих путей являются одной из основных причин среди обращаемости населения в амбулаторной практике. В подавляющем большинстве случаев при микробиологическом исследовании данной патологии обнаруживаются энтеробактерии, которые имеют «особую» резистентность к широкому кругу антибиотиков, что в дальнейшем нередко приводит к хронизации и рецидивам инфекций мочевыводящих путей.

Цель: Установить этиологическую структуру инфекций мочевыводящих путей у амбулаторных больных и определить чувствительность основных возбудителей к антибиотикам.

Методы. Работа проводилась с 09.2016 года по 02.2017гг. в Ташкенте. Обследовано 582 амбулаторных пациентов с инфекцией мочевыводящих путей. Идентификацию культур и определение антибиотикограммы к широкому спектру антибактериальных препаратов проводились на кафедре микробиологии ТашИУВ с использованием рекомендаций Международных Руководств и Стандартов (Bergey's, 2001-2004). Чувствительность определяли диско-диффузионным методом на среде Мюллера-Хинтона.

Результаты. Всего за исследуемый период выделено 339 штаммов возбудителей от больных ИМП. В этиологии амбулаторных ИМП доминировали представители семейства Enterobacteriaceae (*E. coli* – 66%, *Klebsiella* spp. – 3,8%, *Proteus* spp. – 4,7%, *Enterobacter* spp. – 5,5%). *Pseudomonas aeruginosa* выделялась с частотой 3%, из грамположительных микроорганизмов *S. aureus* 10,3% и *Enterococcus* spp. – 6,7%. Устойчивость к антибиотикам энтеробактерий, как основных патогенов инфекций мочеполового тракта, является серьёзной проблемой, которая в нашем регионе недостаточно изучена.

В связи с этим, представляется важным изучение антибиотикорезистентности выделяемых штаммов и, в первую очередь, *E. coli* как самого частого возбудителя при этой патологии. Надо отметить, что в нашем регионе цефалоспорины все еще являются одними из наиболее часто применяемых антибактериальных препаратов. Анализ чувствительности *E. coli* к антибиотикам этой группы показал, что чувствительность к цефалоспорином II-III поколений колебалась, составив к цефуроксиму 58,2%, цефтриаксону 43,3% и цефтазидиму 73,2%. Учитывая, что речь идет о внебольничных штаммах, эти показатели свидетельствуют о достаточно высокой резистентности к цефалоспорином и о вероятности циркуляции среди амбулаторных больных, эшерихий с продукцией БЛРС. Низкой была также чувствительность *E. coli* к ампициллину 45% и к хлорамфениколу 58%. В целом, энтеробактерии, выделенные за указанный период от больных с ИМП были чувствительны ко всем карбапенемам в 100%, высокоэффективными оказались: из аминогликозидов амикацин (72,7%), среди фторхинолонов - левофлоксацин (93,2%).

Выводы. Представители семейства Enterobacteriaceae остаются наиболее частыми возбудителями ИМП в амбулаторной практике, среди них доминирующая роль принадлежит *E. coli*. Установлена резистентность кишечной палочки к цефалоспорином II-III поколений, что не исключает возможности циркуляции БЛРС- продуцирующих штаммов. Результаты антибиотикорезистентности показал снижение чувствительности *E. coli*, как основного патогена к ампициллину и хлорамфениколу, при сохранении высокой чувствительности семейства энтеробактерий к карбапенемам, а среди фторхинолонов левофлоксацину. Результаты антибиотикограммы по отношению к цефалоспорином показывает о циркуляции БЛРС штаммов эшерихий.

РЕФРАКТЕРНАЯ АНЕМИЯ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Кадырходжаева Х.М., Иноятова Ф.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, Узбекистан, Ташкент

Целью исследования явилась оценка особенностей клинического течения и маркерного профиля хронического гепатита В (ХГВ) у детей с рефрактерной анемии (РА).

Материал и методы. Обследовано 75 детей, больных ХГВ, в возрасте от 3 до 18 лет с РА, мальчиков 82,7% и девочек 17,3%. Диагноз ХГВ устанавливался на основании общепринятых лабораторных, клинических и инструментальных исследований. Верификация HBV проводилась методами ИФА и ПЦР (HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb, HBcorAb total, HBV-DNA) с применением тест-систем «Вектор-Бест» (Россия). В диагностике рефрактерной анемии использовался «Алгоритм диагностики анемии воспаления у детей, больных ХГВ» [Иноятова Ф.И., 2013]. Вычислялся коэффициент насыщения трансферрина (КНТ) по формуле $sTfR/\log$ ферритина, при $КНТ > 0,5$ умеренная, $КНТ < 0,5$ - выраженная форма РА.

Результаты. Анализ клинического течения ХГВ с РА показал, что у детей с $КНТ < 0,5$ заболевание протекало значительно тяжелее, пролонгируя период обострения ХГВ на $2,8 \pm 0,2$ дней и развитием прогрессирующих форм заболевания до 67,1%. На фоне выраженного РА стойко преобладали ($p < 0,05$) астеновегетативный (93,4%), геморрагический (76,7%) синдромы и выраженная гепатоспленомегалия (55,8%). Отчасти, об этом также свидетельствовали результаты изучения маркерного профиля. Так, если обнаружение HBsAg определялись у большинства (92,5%) больных и HBsAb выделялись практически с одинаковой частотой (49,2%) вне зависимости от уровня КНТ, то выявление маркера, свидетельствующего о высокой инфицированности – HBeAg – превалировало у больных с $КНТ < 0,5$ (76,4% против 31,8% детей с $КНТ > 0,5$ $p < 0,001$). При этом антитела к HBeAg отмечались у 41,1% больных с $КНТ < 0,5$ и у более половины (54,5%) детей с $КНТ > 0,5$ ($p > 0,05$). Также как и маркер активной репликации – HBV-DNA с вирусной нагрузкой $> 10^5$ копий/мл достоверно чаще (в 1,5 раза) обнаруживался среди детей с выраженной перегрузкой железа (82,3% против 54,5% детей с $КНТ$ свыше 0,5 $p < 0,05$). Суммарные антитела к ядерному антигену (HBcorAb) не отличались статистической разницей и определялись у большинства больных обеих групп (94,1% и 95,4% соответственно).

Заключение. Развитие рефрактерной анемии воспаления, особенно ее выраженных форм, обуславливает пролонгирование клинических синдромов ХГВ и HBV вирусной активности, что в итоге определяет формирование двух параллельных взаимоусугубляющих процессов, что необходимо учитывать при ведении данного контингента больных детей.

ХРОНИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С С АУТОИММУННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ СИНДРОМОМ

Камилов Ф.Х.

Кафедра инфекционных болезней ТашИУВ

Институт Вирусологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Присоединение аутоиммунного перекрестного синдрома (АПС) при HCV-инфекции может привести к ухудшению течения болезни и, при этом, принципиально важным становится вопрос терапии больных – что лечить? чем лечить?.

Цель работы: рассмотреть диагностические возможности ХГС в сочетании АПС.

Материалы и методы. Приведем клиническое наблюдение. Больная Ф.К., 42 г. обратилась с жалобами на слабость, утомляемость, боли в суставах, плохой аппетит, тяжесть в правом подреберье. Используются следующие методы диагностики: клинические, биохимические, серологические, молекулярно-генетические (ПЦР), иммунологические и инструментальные (УЗИ и Фиброскан фирмы Эхосенс, Франция).

Результаты. При объективном осмотре: желтушности кожи и склер нет, печень увеличена на 1,5-2,0 см, умеренной плотности, селезенка не увеличена. В биохимии крови: билирубин 22,0 мкмоль/л, АсТ- 70 ммоль/л, АлТ- 110 ммоль/л, альбумин- 37 г/л, сахар- 5 ммоль/л, холестерин- 4,7 ммоль, гормоны щитовидной железы в норме. Маркеры HCV: анти-HCV-положительные, HCV-РНК-ПЦР-отрицательный, HCV-генотип – не выявлен. HBsAg и анти-дельта также были отрицательные. На фиброскане F2-F3 (умеренный фиброз). Уровень железа, ферритина, церулоплазмينا в норме. После отрицательных результатов ПЦР на HCV-РНК вопрос о противовирусной терапии отпал, но возник другой вопрос, что же все-таки повреждает печень? В иммунограмме выявлено повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, как мелких (более 40), так и крупных (более 80), антинуклеарных (ANA) и антимитохондриальных аутоантител (AMA-M2), что, вероятно, связано с аутоиммунизацией. Было решено провести курс ГКС-терапии (преднизолон 30 мг/сутки по убывающей схеме) с панангином. Контрольный осмотр показал резкое улучшение общего самочувствия больной, а также нормализацию биохимических показателей, что подтверждает наличие аутоиммунного компонента у больной с HCV-РНК отрицательным ХГС. В настоящее время больная находится на поддерживающей терапии ГКС.

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКАЮЩИХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ СДВИГОВ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Камилова У.Т., Даминова М.Н., Таджиев Б.М.

Абдуллаева О.И., Алиева Г.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра Детские инфекционные болезни

Цель исследования - изучить особенности возникающих иммунологических сдвигов герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование герпетической инфекции (ГИ) ВИЧ инфицированных детей. Под наблюдением находились 57 больных, в возрасте от 1 года до 15 лет, которые находились на учёте в НИИ Вирусологии МЗ РУз. Группу сравнения составили 23 ВИЧ инфицированных детей без ГИ, того же возраста. Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи, кала, изучение иммунного статуса, уровня CD4 клеток; Серологический метод: методом ИФА в крови определены антитела к ЦМВ и вирусу простого герпеса (ВПГ).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что при герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей наблюдается тяжёлая иммунодепрессия. Количество лейкоцитов у детей до 6 лет во время возникновения рецидива характеризовалось умеренной лейкопенией ($5,0 \pm 1,76^*$) ($p < 0,05$) с относительным лимфоцитозом ($64,9 \pm 1,40$) ($p < 0,01$), сохранявшимся и в ремиссию ($61,4 \pm 1,82$) ($p < 0,05$). Субпопуляционный состав у детей от 1 года до 6 лет с РГИ в период обострения характеризовался выраженным снижением показателей относительного ($22,6 \pm 1,35$) и абсолютного ($0,74 \pm 0,15$) содержания CD4,% клеток по сравнению с контрольной группой ($37,7 \pm 1,47$) ($1,47 \pm 0,06$) ($p < 0,001$). В группе детей от 6 лет до 15 лет, также отмечалось значительное снижение относительного содержания CD4,% клеток в периоды обострения ($23,4 \pm 2,51$) ($p < 0,001$) и ремиссии ($27,3 \pm 3,09$) ($p < 0,01$). Гуморальное звено иммунитета характеризовалось повышением значений всех классов иммуноглобулинов. Уровень IgM мг/мкл у детей от 1 года до 6 лет повышался в период обострения заболевания ($1,5 \pm 0,68$) ($p < 0,05$), и в ремиссии ($1,5 \pm 0,19$). Представленные в исследовании данные свидетельствуют о том, что при герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей угнетены и разбалансированы системы клеточного и гуморального звеньев иммунитета.

Выводы: Возникающие иммунологические сдвиги герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей говорят о тяжёлой иммунодепрессии – лейкопении, лимфоцитоз, достоверное снижение в 1,3 раза содержание CD3-, CD4-, клеток, повышением уровней всех классов иммуноглобулинов в периоде обострения заболевания, выявлены признаки комбинированной иммунной недостаточности.

ПРОБИОТИК ЭНТЕРОЛ И ПРЕБИОТИК ЭУБИКОР В ТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Каримов Б.К., Даминова М.Н., Ахмедова Ш.У., Абдуллаева О.И.
Махкамова Г.Г., Алимов М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра Детские инфекционные болезни

Цель исследования — сравнительная оценка эффективности лечения при нарушениях кишечного микробиоценоза у детей с сахарным диабетом 1 типа препаратами энтерол и эубикор.

Материалы и методы. Обследовано 54 детей с нарушениями кишечного микробиоценоза СД типа 1 типа, от 6 до 18 лет. Из них 23 (42,59%) детей с длительностью заболевания СД типа 1 до 3 лет и до 6 лет 31 (57,41%) детей. Мальчиков - 21(38,89%), девочек - 33(61,11%). Контрольную группу составили 30 практически здоровых детей, соответствующего пола и возраста. Оценка выраженности дисбиотических сдвигов проводилась по показателям микрофлоры кала.

Результаты и обсуждение. Данные бактериологического обследования кишечника детей, больных сахарным диабетом 1 типа, убедительно свидетельствуют, что однократный курс комплексного лечения энтеролом вызывал коррекцию бактериоценоза кишечника, приводя ее к почти нормальным показателям. Так, отмечено достоверное увеличение числа бифидобактерий, несколько увеличилось содержание лактобактерий. У всех детей, возросла частота выделения лактозоположительных кишечных палочек и, что особенно важно, снизился среди них процент гемолитических кишечных палочек: до лечения он составлял 30%, после лечения – 8%. В результате проведенного лечения энтеролом, дисбиотические изменения кишечника наблюдались в 63,64%, а через 7 недель после начала лечения нормальный микробиоценоз кишечника установился у 81,82% обследованных детей с сахарным диабетом 1 типа.

Выявлено, в группе получавшей пребиотик эубикор отмечено увеличение числа бифидобактерий, несколько достоверно увеличилось содержание лактобактерий. У всех детей достоверно возросла частота выделения лактозоположительных кишечных палочек ($7,6 \pm 0,016^{***} \text{lg КОЕ/г}$) ($P < 0,001$), и, снизился среди них процент гемолитических кишечных палочек: до – 7%. Эубикор способствует восстановлению нормальной микрофлоры кишечника у 80,95% обследованных детей с СД 1 типа через 7 недель после начала лечения и оказывает выраженное этиопатогенетическое антидиарейное действие.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности активной коррекции дисбиотических изменений при сахарном диабете 1 типа ферментными препаратами, таких как энтерол (81,82%), по сравнению с эубикором (80,95%).

ЎРТАЧА МОЛЕКУЛЯР ПЕПТИД ҚИЙМАТИНИ ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА АҲАМИЯТИНИ ЎРГАНИШ

Каримова М.Т., Зубайдуллаева М.Т., Каримова Ф.У.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Тадқиқот мақсади: ўткир ичак инфекцияли беморларда эндоген интоксикация даражасини аниқлаш мақсадида ўртача молекуляр пептид (ЎМП) миқдорини сўлакда аниқлаш.

Тадқиқот материал ва методлари. Тадқиқот иши 2014-2016 йиллар мобайнида ЎзР ЭМЮКИТИ клиникасида ўткир ичак инфекцияси билан даволанган 57 нафар беморлар кузатилди (асосий гуруҳ). Назорат гуруҳи сифатида 15 нафар соғлом кишилар олинди ҳамда уларнинг сўлаги таркибида ЎМП миқдори аниқланди. Назорат гуруҳидаги кишилар сўлаги таркибида ЎМП миқдори ўртача $0,340 \pm 0,043$ шартли бирл. ташкил қилди. Асосий гуруҳ беморларида касалхонага келиш вақтида ЎМП ўртача $1,8 \pm 0,034$ шарт.бирл ни ташкил этди, бунда соғлом кишилар қийматига нисбатан $\uparrow 6$ маротабага ошди, касалликни 3-кунида – $2,4 \pm 0,021$ шарт. бирл. ($\uparrow 8$), касалхонадан чиқишда – $1,5 \pm 0,024$ шарт.бирл ($\uparrow 5$) бўлди.

Келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, ўткир ичак инфекцияларида касалликнинг эрта даврларида ЎМП миқдори ошади ва бу эндоген интоксикация ривожланганлигидан далолат беради. ЎМП миқдори касалликни эрта даврларида ошиб, касалликни авж олиш даврларида янада кўтарилади ҳамда даволаш натижасида қиймати аста-секин пасая боради, аммо касалхонадан чиқиш даврида ҳам унинг қиймати юқориликча қолади ($\uparrow 5$).

Тадқиқотнинг кейинги босқичида биз, ЎМП миқдорини касаллик оғирлик даражасига мувофиқ равишда тахлил этдик. Сўлакдаги ЎМП миқдори касаллик оғирлик даражасига боғлиқ бўлиб, касалликнинг оғирлик даражаси кучайгани сари сўлакдаги ЎМП миқдори ҳам ошиб боради ҳамда ўтказилган даволаш самарадорлигига қарамасдан қиймат меъёр даражасига етиб бормайди. Касалликнинг қанчалик оғир бўлса, даволашдан кейин ЎМП қиймати ҳам шунчалик юқориликча сақланиб қолади.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ОКСИЛЛАРИНИНГ АҲАМИЯТИ

Каримова М.Т., Ташпулатова Ш.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Тадқиқот мақсади яллиғланиш ўткир фазаси оксилларини ўткир ичак инфекцияларини оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда ўрганиш.

Тадқиқот материал ва методлари. Тадқиқот иши 2014-2016 йиллар мобайнида ЎзР ЭМЮКТИ клиникасида ўткир ичак инфекцияси билан даволанган 57 нафар беморлар кузатилди. Кузатувдаги 57 нафар беморларнинг 38 (66,7%) нафарида касалликнинг оғирлик даражаси ўртача оғирликда, 8 (14,0%) – оғир ҳамда 11 (19,3%) нафарида – энгил даражада баҳоланган.

Олинган натижалар. Ўткир ичак инфекцияси энгил даражада кечган 11 нафар беморларда С-реактив оксилнинг ўртача қиймати касалхонага келиш кунида $9,5 \pm 1,4$ ХБ/мл ($\uparrow 1,6$), касалликнинг 3-куни $7,6 \pm 1,1$ ХБ/мл ($\uparrow 1,3$), касалхонадан чиқиш вақтида $6,8 \pm 0,56$ ХБ/мл ($\uparrow 1,1$) ташкил қилган. Касаллик ўртача оғир кечган 38 нафар беморларда эса ушбу кўрсаткич мувофиқ равишда $17,6 \pm 1,9$ ХБ/мл ($\uparrow 2,9$); $13,3 \pm 1,4$ ХБ/мл ($\uparrow 2,2$); $8,2 \pm 0,76$ ХБ/мл ($\uparrow 1,4$). Касаллик оғир кечган 8 нафар беморларда С-реактив оксил қиймати мувофиқ равишда $30,5 \pm 1,35$ ХБ/мл ($\uparrow 5,1$); $22,3 \pm 1,2$ ХБ/мл ($\uparrow 3,7$); $13,3 \pm 1,1$ ХБ/мл ($\uparrow 2,2$) бўлган.

С-реактив оксил кўрсаткичи касаллик оғирлик даражасига боғлиқ бўлиб, энгил оғирлик даражада кўрсаткич 2 баробарга, ўртача оғир даражада эса 3 баробаргача, оғир даражада эса 5 баробаргача ошади. Ўтказилган самарадор даволаш натижасида касалликнинг оғирлик даражасидан қатъий назар С-реактив оксиге қийматини динамикада пасайиши кузатилди. Касаллик энгил ва ўртача оғир кечган беморларда даволаш мобайнида қийматни меъёр даражага етиши кузатилган бўлса, касаллик оғир даражага эга бўлган беморларда эса ўтказилган самарадор даволашга қарамасдан қиймат меъёрга нисбатан 2 баробар юқориликка қолган.

Кузатувдаги беморларда фибриноген даражасини оғирлик даражасига боғлиқлиги ўрганилганида, энгил даражадаги беморларда касалхонага келганида ушбу кўрсаткич $6,2 \pm 0,01$ г/л ($\uparrow 1,8$), даволанишнинг учинчи куни $4,1 \pm 0,02$ г/л ($\uparrow 1,2$), касалхонадан чиқишда – $3,5 \pm 0,01$ г/л бўлди. Ўртача оғир даражада мувофиқ равишда $11,7 \pm 0,1$ г/л ($\uparrow 3,3$); $6,4 \pm 0,2$ г/л ($\uparrow 1,8$); $3,8 \pm 0,1$ г/л ($\uparrow 1,08$) бўлди. Оғир даражада - $20,2 \pm 0,01$ г/л ($\uparrow 5,8$); $11,8 \pm 0,02$ г/л ($\uparrow 3,4$), $4,5 \pm 0,01$ г/л ($\uparrow 1,3$) бўлди.

Фибриноген кўрсаткичини ҳам касаллик оғирлик даражасига боғлиқлиги аниқланди, энгил даражада кўрсаткич 2 баробарга, ўртача оғир даражада эса 4 баробаргача, оғир даражада эса 6 баробаргача ошади.

Альбумин миқдори ўзгаришини касаллик оғирлик даражасига боғлиқлиги ўрганилганида қуйидагилар аниқланди. Касаллик энгил шакли кузатилган 11 нафар беморларда касалхонага келишда қон зардобиде альбумин миқдори ўртача $35,5 \pm 0,5$ г/л ($\downarrow 0,99$), 3-куни $37,8 \pm 0,65$ г/л ҳамда касалхонадан чиқишда $39,4 \pm 0,69$ г/л на ташкил қилди. Касаллик ўртача оғир даражада кечган 38 нафар беморларда ушбу кўрсаткич мувофиқ равишда $33,7 \pm 0,35$ г/л ($\downarrow 0,94$); $35,6 \pm 0,39$

(↓0,96); $38,2 \pm 0,39$ бўлди. Оғир даражадаги 8 нафар беморларда мувофик равишда $34,7 \pm 0,35$ г/л (↓0,94); $35,6 \pm 0,39$ (↓0,96); $38,2 \pm 0,39$ бўлди.

Хулоса. Ўткир ичак инфекцияларида С-реактив оқсил ва фибриноген қиймати касаллик оғирлик даражасига боғлиқ равишда ошади. Ўткир ичак инфекцияларида қон зардобидан альбумин миқдори касаллик оғирлик даражасига статистик ишонarli равишда боғлиқ эмас. Шунинг учун ушбу кўрсаткичдан касаллик оғирлик даражасини баҳолашда қўллаш имкони йўқ.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ЯЛЛИҒЛАНИШ ОҚСИЛЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Каримова М.Т., Ташпулатова Ш.А., Шарапов Б.У.
*Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент Педиатрия Медицина
Институтини*

Тадқиқот мақсади ўткир ичак инфекцияларида яллиғланиш оқсиллари аҳамиятини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва услублари. Тадқиқот иши 2014-2016 йиллар мобайнида ЎЗР ЭМЮКИТИ клиникасида ўткир ичак инфекцияси билан даволанган 57 нафар беморлар кузатилди. Бактериологик текширув натижаларига кўра, кузатувдаги беморларнинг 54,4% да (31 та) сальмонеллез, 17,5% (10 та) бактериал дизентерия, 8,8% (5 та) эшерихиоз ташхиси қўйилди. Кузатувдаги беморларнинг 19,3% (11 та) да этиологик омил аниқланмади. Этиологик омилларга асосланиб беморлар тўрт гуруҳга ажратилди. Беморларнинг ўртача ёши $33,8 \pm 0,5$ ни ташкил қилди. Кузатувдаги беморлар қон зардобидида яллиғланиш оқсилларидан С-реактив оқсил фибриноген ва альбумин миқдори динамикада аниқланди.

Олинган натижалар. С-реактив оқсил бактериал дизентерия гуруҳи беморларида касалликнинг эрта даврларида максимал даражада кўтарилиш хос бўлиб, даволаш мобайнида динамикада пасая борди, аммо меъёр даражасига етиб бормади. Беморлар касалхонадан чиқиш вақтига келиб С-реактив оқсил қиймати меъёрдан $\uparrow 1,9$ баробар юқори бўлди. Худди шундай ҳолат сальмонеллезли ($\uparrow 1,5$) ва эшерехиозли ($\uparrow 1,6$) беморлар гуруҳларида ҳам кузатилди. Ноаниқ этиологияли диареяли беморлар гуруҳида эса кузатувдаги бошқа гуруҳлардан статистик ишонарли фарқ билан касалликнинг эрта даврларида $\uparrow 1,7$ баробарга ошди ҳамда даволаш давомида динамикада аста-секин пасая борди ($\uparrow 1,1$) ҳамда касалхонадан чиқишга келиб меъёр даражасига етди.

Фибриноген даражаси ҳам бактериал дизентерияда энг юқори қийматни ташкил қилди. Иккинчи ва учинчи гуруҳ беморларида фибриноген қиймати даволаш давомида кескин пасая борди, аммо меъёр даражасига етиб бормади, мувофиқ равишда $\uparrow 1,1$; $\uparrow 1,05$ бўлди. Биринчи гуруҳ беморларида эса кўрсаткич аста-секин пасая борди ва унда ҳам меъёр даражасига етмади $\uparrow 1,2$ бўлди. Ноаниқ этиологияли диареяли тўртинчи гуруҳ беморларида эса ушбу кўрсаткич касалликнинг эрта даврларида ҳам фақатгина $\uparrow 1,9$ баробарга ошди ҳамда даволаш давомида аста-секин пасая бориб, меъёр даражасига етиб борди.

Эшерехиозли беморлар гуруҳида альбумин миқдорини максимал даражада пасайиши кузатилди, шу билан бирга биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларида ҳам альбумин қиймати пасайиши кузатилди. Ушбу уччала гуруҳ беморларида альбумин миқдори даволаш давомида динамикада ошиб борди, аммо меъёр даражасига етиб бормади. Ноаниқ этиологияли диареяли тўртинчи гуруҳ беморларида ушбу кўрсаткич ҳам касалликнинг эрта даврларида бошқа гуруҳ беморларига нисбатан статистик ишонарли равишда кам пасайди ҳамда даволаш давомида ошиб бориб, меъёр даражасига етиб келди.

Хулоса. Яллиғлаш оқсилларидан С-реактив оқсил ва фибриноген қиймати инвазив диареяларда максимал даражага етади. Альбумин миқдори эса аксинча пасаяди. Ўтказилган самарадор даволаш натижасида яллиғланиш ўткир фазаси оқсиллари динамикада пасаяди, аммо меъёр даражасига етмайди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «ДИВОРМ» В ТЕРАПИИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ

Каримова М.Т.¹, Анваров Ж.А.¹, Шоабдуллаева Н.Ш.²

¹Ташкентская Медицинская Академия, ²Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний

Цель: оценка эффективности растительного препарата «Диворм» в лечении больных с кишечными паразитами.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 больных с кишечными паразитами – 19 больных с энтеробиозом, 5 больных с аскаридозом и 6 больных с микст инвазией: энтеробиоз и лямблиоз. Все больные обращались в поликлинику НИИЭМИЗ МЗРУз. Диагноз паразитарной инвазии выставлялся на основании результатов копроскопии с использованием метода Фюллеборна и соскоба с перианальных складок. Больные были в возрасте от 18 до 50 лет. Мужчин было 17 (56,6%), женщин 13 (43,4%). Противопаразитарная терапия больным назначалась в зависимости от вида паразитов в соответствии со стандартами диагностики и лечения паразитозов, принятых в Республике Узбекистан. Вместе с этим для предотвращения повторного заражения проводилась санитарно-просветительная работа, больные были проинформированы о способах заражения кишечными паразитами и их профилактики.

Оценка эффективности «Диворма» предусматривала разделение больных на 2 группы. Основную группу составили 15 больных паразитами, которые вместе с традиционным противопаразитарным лечением получали диворм в дозе 2 таблетки x 3 раза в день до еды в течение 10 дней. В контрольную группу включили 15 больных, получавших только противопаразитарные препараты. Распределение основной и контрольной групп по полу, возрасту и паразитарной инвазии было однотипным.

Результаты и обсуждение. Лечение паразитозов больных основной группы во всех случаях было эффективным, что подтверждалось отрицательными результатами повторных паразитологических исследований. Отмечалось достоверное снижение частоты основных клинических симптомов по сравнению с данными контрольной группы. У больных основной группы достоверно реже по сравнению с контрольной группой отмечались боли в животе и в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота и метеоризм. Следует отметить, что в основной группе у 13 (86,6%) уже на 5-7 дни лечения при копрологическом исследовании яйца глистов не было обнаружено. Обращает внимание, что после лечения у больных паразитами, получавших «Диворм» полностью исчез такой симптома как неприятный запах изо рта, чего не наблюдалось в контрольной группе.

Вероятно, позитивный эффект «Диворма» проявлялся не только снижением частоты и интенсивности основных клинических признаков, но и в определенной степени предотвращением возможных побочных реакций противопаразитарных средств. «Диворм» хорошо переносился, побочных эффектов во время приема препарата отмечено не было.

Выводы. Риск развития побочных реакций из-за противопаразитарных средств, диктует необходимость поиска препаратов, эффективно и безопасно устраняющих и предотвращающих развитие негативных сдвигов. Наши данные показывают, что растительный препарат «Диворм» полностью отвечает указанным требованиям и может быть рекомендован к применению в лечении пациентов с паразитозами.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.

Касымов И.А., Шомансурова Ш.Ш., Кадырова З.А.

Кафедра Эпидемиологии, инфекционных болезней, ТашПМИ

Ветряная оспа встречается повсеместно и является чрезвычайно контагиозным заболеванием со 100% восприимчивостью. Ветряной оспой болеют преимущественно дети в возрасте от 1 до 10 лет. В течение последних 5 лет показатель заболеваемости среди взрослого населения увеличился в 3 раза. В то же время официальной регистрации заболеваемости рецидивирующей возбудителем *Varicella - zoster* инфекцией в большинстве стран не проводится, что затрудняет выяснение причин, способствующих рецидивам инфекции, и разработке методов их профилактики.

Целью исследования явилось выявление особенностей проявления эпидемического процесса ветряной оспы на территории Узбекистан.

Материалы и методы исследования. Анализ заболеваемости населения ветряной оспой проводился на основе данных о многолетней заболеваемости Республиканского Центра Госсанэпиднадзора за период 2010-2016 гг.

Результаты. Проведенный нами анализ эпидемиологических особенностей инфекций, вызванной вирусом *Varicella zoster* с 2010 по 2016 гг. показал, что с 2010 года наблюдается заметный рост заболеваемости ветряной оспой в Узбекистане. Заболеваемость ветряной оспой колеблется в пределах от 414,1 на 100 тыс. населения в 2010г., до 635,7 в 2016 году соответственно. На протяжении анализируемого периода возрастная структура заболеваемости ветряной оспой оставалась постоянной. Наиболее часто заболевание регистрировалось у детей в возрасте 3 – 6 лет (57 – 61 %) и 7 – 14 лет (21-22 %). На долю детей до года приходилось 2,5 %, от 1 до 3 –х лет – 9,5 – 10,5 %. Относительно постоянной оставалась, и доля лиц старше 14 лет, которая составила 6-9%. При этом удельный вес городских жителей достиг 86,4 %. Проведенный анализ также показал, что на современном этапе ветряная оспа сохраняет характерную зимне-весеннюю сезонность. Значительный удельный вес в ее структуре составляют заболевшие дети из организованных коллективов, т.е. посещающие детские дошкольные учреждения (ясли, детские сады, дома ребенка). Несмотря на относительно высокую заболеваемость ветряной оспой, в стационар госпитализируется менее 2 % больных. При этом, несмотря на преимущественную регистрацию заболевания у детей, среди госпитализированных больных доли детей и взрослых приблизительно равны и составляют 56,7 % и 43,2 % соответственно.

Таким образом, ветряная оспа сохраняет свойственные ей эпидемиологические особенности; высокой остается заболеваемость у детей дошкольного возраста. Ветряной оспой продолжают чаще болеть организованные дети, отмечается также «повзросление инфекции», что в свою очередь требует дифференциального подхода при организации профилактических и противоэпидемических мероприятий среди населения.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ ВИЧ В ПЛАЗМЕ И СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Касымова

Вирус иммунодефицита имеет тропность к клеткам иммунной и нервной системы. ВИЧ инфекция сопровождается разнообразной неврологической симптоматикой, которая может быть вызвана как непосредственно ВИЧ, так и оппортунистическими инфекциями. Клинические проявления патологии нервной системы встречаются у 40% пациентов, причем у 4-5% является первичным проявлением.

Цель: Провести сравнительный анализ концентрации РНК ВИЧ в плазме и спинномозговой жидкости и оценить ее значимость в диагностике патологии ЦНС при ВИЧ.

Методы: Было обследовано 27 больных с поражениями ЦНС, госпитализированных в отделения неотложной неврологии и отделения для ВИЧ инфицированных пациентов. Всем пациентам выполнена стандартное обследование спинномозговой жидкости (СМЖ), цитологическое исследование. Определение вирусной нагрузки (ВН) ВИЧ в сыворотке крови и СМЖ проводилось на RotorGeneQ с использованием тест-систем Амплисенс ВИЧ-монитор-FRT.

Результаты: В исследуемой группе было 11 женщин и 16 мужчин, возраст от 24 до 52 лет. У всех пациентов была определена 4-я клиническая стадия ВИЧ. Патологические изменения клеточного состава СМЖ выявлены у 17 (62%) больных.

Одинаковая вирусная нагрузка ВИЧ наблюдалась у 7 (26%) больных. В сыворотке крови вирусная нагрузка ВИЧ была больше чем в СМЖ у 7 (26%). У большинства больных с энцефалитами 13 (48%) ВН в СМЖ была выше чем в сыворотке, у которых также были выявлены из СМЖ: вирус простого герпеса – 1 случай, цитомегаловирус - 2 случая, Эпштейн-Барр вирус – 1 случай, туберкулез – 3 случая.

Средний уровень вирусной нагрузки ВИЧ в ликворе был равен 746 034 копий/мл, средний уровень вирусной нагрузки ВИЧ в сыворотке был равен 698 415 копий/мл. Смертельный исход больше наблюдался среди тех пациентов, у которых ВН ВИЧ была больше в СМЖ чем сыворотке (46%).

Заключение: У всех ВИЧ инфицированных пациентов, имеющих клинические симптомы поражения ЦНС, выявлена репликация ВИЧ в спинномозговой жидкости. Высокие значения ВН ВИЧ в СМЖ чем в сыворотке и патологические изменения СМЖ, наличие оппортунистических инфекций ЦНС предполагают неблагоприятный исход заболевания.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗОМ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Кенжаева М.А., Юлдашев А.В., Расулов Ш.М.
Ташкентская медицинская академия

В соответствие с информацией ВОЗ, около 2 миллиардов людей, треть общего населения Земли, инфицировано. В настоящее время туберкулезом ежегодно болеет 9 миллионов человек во всём мире, из них 3 миллиона умирают от его осложнений (по другим данным, ежегодно 8 миллионов болеют туберкулезом, а 2 миллиона умирает). По данным ВОЗ дети до 14 летнего возраста туб. инфицированных составляет 180 млн. из этого числа ежегодно погибают 170000 детей.

Целью нашего исследования установит взаимосвязь между клинической картиной и выявит эпидемиологические мероприятия по снижению заболеваемости туберкулёза.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования явились статистические официальные данные Республиканского за 2005-2016г.г. В работе были использованы эпидемиологические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. По результатам исследования были установлены, что в нашей республики из общего количества заболеваемости туберкулёзом за изучаемый период на 100000 населения составляет 106,8 из них детского населения составляет 41,4 (соответственно). Ретроспективный эпидемиологический анализ за последние 10 лет показало, что заболеваемость туберкулёзом среди детского населения возросло в 2.4 раза. Среди заболеваемости около 40 % составили дети в возрасте от 5 –до 9 лет, в возрасте 10 -14 лет составили 50 %. Частота заболеваемости регистрировались на экономический отсталых территориях Каракалпакский Республики. Выявляемость, распространённость туберкулёза среди детского населения, а также лабораторная диагностика, нехватка туберкулиновых проб и флюорографические исследования в некоторых территориях Республики хорошо не налажены. Выше названное обстоятельство позволяют рост заболеваемости туберкулёза среди детского населения.

В последние годы проведению ретроспективных эпидемиологических анализов позволили в широком масштабе применения вакцины против туберкулёза среди детского населения, заболеваемость туберкулёзом снизилось на 43,7 %.

Выводы: Таким образом, следует отметить, что благодаря охвату на 95% детского населения прививками против туберкулёза, зная особенностей клинического течения, регулярное проведения лабораторных методов исследования, а также своевременному проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий позволило снижению заболеваемости туберкулеза среди детского населения.

ЗНАЧЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПДНОГО СИНДРОМА В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Комилжанова Д.К.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Актуальность: Для беременных с циркуляцией АФА характерны осложненное течение беременности, высокий риск перинатальной заболеваемости и смертности.

Цель: выявить значение АФС в генезе невынашивания, а также изучить течение беременности и родов у женщин, имеющих в анамнезе репродуктивные потери.

Материал и методы: Обследовано 20 женщин с невынашиванием беременности. Из них 15 (75%) пациенток с характерным анамнезом для АФС: венозные тромбозы, невынашивание беременности, привычные выкидыши с положительными лабораторными данными, указывающими на АФС: повышение волчаночного антикоагулянта, удлинение АЧТВ. **Результаты:** При анализе анамнеза беременных выявлено наличие самопроизвольных выкидышей на разных сроках беременности: у 10 пациенток наблюдалась активация вирусной инфекции, у 5 пациенток – тромбоз глубоких вен голени, у 5 - замершая беременность.

В зависимости от состояния системы гемостаза и степени выраженности тромбофилического состояния назначали низкомолекулярные гепарины (фраксипарин) под контролем эффективности его введения по 10-14 дней на курс лечения. В перерывах – дезагреганты (кардиомагнил-75, тромбоАСС, курантил). Контроль свертывающей системы проводился 1 раз в 2 недели. У всех пациенток с 20 недель беременности диагностировалось нарушение маточно-плацентарного кровотока 1А степени. Беременность заканчивалась в 37-38 недель путем операции кесарево сечения без осложнений. Оценка новорожденных по Апгар 7-8 баллов.

Вывод: Таким образом, для беременных с АФС характерны осложненное течение беременности, высокий риск перинатальной заболеваемости и смертности. Своевременно начатая комплексная терапия беременных с АФС, исследование системы гемостаза в ранние сроки беременности позволит исключить перинатальные потери.

ПОЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Д.К.Комилжанова

Ташкентская медицинская академия

Кафедра Акушерства и гинекологии

Целью нашей работы стала проблема, как эффективно провести лечение в более короткие сроки, свести к минимуму побочные действия препаратов, не допустить рецидивов заболевания. Непременное условие эффективного лечения — комплексная терапия с применением иммуномодуляторов (виферон, циклоферон, иммуннал); антибиотиков, действующих внутриклеточно (Азимак, клацид, вильпрафен, фторхинолоны и др.); противотрихомонадных и противовирусных препаратов (при необходимости); гепатопротекторов и эубиотиков, витаминов и десенсибилизирующих средств; а также обязательного местного лечения урогенитальных инфекций. Анализируя результаты лечения больных с ЗППП по собственным наблюдениям, высокую терапевтическую эффективность проявляет антибиотик-азалид «Азимак» — полусинтетический антибиотик широкого спектра действия — азитромицин, который применялся в комплексной схеме лечения с 3-го дня иммуномодуляции при хламидиозе и мико-уреаплазмозе; или с 5-го дня иммуномодуляции при сочетанном поражении трихомониозом. В первый день терапия препаратом «Азимак» проводилась в дозе 1 г (4 капсулы) на один прием, в последующие — по 500 мг (2 капсулы) один раз в день.

Иммуномодуляция проводилась одним из вышеперечисленных препаратов. Из 92 больных, которые проводили лечение препаратом «Азимак», полное клиническое и лабораторное излечение наступило у 89 больных (трое больных по различным причинам прекратили дальнейшее лечение). Препарат применяли в течение 5-ти дней.

Терапия проводилась на фоне гепатопротектора «Карсил» («Фармахим», Болгария) и противогрибковых препаратов «Флугал-150» и «Флугал-50» («Сквайр», Бангладеш), проводилась профилактика дисбактериоза капсулами Бифолак и восстановление флоры влагалища препаратом «Вагинорм». С момента начала использования нами препарата «Азимак» («для лечения заболеваний, передающихся половым путем, после излечения забеременели и родили 17 женщин (из них 4 — повторнородящие). Правильное сочетание в комплексном лечении больных с различными поражениями мочеполового тракта антибиотиков, иммуномодуляторов, гепатопротекторов, пробиотиков и средств, восстанавливающих микрофлору влагалища, будет приводить к полному клиническому и лабораторному выздоровлению, сокращению сроков лечения, повышению репродуктивной функции супружеских пар.

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ IV ПОКОЛЕНИЯ В ТЕРАПИИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Круглова О.В.

**Луганский государственный медицинский университет, г. Рубежное,
Украина**

Согласно данным медицинской статистики, большинство случаев острых инфекционных гастроэнтеритов в настоящее время вызвано вирусами, тогда как бактериальные или протозойные возбудители выделяют сегодня только в 15-26% случаев. Все это, на наш взгляд, определяет необходимость пересмотра основных направлений этиотропной и патогенетической терапии острых кишечных инфекций с учетом вирусной этиологии заболевания. Для проведения рациональной комплексной терапии больных ротавирусной инфекцией (РВИ) наше внимание привлекла возможность использования современного кремнеземного энтеросорбента IV поколения «Белый уголь». Для реализации цели исследования было проведено клиническое обследование 62 пациентов с РВИ в возрасте 17-50 лет, из них мужчин - 52% (32 пациента). Обследованные пациенты были разделены на две рандомизированные группы по 31 больному в каждой. Больные в основной группе наряду с базисной терапией получали кремнеземный энтеросорбент «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до еды или лекарственных препаратов 3-4 раза в день в течение 5-7 дней. Лица группы сопоставления получали базисную терапию и пористые сорбенты. Вирусная этиология заболевания подтверждалась методами ИФА. В ходе динамического наблюдения установлено, что слабость, вялость, снижение аппетита при РВИ у больных основной группы купировались быстро и наблюдались в среднем $2,3 \pm 0,22$ дня ($p \leq 0,05$), в то время как длительность астеновегетативного синдрома у больных группы сравнения была достоверно выше и составила в среднем $3,2 \pm 0,22$ дня ($p \leq 0,05$). У лиц основной группы продолжительность лихорадки составила в среднем $2,4 \pm 0,31$ ($p \leq 0,05$) дня, в то время как у лиц группы сопоставления - в среднем $3,2 \pm 0,33$ ($p \leq 0,05$) дня. В основной группе наблюдалась также более быстрая нормализация характера и кратности стула, при этом продолжительность диареи у этих лиц составляла в среднем $3,1 \pm 0,45$ дня ($p \leq 0,05$), тогда как в группе сравнения продолжительность диареи составила, соответственно $5,5 \pm 0,53$ дня ($p \leq 0,05$). Средняя продолжительность госпитализации оказалась меньше у лиц основной группы ($7,1 \pm 1,0$ дня), по сравнению с больными группы сравнения ($7,9 \pm 2,0$) дня. Таким образом, как видно из полученных данных, применения сорбента «Белый уголь» в терапии больных РВИ является клинически эффективным, что позволяет рекомендовать назначение данного препарата в комплексное лечение данной патологии.

ИЗУЧЕНИЕ ВЫСЕВАЕМОСТИ И БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВА *HAEMOPHYLUS INFLUENZAE* У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Курбанова С.Ю., Алиева Г.Р.

Ташкентская медицинская академия

Научными работами ряда исследователей установлено, что гемофильная инфекция является типичным антропонозом, возбудителем которого является *Haemophilus influenzae*. Известно, что обычные штаммы *Haemophilus influenzae* можно выделить из носоглоточной слизи у 90% здоровых людей, то гемофильная инфекция тип b (Hib) обнаруживается не более чем у 5%.

Цель исследования. Изучение и оценка место гемофильных бактерий при бронхолегочных заболеваниях у детей, постоянно проживающих в регионе Южного Приаралья

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 136 больных детей бронхолегочными заболеваниями. У всех больных с целью идентификации возбудителя проводилось микробиологические исследования.

Результаты исследования. Нами были идентифицированы 84 штамма (61,7%) *Haemophilus influenzae* от 136 больных детей бронхолегочными заболеваниями, из них 61 штамма (72,7%) принадлежали типу b. Нужно отметить, что у обследованного контингента чаще высевались *Haemophilus influenzae* типа b, которые в 1,4 раза больше выявлялись, чем другие биовары. Полученные результаты показывают, что чаще всего из биологического материала высевались штаммы *Haemophilus influenzae* (n=84), которые составили 42,7% от всех идентифицированных штаммов. На последующих местах расположились такие возбудители как *Streptococcus viridians* (28,4%), *Staphylococcus epidermidis* (12,7%), *Klebsiella pneumoniae* (9,7%), *Pseudomonas aeruginosa* (3,5%), *Staphylococcus aureus* (2,5%) и *Streptococcus pyogenes* (0,5%). В двух случаях идентифицировать возбудителей не удалось. Полученные результаты показали, что чаще всего в виде монокультуры высевались *Haemophilus influenzae* в 35,0% случаях (n=69). Затем в порядке убывания высеваемости монокультур выявленные бактериологическими методами возбудители расположились следующим образом *Streptococcus viridians* (11,2%, n=22), *Staphylococcus epidermidis* (5,6%, n=11), *Klebsiella pneumoniae* (4,6%, n=9), *Pseudomonas aeruginosa* (2,5%, n=5), *Staphylococcus aureus* (0,5%, n=1). Как видно из полученных данных наряду с *Haemophilus influenzae* в большинстве случаев высевались грамположительные кокки (*S.viridians*, *S.epidermidis*, *S.aureus*), а всхожесть грамотрицательных бактерий (*K.pneumoniae*, *P.aeruginosa*) было на порядок меньше, чем патогенные и условно-патогенные кокки. Нужно подчеркнуть, что в виде монокультур идентифицировать *Streptococcus pyogenes* не удалось (0%).

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПЦР ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА «СУХАЯ ПРОБИРКА»

Курбанова С.Ю., Орынбаева З.

Ташкентская медицинская академия

Наиболее доступным, достоверным и высокочувствительным методом, позволяющим обнаружить ДНК в пробе и оценить ее количество, является метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Учитывая срок сохранности генетического материала 6 и 24 часа, а также условия жаркого климата и больших расстояний между центрами, реализовать данный момент для ПЦР исследованием с обычным образцом крови пациента не является возможным. Одним из выходов из данного положения может стать использование альтернативного метода «сухая пробирка».

Целью наших исследований явилась оценка диагностической эффективности метода «сухая пробирка» для проведения контроля качества ПЦР исследований.

Методы исследования: Были собраны образцы сухой капли крови и цельной крови для проведения параллельных исследований. Было собрано 30 образцов (15 образцов крови и 15 сухой капли крови) положительны на ВИЧ инфекцию.

Результаты исследования. Было выявлено, что ПЦР диагностика образцов цельной крови, проведенный согласно инструкции производителя, показал чувствительность 90%. При этом тестирование образцов сухой капли показало более низкий результат 78%. Оба результата статистически значимо отличаются от референтных значений. Учитывая полученные данные, было разработано несколько подходов к изменению стандартной методики, которые были протестированы в эксперименте. Так изменения коснулись применяемого набора для экстракции нуклеиновой кислоты растворов для получения элюата из «сухой капли», время экспозиции сухой капли, объемы отмывающих растворов. При получении результатов чувствительности ниже 75%, эксперимент в целях экономии средств останавливали на начальном этапе, дальнейшие исследования по методике не проводили. В тесте была добавлена дополнительная экспозиция в течение 60 мин. при комнатной температуре, что позволило повысить чувствительность с 75% до 90%. В нашей работе мы поставили оценить и улучшить качество диагностики, т.е. повысить чувствительность методики определения ДНК ВИЧ на основе образцов использования. Добавление дополнительного времени во время экстракции позволило значительно повысить чувствительность метода до приемлемых.

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА И
СТЕПЕНИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ,
ПОТРЕБЛЯЕМЫХ НАСЕЛЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ
КАРАКАЛПАКСТАН**

Кусбергенова Х., Атаханова Д.О.

**Нукусский филиал Ташкентского педиатрического медицинского
института**

В последние годы гигиенистами Узбекистана выполнен ряд крупных работ, посвященных различным актуальным для республики проблемам гигиены питания населения. В условиях неблагоприятной эколого-гигиенической обстановки в стороне от этой проблемы не остались и гигиенисты Каракалпакстана, которыми проведены многочисленные исследования состояния питания детского населения, степени загрязнения пищевых продуктов в разных районах Каракалпакстана и их отрицательного влияния на уровни заболеваемости взрослого и особенно детского населения.

Цель исследования. Гигиеническая характеристика качества и степени загрязнения пищевых продуктов, потребляемых населением Республики Каракалпакстана.

Материалы и методы исследований. Были использованы официальные данные отчетных форм № 18 Республиканского Центра ГСЭН РК за 2010-2015 г.г., на основании которых были рассчитаны показатели удельного веса нестандартных проб в процентах. В изучаемом периоде санэпидслужба республики ежегодно исследовала по химическим показателям от 21987 (2010 г.) до 22887 (2015 г.) проб продовольственного сырья и пищевых продуктов. В числе наиболее часто исследованных пищевых продуктов по данным этого года вошли бахчевые, овощи и фрукты (7286 проб), хлебобулочные изделия и крупы (5819 проб), сахар и кондитерские изделия (3066 проб), молочные продукты (1838 проб), картофель (1372 пробы), мясо, птица, яйца (1128 проб) и напитки (1079 проб).

Результаты исследований. В указанном периоде (за 5 лет) на содержание пестицидов в пищевых продуктах было исследовано 27206 проб, по всем видам продуктов они оказались отрицательными. Аналогичный результат был получен при исследованиях пищевых продуктов на содержание таких токсичных элементов как ртуть, свинец, кадмий; при которых 21525 проб дали отрицательный результат и только 2 пробы в 2014 г. были положительными, что составило 0,02% и 0,63%. Наиболее высокие показатели удельного веса нестандартных проб в отдельные годы при химических анализах были зафиксированы при исследовании молочных продуктов (7,45% в 2015 г.), картофеля (4,81% в 2014 г.), напитков (4,72% в 2015 г.), хлебобулочных изделий (3,07% в 2014 г.).

Таким образом, постоянно надо следить и изучать химические и бактериологические загрязнения: воды открытых водоемов; колодезную и водопроводную воду; продукты питания на пестициды, проводить профилактические мероприятия.

THE INFLUENCE OF SULFATED DERIVATIVE OF CHITOSAN ON LIPID METABOLISM IN EXPERIMENTAL HYPERCHOLESTEROLEMIA AND METABOLIC SYNDROME

Tashkent Medical Academy

G.M. Kutlikova, F.H. Inoyatova, A.S. Umbetova.

Issues of medical correction of hypercholesterolemia and metabolic syndrome (MS) is being actively studied. An important consideration in the treatment of hyperlipidemia is a correction. Promising in this respect are the herbal drug kavergal and sulphated derivative of chitosan - sulfaporin.

Objective: To study the lipid-lowering effect of sulfaporin and kavergal on experimental models of hypercholesterolemia and metabolic syndrome.

Materials and methods. Experiments were carried out on 40 Chinchilla rabbits initially weighing 2.0-2.5 kg. Hypercholesterolemia was reproduced by intragastric administration of cholesterol for 3 months, the MS model was reproduced by the introduction of cholesterol, insulin and glucose on the background of inactivity for 50 days (Saidov S.S. 2004). After 3 months from the start of hypercholesterolemia and 20 days after reproduction of MS, rabbits were divided into 3 groups: 1st - kavergal drug, the second - the reference drug Riboxinum and 3rd - untreated. The drugs studied in the dynamics: in 10, 20 and 30 hours from the start of treatment. In blood serum triglycerides (TG), total cholesterol (TC), cholesterol in HDL (HDL-C), low (LDL) and very low density (VLDL) analyzer Human company «Human» (Germany) with special collections and programs. Atherogenic Index (AI) was calculated according to the formula A. Klimova (1977). Digital material is treated by variational statistics.

Results. Studies have shown the development of obesity, hyperglycemia, hyperinsulinemia in MS. Against this background, a statistically significant increase in triglyceride content of 102.5%, total cholesterol - by 42%, HDL-C, LDL-C and VLDL - 60; 40.2 and 357.6% respectively at day 20 of the MS. Such changes in the lipid spectrum led to the increase of AI by 2.25 times, and the development of type 4 dislipoproteinemia. In animals with hypercholesterolemia lipid changes were manifested more pronounced. The revealed changes were compounded with lengthening the duration of the experiment, indicating the need for their correction. Long-term use of Riboxinum for the correction of identified irregularities in the MS showed a slight decrease in body weight, not having a noticeable effect on the level of hyperglycemia and hyperinsulinemia. There was a statistically significant decrease in TG levels, tends to decrease total cholesterol level. Cholesterol content in its transport form also had a downward trend. The same direction of change was noted and in rabbits with hypercholesterolemia. Introduction of kavergal or sulfaporin, especially with prolonged administration, have a more pronounced effect in the correction of lipid. And increasingly, it was manifested in the animals treated with sulfaporin in both models. Longer their introduction contributed to a more pronounced weight loss, normalization of blood glucose and insulin content.

Conclusions. Preparation of kavergal and sulfaporin especially when long-term

administered has a marked hypolipidemic action. More pronounced it is shown on the model of hypercholesterolemia using sulfaporin and MS - when applying kavergal.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДАН АЖРАТИБ ОЛИНГАН МИКРООРГАНИЗИМЛАРНИНГ АНТИЛИЗОЦИМ АКТИВЛИГИНИ АНИҚЛАШ.

Қодирова Ф. А., Алиев Ш.Р., Рахимжонова Г.А., Джураева З.Б.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Охириги йилларда келтирилган маълумотларга кўра сурункали пиелонефрит этиологиясида шартли патоген микроорганизмлар кўпроқ қатнашаётгани маълум бўлмоқда ва бу бактерияларнинг касаллик келтириб чиқаришида уларнинг патоген факторлари биринчи ўринга чиқмоқда (Уразбаева Д.Ч. 2006). Бу факторлар ёрдамида бактериялар хўжайин организмга персистенция бўлиб олиши мумкин.

Микроорганизмларнинг персистенция бўлишида антилизоцим активлиги, яъни организмнинг муҳим химоя омилларидан бири бўлган лизоцимнинг бактериялар томонидан нофаол ҳолатга ўтказилиши хисобланади (Бухарин О.В.2005).

Ишнинг мақсади. Сурункали пиелонефрит билан оғриган беморлардан ажратиб олинган бактерияларнинг персистенция потенциални ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. Бактерияларнинг антилизоцим активлиги сурункали пиелонефрит билан оғриган беморларнинг сийдик йўлларида ажратиб олинган 72 та ва назорат гуруҳларидан ажратиб олинган 81 та бактериялар штаммларида Бухарин О.В.(2000) томонидан таклиф қилинган усулда ўрганилди.

Натижалар. Бактерияларнинг назорат гуруҳидан ажратиб олинган 81та бактериялар штаммида ўрганилганда 25 тасида (30,8%) антилизоцим активлиги диагностик титрда топилди. Асосий гуруҳда эса ажратиб олинган бактерияларнинг 72та штаммидан 57тасида (78,7%) антилизоцим активлиги диагностик титрда эканлиги аниқланди. Бу кўрсаткични назорат гуруҳи кўрсаткичи билан солиштирсак улардан 2,6 маротаба сурункали пиелонефрит билан оғриган беморлар сийдик йўлларида топилган бактерияларда антилизоцим активлиги юқори эканлиги маълум бўлди.

Бактерияларнинг антилизоцим активлиги беморлардан ажратиб олинган турлар кесимида ўрганилганда (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus sp*, *Ps.aeruginosae*, *Escherichia coli*, *Proteus spp* ва *Klebsiella spp.*) асосий гуруҳда, мос равишда куйидаги (68,4%, 75%, 66,7%,85,7%, 89,5%,80% ва 85%,75%) натижа антилизоцим активлиги олинди. Олинган натижа антилизоцим активлиги назорат гуруҳи кўрсаткичларидан (33,1%,38,6%,38,1%, 52,7%,60,1%,52,7% ва 63%) мос равишда юқори эканлиги аниқланди. Шу билан бир қаторда сурункали пиелонефрит этиологиясида қатнашган ичак гуруҳи ва *Ps.aeruginosae* вакилларининг антилизоцим активлиги Грамм мусбат коккларнинг антилизоцим активлигидан юқори эканлиги билан ажралиб турди.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА РЕМОФЛОКС НЕО РАСТВОР ДЛЯ ИНФУЗИЙ, ПРОИЗВОДСТВА УЗБЕКИСТАН

Мадримов З.Х., Тўйчиев Ж.Д., Хайитов Р.Х., ША-Абдуллаева Н.Ш.
ЭМЮКИТИ Ташкент

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности и переносимости препарата Ремофлоск НЕО, раствор для инфузий 5 мг/мл, производства СП ООО «REMEDY GROUP», Узбекистан по ограниченной сравнительной программе в сравнении с препаратом Лефлоцин® раствор для инфузий 5 мг/мл, производства ООО «Юрия Фарм», Украина для выявления возможности рекомендации препарата для клинического применения в Республике Узбекистан. Вид и дизайн исследования: Открытое, контролируемое, рандомизированное с двумя параллельными группами, ограниченное сравнительное. Отбор больных: В группе, получающей исследуемый препарат 30 больных. В группе сравнения 30 больных. Группы разделены по полу, возрасту и диагнозу.

Критерии включения в исследование: больные, находящиеся на стационарном лечении, обоюго пола, в возрасте старше 18 лет, давшие письменное информированное согласие на участие в исследовании, с острым кишечный инфекции. Методы исследования: Для распределения испытуемых по группам используется метод простой рандомизации.

Схема назначения препарата: Больным основной группы (30 человек) была назначена Ремофлоск НЕО раствор для инфузий 5 мг/мл - 1раз в сутки, в день в течение 5 дней на фоне базисной терапии. Больные, которые составила группу сравнения (30 человек), получили Лефлоцин® раствор для инфузий 5 мг/мл, производства ООО «Юрия Фарм», Украина, по аналогичной схеме назначения 5 дней на фоне аналогичной базисной терапии. Критерии оценки эффективности:- снижение объективные клинические симптомы, улучшение функционального состояния больного по данным лабораторного и специальных видов анализа.

Выводы: Клинические испытания показали, что препарат «Ремофлоск НЕО», обладает высоким клиническим эффектом и хорошо переносится больными. В исследуемой группе не было отмечено нежелательных побочных эффектов, оказывающих отрицательное влияние на состояние больного и требующих применения дополнительных медицинских мероприятий. Было отмечено достоверное улучшение клинико-лабораторных данных, прекращение диареи, рвоты, боли в животе, снижение температуры. Средние данные по эффективности и переносимости в сравниваемых группах достоверно не отличаются – $P > 0,05$.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ПЕРОРАЛ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯНИНГ ЎРНИ

Максудова З.С.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Тадқиқот мақсади бактериял этиологияли диареяларда Цефикс дори воситаси самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материал ва услублари. Тадқиқот иши 26 нафар ўткир ичак инфекцияли беморларда ўтказилди. Бактериологик текширув натижаларига кўра, 26 нафар беморлардан 13 (50,0%) тасида *Salmonella spp.*, 4 (15,4%) нафарида *Escherichia coli*, 1 (3,8%) - *Klebsiella spp.*, 8 (30,8%) – *Shigella spp.* ажратиб олинган.

Асосий гуруҳ - 13 нафар беморларда этиологик даво сифатида Цефиксдан (400 мг капсуласи ҳар 12 соатда суткасига 2 маҳал ичишга 5 кун) фойдаланилди. Назорат гуруҳи – 13 нафар беморларда эса цефтриаксон (1,0 г мушак орасига кунига 1 маҳал) парентерал йўл орқали юборилди.

Олинган натижалар: Кузатувдаги беморларнинг 46,2% (12) касалликнинг гастроэнтеритик шакли, 30,8% (8) гастроэнтероколитик ҳамда 23,0% (6) энтероколитик шакли аниқланди. Касалликнинг оғирлик даражаси бўйича 92,3% (24) беморларда ўртача оғирликда ҳамда 7,7% (2) - оғир даражада кечган.

Ўткир ичак инфекциясида Цефикс перорал қабул қилган асосий гуруҳ беморларнинг 76,9% да юқори, 23,0% да ўртача самарадорлик кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг 84,6% да юқори ва 15,4% да ўртача самарадорлик кузатилди. Асосий ва назорат гуруҳларида олинган натижалар ўртасида статистик ишонарли фарқ кузатилмади ($<0,05$).

Перорал Цефикс ва парентерал Цефтриаксон қабул қилган беморларда касалликнинг асосий клиник белгилари давомийлиги ўртача, мувофиқ равишда $4,2 \pm 0,4$ ва $4,0 \pm 0,7$ кунни, койка кунлари эса мувофиқ равишда ўртача $7,2 \pm 0,6$ ва $6,6 \pm 0,8$ ни ташкил қилди. Ушбу кўрсаткичлар ўртасида ҳам гуруҳлараро статистик ишонарли фарқ кузатилмади.

Иккала гуруҳ беморларида ҳам касаллик асосий белгиларидан бири бўлган қориндаги оғрик яққоллик даражаси пасая борди ҳамда касалликнинг 5 суткасига келиб тўлиқ йўқолди. Асосий гуруҳ беморларининг 30,8% да ҳамда назорат гуруҳининг 38,5% да даволашнинг 3 суткасига келиб диарея тўхтади. Даволашнинг 3 суткасида асосий гуруҳ беморларининг 46,2% ва назорат гуруҳининг 53,8% да нажас келиш сони суткасига 1-2 маротаба бўлган бўлса, иккала гуруҳда ҳам 7,7% да суткасига 5 маротабагача келди. Медикаментоз давонинг 5–6 суткасига келиб, иккала гуруҳдаги барча беморларда нажас характери ва сони меъёр даражасига етди.

Бошланғич бактериологик текширувда патоген кўзғатувчилар аниқланган ўткир ичак инфекцияси беморларида қайта бактериологик текширув ўтказилди, текширувдан олинган натижаларга кўра, беморларнинг 100% да тўлиқ санація кузатилди. Иккала гуруҳ беморларида микробиоценознинг аэроб (*E.coli*) ва анаэроб (лакто ва бифидобактерия) бўғинининг микдорий ва сифат кўрсаткичлари деярли ўзгармади.

Хулоса:

1. Цефикс ўткир ичак инфекцияларида 76,9% да юқори, 23,0% да ўртача самарадорликка эга.

2. Патоген ичак инфекцияларида Цефикс дори воситасига нисбатан юқори сезувчанликка эга.

3. Ўткир ичак инфекциялари ўткир даврида Цефиксни ушбу синфга оид парентерал антибиотикларга нисбатан альтернатив вариант сифатида фойдаланиш мумкин.

СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С НИ ВИРУС ГЕПОТИПИГА БОҒЛИҚ РАВИШДА ДАВОЛАШНИ АХАМИЯТИ

Мамаризаев Э.Х., Қосимова Р.И.

Вирусология ИТИ, Андижон давлат тиббиёт институти

Долзарблилиги. Охирги йилларда сурункали парэнтрал вирусли гепатитлар сони бироз ошгандай бўлди. Бу ҳолатни айни вақтда вирус юктиришни кўпайишидан эмас балки, тиббий диагностика, профилактик текширувлар ва албатта аҳоли тиббий маданиятини яхшиланганлигидан деб билишимиз лозим. Шундай бўлсада сурункали вирусли гепатит С ни асоратлари: жигар циррози ва гепатокарциномадан ўлим ҳолатлари хали хануз учраб турубти. Юқоридаги ҳолатларга олиб келаётган сабаблар деб биз сурункали вирусли гепатит С ни даволашда хали ҳам эскича услубда ёндашиш яники инфузияллар, гепатопротекторлар билан даволаш ва албатта вирус генотипига боғлиқ равишда вирусга қарши олиб борилмаган даво деб биламиз. Охирги ўн йилликда вирусли гепатит С га қарши даволаш. Интерферон алфа ва рибаверин билан бирга олиб борилган даволашнинг бу усули ноўя тасирларининг кўплиги ва даволаш давомийлигининг узок давом этиши ва асосийси беморга молиявий нокулайлиги билан ўзини оқламади. Шу муносабат билан сурункали вирусли гепатит С ни этиотроп даволашда эволюцион ўзгаришлар бўлиб интерферонсиз нуклеозид аналоглари янги авлодига мансуб дори воситалари таклиф қилинди.

Текширув мақсади. Сурункали вирусли гепатит С ни этиотроп даволашда вирус генотипига боғлиқ равишда нуклеозид аналоглари билан олиб боришни баҳолаш.

Текшириш усуллари ва манбалари. Текширилаётганлар Вирусология илмий текшириш институтида амбулатор ва стационар даволанаётган беморлар. Мурожат қилаётганларни кўп қисмини тасодифий ИФА анализидан мусбат натижа чиққанлар ёки олдиндан аниқланган тўлиқ вирусга қарши этиотроп даво олмаган беморлар ташкил этади. Беморларнинг барчаси умумий қон тахлили, биокимёвий тахлиллар (АЛТ, АСТ, Билирубин), УТТ, фиброскан, ва ПЗР усулида вирус миқдори ва генотипи аниқлаш тахлилларига эга.

Натижалар. Ўрганилган 25 нафар сурункали вирусли гепатит С билан оғриган беморларни 14 (56 %) аёллар, 11 (44%) эркаклар ташкил қилади. Вирус генотипи бўйича даволаш (eas1 тавсиясига кура). Софосбувир 400 мг ва Ледипасвир 90 мг дан 1 тадан 1 маҳал эрталаб овқат билан 3 ойга берилди. Даволашдан олдин 19(76%) фиброскан F2 дан балант чиққан даволашдан кейин бу кўрсаткич F1 ўзгарган. 5(20%) нафар беморда АЛТ ўрта фаоликда чиққан даволашдан кейин бу кўрсаткич нормага қайтган. 25 (100%) нафар беморда даволаш бошлангандан кейинги дастлабки 1ойдан сўнг вирус сифатий кўрсаткичда аниқланмаган.

Хулоса: Текширилган 25 нафар бемор натижалари шуни кўрсатдики сурункали вирусли гепатит С билан оғриган беморларни вирус генотипига боғлиқ равишда нуклеозид аналоглари билан этиотроп даволашни олиб бориш эффективлиги юқори.

VACCINATION FEATURES OF THE CHILDREN BORN FROM HIV- INFECTED MOTHERS, INANIMATE (DTP) AND LIVE (MEASLES) VACCINE.

Makhmudov D.L., Kosimov I.A.

Tashkent pediatric medical institute

Department of Epidemiology, infectious diseases

Actuality: The problem of HIV infection in recent years has acquired great importance in our country, about 42% of HIV-infected adults are women, most of them are of reproductive age, which determines the probability of infection of children born, more than 90% of HIV infected infants - the result of perinatal transmission. Vaccination is a factor of improving the quality of life of HIV-infected patients, as they have higher susceptibility to infections, developing complications and deaths. Vaccinate children need to have right after birth, but the question of HIV infection is solved by the age of 18 months.

The aim: To develop a strategy to vaccinate children born from HIV-infected mothers, based on clinical and immunological evaluation of the efficacy and safety of immunization inanimate (DTP) and live (measles) vaccine.

Materials and Methods: A retrospective analysis of 35 medical cases was conducted of children with perinatal contact on HIV

Results: During the study we found that children with perinatal contact with HIV infection didn't differ from children born to HIV-seronegative women in health condition, immunity indices. HIV-positive children from birth are symptomatic manifestations of intranatal infection: the lag in weight and height (wasting syndrome 1-3 degree 82.3%); hepatolienal (32,4%) and lymphoproliferative (58.8%) syndromes, nerve damage (100%), significantly more frequent atonic processes (44.1%), markers of hepatitis C were detected in 26.5% of patients, and in the clinic there is a high incidence of viral and bacterial infections. Immunological changes in HIV-infected children are characterized by a significant decrease in the functional activity of cellular immunity due to significant reduction in the number of CD4 + and the development of compensatory Hyper Ig A, M, G. Vaccination against measles for children born to HIV-infected mothers is effective through a combination of immunosuppressive action of the vaccine virus and the initial reduction of the number of CD4 + cells, significantly more often occurs with the reactions of moderate strength and strong (18.8%), and in complicated vaccination predominate bacterial processes 70% of cases. HIV-infected children are not able of producing a specific measles, tetanus and diphtheria antibodies at the same level as that of practically healthy children, in connection with the disorders of the helper function CD4 + cells.

Conclusions: In order to achieve immunological effectiveness of HIV-infected children vaccinations is advantageously carried out in the decree at early age, because within 2-2.5 years after the birth, the stage does not develop immunodeficiency, despite the worsening of functional impairment of immunity.

FEATURES OF THE OPERATION METHODS SELECTION IN HIRSCHSPRUNG'S DISEASE

Mirzaakhmedov M.M., Navruzov S.N., Navruzov B.S., Akhmedov M.A.
Tashkent Medical Academy

Object of the study: to develop diagnostic techniques and determine methods of surgery in anal and supraanal forms of Hirschsprung's disease (HD)

Topicality of the research: HD in adults is one of the most widespread anomalies of large intestine. Until now there are few publications on clinical manifestations, diagnosis and surgical approach in HD in adults.

Materials and methods. 82 adults with HD were hospitalized at the department of coloproctology of the 1st Republican clinical hospital of the Ministry of Public Health of the Republic of Uzbekistan in 1992-2017, 54 (65,9%) males, 28(34,1%) females. Irrigography diagnosed supraanal and rectal forms in 72 (87,8%) and 10 (12,2%) respectively. Biopsy by Svensson method were taken in 31 (57,4%) patients from 50 (61%) in control group. Aganglionosis was diagnosed in 2(6,4%) patients, hypoganglionosis – in 29 (93,6%). According to data of biopsy which was performed in 19 (67,8%) patients from the main group, aganglionosis was diagnosed in 1 (5,3%), hypoganglionosis – in 18(94,7%) patients.

Results. One-step surgery was carried out in 70 (85,3%) adults with HD: 26 (37,2%) were undergone abdominal-anal resection (AAR) of rectum with proximal part of colon relegation in anal canal with coloanal fistulization (the 1st main group); 44 (62,8%) were undergone modification of Duhamel operation (the 2nd group, control). 12 (14,6%) patients were undergone multistage surgery. Complications appeared in 18 (22%) patients at the early postoperative period. 1(1,2%) patient dead. Late postoperative complications after AAR of rectum were observed in 8 (9,8%) patients; partial stricture of bringing down gut was developed in 2 (25%) patients. After modified Duhamel operation stricture of colorectal anastomosis were developed in 6 (75%) patients. Long-term functional results after AAR of rectum with proximal functioning part of colon relegation in anal canal were observed in 26 y 26 (31,7%) patients. Good and satisfactory results were obtained in 85% and 7,1% of cases.

Conclusion. AAR of rectum with proximal functioning part of colon relegation in anal canal simplifies the surgery technique in HD and to a great extent meets the radicalism requirements than modified Duhamel operation. AAR has advantages over modified Duhamel operation: such complications as abscess of pelvic cavity, peritonitis, necrosis and retraction of bringing down the gut, stricture of coloanal anastomosis occurred in AAR to be 1,2; 1,5 and 3 times as rarely as that in modified Duhamel operation respectively.

К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Мирзаева М.А, Атажоджаева Д.Р, Исламов А.Й.,
Каримова З.К., Гафурова Н.С.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Целью исследования явилось установить этиологию ОКИ у детей и выяснить роль различных представителей условно-патогенных микроорганизмов (УПМ), из семейства кишечных бактерий.

Материалы и методы исследования. Было изучена 100 больных детей с ОКИ в различных возрастных группах. Материалом служили фекальные массы взятых от больных детей. В основу анализа положены общепринятый бактериологический метод исследования с выделением чистой культуры и их идентификации по морфологическим, тинкториальным, культуральным, биохимическим и серологическим свойствами.

При ОКИ у детей, а также у взрослых нет основания приписывать роль этиологического фактора одному виду и роду микробов. Поэтому материал исследовали на наличие энтеропатогенных эшерихий, протей, цитробактера, клебсиеллы.

Результаты. Под нашим наблюдением находились 104 больных детей с ОКИ, от которых было выделено 60,6% (63) культуры, явившимися этиологической причиной острых кишечных расстройств. По своим морфологическим, культуральным, тинкториальным, биохимическим, антигенным свойствам выделенные культуры были идентифицированы как энтеропатогенные эшерихии, протей, цитробактер, клебсиелла и остальные представители условно- патогенной флоры кишечника. Из общего числа выделенных культур (60,6 %), в 28,6% случаев составляли энтеропатогенные эшерихии.

По ферментативным свойствам выделенные штаммы эшерихии сбраживали лактозу, глюкозу, маннит и мальтозу с образованием кислоты и газа, сахарозу не ферментировали, образовывали индол, давали положительную реакцию с метилротом и продуцировали сероводород. Наибольший процент из числа выделенных культур составлял протей -57,1% (36). После биохимической дифференциации и определения родовой принадлежности протей были серологические исследования штаммов по общепринятой методике. Чаще всего – 69,4 (25) выделялась возбудители биохимической группы *P.mirabilis*. В 2,8 раза реже (25%) встречались *P.vulgaris* и в единичных случаях *P.morgani* (2,8%) и *P.rettgeri* (2,8%).

Из общего количество выделенных культур в 7,9% (5) случаях высевались цитробактер. Они были грамм отрицательные, подвижные палочки, которые не расщепляли мочевины, ферментировали с образованием сероводород, иногда индол, ферментировали или расщепляли лактозу, хорошо росли на среде Симонса, не декарбоксилировали лизин, а некоторые штаммы расщепляли малонат натрия. Была выделена 4 культуры (6,4%) из рода *Klebsiella*. Их идентификация проводилось по совокупности биологических свойств. Клебсиеллы хорошо росли на средах Эндо и Плоскирева. Колонии были крупные,

слизистые, выпуклые. На бульоне они давали диффузный рост кроме одного штамма. Слабо расщепляли мочевины, утилизировали цитрат и малонат на среде Симонса, не образовывали сероводород, не имели дезаминазы, фенилаланин, различались по подвижности. Штаммы были положительны в реакции Фогес-Проскуера и отрицательны с метильрот. С сывороткой для определения капсульного антигена давали положительную реакцию.

Результаты проведенных исследований показали, что наибольший процент из числа выделенных культур составили протей (69,4%), 2-3 раза реже выделялись энтеропатогенные эшерихии. Горазда меньший удельный вес имели цитробактер (7,9%) и клебсиелла (6,4%)

Выводы

1. Установлена этиологическая роль в развитии ОКИ у детей различных условно патогенных бактерий, являющихся факультативными и транзиторными бактериями толстого кишечника, аэробными микрофлорами, составляющие не более 2%.

2. Выявлено, что из числа факультативных аэробов наиболее часто высевались энтеропатогенные эшерихии, протей, цитробактерии и редко клебсиеллы.

3. Установлено, что среди протеев чаще всего высевались возбудители биохимической группы *P.mirabilis* (69,4 %), которого необходимо учитывать при расшифровке этиологических факторов ОКИ.

ОСОБЕННОСТИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ СОЧЕТАННОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ЛЯМБЛИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Мирзаева У.Н., Имамова И.А.

МКВД №12, ТМА, Ташкент

Атопический дерматит (АД) является наследственным заболеванием с хронически-рецидивирующим течением и определённой возрастной динамикой. АД характеризуется нарушением клеточно-мембранной активации, гиперчувствительностью ко многим иммунным и неиммунным стимулам и дисфункцией сосудов кожи. Наличие такого интеркуррентного заболевания, как лямблиоз кишечника, провоцирует или утяжеляет АД. Лямблиоз является антропонозной паразитарной инфекцией, чаще протекающей как бессимптомное паразитоносительство, в тяжёлых случаях развивается дисфункция кишечника, астено-вегетативный синдром и аллергизация организма.

Цель исследования: изучить эффективность терапии при сочетанном течении атопического дерматита с лямблиозом кишечника.

Материал и методы исследования: обследованы 60 больных атопическим дерматитом в возрасте от 4 до 12 лет за 2014-2017 гг. Все больные проходили стандартное клиничко-лабораторное обследование в МКВД №12. У больных сочетанный диагноз лямблиоз кишечника установлен обнаружением цист лямблий в каловых массах. В крови отмечалась эозинофилия и повышение уровня общего сывороточного IgE 141 ± 12 МЕ/мл (у здоровых лиц IgE составил 75 ± 5 МЕ/мл).

30 (50%) больным первой группы наряду с десенсибилизирующей и местной терапией атопического дерматита такролимусом (протопик), назначен 7 дневный курс лечения лямблиоза кишечника метранидазолом по 7,5 мг/кг 3 раза в день.

30 (50%) больным из второй группы наряду с десенсибилизирующей и местной терапией атопического дерматита такролимусом (протопик), назначен 7 дневный курс лечения лямблиоза кишечника нифурателом по 15 мг/кг х 3 раза в день.

В группе больных, получивших нифурател, контрольное исследование обнаружения цист лямблий в каловых массах было отрицательным. А, явления атопического дерматита исчезали на 7-8 дни лечения.

При лечении метранидазолом такой эффект был у 16 больных. При этом 5 больных жаловались на тошноту, отмечаемую после приёма препарата в первые дни терапии. Явления атопического дерматита исчезали на 10 день лечения.

Следовательно, при атопическом дерматите лечение лямблиоза кишечника предпочтительно осуществлять применением нифуратела.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Мирзахмедов М.М., Наврузов С.Н., Наврузов Б.С.

Ташкентская Медицинская академия

Цель: Разработать методы диагностики и определить способы хирургической вмешательства при анальной и наданальной форме болезни Гиршпрунга (БГ).

Актуальность темы. БГ у взрослых является одной из распространенных аномалий развития толстой кишки. Литература по клинике, диагностике и хирургической тактике при БГ у взрослых скудна.

Материалы и методы. В отделении колопроктологии при РКБ№1 МЗ РУз на стационарном лечении с 1992-2017 г.г. находилось 82 взрослых больных БГ. Мужчин было 54 (65,9%), женщин 28(34,1%). При ирригографии у 72 (87,8%) больных была выявлена наданальная форма, у 10 (12,2%) – ректальная форма. Биопсии по Свенсону взяты из 50 (61%) у 31 (57,4%) больного в контрольной группе. Аганглиоз диагностирован у 2 (6,4%) обследованных, гипоганглиоз – у 29 (93,6%). Из 19 (67,8%) больных из основной группы аганглиоз диагностирован у 1 (5,3%), гипоганглиоз – у 18(94,7%).

Одноэтапное хирургическое лечение проведено у 70 (85,3%) пациентов с БГ: 26 (37,2%) выполнена БАР прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением колоанального анастомоза (1-я группа, основная); 44 (62,8%) – операция Дюамеля в модификации (ДМ) (2-я группа, контрольная). Многоэтапное хирургическое лечение получили 12 (14,6%) больных. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 18 (22%) больных. Умер 1 (1,2%) больной. Поздние послеоперационные осложнения после БАР прямой кишки наблюдались у 8 (9,8%) пациентов; у 2 (25%) из них была частичная стриктура низведенной кишки. После операции ДМ осложнения в виде стриктуры колоректального анастомоза развились у 6 (75%) пациентов. Отдаленные результаты лечения после брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал прослежены у 26 (31,7%) больных. Хорошие и удовлетворительные результаты получены соответственно в 85 и 7,1% случаев.

Таким образом, брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал упрощает технику операции при БГ и лучше отвечает требованиям радикализма. Предложенная технология брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением имеет достоверные преимущества перед методом ДМ: такие послеоперационные осложнения, как абсцесс полости малого таза, перитонит, некроз и ретракция низведенной кишки, стриктура колоанального анастомоза встречались соответственно в 1,8; 1,2; 1,5 и 3 раза реже, чем после операции ДМ.

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ФОРМОЙ БРУЦЕЛЛЕЗА

Миррахимова Н.М. Гулямов Н.Г.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний
МЗ РУз

Проблема бруцеллеза в республиках Средней Азии, в частности в Узбекистане, и в настоящее время продолжает оставаться актуальной и занимает видное место в краевой патологии. В последние годы клиницисты отмечают изменение клиники бруцеллеза с преобладанием легких и среднетяжелых форм заболевания, особенно в районах, эндемичных по данной инфекции.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей современного клинического течения острой формы бруцеллеза.

Материал и методы. Нами были обследованы 107 больных острым бруцеллезом, находившихся на стационарном лечении в клинике НИИЭМИЗ МЗ РУз в 2015-2016 гг., из которых 82,24% (88) составили больные мужского и 17,76% (19) женского пола. По возрасту преобладающее большинство составили лица 19-35 лет – 38,32% (41) и старше 35 лет – 34,58% (37).

Результаты собственных исследований. Диагноз «бруцеллез» устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, клинических данных и результатов специфических реакций (Райта, Хеддельсона) и выделением гемокультуры бруцелл – в 15,5%. Выявлено повышение титра антител в реакции Райта от 1:100 (1,9%) до 1:800 (6,5%), в основном 1:400 (в 73,8% случаях).

Основное число больных составили жители Ташкентской (30,84%), Джизакской (25,23%) и Кашкадарьинской (20,56%) областей.

Установлено, что в 87,8% больные заразились в результате непосредственного контакта с животными и продуктами животноводства; 6,54% - в результате употребления молочных продуктов; в 6,54% способ заражения выяснить не удалось.

В клинике острого бруцеллеза характерными были острое начало заболевания (100,0%), умеренно выраженная лихорадка волнообразного характера, сопровождающаяся ознобом (96,26%). В 74,77% случаях больные замечали в течении 15 дней небольшое недомогание, незначительные боли в суставах, усиленное потоотделение, 82,24% больных беспокоила общая слабость, почти всех (95,33%) головная боль, в 23,37% случаев плохой сон и в 17,8% - раздражительность, 23,4% больных беспокоило небольшое снижение аппетита. Подавляющее большинство больных отмечали постоянные боли в суставах (96,26%), больше беспокоили боли в суставах нижних конечностей (коленном, тазобедренном суставах), также часто беспокоили боли в мышцах и поясничной области (97,20% и 92,52%, соответственно). 5-ть больных женщин острой формой бруцеллеза отмечали нарушение менструального цикла и 8 больных мужского пола жаловались на боли и припухлость в области яичек.

Объективно в 90,65% отмечалось увеличение периферических лимфатических узлов (паховые – 13,08%, подмышечные – 81,31%), размеры с

фасоль – у 23 (25,5%) больных, с горох – 78 (86,6%) эластической плотности. В 8,41% отмечалось увеличение печени, у большинства больных печень эластичная, средней плотности. У 4,8% больных отмечалась болезненность при пальпации. Незначительное увеличение селезенки мы отмечали в 18,7% случаев, у 6,5% больных болезненной при пальпации. Картина периферической крови характеризуется лейкопенией, относительным (в процентном выражении) лимфоцитозом, нейтропенией с умеренным сдвигом влево и эозинопенией. РОЭ ускорена (до 15—30 мм в час); отмечается тромбоцитопения, умеренно выраженная гипохромная анемия.

Наблюдения показали, что изменение клинического течения острого бруцеллеза в сторону большей его легкости часто приводило к диагностическим ошибкам, так, при анализе первичных диагнозов, выявлено что в 17,7% случаях до распознавания бруцеллеза больные лечились от различных заболеваний (гепатит, ОРЗ, ОРВИ и др.).

Вместе с этим, необходимо отметить наряду с неправильной диагностикой бруцеллеза, несвоевременность диагностики: больные были госпитализированы в поздние сроки: на 10-й день болезни – 20%; на 10-35 дни – 80% больных.

Выводы. Оценка клинических проявлений позволила констатировать, что в настоящее время заболевание сохраняет свои основные клинические признаки, которые позволяют диагностировать данную патологию и проводить дифференциальный диагноз.

НЕКОТОРЫЕ ИММУНО-ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА.

Миррахимова Н.М., Ахмедова Х.Ю. Гулямов Н.Г., Азимов Ш.Р.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ
РУз

Исследования показывают высокую значимость фагоцитарного звена в запуске иммунологических механизмов и формировании адекватной иммунной реакции организма, а также высокие коррелятивные связи АСЛ с показателями эффекторного звена иммунитета, изучение ФМАН и АСЛ представляется наиболее объективным и информативным подходом в оценке вторичного иммунодефицита, клинического варианта течения и прогнозирования исходов болезни, а также для оценки эффективности проводимой терапии при инфекционных заболеваниях.

Целью данного исследования явилось изучение у больных острым бруцеллезом иммунологических и цитохимических показателей в динамике заболевания.

Материал и методы исследования. Изучение функционально-метаболической активности нейтрофилов (ФМАН) в НСТ-тесте и антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ), специфически сенсibilизированных к антигену (АГ) бруцелл проводили в динамике заболевания у 107 больных острым бруцеллезом.

Полученные результаты. Анализ динамики проведенных исследований показал довольно разноречивые данные у обследованных больных, которые явились основанием для разделение всех больных на 2 группы. 1 группу составили больные острым бруцеллезом, у которых динамика показателей АСЛ к АГ бруцелл и ФМАН в НСТ-тесте в период декомпенсации заболевания характеризуется резким повышением их содержания в крови до $8,74 \pm 0,41\%$ и $2,61 \pm 0,29$ усл.ед. против $1,05 \pm 0,15 \%$ и $0,49 \pm 0,05$ усл.ед. у здоровых, соответственно. К периоду субкомпенсации вместе с продолжающимся повышением показателя АСЛ к АГ бруцелл $13,20 \pm 0,50\%$, наблюдается значительное снижение показателя ФМАН в НСТ-тесте до $1,38 \pm 0,31$ усл.ед. К периоду компенсации показатели АСЛ к АГ бруцелл претерпевают резкое снижение (почти в 3 раза по отношению к периоду субкомпенсации) до $4,77 \pm 0,42 \%$, что все еще несколько выше показателей здоровых лиц. В период компенсации в динамике НСТ-теста отмечается дальнейшее снижение показателей, хотя выраженное в меньшей степени (в 1,28 раза).

2 группу составили больные, у которых в периоды декомпенсации и субкомпенсации бруцеллеза динамика АСЛ к АГ возбудителя характеризуется значительно слабой степенью повышения показателей - до $6,42 \pm 0,45\%$ и $6,72 \pm 0,36\%$ соответственно против $8,74 \pm 0,41\%$ и $13,20 \pm 0,50\%$, соответственно значений в 1 группе. К периоду компенсации показатели АСЛ к АГ бруцелл в этих группах отличаются даже по направленности динамики, т.е. отмечено существенное повышение АСЛ к АГ бруцелл до $8,67 \pm 0,35\%$. Такая же по направленности и выраженности динамика отмечается и показателей ФМАН в

НСТ-тесте, т.е. в период декмпенсации клинических проявлений отмечено повышение показателя НСТ-теста, однако в отличие от больных в 1 группе интенсивность возрастания активности была более чем в 2 раза меньше. К периоду субкомпенсации, в отличие от показателей 1 группы, у больных во 2 группе отмечается дальнейшее повышение показателей и достигают максимальных значений в период компенсации – $1,25 \pm 0,22$ усл.ед. против $1,38 \pm 0,31$ усл.ед. 1 группы больных и $0,49 \pm 0,05$ усл.ед. у здоровых лиц.

Вывод. Результаты проведенных исследований показывают, что во 2 группе больных острым бруцеллезом особенностью динамики показателей ФМАН в НСТ-тесте и АСЛ к АГ бруцелл, является отсутствие периодичности в изменениях, достижение максимальных значений к периоду субкомпенсации, что свидетельствуют о продолжающемся существенном антигенном воздействии на систему иммунитета в данный период острого бруцеллеза и указывают на возможность формирования в этой группе больных хронического инфекционного процесса.

ОСОБЕННОСТИ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Мулладжанова К.А., Юльчибаев М.Р.

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы острых кишечных инфекций (ОКИ) на сегодняшний день связана как с их высокой распространенностью, так и со значительной частотой с неблагоприятных последствий в исходе заболевания. Результаты наблюдения детских гастроэнтерологов показали, что у подавляющего большинства детей с гастроэнтеритической патологией имеют место сочетанное поражение различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Высокая частота выявления дисбактериоза и реактивного панкреатита является основной причиной развития патологии пищеварительной системы в том числе острые и хронические инфекционные заболевания.

Цель исследования. Наблюдение после перенесенной острых кишечных инфекций функциональное изменение ЖКТ у детей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 180 больных детей перенесших острые кишечные инфекции различной этиологии. Из них у 48 детей болезнь протекала с осложнениями. Таких как: выпадение прямой кишки - 8, кишечное кровотечение - 6, панкреатит 8, а у остальные детей наблюдался дисбактериоз. 14 детей наблюдались совместно с детским хирургом, а остальные с гастроэнтерологом.

После выписки из стационара пациентов обследовали на УЗИ органов брюшной полости, копрограмму и посев кала на кишечную группу в течение 3 месяца.

Результаты и обсуждения. Изменения поджелудочной железы при УЗИ наблюдалась у большинства больных реконвалесцентов ОКИ до 3 лет- 93,5%. У всех реконвалесцентов выявлено увеличение размеров поджелудочной железы со снижением эхогенностью за счет отека. После одного месяца все эти показатели исчезли. Но у 8 детей было реактивный панкреатит.

У больных перенесших сальмонеллезную инфекцию после года в 5-10% случаев выявлялась дискинезия желчевыводящих путей. В копрограмме изменения сохранялись до 3 месяцев после перенесенного сальмонеллеза и ОКИ вызванного условно-патогенной микрофлоры у 75-80% пациентов.

У 12,5% реконвалесцентов было изменение кишечной флоры.

Выводы. Таким образом, после перенесенной острых кишечных инфекции наблюдалось различные осложнения. После стационарного лечения врач рекомендует держать диету сроком 1-2 недели. Без соблюдения диеты реконвалесценты могут занова заболеть и продолжать болеть длительно. В результате чего происходит изменение состояние ЖКТ. Реактивный панкреатит и дисбактериоз считается основной причиной развития патологии желудочно-кишечного тракта.

МЕРЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ

Муллаева Л.Д., Махмудова Д.И., Халилова Г.М., Рахимов А.Х.

**Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр Педиатрии МЗ РУз**

Расследование каждого случая неблагоприятного последствия после иммунизации (НППИ) начинается с момента поступления экстренного извещения медицинским работником – педиатром, терапевтом, иммунологом которые ответственны за организацию и проведение профилактических прививок в медицинском учреждении.

Цель исследования разработка подходов к расследованию неблагоприятных последствий после иммунизации (НППИ) у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации РСНПМЦ Педиатрии за последние 10 лет детей, обратившихся за медицинской помощью по поводу патологических состояний в поствакцинальном периоде - истории развития ребенка (ф. 112/у); медицинской карты ребенка (ф. 026/у); медицинской карты амбулаторного больного (ф. 025-87), прививочный статус ребенка (ф. 063/у).

Результаты исследования. Проведенный ретроспективный анализ медицинской документации детей с патологическими неблагоприятными последствиями после иммунизации (НППИ) позволил разработать подходы к расследованию данных случаев, оформленных в виде программной продукции «Программа для определения неблагоприятных последствий иммунизации детей» (Патент Государственного патентного ведомства РУз на программный продукт DGU 20110163). При расследовании НППИ необходимо разделять случаи поствакцинальных реакций (ПВР) и случаи поствакцинальных осложнений (ПВО). В случае развития ПВР необходимо оказать первую помощь, зарегистрировать его в лечебно-профилактическом учреждении, где была проведена вакцинация, и включить в годовой отчет регистрации. При возможном развитии поствакцинального осложнения в первую очередь пациенту оказывают первую медицинскую помощь, подают экстренное извещение, госпитализируют в стационар, где проводят соответствующее лечение. Специалисты лечебно-профилактического учреждения принимают участие в комиссионном расследовании ПВО, а также определяют дальнейшую тактику проведения прививок ребенку с поствакцинальным осложнением.

Таким образом, учитывая возможность возникновения осложнений на введение различных вакцин, следует иметь в виду, что развитие патологического процесса в поствакцинальном периоде далеко не всегда связано с вакцинацией. Поэтому диагноз поствакцинального осложнения правомерно выставлять только после того, как отвергнуты все остальные возможные причины, приведшие к развитию той или иной патологии. Большинство неблагоприятных событий с летальным исходом при своевременной постановке правильного диагноза могло бы быть предотвращено назначением этиотропной терапии.

БРОНХОПНЕВМОНИЯ АСОРАТИ БЎЛГАН КЎКЎЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА ФОН КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ УЧРАШИ.

Муминова М.Т., Эргашев Б.М., Қодиров Ж.Ф.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: ЖССТ маълумотлари бўйича ҳар йили дунёда 1 млн.га яқин болалар нобуд бўлади, уларнинг кўпчилигини бир ёшгача бўлган болалар эгаллайди. Болаларда касалликнинг кечиши кўпинча унинг дастлабки ҳолатига, хусусан марказий асаб тизимининг шикастланиши боғлиқ. Туғруқ вақтидаги бош мия ичи жароҳати бўлган болаларда кўкўўтал кўпгина ҳолларда пневмония билан асоратланади.

Тадқиқот мақсади: Бир ёшгача болаларда бронхопневмониябилан асоратланган кўкўўталда фон касалликларининг учрашини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот ТТА 3-клиникасининг болалар юкумли касалликлари бўлимида бронхопневмониябилан асоратланган кўкўўтал билан касалланган 0-6 ойгача – 11 нафар (1-гурух) ва 6 ой-1 ёш бўлган 14 нафар (2-гурух) болаларни текшируви асосида ўтказилди. Ташҳис объектив ва лаборатор текширувлари асосида қўйилди. Камқонлик, рахит, оқсил-энергетик етишмовчилик, ичак дисбактериози, асаб тизимининг перинатал шикастланиши (ПЭП), экссудатив-катарал диатез (ЭКД) фон касалликлари сифатида ҳисобга олинди.

Тадқиқот натижалари. 1-гурухдаги болаларда камқонликнинг I даражаси – 36,3%, II даражаси – 45,5%, III даражаси – 18,2% бемор болаларда кузатилган бўлса, 2-гурухдаги болаларда эса камқонликнинг I даражаси – 50%, II даражаси – 35,7%, III даражаси – 14,3% бемор болаларда қайд этилди. 81,8% (9 нафар) I гуруҳ болаларда рахитнинг I даражаси, 18,2% (2 нафар) болаларда рахитнинг II даражаси аниқланди. II гуруҳдаги болаларда рахитнинг I даражаси II даражасига нисбатан 1,8 баробар кўпроқ учраганлиги қайд этилди (64,3%; 35,7% мос равишда). Оқсил-энергетик етишмовчиликнинг I ва III даражалари I гуруҳ болаларда II гуруҳдаги болаларга нисбатан 1,1-1,2 марта кўпроқ (63,6%; 57,2% ва 9,1%; 7,1%) қайд этилган бўлса, II даражаси эса 1,3 марта камроқ (27,3%; 35,7%) ҳолларда аниқланди. I гуруҳ болаларда ичак дисбактериозининг I даражаси II даражасига нисбатан 1,7 марта кўпроқ қайд этилган бўлса (63,4%; 36,6%), II гуруҳдаги болаларда эса ичак дисбактериозининг II даражаси I даражасига нисбатан 1,3 марта кўп учраганлиги (42,9%; 57,1%) кузатилди. Болаларда ичак дисбактериозининг III-IV даражалари учрамади. Асаб тизимининг перинатал шикастланиши (ПЭП) I гуруҳ болаларда II гуруҳдаги болаларга нисбатан 1,6 баробар кўп ҳолларда (85,6%; 54,5%) қайд этилди. Экссудатив-катарал диатез (ЭКД) I гуруҳ болаларда II гуруҳдаги болаларга нисбатан деярли 2 баробар камроқ аниқланганлиги (18,2%; 35,7%) кузатилди.

Шундай қилиб, бронхопневмония асоратлари бўлган кўкўўтал билан касалланган 6 ойликдан 1 ёшгача бўлган болаларда фон касалликлари нисбатан кўп ҳолларда қайд этилиши аниқланди.

КЎКЙЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БРОНХ-ЎПКА АСОРАТЛАРИ РИВОЖЛАНГАН БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА ГЕМАТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРНИНГ СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

Муминова М.Т., Худайкулова Г.К., Султонов Р.К.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Муаммонинг долзарблиги: Ўтказилинаётган режали вакцинацияга қарамасдан ЎзР СЭС маълумотларига асосан охирги 10 йил давомида кўкйўтал билан касалланиш кўрсаткичининг ўсишга мойилликка эга бўлди. Кўкйўтал 10,5% ҳолларда ўлим оқибатининг сабаби бўлиб ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Кўкйўтал билан касалланган бронх-ўпка асоратлари ривожланган эрта ёшдаги болаларда гематологик ўзгаришларни ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот 2016-2017-йиллар давомида ГТА 3-клиникасининг болалар юқумли касалликлари бўлимида кўкйўтал билан касалланган бронх-ўпка асоратлари ривожланган 0 дан 1 ёшгача бўлган 50 нафар болаларни текшируви асосида ўтказилди. Ташҳис объектив ва лаборатор, инструментал (умумий қон таҳлили ва рентгенологик) текширувлари асосида қўйилди. Умумий қон таҳлилидаги гемоглобиннинг миқдори қараб камқонликнинг 3 та даражаси фарқланди: 1-даража Hb 90-110г/л, 2-даража Hb 70-90 г/л, 3-даража Hb 50-70 г/л.

Тадқиқот натижалари. Барча 50 нафар кўкйўтал билан касалланган болаларда бронх-ўпка асоратлари бўйича тақсимланганда бронхопневмония – 25 нафар (50%) бемор болаларда кузатилиб; улардан 2 нафарида (8%) нафас етишмовчилигининг 2-даражаси, 5 нафарида (20%) нафас етишмовчилигининг 1-даражаси аниқланди. Ўткир бронхит – 17 нафар (34%), ларингит – 8 нафар (16%) болаларда аниқланди.

Бронхопневмония билан асоратланган 25 нафар кўкйўтал билан касалланган болаларнинг умумий қон таҳлилида камқонликнинг 1-даражаси 36% ҳолатларда, 2-даражаси 56% ҳолатларда, 3-даражаси – 8% ҳолатларда қайд этилди. Эритроцитлар миқдори бўйича: 2- $2,5 \times 10^{12}$ чегарасида – 20% болаларда, 2,5- $2,8 \times 10^{12}$ чегарасида – 32%; 2,8- $3,3 \times 10^{12}$ чегарасида – 48% болаларда ўзгариши аниқланди. Лейкоцитлар миқдори: 40- 50×10^9 чегарасида 64% ҳолатларда; 30- 40×10^9 чегарасида 36% ҳолатларда ўзгаришлар қайд қилинди. 14 нафар беморда лимфоцитлар миқдори 30-35%, 11 нафарида – 35-40% эканлиги аниқланди. Эозинофиллар беморларда 2-5% ҳолатда аниқланди. Ўткир бронхит билан асоратланган 17 нафар кўкйўтал билан касалланган болаларнинг умумий қон таҳлилида камқонликнинг 1-даражаси 53% ҳолатларда, 2-даражаси 35%, 3-даражаси 12% ҳолатларда аниқланди. Эритроцитлар миқдори: 2- $2,5 \times 10^{12}$ чегарасида – 3 нафар (18%); 2,5- $2,8 \times 10^{12}$ чегарасида – 6 нафар (35%); 2,8- $3,3 \times 10^{12}$ чегарасида – 8 нафар (47%), лейкоцитлар миқдори: 20- 30×10^9 чегарасида 35% ҳолатларда; 30- 40×10^9 чегарасида 65% ҳолатларда ўзгаришлар қайд қилинди. 12 нафар беморда лимфоцитлар миқдори 40-50%, 5 нафарида 50-60%, эозинофил миқдори барча беморларда 5-8%ни ташкил этди. Ларингит билан асоратланган 8 нафар кўкйўтал билан касалланган болаларнинг умумий қон таҳлилида камқонликнинг 1-даражаси 38% ҳолатларда, 2-даражаси 50% ҳолатларда, 3-даражаси 12% ҳолатларда аниқланди. Эритроцитлар миқдори: 2- $2,5 \times 10^{12}$

чегарасида – 1 нафар (12%); $2,5-2,8 \times 10^{12}$ чегарасида – 3 нафар (38%); $2,8-3,3 \times 10^{12}$ чегарасида – 4 нафар (50%) болаларда; лейкоцитлар миқдори: $10-15 \times 10^9$ чегарасида 38% ҳолатларда; $15-20 \times 10^9$ чегарасида 62% ҳолатларда ўзгаришлар қайд қилинди. 6 нафар беморда лимфоцитлар миқдори 60-70%, 2 нафарида 70-80% эканлиги аниқланди. Эозинофиллар беморларда 8-10% ҳолатда аниқланди.

Шундай қилиб, бронх-ўпка асоратлари бўлган кўкйўтал билан касалланган барча болаларда кўпгина ҳолларда камқонликнинг 2-даражаси кузатилди. Лейкоцитлар миқдорининг $40-50 \times 10^9$ чегарасида ортиши 64% ҳолатларда бронхопневмонияда кузатилган бўлса, лимфоцитлар ва эозинофиллар миқдорини меъеридан 2 баробаргача ошиши ларингит билан асоратланган ҳолатларда аниқланди.

БОЛАЛАРДА А ВИРУСЛИ ГЕПАТИТИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Тошкент Тиббиёт Академияси

Муминова М.Т., Эргашев Б.М., Қодиров Ж.Ф.

Муаммонинг долзарблиги. Вирусли гепатит А билан асосан 3-15 ёшгача болалар касалланади. 3-20% клиник ҳолларда рецидивлар беради. ВГА оғир шакллари ва ўлим кўрсаткичи ёшга боғлиқ равишда 0,1% ташкил этади.

Тадқиқот мақсади: Болаларда А вирусли гепатитининг замонавий босқичда клиник-эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Текширув ТГА 3-клиникаси болалар юқумли касалликлари бўлимида 1 ёшдан 18 ёшгача вирусли гепатит А ташҳиси билан даволанган 185 нафар болалар ўртасида ўтказилди. Ташҳис объектив, лаборатор ва инструментал текширувлар натижаларига асосланди.

Тадқиқот натижалари. Бемор болаларда касаллик ёш бўйича: 1-3 ёш – 12 нафар (6,5%); 3-5 ёш – 36 нафар (19,5%); 5-7 ёш – 47 нафар (25,4%); 7-10 ёш – 53 нафар (28,6%); 10-14 ёш – 28 нафар (15,1%); 14-18 ёш – 9 нафар (4,9%) тақсимланди. Барча беморларнинг 48 нафари (26%) мактабгача ёшдаги болалар бўлиб, шулардан 26 нафари (54,2%) мактабгача таълим муассасасига бормайди. Барча болаларнинг 71,3%ини мактаб ўқувчилари, 1,1% лицей, 1,6% коллеж ўқувчилари ташкил этган. 17,3% бемор болаларда касаллик манбаи аниқланмади. 153 нафар (82,7%) бемор болалардан 58,9%и (90 нафар) мактабда, 17,6% (27 нафар) боғчада, 23,5% (36 нафар) оиласида беморлар билан мулоқотда бўлган. Касалланганлар ичида 6 нафар (3,2%) бемор вирусли гепатит А га қарши 1 марта эмланган.

Барча беморларнинг 13 нафарида (7%) касаллик астеновегетатив (ҳолсизлик, ланжлик, иштаҳанинг пасайиши), 36 нафарида (19,5%) диспептик (кўнгил айниш, қайт қилиш, қоринда оғриқ, диарея), 54 нафарида (29,2%) катарал (тана ҳароратининг кўтарилиши, томоқда оғриқ, бурун битиши, йўтал), ҳамда 82 нафарида (44,3%) аралаш, яъни катарал, диспептик, астеновегетатив типда билан бошланган.

Продромал давр 51,4% беморларда, ўртача $3,7 \pm 0,8$ кунни, 36,2% ўртача $5,8 \pm 1,5$ кунни, 12,4% ўртача $8,4 \pm 2,3$ кунни ташкил этди. Беморларнинг 87 нафари (47,1%) касалликнинг 5-7 куни; 68 нафари (36,7%) касалликнинг 7-10 куни; 30 нафари (16,2%) касалликнинг 10-кунидан кейин мурожаат қилган.

10,8% вирусли гепатит А сариксиз, 89,2% сариклик шаклида кечган. Авж олиш даври 64,9% болаларда ўртача $9,5 \pm 2,2$ кунни, 35,1% болаларда ўртача $17,4 \pm 3,5$ кунни ташкил этди. Касалликнинг энгил шакли 90,3%, ўрта оғир 9,2% ва оғир бир нафар (0,5%) беморларда қайд этилди. 2,1% (4 нафар) беморларда касалликнинг қайталаниши кузатилди.

Шундай қилиб, вирусли гепатит А 71,3% мактаб ёшидаги болалар ўртасида учради. Беморларнинг 47,1% касалликнинг 5-7 куни мурожаат этган, касаллик асосан (44,3%) аралаш типда бошланган. Продромал даврнинг давомийлиги кўпинча (51,4%) ўртача $3,7 \pm 0,8$ кунни, авж олиш даврининг давомийлиги асосан (64,9%) $9,5 \pm 2,2$ кунни ташкил этиб, 89,2% ҳолларда сариклик шаклида ва 90,3% энгил ҳолатларда кечган.

МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕЖИМА «НОКАУТА» ГЕНА ПОД ДЕЙСТВИЕМ МИКРОРНК ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

Мусабаев Э.И., Алиев Б.Р., Хидирова М.Б.

**НИИ Вирусологии МЗ РУз и Центр разработки программных продуктов и
аппаратно-программных комплексов при ТУИТ**

В формировании сложного инфекционного процесса при вирусных гепатитах, в том числе гепатита В (ГВ) важную роль играет новый класс соединений – микроРНК (miRNA). Механизм ее действия еще до конца не изучен. Раскрытие регуляторных действий микроРНК существенно поможет определению механизмов формирования и развития инфекционного процесса при вирусном ГВ на молекулярно-генетическом уровне и позволит найти эффективные пути целенаправленного лечебного и профилактического воздействия на молекулярно-генетическую систему клетки печени.

Цель. Выявить регуляторные механизмы «нокаута» гена под действием как вирусных так и клеточных микроРНК при вирусном ГВ на молекулярно-генетическом уровне.

Методы исследования. Используется методика математического моделирования взаимосвязанной регуляторики молекулярно-генетических систем гепатоцитов и вируса ГВ, на основе класса функционально-дифференциальных уравнений с учетом кооперативности, временных взаимоотношений и наличия комбинированной обратной связи в цепи регуляции.

Результаты. Нами разработаны уравнения регуляторных механизмов взаимосвязанной деятельности молекулярно-генетических систем гепатоцита и ВГВ с учетом действия микроРНК. Реализация на компьютере и серия вычислительных экспериментов показали, что эти уравнения обладают устойчивыми стационарными, а также автоколебательными решениями, свойственными для нормального функционирования печени; обладают хаотическими решениями и эффектом «черная дыра» («нокаут» гена, которые нелинейно зависят от концентрации микроРНК вируса ВГВ), что дает возможность исследовать режимы этого процесса под действием микроРНК, диагностировать наступление фазы непредсказуемых изменений регуляторики печени и начало перехода в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному, исследовать действие различных модуляций микроРНК с помощью компьютера.

Выводы. Результаты математического моделирования показывают, что гибель генома под действием микроРНК возникает при увеличении хаотичности хромосомных материалов. Выявленные регуляторные механизмы позволят определять состояние нормы, диапазон колебаний и критический уровень содержания вирусных и клеточных микроРНК, разработать эффективные меры по улучшению состояния гепатоцитов и лечения вирусных гепатитов в целом на уровне организма. Таким образом, микроРНК является эффективным генетическим прогностическим и модулирующим маркером для оценки уровня злокачественности и управления инфекционным процессом при ГВ.

СУРУНКАЛИ ГЕПАТИТДА ИЧАКЛАР МИКРОБИОЦЕНОЗИ БУЗИЛИШЛАРИНИ КОРРЕКЦИЯЛАШ

Мусаева Д.М., Очилова Г.С., Ниёзова Г.С.

Бухоро Давлат тиббиётинститутини

Охириги йилларда ичаклар микроэкологияси муаммоси давр билан ҳамнафас бўлган барча тиббиёт ходимлари диққат марказида турибди (Каширская Н.Ю. 2000; Каршунов В.М. 2000; Бондаренко В.М. 2005). Айниқса жигарнинг сурункали жароҳатланиши асосида ичаклар микробиоценозининг сон ва сифат жиҳатидан ўзгариши жигарнинг детоксикацион функциясини ҳам пасайтиради (Бондаренко В.М., Floch M.H. et al., 2001; Shanahan F). Бу ўз навбатида жигарга токсик зўриқишни (нагрузкани) кучайтиради. Шуларни эътиборга олган ҳолда, биз ўз илмий изланишларимизда сурункали гепатитларнинг ичак микробиоценозига таъсирини Бонджигар ва ЛАКТО – G препаратларини комбинацияда қўллаб коррекциялашни мақсад қилиб қўйдик.

Текширишлар 30 ёшдан 60 ёшгача бўлган, сурункали гепатит билан касалланган 40 та беморларда ўтказилди. Улардан 23 таси аёллар (57,3%), 17 таси эркаклар (43,7%). Бунда 25 та бемор вирусли гепатитлардан сўнг (62,5%); 9 та бемор алкоғолни кўп истемол қилиш натижасида (22,5%) ва 6 та бемор ноаниқ этиологияли (кўп миқдорда дори воситаларини тартибсиз қўллаш ва ўт тош касаллиги билан боғлайди) (15%).

Бонджигар дори воситаси беморларга 1 капсуладан кунига 2 маҳал, ЛАКТО – G эса 1 капсуладан кунига 3 маҳал 8 ҳафта давомида берилди. Препарат қабул қилишдан олдин ва қабул қилина бошлагач 8 ҳафта ўтиб ичак томонидан клиник белгилар кузатилди.

Текширишларимиз бошида куйидаги ичак синдроми: диарея 26 беморда (65%), қабзият 6 беморда (15%), қоринда оғриқ 32 беморда (80%) кузатилган.

Дори воситаларини қабул қилина бошлагач 8 ҳафта ўтиб ичак томонидан: 12 (46,1%) беморда диарея белгиларининг камайиши ва 14 (53,8%) беморда белгиларнинг тўлиқ йўқолиши; қоринда оғриқ клиник белгисининг 18 (56,2%) беморда камайиши ва 14 (43,7%) беморда ушбу белгининг тўлиқ йўқолиши, барча беморларда қабзиятнинг тўлиқ йўқолганлиги динамикада кузатилди. Катталашган жигар ўлчамлари ҳам нормаллашди.

Олинган натижалар шуни кўрсатадики, сурункали гепатитларда жароҳатланган жигар ҳужайраларини гепатопротектор ҳисобланган Бонджигар дори воситаси ёрдамида тиклаш билан бир қаторда ЛАКТО – G дори воситасини комбинацияда қўллаш ичак микробиоценози бузилишини коррекция қилиб, ичак дисбактериозини бартараф этади; ичакларда облигат микрофлоранинг ошишига, жигар детоксикацион функциясининг қайта тикланишига, яъни жигарда гепатоцитлар структураси ва функциясининг қайта тикланиб, детоксикацион ферментлар фаоллигининг ошишига замин яратади.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ИНВАЗИВНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ С ЖАРКИМ КЛИМАТОМ

Мухтарова С.М., Саъдинов П.О., Худоёрова Г.Н., Максудова З.С.
НИИЭМИЗ МЗ РУз, ТМА, 5-городская больница, Ташкент

Известно, что острые кишечные инфекции (ОКИ) в регионах с жарким климатом представляют актуальную проблему в большей степени благодаря усилению интенсивности механизма передачи. Лидирующее место среди бактериальных ОКИ в указанных регионах принадлежит к инвазивным кишечным инфекциям (ИКИ).

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ИКИ.

Результаты. Анализом полученных материалов установлен, что наибольшей удельный в этой группе заболеваний принадлежать к шигеллезам, что в сумме расшифрованных бактериальных кишечных составляло 53,4%. При этом отмечается рост *Sh. Flexneri*, что привело к тяжелые клинического течения заболевания. Одновременно отмечено рост удельного веса шигеллеза у детей 1-го года жизни (до 23,7%) с выраженным и стойким колитическим синдромом и затяжным и негладким течением.

Доля сальмонеллезной инфекции составляло 27,5% занимая второе место. При этом *S. Typhimurium* продолжала оставаться ведущим сероваром. Сохранялись клинические особенности выражающиеся в преимущественном поражении разных отделов желудочно кишечного тракта, реже с диссеминацией возбудителя через кровь. Необходимо отметить, что желудочно-кишечная форма сальмонеллеза у детей чаще (64,6%) сопровождаются развитием токсикоза с эксикозом II-III-ст. Инвазивные кишечные инфекции, вызванные условно-патогенной флорой составили 19,6%. В этой группе заболевания вызывали преимущественно клебсиеллами (36,7%) и протейями (27), реже (12,3%) стафилококками и еще реже другими представителями УПФ. Клиника ОКИ вызванных УПФ в целом проявлялось проявлениями поражения различных отделов ЖКТ и развитием энтероколитическим характером стула реже с примесью крови в испражнениях. Заболевания протекало с негладко но благоприятно без склонностью к генерализации возбудителей.

Таким образом, ИКИ у детей в регионах с жарким климатом представлены преимущественно шигеллезом, салмонеллезом и реже УПФ. В общем, классические клинические проявления присущие к указанным инфекциям сохраняются с негладким и со склонностью к осложненному течению у детей до одного года и у детей с плохим преморбидным фоном.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ДИАРЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Мухтарова С.М., Саъдинов П.О., Максудова З.С., Абдуллабаева Н.Т., Мустаева Г.Б.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз, ТМА, 5-городская больница, Ташкент

Острые диареи (ОД) остаются одной из актуальных проблем здравоохранения повсеместно. Обусловлено это их значительной распространенностью, большим процентом тяжелых, осложненных форм и относительно высокой летальностью. Одной из причин этих особенностей ОД является наличие сопутствующих хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у больных.

Цель исследования. Изучить особенности течения острых диарей у больных с хроническим панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ клинического течения ОД у 64 больных в возрасте от 34 до 61 лет с сопутствующим хроническим панкреатитом (ХП). При бактериальном исследовании из 64 больных у 13 (20,3%) выявлен сальмонеллез, у 17 (26,6%) эшерихиоз, у 16 (25%) протеаз и у 19 (29,7%) этиология диареи оставалась неустановленной. Диагноз панкреатит установлен на основании клинико-анамнестических сведений и данных вспомогательных исследований (УЗИ картина, диастаза и др.).

Результаты исследования. Установлено, что ОД с сопутствующим ХП преимущественно протекает в виде тяжелых форм. Указанное, по-видимому, обусловлено выраженными диспептическими, болевыми синдромами и интоксикацией, которые связаны с ХП. В клинике сочетанного течения ОД и ХП преобладало неукротимая рвота, которая не приводила к облегчению состояния больных и профузный жидкий стул по энтеритическому типу (обильный, водянистый с большим количеством непереваренных пищевых комков). Это сопровождалось с высокой степенью интоксикации, а также нарушениями водно-электролитных и гемодинамических показателей. При этом привлекали внимание особенности болевого синдрома, что отличалось от болевой реакции при изолированном течении ХП. Так, боли при ОД с ХП наряду с опоясывающими больше носили разлитой характер, иногда напоминая боли как при остром животе. Течение ОД при упомянутом сочетании также протекало существенно дольше, чем при ОД без ХП.

Наши наблюдения подтверждают, что сочетание ОД с ХП отчетливо меняет клиническую картину основного заболевания. При совместном течении ОД с ХП заболевание протекает в основном в виде тяжелых форм, более длительно, с неукротимой рвотой и профузным поносом, выраженным токсикозом и глубокими изменениями желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, при диагностике ОД следует учитывать определенные клинические особенности последних, обусловленные с сопутствующим ХП, что важно в составлении комплексного лечения ОД.

ON THE ISSUE OF SELECTION OF OPERATION METHODS IN THE COURSE OF HIRSCHSPRUNG'S DECEASE AMONG ADULTS.

S.N.Navruzov., M.M.Mirzahmedov., B.S.Navruzov., M.A. Achmedov.

Tashkent Medical Akademy

Topicality of the problem. The issues concerning the patterns of the sickness run, its dependency on structural changes of the large intestine panels, the diagnosis and the treatment policy among adult patients remains relevant which requires further investigation.

The aim of our research appears to be the study of the causes of unsuccessful outcomes of surgical interferences and the development of differentiated approach to the selection of optimum means of operations in the course of Hirschsprung's decease among adults.

Materials and methods. 82 patients aged between 16 and 30 diagnosed with Hirschsprung's decease have had In Coloproctology Republican Klinik Hospital the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan hospital treatment between 1992 and 2017y.

The outcomes and discussion. For the comparative analysis of efficiency of surgical treatment we divided the patients with Hirschsprung's decease into 2 groups: 44 (53,6%) of the patients were performed the Duamel operation, 29 (31,7%) of them were done an abdominoanal resection of straight intestine with voiding the proximal portions of straight intestine into the anal canal by overlapping the kolo- anal inosculation, 12 (14,6%) of the deceased were performed the partial resection of the hypo or aganglionic zone, the decompensate part of large intestine and the colostomy was formed. One of the main parameters of efficiency of surgical treatment of Hirschsprung's disease is the development of postoperative complications. Thus, after operation of Duhamel because of technical difficulties of formation of the rectal stump the insufficiency of the stump was observed in 5,5 % of cases. After operation PAR of the rectum such complications, as abscess of the cavity of a small pelvis, necrosis and retraction of pull-through, peritonitis developed accordingly in 1,8; 1,5 and 1,2 times less often. In the early postoperative period the complication have arisen in 18 (22 %) operated patients. One patient died (1,2 %). The late postoperative complication after PAR of the rectum observed in 8 (9,8 %) patients: in 2 (25 %) of them was partial stricture of the pull-through intestine. After operation of Duhamel in modification complications as strictures of colorectal anastomosis were developed in 6 (75 %) patients.

Conclusion. Performance of peritoneal-anal resection of the rectum with pulling through of functioning proximal parts of the large intestine into anal canal simplifies technique of operation at Hirschsprung's disease and in the greater degree meet the requirement of radicalism, than method of Duhamel.

The offered method of peritoneal-anal resection of the rectum with pulling through in modification had advances in comparison with method of Duhamel: in the patients operated by the first method such postoperative complications as abscess of the small pelvis cavity, necrosis and retraction of the pulling through intestine, peritonitis occurred in 1.8, 1.5, and 1.2 times less often, respectively, than after operation of Duhamel.

РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Наджимитдинов Я.С., Кабилов К.Н.

Ташкентская медицинская академия. Кафедра урологии.

Цель исследования: изучить частоту выявления бактериурии у пациентов, подвергнутых традиционным вмешательствам по поводу суправезикальной обструкции органического характера.

Материалы и методы. Используя критерий включения- отсутствие бактериальной инвазии, в исследование включены 68 детей, которым за период с 2010 по 2016 годы была ликвидирована суправезикальная обструкция. Средний возраст пациентов составил $8,9 \pm 1,7$ лет (диапазон от 6 до 15 лет). Из них 49 (72,1%) пациентов были оперированы по поводу стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента, остальным 19 (27,9%) детям выполнена неоплантация мочеточников в мочевой пузырь с антирефлюксной защитой.

Результаты. При оперативном вмешательстве у 24 (35,3%) детей для дренирования мочевого тракта использовали внутренний мочеточниковый стент, в остальных случаях выполнили «наружное» дренирование (у 32 пациентов была установлена нефростома, в 12 случаях- мочеточниковый стент с выходом наружу). Всем больным после вмешательства была ликвидирована пиурия и они повторно обследованы спустя три месяца после оперативного вмешательства. Пиурия и бактериурия обнаружена у 9 (13,2%) больных (в 7 случаях после ликвидации стриктуры лоханочно-мочеточникового сегмента, в двух- после формирования уретероцистоанастомоза). По данным бактериологического исследования мочи *E.coli* выявлена в 4 (44,4%) случаях, *Kl. pneumoniae* обнаружена у трех (33,3%) детей, *Proteus mirabilis* – одним (11,1%). Следует указать, что всем больным с рецидивирующей инфекцией при оперативном вмешательстве выполнено «наружное» дренирование мочевого тракта. После проведенной антибактериальной терапии, учитывая чувствительность микроорганизмов, инфекция ликвидирована у всех детей. Однако при обследовании через два месяца в двух случаях вновь выявлена инфекция мочевого тракта, при этом возбудитель был идентичный ранее выявленному. Проведенная антибактериальная терапия была эффективной. Рецидива инфекции мочевого тракта в течении последующего наблюдения в течении двух лет отмечено не было.

Заключение. Рецидивирующая инфекция мочевого тракта после ликвидации суправезикальной обструкции традиционным способом, как правило, наблюдается у пациентов при использовании «наружных» дренажей (нефростома, уретеральный катетер). Детей подвергнутых оперативному вмешательству целесообразно повторно обследовать, выявлять возбудитель инфекции и осуществлять, при необходимости, тщательную санацию мочевого тракта.

ЧАСТОТА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ПОДВЕРГНУТЫХ ТРАНСВЕЗИКАЛЬНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТОМИИ

Наджимитдинов Я.С.

Республиканский специализированный центр урологии

Цель исследования. Оценить частоту возникновения внутрибольничной инфекции у пациентов, подвергнутых удалению камня из мочеточника с помощью педиатрического уретероскопа, в зависимости от метода дренирования суправезикального отдела мочевого тракта.

Материалы и методы. За период с 2014 по 2016 годы трансуретральная уретеролитотрипсия выполнена 87 детям. Средний возраст пациентов составил $12,9 \pm 1,2$ лет. Камни располагались в нижней трети мочеточника у 66 (75,8%) ребенка, в среднем отделе – в 21 (24,2%) случае. Средний размер камней составил $1,2 \pm 0,4$ см. Больные, в зависимости от способа дренирования мочевого тракта после операции, разделены на две группы. В первую группу включены пациенты, которым был установлен внутренний мочеточниковый стент ($n=26$), во вторую ($n=61$) вошли дети, которым установлен мочеточниковый стент с «выходом» наружу (выведенный через мочеиспускательный канал). Перед оперативным вмешательством всем больным проведена антибактериальная терапия и удаление камня выполняли только в том случае, когда моча была стерильной. Исследование мочи выполняли через 24, 48, 62 часа после оперативного вмешательства и при наличии бактерий в осадке производили ее культуральное исследование.

Результаты. В первой группе пиурия и бактериурия выявлена у трех (11,5%) пациентов, однако ни в одном случае роста микрофлоры по данным бактериологического исследования выявлено не было. Во второй группе пациентов пиурия и бактериурия обнаружена в 56 (91,8%) случаях спустя более двух суток после вмешательства ($p < 0,05$). По данным культурального исследования мочи *E.coli* выявлена в 4 (6,5%) случаях, *Kl. pneumoniae* обнаружена у 12 (19,7%) детей, *Proteus mirabilis* - 7 (11,6%), *Pseudomonas aeruginosa* 5 (8,2%). Во всех случаях микрофлора отличалась от той, что была обнаружена до вмешательства. Гипертермия вследствие обострения инфекции мочевого тракта во второй группе была в 4 раза чаще по сравнению с первой.

Заключение. Таким образом, применение внутреннего мочеточникового стента позволяет предотвратить инфицирование мочевого тракта назокомиальной микрофлорой после удаления камня с помощью уретероскопа. Наличие инфекции является причиной обострения пиелонефрита, что может привести к синдрому острого воспалительного ответа. Поэтому целесообразно, по возможности, использовать внутренний мочеточниковый стент для дренирования суправезикального отдела мочевого тракта после уретеролитотрипсии.

ИЗМЕНЕНИЯ КРОВИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АНТИБИОТИКОВ

Наджимитдинова М.А., Бектимирова А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Признаки побочного действия лекарств, использующихся при химиотерапии инфекционных заболеваний, особенно антибиотиков, весьма разнообразны и проявляются как поражение отдельных органов, так и систем в целом. Одной из самых чувствительных систем является система кроветворения. Процесс кроветворения в организме осуществляется непрерывно, и молодые делящиеся клетки являются весьма чувствительными к действию лекарственных средств.

Необходимо признать сложность природы побочного действия антибиотиков, что, с одной стороны, обусловлено свойствами самого лекарства, с другой - состоянием реактивности организма, определяющим как развитие планируемого эффекта, так и побочных реакций. Учитывая, что кровь является одной из наиболее реактивных сред организма, представляло интерес систематизировать характерные изменения гематологических показателей при применении антибиотиков различных групп.

Природные пенициллины (бензилпенициллина натриевая (калиевая) соль, феноксиметилпенициллин) - эозинофилия, редко тромбоцитопения, увеличение протромбинового времени, нейтропения, может стимулировать ложноположительную пробу Кумбса.

Антистафилококковые пенициллины: (оксациллин) - редко нейтропения, тромбоцитопения, ложноположительная проба Кумбса, возможно снижение гемоглобина, повышение активности печеночных трансаминаз; (диклоксациллин) - эозинофилия, понижение гемоглобина, повышение активности печеночных трансаминаз.

Аминопенициллины (ампициллин, амоксициллин) - нейтропения, эозинофилия, увеличение протромбинового времени, положительная проба Кумбса, редко тромбоцитопения.

Антисинегнойные пенициллины: (тикарциллин) - эозинофилия, увеличение протромбинового времени, редко тромбоцитопения; (пипероциллин) - нейтропения, эозинофилия, тромбоцитопения, увеличение протромбинового индекса, положительная проба Кумбса, редко гипокалиемия; (карбенициллин) - уменьшение агрегации тромбоцитов, увеличение времени кровотечения, гипокалиемия, гипонатриемия.

Цефалоспорины: 1-го поколения (цефазолин) - нейтропения, тромбоцитопения, редко понижение гемоглобина, анемия; 2-го поколения (цефуроксим) - нейтропения, эозинофилия, положительная проба Кумбса; 3-го поколения (цефотаксим) - эозинофилия, увеличение протромбинового времени, нейтропения; 4-го поколения (цефпиром) - очень редко положительная проба Кумбса.

Аминогликозиды: 1-го поколения (стрептомицин, канамицин) - эозинофилия; 2-го поколения (гентамицин) - редко эозинофилия, анемия, лейкопения, гранулоцитопения, тромбоцитопения; 3-го поколения (амикацин) - повышение концентрации печеночных трансаминаз и билирубина в крови.

Азалиды (азитромицин) - повышение активности печеночных ферментов.

Хлорамфениколы (левомицетин) - гипопластическая анемия, лейкопения, ретикулоцитопения, тромбоцитопения, редко апластическая анемия.

Гликопептиды (ванкомицин) - эозинофилия, при внутривенном быстром введении - “синдром красного человека” вследствие выделения гистамина.

Ансамacroлиды (рифампицин) - повышение активности печеночных трансаминаз, билирубина, тромбоцитопения, гемолитическая анемия, эозинофилия.

Полимиксины (полимиксина-М-сульфат) - гипокалиемия, гипокальциемия, тромбоцитопения.

Линкозамиды (линкомицин) – эозинофилия.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ АНТИБИОТИКОВ И ДРУГИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Наджимитдинова М.А., Бектимирова А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В практической деятельности врачи все чаще сталкиваются с проявлением побочного действия лекарственных средств, что в значительной степени осложняет лечение и может представлять угрозу здоровью, а иногда и жизни больного.

Уже в начале нынешнего века описано токсическое действие ртутных производных и препаратов мышьяка при лечении больных сифилисом. С тех пор количество публикаций на эту тему лавинообразно нарастает.

Среди причин, приводящих к возникновению нежелательных эффектов, следует выделить генетические особенности индивида. В настоящее время известно большое количество ферментопатий, которые обуславливают частоту и тяжесть течения побочного действия лекарственных средств. Некоторые из них — анафилактический шок, эпидермальный некролиз (синдром Лайела) — представляют опасность для жизни больного.

Для профилактики токсического действия лекарственные средства назначают с учетом возраста, пола, веса пациента (наиболее часто используется педиатрами). Необходимо корректировать дозировки у лиц пожилого возраста, так как возрастная инволюция печени и почек ведет к замедлению элиминации лекарственных средств, что приводит к их передозировке и токсическому действию.

Клинические признаки лекарственной болезни весьма разнообразны и проявляются как поражение отдельных органов, так и систем в целом. Одной из самых чувствительных систем является система кроветворения. Процесс кроветворения в организме осуществляется непрерывно, и молодые делящиеся клетки являются весьма чувствительными к действию лекарственных средств.

Токсическое влияние лекарственных препаратов на процесс кроветворения вызывает изменение показателей крови. Например, токсическое действие левомецетина и анальгина на процесс кроветворения проявляется лейкопенией.

Одним из самых опасных состояний является врожденный дефицит фермента глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы. При применении сульфаниламидных препаратов у больных может развиваться гемолитическая анемия со смертельным исходом. Кроветворная функция нарушается при применении бутадиона, левомецетина, цитостатиков. Применение левомецетина, хлорпропамида, фуросемида может быть причиной развития агранулоцитоза. Тромбоцитопения чаще всего вызывается цитостатиками, что обусловлено токсическим влиянием их на мегакариоциты костного мозга. Особенно часто побочное действие лекарственных средств наблюдается при полипрагмазии.

Основным в выявлении побочного действия лекарств все еще остается метод тщательного клинического анализа симптомов, при этом обращают внимание на большое разнообразие и неспецифичность симптоматики этих состояний.

Самые разнообразные варианты побочного действия лекарств выражаются обычно различными сочетаниями таких общепатологических проявлений, как повышение температуры тела или, наоборот, гипотермия, изменение пигментации или появление высыпаний на коже и слизистых оболочках, болевые и судорожные кризы, изменение состава крови и мочи, нарушение функций различных органов. При прогрессировании подобных изменений функциональные изменения могут переходить в морфологические.

**СЕПСИС БИЛАН КАСАЛЛАНГАН ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА АСАБ
ТИЗИМИНИНГ ИНФЕКЦИОН-ТОКСИК ШИКАСТЛАНИШИДА ЭНДОГЕН
ЗАРАРЛАНИШНИНГ КОРРЕКЦИЯСИ**

**Насирова Ш.С., Пазилова С.А., Пулатова Р.З.,
Турсунов Ш.Б., Тахтабекова М.Ф., Жалилова Ш. А.**

Республика ихтисослаштирилган педиатрия илмий-амалий тиббиёт маркази

Мақсад: сепсис билан касалланган эрта ёшдаги болаларда асаб тизимининг инфекциян-токсик шикастланишида эндоген зарарланишнинг ахамияти.

Материал ва методлар: Биз томонимиздан 1 ойликдан 1,5ёшгача бўлган, марказий асаб тизими ва ошқозон-ичак тракти шикастланиши билан кечувчи сепсис билан оғриган 32 нафар бемор бола клиник назоратдан ўтказилди. Эндоген захарланиш даражасини аниқлаш ва комплекс давонинг самарадорлигини баҳолаш учун ўрта молекуляр пептидлар (ЎМП) ҳамда лейкоцитларнинг интоксикация индекси (ЛИИ) динамикада ўрганилди. Хамма болаларни икки гуруҳга бўлинди. Асосий гуруҳдаги болаларга базис терапия асосида Л–лизин эсцинат препарати қўлланилди.

Изланиш натижалари: касалликнинг авжида ЎМП ва ЛИИ кўрсаткичлари соғлом болалар кўрсаткичларига нисбатан 2 ва 3 баробар юқорилигини кўрсатди ($P<0,001$), бу зарарланишнинг эндоген характердалиги хақида маълумот берар эди. Базис терапиядан сўнг ЎМП ва ЛИИ кўрсаткичлари нисбатан камайганлигига қарамай ишончли даражада юқори кўрсаткичларда қолган эди ($P<0,001$). Л–лизин эсцинат препарати қўлланилган асосий гуруҳда эса бу крсаткичлар тез орада ишончли камайиб, клиник соғайишга олиб келди. Эрта ёшдаги болалардаги сепсиснинг кечишига лизосомал гидролазлар фаоллигини пасайтириш ёрдамида ижобий таъсир кўрсатди, ва ўз йўлида, ошган томир–тўқима ўтказувчанлигини меъёрлаштириб, антиэкссудатив, яллиғланишга қарши таъсир кўрсатди.

Шундай қилиб, марказий асаб тизими ва ошқозон-ичак тракти шикастланиши билан кечувчи сепсисда эндоген захарланиш даражасини аниқланиши, детоксикациянинг оптимал услубини ўз вақтида танлашга имконият беради.

ПАРЕНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В ВА С ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Неъматова Н.Ў., Тошбоев Б.Ю., Мустанов А.Ю., Пулатов Ш.К.,
Жалилов А.А.

ТТА, Тошкент ш., Ўзбекистон

Ҳозирги вақтда дунё бўйича тахминан 130-200 миллион киши вирусли гепатит В билан касалланган. 2014 йилда бутун дунёда қарийб 11 миллионта вирусли гепатит С билан касалланиш рўйхатга олинган. Гепатит С асорати бўлган жигар ракидан 343000 киши ва жигар циррозидан тахминан 358000 киши вафот этганлиги аниқланган.

Тадқиқот мақсади. Вирусли гепатит В ва С инфекциясининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва текширув усуллари. Республика ДСЭНМи расмий статистик маълумотларининг эпидемиологик таҳлили. Илмий тадқиқотда эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Тадиқикот натижалари. Ўтказилган эпидемиологик таҳлил натижасида Ўзбекистон Республикасида ҳам қон орқали юқадиган вирусли гепатитларга қарши олиб борилаётган чора-тадбирлар ўз самарасини бераётганлиги аниқланди. Бунга мисол қилиб, гепатит Вга қарши ўтказилган режали эмлаш натижасида аҳоли ўртасида касалланиш 2010 йили ҳар 100 000 аҳолига нисбатан 2,1 ни ташкил қилган бўлса, ушбу кўрсаткич 2014 йили 1,1 ни ташкил қилади. Гепатит В билан касалланиш 2015 йилда 2010 йилга нисбатан 52,5% га камайганлиги аниқланди. Лекин, гепатит С билан касалланиш кўрсаткичи сезиларли даражада камайгани йўқ. Айниқса, гепатит С касаллиги 50-80% ҳолатларда сурункали кечиши ва касаллик оқибатида жигар циррози ҳолатлари 27%, жигар карциномаси эса 25% эканлиги фикримизни тасдиқлайди. Гепатит С инфекцияси тарқалишида пала-партиш жинсий ҳаёт кечириш, парентерал муолажалар олиш жараёнидаги хатоликлар, сифатли ва тўлиқ текширилмаган қон қуйиш ҳолатлари, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, яъни умумий бўлган соқол олиш воситалари ва тиш чўткаларидан фойдаланиш катта роль ўйнамоқда. Юртимизда гепатит С инфекцияси тарқалишида жинсий йўлнинг улуши ҳам сезиларли даражада ортди. Шунингдек касалланганларнинг кеч аниқланиши касалланишлар сонининг ортишига сабаб бўлмоқда.

Хулоса қилиб айтганда, гепатит С инфекцияси бўйича юқорида келтирилган маълумотларни эътиборга олган ҳолда, мамлакатимизда вирусли гепатит С инфекцияси тарқалишига қарши самарали тадбирларни олиб боришни янада кучайтириш талаб этилади.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND WAYS TO IMPROVE HIV/AIDS PREVENTION

**Nematova N.O', Mustanov A.Yu., Kenjaeva M.A., Almatova U.A.
TMA, department of Epidemiology**

HIV is an infection – “Infection caused by human immune deficiency virus“ [HIV] –antropous infectious disease which is characterized by specific lesion of immune system, that can lead to gradual and steady damage until formation of acquired immune deficiency syndrome (AIDS),accompanied with the development of opportunistic infections and secondary neoplasm's, leading to the death.

Objective: to determine the incidence of HIV/AIDS infection and the development of new ways of improving activities.

Materials and methods: Official data from the incidence of HIV/AIDS infections in the years from 2000-2014 CSSES the Republic of Uzbekistan and the center for AIDS and their reports.

Resistance of the agent. Human immune deficiency virus is non – persistent in environment: it inactivates in heating until 56 °C during 30 minutes and in boiling during 1-5 minutes. Ordinary antiseptic solutions, such as 3% solution of hydrogen peroxide, 5% solution of Lysol, 0,2% hypochlorite natrium, 1% solution of glutaraldehyde,70% ethanol and ether destroy virus in environment. Virus is resistant to the influence of ultraviolet irradiation and ionizing radiation. Comparative analysis of the groups in 2014 y.: - 55,4% men, women – 44,6%, children up to 14 years – 12,3%. 61,4% of sexually, parentally – 23,3%, vertical – 0,2%. By the beginning of 2014y. registered HIV infected in Tashkent – 31,3%, Andijan and Tashkent region – 15,3%, Samarkand – 8,7%, Fergana –7,4%, Syrhandarya – 4,5%, Namangan and Sirdarya – 3,5%, Kashkadarya and Bukhara – 2,5%, Khorezm – 2,1%, Djizzak – 1,0%, Republic of Karakalpakstan 0,7%, Navoi – 0,5%.

In HIV infection need to pay attention to:

1. Avoid sexual intercourse with unfamiliar and those leading promiscuous sex life.
2. When handling parenteral use only disposable syringes and needles.
3. If personal hygiene – do not use someone else's razor and toothbrush.
4. Avoid direct contact with the blood of another person.
5. When entering the blood or body fluids at the surface of the skin open with plenty of water and soap.
6. If you do not wound with a sterile needle and other cutting tools excretion of blood and seek immediate medical stutt.

Conclusions: The main objective of improving the way the fight against HIV/AIDS, early identification of infected persons, set to medical control and development of new methods of improving preventive measures.

**ҚУРИТИЛГАН АНЖИР МЕВАСИДАН ТИНДИРМА ТАЙЁРЛАШ ВА
УНИНГ ФАРМАКОЛОГИК АҲАМИЯТИ**
Ниёзова.Г.С., Очилова Г.С., Д.М.Мусаева
Бухоро давлат тиббиёт институти

Мавзунинг долзарблиги: Қадимдан табобатда анжир меваси ва унинг дамламаси дори воситаси сифатида йўтални тўхтатиш ва кўкйўтални даволаш учун ичишга буюрилган. Томоқ яллиғланиши касалликларида анжир мевасидан тайёрланган иссиқ дахлама билан томоқ чайиш тавсия этилган. Ушбу иссиқ дахлама яраларни даволашда ҳам ишлатилган – дахлама билан намланган доқа яра устига қўйилган - яра битишини тезлаштириш мақсадида. Шунингдек тиббиётда сурги воситаси сифатида қўлланиладиган Кафиол препарати таркибига ҳам анжир меваси киритилган.

Мақсади: Замонавий табобатда анжир юрак қон-томир тизими касалликлари, тромбозларда, камқонлик маҳалида ва енгилгина сурги сифатида қўлланилади. Анжир таркибига фицин ферменти, қанд моддаси ва калий бўлганлиги туфайли, бу неъмат юрак-қон томирлар етишмовчилигига учраган касалларга жуда фойдалидир. Анжир баргларидан витилиго касаллигига даво сифатида ишлатиладиган псоберан (фурален) препарати тайёрланади. Бу препарат замонавий тиббиётда витилигони даволаш учун кенг қўлланиладиган препаратлар - аммифурин, бероксан ва псорелендан қолишмайди. Анжирнинг сийдик ҳайдовчи, терлатувчи, иссиқни туширувчи хоссалари борлиги тажрибалар давомида аниқланган. Бизнинг мақсадимиз анжир мевасидан тиндирма тайёрлаш орқали дори воситасининг сақлаш муддатини ва унинг таъсир муддатини узайтириш орқали самарали натижага эришиш.

Олинган натижалар: Анжир мевасининг фармакологик хусусиятларини ўрганиш давомида қуйидаги натижалар олинди: анжир қоқисида қанд моддалари 78%гача, турли витаминлар (В1, В2, С, Е, РР), каротин, органик кислоталар (оксалат, лимон, олма, сирка кислоталар), минерал тузларга бой. Меваларида оксиллар, ўсимлик ферментлари – фицин, амилаза, протеаза ҳам бор. Бу ўсимликнинг ҳамма қисмларида фурукумаринлар – псорален ва бергантен, гликозидлар мавжуд. Уруғи 29,4%гача мой сақлайди. Анжир тиндирмаси янчилган анжир қоқисининг 5 грамм миқдори олиниб, устига 70%ли этил спирти 50мл миқдорда қўйилади ва 10 кун давомида қоронғи жойда сақланади - таркибига биофаол моддалар ажралиши кузатилади. Сузиб олиниб, овқатдан олдин 25 томчидан кунига 3 маҳал ичишга буюрилади. Бу усул билан тинимсиз қуруқ йўталга шикоят қилувчи 15 та бемор даволанганда, 88% ижобий натижа кўрсатди.

Хулоса: Олинган натижалар шуни кўрсатдики, тиндирма шаклида қўлланилган анжирдан тайёрланган дори воситаси табиийлиги, тайёрлаш учун қулайлиги ва усулининг соддалиги, шулар билан бир қаторда юқори самарали эканлиги билан диққатга сазовордир. Шунинг учун биз ушбу тиндирмани юрак-қон томир етишмовчилиги касалликларида, моддалар алмашинуви

касаликларида ва камқувватлик ҳолатларида даво усули сифатида қўллашни тавсия этамиз.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА **Ниязов Г.Э., Ражабов А.Х., Вахабов А.А., Облокулова З.И.**

Бухарская областная детская инфекционная больница, г. Бухара.

Лечение лямблиоза представляет не менее трудную задачу, чем его диагностика. При этом целью терапии является не только эрадикация паразита, но и уменьшение клинических проявлений—абдоминального синдрома, интоксикации, аллергических и вегетативных нарушений. За последние годы создана целая серия препаратов нитроимидазола, производные нитрофурана, производные бензимидазола характеризующихся высокой эффективностью, липофильностью, хорошей всасываемостью и небольшой токсичностью. Несмотря на широкий спектр этиотропных препаратов, по-прежнему на повестка дня сохраняется совершенствования терапии лямблиоза.

Цел. Изучить эффективность применения препарата албезол (албендазол) и диворм у больных, страдающих лямблиозом.

Под наблюдением находились 50 пациентов с лямблиозом в возрасте от 20 до 48 лет. Диагностика лямблиоза проводилась с помощью метода микроскопии: непосредственно перед микроскопией готовили тонкий мазок с окраской 1% раствора Люголя. Серологическое исследование включало определение АТ к лямблиям в крови с использованием набора реагентов «Лямблия—антитела-ИФА-Бест», предназначенный для выявления иммуноглобулинов классов G, M к антигенам лямблий в сыворотке крови человека.

Все обследуемые больные разделены на основную и контрольную группы. Основная группа (50 больных) получили албезол с диворм, больные контрольной группы (50 больных) получили албезол. Противоглистный или антигельминтный фитопрепарат диворм предназначен для лечения и предупреждения появления различных паразитов в организме человека. Оказывает положительный эффект на деятельность печени и желудочно-кишечного тракта. Эффективное средство в лечении больных с лямблиозом, аскаридозом и энтеробиозом. Препарат также обладает общеукрепляющим, улучшающим функциональное состояние желудочно-кишечного тракта действием.

Албезол назначали по схеме: 1 таблетка 400 мг дважды в сутки на протяжении 5 дней. Больные основной группы в место с албезолом получали Диворм по 3 таблетки 3 раза в день 30 минут до еды. В место с специфической терапии мы назначили соответствующего диетического режима, по показаниям—энтеросорбентов (дюфалак), ферментов (креон), желчегонных, антигистаминных средств, противогрибковые и антиоксиданты. Положительный эффект основной группы был достигнут у 92% пациентов, а контрольной группы у 76% пациентов. Отмечалась хорошая переносимость препаратов, побочные явления отмечены у 7,9% больных контрольной группы.

Таким образом, диворм с албезолом является эффективным и хорошо переносимым средством для лечения больных с лямблиозом.

КЛИНИКА СТАФИЛОКОККОВОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

Норбаев Н.М., Каримова Г.Р., Кадирова Д.К.

НИИЭМИЗ МЗ РУз, 1- инфекционная больница города Ташкента

В период с 2005-2006 гг. наблюдалось 16 больных детей со стафилококковым менингоэнцефалитом в возрасте до 1 года. Из них в возрасте 1 - 3 мес.-5; 4 - 6 мес. – 6; 7 - 9 мес. – 2 и в возрасте 10 - 12 мес. – 3 больных. У всех детей болезнь начиналась остро: с повышением температура до 38-39⁰ С, наблюдались катаральные явления, срыгивания и/или рвота, явления энтероколита. Чаще всего детей госпитализировали на 3-4 день болезни, установление диагноза занимало 6 - 8 дней. Предварительно диагностировали: 6 больных гриппом, 5 –пневмонией и 2 с энтероколитом и только у 4 больных детей был заподозрен менингит. Резкое ухудшение состояния больных детей отмечено на 7ые - 10ые сутки заболевания, а у 3 х детей – на 16 – 19 сутки болезни. На фоне высокой температуры появилась рвота (у 12 больных), менингеальная поза у 4 детей, выбухание и напряжение большого родничка у 10 детей, менингеальные симптомы Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского у 12, общие клонико – тонические судороги у 8, патологические рефлексы у 8 детей, нарушение сознания у 5, страбизм у 3, мидриаз у 4 детей, анизокория у 3, нистагм у 8 детей. У 7 больных развился гемипарез по центральному типу, у 3 отмечен гипертонус мышц, у 4 детей парез лицевого нерва по центральному типу, а у 2 детей – по периферическому. При бактериологическом исследовании у 11 больных детей выделен *Staphylococcus aureus* из спинномозговой жидкости, у 4 – из крови, у 2 – из мочи и кала. Лечение проводилось комплексно с включением патогенетических и этиотропных средств. При тяжелом течении болезни назначали комбинацию из двух, в некоторых случаях трех антибиотиков в максимальных дозировках (цефалоспорины в сочетании с макролидами или аминогликозидами, левомецетин сукцинат натрия в сочетании с фторхинолонами). При отсутствии бактериологической санации спинномозговой жидкости в течение 24 –72 ч, и в случаях поздно начатого лечения, а также в случае присоединения вентрикулита антибиотик вводили эндолюмбально в течение 4-6 дней. А также применяли противосудорожную, дегидратационную терапию, гепарин, протеолитические ферменты, а также гипосенсибилизирующую, дезинтоксикационную терапию и витамины.

Таким образом, стафилококковой менингоэнцефалит характеризовался затяжным, часто рецидивирующим течением с длительно удерживающимися менингеальными симптомами, высокой лихорадкой на протяжении 3-4 недель и дольше, медленной санацией ликвора.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

Норбаев Н.М., Кадилова Д.К., Каримова Г.Р.

НИИЭМИЗ МЗ РУз, 1-городская инфекционная больница

Под наблюдением находились 25 больных пневмококковым менингитом в возрасте от 5 мес до 14 лет. В возрасте до 1 года наблюдалось 8 детей, от 1 года до 3 лет – 9, от 3 до 7 лет -3, в возрасте старше 7 лет наблюдалось 5 больных детей. Тяжелое течение встречались у 18 (72,0%) больных, среди которых были 7 ребенка в возрасте до 1 года и 4 – от 1 до 3 лет. Среднетяжелая форма отмечена у 7 больных, из них 6 детей были в возрасте до 7 лет. У большинстве детей заболевание начиналось остро с повышения температуры до высоких цифр, с сильной общей интоксикацией с сопровождением рвотного рефлекса. У детей более старших возрастов мы отмечали резко выраженную головную боль, головокружение, у них определялись четкие патогномичные менингеальные симптомы. А у детей более раннего возраста на первое место выступили признаки угнетения ЦНС, что выражалось вялостью, сонливостью, у некоторых отсутствием сознания. У 9 больных детей мы наблюдали судороги, а у 7 – очаговый неврологический симптомакомплекс. У большинства больных детей (48,0%) болезнь сопровождалась сыпью. У всех больных в СМЖ выявлены увеличение содержания белка, положительные осадочные реакции, снижение содержания глюкозы, нейтрофильный цитоз. Бактериологически выделен в чистой культуре *Streptococcus pneumoniae*. В основе лечения больных пневмококковым менингитом лежала антибактериальная терапия, которая проводилась с учетом чувствительности выделенных пневмококков к антибиотикам. Антибиотикограмма выделенных пневмококков была следующая. Самая высокая чувствительность указанных бактерий была обнаружена к фторхинолонам – офлоксацину, цiproфлоксацину и пефлоксацину, а из макролидов – эритромицину и рокситрамицину, из цефалоспоринового ряда – цефатаксиму и цефтриаксону. После назначения цефтриаксона при среднетяжелой форме пневмококкового менингита санация спинномозговой жидкости происходила через $12,4 \pm 0,7$ дней от начала лечения. Хорошие результаты получены при использовании цiproфлоксацина у больных детей старше 7 лет, особенно в сочетании с цефотаксимом и рокситрамицином. Полная санация спинномозговой жидкости у больных с тяжелыми формами пневмококкового менингита, лечившихся этими антибиотиками, наступила на $10,6 \pm 0,2$ день. Антибиотики вводили внутримышечно и внутривенно, а также *per os*.

Таким образом, наиболее эффективным антибактериальным средством в лечении больных пневмококковым менингитом являются цефтриаксон, цефатаксим и их комбинации с цiproфлоксацином, с офлоксацином и с рокситрамицином.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ РАЗНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СБОРОВ ИЗ РАСТЕНИЙ НА ВСХОЖЕСТЬ МИКРООРГАНИЗМОВ

Нуралиева Х.О., Болтаева К.Ш., Шакирова Д.Н., Дусмуратова Ф.М.,
Максудова С.А.

Ташкентский фармацевтический институт

Целью исследования было изучение и оценка бактериостатического и/или бактерицидного действия разных лекарственных сборов из растений.

Материалы и методы. Для микробиологических исследований использованы экспериментальные образцы сухого экстракта полегонума-горец птичий (сбор №1), экстракта шалфея (сбор №2), урологического сбора растений (сбор №3). Идентификацию культур проводили по Bergy's [1997]. Для культивирования музейных штаммов микроорганизмов использовали питательные среды фирмы «HiMedia» (Индия). Использовали следующие музейные штаммы: *E.coli*, *S.aureus*, *S.saprophyticus*, *S.epidermidis*, *E.faecalis*, *C.albicans*.

Были приготовлены две разновидности питательных сред для культивирования штаммов: 1 группа - питательные среды, без добавления сборов №1-3; 2 группа - среды, с добавлением сборов №1-3.

Микробиологические исследования проведены в лаборатории гигиены воды, почвы и санитарной микробиологии НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз.

Результаты исследований. При оценке результатов применена шкала оценки всхожести микроорганизмов: на поверхности питательной среды от 1 до 100 колониеобразующей единицы (КОЕ) - «скудный рост»; 101 до 500 КОЕ - «заметный рост»; количество колоний не подлежали подсчету (сплошной рост) - «обильный рост». В 1 группе питательных сред отмечается обильный рост всех штаммов, согласно таксономической классификации вида и рода микроорганизма. Во 2 группе питательных сред снижался количественный рост штаммов в зависимости от использованного сбора.

При добавлении в питательную среду экстракта сбора №1 отмечается снижение количества КОЕ *S.epidermidis* (50 КОЕ-скудный рост), *E.faecalis* (10 КОЕ-скудный рост), *C.albicans* (10 КОЕ-скудный рост), *E.coli* (600 КОЕ-заметный рост), *S.aureus* (500 КОЕ-заметный рост), *S.saprophyticus* (250 КОЕ-заметный рост). Показатели сбора №2 отличались от параметров сбора №1. Скудный рост отмечается не только у *S.epidermidis* (60 КОЕ), *E.faecalis* (10 КОЕ) и *C.albicans* (20 КОЕ), но и у *E.coli* (100 КОЕ), а у остальных штаммов наблюдали заметный рост: у *S.aureus* 550 КОЕ, а у *S.saprophyticus* 350 КОЕ. Сбор №3 подавлял рост *E.coli* (5 КОЕ-скудный рост), *S.epidermidis* (30 КОЕ-скудный рост), *E.faecalis* (40 КОЕ-скудный рост) и *C.albicans* (2 КОЕ-скудный рост). Высокая высеваемость отмечается у *S.aureus* (600 КОЕ -заметный рост) и *S.saprophyticus* (150 КОЕ -заметный рост).

Таким образом, экстракты изученных сборов №1-3 по-разному снижают рост микроорганизмов через 24-48 часов. Влияние экстрактов сборов №1-3 оказали заметное бактериостатическое действие на штаммы микроорганизмов. Во всех исследованиях бактерицидное влияние не отмечено.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ШТАММОВ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СЕПСИСОМ

Нурматова Н.Ф., Нурматов Б.А., Султанов А.Т., Назарова И.Д.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр Педиатрии МЗ РУз, г. Ташкент**

Ташкентский институт усовершенствования врачей МЗ РУз, Ташкент

Цель - изучить чувствительность клинических штаммов возбудителей у детей раннего возраста с сепсисом к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы исследования. Исследован 1780 посевов у детей раннего возраста с сепсисом, находившихся в отделении раннего возраста РСНПМЦ Педиатрии в период 2014-2016 годы. Выделено 887 полирезистентных штаммов возбудителей – *St.aureus* (38,0%), стрептококки (18,0%), *E.coli* (12,1%), протеи (8,0%), клебсиелл (11,7%), грибы рода *Candida* (12,1%), изучены их биологические свойства, ферментативная активность, определен спектр антибиотикочувствительности. Посев, культивирование, выделение чистой культуры микробов проводили по общепринятым методам. Антибиотикочувствительность определяли диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона с использованием набора стандартных дисков с противомикробными препаратами, согласно общепринятым методикам в соответствии со стандартами. При определении чувствительности использовали стандартизированные качественные диски фирмы «HiMedia» (Индия).

Результаты и их обсуждения. Результаты исследования показали, что для большинства препаратов повысилась устойчивость всех видов микроорганизмов, так, резистентность стафилококков к макролидам и хлорамфениколу выросла в среднем в 1,25–1,5 раза, к пенициллинам — в 1,5 раза. Аналогичные результаты получены и к *E.coli*, протеев, клебсиелл, так чувствительность их к аминогликозидам и цефалоспорином снизилась в 1,5–3,0 раза. Чувствительность облигатных анаэробов к большинству групп антибиотиков снизилась в 1,3–1,5 раза. Высокую антибактериальную активность за весь период сохранялись к амикацину ($82,1 \pm 4,8\%$), гентамицину ($78,2 \pm 5,6\%$) и линкомицин ($71,2 \pm 5,4\%$). Мониторинг антибиотикочувствительности штаммов возбудителей при сепсисе у детей раннего возраста свидетельствует о снижении чувствительности ко всем цефалоспорином.

Заключение. За период с 2014 по 2016 гг. у детей раннего возраста, больных сепсисом тенденция к снижению чувствительности клинических штаммов возбудителей большинством антибактериальным препаратам свидетельствует о нарушении медиаторного дисбаланса системы иммунитета, а также неоднократного лечения с различными препаратами, что следует учитывать при эмпирической антибактериальной терапии.

КАТТАЛАРДА ТОМОҚ ТАНГЛАЙ СОХАСИ МИКРОБИОЦЕНОЗИНИНГ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ КАСАЛЛИГИДАГИ ХОЛАТИ

Нурузова З.А., Рахимжонова Г.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси Микробиология, вирусология ва
иммунология кафедраси

Мавзунинг долзарблиги: сўнги йилларда сийдик йўллари ялиғланиши касалликларининг келиб чиқишида бактериялар бошқа организмнинг биотопларидан дислокация бўлиш эҳтимоли ва унинг сийдик йўллари ялиғланиш касалликларидаги аҳамияти ҳақида адабиётларда фикрлар билдирилмоқда, аммо бу соҳада адабиётларда маълумотлар жуда кам ва болаларда кечувчи гломерулонефрит касаллигида деярли ўрганилмаган.

Мақсад: гломерулонефритнинг келиб чиқишида ва унинг кечишида томоқ-танглай безлари соҳаси микроблар пейзажини ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. Мазкур илмий ишга Тошкент Тиббиёт Академияси биринчи клиникаси нефрология бўлимида гломерулонефрит билан даволанаётган 15 нафар бемор ва назорат гуруҳи учун 11 та соғлом бемор киритилди. Бактериологик текширувлар ТТА нинг микробиология кафедраси қошидаги бактериология лабораториясида олиб борилди. Ажратиб олинган бактериялар тургача идентификация қилинди [Bergey. 2005].

Олинган натижалар ва уларни тахлили: Гломерулонефрит билан оғриган беморларнинг томоқ ва танглай соҳаларида шу соҳа биоценозига характерли бўлмаган шартли патоген аэроб (*Ps. aeruginosae*) ва факультатив анаэроб ичак бактериялари (*E.coli*, *Proteus sp.*, *Klebsiella sp.*) ва *Candida* авлодига мансуб замбуруғларнинг учраш даражаси ва микдорий кўрсаткичларининг кўпайиб кетганлиги аниқланди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОФОСБУВИРА И ЛЕДИПАСВИРАВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Облокулов А.Р., Нарзиев И.И., Абдуллаев Т.У.

**Бухарский Государственный медицинский институт, Бухарская областная
детская инфекционная больница, г. Бухара.**

Современная терапия ХГС вращается вокруг развития побочных эффектов от терапии интерфероном с осуществлением интенсивного мониторинга пациентов. С появлением альтернативы интерферону ожидается новый скачок в лечении данной патологии. Софосбувир в комбинации с ледипасвиром таргетно воздействуют на специфические белки, участвующие в процессе репликации вируса и, таким образом, подавляет развитие заболевания.

Цель работы. Оценить результаты двухкомпонентной противовирусной терапии первого генотипа хронического гепатита С при включении в схему ингибиторов РНК-зависимой полимеразы неструктурного белка NS5B и ингибитора белка NS5A, которые необходимы для репликации вируса С препарата Вирпас.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 26 больных хронического гепатита С. Диагноз верифицирован с определением anti HCV (ИФА) и РНК-HCV (ПЦР). Критериями включения изучаемой группы больных основывались на возраст (более восемнадцати лет), генотип вируса (ВГС 1 типа) и концентрация РНК в плазме (≥ 1.10 МЕ. HCV/ml).

Результаты исследования. У всех больных наблюдались симптомы диспептического характера-отсутствие аппетита, абдоминальный дискомфорт, болезненность и тяжесть в правом подреберье, явления астеноневротического характера, общая слабость, раздражительность, депрессия, желтушности кожных покровов, у 25% больных зуд кожных покровах. В изучаемые группы вошли больные, у которых активности индикаторов цитолитического синдрома (АЛАТ, АСАТ) как минимум превышали 2-2,5 раза.

Больные вирусным гепатитом С (с вирусом 1-го генотипа) принимали один раз в сутки оральным способом ингибиторов РНК-зависимой полимеразы неструктурного белка NS5B и ингибитора белка NS5A препарата Вирпас течение 12-х недель.

После лечения стойкий клинико-биохимический эффект наблюдался у 75% больных, стойкий вирусологический ответ у 93% больных с хроническим вирусным гепатитом С.

Выводы. Таким образом, комбинированный препарат Вирпас оказывают положительное влияние на инфекционный процесс и ускоряют процесс выздоровления.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ЎСМИРЛАР ОРАСИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Орзикулов А.О., Ташпулатов Ш.А., Рустамова Ш.А.,

Кандимов О. Дж., Зикиров Э.Ш.

Самарқанд Давлат Тиббиёт институти

Юқумли касалликлар, эпидемиология ва тери таносил касалликлари кафедраси

Мавзу долзарблиги: Бруцеллез билан касалланиш ва у билан курашиш ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг асосий муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Республикамизнинг айрим маъмурий территорияларида бруцеллез касаллиги тез-тез учраб туради (Ахмедов Д.Р. 2007 й.)

Тадқиқот мақсади: Самарқанд вилояти микёсида ўсмирлар орасида бруцеллез касаллигининг чуқурлаштирилган эпидемиологик аспектларини аниқлашдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Самарқанд вилояти худудида ўсмирлар орасида бруцеллез касаллиги эпидемиологик ҳолатини ўрганиш учун кузатув остига Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасида 2016 йил давомида даволанилган 82 бемор олинди. Бу шифохонага тушган жами беморларнинг 17,8 % ини ташкил этади.

Тадқиқот муҳокамаси: Кузатувдаги беморларнинг манзилгоҳлари таҳлил қилинганда, қуйидагилар аниқланилди: Самарқанд туманидан – 0,2%, Каттақўрғон туманидан – 1,8%, Булунғур туманидан – 1,03%, Қўшработ тумани – 17,8 %, Нуробод тумани – 65,4 %, Пастдаргом тумани – 3,1%, Пахтачи тумани – 6,2%, Ургут тумани – 4,5%. Кузатувдаги беморларнинг жинси таҳлил этилганда 78,3 % ини йигитлар, 21,7 % ини қизлар ташкил этади. Табиийки, ўсмир ёшдаги йигитлар уйда катталарга чорва билан шуғулланишда асосий ёрдамчи ҳисобланади. Касалликнинг юқиш йўллари тўлиқ ўрганилганда шу нарса маълум бўлдики, ўсмирлар 57,3% ҳолларда уйда ёки далада касалланган қўй-эчкилар билан мулоқотда бўлишган. Бу ҳолатда қўй-эчкилар бола ташлаганда улар катталарга кўмаклашишган. 18,3% ҳолатда ўсмирлар чўпонларнинг фарзанди бўлиб, мавсум чоғида қўй ва эчкиларнинг жунини қирқишда қатнашишган. 7,7 % ҳолда қассобларнинг фарзанди бўлиб, улар отаси билан гўшт нимталаш жараёнида қатнашишган. 2,8 % ҳолда ўсмирларнинг отаси маҳсидўзлик билан шуғулланганлиги боис, табиийки болалар ҳам отасига ёрдамлашган. 7,2 % ҳолатда ўсмирларнинг хом қаймоқ истеъмол қилишганлиги маълум бўлди. 6,7 % ҳолда касаллик сабабини аниқлашнинг имкони бўлмади.

Хулоса: Бруцеллез касаллиги ўсмирлар орасида асосан йигитларда учраган. Ўсмирлар орасида бруцеллез касаллиги эпидемиологиясида ҳайвонлар билан мулоқот асосий ўринни эгаллайди. Биз тадқиқот мобайнида тўплаган маълумотлар адабиётлардаги маълумотлар билан мос тушади.

РОТАВИРУСЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ЛАБОРАТОР ЎЗГАРИШЛАР ТАҲЛИЛИ

Отажанов Ш.З., Мўминова М.Т., Шукуров Б.В.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир ичак инфекциялари муаммоси ҳозирги кунда ҳам педиатрия соҳасида муҳим ўрин тутиб келмоқда. Ўткир ротавирусли диарейдан эса, ҳар йили 2 млн.га яқин одамда ўлим қайд қилинади (М.И.Горбунова, Н.В.Тикунова, 2011й). Ротавирус инфекцияси 5 ёшгача бўлган болалар орасида оғир диарейга сабаб бўлувчи асосий омил саналади ва натижада ривожланмаган давлатларда касалланиш ва ўлим сонини кўпайишига сабаб бўлади (Е.Т.Исакбаева, Э.Мусабаев, Л.Антил, 2012).

Тадқиқот мақсади: Болаларда ротавирусли гастроэнтерит кечишида лаборатор ўзгаришларни таҳлил қилиш.

Материаллар ва усуллар: Текширув 2015 йилнинг куз ва 2016 йилнинг қиш ойларида Тошкент шаҳридаги 4-сонли шаҳарболалар юқумли касалликлар клиник шифохонасида ўтказилди. Жами 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган (ротавирусга қарши эмланмаган) 60 нафар бемор болалар олинди. Ташҳис ротавирус антигенига шаҳар санитария-эпидемиология марказининг вирусология лабораториясида иммунофермент таҳлил (ИФТ) усули ёрдамида тасдиқланди. Бемор болаларда комплекс тарзда лаборатор (умумий қон, нажас таҳлили) текширув ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Кузатувимиздаги бемор болаларда лаборатор ўзгаришлар таҳлил қилинганда, умумий қон таҳлилида 21,7% бемор болаларда (13 нафар) анемиянинг I даражаси, 15% бемор болаларда (9 нафар) анемиянинг II даражаси аниқланган бўлса, 41 нафар (68,3%) бемор болаларда ЭҚТ 15 мм/соатдан кўпроқ ошиши кузатилди. Лейкоцитларнинг миқдори $10-15 \times 10^9$ чегарасида ортганлиги 51,7% (31 нафар) бемор болаларда, лимфоцитлар миқдорининг 50-70% чегарасида ортганлиги 43% (26 нафар) беморларда ва моноцитларнинг 10-12% чегарасида ошиши 32% (19 нафар) беморларда аниқланди. Умумий нажас таҳлилини ўрганилганда 65% (39 нафар) беморларда микроскопиядасовун миқдорининг, 63,3% (38 нафар) беморларда ёғ кислоталари миқдорининг ортганлиги аниқланган бўлса, 30% (18 нафар) беморда ҳазм бўлмаган клетчатка, 28,3% (17 нафар) беморда крахмал қайд қилинган. Лейкоцитлар ва йодофил флоранинг миқдори камроқ учради (6,7%:10% мос равишда).

Хулоса: Беморларда лаборатор белгилар таҳлил қилинганда, умумий қон таҳлилида 36,7% беморларда анемия I-II даражалари кузатилган бўлса, 68,3% беморларда лейкоцитоз, 43% беморларда лимфоцитоз, 51,7% беморларда моноцитоз аниқланди. Умумий нажас таҳлилида 65% беморда совун, 63,3% беморда ёғ кислоталари миқдорининг ортиши, 30% беморда ҳазм бўлмаган клетчатка, 17 28,3% беморда крахмал аниқланди. Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики болаларда РВГЭ нинг кечишида яллиғланиш белгиларига нисбатан ҳазм қилиш бузилиши белгилари асосий ўринни эгаллади.

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Отажонов И.О., Шайхова Г.И., Рахимов Б.Б.

Ташкентская медицинская академия

Лечебное питание на различных стадиях хронической болезни почек (ХБП) имеет стратегическое значение. Значимость такого подхода определяется тем, что нутриционный статус представляется собой важную детерминанту заболеваемости и смертности больных с почечной патологией, особенно в терминальной стадии. Среди многих факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на исходы болезни, одним является белково-энергетическая ценность (Кучер А.Г., 2007).

Цель исследования-выявление белково-энергетической недостаточности с помощью изучения фактического питания у больных с хронической болезнью почек (ХБП);

Материалы и методы исследований. Исследования проводились на кафедре гигиены детей, подростков и гигиены питания ТМА, а также в городской нефрологической больнице г.Ташкента. Исследование фактического питания проведено у 105 больных, страдающих ХБП в возрасте от 18 до 68 летнего возраста. Оценку характера питания населения проводили методом анализа частоты потребления пищевых продуктов. Была использована карта-анкета для изучения фактического питания (вопросник), разработанная сотрудниками кафедры гигиены питания ТМА. Сбор материала проводили в экспедиционных условиях 2 раза в год (зимне-весенний и летне-осенний) с регистрацией в индивидуальных листах, фактически съедаемой больными продуктов в течение 6 дней. Содержание основных пищевых веществ и энергии рассчитывали по таблицам химического состава пищевых продуктов (Скурихин И.М., и др.1986; 2002). Полученные результаты сравнивали со среднесуточными рациональными нормами потребления пищевых продуктов для населения РУз (СанПиН – 0105-01; СанПиН – 0250-08).

Результаты исследований. Рацион питания больных с ХБП в зимне-весеннем и летне-осеннем периодах характеризуется количественной и качественной неполноценностью. Фактическое питание мужчин и женщин, страдающих ХБП, в возрасте от 18 до 68 лет неадекватно энергетическим затратам в сторону их понижения. По данным анкетного опроса, рационы характеризуются преобладанием мукомольно-крупяных и бобовых, на фоне невыполнения норм питания по свежим овощам и фруктам. Питание характеризуется разбалансированностью по основным пищевым веществам: недостаточным содержанием белка, жира, том числе животного и растительного происхождения, углеводов, клетчатки, минеральных веществ и витаминов, у 4% больных с ХБП выявлена белковая энергетическая недостаточность. У больных в развитии ХБП, достоверно определенная роль отводится нерациональному питанию. Все это указывает на то, что только беседа врача и пациента на врачебном приеме недостаточно.

Таким образом, в заключение надо отметить, что необходимы разработка и проведение образовательной программы для обучения основам рационального питания и диетотерапии при ХБП.

МИКОПЛАЗМА ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ПНЕВМОНИЯДА СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ.

Очилова С.С., Ёдгорова Н.Т., Алиев Ш.Р., Рахимжонов Г.А.

ТТА Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси

Мавзунинг долзарблиги. Ҳозирги кунда болаларда респиратор касалликларни келтириб чиқарувчи *M. pneumoniae* лаборатория диагностикаси муаммолигича қолмоқда. Чунки, бактериологик усулда идентификация қилиш учун махсус муҳитлар, инкубация учун узоқ вақт(7-14 кун) талаб қилинади. Серологик усулларнинг самарадорлиги эса тўлиқ ўрганилмаган.

Ишнинг мақсади: Юқори нафас йўллари касалликларида микоплазма ташхисигади серологик усуллар самарадорлигини аниқлаш.

Материал ва текшириш усуллари: Илмий изланиш 2015-16 йиллар давомида ТТА 1-клиникаси болалар пульмонология бўлимида даволанаётган 67 нафар болада иммунофлюорисенция ва иммунофермент анализ усулида микоплазма антигени аниқланди.

Олинган натижалар ва уларни тахлили. Клиник ва инструментал усулларда ўткир ва сурункали пневмония диагнози қўйилган 67 нафар бемордан 26тасида микоплазма антигени аниқланди (38,2%). Улардан ўткир пневмонияли 36 нафар боланинг ҳалқумининг орқа деворидан олинган суртмада иммунофлюорисенция усулида *M.pneumoniae* нинг антигени 14 нафар болада аниқланди(38,9%), *M.hominis* антигени битта болада топилди(2,8%). Умумий кўрсаткич 41,7%. Сурункали пневмония ташхиси қўйилган 31нафар болада иммунофлюорисенция усулида 9 та ҳолатда (28%) *M. pneumoniae* нинг антигени топилган бўлса, 2 нафар болада (6,3%) *M.hominis* антигени аниқланди. Умумий кўрсаткич 34,4%. Иммунофлюорисенция усулида *M.pneumoniae* мусбат бўлган 14 та иммунофермент анализ усулида текширилганда 13 нафариди *M.pneumoniae* аниқланди. *M.hominis* иммунофлюорисенция усулида мусбат бўлган 1 нафар болада иммунофермент анализ усулида манфий натижа аниқланди. Сурункали пневмонияда *M.pneumoniae* иммунофлюорисенция усулида мусбат бўлган 9 нафар боланинг барчасида иммунофермент анализ усулида ҳам мусбат натижа кузатилди. *M.hominis* мусбат 2 нафар боланинг бирида иммунофермент анализ усулида натижа мусбатлиги аниқланди.

Хулоса. *M.pneumoniae* ташхисигади иммунофлюорисенция ва иммунофермент анализ усулининг самарадорлигини бири бирига солиштирганимизда, улар ўртасидаги мослик иммунофермент анализ натижаларига кўра 92,8-100%(мос равишда) тўғри келди. Демак, юқоридаги икки усулдан ҳам юқори нафас йўллари касалликларида микоплазма антигенини топиш учун қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

МИКОПЛАЗМА ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР ПНЕВМОНИЯДА БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАР ТАҲЛИЛИ

Очилова С.С., Ёдгорова Н. Т., Рахимжонова Г.А., Очилова Ф.С.,
Очилова З.С.,

Тошкент Тиббиёт Академияси Микробиология, вирусология ва иммунология
кафедраси

Мавзунинг долзарблиги. Охирги йилларда хорижий адабиётларда катталар ва болалар ўртасида пневмониянинг ривожланишида микоплазманинг аҳамияти ишонарли кўпайгани таъкидламоқда. ЖССТ нинг маълумотиغا кўра, ҳар йили 8-15млн. инсон шу касаллик билан касалланади.

Ишнинг мақсад: микоплазмали юқори нафас йўллари касалликларида бактериологик кўрсаткичларни ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. Илмий изланиш 2015-2016 йилларда ТТА 1–клиникасининг болалар пульмонология бўлими поликлиникасига, стационарига ва микробиология кафедрасининг бактериологик лабораториясига мурожаат қилган 1-5 ёшли юқори нафас йўлларида касалликлари билан оғриган 41 нафар болаларда олиб борилди, қиёсий таҳлил учун 13 шу ёшдаги соғлом болалар олинди. Микоплазма антигенини аниқлашда бевосита иммунофлуорисенция (БИФР) ва иммунофермент анализ (ИФА) усулларидан фойдаландик.

Олинган натижалар ва уларни таҳлили. Серологик усулда микоплазма аниқланган 11 нафар ва аниқланмаган 17 нафар ўткир пневмония билан оғриган болаларнинг нафас йўллари микрофлораси ўрганилди. Назорат гуруҳига 13 та соғлом бола киритилди. Текширув ўтказилган 41 боладан 149 та микроб штамлари, ундан 43 микроб штамми назорат гуруҳида ажратиб олинди. Булардан коринобактериялар 11,6%, *Streptococcus spp.* 18,6%, *Streptococcus spp.* 44,2%, *Moraxella cataralis* ва анаэроб кокклар 4.6% дан, *Neisseria spp.* 9.3 %, *Haemophilus spp.* авлоди вакиллари 7,0% ҳолларда учради, *Enterobacteriaceae spp.* оиласи вакиллари назорат гуруҳида рўйхатга олинмади. *Streptococcus spp.* авлоди вакиллари сапрофит нормал стрептококкларнинг назорат гуруҳига нисбатан 1,7 мартаба камайиши ҳисобига патоген ва шартли-патоген стрептококкларнинг учраши ва миқдорий кўрсаткичлари юқори бўлди. Микоплазмоз пневмония фонида *Streptococcus pneumoniae* 2 нафар беморда ва 1 та беморда *Streptococcus veridans* яллиғланишни келтириб чиқариш ($>10^4$) даражасида учради. 3 та болаларда *Streptococcus pyogens* (7.1%) топилди, лекин назорат гуруҳидан ишонарли фарқ қилмади. Агар микоплазма этиологияли ўткир пневмония билан оғриган болаларда *Streptococcus spp.* вакиллари 27,3% ҳолларда ўткир пневмония касаллик этиологиясида қатнашган бўлса, микоплазма этиологиясиз ўткир пневмония билан оғриган болаларда бу кўрсаткич 52,6%, биринчи гуруҳ билан солиштирсак 1,9 мартаба кўпроқ, яъни бу гуруҳ бемор болаларда *Streptococcus spp* авлоди вакиллари микоплазмалар топилмаган болаларда ўткир пневмония касаллигини келтириб чиқаришган. Микоплазма аниқланган ўткир пневмония билан оғриган болаларни нафас йўлларида микст инфекция 63,6% ҳолларда учради, бу кўрсаткич солиштириш гуруҳи кўрсаткичига нисбатан 2,8 мартаба кўп. Пневмония этиологиясида

доимо учровчи стафилококклар, гемофил таёқчалар, гемолитик стрептококклар касаллик келтириб чиқариш кўрсаткичида (КХҚБ/ мл $<10^4$) умуман учрамади, нормал стафилококклар ва стрептококклар, нейссерия авлодига мансуб бактерияларни учраш кўрсаткичлари ва миқдорида камайишлар кузатилди, микоплазма билан биргаликда шартли-патоген *Moraxella catarrhalis*, *K. pneumoniae* учради.

Хулоса. Микоплазма этиологияли ўткир пневмония билан оғриган болаларда шартли-патоген бактерияларнинг касаллик этиологиясига қўшилиши, организм иммун системаси резистентлигининг кескин сустлашуви оқибатида, нормал микрофлора вакиллариининг учраш даражасини ва миқдорий кўрсаткичларини камайишига сабаб бўлди. Микоплазма этиологиясиз ўткир пневмония билан оғриган болаларда нафас йўллари микрофлораси ўзининг хилма-хиллиги ва миқдорий жиҳатдан ишонарли кўп учраши билан ажралиб турди ва касаллик этиологиясида асосан *St.pneumoniae*, *St.pyogens*, *S.aureus* ва *H.Influenzae* аҳамиятли бўлди.

УРОВЕНЬ НЕЙРОСПЕЦИФИЧЕСКИХ БЕЛКОВ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Пазылова С.А., Пулатова Р.З., Жалилова Ш. А., Турсунов Ш.Б., Насырова Ш.С., Тахтабекова М.Ф., Арипов А.Н., Худаярова З.С.

РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз

Сепсис у детей раннего возраста сопровождается поражением хотя бы одного органа или же нескольких органов и систем, и в том числе поражается нервная система. Изначально, одним из наиболее частых и обобщающих диагнозов в педиатрии, вообще за которым может скрываться разнообразная по степени тяжести и клиническим проявлениям патология головного и спинного мозга, является гипоксия-ишемия, являющаяся ведущей в структуре перинатальных повреждений головного мозга. Исследования показали, что сепсис у детей раннего возраста в подавляющем большинстве случаев протекает на фоне перинатальной патологии в различной степени выраженности. Зачастую сепсис на фоне перинатального поражения нервной системы способствует неблагоприятному течению заболевания. Многими исследователями неоднократно подчеркивалось, что чем раньше выявлена и начата коррекция перинатальных поражений нервной системы у детей, тем меньше последствий наблюдается при развитии ребенка.

В связи с этим **целью** данного исследования явилось изучение уровней нейроспецифической енолазы (NSE) и S100 белка в сыворотке у детей раннего возраста больных сепсисом с инфекционно-токсическим поражением нервной системы.

Материал и методы: исследовано NSE и S100 белка в сыворотке у 80 детей раннего возраста, от 2 месяцев до 1,5 года, больных сепсисом и 20 здоровых детей аналогичного возраста.

Результаты исследований: при определении уровней NSE и S100 белка в сыворотке была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь с уровнем поражения нервной системы ($p < 0,01$). Уровень, которых колебался соответственно NSE от 43,9 до 1,03 мкг/л, а S100 белка от 501,4 до 65,4 нг/л. Чаще высокие показатели NSE и S100 белка, встречались у детей с судорожным синдромом. Следует отметить, что при сопоставлении показателей в различных возрастных группах у детей раннего возраста достоверно различий не было выявлено. Фактор роста нервов (NGF) у детей в возрасте от 1 месяца до 6 месяцев составил $47,3 \pm 4,5$ нг/мл. Этот показатель был достоверно выше других возрастных категорий.

Выводы: показатели фактора роста нерва имели прямую корреляцию со степенью тяжести неврологической патологии. У детей с высокими показателями NSE и S100 белка неврологический дефицит хуже поддавался лечебным мероприятиям, что имеет большое значение для раннего выявления неврологических нарушений, выбора тактики и своевременного начала лечения. Также было отмечено, что показатели имели более высокие значения в остром периоде по сравнению с периодом ремиссии у тех же детей.

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА НАПРЯЖЕНИЯ-1, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Пазылова С.А., Пулатова Р.З., Жалилова Ш. А.,
Турсунов Ш.Б., Насырова Ш.С., Тахтабекова М.Ф.**

РСНПМЦ Педиатрии МЗ РУз

Нами был разработан иммунологический метод диагностики сепсиса у детей раннего возраста – определение специфических лимфотоксинов к возбудителям сепсиса. Специфические лимфотоксины - это провоспалительные медиаторы системы иммунитета, участвующие в воспалительных реакциях организма, выделяемые при сенсибилизации лимфоцитов микробами. Указанный фактор продуцируется исключительно Т-клетками. Отмечена специфичность синтеза лимфотоксинов как продуктов, активизированных антигенами Т-лимфоцитов именно у больных сепсисом детей раннего возраста. Медиаторный дисбаланс системы иммунитета определялся по соотношению СпЛТ к СЛТ. Было выделено три варианта: 1 вариант характеризовался выраженным угнетением ЛТ. 2 вариант- усиленной продукцией ЛТ. 3 вариант – усиленной продукцией СЛТ и нормальными значениями СпЛТ.

Состояние функциональной адаптивности определялась при помощи клинической оценки вегетативного статуса и кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ является неспецифическим методом оценки адаптационно-компенсаторных реакций. Исследования показали, что при инфекционно-токсическом поражении нервной системы при сепсисе у детей раннего возраста отмечалось выраженное угнетение функциональной адаптивности организма больного.

С целью оценки динамики вегетативного статуса проведены исследования индекс вегетативного тонуса (ИВТ) у детей в зависимости от различных исходных значений ИН-1.

При обследовании группы здоровых детей установлено, что индекс напряжения (ИН)-1 не превышает 200 усл.ед. У больных сепсисом детей с инфекционно-токсическим поражением нервной системы при первом варианте отмечались высокие значения ИН-1 у 8 детей, что составила 80% случаев. При втором варианте ИН-1 более 750 усл.ед. и более встречался у 15 больных сепсисом детей, что составило 60% случаев. При первом и втором вариантах ИН -1 был достоверно выше третьего варианта.

При третьем варианте отмечалась высокая частота значений ИН-1 от 200 до 749 усл.ед. у 8 больных, что составило 80% случаев ($p_{1-3,2-3}<0,01$). При втором вариантах ИН-1 был в 2 раза ниже и встречался у 10 больных, что составило 40 % и в 4 раза реже встречался при первом варианте ($p_{1-3}<0,01$).

Задержка этапов психомоторного развития наблюдалась у 90 % больных, из них: у 27(60%) на 1 возрастной период, у 14 (30%) на 2 возрастных периода.

Задержка этапов психомоторного развития в основном была у детей со 2 вариантом медиаторного дисбаланса, так как при таком варианте сепсис протекает более длительно, с повторными обострениями.

Таким образом, данные исследования, свидетельствуют о выраженной вегетативной дисфункции, о нарушении сбалансированного взаимодействия отделов ВНС на предъявляемую физиологическую нагрузку, что диктует необходимость проведения своевременных корригирующих мероприятий.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КЛЕЩЕЙ С ВОЗБУДИТЕЛЯМИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ

Подборонов В.М., Самсонова А.П.

ФГБУ «ФНИЦЭМ им.Н.Ф.Гамалеи» Минздрава России, Москва

Как известно, клещи как переносчики и резервуары возбудителей различных инфекций имеют большое эпидемиологическое значение, прежде всего в распространении природноочаговых заболеваний людей и животных (клещевой энцефалит, клещевые боррелиозы, эрлихиозы и др.). В то же время изучению взаимоотношения клещей с возбудителями других заболеваний, в частности с сальмонеллами, уделяется меньше внимания. В целом работ по изучению естественной зараженности клещей мало и их недостаточно, чтобы определить роль определенных их видов в качестве переносчика сальмонелл. Необходимы дополнительные эксперименты, в которых заражение клещей осуществляют естественным путем или с помощью прибора. В последние годы применение современных методов исследования позволяет с новых позиций взглянуть на характер взаимодействия организма клеща и попадающих в него микроорганизмов. Ранее в экспериментах (R.R.Parker, E.A.Steinhaus, 1943, Алексеев А.Н. с соавт., 1995 и др.), с одной стороны, была показана способность клещей воспринимать и сохранять сальмонеллы, а также заражать восприимчивых животных и передавать сальмонеллы по ходу метаморфоза (трансфазово и трансвариально), а с другой - способность сальмонелл вызывать патологические изменения в организме клещей-носителей. В организме клещей образуются биологически активные вещества (ферменты, гормоны и т. д.), влияющие на рост и развитие микроорганизмов, попадающих в клеща в процессе кровососания. В иксодоидных клещах обнаружен лизоцим (В.М.Подборонов и др., 1975, 1993), способный подавлять жизнеспособность сальмонелл различных сероваров, а также другие бактерицидные факторы, оказывающие влияние на бактерии. Лизоцимы, выделенные из клещей *A.lahorensis*, *O.papillipes*, *O.moubata*, действовали аналогично яичному лизоциму, но их активность в отношении *S.typhimurium* в 2-4 раза выше яичного и в 2-8 раз выше такового у *H.asiaticum*. Тем не менее, в некоторых видах клещей сальмонеллы сохраняли жизнеспособность в течение года, изменяя антигенные, биохимические, вирулентные и морфологические свойства. При экспериментальном заражении аргасовых клещей (*Ornithodoros moubata*) культурой *Salmonella typhimurium* LT-2 на 7-10-й день после инфицирования производили посев на МПА материала из гомогенатов клещей. На среде выросли мелкие колонии, в составе которых имелись исходные формы бактерий, гигантские палочки и отдельные сферопласты. Значительные качественные изменения субпопуляции сальмонелл наблюдали на 20-й день. При фазово-контрастном микроскопировании обнаружили появление сферопластов, а к 35-му дню выявили колонии, состоящие полностью из типичных L-форм бактерий. Полученные результаты свидетельствуют, что длительное сохранение сальмонелл в организме клещей обусловлено особенностью изменчивости в процессе их приспособления к своеобразной внутренней среде пойкилотермного хозяина, обладающей бактерицидными

компонентами (лизоцим, фагоцитоз плазматоцитами). Результаты наших исследований свидетельствуют о многообразии реакций сальмонелл при взаимодействии с организмом клеща. Данные о способности клещей воспринимать, сохранять и передавать сальмонеллы свидетельствуют о возможности участия клещей в циркуляции возбудителей сальмонеллезов и их существенной роли в поддержании очагов инфекций. Не исключено, что это связано с доказанным нами фактом L-трансформации значительной части популяции возбудителя.

О ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА ИНФЕКЦИОННЫМИ И ПАРАЗИТАРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ

Подкорытов Ю.И.

**Управление Росполтребнадзора по железнодорожному транспорту,
Москва. Россия**

В структуре общей заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников локомотивных бригад (машинистов и помощников вождения локомотивов) железнодорожного транспорта, заболевания инфекционными и паразитарными болезнями занимают крайне низкое (около 1,5%) место, из них кишечные инфекции около 0,4%. Тем не менее, от состояния здоровья работников локомотивных бригад во многом зависит обеспечение безопасности пассажирских и грузовых железнодорожных перевозок.

По опубликованным данным Департамента здравоохранения ОАО «Российские железные дороги», за 2010-2014 годы, показаны следующие результаты. Средние показатели заболеваемости работников локомотивных бригад, за 2010-2014 годы, находятся на уровне: по инфекционными и паразитарными болезнями - около 10 случаев на 1000 работающих, из них по кишечным инфекциям - около 3 случаев на 1000 работающих. Средние показатели дней временной нетрудоспособности при заболеваниях работников локомотивных бригад, за анализируемый период, на 100 работающих, составили: по инфекционными и паразитарными болезнями - около 20 дней, из них по кишечным инфекциям - около 3 дней. Средние показатели продолжительности одного случая заболевания работников локомотивных бригад, за анализируемый период, составили: по инфекционными и паразитарными болезнями - около 23 дней, из них по кишечным инфекциям - около 10 дней.

В плане профилактики заболеваемости работников локомотивных бригад железнодорожного транспорта инфекционными и паразитарными болезнями, чрезвычайно важным моментом являются вопросы доброкачественности питьевой воды и пищевых продуктов. Известно, что доброкачественность питьевой воды в различных пунктах её забора не всегда соответствует действующим санитарно-эпидемиологическим требованиям. Поэтому особое внимание должно уделяться доброкачественности приготовления пищи в пунктах питания домов (ДОЛЬ) и комнат (КОЛЬ) отдыха локомотивных бригад. Кроме того, при приготовлении дорожных пайков для работников локомотивных бригад в пунктах питания ДОЛЬ и КОЛЬ, необходимо гарантировать их обеспечивать для употребления в пути следования локомотивов. При этом, желательно прилагать инструкцию о порядке хранения и употребления выданных в рейс работникам локомотивных бригад продуктов водоснабжения и питания.

Таким образом, вопросы профилактики инфекционной и паразитарной заболеваемости среди работников локомотивных бригад железнодорожного транспорта болезнями, остаются актуальными, в деле обеспечения транспортной безопасности и движения железнодорожных составов.

ОДАМ ИММУНТАНҚИСЛИК ВИРУСИ ВА ГЕПАТИТ ВИРУСЛАРИ КОИНФЕКЦИЯСИ МУАММОСИ

Примов У.Х., Исмоилов У.Ю., Облокулов А.А.

**Вилоят болалар юқумли касалликлар касалхонаси, Бухоро давлат тиббиёт
институту, Бухоро ш.**

Гепатит В ва С вируслари билан одам иммунтанқислик вирусининг (ОИВ) коинфекцияси етарли даражада кенг тарқалган. ОИВ –инфекцияси оқибатида келиб чиққан иммунтанқислик ҳолати вирусли гепатитлар кечишини тезлаштиради. ОИВ ва ВГ коинфекцияси (“ОИВ\ВГВ коинфекция” ва “ОИВ\ВГС коинфекция”) бўлган беморларнинг жигар тўқимасида яллиғланиш ва фибротик жараёнлар жуда яққол бўлади, шунингдек фиброзланиш фақат ВГ билан зарарланган беморларга нисбатан жуда тез ривожланади.

Вилоят болалар юқумли касалликлар касалхонасида 2016 йилда 191 нафар ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморлар назорат остида бўлишди. ОИВ-инфекцияси ташхиси лаборатор усуллар (ИФА ва иммунолот) ёрдамда асосланганидан сўнг касалхонага ётқизилган. Беморлар ҳаммаси ИФА усули ёрдамида вирусли гепатитлар (ВГВ-ВГС) маркерлари ва цитомегаловирусли инфекция ва герпетик инфекциянинг М синфга мансуб иммуноглобулинлари (IgM anti CMV ва IgM anti Herpes simplex) ўрганилди, ҳамда инструментал (рентгеноскопия ва УТТ) текширилди. Текширув натижаларига кўра назорат остидаги беморларнинг 121 нафарида юқорида таъкидлаб ўтилган касалликларнинг маркерлари аниқланган. Жумладан 14 (11.6%) нафар беморда ВГВ, 42 (34.7%) нафарида эса ВГС, 47 (38.8%) нафар беморда ЦМВИ ва 18 (14.9%) нафарида эса Оддий учуқ маркерларига текшириш ижобий натижа берган. Шунини таъкидлаш лозимки, беморларнинг 81 (67%) нафарида юқоридаги касалликларнинг биргаликдаги маркерлари аниқланган. Беморларга Ўзбекистон Республикаси ССВ 123 буйруғида келтирилган тасниф бўйича ташхис қўйилди ҳамда қабул қилинган миллий протокол бўйича даволаш тадбирлари белгиланди.

Ўрганишлар натижаси кўрсатишича, “ОИВ\ВГВ коинфекция” ва “ОИВ\ВГС коинфекция”) га чалинган беморларда ВГлар моноинфекциясига нисбатан УТТ маълумотларига асосан жигардаги морфологик ўзгаришлар ОИВ-инфекцияси таъсирида чуқурлашганини, биокимиёвий мезенхимал-яллиғланиш ва гепатодепрессив синдром индикаторларининг нисбатан кўпроқ ўзгарганлигини қайд этилди. Бу эса ВГлар оқибати (жигар циррози) нинг тезлашишига ёки ўткир жигар энцефалопатияси ривожланишига олиб келиши мумкин.

Юқоридагиларни инобатга олиб, антиретровирусларга қарши препаратлар билан биргаликда ВГлар этиотроп даво препаратларини биргаликда белгилаш мақсадга мувофиқдир.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE SPREAD OF BLOOD-CONTACT VIRAL INFECTIONS

Pulatov Sh.K., Abdukaharova M.F., Rasulov Sh.M., Ne'matova N.O'.

TMA, department of Epidemiology

Despite significant progress in the fight against infectious diseases in the world and in the Republic of Uzbekistan, of particular relevance keeps fighting with blood-contact viral hepatitis B, C and HIV infection.

In recent years, the structures of the occupational diseases of medical workers have been significant changes. Through purposefully pursued vaccination decreased the proportion of viral hepatitis B (HB), the share of the hepatitis C (HC) virus has increased.

Objective: due To the fact that in the Republic of Uzbekistan has not been investigated epidemiological features of blood-contact infections, we considered it necessary to study the significance of this pathology in hospitals of the Republic.

Material and methods: were the statistical data of the Republican tsgsen on the incidence of blood-contact infection for 2005-2015 G. G. In the work, we have applied epidemiological and statistical research methods.

Results: The Data of the results of the study showed that the blood-contact viral infections are more common among older people and the proportion of children under 14 years of age is of 5.68-7.04 per cent of the cases. In the Republic of Uzbekistan infection with blood-contact viral infections is via injection in hospital-acquired conditions - by 18.9%, and 12% of household damage, the dental practice is 9.6% and 5.3% in surgery, in laboratory studies - 3,1%, as well as in obstetrics and gynecology - 2.3 %. Thanks to a purposefully carried out vaccination reduced the proportion of hepatitis b, the proportion of viral hepatitis C increased. This is especially alarming due to the fact that hepatitis C occurs with moderate intoxication, but later in 50-80% of cases develop a chronic form of hepatitis. Of these, 20% will develop cirrhosis with the subsequent development of hepatocellular carcinoma.

Currently there is a problem of late diagnosis of HIV infection, an increasing number of patients needing ARVs. For efficiency, HIV testing requires active and full involvement in the testing of vulnerable groups in all regions of the country and the mass introduction of routine counselling and testing for HIV in environment the adult population in the most affected regions of the country.

Conclusions: Thus, despite significant progress in the fight against infectious diseases in the world and in the Republic of Uzbekistan, of particular relevance keeps fighting with blood-contact viral infections (HIV, viral hepatitis b and C). In this connection it is necessary to develop adequate prevention of GVI.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФТОРХИНОЛОНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМ ОБОСТРЕНИЕМ БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Пулатова Н.И., Якубджанова Ш.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - изучить распространённость воспалительной патологии околоносовых пазух (ОНП) и эффективность моксифлоксацина у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента, находившихся на стационарном лечении по поводу инфекционного обострения ХОБЛ в пульмонологическом отделении 1-клиники ТМА. Всем пациентам наряду со стандартными обследованиями проводили рентгенографию ОНП. Все пациенты получали пульмонологическую базовую терапию, в зависимости от стадии ХОБЛ и моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки, перорально, в течение 10 дней. Эффективность лечения оценивали, анализируя динамику характерных ринологических и пульмонологических клинических симптомов, объективные признаки (функция верхнего дыхания).

Результаты исследования. Выявлено, что у 37 больных с ХОБЛ (59,6%) имели место типичные симптомы риносинусита. При проведении лучевой диагностики у 21 человека (34%) обнаружены рентгенологические признаки различных форм синусита. Среди 41 (66%) пациентов, у которых не были рентгенологические отклонения со стороны ОНП, у 20 (32%) были характерные для риносинусита симптомы, у 21 (35%) рентгенологические и клинические признаки риносинусита отсутствовали.

Антибактериальную терапию получали 18 (29%) пациентов, у которых диагностировано клинически выраженное течение заболевания.

В результате проведенного лечения отек сократился на 57%, а гиперемия слизистой оболочки в целом уменьшилась на 33%. При осмотре на 10-й день наблюдения у 10 (55%) больных сохранялось минимальное слизистое отделяемое в полости носа, у 14 (77%) — минимальный отек слизистой оболочки полости носа. У всех 18 пациентов (100%) при осмотре определялась незначительная гиперемия слизистой оболочки. В целом суммарная оценка выраженности клинических симптомов риносинусита уменьшилась на 60%.

Со стороны бронхолегочной системы также отмечалась устойчивая положительная динамика. На 10-й день лечения кашель уменьшился на 44%, одышка уменьшилась на 50%, количество мокроты сократилось на 48%. Выраженность характерной для обострения ХОБЛ симптоматики сократилось на 54%. В течение 3 месяцев признаков обострения хронического риносинусита и ХОБЛ не выявлено.

Заключение. ХОБЛ в 55% случаев протекает коморбидно с бактериальным риносинуситом. В 15% обострение риносинусита сопровождается манифестацией клинических признаков ХОБЛ. Моксифлоксацин высоко эффективен в отношении респираторных патогенов и является обоснованным выбором для терапии инфекций верхних и нижних дыхательных путей.

УЛУЧШЕНИЕ МУКОЦИЛИАРНОГО КЛИРЕНСА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО ПУНКТА

Равзатов Ж.Б., Худайбердиев Ж.М.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Актуальность: На практике ВОП довольно часто встречается больных ХОБЛ. Наряду со снятием бронхоспастического синдрома, восстановление дренажной функции бронхов является одной из первостепенных задач при лечении заболеваний с хроническим обструктивным синдромом, таких как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхоэктатическая болезнь (БЭБ), муковисцидоз (МВ) и т.д.

Нарушение дренажной функции дыхательных путей, как правило, обусловлена спазмом гладкой мускулатуры бронхов, гиперсекрецией слизистых оболочек дыхательных путей, нарушением мукоцилиарного клиренса и воспалительными изменениями стенок бронхов.

Цель: Улучшить эффективность лимфотропной антибиотикотерапии у больных с ХОБЛ с комбинацией муколитическими препаратами растительного происхождения в частности препарата «Доктор Дон», содержащего экстракты следующих растений: Adhodata Vasica 600МГ, солодка голая 75мг, перец красный 100мг, фиалка пахучая 25мг, калаган большой 50мг, иссоп лекарственный 50мг.

Материалы и методы: В исследовании было включено 62 больных с ХОБЛ в фазе обострения. По стадиям заболевания больные распределены: Хронический обструктивный бронхит I стадии -52, II стадии – 7, III стадии-2. Эффективность терапии оценивалась клинически и по результатам пикфлоуметрии.

Результаты клинического испытания препарата показали, что у больных с ХОБЛ I стадия 2 сутки принимая препарата 58%; 3-4 сутки 75% больных изменилось характер кашля с раздражающего, саднящего до мягкого и влажного, что значительно снимает дыхательный дискомфорт и напряжения в грудной клетки. 5-6 сутки 91% исчезли вышеперечисленные симптомы. II-III стадия 3-4 сутки у 65% больных наблюдалось улучшение. У 61% больных отмечено исчезновение саднящей боли в грудной клетке и в глотке, у 87,7% больных отмечалось исчезновение одышки на 4 сутки. Данные пикфлоуметрии изменились в положительную сторону. У больных отсутствовали признаки нарастание обструктивных изменений на уровне средних и дистальных отделов бронхиального дерева. К 10 дню терапии лишь 2% больных отмечали раздражающего, саднящего кашля интенсивность, которого был значительно ниже исходного состояния.

Выводы: Препарат «Доктор Дон» может быть рекомендован по медицинскому применению у больных с хроническим обструктивным бронхитом во всех стадиях. Лечение больных с обструктивным бронхитом в условиях СВП комбинацией муколитического препарата с антибиотиками, повышает эффективности терапии.

МАСКИ ПРЕПАРАТОВ – ОБЪЕКТОВ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Рахимов Р.А., Рахимов Р.Р.

НИИ Вирусологии, г. Ташкент, Узбекистан

Резистентность многих возбудителей инфекционных заболеваний к современным этиотропным препаратам является актуальной проблемой здравоохранения и фармакологии. Наличие на рынке в свободной продаже препаратов, ставших объектом резистентности к ним патогенных микроорганизмов, является причиной отсутствия лечебного эффекта, формирования осложнений и хронических форм заболевания, и способствует интенсификации распространения инфекционных заболеваний.

Каждый этиотропный препарат имеет в составе основную активную субстанцию (АС) воздействующую на микроорганизмы и дополнительные включения. АС присваивается единое международное название и код в системе классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Anatomical Therapeutic Chemical (АТС). Коды АТС включены в некоторые международные (Европейский индекс лекарственных средств) и национальные реестры, и ВОЗ рекомендует, чтобы такие реестры действовали в каждой стране. Резистентность микроорганизмов формируется именно к АС. Однако на рынок препараты выпускают под торговым названием, которое или не включает международное название АС или не совпадает с ним. В связи с этим возникают значительные затруднения в отслеживании неэффективных в связи с резистентностью этиотропных препаратов. Такие торговые названия этиотропных препаратов являются их «маской» маскирующей неэффективные, по причине, возникшей к ним резистентности и поэтому вредные препараты.

В качестве примера, нами были изучены «маски» открытой еще в 1963 г. АС – Rimantadin воздействующей на вирус гриппа типа А, АТС код – J05AC02, ставшей основой популярного противовирусного препарата Ремантадин, широко применяющегося для лечения и профилактики гриппа уже более 40 лет. Однако, в последние годы, ВОЗ, резюмировав результаты многочисленных исследований, сообщило, что абсолютное большинство современных вирусов сезонного гриппа резистентны к противовирусным препаратам адамантанового ряда, в частности к Ремантадину [www.who.int]. Несмотря на это Ремантадин продолжает присутствовать на рынке (в основном стран СНГ) как в моно, так и в комбинированных препаратах. Ниже приводится перечень торговых наименований препаратов, содержащих Ремантадин: Авирол С, Анвимакс, Ангрикапс максима, Ангрикапс максимум, Альгирем, Антигриппин-Максимум, Орвирем, Полирем, Ремавир, Ремантадин, Римантадин, Римантадин-актитаб, Римантадина-гидрохлорид, Римантадин-сти.

При таком многообразии торговых наименований, практически врачам весьма затруднительно отслеживать резистентные препараты. В связи с этим необходимо: составить национальный реестр кодов АТС на все АС; создать систему мониторинга АС - объектов резистентности и их «масок» - торговые наименования препаратов их содержащих, с возможностью влияния на их регистрацию и лицензирование; а также информирование медицинских специалистов о препаратах – объектах резистентности.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Рахимов Р.Р., Рахимов Р.А., Ибадуллаева Н.С., Плешков Б.А.

НИИ Вирусологии, г. Ташкент

Целью исследования явилось изучение клинических особенностей РС-инфекции.

В сезонный период ОРВИ 2014-2016гг., в 3-х медицинских учреждениях г. Ташкента, проводилось лабораторное обследование 563 больных ОРВИ, в возрасте от 2 мес. до 79 лет. Для лабораторного обследования, в первый день выявления больного, проводили отбор назофарингиальных мазков. Исследование мазков проводили на 7 типов ОРВИ, методом полимеразной цепной реакции.

Лабораторное обследование 563 больных ОРВИ, показало, что, в 265 (47,0%) случаях возбудителем заболевания были ОРВИ. Среди всех случаев ОРВИ, РС-вирус был идентифицирован у 145 (54,7%) больных. Основным возрастным контингентом риска заражения оказались дети младшего возраста.

Сравнительный анализ групп больных «ТОРИ» и «не ТОРИ», показал, что РС-инфекцию достоверно чаще ($p < 0,001$) выявляли у больных «ТОРИ» ($37,2 \pm 4,0\%$) чем у больных «не ТОРИ» ($22,1 \pm 2,1\%$). Причем, тяжелое течение РС-инфекции преимущественно ($p \leq 0,001$) формировалось у детей самой младшей возрастной группы (2 мес.-2 года).

Одним из наиболее частых осложнений со стороны нижних дыхательных путей была острая пневмония, которая у больных РС-инфекцией развивалась в 3 раза чаще, чем у больных другими ОРВИ ($\leq 0,001$).

У больных РС – инфекцией достоверно чаще ($p \leq 0,001$), чем в группе ОРВИ наблюдали развитие острой дыхательной недостаточности. Установлена тенденция ($p = 0,05$) более частого развития инфекционно-токсического шок у больных Развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности (ОССН) достоверное чаще ($p > 0,05$) наблюдали у больных РС-инфекцией. Случаи острого миокардита с одинаковой частотой ($p > 0,05$) наблюдали как у больных РС-инфекцией, так и другими ОРВИ. Но у больных РС-инфекцией клиническое течение острого миокардита было более выраженным. У больных обеих групп, отмечали развитие системного воспалительного процесса в виде острого сепсиса ($p > 0,05$). В ряде случаев у больных обеих групп ($p > 0,05$) тяжелое течение острой респираторной инфекцией сопровождалось органическим поражением головного мозга – энцефалопатией.

Таким образом, дети младшего возраста относятся к контингенту наиболее высокого риска формирования тяжелого течения РС-инфекции. РС-инфекция характеризуется преимущественным поражением нижних отделов дыхательных путей. По сравнению с другими ОРВИ, отмечена тенденция к более частому формированию различного рода осложнений течения РС-инфекции.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ В Г.ТАШКЕНТЕ, К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Рахматуллаева Ш.А., Шарапова Г.М., Касымов И.А.

Кафедра Эпидемиологии и инфекционных болезней, ТашПМИ

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) продолжают занимать ведущее место в инфекционной патологии детского возраста. По данным ВОЗ, в мире ежегодно болеют ОКИ более 1 млрд человек, из которых 65-70% составляют дети до 5 лет. Среди ОКИ бактериальной этиологии одно из ведущих мест в последние годы занимают сальмонеллезы. В последние годы увеличилась популяция сальмонелл устойчивых к антибиотикам. Определение антибиотико-чувствительности возбудителя имеет экономическое и социальное значение. Рациональное применение чувствительных к бактерии сальмонелл антибиотиков, позволяет в короткие сроки купировать основные симптомы ОКИ, сокращает пребывание и продолжительность лечения больного в стационаре.

Целью настоящего исследования явилось изучение чувствительности к антимикробным препаратам сальмонелл выделенных от больных детей сальмонеллезом.

Материалы и методы. В основу работы положены полученные результаты лабораторного исследования 76 детей с диагнозом «сальмонеллез» в возрасте от 0 мес до 3 лет, находившихся на стационарном лечении в кишечном отделении клиники УЗНИИМИЗ. Диагноз «сальмонеллез» верифицирован бактериологическим методом. Бактериологическое исследование кала проводилось с первого дня госпитализации, по традиционной методике, до начала антибиотикотерапии, соблюдая все санитарно-эпидемиологические правила. Посев испражнений проводился на питательных среды-SS, висмут сульфатный агар. Чувствительность к антибиотикам осуществлялась с помощью дисков с антибактериальными препаратами фирмы HiMedia. Изучена чувствительность сальмонелл к 13 антибактериальным препаратам, широко используемым в лечении кишечных инфекций у детей, как прежних, так и последних поколений.

Результаты и обсуждение. Анализ чувствительности культур сальмонелл, выделенных из фекалий больных детей показал, что бактерия сохраняет высокую чувствительность *in vitro* к шафтазу (цефепим/тазобактам) - 45%, максикуму-47%, ципрофлоксацину- 35%, цефипин и амикоцину по 24%, слабо чувствительными к офлоксацину- 12%. В результате исследований установлено, что культур сальмонелл были резистентными к действию операзу - 71%, амикацину- 71%, ципрофлоксацина-59%, бактоцина-59%, менее резистентными к цефопреозону, пefлоксацину, ладефу, цефтриаксону по 12% каждое.

Выводы: Проведенный мониторинг антибиотико-чувствительности позволяет корректировать антимикробную терапию сальмонеллезом у детей.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОЗИЦИИ ПОЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СЕПСИСОМ

Рожкова С.Н., Назарова И.Д., Салихова М.З., Каримова С.Ш.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Реабилитация в педиатрии позволяет четко организовать весь процесс лечебных и восстановительных мероприятий с максимальным эффектом. Дети раннего возраста все имеют два этапа реабилитации. Первый – клинический, второй - адаптационный.

Целью нашего исследования было выявление особенностей этапов реабилитации при сепсисе у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 детей в возрасте от 3-х месяцев до 1 года болеющих сепсисом в течении 4 месяцев. Из обследованных детей у 5 (17%) была септицемическая форма, а у 25 (83%) септикопиемическая. У всех детей диагностировали анемию 1 или 2 степени, проявления рахита, и у 20% детей признаки полигиповитаминозов. Состояние детей при поступлении расценивалось от тяжелого до очень тяжелого. Септикопиемическая форма характеризовалась вовлечением в процесс от 2 до 4-х органов и систем.

Результаты исследования. Объем клинического этапа реабилитации включал стационарное лечение с использованием антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии. Нередко клинический этап в стационаре незакончивался, а продолжался в условиях семейной поликлиники. Катамнестическое наблюдение за этими детьми на протяжении одного года выявило частые простудные заболевания, сниженный аппетит, плохую прибавку веса и отставание статических функций у 50% детей. Нередко отмечался периодический субфебрилитет, неустойчивый стул и отставание психомоторного развития. В анализах периферической крови держалась анемия 1 или 2 степени и проявления дизбактериоза кишечника. На основании этого имелась необходимость проведения 2-го этапа реабилитации – адаптационного, который включал в себя кроме полноценного рационального питания медикаментозные средства - триметабол и биотамин, что позволило заметно сократить медикаментозную нагрузку на ребенка. Оба препарата назначались с 6 месячного возраста. Триметабол в течение 2-х месяцев, биотамин – 1 месяц, в разное время. Результаты исследования позволили выявить выраженное положительное действие триметабола и биотамин в период ремиссии септического процесса на адаптационном этапе реабилитации. У детей улучшилось самочувствие, аппетит, повысилась активность, отмечалась прибавка веса и роста. Анемия еще держалась у 3-х детей, исчезли признаки гиповитаминозов и нормализовался стул. Снизилась частота ОРВИ у этих детей и не было обострения процесса в течении 6 месяцев катамнестического наблюдения.

Таким образом использование триметабола и биотамин позволили сократить медикаментозную нагрузку на адаптационном этапе реабилитации сепсиса у детей и добиться высокой эффективности. Рекомендуем на этапе

реабилитации сепсиса у детей раннего возраста такую терапию проводить 2
раза в год.

К ВОПРОСУ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Рузиев Н.Р. Облокулов А.Р. Худойдодова С.Г.

Бухарская областная инфекционная больница, БухМИ

В последние годы участились случаи заболеваний ветряной оспой среди взрослых. Имеются многочисленные научные данные, что ветряная оспа у взрослых часто протекает в тяжелой форме, особенно у беременных женщин. В связи с этим нами изучены особенности течения ветряной инфекции у взрослых лиц. Ближайшие и отдаленные последствия внутриутробной инфекции являются причиной отклонений в состоянии здоровья детей в раннем возрасте. Тяжесть инфекционного процесса не всегда одинакова у матери и плода. Легкая, мало- или бессимптомная инфекция матери, обусловленная различными инфекционными агентами, может сопровождаться тяжелыми поражениями органов и систем плода и его гибелью. В то же время острая и достаточно выраженная инфекция у матери необязательно фатальна для плода.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 118 больных детей и взрослых с диагнозом ветряная оспа, поступившие в отделение Бухарской инфекционной больницы за 2016 год. У всех больных проанализированы данные эпидемиологического анамнеза и анамнез развития болезни, клиническое течение болезни, проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Взрослые из общего числа больных составляли 45 (38%), из них 13 (29%) беременные женщины. У 4 беременных женщин ветряная оспа протекала на I триместре беременности, у 6 на II триместре и у 3 на III триместре беременности.

Результаты и обсуждение. У наблюдаемых беременных женщин болезнь протекала характерными симптомами; выраженная интоксикация, длительная лихорадка, обильное высыпание слизистых и кожных покровов. Настоящая беременность у женщин протекала с угрозой прерывания, но завершилась родами. У 3 беременных женщин роды осложнились несвоевременным излитием околоплодных вод, у 3 женщин имела аномальная родовая деятельность. У 10 беременных женщин дети родились без клинических признаков внутриутробной инфекции. У 3 женщин из 13 беременных женщин с ветряной оспой родились 3 детей с врожденной ветряной оспой. У двоих детей клиника ветряной оспы развилась в течение 1 недели после рождения. Один ребенок родился с внутриутробной инфекцией, явившейся причиной его смерти на 7-день болезни. Как показывает, наши наблюдения ветряная оспа у беременных женщин протекает типично, циклично и наличием ведущих симптомов болезни, а также может развитием внутриутробного инфицирование плода.

ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ КРАСНОГО ПАЛЬМОВОГО МАСЛА «КАРОТИНО»

Ташкентская медицинская академия
Рустамов Б.Б., Шайхова Г.И., Турсунова Н.А., Эрматов Н.Ж.

Одним из видов пальмового масла является – «Каротино» - природное оздоровительное, рафинированное красное пальмовое масло из мякоти плодов, обволакивающий семена пальмового дерева.

Целью данной работы является изучение пищевой ценности красного пальмового масла (КПМ) - «Каротино».

Объектами исследования явились – красное пальмовое масло «Каротино»; соевое масло; кукурузное масло; подсолнечное масло; оливковое масло.

Методы исследований: Исследование проводили на кафедре гигиены детей, подростков и гигиены питания Ташкентской медицинской академии, а также в аккредитованном испытательном центре института химии растительных веществ им.акад. С.Ю.Юнусова АН РУз. Содержание каротиноидов, токоферолов и токотриенолов определяли фотоэлектроколориметрическим методом, используя прибор КФК-2, изготовленный на оптикомеханическом заводе в России.

Результаты исследований. При определении пищевой ценности красного пальмового масла было выявлено, что массовая доля каротиноидов в мг% - $45,0 \pm 6,7$ (450 мг/кг). Другие масла не содержат в своем составе каротиноидов. Содержание из жирорастворимых витаминов провитамина А в КПМ составляет мг/кг $450 \pm 59,1$, так как некоторая часть каротиноидов в КПМ превращается в организме в витамин «А». Провитамин «А» - каротиноиды сконцентрированы около косточки плода и имеют хорошие антиоксидантные свойства. Каротиноиды защищают организм от онкозаболеваний и сердечных заболеваний, стенки сосудов от накопления холестерина, образующийся из каротинов в печени витамин А – борец с инфекцией, защитник легких, эпителия и кожи, предотвращает куриную слепоту и образование желтого пятна. Содержание токоферолов (вит.Е) в КПМ составляет $325,0 + 31,5$, в соевом масле $89,0 + 14,3$, в кукурузном $780,0 + 42,1$, в полсолнечном $550,0 + 61,7$, а также в оливковом $50 + 10,5$. Остальная часть каротиноидов вместе с витамином Е (частично токотриенолами) играет важную роль в поддержании иммунной системы в хорошем состоянии, воздействуя на вредящие организму активные формы кислорода.

Таким образом, в заключение надо отметить, что красное пальмовое масло Carotino характеризуется высоким содержанием каротиноидов, токоферолов и токотриенолов. Умеренное использование КПМ будет способствовать усвоению питательных веществ, активизирует печёночные ферменты, повышает гемоглобинизацию красных кровяных клеток, а также улучшает иммунную функцию, мозговое кровообращение и память. На следующем этапе исследований будет изучена эффективность КПМ на больных, страдающих циррозом печени, а также железодефицитной анемией.

ЎТКИР ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А ЛАБОРАТОР ТАШХИСОТИДА ИММУНОФЕРМЕНТ ТАҲЛИЛ УСУЛИ САМАРАДОРЛИГИ

Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э., Матякубова Ф.Э.

Самарқанд давлат Тиббиёт институти

Мавзу долзарблиги: Бизнинг худудда вирусли гепатит А касаллиги кенг тарқалган бўлиб, кўпчилик ҳолларда ушбу касаллик ташхисотида ҳам айрим муаммолар келиб чиқмоқда. Чунки ўткир вирусли гепатит А касаллигининг турли клиник вариантларда кечиши (типик ва атипик шакл) бу касаллик ташхисотини қийинлаштиради. Замонавий тиббиётда ИФТ усулининг ўткир вирусли гепатит А ташхисотида қўлланилиши шифокорларнинг ишини бирмунча енгиллаштиради. ИФТ усулида ўткир вирусли гепатит А касаллиги аниқлангунга қадар бу касаллик атипик шакллари ўз вақтида ташхисланмасдан, ЎРИ, бронхит ёки ЎИИ ташхислари билан даволаниб юришарди. Шунинг учун ИФТ текширув усулининг “Ўткир вирусли гепатит А” ташхисотида нечоғли самарадорлигини аниқлаш бизда катта қизиқиш уйғотди.

Тадқиқот мақсади: Ўткир вирусли гепатит А касаллигининг атипик шаклларида ИФТ усулининг самарадорлигини аниқлашдан иборат.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: 2016 йилда Самарқанд вилояти юқумли касалликлар шифохонасига “Ўткир вирусли гепатит А. Сариксиз шакли” ташхиси билан ётқизилган беморлар ретроспектив ва перспектив таҳлил этилди. Барча беморларга стандарт текширув тартибига асосан қуйидаги текширувлар ўтказилди (қон биокимёвий таҳлили, умумий қон таҳлили, умумий сийдик таҳлили, умумий ахлат таҳлили ва қон зардобини ИФТ усулида текшириш).

Тадқиқот муҳокамаси: Самарқанд вилояти юқумли касалликлар клиник шифохонасига “Ўткир вирусли гепатит А. Сариксиз шакли” билан ётқизилган беморларнинг қон зардоби скрининг қилинди. Ушбу беморлар Самарқанд вилоят юқумли касалликлар шифохонасига “Вирусли гепатит А” ташхиси билан мурожаат қилган беморларнинг 13 %ини ташкил этади. Эпидемиологик анамнездан, 83,7 % ҳолларда кузатувдаги беморларнинг мулоқотда бўлганлиги аниқланилди. 11,8 % ҳолларда беморларда биокимёвий қон таҳлилида деярли ўзгаришлар бўлмаса-да, уларда қусиш, қоринда оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши каби белгилар кузатилганлиги боис, эпидемиологик кўрсатмага асосан ва клиник белгиларга кўра шифохонага ётқизилган. 17,9 % ҳолда беморларда клиник ва лаборатор ўзгаришлар бўлмаса-да, жигар ўлчамларининг катталашганлиги ва беморлар билан мулоқотда бўлганлигини эътиборга олиб, ИФТ текшируви буюрилган. Кузатувдаги беморларнинг 88,2 % изида қон биокимёвий таҳлилида ўзгаришлар- ферментларнинг 2,5-3, тимол синамасининг 3-5 барабар ошиши аниқланилган. Текширилган беморларнинг 83,4 % изида қон зардобиде ўткир вирусли гепатит А касаллигига қарши IgM, 2,08 % изида эса HbsAg аниқланилди. 14,5 % беморларда ўткир вирусли гепатит А касаллигига қарши антитела аниқланилмади. ИФТ текширувидан сўнг бу беморларнинг ташхиси инкор этилди.

Хулоса: Ўткир вирусли гепатит А касаллигининг атипик шакллари ташхисотида ИФТ усулини қўллаш 83,4 % самарадорликка эга. Ўткир вирусли

гепатит А касаллиги эпидемик портлаш тарзида кузатилганда барча мулоқотда бўлган беморларга биз ИФТ текширувини ўтказишимиз керак.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЛЁГКИХ ВЫЗВАННЫХ СТАФИЛОКОККОМ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**Садыкова Г.А., Рахматуллаев Х.У., Мадаминов М.С.
РСНПМЦТ и МР МЗ РУз**

Хронические воспалительные, респираторные заболевания остаются чрезвычайно распространенной болезнью. Центральным звеном патогенеза, ответственным за формирование клинических проявлений этих заболеваний, является хроническая воспалительная реакция слизистой бронхов и паренхимы лёгких на фоне нарушенного местного и общего иммунитета.

Цель исследования. Оценка влияния озонотерапии на макрофагальную систему иммунитета, при воспалении вызванной стафилококковой инфекцией по данным цитологических исследований ткани лёгких в эксперименте.

Материал и методы. Под наблюдением находились 20 белых беспородных крыс самцов с массой 180-200г. Цитологические исследования проведены методом «препаратов –отпечатков» по С.Т.Наджимитдинову (2002), окрашенных по Романовскому-Гимза. Проведены 3 серии опытов. Модель стафилококкового воспаления вызывалась по методике К.В. Самсонова (2003). В лёгкие чрез кожно однократно вводили на глубину 1,0 см стандартный золотистый стафилококк (штамм wood-46) в разных дозах: 200000 (1 серия), 300000 (2 серия), 400000 (3 серия) разведённого в физиологическом растворе в количестве 0,2 мл. Обследование произведено через 2, 7, 10 суток после озонотерапии. Контрольную группу составили 5 здоровых крыс. Озонотерапия от аппарата Озонатор -«Бинафша» проводилась путём внутрибрюшинного введения, озонированного в течение 10 минут физиологического раствора в количестве 5 мл, е\д, на курс 10 процедур.

Результаты. Макроскопически со стороны внутренних органов, как в контрольной, так и в опытной группе животных патологических участков в динамике лечения не выявлено. Лёгкие белого цвета, поверхность гладкая с незначительно утолщенными стенками бронхиол и крупных кровеносных сосудов. На препаратах-отпечатках с ткани лёгких через двое суток после введения стафилококка цитологических изменений во всех сериях опыта не выявлено. На 7 и 10 сутки после лечения выявлено по сравнению с исходными данными и группой здоровых появление тетраплоидных клеток (3%) и увеличение размеров лимфоцитов (28%) с выраженной макрофагальной реакцией (38%) расположенных во втором и третьем ряду от поверхности альвеол. В контрольной группе с моделью воспаления не получавших лечения выявлено вокруг альвеол обилие нейтрофильных лейкоцитов (40%), лимфоцитов (30%), не активных макрофагов расположенных на 1,2,3 уровне от альвеолы (31%).

Таким образом, курс внутрибрюшинного введения озонированной воды экспериментальным животным оказывает положительное влияние на клеточную реакцию лёгких при воспалении вызванном золотистым стафилококком.

**ОШИБКИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ КРЫМ-КОНГО**
Сайдалиев С.С., Холов У.А., Диёров Х.Д., Худайбердиев Я.К.
**НИИ Вирусологии, НИИ Эпидемиологии, Микробиологии и
Инфекционных Заболеваний**

Проблема своевременного выявления Крым-Конго геморрагической лихорадки (КГЛ) особенно актуальна для природных очагов этой инфекции. Факультативность начальных признаков КГЛ с рядом инфекционных заболеваний затрудняет своевременную диагностику. Это может быть причиной возникновения нозокомиальных случаев КГЛ.

Цель. С целью ранней диагностики геморрагической лихорадки Крым-Конго выявить критерии дифференциальной диагностики этой лихорадки с рядом заболеваний, встречающихся в практике первичного обращения.

Методы. Проведён сравнительный анализ клинической картины, эпидемиологического анамнеза и лабораторных данных больных геморрагической лихорадкой Крым-Конго, брюшным тифом, острыми респираторными инфекциями (ОРИ), вирусными гепатитами (ВГ) и заболеваниями крови за период с 2009 по 2016 гг.

Результаты. Выявлены основные клинические симптомы, характерные для геморрагической лихорадки. Установлено, что ранними признаками КГЛ являются конъюнктивит, воспалительные изменения со стороны слизистой оболочки полости рта. Обязательным компонентом диагностического алгоритма является уточнение эпиданамнеза, т.е. возможный укус клеща и сопряженные обстоятельства. Выявлено, что при отсутствии настороженности в отношении КГЛ первичный диагноз обозначается несколькими нозологическими единицами. При фактическом КГЛ начальными диагнозами были чаще ОРИ, нередко брюшной тиф, лихорадка неясной этиологии, синдром Мэллори – Вейсса. Диаметральное противоположное явление, т.е. при повышенной настороженности в отношении этой инфекции, ряд патологических явлений обозначались диагнозом КГЛ. Часто случаи укуса клеща без клиники болезни воспринимались как КГЛ. ВГ, токсические гепатиты и циррозы печени, острый лейкоз с развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) первоначально были диагностированы как КГЛ. Наиболее запутывающим диагностику моментом являлось то, что больные были жителями природного очага КГЛ. Уточнение окончательного диагноза болезни осуществлялось после применения вспомогательных лабораторных и инструментальных исследований. Наиболее важным обстоятельством является квалификация врача, особенно инфекциониста. Глубокое знание смежных дисциплин, общеклинических синдромов, развивающихся независимо от этиологии заболевания, является веским фундаментом построения правильного, логически обоснованного диагностического алгоритма.

Вывод. Настороженность в отношении Крым-Конго геморрагической лихорадки может способствовать гипердиагностике и наоборот, отсутствие такой настороженности – к гиподиагностике этой инфекции.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ КРЫМ- КОНГО ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ

Сайдалиев С.С., Худайбердиев Я.К., Назырова Д.Р.

**НИИ Вирусологии, НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных
заболеваний МЗРУз**

В последние годы отмечается повышение регистрации Крым- Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ) в Центральной Азии. При этом летальность от данной инфекции колеблется от 10% до 40%. Причиной летального исхода, обычно являются глубокие гемокоагуляционные нарушения. Современная коагулология обозначает в патогенезе геморрагического синдрома и тромботических осложнений многих инфекционных процессов иницирующую роль тромбоцитов.

С целью проведения своевременной и адекватной фармакологической коррекции нарушений гемостаза при ККГЛ имеется необходимость определения функционального состояния тромбоцитов периферической крови. Клинико-лабораторными были проведены обследования 18 больных. Возраст больных составлял колебался от 32 до 55 лет. Заболевание протекало в среднетяжелой форме (у 8) и тяжелой (у 10) формах. Диагноз ставился на основании комплекса анамнестических, эпидемиологических, клинико-лабораторных данных и был серологически верифицирован в реакции ИФА к антигену вируса КГЛ с титром антител 1:800 –1:1600. Счет тромбоцитов в венозной крови и исследование их агрегационной способности проводили стандартными методами.

Результаты проведенного исследования показали, что имеются значительные функциональные сдвиги тромбоцитов периферической крови у больных с ККГЛ. В периферической крови количество тромбоцитов уменьшалось до $61,2 \pm 4,8 \times 10^9/\text{л}$, а в венозной до $46,4 \pm 4,6 \times 10^9/\text{л}$, при этом в единичных случаях до $16,6 \times 10^9/\text{л}$. Установлено, что степень агрегации резко снижена по сравнению с контрольными значениями ($4,04 \pm 0,6$ и $23,3 \pm 1,3$ при $p < 0,0001$), а время, в течение которого активность тромбоцитов достигала максимальных значений, сократилось до $1'20'' \pm 0,5$ от положенного $4'02'' \pm 0,6$. Скорость агрегации была достоверно снижалась в два раза от контрольных значений ($7,3 \pm 0,5$ и $4,2 \pm 1,4$ соответственно, при $p < 0,0001$), а время достижения ее максимальных значений увеличено ($21'' \pm 1,6$ относительно $11'' \pm 0,5$ при $p < 0,05$). Агрегаты были малого радиуса ($3,4 \pm 0,3$), а при контроле равнялся $6,4 \pm 0,6$. Реакция выброса собственных агонистов, содержащихся в гранулах тромбоцитов во всех случаях не регистрировалась, что свидетельствовало о нарушениях высвобождения или их отсутствии. Всё сказанное свидетельствует о нарушении тромбоцитарного звена гемостаза у больных КГЛ.

В качестве вывода можно констатировать, что свойственные для ККГЛ функциональные нарушения тромбоцитов, диктует необходимость коагулологического контроля во все периоды болезни. В свою очередь, имеется практическая потребность повышения качества лабораторных исследований в инфекционных стационарах.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ КРЫМ- КОНГО ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ

Сайдалиев С.С., Худайбердиев Я.К., Назырова Д.Р.

НИИ Вирусологии, НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗРУз

В последние годы отмечается повышение регистрации Крым- Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ) в Центральной Азии. При этом летальность от данной инфекции колеблется от 10% до 40%. Причиной летального исхода, обычно являются глубокие гемокоагуляционные нарушения. Современная коагулология обозначает в патогенезе геморрагического синдрома и тромботических осложнений многих инфекционных процессов иницирующую роль тромбоцитов.

С целью проведения своевременной и адекватной фармакологической коррекции нарушений гемостаза при ККГЛ имеется необходимость определения функционального состояния тромбоцитов периферической крови. Клинико-лабораторными были проведены обследования 18 больных. Возраст больных составлял колебался от 32 до 55 лет. Заболевание протекало в среднетяжелой форме (у 8) и тяжелой (у 10) формах. Диагноз ставился на основании комплекса анамнестических, эпидемиологических, клинико-лабораторных данных и был серологически верифицирован в реакции ИФА к антигену вируса КГЛ с титром антител 1:800 –1:1600. Счет тромбоцитов в венозной крови и исследование их агрегационной способности проводили стандартными методами.

Результаты проведенного исследования показали, что имеются значительные функциональные сдвиги тромбоцитов периферической крови у больных с ККГЛ. В периферической крови количество тромбоцитов уменьшалось до $61,2 \pm 4,8 \times 10^9/\text{л}$, а в венозной до $46,4 \pm 4,6 \times 10^9/\text{л}$, при этом в единичных случаях до $16,6 \times 10^9/\text{л}$. Установлено, что степень агрегации резко снижена по сравнению с контрольными значениями ($4,04 \pm 0,6$ и $23,3 \pm 1,3$ при $p < 0,0001$), а время, в течение которого активность тромбоцитов достигала максимальных значений, сократилось до $1'20'' \pm 0,5$ от положенного $4'02'' \pm 0,6$. Скорость агрегации была достоверно снижалась в два раза от контрольных значений ($7,3 \pm 0,5$ и $4,2 \pm 1,4$ соответственно, при $p < 0,0001$), а время достижения ее максимальных значений увеличено ($21'' \pm 1,6$ относительно $11'' \pm 0,5$ при $p < 0,05$). Агрегаты были малого радиуса ($3,4 \pm 0,3$), а при контроле равнялся $6,4 \pm 0,6$. Реакция выброса собственных агонистов, содержащихся в гранулах тромбоцитов во всех случаях не регистрировалась, что свидетельствовало о нарушениях высвобождения или их отсутствии. Всё сказанное свидетельствует о нарушении тромбоцитарного звена гемостаза у больных КГЛ.

В качестве вывода можно констатировать, что свойственные для ККГЛ функциональные нарушения тромбоцитов, диктует необходимость коагулологического контроля во все периоды болезни. В свою очередь, имеется практическая потребность повышения качества лабораторных исследований в инфекционных стационарах.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА КРЫМ-КОНГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Сайдалиев С.С., Холов У.А., Худайбердиев Я.К.

**НИИ Вирусологии, НИИ Эпидемиологии, Микробиологии и
Инфекционных Заболеваний**

Актуальность исследования Крым-Конго геморрагической лихорадки (КГЛ) обусловлена многими обстоятельствами. Важным аспектом проблемы КГЛ является стремительное развитие симптоматики и потенциально высокий уровень смертности, варьирующей от 3 до 80%, что предопределяет необходимость своевременной оценки начальных признаков болезни, что позволит раннюю разработку адекватного лечения.

Материал и методы. Ретроспективно проанализировано 100 историй болезни больных КГЛ. Изучены начальные признаки болезни до поступления и в момент поступления в инфекционный стационар. Все больные были взрослыми. Диагноз верифицирован методами ИФА и ПЦР.

Результаты исследования и обсуждение. Начальными признаками, встречающимися у всех больных, были лихорадка, слабость, мышечные боли во всем теле, диффузные головные боли, сниженный или плохой аппетит, различной степени выраженности конъюнктивиты. Остальные признаки отмечались не во всех случаях. Гиперемия зева и точечные энантемы на слизистой неба и языка отмечались в 91%, гиперемия лица и шейно-воротниковой зоны в 72%, приглушенность сердечных тонов в 80%, жесткое дыхание в 20%, гепатомегалия в 16%, боли в животе в 20%, относительная брадикардия в 18%, боли в поясничной области в 20%, тошнота в 19 %, першение и боли в горле в 12%, головокружение в 12%, рвота в 14%, диарея в 20%, увеличение регионарных лимфоузлов в 6%, покашливание в 2%. В качестве опорных признаков КГЛ учитывались гиперемия зева и точечные энантемы на слизистой неба и языка, гиперемия лица и шейно-воротниковой зоны, лихорадка, слабость, мышечные боли во всем теле, диффузные головные боли, конъюнктивит. Ранними лабораторными признаками КГЛ являлись показатели общего анализа крови. Умеренное или значимое снижение гематокрита, гемоглобина, числа эритроцитов были свойственными признаками в день поступления в стационар у больных с КГЛ. Остальные признаки являются абсолютно факультативными и особой информации для постановки диагноза не несут. Во всех случаях в качестве опорного признака учитывали эпиданамнез (укус клеща, контакт с больным КГЛ, нахождение на территориях, где имеются клещи и т.д.).

Вывод. Абсолютных признаков, указывающих на наличие Крым-Конго геморрагической лихорадки в начальный период болезни, нет. Наиболее свойственные признаки (гиперемия и энантемы слизистой полости рта, гиперемия шейно-воротниковой зоны) в сочетании с эпиданамнезом являются настораживающими в отношении данной инфекции.

ҚҚРИМ-КОНГО ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРДА РЕДОКС ТИЗИМИНИНГ КЛИНИК- ТАШХИСИЙ АҲАМИЯТИ

**Сайдалиев С.С., Назирова Д.Р., Холов У.А., Худайбердиев Я.К.
Вирусология ИТИ, Эпидемиология, Микробиология ва Юқумли
Касалликлар ИТИ**

Организмнинг инфекцияга қаршилигини таъминлайдиган кўплаб механизмлар орасида қоннинг фагоцитар хужайралари(нейтрофиллар, моноцитлар ва макрофаглар) муҳим ўринга эга. Фагоцитар хужайралар ва оксидланиш тикланиш тизими(redox - oxidation-reduction system), яъни редокс-тизимининг узвий боғлиқлиги аниқланган. Инфекция чақирувчи патогенлар таъсирида нейтрофилларда кислороднинг фаол шакллари ишлаб чиқарилишининг ортиши маълум. Лекин, ушбу жараённинг жудаям кучайиши тўқималар жароҳати ва тизимли яллиғланишга олиб келиши мумкин. Редокс-мувозанатнинг бузилиши оксидланиш стрессига сабабчи бўлади. Бундай стресс негизида фаол кислороднинг гиперпродукцияси ётади. Қрим- Конго геморрагик иситмаси(ҚГИ) барча ҳимоя тизимларининг патологик жараёнда иштироқи билан кечганлигини инобатга олинса, лейкоцитлар редокс- тизимини ўрганиш муҳимлиги долзарблиги сўзсиздир.

Ишнинг мақсади. ҚГИ билан касалланган беморлар қонининг нейтрофил лейкоцитларида ва плазмасида редокс- тизимининг ҳолатини ўрганиш.

Материал, услублар ва пациентлар. Эритроцитлар гемолизати ва қон плазмасида малон диалдегиди(МДА), каталаза миқдори аниқланди. Редокс-тизимининг фаоллиги ҚГИ оғир ва ўрта оғир шакллари билан касалланган беморлар қони плазмаси ва эритроцитар масса гемолизатида мавжуд услублар орқали ўрганилди(Э.Н. Коробейникова 1989; А. Camilletti et al. услуби Е.Н. Лазарева ва б. модификацияси, 2013).

Тадқиқот натижаси ва мулоҳаза. ҚГИ оғир шакли билан касалланган беморларда МДА миқдори назорат кўрсаткичига нисбатан плазмада 4 баробар, нейтрофилларда 15 баробар кўтарилди. Худди шу кўрсаткичлар ўрта оғирликдаги беморларда, мутаносиб тарзда 2 ва 6 баробар кўтарилди. Максимал рақамлар касалликнинг бошидаёқ қайд этилиб, клиник белгилар билан мутаносиб равишда бўлди. Каталаза миқдори эса оғир аҳволдаги беморларда назорат кўрсаткичига нисбатан плазмада қарийб 2 баробар, нейтрофилларда 1,5 баробар камайди. Аксинча, касалликнинг ўрта оғир шаклида каталаза миқдори мутаносиб тарзда, 1,8 ва 2 баробар ортди. Оксидатив стресс натижасида, антиоксидант тизим кўрсаткичи каталаза ишлаб чиқарилиши ингибицияланди деган фикр мантиқга тўғри келади. Каталазанинг компенсатор ортишига оғир эндотоксикоз йўл қўймади. Редокс тизимидаги ўзгаришлар ҚГИ оқими билан боғлиқ ҳолда турлича бўлиши патогенетик жиҳатдан асосланиши мумкин.

Хулоса. Қрим- Конго геморрагик иситмасида қон плазмасида ва нейтрофил хужайраларида касаллик оқими, эндотоксикоз даражаси билан боғлиқ ҳолдаги табиий биокимёвий ўзгаришлар кузатилади. Редокс тизими

кўрсаткичларини ушбу касалликнинг оқибати қандай бўлиши мумкинлигини башорат сифатида тавсия этиш учун тадқиқотлар давом этдирилиши жуда муҳимдир.

ҚРИМ – КОНГО ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИДА ТРОМБОГЕМОМРАГИК СИНДРОМНИНГ АҲАМИЯТИ

Сайдалиев С.С., Худайбердиев Я.К., Назирова Д.Р.

Вирусология ИТИ, ЭМЮКИТИ

Охириги йилларда спорадик равишда учрайдиган Крим-Конго гемомрагик иситмасининг(ҚКГИ) қайди табиий ўчоқлар мавжуд давлатларда бирмунча ортди. ҚКГИда тромбогемомрагик синдром(ТГС) патогенетик жиҳатдан касалликнинг оқибатини ҳал қилувчи ҳисобланади. Шунинг учун, ушбу синдромнинг эрта ташхисоти, давоси жуда муҳимдир. Турли тадқиқотчиларнинг маълумотиға кўра, ҚКГИ билан касалланганларда ТГСнинг гемомрагик белгилар билан клиник кўринишда намоёнлашиши ўрта ҳисобда 85%гача, лаборатория тасдиғи эса 60- 65%ни ташкил этади. Ушбу маълумот тадқиқот йўналишини белгилашга асос бўлди.

Тадқиқот мақсади: бизнинг минтақамизда ҚКГИ билан касалланганларда клиник намоёнлашадиган гемомрагик синдром ва тегишли лаборатория тестлари билан тасдиқланадиган ТГС қандай ўринга эғалигини аниқлашдир.

Пациентлар, материал ва услублар: Бевосита кузатувимизда ёши 18дан 65гача бўлган 24 бемор (4-енгил, 8-ўрта оғир, 12-оғир оқимли) бўлди. 80 беморнинг (5- энгил, 20-ўрта оғир, 55-оғир оқимли) кўрсаткичлари ретроспектив равишда касаллик тарихларига асосан ўрганилди. Умумий ҳисобда 104 (100%) бемор бўлиб, ҚКГИнинг оқими 9 нафар беморда (8,65%) энгил, 28 (26,92%) - ўрта оғир, 67 (64,43%)- оғир бўлди. Лаборатория усулларидан гемограмма, коагулограмма кўрсаткичлари тахлил этилди. Қўшимча равишда периферик қондаги шизоцитлар миқдори ўрганилди.

Олинган натижалар ва мулоҳаза: Гемомрагик синдромнинг клиник жиҳатдан кучли намоёнлашиши касаллик оғир кечганларнинг барчасида(100%), касаллик ўрта оғир кечганларнинг 26 (92,85%) нафарида қайдланди. Гемомрагик синдромнинг клиник жиҳатдан ўртача намоёнлашиши 2 (7,15%) нафар ўрта оғир беморда қайдланди. Касаллик энгил кечган 9 бемордан 6 (66,66%)да гемомрагик синдромнинг энгил намоёнлашиши қайдланди. Фақат 3 (33,34%) беморда гемомрагик синдром қайдланмади. ТГС касаллик оғир кечганда барча (100%) пациентда, ўрта оғир кечганда 22 (78,57%) қайдланди. Касаллик энгил кечганда ТГС қайд этилмади. Коагулограмманинг асосий тестларидан бири протромбин индекси (ПТИ) кўрсаткичи билан шизоцитлар миқдорининг ўзгариши мутаносиб боғлиқлиги аниқланди. ПТИнинг камая бориши шизоцитлар миқдорининг орта бориши пропорционалликға эға экан. Критик кўрсаткич сифатида ПТИ 50% гача камайиши ва шизоцитларнинг 6%дан ортиши бўлди. ТГСни бартараф этиш учун паст молекуляр гепаринларнинг(клексан, фраксипарин ва ҳ.к.) терапевтик миқдори ПТИ кўрсаткичларига, детоксикацион терапиянинг самарадорлиги шизоцитлар миқдorigа қараб баҳоланди. ПТИ кўрсаткичининг орта бориши ва нормаллашиши, шизоцитларнинг камая бориши, ҳамда қайд этилмай қолиниши ижобий кўрсаткич ҳисобланиб, реконвалесценция бошланганидан дарак беради.

Хулоса. Қрим-Конго геморрагик иситмасининг клиник ва лабораториявий оқими бизнинг минтақамизда оғирроқ кечиб, оддий тестлар (ПТИ, гемограммада шизоцитлар) орқали объективланиши мумкин.

ҚРИМ КОНГО ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИ КЕЛИБ ЧИҚИШИДА АЙРИМ ЭПИДЕМИОЛОГИК ОМИЛЛАР

Сайдалиев С.С., Каршиева Н.З, Р.К., Худайбердиев Я.К.

Вирусология ИТИ, Эпидемиология, микробиология ва юкумли касалликлар ИТИ

Мавзунинг долзарблиги Қрим Конго геморагик иситмасининг(ҚГИ) ўта хавфли инфекциялиги ва ушбу касалликнинг табиий ўчоқлари бизнинг Республикамизда ҳам мавжудлигидан келиб чиқади. ҚГИ эпидемиологияси таҳлил этилганда асосий савол сифатида кана чаққанлигини аниқлаш ётади. Маълум каналарнинг асосий боқувчилари кемирувчилар бўлсада, айрим ҳолларда уй ҳайвонларининг ҳам ўзига яраша эпидемиологик салмоғи мавжуд. Шунинг учун эпидемиологик изланишлардан бири сифатида уй ҳайвонларининг каналанганлигини аниқлашдир.

Ишнинг мақсади. ҚГИ эпидемик занжирида уй ҳайвонларининг ўрнини аниқлаш.

Материал ва услублар. Ретроспектив тарзда турли йилларда ҚГИ касаллиги билан оғриган баморларнинг касаллик тарихлари ўрганилди.

Тадқиқот натижалари ва мулоҳазалар. Ўрганиб чиқилган касаллик тарихларидан маълум бўлишича, 20% ҳолларда ҚГИ билан касалланган беморлар анамнезида уй ҳайвонларини парваришлаш даврида инфекция юктирилган. 15% да уй ҳайвонларид мавжуд каналар беморлар тарафи дан терилиб, турли йўллар билан бартараф қилинган. Шундан 5% ҳолатда каналарни тош орасиг қўйиб ўлдирилганда, кана қони сачраб одам бадани контаминация бўлган. 10%да каналар қўл билан терилиб бошқа услубларда(оловга ташлаб, эзиб ўлдириш ва ҳ.к.) йўқ қилинган. 5% беморлар уй ҳайвонларини парвариш қилганларида кана чаққанлигини таъкидлаганлар. Қўшимча ахборот сифатида 20 ҳолатда ги уй ҳайвонлари билан боғлиқ ҚГИнинг келиб чиқишида, 5ҳолатда шу ҳафта ичида бошқа вилоятдан сотиб олиб келтирилган жонивор билан боғлиқлиги аниқланди.

Хулоса. ҚГИ иситмаси келиб чиқишида каналар билан зарарланган уй ҳайвонларининг эпидемиологик аҳамияти анча юқори бўлиб,шу жумладан миграция қилганларининг салмоғи ҳам сезиларли даражададир.Демак, ҚГИ профилактикасида миграция қилган уй ҳайвонларининг каналардан озодлигига эътибор бериш муҳимдир.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А (ВГА) КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Саидкасимова Н.С., Миртазаев О.М.

ТТА. Эпидемиология кафедраси. Тошкент шаҳар, Ўзбекистон.

Муаммонинг долзарблиги. Бизнинг мамалакатимизда ва кўпгина бошқа давлатларда ҳозирги давргача вирусли гепатит А (ВГА) касаллиги билан касалланиш (инцидентлик) кўрсаткичи анча юқори бўлиб, республикамизнинг маъмурий ҳудудлари бўйича касалланиш нотекис тарқалган. Нисбатан юқори касалланиш аҳоли сифатли ичимлик суви билан яхши таъминланмаган, санитария – гигиена шароити ночор бўлган ҳудудларда кузатилади.

Мақсад ва вазифа: ВГА касаллигининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ва вакцинопрофилактика самарасини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ўзбекистон республикаси давлат санитария эпидемиология назорати марказидан олинган расмий статистик маълумотлар эпидемиологик таҳлил қилинди. Ушбу тадқиқотни бажаришда эпидемиологик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Ўзбекистонда ВГА касаллиги билан касалланиш кўрсаткичи бугунгикунда ҳам нисбатан баланд бўлиб, бу кўрсаткич ҳар 100 минг аҳолига 2015 йилда – 100 дан кўпроқ, аммо касалланиш кўрсаткичи 1990-йилларга нисбатан 5 баробар камайганлиги аниқланди.

ВГА касаллигининг асосий самарали профилактикаси аҳолини сифатли ичимлик суви билан таъминлашдир. Кўпгина ривожланган мамлакатларда ушбу касалликнинг эпидемик авж олишлари аҳолини кафолатланган, сифатли сув билан таъминлаш натижасида камайтирилган.

Ҳозирги даврда Республикамизда ВГА касаллигига қарши болаларни эмлашга жалб этилмоқда. Ушбу вакцина жуда кўп хорижий мамлакатларда қўлланилади ва самарали вакцина эканлиги эпидемиологик тажрибаларда исботланган. Аммо бу вакциналар билан эмлаш, Ўзбекистоннинг миллий эмлаш календарига ҳозирча киритилгани йўқ. Ёш болалар эпидемик кўрсатмаларга биноан эмланади.

Аҳоли турмуш тарзи яхшиланиши, сифатли сув билан таъминланиши, болалар муассасаларида болаларга қайнатилган сув берилиши натижасида, боғча ёшидаги болаларининг деярли 60-70 % гепатит А га қарши эмланаётганлиги, ушбу ёшдаги болалар орасида ВГА касаллигининг бирмунча пасайишига олиб келди. Мактаб ёшидаги болалар орасида бу касаллик нисбатан кўпроқ. Шунинг учун мактаб ёшидаги болалар орасида ҳам вакцинопрофилактика ўтказилса, бу ҳақда ота-оналарга санитария-тарғибот ишлари кучайтирилса мақсадга мувофиқ бўлар эди.

Хулоса. ВГАга қарши самарали профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш, ташкиллаштириш ва амалга ошириш, айниқса ушбу касалликка қарши эмлаш самарали чора тадбир ҳисобланади.

ВОПРОСЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АРВТ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ

Сайитов Б.Ш., Ахмедова М.Д.

Ташкентская медицинская академия

Применение высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) сыграло значительную роль в снижении заболеваемости оппортунистическими инфекциями, а также повышении качества и увеличению продолжительности жизни больных ВИЧ-инфекцией (Мошкович Г.Ф. и др., 2010). Однако, известно, что ВИЧ обладает высокой изменчивостью и как следствие очень быстро становится устойчивым к антиретровирусным препаратам. Одним из основных причин развития резистентных штаммов и не эффективности АРТ является низкая приверженность к лечению (ПЛ) (Ribeiro R.M. et al., 2000). Опыт назначения ВИЧ-инфицированным пациентам ВААРТ наглядно показал недостаточность обычной модели принятия врачом решения о назначении лечения. При большинстве хронических заболеваниях требуется длительное применение большого количества лекарств, соблюдая при этом строго регламентированные предписания. При этом идеальная цель – 100% ПЛ, однако достижение подобного результата очень затруднительно и при большинстве хронических заболеваний достижение 80% ПЛ считается хорошим результатом. В случае ВИЧ инфекции дела обстоят иначе. Исследования, проведенные в США и в странах Европы, показали, что для поддержания эффективности терапии в течение длительного времени необходим очень высокий уровень ПЛ – 95% и более. Так, по данным D.Paterson и соавт. (2000), снижение ПЛ на 90% выражалось в том, что успешное подавление репликации вируса произошло только у 45% пациентов. Результаты исследований Chesney M.A. и соавт. (2001) показали, что повышение ПЛ на 10% приводит к снижению риска прогрессирования заболевания на 20% а ее 10% снижение увеличивает риск прогрессирования на 16%.

Изучив проблему приверженности к ВААРТ Бикмухаметов Д.А. и соавт. (2007г.) распределили факторы влияющие на ПЛ, на 3 группы: 1) факторы, связанные с препаратами и режимом лечения; 2) факторы, связанные с внешними для пациента условиями: социальное окружение пациента, взаимоотношение с врачом и др.; 3) факторы, связанные с пациентом, его образом жизни, личностными и поведенческими особенностями. Результаты опроса пациентов Беляевой В.В. и соавт. (2014) позволили выявить следующие основные риски нарушения режима АРВТ: забыл принять препарат или форма-жорные ситуации - 21,7%, безответственность по отношению к себе и здоровью - 15,2%, неудобный режим АРВТ - 13%, наличие у пациента вредных привычек (алкоголизм, наркомания) - 6,8%, а также незнание или непонимание важности терапии и болезни - 12,6%. Сравнительный анализ ПЛ в группах больных употребляющих и не употребляющих наркотики, показал, что ПЛ значительно выше во второй группе пациентов (Байжанов А.К., Кучкарова Н.М., 2013). Важным фактором влияющим на ПЛ у ВИЧ инфицированных является психологическое состояние больного (Эйдемиллер Э.Г. и соавт., 2015, Очиллов У.У., 2015). Также, не менее важным фактором влияющим на ПЛ у ВИЧ инфицированных является формирование доверительных отношений

между врачом и пациентом. Результаты исследований Беляевой В.В. и соавт. (2014) показали недостаточное осознание медицинскими работниками задачи формирования приверженности как активного процесса, требующего усилий по его реализации, как от пациента, так и от врача.

Таким образом, в заключении можно сказать, что проблема приверженности к АРВТ остается актуальной и изучение факторов влияющих на нее поможет разработать и внедрить в практику подходы по повышению ПЛ. Это в свою очередь позволит повысить эффективность АРВТ и снизить риск развитие резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ОЦЕНКЕ ОТСУТСТВИЯ МЕСТНОЙ ПЕРЕДАЧИ МАЛЯРИИ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА

Саипов Ф.С., Бабаходжаев С.Н., Ахмедова М.Д., Халилова З.Т.,

Меркушкина Т.А.

НИИЭМИЗ МЗ РУз, г.Ташкент

Нами осуществлен дозорный эпидемиологический анализ случаев малярии в Сурхандарьинской области за период 2000-2008 гг. Следует отметить, что с 2011г. в области не регистрируются как завозные, так и местные случаи малярии.

Материалы и методы. Нами изучено 320 историй болезни и эпидемические карты больных перенесших малярию и контактировавших с ними жителей в различных административных территориях Сурхандарьинской области в период 2000 - 2014 гг. Обследование проходило с помощью метода дозорного эпидемиологического надзора. Полученные результаты обработаны с помощью методов вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что за указанный период в области было зарегистрировано 320 случаев малярии, из них 319 (99,8%) - трехдневной и только - 1 (0,2%) - тропической. Количество контактных оказалось 618. Наибольшее количество, как больных, так и контактных лиц выявлено в Денауском районе области - 57 (17,8%) и 210 (33,9%), соответственно. Следующим по частоте встречаемости малярии является Алтынсайский район - 53 (16,5%) - больных и 209 (33,8%) - контактных. Довольно высокие показатели обнаружены и в приграничном с Таджикистаном Сариассийском районе - 48 (15,0%) - больных и 137 (22,1%) - контактных. В другом приграничном районе с Таджикистаном - Узунском число больных наряду с Денауским самое высокое в области 57 (17,8%), хотя число контактных лиц составляет всего 29 (4,7%). Больные малярией выявлены во всех остальных районах области, в то время как контактные лица не обнаружены в таких районах как Шурчинский, Ангорский, Кумкурганский. Дальнейший анализ показал, что 64 случая малярии были завозными, из них 62 (96,8%) - из Таджикистана и 2 (0,62%) - из Казахстана. Зарегистрировано 256 (80,0%) местных случая, которые классифицировались следующим образом - заражение произошло по месту жительства - 137 (53,5%), заражение произошло в другом районе Сурхандарьинской области - 117 (45,7%) и заражение произошло в другой области (Кашкадарьинская) - 2 (0,78%). При ознакомлении с условиями проживания больных установлено следующее: 304 (95,0%) больных проживали в частных домах, 15 (4,68%) - в отдельных квартирах и только 1 больной (0,31%) - в общежитии. Из этих представленных данных следует, что большинство больных проживали в частных домах, которые в большинстве случаев не отвечали санитарно-эпидемиологическим требованиям, обеспечивающим жителей от нападения малярийных комаров. Виды случаев у 305 (95,3%) больных были первичными, у 15 (4,7%) - рецидивными. Распределение случаев по полу: в 182 (56,8%) случаях болели мужчины, в 138 (43,2%) - женщины. В отношении контактных эти цифровые

данные выглядели следующим образом: 310 (50,1%) - мужчины и 308 (49,9%) - женщины. На основании этих результатов можно утверждать, что малярией в условиях Сурхандарьинской области более часто болели мужчины, чем женщины, что может быть связано с их профессиональной деятельностью. Как известно, в сельской местности Узбекистана большинство мужчин в жаркие месяцы года (весной, летом, ранней осенью) занимаются поливными и сельскохозяйственными работами, в том числе выращиванием риса. Как известно рисовые чеки являются местами выплода личинок малярийных комаров. Близость человека к переносчику малярии в период его активного размножения в жарких условиях повышается риск распространения малярии.

Таким образом, завоз малярии на территорию Узбекистана, в основном осуществлялся из соседнего Таджикистана эндемичного в отношении малярии, наиболее высокие показатели заболеваемости малярией отмечались в Денауском районе области, так как он является центром торговли области, где скапливается большое количество торговцев из соседнего Таджикистана. Высокие показатели заболеваемости малярией в Алтынсайском районе вызваны тем, что в данном районе имеются места паломничества мусульман, где и произошло массовое поражение людей малярией. Высокие показатели заболеваемости малярией в Сариассийском районе вызвано близостью границ с Таджикистаном, возможностью перелёта малярийного комара на территорию Узбекистана, а также тесными родственными отношениями населения приграничных районов и миграцией населения. Все перечисленные факторы имеют важное эпидемиологическое значение в распространении малярии.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МАЛЯРИИ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА.

Саипов Ф.С., Бабаходжаев С.Н., Ахмедова М.Д., Халилова З.Т., Меркушкина
Т.А.

Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и
инфекционных заболеваний МЗ РУз, г.Ташкент

Материалы и методы. Нами осуществлен дозорный эпидемиологический анализ 320 историй болезни и эпидемических карт больных перенесших малярию и контактировавших с больными малярией жителей в различных административных территориях Сурхандарьинской области в период 2000 - 2014 гг.. Показаны результаты энтомологических исследований в очагах малярии в Сурхандарьинской области. Весь цифровой материал подвергнут обработке с использованием вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. За изучаемый период в Сурхандарьинской области было выполнено в целом 210 энтомологических исследований, во всех случаях обнаружен *An.superpictus*. Данный факт соответствует наблюдениям Жахонгирова Ш.М. и соавторов (2015), обнаруживших данный вид малярийного комара в горной долине Байсун, на высоте 1400м. над уровнем моря. Эти же авторы в конце октября 2008г. находили зимующих самок *An.superpictus* в помещениях для скота, а в других помещениях как жильё людей, кладовых и прочих хозяйственных постройках комаров не обнаружили. В 3 (1,4%) случаях выявлен *An.pulcherrimus* в Кумкурганском районе. Следует особо подчеркнуть, что в 42 (13,1%) случаях в Термезском, Шерабадском и Денауском районах области выделен редкий для Узбекистана вид малярийного комара - *An.culex*.

В этой связи особый интерес представляет анализ результатов микроскопии крови перенесших малярию больных. Как показали результаты проведенных исследований в 29 (9,0%) образцах крови обнаруживались только юные трофозоиты, в 14 (4,3%) - все виды трофозоитов, в 3 (0,9%) образцах все виды шизонтов и трофозоитов, в 63 (19,6%) образцах - трофозоиты, шизонты и гаметоциты вместе взяты. Следует отметить, что в результате микроскопии крови контактных были выявлены 3 больных малярией (среди них 1 ребенок 4 лет). Нам удалось собрать дополнительные эпидемиологические сведения по фактам заражения жителей Сурхандарьинской области малярией. Так, в Узунском районе в 14 (24,5%) завозных случаях больные посещали район Регар соседнего Таджикистана. В 13 (22,8%) случаях постоянное местожительство больных было расположено в 50 - 300м. от анофелогенной зоны в Таджикистане (Кофирникол). В 15 (26,3%) случаях место проживания больных располагалось на расстоянии от 200м. до 3км. от границы с Таджикистаном вблизи с анофелогенными зонами (Коратог, Корадарья). В Шурчинском районе 7 (1,5%) больных заразились малярией в приграничном с Таджикистаном Сариассийском районе: 17 (38,6%) больных посещали санаторий в районе Алтынсай, Хужайлок, где отмечалась

вспышка малярии. В Ангорском тумане 2 больных заразились в Байсунском районе, 2 посещали санаторий в Алтынсайском районе. 2 жители Термезского района заразились в Байсунском районе, 2 посещали вышеупомянутый санаторий в Алтынсайском районе, 6 посещали г. Душанбе, Таджикистан. В Байсунском районе 7 заразившихся работали на сезонных работах вместе с гражданами Афганистана, 9 посещали санаторий в Алтынсайском районе. 3 жителей Шеробода посещали Шеробод (Шардуз), 3 заразились в Сариясийском районе, 1 заразился в Узунском районе. Эти данные дали дополнительные сведения об эпидемиологических особенностях малярии в условиях Сурхандарьинской области. Завозные случаи малярии в этой области происходили также за счет жителей области, посещавших соседний Таджикистан. В заражении населения области имело значение близость места их постоянного проживания с анофелогенными зонами, расположенными на территории Таджикистана. Жители Шурчинского, Ангорского и Термезского районов заразились в санатории Хужайлок в Алтынсайском тумане, где отмечались случаи малярии. Малярия наблюдалась и среди сельхозработников, которые работали в сезонных работах вместе с гражданами Афганистана.

Таким образом, мы полагаем, что дополнительные эпидемиологические сведения, выявленные в ходе проведения дозорного эпидемиологического надзора, будут способствовать более своевременному выявлению источников инфекции малярии, что имеет несомненное значение в предупреждении местных случаев малярии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ИЗУЧЕНИЮ ЭМБРИОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ГЕННО- МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОДУКТА

Собирова Д.Р.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз, г. Ташкент

Целью исследования было изучение и оценка эмбриотоксического действия генно-модифицированного продукта (ГМ-продукт) соевой муки №24 на лабораторных животных в динамике эксперимента.

Материалы и методы. Нами в экспериментальные исследования были привлечены 35 белых беспородных крыс, которые распределяли на 2 группы: контрольная (n=16), которые получали только общевиварный рацион питания; опытная (n=19), которые вместе с общевиварным рационом получали и ГМ-продукт - соевую муку №24. Методика исследования была идентичной в обеих группах. Статистическую обработку материала проводили традиционными методами вариационной статистики. Все исследования проведены в рамках гранта АДСС-15.17.4.

Результаты исследований. При добавлении в рацион соевой муки №24 (по 0,02-0,003 г на одну крысу) во время спаривания (30 дней до спаривания и далее кормление с момента спаривания) количество фертильных самок составили $64,3 \pm 12,8\%$, которая достоверно выше показателей контрольной группы - $27,3 \pm 13,4\%$ ($P < 0,001$). Достоверные отличия между группами отмечаются и по показателям наступления беременности у самок крыс - $72,7 \pm 13,4\%$ в опытной группе против $35,7 \pm 12,8\%$ в контроле ($P < 0,001$). Показатель родивших самок в контрольной группе было в 3,4 раза больше, чем в опытной группе - соответственно $72,7 \pm 13,4\%$ против $21,4 \pm 10,9\%$ ($P < 0,001$). Из опытной группы беременных умерли 2 самки ($14,3 \pm 9,3\%$), а в контрольной группе умерших беременных самок не отмечали.

Изучение влияния соевой муки №24 на постнатальное развитие потомства, показали, что результаты были близки между собой. Беременные самки контрольной группы (n=8) родили 39 крысят (в среднем на одну самку 4,9 крысят), а беременные самки опытной группы (n=3) родили 9 крысят (в среднем на одну самку 3,0 крысят).

По всем изученным показателям физиологического развития крысят эмбриотоксического влияния изучаемого ГМ-продукта на новорожденных крысят не обнаружены. Полученные результаты были идентичны в обеих группах исследования.

Таким образом, в опытной группе количество фертильных самок было достоверно выше показателей контрольной группы, а по показателям наступления беременности у самок крыс результаты были наоборот. Показатель родивших самок в контрольной группе в 3,4 раза больше, чем в опытной группе, также отмечали смертность у беременных самок опытной группы. Эмбриотоксического влияния соевой муки №24 на новорожденных крысят по основным показателям физиологического развития не обнаружены, показатели были практически идентичными в обеих группах.

ГЕН-МОДИФИКАЦИОН МАҲСУЛОТНИНГ ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИ ГЕМАТОЛОГИК ВА БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИГА ТАЪСИРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Собирова Д.Р., Носирова А.Р.

ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ

Ушбу илмий иш мақсади ген-модификацион маҳсулот – 24-сон соя унининг тажрибада лаборатория ҳайвонлари гематологик ва биокимёвий кўрсаткичларига таъсирини аниқлаш ва баҳолаш бўлди.

Бунинг учун оғирлиги камида 180 г бўлган оқ зотсиз каламушлар ($n=12$) олинди. Уларнинг асосий гуруҳига ($n=6$) умумвиварий рационига қўшимча сифатида ген-модификацион маҳсулот (24-сон соя уни) қўшиб берилди, назорат гуруҳи ҳайвонлари ($n=6$) фақат умумвиварий рацион билан боқилди.

Гематологик кўрсаткичлар анъанавий усулларда текширилди.

Тажриба гуруҳидаги ҳайвонларнинг қонидаги гемоглабин кўрсаткичи назорат гуруҳига нисбатан 1,2 баробар камайган ($63,16 \pm 7,06$ г/л ва $75,66 \pm 8,46$ г/л). Бундан ташқари, лейкоцитлар сони назорат гуруҳига нисбатан 2,6 баробар камайган ($1,95 \pm 0,36 \times 10^9$ /л ва $5,05 \pm 3,59 \times 10^9$ /л), меъёрада қонда учрамайдиган метамиелоцитлар (етилмаган лейкоцитлар) ҳам топилди ($0,33 \pm 0,33$). Шунинг таъкидлаб ўтиш керакки, назорат гуруҳидаги ҳайвонларнинг қонида бўлмаган эритроцитдаги Жолли таначалари ва токсик донатор лейкоцитлар топилди. Қондаги бундай ўзгаришлар соғлом ҳайвонларда бўлмайди.

Қонни биокимёвий таҳлил натижалари шунинг кўрсатдики, назорат гуруҳига нисбатан тажриба гуруҳидаги ҳайвонларнинг қонидаги креатинин 1,3 баробарга, бриккан билирубин 1,7 га, АСТ 1,5 га, АЛТ 1,4 га, мочевина 1,4га, глюкоза 1,4га ($P < 0,05$) миқдори камайганлиги аниқланди. Бундан ташқари, умумий оқсил 1,1 баробарга ($P < 0,05$) ва билирубин миқдори эса 1,5 га камайган.

Шундай қилиб, гематологик параметрлардан кўриниб турибдики, тажриба гуруҳидаги лаборатор ҳайвонларда гемоглабин сонини пасайиши ва лейкоцитлар миқдорини сезиларли даражада камайиши, организмни касаллика қарши курашиш даражаси сусайганлигини кўрсатади. Етилмаган лейкоцитларни (метамиелоцитлар) аниқланиши эса иммун системани кучайтириш мақсадида захирадаги тўлиқ анатомик ва физиологик жихатдан шаклланмаган лейкоцитларни қонга чиқаётганини кўрсатди. Эритроцитлардаги Жолли таначалари ва лейкоцитлардаги токсик донаторликни учраши эса организмда патологик жараён содир бўлаётгани ва жигарни антитоксик фаолияти сусайганлигидан далолат беради. Биокимёвий таҳлил натижаларига кўра, тажриба гуруҳи ҳайвонлари қонидаги биокимёвий кўрсаткич мувозанат бузилганини билдиради. Умумий оқсил, эркин билирубин миқдорини ошиши ва АЛТ, АСТ, бриккан билирубин, мочевина, глюкоза миқдорини камагани организмни гепато-биллиар тизимини зўриқиб ишлаётганидан дарак беради.

ТАЖРИБАДА БАКТЕРИАЛ ТРАНСЛОКАЦИЯ ИНТЕНСИВЛИГИГА ИММУН ТИЗИМИНИНГ ТАЪСИРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ

Сувонов К.Ж.

ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ, Тошкент.

Илмий иш мақсади бактериял транслокация (БТ) шаклланиш ва ривожланиш механизмида организм иммун тизими ўрнини тажрибада тотал иккиламчи иммунодефицит моделида ўрганиш бўлди.

Бунинг учун оғирлиги камида 25 гр бўлган оқ зотсиз сичқонлар (n=32) олинди ва тотал иккиламчи иммунодефицит модели - нур касаллигидан фойдаланилди. Нурлантирилган сичқонлар 4 гуруҳга бўлинди: 1 гуруҳ - ўткир ингичка ичак тутилиши (ЎИИТ) чақирилганлар; 2 гуруҳ - ўткир йўғон ичак тутилиши (ЎЙИТ) модели; 3 гуруҳ - таққослаш гуруҳи; 4 гуруҳ - назорат гуруҳи. Натижаларни қиёсий таҳлил қилиш мақсадида тотал иккиламчи иммунодефицит ҳолати чақирилмаган оқ зотсиз сичқонларда ҳам ЎИИТ (n=120) ва ЎЙИТ (n=120) моделларида тадқиқотлар ўтказилди. Микробиологик тадқиқотлар учун тажриба ҳайвонлари мезентериал лимфа тугунлари (МЛТ), жигари, талоғи, ўпкаси асептика қоидаларига амал қилинган ҳолда олинди. Барча аъзолар тегишли озиқ муҳитларга “босма-суртма” усулида экилди. Идентификация Bergey's [1997] бўйича олиб борилди.

Тажрибавий ЎИИТ да нурлантирилмаган лаборатория ҳайвонлари МЛТ дан обтурациядан 24 соат ўтгач, 45,8% ҳолатда микроорганизмлар униши кузатилди. Нурлантирилган сичқонларда эса бу кўрсаткич 100,0% ни ташкил этди. Нурлантирилмаган сичқонларнинг таққослаш ва назорат гуруҳларида униш кузатилмади, нурлантирилганларнинг шу гуруҳларида барча аъзоларда микроорганизмлар униши 100% лик натижани кўрсатди. Ҳатто, таққослаш ва назорат гуруҳларида ҳам камида 50,0% лик униш кузатилди. ЎЙИТ да ҳам ЎИИТ каби натижалар олинди.

Нурлантирилмаган оқ зотсиз сичқонлар жалб этилган ЎИИТ моделида обтурациядан 24 соат ўтгач, микроорганизмлар ассоциациялари монокультура кўринишидан 3,6 мартага кўп учради. Нурлантирилган сичқонларда ҳам бу тенденция кузатилди, аммо БТ интенсивлиги сезиларли даражада ошди ва ассоциация шакли 24 соатдан кейин 100% ҳолатда кузатилди. ЎЙИТ моделида ҳам юқоридагига ўхшаш тенденция сақланиб қолди.

Микроб пейзажининг тотал иккиламчи иммунодефицит чақирилган ва чақирилмаган лаборатория ҳайвонлари аъзолари бўйича қиёсий таҳлили нурлантирилган ва нурлантирилмаган ҳайвонларда штаммлар униш фоизлари орасидаги тафовут барча штаммлар бўйича яққол намоён бўлганини кўрсатди.

Шундай қилиб, тажрибавий ЎИИТ ва ЎЙИТ моделларида тотал иккиламчи иммунодефицит чақирилган оқ зотсиз сичқонларда БТ интенсивлиги юқори бўлиб, нурлантирилмаган сичқонлар кўрсаткичларидан ишонарли фарқ қилиши, барча ҳолатларда ассоциация кузатилгани аниқланди. Анаэробларнинг транлокацияга қодирлик даражаси пастлиги иммун тизим таъсирида эканлиги аниқланди, чунки тотал иккиламчи иммунодефицит ривожланганда МЛТ ва жигардан *Bacteroides spp* ҳар иккала моделда ҳам кўп фоизларда унди.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Султанов А.Т., Рожкова С.Н., Назарова И.Д., Салихова М.З.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Вовлечение кишечника в патологический процесс при сепсисе занимает по частоте второе место. Энтероколиты являются не только результатом действия возбудителей и их токсинов, но и поддерживаются развитием дисбиоза на фоне массивной и длительной антибактериальной терапии. Этим объясняется сложность коррекции поражения кишечника при сепсисе.

Целью работы была оценка комплексной терапии септических энтероколитов у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 2-х месяцев до года с септическими энтероколитами, которые развивались в разные сроки течения сепсиса. Начиналось поражение кишечника постепенно с метеоризма, кишечной колики, срыгиваний, редко рвотой, лихорадкой до 38 С и парэнтеральными явлениями с патологическим стулом до 8-10 раз в сутки. В копрограмме были лейкоциты у 60% детей, примесь слизи у 77,5% и единичные эритроциты у 10%. Исследование микробиоты кишечника выявило дисбиоз первой и второй степени.

Результаты исследования. Лечение энтероколита прежде всего зависело от правильной организации питания. Идеальным продуктом было грудное молоко. При смешанном и искусственном вскармливании использовались базисные смеси с пробиотиками и пребиотиками в сочетании с адаптированными кисломолочными и безлактозными продуктами. Каши домашнего приготовления заменялись на промышленные безмолочные и безглютеновые, обогащенные витаминами и минеральными веществами. Проводилась оральная регидратация по схемам приказа №225. Учитывая патологическую копрограмму и выделения условно патогенной и патогенной флоры в микробиоте кишечника (протей, эпидермальные и патогенные стафилококки, клебсиелла, цитробактер) детям проводилась терапия кишечными антисептиками, бактериофагами, ферментами. С хорошим эффектом использовалась эмульсия Стопдиара, содержащая кроме нифуроксазида, обладающего широким спектром действия, симетикон, который снимал метеоризм и кишечную колику. При стафилококковой этиологии дополнительно назначался 1 % раствор хлорофиллипта орально. Для восстановления нормального кишечного биоциноза назначались эубиотики, пробиотики на 15-20 дней. При стихании патологического процесса использовалась иммуномодулирующая терапия. Сниженный аппетит корригировался назначением Триметабола с 6 месячного возраста.

Заключение. Проводимый комплекс лечения септических энтероколитов оказался эффективным, способствовал нормализации стула и копрограммы у 84% детей. 16 % детей выписаны из стационара с неустойчивым стулом, что требовало проведения реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С.

Султонова Г.Ю., Абдурахимова З.А.

ТМА

Цель: данной работы стало изучение некоторых показателей липидного обмена у больных с хроническими вирусными гепатитами В и С и их сравнительная оценка.

Под наблюдением были 80 (100%) страдающих вирусным гепатитом В, возрасте от 18 до 51 лет, среди которых, 27 (33,7%) женщин, 53 (66,3%) мужчин и 76 больных ХГС с 1 и 3 генотипом в возрасте от 18 до 54 лет, 46 из них были мужчины (61,8%) и 30 женщин (38,2%). По течению болезни данные пациенты разделены на 3 группы: с минимальной активностью хронических вирусных гепатитов В и С – 24 (30,0%) и 28 (36,8%), с низкой активностью – 43 (53,7%) и 36 (47,4%) , и со средней активностью течения – 13(16,3%) и 12 (15,8%) соответственно. У пациентов определялись уровни холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой и высокой плотности. Показатели холестерина у пациентов с минимальной активностью течения гепатитов В и С составляли $4,94 \pm 0,5$ и $4,1 \pm 0,6$ ммоль/л; с низкой активностью течения – $5,6 \pm 0,2$ ммоль/л и $4,8 \pm 1,2$; со средней активностью течения - $6,9 \pm 0,2$ и $5,0 \pm 1,3$ ммоль/л соответственно. Показатели триглицеридов повышались достоверно в группах у пациентов с хроническими В и снижались у пациентов с хроническим гепатитом С и составляли– $1,7 \pm 0,08$ (ХГВ) и $1,5 \pm 0,3$ (ХГС) у лиц с минимальной активностью течения; $2,5 \pm 0,1$ (ХГВ) и $1,2 \pm 0,5$ (ХГС) с низкой активностью течения и $2,9 \pm 0,12$ (ХГВ) и $1,1 \pm 0,3$ ммоль/л (ХГС). Показатели ЛПНП составляли $3,7 \pm 0,2$ (ХГВ) и $3,4 \pm 1,0$ ммоль/л (ХГС) у пациентов с минимальной, $4,21 \pm 0,3$ (ХГВ) ммоль/л и $3,7 \pm 1,1$ ммоль/л (ХГС) – с низкой, $4,81 \pm 0,6$ ммоль/л и $4,5 \pm 0,9$ ммоль/л (ХГС) – со средней активностью течения хронического вирусного гепатита В. Что касается ЛПВП, по данные показатели снижались меньше нормы в обеих формах гепатитов и составляли в первой группе $1,3 \pm 0,08$ ммоль/л и $1,3 \pm 0,1$ ммоль/л, во второй – $0,84 \pm 0,12$ ммоль/л и $0,9 \pm 0,2$ ммоль/л, в третьей $0,73 \pm 0,15$ ммоль/л и $0,81 \pm 0,25$ ммоль/л.

Вывод: Данное исследование показало, что прогрессирование течения ХГВ и ХГС, ярко отражается на показателях обмена липидов. Так с активацией процесса, отмечается изменение показателей липидного обмена в виде – повышение холестерина и ЛПНП вне зависимости этиологии хронического гепатита, увеличение показателей триглицеридов при ХГВ и снижение их при ХГС. Также имело место уменьшение показателей ЛПВП в обоих случаях.

ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В С РАЗЛИЧНЫМ ФЕНОТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Ташпулатова Ш.А.

ТМА

Целью исследования явилось изучение течения и исходов хронических вирусных гепатитов В в зависимости от особенностей системы фенотипа ацетилюрования.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 18 больных с диагнозом ХВГВ, средний возраст больных составил $33,6 \pm 3,6$ лет. Все больные поступали на лечение в клинику НИИЭМИЗ в период обострения болезни за 2013 год. Диагноз верифицирован на основании выявления серологических маркеров гепатита В (ИФА).

Фенотип ацетилюрования определяли по методу Brodi и Axelrod в модификации Попова Т.А. и Леоненко О.Б.(1977). В качестве тест - препарата использовали сульфадимезин в дозе 7 мг/кг веса тела. Показатель ниже 50% соответствовал фенотипу медленный ацетилюрования (МА), 50% и выше – фенотипу быстрый ацетилюрования (БА) (2).

Результаты и обсуждение. При анализе фенотипа ацетилюрования выявлено, что из 18 больных – у 6 ($33,3 \pm 11,4\%$) отмечался быстрый ацетилюрования (БА), у 12 ($66,7 \pm 11,4\%$) - медленный ацетилюрования (МА) ($P < 0,05$).

В группе с БА из 6 больных - в 2 ($33,3 \pm 21,2\%$) случаях отмечалась низкая активность хронического процесса, у 4 ($66,7 \pm 21,2\%$) умеренная активность процесса. У быстрых ацетилюторов не наблюдались осложнения болезни. Из анамнеза выявлено, что у 4 больных с БА диагноз ХВГВ установлен более 5 лет назад. У больных с МА из 12 - в 7 ($58,3 \pm 14,9\%$) случаях отмечалась умеренная, у 5 ($41,7 \pm 14,9\%$) выраженная активность хронического процесса. У 3 ($25,0 \pm 13,1\%$) больных с МА хронический процесс осложнился циррозом печени и у 2 ($16,7 \pm 11,2\%$) наблюдалась постгепатитная спленомегалия. В анамнезе у всех больных с МА диагноз ХВГВ установлен более 2 лет назад.

У одного больного с БА обострение хронического процесса началось остро, с повышением температуры тела. У остальных больных с ХВГВ болезнь начиналась постепенно со слабости, недомогания, снижения трудоспособности, тошнотой и однократной рвотой, болью в суставах, в животе и головными болями, желтушностью кожных покровов, холурией и ахолией.

В группе больных с МА такие клинические симптомы как, желтушность и сухость кожных покровов, холурия, ахолия встречались достоверно часто ($P < 0,05$) по сравнению с больными в группе с БА. В группе больных с БА по сравнению группой с МА болезнь протекала с артралгическим синдромом ($P < 0,05$).

При анализе показателей лабораторных данных больных обеих групп установлено, что в группе больных с МА значения биохимических показателей были выше по сравнению с группой больных с БА.

Заключение. Среди пациентов с ХВГВ доля быстрых ацетилюторов составляет 33,3%, медленных – 66,7%, что свидетельствует о большей распространенности заболевания среди пациентов с медленным типом ацетилюрования. Для лиц с быстрым типом ацетилюрования характерно длительное, относительно благоприятное течение болезни с меньшим числом развития осложнений. У пациентов с медленным типом ацетилюрования в абсолютном большинстве случаев развивается ХВГВ тяжелого течения с преобладанием холестатического синдрома. Ацетилюторный фенотип может использоваться в качестве маркера прогноза течения и исхода ХВГВ: медленный тип ацетилюрования является предиктором неблагоприятного течения заболевания, быстрый тип ацетилюрования – маркер неосложненного течения болезни.

ДИНАМИКА АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ ВПГ -1/2- ИНФЕКЦИЕЙ

Темирова С.Ё.
НИИЭМИЗ МЗ РУз

Целью данного исследования явилось изучение антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсibilизированных к тканевым антигенам (АСЛ к ТА) мозга, печени, почек, легких, у женщин - яичника, эндометрия и миометрия, у мужчин – предстательной железы, у больных герпесвирусными инфекциями (ВПГ 1,2) в динамике заболевания для прогнозирования эффективности лечения.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 59 больных с впервые возникшей ВПГ -1/2- инфекцией (орофасциальной и генитальной) в динамике заболевания.

Полученные результаты показывают, что наиболее выраженное повышение значений по сравнению с показателями в норме отмечаются в показателях АСЛ к ТАГ яичника (в 3,5 раз) и эндометрия у женщин (в 4,08 раз), миометрия (в 3,18 раз), простаты у мужчин (в 4,4 раз), АСЛ к ТАГ печени (в 2,06 раз), почек (в 2,34 раза), ткани легкого (в 1,83 раза).

Сопоставление полученных результатов с клиническими проявлениями обследованных больных показывают присутствие у подавляющего большинства больных сопутствующих заболеваний. Так, в данной группе больных одинаково часто отмечались как заболевания органов дыхания (51,5%), так и урогенитального тракта (54,5%). Причем, в основном (40,9%) хронический тонзиллит, у женщин (n=36) (58,3%) – хронический цистит. Также, многие больные (30,3%) отмечали наличие хронического холецистита.

Таким образом, уровень АСЛ к ТА печени, почек, легких и половых органов являются объективным отражением состояния данных органов у обследованных больных.

Анализ динамики показателей АСЛ к ТА печени, почек, легких показал некоторое снижение относительно данных до лечения, оставаясь при этом достоверно выше показателей в норме.

Остаются довольно на высоком уровне показатели АСЛ к ТА половых органов у больных женщин и мужчин после проведенного курса противогерпетической терапии (яичников - $5,41 \pm 0,26\%$; эндометрия - $5,97 \pm 0,24\%$; миометрия - $2,80 \pm 0,11\%$ и простаты – $5,68 \pm 0,21$) относительно показателей в норме ($2,21 \pm 0,20\%$; $1,95 \pm 0,22\%$; $1,42 \pm 0,18\%$ и $1,80 \pm 0,15\%$, соответственно), все же достоверно снижаясь относительно показателей до лечения ($7,76 \pm 0,21\%$; $8,26 \pm 0,24\%$; $4,51 \pm 0,11\%$ и $7,96 \pm 0,18\%$, соответственно).

Анализ динамики индивидуальных показателей АСЛ к ТАГ, показывает, что из 59 обследованных больных отмечается нормализация показателей в среднем только в 30,5% случаях.

Сопоставление полученных результатов исследования показывает, что герпетическая инфекция сопровождается высокой степенью органических поражений, которые в динамике заболевания в результате проведенной терапии имеют

тенденцию к нормализации, сохраняя при этом достоверные различия с показателями в норме.

Выводы. Особенностью динамики АСЛ к ТАГ является повышение их содержания в крови с достижением максимального уровня в период разгара клинических проявлений с последующим их снижением в период поздней реконвалесценции.

РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕНОВ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Темирова С.Ё., Ахмедова Х.Ю.

НИИЭМИЗ МЗ РУз

Популяционно-генетические исследования может дать возможность прогнозировать ожидаемые частоты тех или иных заболеваний, чувствительность к которым сцеплена с тем или иным HLA геном. В некоторых случаях обнаружение определенного HLA антигена имеет диагностическое и персонально прогностическое значение. Например, по данным разных авторов от 88 до 96% лиц, страдающих анкилозирующим спондилитом, несут ген HLA-B27 при его частоте среди здоровых лиц всего 4%. Следовательно, обнаружение антигена HLA-B27 фактически прямо означает вероятность появления спондилита у данного индивидуума.

Цель исследования. Изучение особенностей распределения антигенов гистосовместимости у больных генитальным герпесом.

Материал и методы. Изучение распределения антигенов гистосовместимости проводили на лимфоцитах венозной крови, выделенных в градиенте плотности фиколл-верографина. Определение HLA-антигенов осуществляли в лимфоцитотоксическом тесте с анти-HLA сыворотками, производства РЦИТТ, г. Санкт-Петербург. Выявляли 17 специфичностей HLA-A и 20 специфичностей HLA-B. В качестве комплемента использовали нормальную кроличью сыворотку. Учет результатов проводили под микроскопом по 4-х бальной шкале (Terasaki P.J., Mc.Clelland J., 1964).

У 25 больных с генитальным герпесом были обследованы половые партнеры. Определение антигенов системы HLA в лимфоцитах периферической крови 25 пар больных с генитальным герпесом и 13 относительно здоровых жителей г. Ташкента коренной популяции без признаков герпесвирусных инфекций в анамнезе (повышение температуры, высыпания различной локализации, общее недомогание и т.д.) проведено в лаборатории клинической иммунологии НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз (зав. лабораторией д.м.н. Гулямов Н.Г.).

Результаты исследования обработаны общепринятыми статистическими методами с использованием компьютерных программ с определением критерия достоверности ($\chi^2 > 3,841$, что соответствует $P < 0,05$), показателя относительного риска ($RR > 2,0$).

Полученные результаты. Анализ распределения HLA антигенов в группе относительно здоровых лиц показывает наибольшую частоту встречаемости HLA аг A2 и B13 (38,5% и 30,8%, соответственно), что согласуется с данными, полученными ранее сотрудниками данной лаборатории на 245 донорах в 1980-1990 гг. (Шимолин А.П., Ахмедова Х.Ю.).

Сопоставление распределения антигенов гистосовместимости у больных ГВИ с проявлениями заболевания (39 больных) и здоровых показало, что направленность изменений некоторых HLA антигенов неодинакова. Статистический анализ позволил выделить с высокой достоверностью HLA

антигены В14 (28,21% против 0,00% в контрольной группе; $\chi^2 - 4,14$); В17 (41,03% против 7,69% в контроле; $\chi^2 - 4,11$; RR – 7,11; EF – 7,11).

Достоверно высоко отличаются группа здоровых и больных герпесвирусными инфекциями и их партнеров с клиническими проявления по HLA В40 ($\chi^2 - 6,24$), который отсутствует в группе больных и регистрируется в группе относительно здоровых лиц.

Показатель относительного риска или иначе показатель силы ассоциации свидетельствует о положительной ассоциации, если $RR > 2,0$ того или иного HLA антигена с заболеванием. Итак, наличие HLAaг В8 (RR -4,71); В14 (RR – 6,00); В17 (RR – 7,11); В18 (RR – 4,14) говорит о положительной ассоциации данного заболевания с этими антигенами, но достоверно часто регистрируются только HLAaг, указанные нами выше – В14, В17.

Полученные данные сравнительного анализа распределения антигенов гистосовместимости в группе партнеров без клинических проявлений (n=11) и группой больных и партнеров с проявлениями заболевания (39 больных) показывают, что в группе с выраженными клиническими проявлениями высоко достоверно выявлены HLA В8 и В14 ($\chi^2 = 3,98$ и $\chi^2 = 4,95$, соответственно) с частотой встречаемости 28,21% и 33,33%, соответственно, при отсутствии их в группе партнеров без клинических проявлений. Учитывая отсутствие регистрации HLA В40 в группе больных и их половых партнеров с клиническими проявлениями выявление их в группе партнеров без клинических проявлений и в группе относительно здоровых лиц ($\chi^2 = 11,32$ и 6,24, соответственно) указывает на высоко достоверные различия в этих группах по HLA В40 и, возможно, данный антиген можно оценивать как ген устойчивости или резистентности к данному заболеванию.

ВЫВОДЫ: Анализ полученных данных показывает, что предрасположенность к генитальному герпесу может быть обусловлена антигенами HLA В8 и В14 ($\chi^2 = 3,98$ и $\chi^2 = 4,95$, соответственно), антигенами резистентности или устойчивости к данному заболеванию выявлены антигены HLA В40.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Терешин В.А., Меркулова Н.Ф., Градиль Г.И., Гаврилов А.В.,
Гордиенко А.И., Журба Е.П.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков,
Украина

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в настоящее время остаются одной из самых актуальных проблем современной инфектологии, что обусловлено сохранением высокого уровня заболеваемости, повсеместным распространением, возникновением групповых случаев заболевания, а также формированием в дальнейшем благоприятного фона для развития хронической воспалительной патологии кишечника. При разработке оптимизации лечения больных ОКИ наше внимание привлекла возможность применения такого эфферентного метода терапии как энтеросорбция.

Целью работы было изучение эффективности применения современного энтеросорбента на основе диоксида кремния «Белый уголь» при лечении больных с ОКИ.

Материалы и методы. Для реализации цели исследования было обследовано 85 больных с ОКИ в возрасте от 17 до 50 лет, из них 45 пациентов в комплексе лечения ОКИ дополнительно к базисной терапии принимали энтеросорбент «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до еды или лекарственных препаратов 3-4 раза в день в течение 5-7 дней (основная группа), а 40 больных с ОКИ получали базисную терапию и пористые энтеросорбенты (группа контроля). Диагноз заболевания устанавливали на основании клинико-эпидемиологических данных с верификацией этиологии ОКИ бактериологическими серологическими методами. У всех пациентов был установлен диагноз «острая кишечная инфекция, средняя степень тяжести».

Результаты. Все больные отмечали острое начало заболевания с повышением температуры тела от 37 °С до 38,5 °С. Подавляющее число больных предъявляли жалобы на выраженную общую слабость (83,5%), головную боль (58,8%), тошноту (65,9%), рвоту (56,5%), боли в животе (83,5%), диарею (100%). При анализе клинического течения заболевания с учетом проводимой терапии установлено, что продолжительность лихорадочного периода составила у больных ОКИ основной группы в среднем $3,17 \pm 0,32$ дня, у пациентов группы контроля - $4,3 \pm 0,42$ дня, продолжительность диареи у больных ОКИ основной группы составила в среднем $4,2 \pm 0,17$ дня, у пациентов группы контроля - $5,75 \pm 0,25$ дня; болевой абдоминальный синдром имел место у больных ОКИ основной группы в среднем в течение $3,9 \pm 0,25$ суток, у пациентов группы контроля - на протяжении $5,8 \pm 0,35$ суток. Установлено, что при применении препарата «Белый уголь» ни в одном из случаев не было отмечено развитие каких-либо побочных явлений или нежелательных реакций.

Таким образом, полученные данные позволяют констатировать преимущества применения комплексной терапии с использованием энтеросорбента на основе диоксида кремния «Белый уголь».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ ФОРМ КРЕМНЕЗЕМНЫХ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ

**Терешин В.А., Меркулова Н.Ф., Градиль Г.И., Гаврилов А.В.,
Гордиенко А.И., Луценко М.Ю.**

**Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков,
Украина**

В настоящее время пищевые токсикоинфекции (ПТИ) продолжают оставаться важной медико-социальной проблемой, являясь одним из важнейших индикаторов социального и санитарного благополучия. Болезни пищевого происхождения - серьезная проблема общественного здравоохранения во всем мире. Распространение возбудителей заболеваний через национальные границы означает, что болезни пищевого происхождения создают угрозу глобальной безопасности в области общественного здравоохранения.

Цель. Для проведения рациональной комплексной терапии больных ПТИ наше внимание привлекла возможность использования современного кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь», а также изучение его эффективности.

Материалы и методы. Было проведено клиническое обследование 70 пациентов с ПТИ, средний возраст обследованных больных был $32,6 \pm 8,1$ лет (от 17 до 65 лет), из них мужчин – 47,1% (33 человека). Больные, находившиеся под наблюдением, были разделены на 2 рандомизированные группы – основную (35 лиц), которые наряду с базисной терапией получали кремнеземный энтеросорбент «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до приема пищи или лекарственных препаратов 3-4 раза в день на протяжении 5-7 дней. Вторую (контрольную) группу составили также 35 больных, в лечении которых использовали только базисную терапию.

Результаты. При анализе клинического течения заболевания с учетом проводимой терапии установлено, что включение в комплексное лечение больных ПТИ кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь» оказало положительное влияние на течение заболевания. В результате клинических наблюдений было установлено, что в ходе лечения больных ПТИ постепенно наступило клиническое улучшение, которое характеризовалось уменьшением проявлений синдрома инфекционного токсикоза, абдоминально-болевого и диспептического синдромов, при этом в основной группе пациентов наблюдались более ранние сроки ликвидации симптомов заболевания. В результате проведенных дополнительных лабораторных исследований также было установлено, что включение кремнеземного энтеросорбента «Белый уголь» в комплекс лечебных мероприятий у больных ПТИ способствует ликвидации клинко-биохимического синдрома эндогенной «метаболической» интоксикации, лабораторным критерием чего является снижение уровня «средних молекул» в сыворотке крови. В группе сопоставления улучшение клинко-биохимических показателей было менее выраженным. Полученные данные позволяют считать применение кремнеземного энтеросорбента «Белый

уголь» в терапии больных ПТИ патогенетически обоснованным и клинически целесообразным.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЛУБОКИХ МИКОЗОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Ш.А. Тилавбердиев¹, Э.Д. Исхаков², А.А. Бегулова¹, Г.Н. Исаева¹, Д.Р. Абрарова², Х.А. Рахматова³, Ш.Н. Мингбаева³, С.О.Осипова³

1 Республиканский Центр по борьбе со СПИДом МЗ РУз, 2 НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз, 3 НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.

Криптококкоз (Кр) – оппортунистический микоз, проявляющийся в виде менингоэнцефалита и др. поражений ЦНС, реже встречаются поражения легких. Группы риска включают ВИЧ-инфицированных, больных лейкозами (Лз), лиц с выраженными иммунодефицитами. Чувствительность посева и микроскопии биосубстратов - 50-70%, специфичность и чувствительность тестов для определения криптококкового антигена (Pastorex. Crypto-Plus, Bio-Rad) превышают 90%. Инвазивный аспергиллез (Асп) - ведущий микоз у ВИЧ-инфицированных, больных Лз и др. (Baddley et al., 2013).

Цель исследования: диагностировать Кр и Асп у ВИЧ-инфицированных и больных Лз с патологией ЦНС и респираторного тракта.

Материалы и методы. Обследовали 28 ВИЧ-инфицированных в стадии 2-4 и 14 больных Лз. Все больные Лз получали химиотерапию. Респираторная патология отмечалась у 13 ВИЧ-инфицированных, неврологическая – у 18. Из 14 больных Лз респираторная патология отмечалась у 10 больных, неврологическая – у 6. Кр диагностировали методом ИФА по определению антигенов *Cryptococcus neoformans* в сыворотке крови и СМЖ, тест-система PASTOREXTM CRYPTOPLUS 61747, BIO RAD и при посеве СМЖ на среду Сабуро; Асп - определяя галактоманновый антиген *Aspergillus spp.* в сыворотке крови с помощью ИФА, тест система PLATELIATM *Aspergillus Ag*, BIO RAD и при посеве образцов мокроты и СМЖ на среду Сабуро с глюкозой. Выделенные культуры идентифицировали по морфологическим признакам, при микроскопии использовали нативный препарат.

Результаты и обсуждение. Антигены *C. neoformans* выявлены у 4 из 14 больных Лз: у всех антигены *C. neoformans* определялись в сыворотке крови, у 1 - в СМЖ. У 3 из них сочетались неврологические и респираторные симптомы. Клиническая картина менингоэнцефалита соответствует данным литературы, в частности, типичные менингеальные симптомы для грибковых менингитов, в отличие от бактериальных, не типичны. Характерно ухудшение зрения (Н.Н.Климко, 2010). Из 28 ВИЧ-инфицированных растворимые антигены *C. neoformans* определялись у 5(17,8%), галактоманновый антиген *Aspergillus spp.* – у 3 (10,7%) больных. У всех трех больных рентгенологически выявлены патологические изменения в легких нетуберкулезного характера.

Выводы. Введение тестов по определению антигенов *Cryptococcus* и *Aspergillus* позволяет резко улучшить диагностику глубоких микозов в группах риска.

РОЛЬ ПРОТИСТОФАУНЫ В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ У БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

А.Х. Тойчиев¹, С.Б. Абдужаппаров², А. Имамов², Б.С. Наврузов³, Н.С.
Бадалова¹, С.О. Осипова¹

1 – Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и
инфекционных заболеваний МЗ РУз, 2 - Научный Центр онкологии МЗ
РУз, 3 - Ташкентская медицинская Академия. Ташкент, Узбекистан

Этиология колоректального рака (КР) мультифакторна. Роль микробиоты кишечника очевидна, но исследовалась преимущественно ее бактериальная компонента. Данные по протистофауне скудны и противоречивы.

Цель исследования: характеристика структуры протистофауны кишечника у больных КР с оценкой их возможной роли в патогенезе КР.

Материалы и методы. 200 больных КР госпитализированы и оперированы в Научном центре онкологии. Возраст больных составлял 19-88 лет, 132 (60%) больных были мужчины, 88 (40%) - женщины. 144 больных были без метастазов (Мз), 56 – с Мз. Аденокарцинома превалировала (93% больных). Химиотерапию проводили согласно протоколу FOLFOX. Контрольная группа включала 200 жителей г. Ташкента. Возрастная и половая структура аналогична больным КР. Протистофауну определяли с помощью 3-кратной копроскопии, используя формалин-этилацетатный метод. Статистическую обработку проводили с помощью программного пакета Microsoft Office Excel-2003.

Результаты. Зараженность *Blastocystis hominis*, *Chilomastix mesnili*, *Jodamoeba butschlii* и *Endolimax nana* достоверно выше, чем в контрольной группе, и составляла $80 \pm 2,8\%$, $20 \pm 2,8\%$, $22,5 \pm 2,9\%$ и $11,5 \pm 2,25\%$ ($P < 0,005$). Только у больных КР определялась бластоцистная инфекция высокой интенсивности. Минимальное количество больных КР, свободных от *B. hominis*, определялось в группе с Мз - $12,5 \pm 4,4\%$, в группе без Мз этот показатель был выше: $23,0 \pm 3,5\%$, $P = 0,099$. *B. hominis* были идентифицированы у $77,0 \pm 3,5\%$ и $87,5 \pm 4,4\%$ больных без и с Мз соответственно ($P = 0,09$). Совершенно иное распределение наблюдалось для комменсала *C. mesnili*: простейшие отсутствовали соответственно у $78,4 \pm 3,4\%$ и $84,7 \pm 3,0\%$ больных с Мз и без Мз. Аналогичное распределение у больных КР отмечалось для комменсалов *J. butschlii* и *E. nana*. Соотношение больных с бластоцистной инфекцией и без нее составляло у больных без Мз и с Мз соответственно 3,3 и 7, 2, для *C. mesnili* эти показатели равнялись для обеих групп 0,2, для *J. butschlii* – 0,3 – 0,16, *E. nana* – 0,18 и 0,01. Оперативное вмешательство (удаление обструкции) и химиотерапия не влияли на частоту и интенсивность бластоцистной инфекции.

Выводы. *B. hominis* определяются на всех этапах обследования больных и ассоциируются с патогенезом КР. Мониторинг *B. hominis* и лечение в случае их выявления необходимы при диагностике КР, в пери- и пост-оперативный периоды, во время химиотерапии и дальнейшем наблюдении за больным.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

А.Х. Тойчиев¹, Д.У. Пазылова², С.О.Осипова¹

1 – НИИ ЭМИЗ МЗ РУз. 2 – 1-я Респ. клиническая больница МЗ РУз

Актуальность. В последние годы накапливаются данные о роли *Blastocystis hominis* в этиопатогенезе язвенного колита (ЯК), что представляет особый интерес. Препаратом первой линии в лечении бластоцистоза (Бц) является метронидазол (Мз), однако его применение не всегда приводит к элиминации простейших. Более эффективным препаратом в отношении *B. hominis* признан нитазоксанид (Нз) (Tamalee R. Et al 2014). В Узбекистане ранее не проводилось сравнительное изучение эффективности Мз и Нз в лечении Бц у больных ЯК.

Целью настоящего исследования было определение эффективности Мз и Нз в лечении Бц как сопутствующей инфекции у больных ЯК.

Материалы и методы. Исследования проводили на базе НИИ ЭМИЗ МЗ РУз и 1-РКБ у 40 больных ЯК с Бц в стадии обострения. ЯК диагностировали, используя Монреальскую классификацию. Динамику клинического улучшения/ухудшения оценивали по следующим симптомам: наличие болей в животе, их локализация и интенсивность, частота дефекаций в сутки, примеси слизи, крови и гноя в кале. Диагностику паразитов проводили путем 3-кратной копроскопии, используя формалин-этилацетатный метод обогащения. 1-я группа больных (n=10) получали Мз по схеме: по 2гр/день после приема пищи в 3 приема, перорально, 10 дней; 2-я группа больных (n=10) получали Нз по схеме: по 1гр/день после приема пищи в 2 приема, перорально, 10 дней.

Результаты. 1-я группа больных ЯК с Бц (n=20) получали Мз. 2-я группа больных ЯК с Бц (n=20) получали Нз. У леченных Мз низкая интенсивность Бц определялась у 25±9,6%, средняя - у 65±10,6% и высокая – у 10±6,7% больных. Для группы, леченной Нз, эти параметры составляли соответственно 25±9,6, 60±10,9 и 15±7,9%. Через 1 мес. после лечения Мз у 15±7,9% больных сохранилась только низкая интенсивность инфекции. У больных, получавших Нз, низкая интенсивность определялась только у 5%. До лечения симптомы больных ЯК включали боли в животе (100%), число дефекаций в сутки более 3 раз в день отмечалось у 95±4,8-100% больных, у 50-60% превалировал неоформленный стул с примесью слизи, крови и гноя. Через 1 мес. после лечения Мз и Нз у 60±10,9% и 20±8,9% (P<0,05) больных сохранялись абдоминальные боли но менее интенсивные, число дефекаций сокращалось до 3 раз у 50±11,1% и 85±7,9% (P<0,05) соответственно. У 50 % и 65% больных стул носил полуоформленный характер, примесь крови со слизью сохранялась в обеих группах у 50% больных, а слизь, кровь и гной определялись у 10 и 5% соответственно. В связи с ухудшением клинических показателей со 2-го мес. применяли короткий курс комбинации салофалька и Мз или Нз, после чего улучшение носило стабильный характер.

Заключение. Антибластоцистная терапия Мз и Нз показывает эффективность обеих препаратов, с превосходством Нз. Исчезновение/уменьшение симптомов у больных ЯК улучшает качество жизни,

увеличивает работоспособность и снижает затраты на препараты и медицинские услуги.

ЭРАДИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ БЛАСТОЦИСТНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ

А.Х. Тойчиев, С.О.Осипова

НИИ ЭМИЗ МЗ РУз.

Актуальность. В последние 10-15 лет этиопатогенетическая роль бластоцистной инфекции интенсивно изучается, однако информация очень часто носит противоречивый характер. Существуют данные о развитии острой и хронической крапивницы у больных бластоцистозом (Бц) (Tamalee R. Et al 2014). Препаратом первой линии в лечении Бц является метронидазол (Мз), однако его применение не всегда приводит к элиминации простейших, а лишь к снижению интенсивности инфекции. Более эффективным лекарственным средством в отношении *V. hominis* считается нитазоксанид (Нз) (Tamalee R. Et al 2015). В Узбекистане ранее не проводилось сравнительное изучение эффективности Мз и нитазоксанида в лечении Бц.

Целью настоящего исследования было определение эффективности Мз и Нз в лечении Бц у больных хронической крапивницей.

Материалы и методы. Исследования проводили на базе НИИ ЭМИЗ МЗ РУз у 15 больных Бц с хронической крапивницей. Диагноз крапивницы ставился на основании клинико-лабораторных данных. В группу входили больные, у которых противоаллергическая терапия не привела к исчезновению симптомов или ремиссия продолжалась только во время приема препаратов. Больных с известным аллергическим фактором и/или сезонностью обострения исключали. Эффективность препаратов оценивали по исчезновению/уменьшению элементов крапивницы и зуда. Паразитологическую диагностику осуществляли путем трехкратной копроскопии, используя формалин-этилацетатный метод обогащения. 1-я группа больных (n=10) принимали Мз по схеме: по 2гр/день после приема пищи в 3 приема, перорально, 10 дней; 2-ая группа (n=5) принимали Нз по схеме: по 1гр/день после приема пищи в 2 приема, перорально, 10 дней.

Результаты. До начала терапии у всех больных были высыпания (100%), зуд отмечали 60±15,4%. До приема Мз средняя интенсивность инфекции определялась у 70±14,4% больных, низкая - у 30±14,4%. Через 1 мес. элиминация паразитов наблюдалась у всех больных; крапивница исчезла у 70%, зуд у 80%. Через 3 мес. низкая интенсивность инфекции отмечалась у 40±15,4% больных, через 6 мес. у 60±15,4%. Через 3 и 6 мес. крапивница отсутствовала у 37,5%, а зуд - у 75%. В течение первых трех месяцев после курса Нз *V. hominis* определялись в 2 раза реже, чем после курса Мз, однако через 6 мес. в обеих группах больных зараженность *V. hominis* с низкой интенсивностью составляла 60±21,9%. С 3-го по 6-й мес. крапивница и зуд не наблюдалась у 60±21,9% больных, принимавших Нз.

Заключение. Лечение бластоцистной инфекции Мз и Нз показывает эффективность обеих препаратов, с превосходством Нз. Элиминация паразитов или снижение интенсивности инфекции сопровождается позитивными сдвигами в манифестации симптоматики, более выраженной при лечении Нз.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «ГЕПАГЛИТЦ» ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Туйчиев Ж.Д., Джурабаева.Н.Б.

НИИ Эпидемиологии, Микробиологии и Инфекционных Заболеваний МЗ РУз, Ташкент

С целью изучения эффективности и переносимости препарата «Гепаглитц» производства АО «УЗКИМЁФАРМ» (Узбекистан), было проведено клиническое исследование в сравнении с препаратом «Стронгер-Нео-Минофаген», производства Минофаген Фармасьютикал Ко ЛТД (Япония). Данное исследование дает возможность рекомендовать препарат для клинического применения в Республике Узбекистан.

Результаты исследования. Группа гепатопротекторов, в частности Гепаглитц является препаратом выбора при хронических вирусных гепатитах. В сравниваемых рандомизированных группах обследовано по 30 больных, сопоставимых по возрасту, по полу и диагнозу. Критериями входящими в исследование были больные, получавшие стационарное лечение, в возрасте старше 18 лет, давшие письменное информированное согласие на участие в исследованиях. Больным основной группы был назначен препарат производства АО «УЗКИМЁФАРМ» «Гепаглитц» - раствор для инъекций 10 мл, разведённый на физиологическом растворе 0,9% - 200,0 мл, получавшие 1 раз в день в течение 10 дней. Больные группы сравнения, получили препарат «Стронгер-Нео-Минофаген» - раствор для инъекций 10 мл, производства Минофаген Фармасьютикал Ко ЛТД (Япония), по аналогичной схеме.

Клинические испытания показали, что препарат производства АО «УЗКИМЁФАРМ» «Гепаглитц» - раствор для инъекций 10 мл (Узбекистан), обладает высоким гепатопротекторным эффектом, на что указывали достоверные улучшения клинико-лабораторных данных, таких как уменьшение слабости, болей в животе, исчезновение тошноты, рвоты, снижение выраженности желтухи и нормализации биохимических показателей.

Переносимость препарата производства АО «УЗКИМЁФАРМ» «Гепаглитц» - раствор для инъекций 10 мл (Узбекистан) оценивается как очень хорошая. Ни у кого из обследованных больных не было отмечено нежелательных побочных эффектов, оказывающих отрицательное влияние на состояние больного и требующих применения дополнительных медицинских мероприятий. Препарат производства АО «УЗКИМЁФАРМ» «Гепаглитц» - раствор для инъекций 10 мл (Узбекистан), может быть рекомендован в качестве гепатопротекторного лекарственного средства для медицинского применения и регистрации в Республики Узбекистан.

СТУПЕНЧАТАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ МАКРОЛИДАМИ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Турсунова Л.Д.

Ташкенская Медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить эффективность применения ступенчатой антибактериальной терапии макролидами эритромицина и мидекамецина в лечении внебольничной пневмонии.

Материалы и методы: Исследование проведено у 34 больных с внебольничной пневмонией средней степени тяжести. Больные были распределены по полу и возрасту следующим образом: женщин – 18 (из них 13 в возрасте 18–30 лет и 5 в возрасте 40–55 лет), мужчин – 16 (из них 12 человек в возрасте 18–30 лет и 4 в возрасте 65–75 лет) Больные были госпитализированы в стационар в сроки от 2 до 7 дней от начала заболевания. Диагноз пневмонии был подтвержден рентгенологически и объективными данными. При поступлении в стационар всем больным в первые три дня был назначен эритромицина фосфат внутривенно в суточных дозах от 600 до 1000 мг, затем при положительной динамике эритромицин был отменен и больные получали мидекамицин в суточной дозе 1200 мг (400 мг 3 раза в сутки).

Результаты: При проведении терапии мидекамицином температура тела у 63% больных нормализовалась на 2–3 сутки, у 37% – на 5 сутки, при рентгенологическом контроле инфильтрация легочной ткани разрешилась полностью на 10–13 день у 91,5% больных. Посевы мокроты на флору и чувствительность были проведены у 82,6% больных. Из мокроты были выделены пневмококк и гемофильная палочка у 61% больных, у 39% посев мокроты роста не дал. При применении эритромицина фосфата в средние терапевтических дозах до 1000 мг в сутки у 2/3 больных отмечались побочные эффекты – тошнота, боли в эпигастрии, головокружение. При переводе на мидекамицин эти побочные эффекты исчезли.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют об эффективности и безопасности применения макролидов ив частности мидекамицина при лечении внебольничной пневмонии у больных молодого возраста и возможности использования его в ступенчатой терапии с эритромицином.

ИЗУЧИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ФТОРХИНОЛОНА-ЛЕВОФЛОКСАЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Турсунова Л.Д.

Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучить эффективность и безопасность респираторного фторхинолона левофлоксацина.

Методы: Общеклинические, лабораторные, рентгенологические, бактериологический, которые проводились в динамике до назначения препарата, на 5-7 дни лечения и перед выпиской из стационара.

Результаты: Лечение проведено 25 пациентам в возрасте 18-75 лет с установленным клиническим диагнозом внебольничная пневмония средней степени тяжести. Мужчин было 17, женщин – 8. Средний возраст больных составил 44,6 лет. У 16 больных имелись сопутствующие заболевания (бронхиальная астма, артериальная гипертензия, хронический бронхит, хронический тонзиллит, острый отит, ИБС, ожирение). При отборе больных учитывались критерии включения и исключения, определенные протоколом исследования. Длительность заболевания до госпитализации составляла от 2 до 12 дней. У всех пневмония была подтверждена рентгенологически наличием синдрома легочного инфильтрата. Из мокроты выделен пневмококк у 17; гемофильная палочка – у 2; ассоциация пневмококка и гемофильной палочки у 6 пациентов. Рост микрофлоры не получен у 2. В динамике исследована мокрота у 20 пациентов. Эрадикация возбудителя получена у 20 (80%). Отсутствие мокроты и затруднения в оценке были у 5.

Левофлоксацин назначался по 500 мг 1 раз в сутки в течение 7 (у 2-х больных) – 7–10 дней (у 16). У 2-х больных левофлоксацин был отменен на 3-й день из-за нежелательных реакций (диарея, тошнота, горечь и металлический вкус во рту). Хорошая переносимость отмечена у 22 пациентов (90%); удовлетворительная – у 1-го; у 2-х побочные эффекты.

Выводы: По данным полученных результатов, следует отметить, что респираторный фторхинолон левофлоксацин обладает высокой антимикробной активностью против "наиболее актуальных" возбудителей внебольничных пневмоний средней тяжести. Препарат удобен в применении (разовый прием в оральной форме), облегчает труд медицинской сестры и компетентность пациентов. Он может быть рекомендован в практике стационаров и поликлиник в качестве монотерапии для лечения пневмоний легкой и средней степени тяжести.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ

Тухтаназарова Н.С., Юльчибаев М.Р., Мулладжанова К.А.
Андижанский государственный медицинский институт

Коклюш, как типичная управляемая инфекция, характеризуется снижением заболеваемости на фоне высокого охвата детей профилактическими прививками. Наряду со снижением заболеваемости коклюш у привитых характеризуется легким, в ряде случаев атипичным течением, отсутствием тяжелых, угрожающих жизни осложнений и летальных исходов.

Цель работы. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей коклюша у детей различного возраста.

Материалы и методы исследования. Нами проанализировано 110 историй болезни больных коклюшем детей, поступивших в стационар в спазматический период болезни. Дети в возрасте до 6 месяцев составили 28,1%, причем половина из них были дети до 3-х месячного возраста; от 1 до 3 лет -11,1%; от 3-х до 7 лет - 7,0% и от 7-12 лет-23,3 %. Из числа всех обследованных больных детей 66 (60%) были привитыми, 44(40%) по различным противопоказаниям оказались непривитыми. Анализируя 52 (47,3%) больных, оказавшихся в контакте детей с коклюшным больным, удалось установить длительность инкубационного периода заболевания: минимальный до 2х, максимальный до 18 дней. Заслуживает внимания то, что у старших (3-12 лет) детей и у привитых (37 детей 33,7%) инкубационный период удлинился до 18 дней. У детей первых месяцев жизни и у ослабленных (15 детей 13,6%) инкубационный период сокращался до 2-3 дней.

Результаты и обсуждения. Из анамнестических данных нам удалось установить, что у большинства детей старшего возраста (71,9%), начало болезни было постепенным. Тогда как, у детей до 1 года, особенно первого полугодия заболевание начиналось остро. Начальными признаками болезни были повышение температуры тела до 37,5-38,0 гр. С (кратковременно), кашель, насморк, капризность, нарушения аппетита и сна. Интоксикация была слабовыраженной, поэтому общее состояние детей оставались не нарушенными. У детей старшего возраста (3-12 лет) начальные признаки болезни были скудными. Однако кашель, изменчивость настроения, капризность ,нарушения сна отмечались более постоянно. Родители половины обследованных детей в начальной стадии болезни не обращались к врачу, а обратившимся за медицинской помощью устанавливался диагноз ОРВИ.

Длительность катарального периода независимо от возраста составил от 3 дней до 2 недель. У детей до 1 года 69(58,6%) этот период оказался сокращенным до 3-5 дней.

По нашим данным у каждого четвертого больного коклюш протекал в легкой форме, а у большей части детей (62,73%) в среднетяжелой и лишь у небольшой части больных детей (12,73%)- в тяжелой форме. Тяжесть болезни находилась в прямой зависимости от возраста детей, их привития, преморбидного фона и наличия сопутствующих заболеваний. Тяжелая форма коклюша чаще (82,6%) встречалась у детей раннего возраста, непривитых и ослабленных. Больные дети в возрасте до 1 года, особенно в 3-6 месяцев, а также дети с

отягощенным анамнезом первые 5-7 дней от начала болезни наблюдались в реанимационном отделении.

Проанализировав клиническое течение болезни у 66 (60%) привитых против коклюша детей (АКДС-вакциной) мы отметили, что у 2/3 (66,6%) больных болезнь протекала в легкой форме, у почти 1/4 (28,8%) в среднетяжелой и лишь у части 3 (4,6%) коклюш протекал тяжело. У последних тщательное изучение полноты и качества прививок показали, что 63 больным АКДС-вакцина была привита полностью и качественно. Трех детям вакцинация была проведена не полностью, двум из них была сделана 2х кратная вакцинация, одному лишь однократная. Подобная вакцинация безусловно не могла создать надлежащего иммунитета. По этой причине коклюш протекал в тяжелой форме.

Таким образом, у привитых против коклюша детей в редких случаях может развиваться данная болезнь. Однако, она в основном протекает в легкой и среднетяжелой форме с удлиненным катаральным и укороченным спазматическим периодом. Гемограмма при этом показывает минимальные сдвиги (лейкоцитоз и лимфоцитоз). Осложнения присоединяются исключительно редко. В терапии больных детей коклюшем только в тяжелых случаях и при наличии осложнений нами применялись комбинации двух антибиотиков. В 4 случаях у детей раннего возраста, осложненным тяжелой пневмонией нами был назначен преднизолон из расчета 5 мг/кг в течение 4 дней. Летальность детей от коклюша в наблюдавшихся нами случаях не отмечена.

Учитывая наличие ряда особенностей коклюша у детей первого года жизни в течение первой недели пребывания в стационаре целесообразно наблюдение и лечение в реанимационном отделении, проведение комплексной терапии, включая стероидные гормоны (коротким курсом), релаксанты, антибиотики широкого спектра.

Выводы. Спорадическими случаями коклюша в основном заболевали дети до 1 года, главным образом непривитые. Среди заболевших привитых детей часто отмечались сопутствующие заболевания и отягощенный анамнез. Отличительными проявлениями современного коклюша являлись преобладание легких форм, скудность начальных признаков и непродолжительность спазматического периода, а также редкость развития осложнений.

ACUTE DIARRHEA OF SHIGELLYOSIS ETIOLOGY IN CHILDREN OF EARLY AGE

Umarov T.U Ibragimov D.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Actuality: Damage of gastro –intestinal tract of shigellosis etiology is characterized by significant severeness of the process and expressed morphologic changes in distal portions of the small intestine and proximal ansae of the large intestine. At present time the study of etiology structure and clinical laboratory characteristics of infective diarrhea in children of early age has great specific value for improvement the diagnosing of these problems.

Purpose: Researchers aimed to study acute diarrhea of etiology in children of early age.

Materials and methods: 43 children at the age of 12 months and younger. Verification was done according to bacteriologic investigation of shigellosis stools: massive culture growth first days of the illness.

This age group included children of 6 months age- 78%, up to 3 months-35% From the history, number of factors unfavourably influencing the course character have been revealed. 25 children (73%) were artificially fed.

In 20 children (58%) anaemia was revealed, 10 of them (31%) were diagnosed as having Ist degree hypotrophy, 11 children (33%)- rachitis, 5 cases (16%) were diagnosed as having exudative catarrhal diathesis.

Average severeness of shigellosis occurred in 26 children (81%), and in 6 children (18%) – severe form of illness was diagnosed. In 18 cases (73%) gastroenterocolitic from of illness has been revealed, enterocolitic -11 cases (33%) and gastroenteritis – only in 4 cases (10%). Clear picture of diarrhea syndrome was correlated to the severeness of the condition. So, mild forms of the illness, mild diarrhea was noted: stools -5 times a day in 19 cases (267%), 6-10 times a day in 30 cases (42.4%), more than 10 times a day – in 23 (31.2%), 7 patients suffered from severe form, stools frequency was 15-20 times a day, feces contains large number of mucous and blood, as well as opening of anus was observed. Hemoclyte was noted in 20 children (28%) with shigellosis. The most duration of diarrhea with shigellosis among the patients is 14.7 +- 0.3 days.

Changes in peripheric blood showed hemoglobin decrease 110- 90 g/l (7 cases), leucocytosis 8,5x10 (9) g/l – 18.8 x 10 (9) g/l (16cases), accelerated ESR – 15- 37 mlm/h. The rest of the patients revealed normal condition of the cells and normal ESR.

Thus: intestinal infection of shigellosis etiology frequently occurs in early age children, especially with deviated reactivity and unfavourable premorbid baskground, being characterized by the tendency to development of damage in gastro- intestinal tract with severe form of disturbances in water – electrolyte balance.

К ВОПРОСУ ВЗАИМОСВЯЗИ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С

Хайруллина А.Х., Касымов И.А.

ТашПМИ, г.Ташкент

Сегодня проявляется повышенный интерес к функциональному состоянию прооксидантной и антиоксидантной систем гепатоцитов, дисбаланс которых является одним из важных факторов повреждения ткани печени (Буеверов А.О., Ягода А.В., 2008). Прооксидантно-антиоксидантный баланс клеток взаимосвязан с системой перекисного окисления липидов (ПОЛ). При хронических вирусных гепатитах происходит активация ПОЛ и дисбаланс ряда ферментных систем антиоксидантной защиты сыворотки крови (Нагоев Б.С., Боллоева Ж.Л. 2007). Антиоксидантная система инактивирует негативное воздействие продуктов ПОЛ на клетки. Дисбаланс прооксидантной и антиоксидантной систем зависят от ряда факторов, в том числе и от вирусной нагрузки. По мнению ряда авторов, чем выше уровень вирусной нагрузки, тем выше активность нитрооксидергических процессов, что способствует перестройке сосудистой архитектоники печени (Strader D.V., Wright T., 2004).

Цель исследования. В группах больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), определить влияние уровня вирусной нагрузки на функциональное состояние прооксидантной и антиоксидантной систем.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 96 больных ХВГС, и 20 практически здоровых людей с отсутствием маркеров гепатитов. Мужчин было -36, женщин -60. Средний возраст составил – $43,5 \pm 0,91$ лет. Диагноз ХВГС устанавливался в соответствии с приказом МЗ РУз №5 от 05.01.2012г. на основании клинико-лабораторных данных и выявления в сыворотке крови Анти-НСV (ИФА) и РНК-НСV (ПЦР). Вирусная нагрузка и генотип вируса С определялись методом ПЦР в реальном времени Rotor Gene (Corbet Research, Australia) с использованием наборов «Рибосорб-амплифенс» (Россия). Содержание гидроперекисей липидов (диеновых кетонов и конъюгатов) определяли по методу В.Б. Гаврилова и соавт.(1984). Содержание МДА определяли по методу Л.И. Андреевой и соавт.(1989). Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли по методу В.Г. Мхитрян и соавт (1978). Активность каталазы- по методу М.А. Королюка и соавт. (1988).

Результаты и обсуждение. Учитывая роль вируса С в запуске процессов активации ПОЛ и АОС в организме больного ХВГС, нами изучена возможность наличия взаимосвязи активности ПОЛ и АОС с вирусной нагрузкой. Как показал анализ результатов, состояние системы ПОЛ и АОС не было взаимосвязано с уровнями вирусной нагрузки. В этой связи уместно констатировать результаты исследований, что активность липопероксидации и АОС не взаимосвязаны с активностью инфекционного процесса.

Выводы. У больных ХВГС изменение показателей ПОЛ и АОС не взаимосвязано с уровнем вирусной нагрузки.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИНИНГ ЎЗГАРИШЛАРИ

Ф.Ш. Ҳасанов, З.А. Нурузова, Н.Т. Ёдгорова, Г.А. Рахимжонова
Тошкент тиббиёт академияси

Ер юзида инсоният тақдирига глобал ҳавф солиб турган инфекцияцион касалликларнинг энг олдинги ўринларини ОИВ-инфекцияси ва ОИТС касаллиги эгаллайди. Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (БЖССТ) ва Бирлашган Миллатлар Ташкилоти (БМТ) нинг ОИВ/ОИТС бўйича Қўшма Дастури (ЮНЭЙДС) томонидан берилган маълумотларга кўра, ҳозирги кунда, деярли дунёнинг барча мамлакатларида ОИВ-инфекцияси қайд этилмоқда.

Иш мақсади. ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморларда йўғон ичак микрофлорасининг сифат ва миқдорий ўзгаришларини баҳолаш ва дисбактериоз ҳолатларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Текшириш учун материал сифатида Республика ОИТСга қарши кураш маркази қошидаги махсуслаштирилган юкумли касалликлар шифохонаси беморларининг нажаси олинди ва ушбу клиниканинг бактериологик лабораториясида текширувлар ўтказилди. Тадқиқот учун диарея синдроми кузатилаётган, II (13 нафар-23,6%), III (23-41,8%), IV (19-34,6%) субклиник даражадаги 55 нафар бемор танлаб олинди ва касаллик даражалари ЎзР ССВнинг 2015 йил 4 мартдаги 81-сонли буйруғи асосида белгиланди. Беморларнинг ўртача ёши $38,0 \pm 3,3$ бўлиб, улардан 33 ($60 \pm 4,8\%$) нафарини эркаклар ва 22 нафарини ($40 \pm 3,9\%$) аёллар ташкил қилди. Беморлардан олинган нажас 1:10 нисбатда физиологик эритма билан суюлтирилди ва ҳар битта бактерияга хос муҳитларга экилди. Микроорганизмларни идентификацияси умумий қабул қилинган усулларда олиб борилди.

Тадқиқот натижаси: Беморларнинг нажаси бактериологик текширувдан ўтказилганда уларнинг барчасида турли даражадаги дисбактериоз ҳолатлари аниқланди. Индиген флора вакиллари: *E. coli* 10^5 КХҚБ /г, *Lactobacillus spp.* $>10^4$ КХҚБ /г, *Bifidobacterium spp.* $>10^3$ КХҚБ /г, *Bakteroides spp.* $>10^4$ КХҚБ /г каби нормал микрофлора намоёндаларининг меъёрдан 3-4 баробар пасайганлиги, унга қарама-қарши, аксинча, шартли-патоген микробларнинг вакиллари: лактозанегатив *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Proteus spp.* $>10^{6-8}$ КХҚБ /г миқдорининг юқорилиги аниқланди. Бактерияларнинг патоген тур вакиллари эса, 57,1% текширилган беморларда юқори концентрацияда ажратилди: гемолитик *E. coli*, гемолитик стрептококк, *S. aureus*, *Candida spp.*

Хулоса: ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларнинг ичак микрофлорасида II-III-IV даражадаги дисбактериоз, касалликнинг барча босқичларида кузатилди. ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморларда ичак микрофлорасида қатъий анаэроб бактериялар вакиллари нозрат гуруҳининг кўрсаткичларига нисбатан ишонарли 4 маротаба камайиши, бу ўз навбатида факультатив бактерияларни 4 маротаба ошишига ($P < 0,001$) сабаб бўлди.

Анаэроб бактерияларнинг бундай камайиш тенденцияси асосан *Bacteroides spp.*, *Lactobacillus spp.* вакилларида рўй берди.

УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ФЕРГАНСКОЙ ТЕПЛОЭЛЕКТРОЦЕНТРАЛИ

Хаширбаева Д.М.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Для обеспечения тепловой и энергетической энергией промышленных предприятий расположенных в Фергане осуществляет свою деятельность Ферганская теплоэлектротрентраль (ТЭЦ), которая входит в единую Ферганскую энергетическую систему. Для выработки электрической и тепловой энергии Ферганская ТЭЦ оснащена 12 энергетическими котлами, 6 турбогенераторами и теплофикационными установками. На данном производстве работают около 900 человек, из которых 735 являются работниками производственных цехов (из них 117 женщин). Стадии выработки энергии происходят в основных производственных цехах: котельный, турбинный, химический, топливн-транспортные цеха, электроцех, цех тепловой автоматики и измерений, централизованного ремонта и подготовки дистиллята из стока.

Для реализации требований приоритетных задач в области оздоровления условий труда и улучшения состояния производственной среды Ферганская ТЭЦ поэтапно меняет устаревшее оборудование, проводит мероприятия по модернизации оборудования с внедрением автоматизированной системы управления технологическим процессом. Но вместе с этим, изучение условий труда работников по результатам аттестации рабочих мест основных профессионально-квалификационных групп: машинисты котлов и паровых турбин, машинисты обходчики котельного оборудования, слесари по обслуживанию котельного и турбинного оборудования, электросварщики и электрогазосварщики, электромонтеры по обслуживанию и ремонту оборудования, средств измерений электростанции) показали, что из 735 производственных работников - 365 работают во вредных условиях труда 3 класс от 1 до 3 степени (3.1, 3.2 и 3.3) вредности и опасности факторов производственной среды. Определяющими для характеристики условий труда производственными факторами риска явились: неблагоприятный микроклимат, повышенные уровни шума, загазованность рабочего места. Оценка реальных рисков по отдельным факторам риска и учёта их для профессионально-квалификационных групп служит только предварительным этапом. Для анализа фактической утраты трудоспособности работников после длительного воздействия факторов в периодах трудовой деятельности необходимо определение индивидуального воздействия вредных факторов на организм работника «доза-эффект». Таким образом, будет индивидуально установлена степень воздействия факторов риска, при котором учитывается частота контакта, интенсивность и время воздействия.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ
ЭТИОЛОГИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**
**Хикматуллаева А.С., Абдыкадырова М.А., Мирзаев У.Х., Жураева Д.Э.,
Саидгазиева Х.С.**

Научно-исследовательский институт Вирусологии МЗ РУз, Ташкент

Актуальность изучения хронических вирусных гепатитов связано с повсеместным ростом заболеваемости хроническими гепатитами, с тяжелыми последствиями в виде цирроза печени (ЦП), гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), от которых со временем погибают от 20 до 32% больных (FattovichG., BortolottiF., DoratoF. et.al., 2008.).

Хронические HBV, HDV и HCV инфекции могут протекать бессимптомно в течение многих лет, вплоть до возникновения ЦП. ЦП печени иногда диагностируется в декомпенсированной стадии, когда лечение становится не эффективным. Больные с циррозом печени выигрывают годы жизни, если оценка состояния и лечение начато своевременно.

Существует значительная разница между уровнями распространенности цирроза печени, приводящимися в официальных документах и соответствующими показателями, полученными в результате целевых обследований населения или его отдельных групп. Часто ЦП, ГЦК, обусловленные вирусными гепатитами остаются нераспознанными и не регистрируются.

Целью наших исследований было, изучение распространенности ЦП среди больных хроническими вирусными гепатитами, находящихся на учете в инфекционных кабинетах поликлиник г. Ташкента.

С этой целью проведен скрининг больных хроническими гепатитами в трехполиклиниках г. Ташкента, которые были условно обозначены как 1, 2, 3 поликлиники. Были получены следующие результаты.

В 1 поликлинике при ретроспективном изучением карт 100 пациентов с хроническими гепатитами выявлено 8 (8%) с ЦП. Во 2 поликлинике из 30 больных с хроническим гепатитом выявлено 3 (10%) с ЦП. В 3 поликлинике из 51 пациента с хроническим гепатитом у 3 (5,9%) были признаки ЦП. Больные с подозрением на ЦП в дальнейшем прошли обследование в НИИ Вирусологии, где диагноз был подтвержден.

Таким образом из 181 случая заболевания хроническим гепатитом у 14 пациентов (7,7%) отмечен ЦП, что указывает на то, что заболеваемость ЦП выше, чем указано в официальных источниках. ЦП можно выявить при скрининге пациентов инфицированных вирусами гепатитов. Все пациенты с хроническими инфекциями должны подлежать пожизненному мониторингу с целью оценки прогрессирования заболевания, развития ЦП и ГЦК.

Своевременное выявление ЦП позволит назначить терапию, направленную на уменьшение темпов его прогрессирования и не допустить декомпенсации ЦП и развития рака печени.

ҚРИМ КОНГО ГЕМОМРАГИК ИСИТМАСИДА АЙРИМ ҚОН КЎРСАТКИЧЛАРИНИНГ ТАШХИСИЙ АҲАМИЯТИ

Худайбердиев Я.Қ., Сайдалиев С.С., Назирова Д.Р.

**Эпидемиология, Микробиология ва Юқумли Касалликлар ИТИ,
Вирусология ИТИ**

Охирги йилларда иқлимий ўзгаришлар натижасида жаҳонда табиий ўчоқли инфекцияларнинг фаоллашиши кузатилмоқда. Жумладан, Қрим Конго геморагик иситмасининг (ҚКГИ) қайдланиши ҳам ортиб бормоқда. Марказий Осиё худудлари азалдан ҚКГИ учун табиий ўчоқ сифатида тан олинган. Афсуски, амалиётчи шифокорларнинг аксарияти ҚКГИ касаллигини унутиб юборишган. Шунинг учун, кенг таъбабат оламининг вакиллари ушбу касаллик тўғрисида етарли ахборотга эга бўлишлари лозим. Инфекционист врачлар эса, ҚКГИ клиникасини чуқур билишдан ташқари, жойларда мавжуд лаборатория кўрсаткичларини тўғри таҳлил этишлари жуда муҳимдир. Юқумли касалликлар шифохонаси мавжуд барча жойларда гемограмма текширишлари қилинади. Олинган умумий қон таҳлилидан унумли фойдаланиш, ҚКГИ касаллигига дучор бўлганларнинг аҳволини тўғри баҳолаш усулларида бири ҳисобланади. Айтилган изоҳлар асосида биз ҚКГИ билан оғриган беморларнинг касаллалик тарихларини ретроспектив тарзда ўрганиб чиқдик. Афсуски барча касаллик тарихларида гемограмма тўлиқ ифодаланмаган. Лекин, сифатли ўтказилган қон таҳлилларини ўрганиб, олинган кўрсаткичларни мавжуд лейкоцитларнинг интоксикация кўрсаткичлари (ЛИК) тенгламаларга қўйиб, таҳлил этилди ва эритроцитлар сони билан гемоглобин (Hb) ўрганилди. Параллель тарзда, илгари муаллифлар курация қилган беморларда аниқланган шизоцитлар миқдори кўриб чиқилди.

Касалликнинг бошланиш даврида ва авжида ЛИК кўрсаткичлари ташхисий аҳамияти бор даражада кўтарилди. Лейкограммада чапга силжиш айрим оғир ҳолатдаги беморларда жуда кучли бўлиб, миелоцитлар ва метамиелоцитлар пайдо бўлишигача ўзгарган. Периферик қонда шизоцитлар пайдо бўлиши ва миқдори касалликнинг оғирлигига мутаносиб равишда бўлиб, ташхисий аҳамиятга эга эканлиги аниқланди. Бироқ, ЛИК кўрсаткичлари летал натижа бўлган ҳолларда турлича рақамларда бўлиб, кейинчалик чуқурроқ ўрганиш лозимлигини кўрсатди. Пировардида қилинган таҳлилларга кўра шизоцитлар миқдори нормал кўринишдаги эритроцитларга нисбатан 3% дан ортганда касаллик фақат оғир оқимли бўлган. Касаллик авжида Hb ва эритроцитлар кўрсаткичлари сезиларли даражада камайганлиги аниқланди. Ушбу кўрсаткичларнинг жуда сезиларли камайиши оғир ҳолатдаги беморларда геморагиялар яққоллашган пайтларга тўғри келди. Геморагик асоратлар кучли бўлган ҳолларда соғайиб кетган ва летал натижа қайд этилгандаги эритроцитларнинг кўрсаткичлари фарқланмади. Бироқ, Hb ва эритроцитлар кўрсаткичлари бевосита геморагик асоратлар клиник жиҳатдан намоёнлашишидан олдин қайд этилди. Асосан қайд этилган геморагик асоратлар ичакдан қон кетиши, милклар қонаши, бачадондан қон кетиши, ўпкадан қон кетиши бўлсада, тери остида пайдо бўлган гематомалар ҳам, гемограмма ўзгаришларига олиб келиши муқаррарлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтилганда, ҚКГИда гемограмма кўрсаткичлари мулоҳазали таҳлил этилса беморнинг аҳволини тўғри баҳолаш учун асос бўлади, ҳамда, ушбу таҳлиллар учун мураккаб лаборатория текширишлари керак бўлмайди.

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ОСНОВЕ МЕСТНЫХ ШТАММОВ БИФИДО- И ЛАКТОБАКТЕРИЙ

Цеомашко Н.Е., Абидова А.Д., Хегай Л.Н., Рахмонов А.Х.

Ташкентская Медицинская Академия

Биологически активные добавки (БАД) на основе пробиотиков широко используются в сочетанной терапии антибиотико-ассоциированной диареи, синдрома раздражённого кишечника, инфекционной диареи, вызванной ротавирусной инфекцией, в том числе у младенцев и маленьких детей, а также для поддержания здоровья полости рта, мочевыделительной системы, профилактики и лечения заболеваний кожи, аллергии и др. Факторами, вызывающими дефицит бифидобактерий являются высокая солнечная инсоляция, насыщенность пищевых продуктов пестицидами, минеральными удобрениями, высокое содержание солей тяжелых металлов в воде, бессистемное использование антибактериальных препаратов и др. В этой связи создание и продвижение на рынок страны отечественных препаратов на основе местных штаммов бифидо- и лактобактерий актуально.

Цель. Исследования оценке безопасности БАДов для детей «Vifobalans baby» и «Vifobalans kids» производства ООО «General med pharm» (Узбекистан). Состав БАДов - сублимированный комплекс пробиотических культур: бифидобактерий, лактобактерий, стрептококков и пропионобактерий.

Материалы и методы. Исследования по медико-биологической оценке безопасности БАДов проведены на беспородных белых крысах. Клинические анализы крови проводили по стандартным методикам. Биохимические показатели сыворотки крови определяли унифицированными методами: общий белок – биуретовым, альбумин – бром крезоловым, глюкозу – глюкозооксидазным, аспартат- и аланин-аминотрансферазы – методом Райтмана-Франкеля, щелочную фосфатазу – методом с нитрофенилфосфатом. По развернутому анализу крови оценивали содержание гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, мононуклеарных клеток, цветной показатель и СОЭ. Морфологические исследования проводили по общепринятой методике.

Пероральное введение животным изучаемых БАДов в дозах 200, 500 и 1000 мг/кг в течение месяца не оказало влияние на гематологические и биохимические показатели крови крыс. Гистоморфологические исследования тканей внутренних органов крыс показало отсутствие токсикологического воздействия. При воздействии на культуру клеток лимфоцитов человека в дозах 0,17 и 0,35 мг/10⁶ клеток в течение 72 ч позволило установить, что БАДы не обладают мутагенной активностью.

Изученные нами БАДы «Vifobalans baby» и «Vifobalans kids» не оказали отрицательного воздействия на состояние здоровья экспериментальных животных, не вызывали местно-раздражающего действия на кожу и слизистые оболочки, не обладали кожно-резорбтивными и кумулирующими, мутагенными свойствами. По степени токсичности данные БАДы отнесены нами к 4 классу малотоксичных веществ.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

М.С.Шаджалилова., Осипова Е.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Цель нашей работы проанализировать состояние микрофлоры кишечника у детей больных острыми диарейными заболеваниями.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 детей в возрасте от одного года до трех лет, больных с острыми диарейными заболеваниями.

Результаты. Заболевание протекало преимущественно по типу гастроэнтероколита, преобладали среднетяжелые формы заболевания (у 74,1%). Наблюдаемые больные до поступления в стационар уже лечились антибиотиками, получали бактериальные препараты по поводу установленного в анамнезе различной степени и вида дисбактериоза кишечника. Бактериологический диагноз кишечного дисбактериоза различной степени был подтвержден в 100% случаев, из них у 8 (13,3%) - 1 степень, у 28 (46,6%) - II степень, у 24(40%) - III степень дисбактериоза. У обследованных больных выявлены: стафилакокки- 25%, грибы рода кандиды -21,8%, клебсиеллы-9,4%, протеи- 12,2%, синегнойная палочка- 9,4%, клостридии -25% случаев, как результат развития дисбактериоз. Ассоциированный дисбактериоз нами выявлен в 6,6% случаев. В 62,5% случаев кишечный дисбактериоз был обусловлен дефицитом лактобактерий, бифидобактерий и у 37,5% высоким содержанием кишечной палочки гемолитической активности. Выделялись так же лактозонегативные кишечные палочки выше 10% по отношению к общему числу нормальных кишечных палочек. В большинстве случаев антагонистической активностью аутофлора не обладала. Выраженные изменения количества бифидо- и лактобактерий способствовали углублению изменений кишечного микробиоценоза и приводили к повышению содержания аэробных и анаэробных ассоциаций, повышению условнопатогенных микроорганизмов. В начале заболевания в большинстве случаев диагностировали I - II степени дисбактериоза кишечника. С тенденцией клинического выздоровления отмечали чаще II - III степени дисбактериоза кишечника, вследствие активации грибов рода *Candida*, клебсиеллы и клостридии. Клиническое выздоровление больных детей не всегда сопровождалось нормализацией дисбиотических реакций. При повторном обследовании у 34,3% детей сохранялся дисбактериоз кишечника и при контрольном посеве у 17% больных выделены антибиотико-резистентные штаммы возбудителей кишечных инфекций (сальмонеллез, шигеллез).

Выводы: Продолжающиеся дисбиотические изменения микрофлоры кишечника указывают на не окончившийся патологический процесс в организме. У детей дисбактериозом кишечника широко циркулируют полирезистентные штаммы кишечных инфекции, что связано с широким и часто необоснованным применением антибиотиков в педиатрической практике, а также возможным обменом «островками» патогенности и плазмид

резистентности у представителей кишечной микрофлоры.

СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИДА ЮРАК ҚОН ТОМИР ТИЗИМИДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Шодиева Д.А., Бахриева З.Д., Тиркашев О.С., Раббимова Н.Т

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институтини

**Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси
Мавзу долзарблиги.** Сурункали бруцеллёз касаллиги организмдаги бир қатор тизимларнинг шикастланишига олиб келади. Жумладан, таянч-ҳаракат тизими, юрак қон томир тизими, нафас олиш тизими, жигар ва талоқ фаолиятини, аёллар ва эркекларда жинсий таносил аъзоларини фаолиятини шикастлайди. Шулар орасида юрак қон томир тизимининг шикастланиши эътиборга моликдир. (Е.С. Белозеров 2000., В.И. Покровский 2003.)

Тадқиқот мақсади: Сурункали бруцеллёз билан касалланган беморларда юрак қон томир тизимида кузатиладиган ўзгаришларни аниқлаш.

Тадқиқот усуллари ва материаллари: Шу мақсадда Самарқанд вилоят юқумли касалликлар шифохонасида 36 та «Сурункали бруцеллёз» ташхиси билан даволанган беморларни кузатув остига олдик. Бруцеллёз касаллиги ташхиси беморларга объектив, субъектив, эпидемиологик, клиник, бактериологик, серологик, ЭКГ текширув натижалари асосида қўйилган.

Тадқиқот муҳокамаси: «Сурункали бруцеллёз» касаллиги ташхиси қўйилган беморларнинг 72,2% да юрак қон томир тизими томонидан ўзгаришлар кузатилди. Беморларда клиник белгилардан юрак тонлари бўғиқлиги, юрак чўққисида шовқин, артериал гипотония, юрак соҳасида оғриқлар, тахикардия, брадикардия, ҳансираш кузатилди. Объектив текширувда 45,4 % беморларда юрак чўққисида систолик шовқин кузатилди. Беморларнинг 2,2 % ни юрак соҳасидаги ноҳуш сезгилар, юрак соҳасидаги оғриқлар ва юрак уришининг тезлашуви безовта қилиши маълум бўлди. Беморларнинг 20,6 % да юрак уришининг тезлашуви, ҳансираш кузатилди. Кузатувдаги беморларнинг 65,6 % изида гипотония аниқланилди. ЭКГ текширувида беморларнинг 12 % да синусли брадикардия, 13,4 % да аритмия, 48 % да синусли тахикардия, 35,6 % да қоринчалар экстрасистолияси, 18,7 % да ҳилпилловчи аритмия аниқланилди. ЭКГ таҳлилига эътибор берсак, 12 % беморларда Т-тишчанинг иккиланиши, 33 % беморларда R вольтажининг пасайиши кузатилди. ST-тишчанинг пасайиши камчилик беморларда (8,9%) кузатилди. ЭКГ текшируви натижаларига асосланиб, беморларнинг 32 % га «Иккиламчи кардиомиопатия», 23 % га «Миокардит» ташхиси қўйилди. Қондаги кардиоспецифик ферментлар текширилганда, АСТ ва ЛДГ кўрсаткичлари меъеридан биров ошганлиги аниқланилди.

Хулоса: Сурункали бруцеллёзда 72,2 % ҳолларда юрак қон томир тизимида ўзгаришлар келиб чиқади. Беморларнинг 23 % да юрак қон томир тизимидаги ўзгаришлар функционал эмас, балки органик ўзгаришлардан иборат. Беморлар қонида кардиоспецифик ферментлар (АСТ, ЛДГ) ошиши ҳисобланади.

АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СОЧЕТАННЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Шомансурова Ш.Ш., Касымов И.А., Салимова Ш.Х.

ТашПМИ

На сегодняшний день, кишечные инфекции являются одной из приоритетных проблем теоретической и практической медицины Узбекистана. В структуре инфекционной заболеваемости кишечные инфекции занимают лидирующее положение.

В последние годы участились случаи сочетанных кишечных инфекций у детей раннего возраста, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель исследования: изучить особенности этиологической структуры сочетанных кишечных инфекций у госпитализированных детей.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 114 ребенка в возрасте от 1 месяца до 3 лет, находившиеся на лечении 1 – городской клинической инфекционной больницы за период 2014 – 2017 гг. Всем пациентам проводилось стандартное лабораторное обследование, включающее клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования, копрограмму. Этиологическая расшифровка диагноза включала бактериологическое исследование и ПЦР фекалий на вирусные агенты (определение РНК ротавирусов и т.д.).

Результаты: Диагноз кишечной инфекции установлен у 46,6 % детей. У 53,4 % больных этиология диареи не была уточнена. Бактериальные кишечные инфекции определены у (73,7%) детей: монобактериальные ОКИ диагностированы у 87,7% детей, у 12,3% больных выявлена микстбактериальная инфекция. Выявлено 12 различных сочетаний бактерий: наиболее часто регистрировались ассоциации стафилококков и сальмонелл (23,4%), стафилококков с клебсиеллами (18,8%) и стафилококков с протеом (14,0%). У 3,1% пациентов заболевание вызвано ассоциацией 3 бактерий. Доля диарей вирусного генеза среди расшифрованных ОКИ составила 19,7%. У 36 детей (6,5 %) наблюдались смешанные формы ОКИ с вовлечением в процесс вирусов и бактерий: среди них у 7 больных – микстинфекция, обусловленная сочетанием 2 вирусов и бактерий, и у 3 детей – сочетание 2 бактерий и вируса.

Заключение. Таким образом, среди детей с установленными острыми кишечными инфекциями, микстинфекции выявлены в 18,7% случаев: у 9,1% пациентов заболевание было обусловлено сочетанием бактериальных агентов, у 3,2% детей определялись ассоциации вирусов и у 6,4 % обнаружены сочетания вирусов и бактерий.

ОЦЕНКА БРЕМЕНИ РАННИХ ЦИРРОЗОВ (КЛАСС А) НА ОСНОВЕ ТРИАНГУЛЯЦИИ ДАННЫХ

Эгамова И.Н.

НИИ Вирусологии, Ташкент

Скрытое течение хронических гепатитов приводит к высоким показателям развития осложнений циррозов печени. Лечение и профилактика данных осложнений на определённых этапах возможна, но довольно дорогостояща, а на определенных этапах не возможна. Принятие Национальных программ требует обоснованных подходов к оценке масштабов и бремени проблемы.

Цель. Оценить масштабы ранних циррозов и пред-циррозов в Республике Узбекистан.

Материалы. Исходные данные получены в результате проведенных ранее исследований: определение серо эпидемиологии ВГВ и ВГС среди населения с помощью метода ИФА, определение распространённости и возрастного распределения фиброза печени – методом транзиторной эластометрии (Фиброскан), численность населения

Результаты. Средний возраст пациентов с фиброзом 3-й степени составил 52,8 лет (95%ДИ 47,4-58,1). Распространённость антител против ВГВ в данной возрастной группе составила 3,4% 95%ДИ 0,4-7,2, а гепатита С 6,8% 95ДИ 1,4-12,2. Средний возраст пациентов с фиброзом 4-й степени составил 56,9 лет (95%Ди 51,2-62,2). Распространённость антител против ВГВ в данной возрастной группе составила 6,9% 95%ДИ 0,1-13,6, а гепатита С 6,9% 95ДИ 0,1-13,6. Тяжелая степень фиброза, соответствующая пред-циррозу (F3) и начальной степени цирроза (F4) была установлена у 11,8% и 23,7% соответственно. Вероятность самоизлечения при ВГС – 30%. Численность населения в возрасте от 47 до 58 лет – 4 081 956 человек, в возрасте 51-62 года – 3 798 240 человек.

Используя методы триангуляции было рассчитано, что в Республике насчитывается 122361 человек с Циррозом класса А, а с состоянием пред-цирроза – 48147 человек. Средний возраст перехода из пред-цирроза в цирроз класса А составляет 4 года.

Заключение. Учитывая данные триангуляции было установлено, что пораженность ранними циррозами и пред-циррозами составляет 3221 и 1179 на 100 000 населения, а общая распространённость составляет 382,4 и 150,4 человек на 100 000 населения соответственно, что представляет значительную по масштабам проблему общественного здравоохранения, требующую принятия незамедлительных мероприятий.

БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА БРОНХ-ЎПКА АСОРАТЛАРИ БЎЛГАН КЎКЙЎТАЛНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР.

Эргашев Б.М., Муминова М.Т., Қодиров Ж.Ф.

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги: Кўкйўталнинг оқибатига касалликни ўз вақтида аниқлаш, адекват даволаш, беморнинг ёши, касалликнинг оғирлиги ва ёндош касалликларнинг мавжудлиги таъсир кўрсатади.

Тадқиқот мақсади: Бир ёшгача болаларда бронх-ўпка асоратлари бўлган кўкйўталнинг клиник кечишига таъсир этувчи омилларни ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот 2016-2017-йиллар давомида ТГА 3-клиникасининг болалар юкумли касалликлари бўлимида кўкйўтал билан касалланган бронх-ўпка асоратлари ривожланган 0 дан 1 ёшгача бўлган 50 нафар болаларни текшируви асосида ўтказилди. Уларнинг 18 нафарини 0-6 ойгача, 32 нафарини 6 ойдан 1 ёшгача бўлган болалар ташкил этди. Ташхис объективвалаборатор, инструменталтекширувлариасосида кўйилди.

Тадқиқот натижалари. Барча 50 нафар кўкйўтал билан касалланган болаларда бронх-ўпка асоратлари бўйича тақсимланганда бронхопневмония – 25 нафар (50%) бемор болаларда кузатилиб; улардан 2 нафарида (8%) нафас етишмовчилигининг 2-даражаси, 5 нафарида (20%) нафас етишмовчилигининг 1-даражаси аниқланди. Ўткир бронхит – 17 нафар (34%), ларингит – 8 нафар (16%) болаларда аниқланди. Жами 50 нафар кўкйўтал билан касалланган бронх-ўпка асоратлари бўлган болаларнинг 11 нафари она сути билан озиқланади. 46% (23 нафар) болалар эса она сути билан биргаликда кўшимча турли таркибли сунъий сутли аралашмалар билан боқилган. Қатъий сунъий овқатланишдаги болалар 32%ини (16 нафар) ташкил этади. Болаларэмланганлик даражаси бўйича; 1 марта АКДС олган болалар сони 12 нафарни (24%), 2 марта эмланганлар – 7 нафарни (14%), 3 марта эмланганлар бир нафар (2%) бемор болаларга тақсимланди. Жами 50 нафар бронх-ўпка асоратлари бўлган кўкйўтал билан касалланган болаларнинг 30 нафари (60%) кўкйўталга қарши умуман эмланмаган.

Текширувдаги болаларнинг 86%ида (43 нафар) касаллик ўрта оғир шаклда кечган бўлса, 14%ида (7 нафар) болаларда касалликнинг оғир шакллари қайд этилди. 18 нафар 0-6 ойгача бўлган болаларнинг 6 нафарини синкопал апноэ ҳолатлари қайд этилган бўлса, уларнинг 2 нафарини чала туғилган болалар, қолган 4 нафарини эса асаб тизимининг перинатал шикастланиши бўлган болалар ташкил этди. Қолган 12 нафар 0-6 ойгача ва 32 нафар 6 ой-1 ёшгача болаларда спазматик апноэ ҳолатлари қайд этилди.

Шундай қилиб, бронх-ўпка асоратлари бўлган кўкйўтал билан касалланган 1 ёшгача бўлган болаларнинг 60% кўкйўталга қарши эмланмаганбўлиб, уларда касаллик 86% ҳолларда ўрта оғир шаклда кечган касалликнинг кечишига боланинг овқатланиши ва фон касалликларининг мавжудлиги катта аҳамиятга эга.

СУРУНКАЛИ ВА ЎТКИР ОСТЕОМИЕЛИТЛАР ҚЎЗГАТУВЧИЛАРИ МИКРОБ МАНЗАРАСИНИНГ ТАВСИФИ

Эргашев В.А.

ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ, Тошкент ш.

Илмий иш мақсади 14 ёшгача бўлган болаларда ташҳисланган сурункали ва ўткир остеомиелитлар микроб манзарасини тавсифлаш ва баҳолаш бўлди.

Биз томондан 39 нафар 14 ёшгача бўлган бемор болалардан олинган биологик ашё (йиринг) бактериологик усулларда текширилди. Сурункали (n=28) ва ўткир (n=11) остеомиелитлар ташҳиси 10-мартга қайта кўриб чиқилган Касалликларнинг Халқаро Таснифи (МКБ-10) асосида замонавий клиник, инструментал ва лаборатор усуллар ёрдамида верификация қилинди.

Бемор болаларда касаллик этиологияси 66,7% ҳолатда посттравматик, 33,3% ҳолатда гематоген эканлиги аниқланди. Сурункали остеомиелитда посттравматик 24, гематоген 4 ҳолатда, ўткир остеомиелитда посттравматик 2, гематоген 9 ҳолатда унди. Қўзғатувчилар идентификацияси Bergey's [1997] бўйича олиб борилди. Барча беморлар Хоразм вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида даволанганлар бўлди.

Қўзғатувчилар орасида етакчи ўрин граммусбат кокклар тегишли бўлди. Жами 41 та штамм ажратилди, шулардан 23 штамм монокультура, 18 штамм ассоциация кўринишида. Микроб манзарасида етакчилик *S.aureus* (34,2±7,4%); *S.epidermidis* (17,1±5,9%); *E.coli* (14,6±5,5%); *P.aeruginosa* га (14,6±5,5%) тегишли бўлди.

Ўткир остеомиелитда (n=11) *S.aureus* нинг 5 штамми (3 та монокультура ва 2 та ассоциация - *Proteus spp* ва *Candida spp* билан); *S.epidermidis* нинг 2 штамми (1 та монокультура ва 1 та ассоциация - *Enterobacter spp* билан), *E.coli* нинг 2 та штамми (2 та монокультура), *S.saprophyticus* нинг 1 штамми (1 та монокультура) ундириб олинди - жами 10 та штамм (7 монокультура ва 3 ассоциация). 1 ҳолатда униш кузатилмади.

Сурункали остеомиелитлар (n=28) микроб манзарасида сезиларли тафовут бўлмади - *S.aureus* 9 ҳолатда (5 та монокультура ва 4 та ассоциация: *E.coli* *S.epidermidis* билан); *S.epidermidis* 5 ҳолатда (2 та монокультура ва 3 та ассоциация: *S.aureus*, *Proteus spp*, *P.aeruginosa* билан); *E.coli* 4 ҳолатда (1 та монокультура ва 3 та ассоциация: *S.aureus* билан); *P.aeruginosa* нинг 6 штамми; *E.faecalis* ва *Klebsiella spp* 1 мартадан (монокультура) ундириб олинди - жами 21 штамм (15 монокультура ва 6 ассоциация). 6 ҳолатда униш кузатилмади.

Этиологик агентларнинг касаллик сабабларига кўра тақсимланиши куйидача бўлди: *S.aureus* 13, *S.epidermidis* 5, *E.coli* 2, *Proteus spp* 2, *P.aeruginosa* 6, *Klebsiella spp* ва *Candida spp* 1 тадан ҳолатда посттравматик остеомиелитда, *E.coli* 4, *S.epidermidis* 2, *S.aureus*, *Proteus spp*, *Klebsiella spp*, *E.faecalis* ва *S.saprophyticus* нинг 1 тадан ҳолатда гематоген остеомиелитда унди.

Шундай қилиб, болаларда кечган остеомиелитлар микроб пейзажида етакчилик асосан *S.aureus*, *S.epidermidis*, *E.coli* ва *P.aeruginosa* да кузатилди. Сурункали ва ўткир кўринишлар микроб манзарасида тафовут аниқланмади, фақат сурункали остеомиелитда *E.faecalis* ундириб олингани бундан мустасно.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Эшназаров С.Э., Исхакова Х.И.
СЭС МСО г. Ташкент, ТашИУВ МЗРУз**

Легионеллез - острая инфекционная болезнь, протекающая с катарально-респираторным синдромом, нередко тяжелой пневмонией, интоксикацией, лихорадкой.

В природных условиях легионеллы обитают в пресноводных водоемах, где они являются симбионтами сине-зеленых водорослей, паразитируют в водных и почвенных амебах, инфузориях и других простейших. Размножение легионелл а наиболее активно идет в теплой воде. Высокие адаптивные способности легионелл позволяют им успешно колонизировать искусственные водоемы – системы охлаждения, градирни, компрессорные устройства, душевые установки, оборудование для респираторной терапии и др., где они накапливаются в высоких концентрациях. Легионеллы активно колонизируют синтетические и резиновые поверхности водопроводного, промышленного, медицинского оборудования, в виде так называемых "биопленок", в которых легионеллы значительно более устойчивы к действию дезинфицирующих веществ.

В современном обществе легионеллез приобретает черты социального заболевания. С учетом повсеместного распространения возбудителя, широкого применения различных систем водопользования, развития индустрии путешествий со строительством современных гостинично - туристических комплексов, включающих целый спектр услуг, связанных с водными процедурами, в Узбекистане также должны быть готовы к организации адекватных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий как при выявлении единичных случаев, так и при локализации крупных очагов инфекции.

СЭС МСО на базе центра легионеллёза России при НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи (Москва) проводит исследования воды на обнаружение легионелл. В течение 2011-2016 гг. было исследовано 239 проб воды (конденсаты кондиционеров, вода из фонтанов и бассейнов, душевых.) из административных зданий с центральным кондиционированием в г. Ташкенте. Пробы отбирали в объеме не менее 1л. также были взяты смывы водных систем с использованием марлевых тампонов. Отобранные пробы концентрировали путем фильтрования на установке фильтрации с использованием вакуумного насоса через стерильные фильтры с диаметром пор 0,22 мк.

В дальнейшем концентрированные образцы обрабатывали разными способами (раздельно). Первый способ включал выдерживание 1 мл образца при температуре 55°C в течение 10-30 мин. При необходимости использовался второй способ – обработка интактного образца кислотной смесью (0,2М HCl – 3,9 мл и 0,2М KCl – 25 мл) в объеме 10:1 или 1:1, инкубацией при комнатной температуре в течение 10 мин с последующей нейтрализацией кислоты щелочным раствором (0,1N KOH – 10,7 мл и дистиллированная вода 100мл). Пробы после обработки указанными способами центрифугировали при 5000

об/мин в течение 15 мин и высевали на специальные среды. Инкубация проводилась в течение 14 суток при температуре 35°C с просмотром чашек каждый день.

Легионеллы обнаружены в 28 образцах в различных концентрациях от 1×10^1 КОЕ/л до $1,5 \times 10^3$ КОЕ/л (допустимая концентрация 10^3 КОЕ/л).

Вывод Легионеллы выявлены в 11,7% образцах исследованных проб воды, что свидетельствует о необходимости освоения и внедрения в соответствующих службах современных методов определения легионелл, организации регулярного контроля за системами кондиционирования, а также проведения исследований на *Legionella pneumophila* больных с пневмониями неустановленной этиологии.

ДИАГНОСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ГЕПАТИТА С ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ И БЕЗ НЕГО

**Андижанский государственный медицинский институт
Юльчибаев М.Р., Мулладжанова К.А., Эргашева С.**

В последние годы отмечен резкий рост показателей заболеваемости острым гепатитом С. При этом следует иметь в виду, что регистрации подлежали лишь желтушные формы этой инфекции. Большинство случаев острого ГС протекает без желтухи, со скудной клинической симптоматикой и, как правило, не попадает в поле зрения врачей. На один желтушный случай острого ГС приходится не менее 6 случаев, протекающих без желтухи. К тому же уже в эти годы было выявлено существование большого контингента лиц с хроническим ГС и так называемых носителей вируса ГС (ВГС).

Цель работы. Определение частоты перинатальной передачи ВГС у женщин, имевших в крови антитела к этому вирусу (как с наличием, так с отсутствием РНК ВГС по данным исследования в ПЦР), а также у тех из них, у которых имелось сочетание ГС с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Для изучения широты распространения антител к ВГС среди беременных женщин в регионе с умеренной активностью эпидемического процесса ГС проведен анализ результатов определения у них методом ИФА этих антител в 2010-2015гг. Было обследовано 2460 беременных женщин и 55 детей, у матерей которых во время беременности были выявлены анти – ВГС в крови. Из них 9 пар составили дети и их матери, у которых имело место сочетание ГС с ВИЧ – инфекцией. У детей, рожденных от анти – ВГС позитивных матерей, проводили клиническое обследование, определяли биохимические показатели крови (активность АЛАТ, общий билирубин, осадочные белковые пробы), антитела к ВГС, применяли тестирование вирусной РНК в ПЦР с определением генотипов ВГС. Полное клинико – лабораторное обследование осуществляли каждые 3 мес до элиминации специфических антител, а в случае подозрения на перинатальную передачу ВГС – по показаниям. Основанием для постановки диагноза перинатальной передачи ВГС являлись обнаружение РНК ВГС у ребенка в возрасте до 12 мес в сочетании с тестированием у него антител к ВГС, наличие одинаковых генотипов ВГС у матери и ребенка.

Результаты. Результаты у 55 беременных женщин с анти – ВГС в крови (9 из которых были инфицированы ВИЧ) РНК ВГС тестировали в ПЦР. Из 34 беременных женщин с моноинфекцией, вызванной ВГС, только у 22 (65%) в анамнезе имелись указания на различные парентеральные вмешательства, с которыми можно было связать инфицирование этим вирусом, в то же время все женщины с микст – инфекцией, вызванной ВГС и ВИЧ, употребляли психоактивные вещества внутривенно.

У большинства обследованных детей, родившихся у женщин с анти ВГС в крови, в течении первого года жизни (в редких случаях – до 18 мес) в крови обнаружены материнские антитела к ВГС, проникшие через плаценту. Материнские антитела к этому вирусу выявлены у 100% таких детей в возрасте до 2 мес, у 90% детей – 3 – 5 мес, 57% - 6 – 8 мес, 30% - 9 – 11 мес, 14% - 12 – 17 мес

и ни у одного ребенка старше 18 мес. Эти данные позволяют считать, что обнаружение антител к ВГС у детей в возрасте до 12 мес не может иметь самостоятельного диагностического значения. С целью этиологической диагностики ГС необходимо проведение тестирования РНК ВГС в ПЦР.

Частота перинатальной передачи ВГС у 34 детей, родившихся у женщин с анти – ВГС в крови и не инфицированных ВИЧ, составила 5,8% (имела место у 2 детей). Во всех случаях у матери и ребенка генотип ВГС был идентичен. Один случай был расценен как интранатальное заражение этим вирусом (РНК ВГС была впервые выявлена у ребенка в возрасте 2 мес), второй пренатальное инфицирование (РНК ВГС была впервые выявлена в возрасте 7 дней и повторно в возрасте 1 мес). У обоих детей отсутствовала желтуха и имелись минимальные клиническо – биохимические признаки поражения печени. Результаты их обследования в динамике позволили диагностировать у них первично – хронический ГС. В то же время у детей, родившихся у ВИЧ инфицированных женщин с наличием в крови анти – ВГС, перинатальное инфицирование ВГС было установлено с большей частотой (у 2 из 11, или 18%). Эти данные заслуживают внимания, хотя нуждаются в дальнейшем подтверждении, проведении сравнения больших по числу групп, что позволит получить статистически значимые результаты.

Выводы. Таким образом, частота передачи ВГС от матери ребенку составила 5,8%. Во всех случаях заражение таких детей этим вирусом имело место только при наличии у их матерей РНК ВГС (при этом частота перинатальной трансмиссии ВГС составила 13%). При сочетании у женщин ГС с ВИЧ инфекцией частота перинатального инфицирования ВГС их детей повышалась до 18%. Вместе с тем необходимо проведение дальнейших исследований для оценки риска перинатальной передачи ВГС в зависимости от способа родоразрешения женщин, инфицированных этим вирусом, типа вскармливания младенцев, родившихся у них, генотипа вируса.

ПОЛИРЕЗИСТЕНТ ХУСУСИЯТГА ЭГА БЎЛГАН ТИФИМУРИУМ ТОМОНИДАН ЧАҚИРИЛГАН САЛЬМОНЕЛЛЕЗ ХАСТАЛИГИДА ЭРИТРОЦИТЛАРНИНГ ОСМОТИК РЕЗИСТЕНТЛИК ДАРАЖАСИ

Юсупов Ш.Р., Самандарова Б.С., Рахимбаев М.Ш.

ТТА Урганч филиали

Полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелла тифимуриум чақирган сальмонеллез хасталигида бемор болалар эритроцитларининг осмотик чидамлиги (резистентлиги) гемолиз бўлиш тезлигига қараб ўрганилди. Бизнинг қарамоғимизда полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонелла тифимуриум томонидан чақирилган 70 та бемор болалар (асосий гурух), ҳамда антибиотикларга таъсирчан сальмонелла тифимуриум томонидан чақирилган сальмонеллез хасталиги билан касалланган 70 та бемор болалар (назорат гурухи) кузатувда бўлди. Асосий ва назорат гурухида бўлган бемор болалар эритроцитларининг осмотик чидамлиги 2-3 марта ўрганилди. Хусусан хасталикнинг бошланиш, авж олган ва тузалиш даврларида ЭОР даражаси ГД га қараб аниқланди.

Текширишлар шуни кўрсатадики, соғлом болаларда ЭОР даражаси $0,35 \pm 0,02$ ташкил этди. Яъни, NaCl эритмасининг 0,25% дан 38,0% гача концентрациясида соғлом болалар эритроцитларининг гемолизи қайд этилиши диққатга сазовордир. Асосий ва назорат гурухига мансуб бўлган бемор болаларнинг ўрта оғирликдаги формасида эритроцитлар ГД си хасталикнинг бошланиш давридаёқ ишонарли даражада кўтарила борди. Шунини таъкидлаш лозимки, асосий гурухдаги бемор болаларнинг ГД си назорат гурухи беморларининг ГД га нисбатан ишонарли даражада кўтарилиши қайд этилди ($P < 0,05$). Хасталикнинг авж олган даврида асосий ва назорат гурухига мансуб бемор болалар эритроцитларининг гемолиз даражаси янада кўтарилди ($P < 0,005$). Асосий гурухга мансуб бўлган бемор болалар эритроцитларининг ГД назорат гурухига нисбатан хасталикнинг авж олган даврида ишонарли даражада кўтарилиши ($P < 0,01$) диққатга сазовордир.

Ўрта оғирликда кечган сальмонеллезнинг асосий ва назорат гурухига мансуб бўлган бемор болаларнинг ЭОР эрта реконвалесценция даврида ГД пасайиши кузатилди. Лекин асосий гурухга мансуб бўлган бемор болаларнинг ЭОР нинг ГД си шу даврда юқориликча қолаверди ($P < 0,01$). Сальмонеллезнинг оғир формасида асосий ва назорат гурухига мансуб бўлган бемор болалар ЭОР нинг ГД си ҳар уч даврда ҳам энг юқори даражада эканлиги илмий изланишда кузатилди ($P < 0,01 - < 0,001$). Шунини таъкидлаш лозимки, сальмонеллез хасталигининг оғир формаси асосий гурухдаги бемор болаларда ЭОР нинг ГД сининг энг юқори кўрсаткичи асосий гурух беморларининг авж олган даврида намоён бўлди. Ҳаттоки хасталикнинг эрта реконвалесцент даврида ҳам бемор болалар ЭОР нинг ГД си юқориликча қолиши диққатга сазовордир.

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК

Юсупов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра детских инфекционных болезней

Введение. За последние годы увеличился число больных с инфекциями мочевыводящих путей, кроме того они протекают латентное течение, что также способствует запаздыванию диагностики и медико-социальной помощи.

Цель исследования: изучение особенностей диагностики инфекции мочевыводящих путей при вирусном гепатите А у детей.

Материалы и методы. Было обследовано и проведено лечение вирусного гепатита у 45 детей от 1 до 14 лет: из них 68,9% (31 детей) с ИМС, у 6,7 % (3 детей) было обнаружено осложненная с ИМП аномалии развития почек. общий анализ крови, мочи, проба Нечипаренко, бактериологического исследования мочи с определением наличия и степени бактериурии и вида возбудителя, УЗИ почек и мочевыводящих путей.

Результаты. Наши лабораторные обследование подтвердили из общего анализа крови выявлялось: нейтропения, относительный лимфоцитоз, ускоренное СОЭ; из общего анализа мочи отмечалось: изменение цвета мочи, протеинурия, уробилинурия; данные изменения были характерными для вирусного гепатита; Мочевой синдром характеризовался лейкоцитурией нейтрофильного типа, минимальной протеинурией, бактериурией. В клиническом анализе мочи отмечаются лейкоцитоз, повышения СОЭ. На первом этапе у всех больных применяли тест полоски на присутствие лейкоцитов, эритроцитов, белка, нитритов и величину рН, так как лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия, обнаружение нитритов в моче свидетельствует об инфицировании мочевого тракта. У всех детей было проведено общий анализ мочи с микроскопией осадка. По результатам общего анализа мочи с микроскопией осадка было выявлено лейкоцитурия, бактериурия, эритроцитурия, протеинурия, цилиндриурия и др. Возбудителями инфекции мочевых путей являлись грамотрицательные бактерии, в основном E. Coli-90%. По биохимическим показателям в крови было определено содержание общего белка, мочевины, креатинин, кальций, фосфор, натрий. Уровень этих показателей и уровень С-реактивного белка в крови у 23 % больных был повышен. При исследовании пробы Зимницкого и пробы Реберга существенных изменений не выявлялось. По результатам пробы Нечипоренко у 94 % детей показало повышение количество лейкоцитов и у 22 % детей повышение количества эритроцитов в 1 мл мочи. УЗИ почек и мочевыводящей системы показало наличие конкрементов, аномалий почек, было отмечено утолщение слизистой оболочки и нарушение функций мочевого пузыря.

Выводы. Необходимо установить клинический диагноз, эффективно лечить и полноценно реабилитировать больных детей, что, в конечном счете, не приведет к хронизации этих процессов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА

Якубова Н.С., Джураева К.С., Тиркашев О.С., Ачилова М.М.

Кафедра Инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии

Актуальность. Согласно результатам исследований последних лет инвазированность *G. Lamblia* и острого вирусного гепатита А могут проявляться широким спектром клинических проявлений, при этом варьируя от бессимптомного до классического течения, что в свою очередь затрудняет клиническое влияние обоих заболеваний при их сочетанном течении. По данным ВОЗ учтенная заболеваемость вирусным гепатитом А в мире ежегодно составляет 1,5 млн. человек, а одним из наиболее распространенных паразитозов является лямблиоз, который приходится на детей и подростков в возрасте от 2 до 8 лет в 50% случаев.

Исходя из вышеизложенного, **целью** нашего исследования явилось изучение особенностей течения острого вирусного гепатита А на фоне лямблиоза кишечника у детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 детей, больных ВГА. Из них у 24 (51,1%) детей была выявлена паразитарная лямблиозная инвазия (I группа). 23 детей с ВГА без лямблиоза составили группу сравнения (II группа). Возраст больных колебался от 3 до 14 лет.

Результаты. Сопоставление отдельных симптомов между группами больных ВГА выявило, что их выраженность различна в зависимости от наличия или отсутствия лямблиозной инвазии. Проявления астеновегетативного синдрома в виде жалоб на слабость, быструю утомляемость, нарушения сна и головные боли предъявляли все больные ВГА на фоне лямблиоза (100%). Признаки холестатического синдрома доминировали у I группы больных. Так, при объективном осмотре иктеричность кожных покровов и склер отмечалась у 82,6% больных данной категории, тогда как в группе сравнения только у половины детей (54,2%). Аналогично регистрировалась частота и выраженность диспепсического синдрома. При этом такие симптомы как метеоризм и боли в животе также нашли достоверные различия с превалированием у детей с лямблиозом (I-гр 86,9%, II-гр 70,8% соответственно). Нарушение стула отмечалось у 78,2% детей основной группы с превалированием в виде склонности к поносам и для 58,3% больных из группы сравнения с характерным развитием спастических запоров. У всех обследованных детей (100,0%) имело место увлечение размеров печени, однако представленность в размерах и консистенции печени была различна. Для детей основной группы было характерно превалирование больших размеров (свыше 3 см) печени с довольно плотной консистенцией. Проявление невротического характера в виде тиков и бруксизма более чем в 3,6 раза наблюдалась среди детей I-группы. Гиперкинезы были характерны только для больных ОВГА на фоне лямблиоза в виде вредных привычек: грызть ногти, сосание пальца и др.

Выводы. Особенности клинического течения ОВГА на фоне лямблиоза кишечника у детей является стойкое преобладание астеновегетативного, диспептического, холестатического синдромов и гепатомегалии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГНОЙНОГО ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ ПО САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ярмухамедова Н.А., Раббимова Н.Т., Орипова П.О., Тиркашев О.С.

Самаркандский государственный медицинский институт. Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии

Актуальность темы: Пневмококковые менингиты (ПМ) занимают ведущее место в структуре бактериальных менингитов не менингококковой этиологии. Удельный вес пневмококкового менингита среди других гнойных менингитов колеблется от 9,5 до 26% по данным разных авторов. Несмотря на значительный прогресс в области диагностики и лечения неврологической инфекционной патологии, применение современных методов интенсивной терапии и новейших антибактериальных препаратов, заболевание отличается тяжелым течением, высокими показателями летальности, развитием поздних осложнений, нередко приводящим к инвалидизации больных.

Цель исследования: изучить эпидемиологические аспекты гнойного пневмококкового менингита у детей по Самаркандской области за последние 10 лет.

Материалы и методы: материалом для исследования послужили истории болезни 36 больных с диагнозом ПМ, обратившихся в областную клиническую инфекционную больницу города Самарканда за последние 10 лет. Для идентификации *S. Pneumoniae* из ликвора использовали микроскопический метод, бактериологический посев ликвора на специальные среды, РЛА (Pastorexmeningitis, Bio-Rad, Франция) и иммунохроматографический тест (VinaXNOW – Streptococcus pneumoniae Test, США).

Анализ обращаемости больных по годам, показал практически одинаковое количество больных заболевших пневмококковым менингитом за последние 10 лет (2006 год -11,1%; в 2007 году -8,3%, в 2008 году -11,1%; в 2009 году - 8,3%; в 2010 году - 5,5%; в 2011 году -11,1%; в 2012 году -5,5%; в 2013 году - 8,3%; 2014 году -13,8%; в 2015 году -13,8%, лишь в 2016 году отмечился значительный спад до 2,6% случаев, что связано возможно с введением вакцинации в республике.

Основной группой больных являлись дети до пяти лет (24,9%). При этом в группе детей до трех лет наблюдается наибольшая встречаемость клинически выраженных форм в 13,8%. У детей до 16 лет частота носительства меньше и составляет 22,2 %. Среди обратившихся больных взрослые составили 47,2%. Анализ больных по полу показал преимущественное обращение больных мужского пола.

При анализе места проживания больных было выявлено, что подавляющее большинство случаев было из районов Самаркандской области (94,6%). Эпидемический процесс при ПМ характеризовался осенне-зимней сезонностью.

Спонсоры



Технический партнер



**CENTERS FOR DISEASE™
CONTROL AND PREVENTION**