



BERLIN-CHEMIE
MENARINI



ARTERIUM

PRO.MED.CS
Praha a.s.

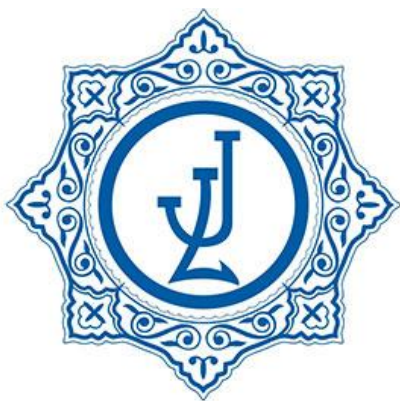
LPS
LIFE PHARMA SYSTEMS



Abbott
A Promise for Life

MG
MURAD GROUP

LABORATOIRE
InNOTECH
INTERNATIONAL



JURABEK
Laboratories Ltd

S K S
Consulting

Интеллект на защите
здоровья
polysan

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИНИНГ ЮҚУМЛИ ВА БОЛАЛАР ЮҚУМЛИ
КАСАЛЛИКЛАРИ КАФЕДРАСИ**

**MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
URGENCH BRANCH OF TASHKENT MEDICAL ACADEMY
INFECTIOUS AND CHILDREN INFECTIOUS DISEASES DEPARTMENT OF
TASHKENT MEDICAL ACADEMY**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
УРГЕНЧСКИЙ ФИЛИАЛ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

**«ЗАМОНАВИЙ ИНФЕКТОЛОГИЯ: ЮҚУМЛИ ИЧАК, ВИРУСЛИ ВА
ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРНИНГ ДАВОЛАШИГА ЗАМОНАВИЙ
ЁНДАШУВ»**

Хорижий олимлар иштирокида республика илмий-амалий анжумани

Republican scientific-practical conference with international participation
**«MODERN INFECTIOLOGY: NEW APPROACHES
IN THE TREATMENT OF INTESTINAL, VIRAL
AND PARASITIC DISEASES»**

Республиканская научно-практическая конференция с международным
участием

**«СОВРЕМЕННАЯ ИНФЕКТОЛОГИЯ: НОВЫЕ
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КИШЕЧНЫХ,
ВИРУСНЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ»**

Редакционная коллегия:

Каримов Ш.И. (главный редактор),
Рузибаев Р.Ю., Маткаримова Д.С., Ахмедова М.Д., Юлдашев Б.С.,
Юсупов Ш.Р. Атаджанова А.Ш.

Тезисы не рецензируются. За содержание и достоверность указанной
информации ответственность несут авторы.

Оглавление

СЕКЦИЯ 1. ИНФЕКЦИОН ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР

PUNCTURE AND PUNCTURE-DRAINAGE METHODS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS TREATMENT	16
ATALIEV A.E., TESHAEV O.R., SHUKUROV A.A., ALIMOV S.U., DADAJONOV E.M., SAFARGALIEV F.R.	
PUNCTURE-DRAINAGE TREATMENT OF LARGE AND GIANT HYDATID CYSTS	17
ATALIEV A.E., TESHAEV O.R., SHUKUROV A.A., ALIMOV S.U., DADAJONOV E.M., SAFARGALIEV F.R., ERNAZAROV KH. I.	
VIOLATION OF INTESTINAL MICROBIOTA IN CHILDREN WITH ENTEROBIASIS	18
KHUDOYBERDIEVA S.A., ISMOILOV M.H., GANIEVA S.K	
CLINICAL FEATURES AND CAUSAL TREATMENT OF FLEXNER'S DISENTERY	18
MAKSUDOVA Z.S.	
A NEW METHOD OF TREATMENT OF RESIDUAL CAVITY AFTER ECHINOCOCECTOMY	19
TESHAEV O.R., OLIMOV N.K., ALIMOV S.U., DADAJONOV E.M., SAFARGALIEV F.R.	
КИШЕЧНЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ У БОЛЬНЫХ ЗООНОЗНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ.....	20
Абдиев Ф.Т. ¹ , Анваров Ж.А. ² , Тойчиев А.Х. ³	
ИЧАК ЛЯМБЛИОЗИ ВА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ХОЛЕСТАЗ ШАКЛИ БИРГАЛИҚДА КЕЧИШИНИНГ ЭТИОЛОГИК ХОЛАТИ ВА ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИ.	21
Абидов А.Б.	
ОСОБЕННОСТИ РЕПЛИКАТИВНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ПОДРОСТКОВ	22
АГЗАМОВА Т.А.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ КЛЕЩЕВЫМ РИККЕТСИОЗОМ В ПРИБАЙКАЛЬЕ.....	23
¹ Аитов К.А., ² Бальжинимаева И.Ц., ¹ Бурданова Т.М., ¹ ЛЕМЕСШЕВСКАЯ М.В., ¹ БОБРОВА Н.К., ³ МАКАРОВА С.В.	
ПОИСК НОВЫХ ПОДХОДОВ К ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА	24
Аитов К.А.	
КАНДИДОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ИММУНОСУПРЕССИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.	25
Аладова Л.Ю.	
СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНТАГИОЗНЫМИ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН .	26
АЛЕКЕШЕВА Л.Ж., ШАПИЕВА Ж.Ж.	
ГЕМОСТАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ	27
АЛИМОВ С.Г., ХУДАЙБЕРДИЕВ Я.К., НАВРУЗОВ Б.Т., ТОРАКУЛОВ Д.Д.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА	28
АНВАРОВ Ж.А.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НИФУРОКСОЗИД (СТОПДИАР) В ЛЕЧЕНИИ ЛЯМБЛИОЗА	29
АНВАРОВ Ж.А., БОБОЖОНОВ Ш.Ж., САЙФУТДИНОВА З.А., КАРИМОВ Д.А.	
ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГАСТРОПАТИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	30

АТАБАЕВА С.М.	
КЛИНИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ.	31
АТАБЕКОВА Ш.Р., МЕРКУШКИНА Т.А., ИБАДОВА Г.А.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИНИКИ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.	32
АТАБЕКОВА Ш.Р., ИБАДОВА Г.А., МЕРКУШКИНА Т.А.	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ	33
АТАХОДЖАЕВА Д.Р., МИРЗАЕВА М.А.	
КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ	34
АХМЕДОВА Х.Ю., МИРРАХИМОВА Н.М., ИГАМБЕРДИЕВА С.Д.	
ДОПЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЖ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ.....	35
БАРАТОВА М.С., АТАЕВА М.А., КОБИЛОВА Г.А., САЛОМОВА Х.Ж.	
ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАРЕИ	36
БЕКТИМИРОВ А.М.-Т., АХМЕДОВ И.Ф., САДИКОВА Н.М., БЕКТИМИРОВА А.А., АБДУХАЛИЛОВА Г.К.	
ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БИОСУБСТРАТОВ БОЛЬНЫХ С ДИАРЕЕЙ.....	37
БЕКТИМИРОВ А.М.-Т., МАМАТКУЛОВ А.И., САДИКОВА Н.М., МАМАТКУЛОВ И.Х.	
ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛЯМБЛИОЗА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ.....	39
БОЖЕНОВА И.В., КАЛИНИНА Т.Н., КОРНЕЕВ А.Г., САМОЙЛОВ М.И., СОЛОВЬЕВ В.В., САДЫКОВА И.М., ХРОМОВА А.В.	
ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОВ У ДЕТЕЙ.....	39
ГАНИЕВА С.К., ДЖУРАЕВА З.Б.	
ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ.....	40
ГАФУРОВА Н.С., МИРЗАЕВА М.А., ИСЛАМОВ А.И., КАРИМОВА З.К.	
СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МЕТОДА ПЦР ДРУГИМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ СИНОВИИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	41
ГУЛЯМОВ Ё.Б., МИРЗАЕВ А.Б., СУЛТАНМУРАТОВА Г.У., РАХИМЗОДА Т.Э.	
ПОКАЗАТЕЛИ КОРТИЗОЛА ПРИ СРЕДНЕТЕЖЕЛОМ И ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ...	42
ГУЛЯМОВ Н.Г., ДОЛИМОВ Т.К., ХАЙИТОВ Р.Х., ЗОИРОВА С.Х., НАЗАРОВ Э.У.	
КОЛЕБАНИЯ УРОВНЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ	43
ЕГОРОВ С.К., ЖИЛЬЦОВ И.В., СЕМЕНОВ В.М.	
ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ	44
ИБАДОВА Г.А.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ	45
ИБАДОВА Г.А., АТАБЕКОВА Ш.Р.	
МУТАЦИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ К АНТИРЕТРОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ	46
ИБАДУЛЛАЕВА Н.С., КАЗАКОВА Е.И., МАМАТКУЛОВ А.Р.	

МИКРОФЛОРА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ	47
ИБРАХИМОВА Х.Р., МАШАРИПОВА Ш.С., ЯКУБОВА У.Б., РАХИМБАЕВ М.Ш.	
СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИАРЕЕЙ.....	48
ИМАМОВА И.А.	
ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ССС ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ.....	49
ИМАМОВА И.А.	
ИНТЕНСИВНАЯ ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ.	50
ИМАМОВА И.А. ¹ , БЕРДИЕВ Э.Н. ¹ , НАВРУЗОВ Б.Т. ²	
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРУЮ ДИАРЕЮ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СО СТОРОНЫ ЖКТ	51
ИМАМОВА И.А., СУЛТАНОВА Г.Ю.	
ОЦЕНКА И АДАПТАЦИЯ КОММЕРЧЕСКИ ДОСТУПНЫХ НАБОРОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДНК ВИЧ В МАТЕРИАЛЕ «СУХАЯ КАПЛЯ КРОВИ» В УЗБЕКИСТАНЕ	52
КАН Н.Г., КАЗАКОВА Е.И., ЛАТЫПОВ Р.Р.	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ EPSTEIN-BARR	53
КОЗЬКО В.Н., ТЕРЕШИН В.А., МЕРКУЛОВА Н.Ф., МОГИЛЕНЕЦ Е.И.	
ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА КОЛИТИК СИНДРОМИНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ	54
КОМИЛОВ О.Х., САМИБАЕВА У.Х.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ	55
КРУГЛОВА О.В.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА И САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	56
КРЫЛОВА Е.В., ДМИТРАЧЕНКО Т.И., СЕМЕНОВ В.М.	
СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	57
ЛОГИНОВ А.В., ¹ МИХАЙЛОВА Н.Р., ² СОКОЛОВА О.А. ¹	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.	58
МАГЗУМОВ Х.Б., РАХМАТУЛЛАЕВА Ш.Б., БОБОКУЛОВ М.Б.	
ОЦЕНКА ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОМ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ	59
МАДАМИНОВ М.С., АХМЕДОВА М.Д., АЛИМОВ С.Г., ХУДАЙБЕРДИЕВ Я.К.	
БАКТЕРИАЛ НЕОНАТАЛ НОЗОКОМИАЛ СЕПСИС ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ДАВОСИ	60
МАДАМИНОВ М.С., АЛИМОВ С.Г., БЕКТИМИРОВ А.М.-Т, ХУДАЙБЕРДИЕВ Я.К.	
ЭМЮКИТИ КИЛИНИКАСИ БАКТЕРИОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯСИДА 2012-2013 ЙИЛЛАРДА БЕМОРАЛДАРДАН АЖРАТИЛГАН САЛЬМОНЕЛЛАЛАРНИНГ ЙИЛЛАР ВА ЁШ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ	61
МАДРИМОВ З.Х. ТЎЙЧИЕВ Ж.Д., ХАЙИТОВ Р.Х.	

ЭМЮКИТИ КИЛИНИКАСИ БАКТЕРИОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯСИДА 2014 ЙИЛДА БЕМОРЛАРДАН АЖРАТИЛГАН САЛЬМОНЕЛЛАЛАРНИНГ ТАҲЛИЛИ	62
Мадримов З.Х.	
АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИЕ ЛИМФОЦИТЫ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗ У ЛИЦ С БЫСТРЫМ ФЕНОТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ	62
Максудова Л.М., Камиллов Х.М.	
ТУРЛИ ХИЛ ВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ПАТОГЕНЕТИК ДАВОНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ	63
Максудова З.С.	
СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЩЕЛОЧНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕДЛЕННЫМ ФЕНОТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ	64
Максудова Л.М.	
ДАВОЛАШ ПРОФИЛАКТИКА ШИФОХОНАЛАРДА ШИФОХОНА ИЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ	65
Машарипова Ш.С., Ибраимова Х.Р., Яқубова У.Б., Рахимбаев М.Ш.	
ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ	67
Мирзаев У.Х., Рахимова В.Ш., Жўраева Д.Э.	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА.....	67
Мирзоева М.Р., Бабаходжаев С.Н., Сайфутдинова Н.Н., Халилова З.Т.	
КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ	68
Михайлова Н.Р., ¹ Логинов А.В., ² Соколова О.А. ²	
СТРУКТУРА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ.....	69
Михайлова Н.Р., ¹ Логинов А.В., ² Соколова О.А. ²	
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНФЕРОН ЛАЙТ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВИРУСНОЙ И ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.	70
Мулладжанова К.А., Соломонник О.Н., Юльчибаев М.Р., Тухтаназарова Н.С.	
БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СУВЧЕЧАК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	71
Муллажанова К.А., Юльчибаев М.Р., Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.	
ВИТАМИН С В СОЧЕТАНИИ С СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ И АНТИБИОТИКАМИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ.....	72
Муратова З.Т., Сабинова Д.Ш.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГИТА, МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	73
Мустафаева Д.А., Атабеков Н.С., Байжанов А.К., Маматкулов А., Файзуллаева Д.Б.,	
ҚРИМ-КОНГО ГЕМОГРАФИК ИСИТМАСИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	74
Нарзиев И.И., Примов У.Х., Вахобов А.А.	
ЛЯМБЛИОЗ И ЕГО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТА ДИВОРМ.	75
Ниязов Г.Э., Облокулов А.Р., Вахабов А.А., Нарзиев Б.И.	

СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЁЗНИ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ТАШҲИСОТИ	76
Ниязова Т.А., Нурллаев Р.Р.	
ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЁЗА	77
Ниязова Т.А.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА ПРОТЕАЗ В ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С.	78
Облокулов А.Р., Нарзиев И.И., Исмоилов У.Ю., Абдуллаев Т.У., Облокулов А.А.	
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА	79
Облокулов А.Р., Исмоилов У.Ю., Зиядуллаев А.И., Ходиев И.Н.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА	79
Оризкулов А.О., Узакова Г.	
БОЛАЛАРДА РОТАВИРУСЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ҲОС ХУСУСИЯТЛАРИ	80
Отажанов Ш.З., Худайкулова Г.К., Шукуров Б.В.	
ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА МИКОПЛАЗМАНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ	81
Очилова С.С., Ёдгорова Н. Т., Алиев Ш.Р., Мирвалиева Н.Р.,	
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ	82
РАББИМОВА Н.Т., ТИРКАШЕВ О.С	
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ДИАРЕЮ	84
РАХМАТУЛЛАЕВА Ш.А., ШАРАПОВА Г.М.	
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.....	85
РИХСИЕВА Г.М., РАШИДОВ Ф.А., АБДУЛЛАЕВА У.У.	
ДИНАМИКА УРОВНЯ ИНФЕКЦИОННОЙ И ПАЗАРИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА	86
РУСТАМОВА Х.Е., МАХСУМОВ М.Ж., РУСТАМОВА М.	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕБИОТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В.....	87
РУСТАМОВА Ш. А., МАТЪЯКУБОВА Ф.Э.	
ОИВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАРИНИНГ УЧРАШИНИ ЎРГАНИШ	88
РЎЗМЕТОВ Ш.Р., АБДУЛЛАЕВА Д.Қ.	
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ	89
СОЛОГУБ Т.В., ТОКИН И.И.	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО МЕТОДА АНАЛИЗА (ELISA) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА.....	90
СУВОНКУЛОВ У.Т., КОВАЛЕНКО Д.А., АБДИЕВ Т.А., КОЧУГИНА Л.В.	
КЎЙЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН 1 ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА БРОНХ-ЎПКА АСОРАТЛАРИ	91
СУЛТОНОВ Р.К., БЕГМАТОВ Б.Х., КАДИРОВ Ж.Ф.	

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С.....	92
Султонова Г.Ю., Умаров Ф.Н.	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПРИМАДОФИЛЮС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ	93
Таджиев Б.М., Умаров Т.У., Мирисмаилов М.М.	
САЛЬМОНЕЛЛЕЗДА ЭНДОГЕН ИНТИОКСИКАЦИЯ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ	93
Ташпулатова Ш.А.	
ЗАРАЖЕННОСТЬ КИШЕЧНЫМИ ПАРАЗИТАМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	94
Тойчиев А.Х. ¹ , Наврузов Б.С. ² , Абдужаппаров С.Б. ³ , Наврузов С.Н. ³ , Бадалова Н.С. ¹ , Осипова С.О. ¹	
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА.....	96
Тухтаев А.А., Абдуллаев Т.У., Тешаев А.У.	
КЎЙЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН УЧ ЁШГАЧАБЕМОР БОЛАЛАРДА КЛИНИК СИМПТОМЛАРИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ	97
Умиров Ў.Ж., Худайкулова Г.К., Бегматов Б.Х.,	
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА GNB3 ГЕНА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ОТВЕТА НА ПРОТИВОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	98
Усманова Г.З.	
БОЛАЛАР ЎТКИР РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАМРОҲ ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ КЛИНИК - ИММУНОЛОГИК ТАВСИФИ	98
Худойдодова С.Г.	
ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ КИШЕЧНЫЕ ПАЛОЧКИ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ У ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ДИЗЕНТЕРИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ ЛЯМБЛИОЗОМ	99
Шайкулов Х.Ш., Юсупов М.И.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ	100
Шарапова Г.М., Касымов И.А., Рахматуллаева Ш.А.	
МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ВЕРОЯТНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.	101
Эгамова И.	
БОЛАЛАРДА ЭНТЕРОВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ СЕРОЗЛИ МЕНИНГИТЛАРНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ	102
Эргашева М. Я.	
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ.....	103
Юлдашев Т.А., Мулладжанова К.А., Юльчибаев М.Р., Соломонник О.Н.	
СВОЕОБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМАХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ	104
Юлдашев Т.А., Мулладжанова К.А., Соломонник О.Н., Орипова Ж.Н.	
ВОЗДЕЙСТВИЕ АНТИБИОТИКОВ НА ЭНТЕРОКОККИ ГОСПИТАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	105
Юлдашева Х.А., Шадманова Н.А.	

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ДИАРЕЯМИ У ДЕТЕЙ .	106
Юсупов А.С.	
ИЗУЧЕНИЕ ПЕРЕКРЕСТНОГО ИММУНИТЕТА МЕЖДУ КОКЛЮШЕМ И ПАРАКОКЛЮШЕМ	107
Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш.	
ЭКОЛОГИК НОҚУЛАЙ ШАРОИТДА ДИАРЕЯЛИ КАСАЛЛИКЛАР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	108
Юсупов Ш.Р., РАХИМБАЕВ М.Ш., ИБРАХИМОВА Х.Р.	
ДИАРЕЯЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИНГ ШИФОХОНАГА КЕЛГУНЧА АНТИБИОТИКЛАР ҚАБУЛ ҚИЛИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ	109
Юсупов Ш.Р., РАХИМБАЕВ М.Ш., ИБРАГИМОВ М.Б., ИБРАХИМОВА Х.Р.	
ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН ИЧАК ЛЯМБЛИОЗИНИ БИРГАЛИҚДА КЕЛИШИННИНГ КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ	110
ЯРМУХАМЕДОВА Н.А., АЧИЛОВА М.	

Секция 2. Эпидемиология ва микробиология

ESTIMATION IMMUNOCORREGATIVE AND METABOLIC EFFECT OF IMMUNOMODULYNE ON INTESTINE MICROBIOCENOSIS IN CHILDREN WITH 1-TYPE DIABETES MELLITUS.	112
AKHMEDOVA SH.U., DAMINOVA M.N., ABDULLAEVA O.I., DAMINOVA CH.M.	
CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF BRUCELLOSIS	113
ARASHOVA G. A, FARMANOVA M.A.	
INDICATORS BODY MASS/ WEIGHT IN CHILDREN COINFECTED WITH HIV AND HCV DEPENDING ON THE DEGREE OF IMMUNOSUPPRESSION.	113
GANIEVA S.K.	
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PARALLELS OF CERTAIN PARAMETERS OF PERIPHERAL BLOOD IN BRUCELLOSIS	114
KADYROVA N.E.	
CONTROL MEASURES FOR BRUCELLOSIS	115
MANSUROVA M.X., G.U. SAGDULLAYEVA	
MODERN FEATURES OF HIV INFECTION AND THE DEVELOPMENT OF COMPLEX APPROACHES TO ANTI- EPIDEMIC MEASURES, HIV / AIDS CONTROL.....	116
MATNAZAROVA G.S., SAIDKASIMOVA N.S.	
SMOKING - ONE OF THE URGENT PROBLEMS OF THE MODERN	117
MIRTAZAEV O.M., RAHMANOVA J.A., TAJIBAYEVA Z.A.	
HUMAN PAPILLOMA VIRUS	118
NIZANOVA S.S. , RAHMANOVA J.A.	
ЎЗ-ЖАҒ СОҶАСИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ.....	119
Абдирашидов О. , Ёдгорова Н.Т., Мирвалиева Н.Р.	
ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВЫСЕЯННЫХ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА	120
Абдиримова А.Д., МАТНАЗАРОВА Г.С.	

СИЛ КАСАЛЛИГИ ТАРҚАЛИШИДА ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ	121
Абдукахарова М.Ф., Мустанов А.Ю., Тошбоев Б.Ю., Калниязова И.Б. Касимова Х.Т.	
ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНЫ.	122
Абдушукуров А.А., Гулямов Н.Г.	
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА В НЕЙТРОФИЛАХ КРОВИ У ЛИЦ СО СЛАБЫМ И ВЫРАЖЕННЫМ ИММУНОГЕНЕЗОМ В ОТВЕТ НА ВАКЦИНАЦИЮ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ.	123
Абдушукуров А.А., Гулямов Н.Г.	
НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ИЧКИ ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ЭПИДЕМИОЛОГИК, ЭНТОМОЛОГИК ВА ЭПИЗООТОЛОГИК ХОЛАТ	124
Абидов ¹ З.И, Ахмедова ² М.Д., Анваров ² Ж.А.	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КЛЕЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	125
Аитов К.А. ¹ , Деминцева Е.В. ²	
БАКТЕРИАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.	126
Алиев Ш.Р., Қодирова Ф. А.	
ЙИРИНГЛИ СУРУНКАЛИ ГАЙМОРИТЛАРДА МИКРОФЛОРАНИНГ ТАРКИБИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ	127
Алиев Ш.Р., Таирова С.Ф.Жалилова М.Т.	
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ МОКРОТЫ И БРОНХОАЛВЕОЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ	128
Алиева Г. Р., Курбанова С.Ю.	
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН ЗА 1970-2014 ГГ.	130
Алланиязова Б.К., Кутлимурадов Б.Б., Абсаттарова В.К.	
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ	131
Асатова Н.Б., Сапаева Ф.Р., Расулмухамедова М.Н.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	132
Атамухамедова Д.М.	
ДИСБИОТИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ	133
Атаходжаева Д.Р.	
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ МАЛЯРИИ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	134
Бабаходжаев С.Н., Саипов Ф.С., Халилова З.Т., Тё И.Л., Цай С.А.	
ЭЛЕКТРОННАЯ ИНТЕГРИРОВАННАЯ СИСТЕМА НАДЗОРА ЗА ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	135
Бойбосинов Э.У ¹ , Оспанов К.С ¹ , Сайрамбекова Г.М. ¹ , Кантемиров М.Р ² , Курмаева А.Т ² .	

К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ	136
БУРАКОВА Е.Ф., ИСКАНДАРОВА Г.Т., ЗОИРОВА Н.Т., РАХМАНОВА Ж.А.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ	137
БЎРИБОЕВА Б.И.	
БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАРИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ	138
БУРОНОВ И.Б., РАСУЛОВ Ш.М.	
РАСПРОСТРАНЕНИЕ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	139
ВАФАКУЛОВ С.Х., ВАФАКУЛОВА Н.	
ПРОБЛЕМА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.....	140
ВАФАКУЛОВ С.Х., ВАФАКУЛОВА Н.	
СЕРОТИПОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШТАММОВ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ	141
ДАМИНОВ Т.А., ТУЙЧИЕВ Л.Н., ТАДЖИЕВА Н.У.	
ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В ОБЛАСТЯХ УЗБЕКИСТАНА.....	142
ДЖАЛАЛОВА Н.А.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ	143
ДЖАЛАЛОВА Н.А.	
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ ..	144
ЕМБЕРГЕНОВА Ж.К., АБДУЛЛИНА Н.Н.	
ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ	145
ИБРАГИМОВ М.Б., ЮСУПОВ Ш.Р., РАХИМБАЕВ М.Ш.	
БОЛАЛАРДАГИ ЎПКАДАН БОШҚА АЪЗОЛАР СИЛИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	146
ИБРАГИМОВА З.К., МАТНАЗАРОВА Г.С., МИРТАЗАЕВА Н.А.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН	147
ИБРАГИМОВА З.К., МАТНАЗАРОВА Г.С., МИРТАЗАЕВА Н.А.	
ДОСТУПНЫЙ ДЛЯ ПРАКТИКИ СКРИНИНГ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕНОТИПОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ ПО УСТОЙЧИВОСТИ К БЕТАЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ	148
ИСХАКОВА Х.И., САПАЕВА Ф.Р., АСАТОВА Н.Б., РАСУЛМУХАМЕДОВА М.Н.	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ В УЗБЕКИСТАНЕ	149
КАЗАКОВА Е.И., ИБАДУЛЛАЕВА Н.С., МАМАТКУЛОВ А.Р.	
ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА КЎЧМАНЧИ МЕҲНАТ ИШЧИЛАРИ ОРАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	150
КАЛНИЯЗОВА И.Б., РАСУЛОВ Ш.М.	
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ САЛМОНЕЛЛЕЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ШТАММАМИ	151

КАРИМОВА М.Т., КУТЛИЕВА Д.Б.

РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИ МАНБАЛАРИ ВА КАСАЛЛИКНИ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ	152
--	------------

КЕНЖАЕВА М.А.

ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЦЕНТРАЛЬНОМ ОРЕНБУРЖЬЕ	153
---	------------

КОРНЕЕВ А.Г., БОЖЕНОВА И.В., САНКОВ Д.И., ТУЧКОВ Д.Ю., САМОЙЛОВ М.И., СОЛОВЬЕВ В.В., ПАНЬКОВ А.С., АМИНОВ Р.М.

О НЕОБХОДИМОСТИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	154
--	------------

КУРБАНОВ Б.Ж. АТАБЕКОВ Н.С.

УРЕАПЛАЗМОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАР ГЕНИТАЛ ТРАКТИ МИКРОФЛОРАСИ	155
---	------------

КУРБАНОВА С.Ю., ТАШХАНОВА Д.Я., МУХАМЕДОВА Б.У.

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАР ҚЎЗГАТУВЧИЛАРИНИНГ АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАРГА РЕЗИСТЕНТЛИГИ ВА ШУ КАСАЛЛИКЛАРДА РАЦИОНАЛ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ АСОСЛАРИ	156
--	------------

КУРБАНОВА С.Ю., БУРАНОВА С.И., МУХАМЕДОВ Ш.Х.

БРУЦЕЛЛЁЗ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КАСБИ, ЁШИ, ЖИНСИ ВА КАСАЛЛИКНИНГ ЙИЛНИНГ ОЙЛАРИ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ	157
---	------------

ҚОСИМОВ О.Ш., АХМЕДОВА М.Д., МАМАТҚУЛОВ И.Ҳ., РОВШАНОВ Б.У., РАСУЛОВ Ш.М., КУЧКАРОВА Н.А.

ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ	157
--	------------

ЛАТЫПОВ Р.Р., ЭРАЛИЕВ У., РАХМАНОВА Ж.А., ТУРСУНОВА Д.А.

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)	158
--	------------

ЛОГИНОВ А.В.,¹ МИХАЙЛОВА Н.Р.,² СОКОЛОВА О.А.¹

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С В ТАШКЕНТЕ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ	159
---	------------

МАМАТКУЛОВ И.Х., БЕРДИЕВА З.И.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА А, В, С ПАРАТИФ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛ	160
---	------------

МАМАТҚУЛОВ И.Ҳ., КАЗАКОВ Ш.О.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРИНИНГ АМПУТАЦИЯЛАНГАН ҚЎЛ-ОЁҚЛАРИ ЎРНИДА РИВОЖЛАНГАН ЙИРИНГЛИ-ДЕСТРУКТИВ ЎЧОҚЛАРНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ПЕЙЗАЖИ	161
---	------------

МАХМУДОВ С.С., НУРУЗОВА З.А., ЁДГОРОВА Н.Т., СУЛТАНОВА У.А., МИРВАЛИЕВА Н.Р.

ГЕМОКОЛИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРНИ ЭТИОЛОГИК СТРУКТУРАСИ	162
--	------------

МИРЗАЖОНОВА Д.Б., БЕРДИЕВ Э.Н.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭХИНОКОККОЗА В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ	163
--	------------

МУКОВОЗОВА Л.А., СМАИЛ Е.М., ТОКАЕВА А.З., ОСПАНОВА Ж.М., САДВАКАСОВА А.К.

ОЦЕНИТЬ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ	164
--	------------

МУСАЕВ Ҳ.М., ДАМИНОВ Т.А., ШУКУРОВ Б.В., ЭРАЛИЕВ У.Э.

СИЛ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИНИНГ ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИ БЎЛГАН ТУРЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	164
МУСТАНОВ А.Ю., МАТНАЗАРОВА Г.С., ТОШБОЕВ Б.Ю.	
ФАКТОРЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА “В”	166
НЕЪМАТОВА Н.У., РАСУЛОВ Ш.М.	
ПАРЕНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР В, С ВА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	167
НЕЪМАТОВА Н.Ў., ФАЙЗИБОВЕВ П.Н.	
ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИЕРСИНИОЗАМИ	168
НОРОВА А.К., БАБАХОДЖАЕВ С.Н., ХАЛИЛОВА З.Т.	
ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	169
НУРАЛИЕВ Н.А., РУЗМЕТОВ Ф.Н.	
МОБИЛ ТЕЛЕФОНЛАРНИНГ ЯШИРИН ХАВФИ	170
НУРАЛИЕВ Ф.Н.	
ВСТРЕЧАЕМОСТЬ КАНДИДОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ	171
НУРУЗОВА З.А., ЭРГАШЕВА З.Н.	
ЧАСТОТА ОПОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ	172
ОГАНИЕЗОВ Б.Б., ШУКУРОВ Б.В.	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОБЪЕКТАХ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА РОССИИ	173
ПОДКОРЫТОВ Ю.И., КАСЬКОВ Ю.Н.	
СИЛГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХАВФИНИ БИЛДИРУВЧИ МЕЗОНЛАР ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ	174
РАСУЛОВ Ш.М., ФАЙЗИБОВЕВ П.Н.	
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР МОНИТОРИНГИДА ЕРІ INFO ДАСТУРИДАН ФОЙДАЛАНИШ	175
РАСУЛОВ Ш.М., КУЧКАРОВА Н.А.	
ГЕЛЬМИНТОЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ	176
РАСУЛОВ Ш.М., САИДКАСИМОВА Н.С.	
ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А	177
РАХИМОВ Р.А., РАХИМОВ Р.Р., ЛАТЫПОВ Р.Р.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А	178
РАХИМОВ Р.А.	
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОРИ	179
РАХИМОВ Р.Р., РАХИМОВ Р.А., ИБАДУЛЛАЕВА Н.С.	
ИНСОН ПАПИЛЛОМАСИ ВИРУСИ-НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ИНФЕКЦИОН АГЕНТ	181
РАХМАНОВА Ж.А., НИЗАНОВА С.С.	

О РЕЗУЛЬТАТАХ МИКРОСКОПИИ ОБРАЗЦОВ КРОВИ У ПЕРЕБОЛЕВШИХ МАЛЯРИЕЙ И КОНТАКТИРОВАВШИХ С НИМИ ЛИЦ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СУРХАНДАРЬИНСКОГО ВИЛОЯТА	182
Саипов Ф.С., Бабаходжаев С.Н., Меркушкина Т.А., Халилова З.Т., Мустанов А.С., Марданов М.Д.	
О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОТИВ МАЛЯРИИ, ПРОВОДИМЫХ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	183
Саипов Ф.С., Бабаходжаев С.Н., Халилова З.Т., Цай С.А., Тё И.Л.	
ТУРЛИ МИКРООРГАНИЗМЛАРНИНГ ОРГАНИЗМ ИЧКИ МУҲИТИГА ЎТИШ ҚОБИЛИЯТИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАВСИФИ	183
Сувонов К.Ж.	
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ГАЙМОРИТЛАР КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДАН АЖРАТИБ ОЛИНГАН ҚЎЗҒАТУВЧИЛАР ПЕЙЗАЖИ	185
Таирова С.Ф., Курбанова С.Ю., Мухамедова Б.У.	
ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТ (ЭМИРЧ) В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	186
Ташпулатова Г.А.	
НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	187
Темирова С.Ё., Ахмедова Х.Ю.	
САМАРҚАНД ШАХРИ ХУДУДИДА БОЛАЛАРДА КЎКЎТАЛ КАСАЛЛИГИНИНГ АЙРИМ ЖИХАТДАН ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	188
Тиркашев О.С., Раббимова Н.Т	
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ КЛЕТКИ ПЕЧЕНИ И ВИРУСА ГЕПАТИТА «В» ПРИ КВАЗИСТАЦИОНАРНЫХ СОСТОЯНИЯХ	189
Тургунов А.М., Алиев Б.Р., Сайдалиева М., Хидирова М.Б.	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА И ОРВИ В ПРЕДЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД	190
Тихонова Е.П., Борисов А.Г., Савченко А.А., Анисимова А.А.	
ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ СОДЕРЖИМОГО НОСОГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ	191
Тоирова С., Алиева Г.Р., Ахмаджанова Р.	
ОТОМИКОЗДА МИКРОФЛОРАНИНГ ТАРКИБИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ	192
Турдиев П.Қ, Ялгашев Н.Ш, Тўраев М.Ж, Рахимжонова Г.А.	
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ТОМОҚ ТАНГЛАЙ БЕЗЛАРИ СОҲАСИ МИКРОБЛАР ПЕЙЗАЖИНИНГ ЎЗГАРИШИ	193
Турсунбоев С.К., Алиев Ш.Р., Нурузова З.А.	
РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ	194
Файзибоев П.Н., Абдукахарова М.Ф.	
КАРАНТИН ВА ЎТА ХАВФЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР БЎЙИЧА ЎТКАЗИЛАДИГАН ПРОФИЛАКТИК ВА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА-ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	195
Файзибоев П.Н.	

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА (ЭМИРЧ) НА НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	196
Хамидова Г.М., Ташпулатова Г.А.	
ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАК МИКРОФЛОРАСИНИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИ.....	197
Ҳасанов Ф.Ш., Нурузова З.А., Ёдгорова Н.Т., Ғафурова Ш.А.	
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛЯТОВ АДЕНОВИРУСОВ ПРИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОМ ТИПИРОВАНИИ.	198
Хныков А.М., Семенов В.М. ¹ ,Самойлович Е.О ²	
ДИНАМИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВСПЫШКЕ БРЮШНОГО ТИФА СРЕДИ ОГРАНИЧЕННОГО КОНТИНГЕНТА ЛИЦ	199
Ходжаев Н.И. ¹ , Ахмедова М.Д. ²	
ПРЕВОСХОДСТВО ДИАГНОТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НАД БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ВЫЗВАННОМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫМ ШТАММОМ S.TYPHI	200
Ходжаев Н.И. ¹ , Мирзажонов Д.Б. ²	
ВЫДЕЛЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ КИШЕЧНЫХ ПАЛОЧЕК ПРИ КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ	201
Худоярова Г.Н., Одилова Г.М.	
ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ	202
Шаджалилова М.С., Касымов И.А., Осипова Е.М.	
ВЫБОР ТИПА МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОБОСНОВАНИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ВПЧ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	203
Шарипова И.П.	
ИЧИМЛИК СУВИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ГИГИЕНИК БАХОЛАШ.	204
Шерқузиева Г.Ф., Самигова Н.Р., Сайфутдинова З.А..	
САНИТАРНО - МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ	205
Шерқузиева Г.Ф., Курбанова Ш.И., Сайфутдинова З.А.	
БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ОСТЕОМИЕЛИТЛАР ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИ УНДИРИЛИШ МАНЗАРАСИНИНГ ТАВСИФИ	206
Эргашев В.А., Нуралиев Н.А.	
РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИГА ҚАРШИ ЭМЛАНГАН БОЛАЛАРДА РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИНГ УЧРАШИ ВА КЛИНИК КЕЧИШЕНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ.....	207
Эргашов О.И.,Эралиев У.Э.,Бегматов Б.Х.,Турсунова Д.А.	
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С.....	208
Эсауленко Е.В., Сухорук А.А.	

PUNCTURE AND PUNCTURE-DRAINAGE METHODS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS TREATMENT

Ataliev A.E., Teshaev O.R., Shukurov A.A., Alimov S.U., Dadajonov E.M., Safargaliev F.R.

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan

The puncture treatment methods are recommended by WHO (1997) for non-echogenic cysts (Type I) containing daughter cysts (Type II), multiple (Type III) and infected cysts (Type IV), during pregnancy, for children aged older than 3 years of age and in cases when surgical treatment is contraindicated.

From 2001 to 2015, 1143 of patients diagnosed with hydatid disease of the liver (HD) received treatment: 416 men and 727 women aged 9 to 78 years. Cysts sized up to 5cm (single and multiple) were found in 498, 6-10 cm - in 418, 11-20 cm – in 206, and more than 21 cm - in 21 patients. Cysts in the left hepatic lobe were found in 361 (31.6%) and in the right hepatic lobe - in 782 (68. 4%) patients.

In 1026 patients (89.7%), we used puncture (PAIR- Puncture, Aspiration, Injection-Reaspiration) and puncture-drainage (PAIRD - Puncture, Aspiration, Injection-Reaspiration, Drainage) treatment (in 498 and 528 patients, respectively).

All patients before and after surgery took a course of albendazole for one month. Twenty-four hours before the intervention, patients received hemostatic and anti-allergic therapy. A puncture was performed under local anesthesia with ultrasound guidance (in all cases through the hepatic tissue with thickness not less than 2-2.5 cm) using a “Shiba” needle with an outer diameter of 0.6mm.

In case of cysts sized up to 5 cm, PAIR was performed along with treatment of the cyst cavity with 20% sodium chloride solution and exposure of up to 10 minutes, after which all the contents were completely removed.

In case cysts were more than 5 cm in diameter, PAIRD method was used. The cystic fluid was aspirated and replaced with 20% solution of sodium chloride followed by a 10-15-minute exposure. Then, the needle was replaced with a 4 mm trocar tube and 3-3.5 mm tube was used for drainage. Residual cavities were sanitized on daily basis. Chitin membranes fragments began to come out during 10-20 days during irrigation. After removal of chitin, the tube was replaced with thinner diameter of 1.4 mm., which allowed to complete obliteration of the cavity. Drainage tube was removed on the 35-60 day depending on the obliteration of the cavity under ultrasound guidance. Repeated ultrasound after 1, 3, and 12 months showed that a 2-3 mm long linear scar or calcifications of 1-1.5 mm in diameter usually formed in place of cysts.

Complications occurred in 119 patients: 52 patients had pyogenesis in the cavity, which were eliminated through repeated drainage, the residual cavity occurred in 25 patients (depending on the size of the puncture and drainage), and 67 patients formed biliary fistulas. In 66 cases, the fistula closed spontaneously within 2-3 months. In 1 patient (obturation of chitin bile ducts) ERPHG and, then, an open surgery (HDA) due to the development of obstructive jaundice.

Thus, the PAIR is indicated in case of small cysts, while PAIRD is indicated in case of large cysts in conjunction with drug therapy is an effective treatment for HD as an alternative to complex traumatic surgery.

The downside of this treatment in patients with HD cysts (especially large ones) is the need for long-term (sometimes up to 2-3 months) sanitization of the resulting cavities that nonresident patients find inconvenient to a certain extent. Training surgeons in the field will facilitate continuity of treatment, reduce costs, and improve quality of life.

PUNCTURE-DRAINAGE TREATMENT OF LARGE AND GIANT HYDATID CYSTS

Ataliev A.E., Teshaev O.R., Shukurov A.A., Alimov S.U., Dadajonov E.M., Safargaliev F.R., Ernazarov Kh. I.

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan

Asymptomatic course of liver echinococcosis (LE) leads to the fact that patients often seek medical attention when the cyst reach large and giant sizes. However, the frequency of large and giant cysts remains high. Unfortunately, surgery has been the principle method of echinococcosis treatment up until now, but minimally invasive techniques in combination with anti-parasitic drug therapy has been increasingly attracting the attention of surgeons in the recent decades. In the literature, there are a number of reports on the application and effectiveness of transcutaneous puncture-drainage method in LE cases, while the efficacy of the method for large and giant cysts is still disputed among surgeons today.

During the period from 2001 to 2015, 1143 LE patients were on treatment at the Department of General Practice Surgery at Tashkent Medical Academy stationed at City Clinical Hospital No. 1. Large-sized cysts (11-20 cm) were found in 206 and giant cysts (greater than 20 cm) - in 21 patients aged 18 to 78 years. The patients were diagnosed on the basis of ultrasonography, computer tomography and cyst fluid analysis. Out of 227 patients, 192 patients with large cysts and 11 patients with giant cysts underwent the procedure according to the puncture-drainage method (PAIRD).

Anti-parasite therapy was prescribed to the patients a month before hospital admission. The treatment involved administration of albendazole or analogues thereof at the rate of 10 mg/kg along with vegetable oil 1:20 and Essentiale Forte to improve the bioavailability of the drug).

Cyst puncture and drainage (PAIRD) was carried out in the hospital after adequate patient preparation on the eve (hemostatic and anti-allergic therapy) under ultrasound guidance through the hepatic tissue with thickness not less than 2-2,5:

With the help of a fine Shiba needle, the cyst fluid was aspirated and replaced in several increments with 20% sodium chloride solution. After a 20-minute exposure, trocar drainage of the cyst was performed through the same puncture site with a tube diameter of 4 mm. In case of 2-3 large and medium-sized cyst, drainage was carried out in stages. Concomitant small cysts (up to 5 cm) were punctured (PAIR) using. There was no bleeding and allergic reactions.

Patients were followed up at a hospital within 3-7 days depending on their general. They received symptomatic treatment and continued anti-parasitic therapy (one course) and ultrasound control. Treatment of cavities with 20% sodium chloride solution continued during the outpatient phase as well. Fragmentation of the chitin shell in Stage 1 and Stage 2 started on 6th-12th day and they were expelled until 20-25 days after treatment. In case of cysts that were “in disgrace” and suppurated cysts, this process was observed from the first days during 10-15 days.

The tube was removed when the pumped irrigation liquid met resistance and an ultrasound examination showed replacement of the cavity with a fibrous strip, which was 3-4 mm thick. Further ultrasound control in 3 patients after 9 months revealed a residual cavity with a diameter of 5-6 cm. These patients underwent repeated puncture. One patient died at 78 years from causes unrelated to the cyst and the intervention.

Conclusion: The minimally invasive PAIRD method in combination with an anti-parasitic drug therapy is an effective treatment of large (single and multiple) and giant liver cysts in any location.

VIOLATION OF INTESTINAL MICROBIOTA IN CHILDREN WITH ENTEROBIASIS

Khudoyberdieva S.A, Ismoilov M.H, Ganieva S.K

*Department of Microbiology, Immunology and Virology, Tashkent Medical Academy,
Tashkent*

One of the most common gastrointestinal pathogens are helminthes. Effects of worms on the child's body as a whole and the digestive system is different, in particular: it promotes the development of dysbiosis, allergy as the development of secondary immunodeficiency, chronic diseases, the development of secondary infectious and non-communicable diseases, and others.

Objective: Study of intestinal microbiota of children with enterobiasis.

Material and methods. The investigation was conducted in the bacteriological laboratory of microbiology, virology and immunology in the Tashkent Medical Academy. 75 children with chronic disorders of the digestive system, between the ages of 2 to 17 years, were investigated. The analysis was carried out 3 times on fecal to find helminthic eggs using preservative Turdieva and microscopy and bacteriological study of intestinal microbiota.

Results. The children were divided into two groups depending on the presence or absence of intestinal parasites. The first (I) group formed of 55 (73.3%) patients diagnosed with parasitic infestations, and 20 (26.7%) patients who were not identified, made up the second (II) control group. All children surveyed were divided in turn into 2 groups according to the presence or absence of bowel disorders microbiota. The first (I) group formed 62 (82.7%) patients with dysbiosis, and the second (II) control group consisted of 13 (17.3%) patients in whom dysbiosis have not been found. Among children in the first group with impaired intestinal microbiota dominated by children of 48 (77.4%) with helminthic infestation, and only 14 (22.5%) children had a negative fecal worm egg ($p < 0,05$). II group consisted of mostly 11 (22.5%) children with absence and only 2 children with the presence of intestinal parasitosis ($p < 0,05$). In the study, we found enterobiasis in 32 (42.67%) children, 43 (57.3%) children of analysis enterobiasis were negative. However, in children with diagnosed or undiagnosed enterobiasis observed violation of intestinal microflora in varying degrees of severity. So, 48 children have been identified dysbiosis of I degree, 9 of them (28.1%) children were infected enterobiasis, the remaining 39 (90.7%) children were on the other helminthic invasion. Dysbiosis II degree was detected in 16 children, of whom 37.5% were 12 children with enterobiasis. In turn, dysbiosis of III degree was detected in 11 (34.4%) children and all of them were infected with pinworms.

Conclusions.

1. From the above data it is noted that enterobiasis infection remains high among children.
2. Dysbiosis II and III degree in children with enterobiasis occur 5.7 times more frequently than children infected with other parasites.

CLINICAL FEATURES AND CAUSAL TREATMENT OF FLEXNER'S DISENTERY

Maksudova Z.S.

Tashkent Medical Academy

Objective: To explore the clinical features of dysentery Flexner and justify questions of etiological therapy for this disease.

Materials and methods: a comprehensive analysis of clinical and laboratory data in 83 patients with dysentery Flexner, who were treated at the clinic of scientific research institute

of epidemiology, microbiology and infectious diseases. Among the patients examined in 31 (37.3%) was caused by the serovar dysentery Flexner 2a, in 45 (54.2%), 3a, 7 (8.4%) - other. The majority of patients (78.3%) was recorded moderate forms of the disease, a severe form was diagnosed in 18 (21.7%) patients.

Results: When comparing the clinical course found that the dysentery Flexner 2a more severe than the Flexner 3a and characterized by a more pronounced intoxication syndrome (duration $7,2 \pm 0,2$ days versus $5,2 \pm 0,4$, respectively, $p < 0.05$) and longer ($5,2 \pm 0,2$ days versus $3,8 \pm 0,5$, respectively, $p < 0.05$), the temperature reaction. Duration inflammatory changes in the examination of stool - presence of mucus, leucocytes, erythrocytes - was comparable ($11,2 \pm 0,6$ and $11,0 \pm 0,4$ days, respectively). Tenesmus and soreness of the sigmoid colon were recorded in dysentery Flexner 2a $1,3 \pm 0,3$ and $4,1 \pm 0,6$ days and dysentery Flexner 3a - $1,4 \pm 0,2$ and $4,2 \pm 0,3$ days, respectively. Depending on the antibacterial therapy patients were divided into 4 groups: group 1, 28 (33.7%) patients treated with ciprofloxacin, 2 - 26 (31.3%) patients who received cefataxime, 3 - 20 (24.1%) treated with combination therapy with ciprofloxacin and cefataxime, group 4 - 9 (10.8%) patients who were prescribed azithromycin. Analysis has shown clinical efficacy in all 4 groups was used by 90% of patients had 2-3 days of therapy. The greatest clinical benefit was observed in the first and fourth groups of patients. After the antimicrobial therapy in 80% of patients remained violations of the microbial landscape of the colon, but the drugs used do not exacerbate the depth of previous disorders.

Conclusion: The clinical features of dysentery Flexner is the prevalence of moderate and severe forms of the disease with the development of enterocolitis. In dysentery Flexner 2a indicated more severe compared with dysentery Flexner 3a due to a prolonged intoxication syndrome and distal colitis. As causal treatment of dysentery Flexner is a rational use of ciprofloxacin, azithromycin and cefataxime.

A NEW METHOD OF TREATMENT OF RESIDUAL CAVITY AFTER ECHINOCOCECTOMY

Teshaev O.R., Olimov N.K., Alimov S.U., Dadajonov E.M., Safargaliev F.R.
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan

There are many ways to treat residual cavity (RC) of hepatic hydatid cysts (e.g., formalin, iodine, medical glycerin, a hypertonic solution of sodium chloride, 96% ethyl alcohol, etc.). However, relapsing of residual cavity (3-17% of cases) indicates a lack of reliability of the means used for disinfecting echinococci pathogen, which necessitates the search for new methods.

Between 2010 and 2014, we used a new way to treat RC with "Spekgarlin" (liquid extract of garlic) in 30 patients. A control group included 20 patients who had RC and were treated with hypertonic sodium chloride solution. Localization of cysts was in the right lobe in 31 patients (62%) and in the left lobe in 19 patients (38%). Small cysts (5 cm) were found in 17 patients (34%), medium (from 6 cm to 10 cm) - in 23 patients (46%), and large cysts (11 to 20 cm) - in 10 patients (20%). The patients' age ranged from 18 to 78 years. The group of study subjects consisted of 29 male (58%) and 21 female (42%) patients.

All patients with cysts up to 5 cm (small cysts) underwent PAIR (puncture-aspiration-injection-reaspiration) procedure under local anesthesia with ultrasound guidance through the liver tissue, at least 2-2.5cm thick. Nine patients from the group were treated with "Spekgarlin" with exposure during five minutes and complete aspiration. In 8 patients (control group), the cyst cavity was treated with 20% sodium chloride solution with an exposure of up to 10 minutes. After 1-3 months, cysts were obliterated in all patients from

the main group. In the control group, 2 patients had residual cavity (3-4 cm) and had a repeated puncture in 4 months with a positive result.

Twenty-three patients with medium-sized cysts underwent puncture and drainage of the cyst with 3-3.5 cm tube and daily washing (exposure of 5 to 10 minutes) with "Spekgarlin". In sixteen patients (study group) and seven patients (control group), the cyst cavity was treated with 20% sodium chloride solution with exposure time of up to 10 minutes. Drainage was removed on day 10-15 in the core group on day 20-25 in the control group. A year later, a residual cavity (up to 3-4cm) was revealed in 2 patients from the main group, 10 months in 3 patients in the control group, who had repeated puncture with recovery. Ten patients with large cysts were operated on according to conventional methods: 5 patients and the control group. Ultrasound monitoring of the main group after 3 months showed that cysts were completely obliterated and 1 patient formed external biliary fistula, which closed itself in 1.5 months.

Thus, the application of the "liquid extract of garlic" was effective: reduced the period of hospitalization and treatment two times and decreased relapses four times.

КИШЕЧНЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ У БОЛЬНЫХ ЗООНОЗНЫХ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

Абдиев Ф.Т.¹, Анваров Ж.А.², Тойчиев А.Х.³

¹Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л..М. Исаева МЗ РУз, г. Самарканд, ²Ташкентская медицинская академия, ³Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Узбекистан эндемичен по кожному лейшманиозу (КЛ), регистрируются как антропонозный, так и зоонозный кожный лейшманиоз (ЗКЛ). При ЗКЛ патологический процесс занимает от 2 до 5-6 мес. Обычно этиотропную терапию КЛ не проводят. При локализации лейшманиом на суставах, лице и в др. случаях применяют парентеральное введение лекарственных средств, используемых для лечения висцерального лейшманиоза (препараты 5-валентной сурьмы, амфотерицин В) [Сергиев В.П. и др., 2011].

У человека приобретенная резистентность к *L. major* опосредована Th1 иммунным ответом [Tripathi P, et al., 2007]. При заражении мышей *L. major* было установлено, что резистентность/восприимчивость к инфекции обусловлена соответственно Th1- и Th2- ответом. Ответ резистентной к *L. major* линии мышей, C57BL/6, характеризуется образованием ИФН- γ в высоких концентрациях. У мышей BALB/c, восприимчивых к *L. major*, развивается Th2-ответ с активным продуцированием ИЛ-4, что сопровождается прогрессированием инфекции [Launois P. et al., 1997] с уменьшением приток лимфоцитов в воспаленную/инфицированную кожу зараженных *L. major* мышей и ограничивать клиренс паразитов [Lazarski Ch. et al., 2013].

Длительность патологического процесса, отсутствие вакцин, токсичность этиотропной терапии ставят вопрос о своевременной диагностике и эффективном лечении фоновых/сопутствующих заболеваний, которые могут негативно повлиять на течение КЛ. Здесь на первый план выходят гельминтозы, тем более, что регионы, эндемичные по КЛ, часто эндемичны и по гельминтозам, и др. паразитам, индуцирующим Th2- ответ.

Цель исследования: определить зараженность кишечными паразитами у больных ЗКЛ и уровень сывороточного ИЛ-4 у больных ЗКЛ с сопутствующими кишечными паразитогами и свободных от них..

Материалы и методы. Обследовано 20 больных ЗКЛ. Группу сравнения составляли 100 жителей Самарканда. Контрольная группа для определения ИЛ-4 включала 14 здоровых лиц. Паразитологическое обследование проводили методом трехкратной копроскопии с использованием формалин-эфирного обогащения. В случае бластоцистной инфекции ее интенсивность оценивали по количеству простейших в поле зрения (окуляр x10, объектив x 40). ИЛ-4 в сыворотке крови определяли с помощью иммуноферментного анализа с соответствующей тест-системой ЗАО "Вектор-Бест" (Новосибирск). Статистическую обработку результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента

Результаты и обсуждение. У больных ЗКЛ диагностированы *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*, *Hymenolepis nana* *Gardia lamblia* соответственно в 10%, 15%, 10% и 25% случаях, суммарная зараженность составила 55%, что в 1,6 раза превышала аналогичный показатель (33%) у населения Самарканда. Уровень зараженности каждым видом паразита был выше, чем у населения Самарканда соответственно в 5, 2, 5 и 1,3 раза. Уровень сывороточного ИЛ-4 у больных ЗКЛ составил $6,5 \pm 0,7$ при $2,6 \pm 0,4$ у здорового контроля ($P < 0,05$). У больных ЗКЛ с сопутствующими паразитозами этот показатель был еще выше – $11,1 \pm 1,2$ пг/мл ($P < 0,05$). Таким образом, сопутствующие паразитозы приводили к достоверному повышению уровня ИЛ-4, что по данным литературы является маркером прогрессирования и пролонгации патологического процесса указывает на необходимость паразитологического обследования больных ЗКЛ с последующим лечением выявленных паразитозов. Ичак лямблиози ва Вирусли гепатитлар холестаза шакли биргаликда кечишининг этиологик холати ва даволаш тадбирлари.

ИЧАК ЛЯМБЛИОЗИ ВА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР ХОЛЕСТАЗ ШАКЛИ БИРГАЛИКДА КЕЧИШИНИНГ ЭТИОЛОГИК ХОЛАТИ ВА ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИ.

Абидов А.Б.

Тошкент Тиббиёт Академияси.

Ҳозирда паразитар ва микст инфекциялар, уларни даволаш тиббиётдаги долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Паразитларни даволашда қўлланиладиган препаратлар ўз навбатида жигар хужайраларига токсик таъсир кўрсатиши мумкин. Шуни ҳисобга олган ҳолда микст инфекцияларни даволашда жигар тўқимасига бевосита зарар етказмайдиган ва паразитларга қарши самарали таъсир кўрсатадиган препаратларни танлаш мақсадга мувофиқ саналади.

Иш мақсади – турли этиологияли вирусли гепатитларнинг холестатик шаклида ичак лямблиозларининг биргаликда кечиш кўрсаткичларини ва уларни даволашда экдистен препаратининг самарасини аниқлаш.

Вирусли гепатитларнинг холестатик шакли билан оғриган 70 та 17 ёшдан 55 ёшгача бўлган беморлар ўрганилди. Беморларга ташхис клиник-лаборатор ва вируслар маркерларини аниқлаш асосида қўйилди. Вирусли гепатитлар ва ичак лямблиози биргаликда кечаётган беморларни комплекс даволашда макмирор (20 та беморда) ва экдистен (16 та беморда) препарати қўлланилди. Экдистен препарати ЎзРФА ўсимлик моддалари кимёси институтида ишлаб чиқарилган, экдистерон бирикмаларидан ташкил топган табиий модда бўлиб организм чидамлилигини ошириш ва антипротозой хусусиятларга эга. Организмдаги оксил, углевод, ёғ ва бошқа моддалар алмашинувида иштирок этади.

Изланув натижаларидан шу нарса аниқландики, текширилаётган беморлар гуруҳида Вирусли гепатит-микст В+С -52,3%, Вирусли гепатит В – 37,2%, Вирусли гепатит А 10,5% беморларда кузатилди. Ичак лямблиози умумий олганда 36 нафар

(53,7%0) беморларда, микст-гепатит В+С гуруҳида 23 нафар (65,7%), Вирусли гепатит В да 8 нафар (32,3%), Вирусли гепатит А да 5 нафар (71,4%) беморларда аниқланди.

Беморларга макмиор препаратлари берилганда кўпчилигида кўнгил айнаш, ўнг қовурға ёйи остида ёки эпигастрал соҳада оғриқ, қонда аминотрансферазалар миқдорининг бирмунча ортиши кузатилди. Бир вақтда экдистен препаратининг яхши самарали томонлари аниқланди. Даволаш гуруҳи беморларда касаллик аломатлари қучаймади, қўшимча шикоятлар кузатилмади.

Ўрганилаётган препаратларнинг самарадорлиги солиштириб кўрилганда экдистен препарати лямблияларни организмдан тезроқ чиқарилишига ёрдам берганлиги ва жигар фаолиятига нўжў таъсири бўлмаганлиги кузатилди.

ОСОБЕННОСТИ РЕПЛИКАТИВНОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ПОДРОСТКОВ

Агзамова Т.А.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

В настоящее время особенно остро стоит вопрос заболеваемости хроническими вирусными гепатитами у детей и подростков. Инфекция, вызываемая вирусом гепатита В (HBV), – одно из наиболее часто встречаемых инфекционных заболеваний. Эпидемиологическая ситуация заболеваемости хроническим вирусными гепатитами у детей остается важной и пока нерешенной проблемой общества. Одной из главных проблем детских инфекций остается заболеваемость вирусными гепатитами.

Целью нашего исследования было изучение клинико-лабораторных особенностей течения хронического вирусного гепатита В у подростков при репликативной форме заболевания.

Под нашим наблюдением находились 210 детей с ХВГВ в возрасте от 7 лет до 18 лет. В соответствии с поставленным диагнозом больные ХВГ были разделены на две фазы: репликативная и интегративная. Из обследованных детей у 41,5 % с ХВГВ наблюдалась фаза репликации. Были проведены наблюдения подростков, больных ХВГВ, с применением общеклинических, биохимических, инструментальных методов исследования.

При ХВГВ у подростков тяжесть состояния варьировалась от удовлетворительного до тяжелого. В 83,1 % детей констатировали состояние средней тяжести. Клиническая картина ХВГВ у наблюдаемых нами больных характеризовалась малосимптомностью. Именно этим можно объяснить тот факт, что большинство больных были выявлены «случайно» при обследовании по поводу сопутствующего заболевания.

Среди основных клинических синдромов наблюдались астеновегетативный (в 29,3% случаев), диспептический (в 25,7%), болевой (в 13,5%), гепатомегалия (в 59,3%), геморрагический (в 3,1%). Ребенок предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, головные боли, периодически – носовые кровотечения, боли в животе ноющего характера и диспептические явления, не связанные с приемом пищи или физической нагрузкой.

Анализ биохимических показателей крови является показателем состояния гепатобилиарной системы. О наличии цитолитического синдрома мы судили по изменению уровня аминотрансфераз (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Он отмечался у больных с ХГВ в 43,2 % случаев. Повышение уровня АлАТ в 1,5–2 раза относительно нормальных значений было выявлено у 30 детей, 3–10 раз – у 3

пациентов. Высокий уровень АлАТ (более чем в 10 раз нормы) выявлен при поступлении у 3 детей и подростков.

О присутствии холестатического синдрома свидетельствовало повышение общего билирубина в сыворотке крови, повышение содержания холестерина, активности щелочной фосфатазы. Холестаз выявлялся более чем у 33,4 %.

Отражением пигментной функции печени является содержание в сыворотке крови билирубина и продуктов его восстановления. Увеличение уровня общего билирубина более 21 мкмоль/л отмечено у 15,3 % наблюдаемых больных. У 89,1 % больных отмечалось повышение щелочной фосфатазы, что является показателем холестаза.

Всем нашим пациентам было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. По результатам ультразвукового исследования имелись изменения в виде неоднородности эхоструктуры, повышения эхогенности, усиления сосудистого рисунка, аномалии развития в виде перегибов шейки, тела и дна, наличие перетяжек желчного пузыря.

Таким образом, хронический вирусный гепатит В у 54,3 % детей и подростков протекает преимущественно в стертой малосимптомной форме, без желтухи, с незначительными отклонениями от нормы биохимических показателей функций печени. К числу частых осложнений относятся холециститы, холангиты, дискинезии желчевыводящих путей, панкреатиты, которые наблюдаются при ХВГВ у детей и подростков.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ КЛЕЩЕВЫМ РИККЕТСИОЗОМ В ПРИБАЙКАЛЬЕ

¹Аитов К.А., ²Бальжинимаева И.Ц., ¹Бурданова Т.М., ¹Лемешевская М.В.,
¹Боброва Н.К., ³Макарова С.В.

¹*Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия*

²*Бурятский государственный университет, медицинский факультет, Улан-Удэ,
Россия*

³*Иркутская областная инфекционная клиническая больница, Иркутск, Россия*

Известно, что повреждение эндотелия и клеток крови при клещевом риккетсиозе (КР) приводит к активации сосудисто-тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза с развитием внутрисосудистого микросвертывания крови.

Цель исследования: выявить изменения некоторых показателей в системе гемостаза у больных КР в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. Нами изучены показатели гемостаза в динамике заболевания (при поступлении и перед выпиской) у 40 больных. Из них 10 человек (16,6%) были с легким, 23 (38,3%) - со среднетяжелым и 7 (11,6%) человек с тяжелым течением КР в возрасте от 18 до 60 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых добровольцев сопоставимых по возрасту с группой больных. Достоверность различий определяли при помощи критерия Стьюдента. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При легком течение КР в системе гемостаза в зависимости от периода заболевания статистически значимых изменений с контрольной группой не выявлено ($p > 0,05$). У больных со среднетяжелым течением в период разгара заболевания отмечали активацию сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза с повышением количества тромбоцитов ($234,0 \pm 5,1$; $p < 0,001$) и удлинением времени кровотечения ($3,06 \pm 0,2$; $p < 0,05$). Изменения в коагуляционном звене системы гемостаза у больных сопровождалось удлинением протромбинового времени

($15,7 \pm 0,2$; $p < 0,001$), укорочением АПТВ ($36,4 \pm 0,1$; $p < 0,05$) сочетающегося с повышенным содержанием в плазме фибриногена ($4,2 \pm 0,2$; $p < 0,001$) на фоне нормальных показателей тромбинового времени ($13,3 \pm 1,1$; $p > 0,05$). Таким образом, при среднетяжелом течении в острый период заболевания были выявлены изменения в плазменном звене гемостаза, характеризующие фазу гипокоагуляции ДВС-синдрома.

В период реконвалесценции отмечали нормализацию исследованных параметров тромбоцитарного гемостаза. Снижение уровня фибриногена к периоду реконвалесценции указывал не только на угасание воспалительного процесса, но и, вероятно, на частичное потребление его в процессе фибринообразования.

У больных с тяжелым течением клещевого риккетсиоза в период разгара заболевания отмечены клиничко-лабораторные признаки ДВС-синдрома: сыпь на теле геморрагического характера, которая была обнаружена у 3 больных с тяжелым течением клещевого риккетсиоза, а в анализах крови: тромбоцитопения ($209,1 \pm 3,9$; $p < 0,01$), удлинение времени кровотечения ($3,42 \pm 0,1$; $p < 0,05$), явления гипокоагуляции по АПТВ ($42,8 \pm 0,8$; $p < 0,001$) и протромбиновому времени ($16,8 \pm 0,2$; $p < 0,05$).

К моменту выписки больных с тяжелым течением КР показатели тромбоцитарного звена гемостаза ($p > 0,05$) нормализовались, в то время как в коагуляционном звене показатели были несколько выше по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований показали, что среднетяжелое течение КР сопровождается развитием латентного течения ДВС-синдрома. У больных с тяжелым течением наблюдался ДВС-синдром с выраженными клиничко-лабораторными изменениями. Все это свидетельствует о необходимости лабораторного мониторинга за состоянием системы гемостаза и необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий препаратов, обладающих антиагрегантными свойствами.

ПОИСК НОВЫХ ПОДХОДОВ К ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Аитов К.А.

*Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия
Иркутская областная инфекционная клиническая больница, Иркутск, Россия*

Среди инфекций, передаваемых иксодовыми клещами клещевой энцефалит (КЭ) представляет серьезную проблему для здравоохранения большинства регионов России, особенно там, где преобладает таежный лес. Развитие хронизации процесса, возможность летальных исходов обуславливают целесообразность дальнейшего поиска новых методов профилактики и лечения КЭ.

Актуальность изучения профилактики и лечения клещевого энцефалита (КЭ) вызвана, в первую очередь, практически повсеместным его распространением и ежегодным ростом заболеваемости. Полиморфизм клинических проявлений, развитие хронического прогрессирующего течения у каждого пятого пациента, возможность летальных исходов (1,4–9%) обуславливают целесообразность дальнейшего поиска новых методов профилактики и лечения.

На настоящий момент наиболее эффективным способом защиты от КЭ является вакцинация. К сожалению, низкая информированность населения о необходимости вакцинации не способствует охвату профилактическими прививками. Другим методом профилактики КЭ является введение противоклещевого иммуноглобулина (ИГ). Однако эффективность ИГ отмечается только при раннем его введении (72–96 ч

после укуса), к сожалению, более позднее введение ИГ не обладает доказанным профилактическим эффектом. Установлено, что разнообразие клинических форм КЭ обусловлено не только циркуляцией различных серотипов вируса, но и характером иммунного ответа организма, который зависит от работы системы интерферона. Поэтому в настоящее время для профилактики и лечения КЭ широко внедряются индукторы ИФН.

Одними из применяемых для этой цели препаратов являются «Анаферон» для взрослых, разработанные учеными научно-производственной компании «Материя Медика» совместно с сотрудниками НИИ фармакологии Сибирского отделения РАН. Анаферон оказывает иммуномодулирующее и противовирусное действие.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности анаферона для взрослых в комплексной терапии лихорадочной и менингеальной форм КЭ.

Под нашим наблюдением находилось 35 больных с лихорадочной и менингеальной формами КЭ (2015 эпидсезон). Пациенты наблюдались и лечились в Иркутской областной инфекционной клинической больнице. Возраст больных был от 20 до 65 лет с подтвержденным диагнозом методом ИФА, ПЦР.

Больным ($n=22$), получавшим кроме высокотитражного специфического иммуноглобулина, который вводился в первый день лечения в дозе 0,1 мл на кг. веса и патогенетической терапии и Анаферон по 1 таблетке 4 раза в сутки в течение 14 дней. В результате лечения сокращалась продолжительность лихорадочного периода у всех наблюдаемых больных относительно контроля ($n=13$) в среднем на $3,0 \pm 1,1$ день ($p < 0,05$). У больных с менингеальной формой КЭ отмечалась сокращение длительности менингеального симптомокомплекса в среднем на $2,5 \pm 1,2$ дня ($p < 0,05$).

Анализ результатов серологического контрольного исследования показал, что на второй неделе заболевания $\log_2$ титра IgM в данной группе был выше, чем в группе сравнения: $3,9 \pm 0,6$ и $1,7 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). Кроме того, под влиянием Анаферона в группе больных лихорадочной и менингеальной формами КЭ на $5,7 \pm 2,1$ ($p < 0,05$) дней быстрее, чем в контрольной группе исчезли синдром вегетативной дисфункции и нарушение ночного сна.

Таким образом, двухнедельный курс лечения анафероном, на фоне раннего введения противоклещевого ИГ, показал свою эффективность в комплексе терапии лихорадочной и менингеальной форм КЭ.

КАНДИДОЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ИММУНОСУПРЕССИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.

Аладова Л.Ю.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

ВИЧ-инфекция у детей поражает различные органы и системы. Слизистая ротовой полости, не являясь исключением поражение которой, могут иметь прогрессирующий характер в зависимости от стадии иммуносупрессии. Кандидозы являются важнейшим оппортунистическим заболеванием при ВИЧ-инфекции.

Орофарингеальный кандидоз может развиваться в латентной стадии ВИЧ-инфекции, однако наиболее часто это заболевание проявляется при снижении количества CD4+ лимфоцитов в крови. Риск развития кандидоза нарастает по мере прогрессирования иммунодефицита.

Цель исследования: Изучить кандидозное поражение полости рта у детей на разных стадиях ВИЧ-инфекции.

Материал и методы исследования: Исследование проводилось за период 2009-2014 гг на базе отделения ВИЧ- инфекции НИИ Вирусологии МЗ РУз, и ВИЧ РЦ СПИД.

Под нашим наблюдением находилось 195 детей с диагнозом «ВИЧ- инфекция» в возрасте от 1 до 15 лет.

Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливали на основании клинико- лабораторных данных в соответствии с приказом МЗ РУз № 80 от 28.03.2012г. «Узбекистон Республикасида ОИВ инфекциясини олдини олиш чора-тадбирлари ва тиббий ёрдамни таъминлаш этишнинг янада такомиллаштириш тугрисида».

Стадию заболевания ВИЧ-инфекцией устанавливали в соответствии с критериями клинической классификации ВОЗ (2012г.).

Результаты и их обсуждение. Кандидозное поражение слизистой полости рта отмечалось у 167 детей (85,6%).

При отсутствии иммунодефицита кандидоз полости рта встречался у 2х детей (1,2%), при незначительной степени иммунодефицита у 31 ребенка (18,6%), при умеренной степени иммунодефицита у 21 ребенка (12,6%) , при выраженной степени иммунодефицита у 50 детей (29,9%), а при тяжелой степени иммунодефицита у 63 детей (37,7%). Из выше изложенного видно, что риск развития кандидоза нарастает по мере прогрессирования иммунодефицита. При более выраженной и тяжелой степени иммунодефицита чаще отмечались рецидивирующие формы кандидозного поражения слизистой полости рта.

Заключение: Таким образом, орофарингальный кандидоз отмечается в 85,6% случаев на всех стадиях иммуносупрессии, причем, чем глубже иммунодефицит, тем чаще кандидоз носил рецидивирующее течение.

СОСТОЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНТАГИОЗНЫМИ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Алекешева Л.Ж., Шапиева Ж.Ж.

*Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова,
Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и
мониторинга г.Алматы, Республика Казахстан*

Контагиозные гельминтозы, к которым относятся энтеробиоз и гименолепидоз, характеризуются высокой степенью контагиозности и широкой распространенностью. Заражение этими гельминтозами происходит при непосредственном контакте с больным, через предметы обихода, поражаются в основном дети в организованных детских коллективах.

Нами проанализирована заболеваемость контагиозными гельминтозами в Казахстане в целом и в разрезе административных территорий за 2010-2015 гг. с целью выявления территорий риска, оценки эффективности эпидемиологического надзора, а также профилактических и противоэпидемических мероприятий среди населения.

Показатели заболеваемости контагиозными гельминтозами за эти годы имеют тенденцию к снижению, но несмотря на это, в отдельных административных территориях Казахстана сохраняются высокие показатели заболеваемости, превышающие республиканский уровень. Так, в 2010 году заболеваемость энтеробиозом составила в среднем по республике 128,02, а к 2015 году - 67,5 случаев на 100 тыс. населения, т.е. снижение в 1.9 раза. Такая же тенденция отмечается и при гименолепидозе: показатель заболеваемости снизился с 1,7 случаев на 100 тыс. населения в 2010 году до 0,5 случаев в 2015 году, или в 3.4 раза.

Высокие показатели по заболеваемости энтеробиозом в 2010 году выявлены в Павлодарской, Акмолинской, Западно-Казахстанской, Кызылординской областях, а также в городах Алматы и Астана. К 2015 году заболеваемость, как в целом по республике, так и в разрезе административных территорий, снижается.

Наибольшая заболеваемость гименолепидозом в 2010 году отмечалась в Кызылординской, Южно-Казахстанской и Жамбылской областях (10,3; 6,6; 1,8 соответственно). На других административных территориях показатели заболеваемости варьируют от 0,1 до 0,75 на 100. тыс. К 2015 году отмечается снижение показателей в Кызылординской (2,9), Жамбылской (1,2) и Южно-Казахстанской (1,1) областях. В то время как по Атырауской области установлен рост от 0,5 до 7,0 на 100 тысяч населения.

В соответствии с действующими нормативными документами в республике проводится комплекс санитарно-профилактических (противоэпидемических) мероприятий по снижению заболеваемости контагиозными гельминтозами: определены порядок выявления и регистрации случаев, массовое обследование населения, адекватная и своевременная диагностика и лечение больных, диспансерное наблюдение дегельминтизированных, санитарно-гигиенический и санитарно-паразитологический мониторинг окружающей среды, санитарное просвещение населения.

ГЕМОСТАЗ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Алимов С.Г., Худайбердиев Я.К., Наврузов Б.Т., Торакулов Д.Д.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний

Актуальность темы. Продуцентом большинства факторов свертывания крови является печень. Регуляция функции гемостаза имеет системно-антисистемный принцип и направлена на ее стабилизацию. Эти отношения при патологии печени могут переходить в антагонистические. Равновесие, свёртывающих и противосвёртывающих механизмов в норме, нарушаются при хронической патологии печени, обусловленной вирусами. При хронических вирусных гепатитах(ХВГ) и вирусных циррозах печени(ВЦП) индукция антикоагуляционной активности выполняет стабилизирующую функцию. Этим обусловлена слабая выраженность гиперкоагуляции при ХВГ.

Цель работы – оценка диагностической и прогностической значимости общедоступных лабораторных тестов агрегатного состояния крови у больных с ХВГ и ВЦП.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ХВГ В и С; 20 больных ВЦП. Наряду с общеклиническими анализами определяли показатели коагулограммы, альбумин-глобулиновый индекс.

Результаты исследования. При ХВГ нарушения системы гемостаза носят перманентный характер. С ухудшением состояния больного отмечаются сдвиги в системе гемостаза. Из всех показателей коагулограммы наиболее удобными для повседневной практики явились следующие показатели: протромбиновый индекс(ПТИ) и число тромбоцитов периферической крови. В качестве ключевых тестов выбрали протромбиновый и альбумин- глобулиновый индексы (АГИ), соответственно при контроле 80%-100% и 1,2 - 1,8. Выбор этих показателей продиктован поиском общедоступных критериев нарушения гемостаза. Установлено, что снижение этих показателей зачастую предшествуют усугублению клинической картины больных с ХВГ. При ВЦП снижение указанных показателей по времени совпадают с ухудшением состояния больных. Показатель альбумин- глобулинового

индекса имеет коррелятивную связь с показателями коагулограммы. Со снижением альбумин- глобулинового индекса от исходных показателей, идет снижение протромбинового индекса и числа тромбоцитов периферической крови. Критическими явились показатели АГИ 0,7 и ниже, ПТИ 56% и ниже, указывающие на выраженную полиорганную недостаточность(ПОН) с возможным срывом адаптации организма. При показателях АГИ 0,8- 0,9 и ПТИ 58%- 64% выход из ПОН считается возможным при интенсивной терапии с применением установленных в нашем стационаре стандартов. Продукция факторов свертывания и протеинсинтетическая функция печени взаимосвязаны, что вытекает из вышеизложенных цифр. Функциональная взаимосвязь функций печени могут явится базой для оценки состояния больного с ХВГ и ВЦП.

Вывод. При хронических вирусных гепатитах и циррозах печени необходим мониторинг показателей гемостаза в сочетании с показателями протеинсинтетической функции печени.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА

Анваров Ж.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день при диагностике паразитарных заболеваний используются широкий арсенал различных методов исследования. Однако информации о достоверности каждого метода недостаточно. Для более эффективного и экономически обоснованного использования лабораторных тестов необходима разработка дифференциально–диагностических алгоритмов для выбора оптимального метода диагностики паразитарных инфекций. Уточнение диагностической ценности каждого из этих методов имеет большое практическое значение в здравоохранении.

Цель нашего исследования — сравнительная эффективность метода 3-х кратной копроскопии и ИФА анализа по определению антител класса IgG к *Giardia lamblia* при диагностики лямблиоза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением были 120 больных, которые обратились в поликлинику НИИЭМИЗ по поводу патологии ЖКТ за период 2013-2014 гг. Возраст больных был от 15 до 47 лет, из них 66 мужчины и 54 женщины. Все больные были обследованы на паразитозы методом 3-х кратной копроскопии с использованием консерванта Турдыева. Кроме этого у этих больных определяли наличие специфических антител класса IgG к *Giardia lamblia*.

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании 120 больных методом трехкратной копроскопии лямблиоз был диагностирован в 44,1% случаев, при этом цисты лямбий были обнаружены как минимум в одной порции. Анализ данных после обследования первого образца стула выявил цисты лямбий лишь у 24 (20%) обследованных. В литературе до сих пор нет четкого указания на необходимое количество копроскопий при подозрении на лямблиоз, но очевидно, что большее их число расширяет возможности диагностики.

Специфические антитела класса IgG к *Giardia lamblia* определялись у 75 (62,5%) обследованных. Из этого числа больных паразитологически диагноз лямблиоза был подтвержден у 48 (64%) больных. Отсутствие паразитологического подтверждения лямблиоза у 27 больных может трактоваться как перенесенная ранее лямблиозная инфекция, либо отрицательные результаты копроскопии могут быть обусловлены низкой интенсивностью инвазии и связанным с этим отсутствием цист в образцах стула.

Выводы. Как показывают наши исследования, копроскопия является высокоинформативным методом диагностики лямблиоза, однако ее эффективность может быть снижена при низкой интенсивности инфекции и недостаточной квалификации врача-лаборанта. Диагностическая значимость метода значительно повышается при увеличении кратности копроскопий.

Выявление антител класса IgG у больных с подозрением на лямблиоз не всегда свидетельствует о лямблиозе, их наличие может быть связано с перенесенной ранее инфекцией. Отрицательные результаты определения антител также не исключают наличия лямблиоза, поскольку выработка антител может быть снижена в иммунодефицитном организме, а также возможна острая фаза инфекции, когда в организме преобладают антитела класса IgM.

Золотым стандартом диагностики лямблиоза является повторная копроскопия, результаты анализа необходимо сочетать с клинической картиной.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НИФУРОКСОЗИД (СТОПДИАР) В ЛЕЧЕНИИ ЛЯМБЛИОЗА

Анваров Ж.А., Бобожонов Ш.Ж., Сайфутдинова З.А., Каримов Д.А.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Актуальность. Настоящее время сформировались достаточно большие группы лиц, предъявляющих особые требования к лечению лямблиоза как сопутствующей инфекции: больные туберкулезом, ВИЧ-инфицированные, больные хроническими гепатитами различного генеза. В этом плане особый интерес вызывают препараты с ограниченной всасываемостью из кишечника.

Целью нашего исследования является определение эффективности нифуроксазида (Стопдиара) в лечении лямблиоза по сравнению с метронидазолом и экдистеном.

Материалы и методы. Исследования проводили в НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз. Под наблюдением находилось 60 больных первичным и персистирующим (резистентным к традиционным противолямблиозным препаратам) лямблиозом. Все обследованные были в возрасте от 6 до 34 лет. Из исследования исключали больных хроническими вирусными гепатитами. Каждая группа, получавшая метронидазол, Стопдиар и экдистен, включала 20 больных лямблиозом.

Диагноз первичного лямблиоз ставили ранее не лечившимся больным с впервые выявленными лямблиями, не принимавшим противолямблиозных препаратов. Больные персистирующим лямблиозом принимали без эффекта по крайней мере один курс традиционных противолямблиозных препаратов, чаще всего метронидазол. Лямблиоз диагностировали методом трехкратной копроскопии, отрицательные случаи верифицировали дополнительным анализом с использованием формалин-эфирного обогащения по Ritchii (Ritchii et al. 1952). Эффективность лечения оценивали с помощью повторной копроскопии с провокацией солевым слабительным и формалин-эфирным обогащением. Ежедневная копроскопия начиналась со 2-го дня терапии и продолжалась в течение 3 дней после завершения курса. Больные получали метронидазол в возрастной дозировке в течение 7 дней. Стопдиар назначали больным в возрасте от 6 лет и старше в суточной дозе 800 мг (по 200 мг 4 раза в день) в течение 7 дней. Экдистен назначали больным от 18 лет и старше в суточной дозе 20 мг (в 4 приема) в течение 10 дней.

Результаты. Ежедневная доза 800 мг Стопдиара вызвала элиминацию у 100% больных первичным персистирующим лямблиозом. У больных первичным лямблиозом

(n=17) в первые два дня лямблии продолжали определяться в кале, элиминацию лямблий на 3-й день отмечали у 12 больных, на 4-й день – у 5. Из 3 больных персистирующим лямблиозом у одного лямблии отсутствовали на 3-й день лечения, у 2-х элиминация произошла на 4-й день. Метронидазол вызвал элиминацию паразитов в течение первых трех дней у 10 (50%) больных, на 4-й день лямблии не выявлялись у 6, на 6-й день все больные (n=20) были свободны от лямблий. У больных первичным лямблиозом, леченных экдистеном, первые 2 дня лямблии определялись, элиминацию лямблий, начиная с 3-го по 5-й день, отмечали у 70,0% больных (3-й день – у 4 больных, 4-й день – у 6, 5-й день – у 4). У двух больных первичным лямблиозом элиминацию наблюдали на 6-й день, у 4 больных персистирующим лямблиозом элиминацию паразитов отмечали на 6-й и 7-й день лечения. Таким образом, средние сроки элиминации лямблий у больных, получавших Стопдиар, метронидазол и экдистен составляли соответственно $3,3 \pm 0,05$; $3,7 \pm 0,14$ и $4,8 \pm 0,4$ дней. Элиминация лямблий при лечении Стопдиаром завершалась в достоверно более короткие сроки, чем в группах, получавших метронидазол и экдистен ($P < 0,01$), в том числе и у больных, у которых метронидазол не привел к эрадикации паразитов.

Таким образом, препарат Стопдиар можно рассматривать как препарат выбора в лечении лямблиоза, особенно при лямблиозе, резистентном к метронидазолу, а также в случаях, когда следует избегать дополнительной лекарственной нагрузки на печень, поскольку Стопдиар практически не всасывается.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГАСТРОПАТИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Атабаева С.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Этиологическими факторами гастропатий могут быть хеликобактериозная инфекция, прием нестероидных противовоспалительных средств и кортикостероидов, стресс, злоупотребление алкоголем, курение, химические и физические гастродуоденальные травмы, ДВС-синдром, ожоги(язвы Курлинга), почечная и печеночная недостаточность, сахарный диабет, заболевания эндокринной системы, опухоли желудка. Как и других патологиях, при гастропатиях наблюдаются различные нарушения со стороны иммунной системы, которые в большинстве случаев утяжеляет течение болезни, способствуя к развитию тяжелых последствий и осложнений.

Цель данной работы: изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных с гастропатиями различной этиологии.

Материал и методы. Под наблюдением находились 78 больных гастропатиями различной этиологии. Были составлены группы наблюдения по различным воспалительным признакам морфологических изменений слизистой оболочки желудка(СОЖ) у пациентов с гастропатиями, критериями которых являлись наличие атрофии(группа 1-клиническая норма=22 больных, 2-неатрофический гастрит-28, фундальный атрофический гастрит=18, мультифокальный атрофический гастрит=10 пациентов). Больные также разделены на следующие группы в зависимости от наличия атрофии в различных отделах желудка: морфологическая норма(n=22), атрофия тела желудка(n=18), атрофия антрума(n=20), тотальная атрофия(n=18). Показатели клеточного иммунитета определяли с использованием моноклональных антител. Процентное содержание в крови иммуноглобулинов М, А и G определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты проведенных исследований в группах больных с различными проявлениями атрофии по сравнению с нормой отмечается достоверное уменьшение таких показателей клеточного иммунитета, как CD4+, CD8+, CD20+ клеток. Особенно низкие значения выявлены показателей CD20+клеток (в группе больных с клинической нормой - $5,14 \pm 74\%$, с неатрофическим гастритом - $5,25 \pm 0,65\%$, с мультифокальным атрофическим гастритом - $3,52 \pm 0,46\%$ при норме 11-16%). Что касается показателей гуморального иммунитета, то уровень в крови иммуноглобулинов класса М и А оказался достоверно низким как у пациентов с клинической нормой, так и с различными проявлениями атрофии. В то же время процентное содержание IgG почти что не отличалось от нормы или даже было больше, чем у здоровых ($2,2 \pm 0,2$ и $7,82 \pm 0,23\%$, соответственно).

Выводы. Таким образом, у больных с гастропатиями различной этиологии наблюдается иммунодефицит по Т-клеточному типу. Со стороны гуморального иммунитета отмечается угнетение продукции иммуноглобулинов класса М и А, а в отношении IgG противоположное явление. Следует отметить, что повышенное образование последних свидетельствует о хронизации патологического процесса во всех наблюдаемых случаях. Стоит также отметить, что перечисленные нарушения функции иммунной системы наиболее выражены у пациентов с мультифокальным атрофическим гастритом.

Учитывая тот факт, что иммунные нарушения могут быть предвестниками различных осложнений и неблагоприятных исходов болезни, считаем необходимым больным с проявлениями иммунных изменений проводить соответствующую иммунокорригирующую терапию.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ.

Атабекова Ш.Р., Меркушкина Т.А., Ибадова Г.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Одним из наиболее значительных факторов, тормозящих успехи в профилактике и лечении лямблиоза, является конфликт, возникший между широкими возможностями производства высокоактивных химиотерапевтических средств и нарастающей резистентностью к ним лямблий. Отрицательные последствия активной химиотерапии наиболее ярко проявляются в нарушении структуры микропаразитоценоза внутренней среды организма человека и взаимоотношений в системе хозяин- паразит.

Цель исследования: изучение характера дисбиотических нарушений в целях усовершенствования и повышения эффективности мер профилактики и лечения лямблиоза.

Материал и методы исследования: нами было обследовано 38 детей в возрасте до 3 лет с лабораторно подтвержденным лямблиозом.

Результаты: причиной обращения за медицинской помощью явились симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, которые проявлялись в виде энтеритов и энтероколитов лямблиозного происхождения не имеющих выраженные симптомы, которые бы позволили клинически отличить их от заболеваний желудочно-кишечного тракта другой этиологии. Наиболее характерны были жалобы на жидкий, пенистый стул, урчание в кишечнике, метеоризм. Диареи чередовались запорами. Боли в животе

имели постоянный или приступообразный характер в случаях, когда заболевание протекало по типу еюнита.

Энтериты и энтероколиты лямблиозной этиологии во всех случаях характеризовались длительным течением и склонностью к рецидивам, плохо поддающимся обычному медикаментозному лечению без применения антипаразитарных средств. Кишечная форма лямблиоза во всех случаях характеризовалась частыми, но непродолжительным обострениям, с преобладанием признаков поражения тонкого кишечника, частота стула не превышала 5-6 раз в день. Однако общее состояние детей, больных лямблиозом, было удовлетворительным с отсутствием резко выраженных признаков нарушения общего питания.

Одним из критериев оценки состояния кишечного биоценоза у детей с лямблиозом является количество типичных кишечных палочек в одном грамме фекалий. Нами обнаружено резкое снижение удельного веса кишечной палочки у больных хроническим лямблиозом. У 30 больных (78,9%) отмечено резкое снижение количества типичных *E.coli* до 40 млн/г, у 5 больных (13,1%) количество кишечной палочки составляло 50-100 млн/г, у 1 больного (2,6%) – 151-200 млн/г и лишь у 2 больных (5,2%) число типичных кишечных палочек составило более 200 млн/г.

Изучив частоту обнаружения и количественные показатели бифидобактерий у больных лямблиозом, мы отметили резкое снижение бифидофлоры в минимальных разведениях фекалий у 31 больного (81,5%) лямблиозом, а также снижение количества лактобактерий у 38 (100%), что свидетельствует о способствовании лямблиозной инвазии развитию дисбактериоза.

Исследование наличия грибов рода Кандида показало, что во всех образцах фекалий у детей с хроническим лямблиозом уровень этого условного патогена превышал допустимый, что подтверждает исследования специалистов-паразитологов.

Выводы: таким образом, отчетливо выраженным дисбактериозом можно объяснить дисфункции кишечного тракта у 100 % детей до 3-х лет больных лямблиозом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КЛИНИКИ ЭНТЕРОБИОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Атабекова Ш.Р., Ибадова Г.А., Меркушкина Т.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Цель исследования: выявление клинических особенностей течения энтеробиоза у детей на современном этапе.

Материалы и методы: нами было обследовано 48 детей в возрасте $3,2 \pm 1,02$ года, с лабораторно подтвержденным энтеробиозом.

Результаты: клинические проявления энтеробиоза у обследованных детей были неоднородными. Наиболее частыми из них были дисфункция желудочно-кишечного тракта и аллергические реакции.

Проявления аллергии наблюдались у 17 (35,4%) детей, в том числе атопический дерматит - у 7 (41,1%), проявления со стороны слизистых оболочек ротовой полости («географический» язык) - у 12 (70,5%), аллергический конъюнктивит - у 2 (11,6%). У 10 детей манифестация заболевания была периодической (чаще всего сезонной), у 8 отмечалось торпидное течение, устойчивое к традиционной противоаллергической терапии. Вместе с этим пищевая аллергия была лишь у 6 (35,2%) детей; и 6 детей (35,2%) страдали хроническими обструктивными бронхитами.

Нарушения функции желудочно-кишечного тракта имели место у 48 (100%) детей. Среди проявлений дисфункции пищеварительного тракта были: неустойчивый стул, непереваренный стул, примесь слизи или «зелени» в каловых массах - у 16 (33,3%); запоры или склонность к запорам - у 5 (10,4%), у 17 (35,4%) детей эпизоды нормального или разжиженного стула чередовались периодами запоров; метеоризм, проявлявшийся вздутием живота, урчанием, тошнотой и отрыжкой, наблюдался у 48 детей (100%).

Наличие болевого абдоминального синдрома было выявлено у 16 (33,3%) человек, из них у 5 (31,2%) отмечались, так называемые, «летучие боли», которые возникали независимо от приема пищи, периодически, такие боли исчезали без использования медикаментов или на фоне приема сорбентов, спазмолитиков. У 8 (50%) детей боли в животе носили постоянный характер и часто были связаны с приемом пищи, были интенсивными, требовали медикаментозного лечения.

У 26 (54,1%) детей имели место нарушения аппетита, который чаще был снижен или избирательный у 15 (57,6%) детей; реже повышен (у 11 детей). Нарушения ночного сна наблюдались у 18 (37,5%) детей. У 15 (31,2%) детей отмечался зуд и экскориации в перианальной области.

У 27 (56,2 %) детей отмечались признаки депрессии иммунитета: 18 детей, относились к группе часто или длительно болеющих детей; 13 детей страдали рецидивирующими стоматитами, гингивитами; у 3 детей - рецидивирующие гнойничковые заболевания кожи или слизистых оболочек.

У 20 из указанных 27 детей было проведено исследование иммунного статуса. У всех обследованных выявлено уменьшение количества Т-хелперов, у 18 детей был снижен показатель иммунорегуляторного индекса (хелперно-супрессорное соотношение). Отставание в физическом развитии, недостаточная прибавка массы тела отмечались у 19 (39,5%) детей. Появление участков гипопигментации кожи отмечено у 6 (12,5%) детей, неприятный запах изо рта - у 18 (37,5%), повышенная утомляемость - у 8 (16,6%), эмоциональная лабильность - у 14 (29,1%), гиперсаливация - у 3 (6,25%), проявления гиповитаминоза - у 15 (31,2%) детей.

Выводы: таким образом, энтеробиозу у детей до 5 лет на современном этапе наиболее часто сопутствуют такие клинические проявления, как аллергические реакции и болезни, сопровождающиеся торпидным течением, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, абдоминальные боли, нарушения ночного сна, нарушения аппетита и признаки иммунологической недостаточности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Атаходжаева Д.Р., Мирзаева М.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Бруцеллез у человека представляет собой общее инфекционное заболевание токсико-бактериемического характера. Известно, что бруцеллез как зоонозная инфекция встречается в регионах, где развито животноводство. К таким регионам относятся Республики Средней Азии и Казахстан, в том числе и Узбекистан, где ежегодно регистрируется определенное количество больных, с впервые установленным диагнозом бруцеллеза, как среди взрослых, так и среди детского контингента, хотя и процент заболеваемости среди детей намного ниже по сравнению с показателями заболеваемости взрослых. В связи с этим изучение бруцеллеза среди детей, особенно его клиническое течение и последствия не достаточно изучены и является актуальным.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические аспекты острого бруцеллеза среди детей

Материалы и методы. Обследовано 23 детей с острым бруцеллезом в возрасте от 3 до 14 лет, проживающих в эндемичных по бруцеллезу регионах республики.

Результаты исследования. Установлено, что чаще всего (95,6%) болели дети в возрасте 7-14 лет, которые участвовали в уходе за животными. 95,6% проживали в сельской местности. Основным источником инфекции являлся мелкий рогатый скот. Инфекция передавалась в основном контактным путем (47,8%), алиментарный путь передачи встречался в 39,1%, а у 13,1% - смешанный (контактно-алиментарный) путь передачи инфекции.

Больные дети поступали в клинику с жалобами на общую слабость, головную боль, утомляемость, снижение аппетита. В разгар заболевания преобладали основные симптомы, как озноб с лихорадкой (100%), потливость (70%), артралгия (69%), гепато-лиенальный синдром (68%). У 32,9% больных установлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы в виде тахикардия.

Увеличение периферических лимфатических узлов (подчелюстных, паховых и подмышечных) наблюдали у 73,8% больных. У 79,1% больных отмечалась гипохромная анемия. У 65% выявлено ускорение скорости оседания эритроцитов различной степени. У 43,5% больных наблюдали выраженную, а у 21,7% - умеренную лейкопению.

При серологическом исследовании крови реакция Хеддлсона была положительна у 97,0% больных. Реакция агглютинации Райта у 3,0% была отрицательной, у 3,0% - слабоположительной и у 94,0% - положительной в титре 1:100- 1:800. Наиболее чувствительным оказалось РПГА, при котором в 100% случаях был получен положительный результат. При бактериологическом исследовании крови у 7(30,4%) больных выделяли культура *B.melitensis* – возбудитель бруцеллеза.

Таким образом, проведенное клинико-лабораторное обследование у 23 детей подтвердило диагноз бруцеллез серологическими и бактериологическими методами. У всех детей отмечено острое начало болезни с характерным симптомокомплексом: общей интоксикацией организма, увеличением лимфатических узлов, гепато-лиенальный синдром.

Выводы:

Установлено, что бруцеллез в 95,6% случаев регистрируется среди детей в возрасте 7-14 лет.

Основным источником инфекции является в 47,8% мелкий рогатый скот и в 32,9% случаев способствовал заражению контактным путем.

Клиническое течение бруцеллеза у детей особо не отличался, чем у взрослых.

КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРУЦЕЛЛЕЗА ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Ахмедова Х.Ю., Миррахимова Н.М., Игамбердиева С.Д.

При наличии во внутренней среде бруцеллезного антигена (АГ) дифференцируются и циркулируют в крови лимфоциты, несущие на поверхности мембраны рецепторы, обладающие способностью специфически связываться с ними. Эти лимфоциты называются антигенсвязывающими лимфоцитами (АСЛ), специфически сенсibilизированными к АГ бруцелл.

Цель исследования: Изучить возможность применения метода определения антигенсвязывающих лимфоцитов для ранней диагностики и контроля эффективности лечения бруцеллеза.

Материал и методы: Всего обследовано 90 больных острым бруцеллезом. Верификация диагноза проводилась на основании положительных результатов тестов: реакции Райта (РА), реакции Хеддлсона (РХ), теста АСЛ. Лечение проводили двумя курсами антибиотиков (1 курс- левомецитин со стрептомицином и 2 курс – доксициклин с канамицином). Гемокультуру удалось выделить у 12 больных. Все больные обследованы до и после окончания 2-го курса этиотропной терапии.

При первом, диагностическом обследовании АСЛ были выявлены у всех больных острым бруцеллезом, положительный результат РА выявлен существенно реже (84,4%). При этом, анализ сопоставления титра результатов РА, показал, что при РА 1/50 АСЛ в среднем был равен $9,00 \pm 1,0\%$; 1/100 – $7,23 \pm 0,60$; 1/200 – $8,50 \pm 0,61$; 1/400 – $9,56 \pm 0,42$ и 1/800 – $9,21 \pm 0,36$. Таким образом, при диагностическом титре РА (1/200-1/800) значения АСЛ также были высокими, при этом размах АСЛ отмечался от 6% до 16%. При низких и сомнительных титрах РА значения АСЛ несколько отличаясь, достигали все же высоких значений от 5 до 11% (при норме не выше 2%).

При втором, с целью контроля эффективности лечения, обследовании обнаружено, что серологические реакции (РПГА, Райта и Хеддлсона) в большинстве случаев даже после 2 курсов антибиотикотерапии не меняются (за редким исключением). То есть, после лечения анализ результатов РПГА из 90 больных у 13 (14,4%) показывает повышение титра и только в 9 случаях (10%) отмечалось понижение значений РПГА в результате проведенного лечения. По результатам реакции Райта отмечена такая же тенденция, из 90 положительных результатов по реакции Хедделсона всего в 4 (4,4%) случаях после лечения отмечены отрицательные результаты только после 2-го курса антибиотикотерапии. Очевидно, что это объясняется относительно длительным процессом антителогенеза. Поэтому ясно, что в ближайший месяц после окончания лечения контролировать его эффективность путем определения антител нецелесообразно.

Совершенно другие результаты получены при использовании АСЛ. При первом, диагностическом, обследовании АСЛ к антигену бруцелл обнаружены у всех больных острым бруцеллезом. При контрольном исследовании АСЛ после проведенного курса антибиотикотерапии отмечена достоверная динамика показателей (до лечения $8,83 \pm 0,25$, после лечения $4,94 \pm 0,13$, $P < 0,05$). Необходимо отметить, что несмотря на положительную динамику АСЛ после проведенного лечения результаты все же достоверно отличаются от контрольных значений, что указывает на продолжающееся воздействие на организм антигенов бруцелл и требует дальнейшего наблюдения за больными и необходимость продолжение лечения.

ДОППЛЕРОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЖ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ

Баратова М.С., Атаева М.А., Кобилова Г.А., Саломова Х.Ж.
*Областной кардиологический диспансер, Бухара, Узбекистан
Бухарский медицинский институт, Бухара, Узбекистан*

В последние годы все большее распространение в комплексной оценке функционального состояния миокарда получает метод доплерографии, применение которого расширяет возможности выявления ранней дисфункции левого желудочка (ЛЖ) на стадии ее развития.

Целью настоящего исследования явилась оценка чувствительности и специфичности показателей доплерографии изменения межжелудочковой перегородки и задней стенки в диагностике выявления нарушений функции миокарда ЛЖ у больных с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) и мягкой артериальной гипертензией (МАГ) после перенесенных воспалительных инфекций.

Обследованы 37 больных с ВНАД и МАГ, в том числе 16 мужчин и 21 женщин в возрасте от 30-55 лет. Группу контроля составили 21 практически здоровых лиц -14 мужчин и 7 женщин. Все больные обратились после перенесенного инфекционного заболевания длительностью от 14 до 30 дней давности. Всем пациентам проводилось стандартное эхографическое исследование, пиковые скорости раннего и позднего диастолических потоков, при оценке геометрического строения ЛЖ в В-режиме измерялась толщина передней, перегородочной, задней и боковой стенок ЛЖ в диастолу из парастернального доступа по короткой оси на уровне створок МК и папиллярных мышц. Передне-задний размер папиллярных мышц определялся из позиции короткой оси ЛЖ в парастернальной проекции. В М-режиме проводилось измерение толщины МЖП и задней стенки ЛЖ в диастолу, КДР и КСР ЛЖ, передне-заднего размера ЛП.

Значения толщины МЖП и задней стенки у больных с ВНАД и МАГ достоверно несколько превышали, чем в контрольной группе в области срединного и базальных отделов, а также признаки гипертрофии папиллярных мышц. Известно, что концентрическая гипертрофия ЛЖ более опасна в риске развития внезапной смерти, а эксцентрическая – в вероятности развития ХСН. В исследовании получены данные где, у больных с ВНАД в 35% случаев определялось превышение толщины МЖП более 11 мм. У 45% обследуемых изменения наблюдались как по задней, так и по МЖП. В 20 % случаев МЖП и задняя стенка левого желудочка оставались неизменны. У больных с МАГ в 42% случаев толщина МЖП превышала норму в 12%. У 49 % изменения наблюдались по МЖП и по задней стенке ЛЖ. Указанные величины можно рассматривать в качестве дополнительных диагностических критериев ХСН.

Таким образом, изменения толщины перегородочного и боковых сегментов в комплексной эхокардиографии позволяет существенно расширить возможности ранней диагностики ХСН у больных с ВНАД и МАГ после перенесенных инфекционных состояний.

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАРЕИ

Бектимиров А.М.-Т., Ахмедов И.Ф., Садикова Н.М., Бектимирова А.А..

Абдухалилова Г.К.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Согласно отраслевому стандарту дисбактериоз кишечника определяют как клинико-лабораторный синдром, возникающий при целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, который характеризуется изменением регуляции качественного и/или количественного состава нормофлоры, метаболическими и иммунологическими нарушениями, у части пациентов сопровождающийся клиническими симптомами поражения кишечника [Урсова Н.И., 2013]. При этом ситуация осложняется тем, что ни один из клинических признаков дисбактериоза не является патогномичным и не дает основания для постановки этиологического диагноза.

Диагностика дисбактериозов основывается на определении как самих микроорганизмов в кишечной полости, пристеночной слизи или биоптате, так и продуктов их метаболизма.

Согласно современным представлениям, после верификации дисбактериоза одним из самых ответственных этапов диагностики является установление причины выявленных дисбиотических нарушений. В результате такого подхода группа больных с дисбактериозами становится чрезвычайно разнородной, а выбор препаратов для коррекции – довольно сложной задачей в амбулаторной практике.

Алгоритм правильной и эффективной коррекции дисбактериозов складывается из нескольких составляющих: своевременного выявления и адекватного лечения основного заболевания, нутритивной поддержки базовой регуляторной системы, оптимального способа терапии дисбиотических нарушений, а также профессиональной квалификации и ответственности лечащего врача.

Первый и наиболее важный этап – выявление функционального, острого или хронического заболевания, лежащего в основе нарушений кишечной микрофлоры, проведение этиологического и патогенетического лечения с целью нормализации процессов пищеварения, всасывания и моторики ЖКТ. Появление признаков дисбактериоза требует также поиска и последующего устранения провоцирующих факторов.

Необходимо помнить, что дисбактериоз всегда вторичен и причинно обусловлен. Поэтому к трактовке микробиологического анализа кала и необходимости его коррекции следует подходить с большой осторожностью и делать практические выводы только после сопоставления данных анализа с клинической картиной и жалобами пациента.

Приводятся результаты исследования на дисбактериоз кишечника (ДК) 100 больных с синдромом диареи (стационарные и амбулаторные больные). Разбивка на группы проведена по возрастам и степеням дисбактериоза кишечника: ДК 0, ДК I ст, ДК II ст, ДК III ст. У обследованных больных преобладал ДК 2 степени – 57%. ДК 3 степени чаще всего отмечается в группе детей до 2х лет и 2-4 года – 46.9% и 44.5% соответственно. Нормоценоз - ДК0 у всех детей полностью отсутствовал.

Условно-патогенные бактерии (УПБ) чаще всего выявлялись в группе детей до 2х лет. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* выявлялись практически во всех случаях, но патологические титры (выше 10^4 КОЕ/гр) чаще всего определялись в группе 15 и старше. Соотношение УПБ к дрожжеподобным грибам рода *Candida*, при исследовании фекалий от больных с диареей различной этиологией в долевым выражении составило 86:14 или 6:1.

Как правило, появление в микрофлоре кишечника УПБ ведет к защелачиванию среды кишечного содержимого. Данный факт подтверждается биохимическими исследованиями кала – щелочная среда установлена в 93,2%.

ПРОТЕОЛИТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ БИОСУБСТРАТОВ БОЛЬНЫХ С ДИАРЕЕЙ

Бектимиров А.М.-Т., Маматкулов А.И., Садикова Н.М., Маматкулов И.Х.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Протеолитическая активность выявлена у многих видов патогенных и условно-патогенных бактерий, грибов и простейших, способных колонизировать кишечник. Выделены протеиназы у представителей семейства энтеробактерий: *Proteus* spp, *Serratia marcescens*, *Klebsiella ozaenae*, *Klebsiella pneumoniae*, *E. Coli*, *Shigella* spp., *Salmonella* spp. Грамположительная кокковая микрофлора кишечника — *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Enterococcus faecalis* — также способна к продукции протеиназ [Зинкевич

О.Д. и соавт., 2003]. Некоторые представители фекальной микрофлоры здоровых людей: *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus* spp., *Propionibacterium acnes*, *Cl. perfringens*, *Cl. bifermentas*, *Cl. sporogenes*, *Cl. ramnosum*, *Bacteroides* spp. *Bifidobacterium* spp. — также обладают протеолитической активностью [Тюрин Ю.А., 2003]. Вероятно, эта способность вносит свой вклад в вирулентность нормальной микрофлоры, которая, как известно, появляется при дисбактериозе кишечника наряду со снижением антагонистических свойств.

Возрастание суммарной протеолитической активности тесно связано с увеличением количественного содержания многих видов условно-патогенных бактерий в кишечнике и/или с возрастанием доли бактерий, продуцирующих протеолитические ферменты, колонизирующих стенку кишечника. Таким образом, методы, позволяющие оценить уровень протеолитической активности фекалий, косвенно характеризуют возникающий дисбаланс в составе не только фекальной, но и пристеночной тонко- и толстокишечной микрофлоры, показывают ее качественные изменения.

На наш взгляд, в плане диагностики дисбиоза кишечника изучение протеолитической активности микрофлоры представляется перспективным направлением, так как способность продуцировать данные ферменты считается фактором патогенности и может служить качественной характеристикой кишечной микробиоты.

У больных обследованы 128 образцов биологических субстратов (К-кал и М-моча) на наличие протеолитической активности. 69 проб составили образцы кала и 59 образцов мочи. Величину размеров наличия протеолиза измеряли до 10 мм – слабая степень дисбактериоза, 10-15 мм – умеренная степень дисбактериоза, 15-20 мм – выраженная степень дисбактериоза, 20 и более мм – сильная степень дисбактериоза. При исследовании К-кала зона лизиса до 10 мм не была выявлена. Зона лизиса от 10 до 15 мм выявлена в 11 случаях (15,9%). Наибольший процент протеолитической активности выявлен с зоной протеолиза 15-20 мм в 31 образцах (44,9%). Протеолиз с зоной лизиса 20 и более мм выявлен в 15 пробах (21,7%). 12 проб кала (17,4%) были отрицательными. При исследовании М-мочи наибольший процент составили количества отрицательных анализов. 34 проб (57,6%) оказались отрицательными. Одна проба мочи (1,69%) дала зону лизиса до 10 мм. Протеолиз в диаметре 10-15 мм выявлен в 15 образцах, что составила 25,4%. Протеолиз в диаметре 15-20 мм определен в 3 образцах (5,1%). Величина протеолиза в диаметре 20 и более мм определился в 6 пробах мочи (10,2%).

В итоге из 128 проб биосубстратов кала и мочи 46 проб (35,9%) оказались отрицательными, до 10 мм – 1 (0,78%), 10-15 мм – 26 (20,3%), 15-20 мм – 34 (26,5%) и 20 мм и выше – 21 проб (16,4%).

Протеолитическая активность фекалий нарастала с увеличением содержания в фекалиях гемолитических *E. Coli*, бактерий рода *Proteus*, *Staphylococcus* и их ассоциаций с псевдоманадами, клебсиеллами, серрациями, гафниями и грибами рода *Candida*. Во всех случаях, когда в микрофлоре находили бактерии рода *Proteus* в количестве 5 lg КОЕ/г и выше, протеолитическая активность супернатантов была высокой.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛЯМБЛИОЗА В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Боженова И.В., Калинина Т.Н., Корнеев А.Г., Самойлов М.И., Соловых В.В.,
Садыкова И.М., Хромова А.В.

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования «Оренбургский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург,
Россия*

Актуальность заболевания определяется повсеместным распространением и всеобщей восприимчивостью, а также способностью приводить к таким осложнениям как синдром мальабсорбции, кишечная непроходимость, дисбактериоз, перитонит.

Цель – выявить эпидемиологические особенности лямблиоза в Оренбургской области за 1991–2014 годы.

Для исследования применялась форма № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях». Основные методы исследования: ретроспективный эпидемиологический анализ, критерий Пирсона (χ^2).

Результаты: в настоящее время наблюдается тенденция к росту ($T_{пр}=0,2\%$; $p<0,05$) заболеваемости лямблиозом населения Оренбургской области. За исследуемый период было выявлено 23851 случая лямблиоза. Средний многолетний областной показатель заболеваемости данной патологией составил $45,7 \pm 2,6^{0/0000}$. Достоверное превышение среднего многолетнего областного показателя заболеваемости отмечалось только в городе Орске ($120,9 \pm 19,1^{0/0000}$, $\chi^2=4,0$). Заболевание не имеет цикличности. На 2015 год прогностический показатель заболеваемости составит $46,7 \pm 5,2^{0/0000}$.

Анализ внутригодовой динамики заболеваемости лямблиозом показал подъем заболеваемости в зимний период с пиком в декабре.

Средний многолетний показатель заболеваемости данным гельминтозом у городского населения составил $68,9 \pm 5,6^{0/0000}$, сельского – $21,2 \pm 2,6^{0/0000}$ ($\chi^2=9,6$). Данный показатель среди взрослых – $17,4 \pm 1,3^{0/0000}$, детей – $158,0 \pm 11,4^{0/0000}$ ($\chi^2=12,4$). В структуре детской заболеваемости самый высокий показатель был выявлен в группе от 7 до 14 лет. ($305,3 \pm 39,7^{0/0000}$; $\chi^2=7,2$).

Таким образом, заболеваемость лямблиозом населения области имеет тенденцию к росту. Территорией риска является город Орск. Для заболевания характерна зимняя сезонность. Группой риска являются дети в возрасте 7-14 лет. Установлен высокий уровень заболеваемости данной нозологией у городского населения.

ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ КИШЕЧНЫХ ПАЗИТОЗОВУ ДЕТЕЙ.

Ганиева С.К., Джураева З.Б.

*Ташкентская медицинская академия, кафедра микробиологии, вирусологии и
иммунологии, г. Ташкент*

Считается, что среди инфицированных кишечными гельминтозами до 80 % процентов - это дети. Однако в данное время недостаточно исследований, которые бы показывали распространенность гельминтозов среди детей в нашей республике.

Цель исследования- определить распространенность кишечных паразитову детей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в бактериологической лаборатории кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Ташкентской медицинской академии. Были обследованы 85 детей в возрасте от 2 до 17 лет, с

хронической патологией пищеварительной системы и кожными заболеваниями, из них 39 были из города Ташкента и 46 детей из Ташкентской области. Проводились 3 кратное взятие фекалий на яйца глистов в консервант Турдыева с перерывом 3-5 дней и микроскопирование кала.

Результаты. Исследование показало, что у 55 (64,7%) детей были обнаружены кишечные паразиты и они сформировали первую (I) группу, а 30 (35,3%) пациентов, у которых они не были обнаружены, составили вторую (II) контрольную группу. Дети I группы были разделены на подгруппы в зависимости от проживания в городе Ташкенте или Ташкентской области, которые составили 18 (32,7%) и 37 (67,3%) детей, соответственно. Исследование показало, что моноинвазия встречалась у 35 (63,6%) детей из общего количества обследованных в двух подгруппах, при этом чаще наблюдалось инфицирование энтеробиозом, который составил 7 (38,8%) случаев среди городских детей и 8 (21,6%) среди областных. Незначительную разницу составили дети с лямблиозом, 5 (27,7%) городских и 7 (18,9%) областных. Аскаридоз был выявлен у 3 (8,1%) областных детей и у 1 (5,6%) ребенка из города. Еще меньшее количество составили дети с токсокарозом, по 1 случаю в подгруппе городских (5,6%) и областных (2,7%) детей. Описторхоз был выявлен только у областных детей, который составил 2 (5,4%) случая. В свою очередь отмечалось выявление нескольких паразитов одновременно и среди областных детей он составил 16 (29,1%) случаев и всего лишь 4 (7,3%) среди городских детей. Среди детей из Ташкентской области смешанной инвазией выявление энтеробиоза с лямблиозом отмечалось у 7 детей (18,9%) и энтеробиоза с аскаридозом у 4 (10,8%) детей. Реже встречались сочетание токсокароз с энтеробиозом, который отмечался у 3 (8,1%) детей. По 2,7 % составили дети, имеющие одновременно аскаридоз с лямблиозом и токсокароз с описторхозом.

Выводы.

1. Инфицированность различными паразитарными инвазиями, а также одновременно несколькими их видами, остается очень высокой. Поэтому вопросы улучшения и масштабного расширения их диагностики остаются актуальными и нуждаются в дальнейших исследованиях.

2. Обращает на себя внимание высокий показатель инфицированности детей Ташкентской области (67,3%), который в 2 раза превышает количества детей с кишечными паразитогами, проживающих в городе Ташкенте.

3. Чаще других паразитов диагностировались энтеробиоз кишечника и лямблиоз, как в виде моно- так и полиинвазии.

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ

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

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) остается частым и тяжелым гнойно-септическим заболеванием, составляющим от 3 до 12% хирургических заболеваний детского возраста. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ОГО у детей, летальность при этом заболевании составляет от 0,2 до 3,7%, а переход заболевания в хроническую стадию наблюдается довольно часто от 5,2 до 13%.

Цель исследования: охарактеризовать клинические проявления и формы острого гематогенного остеомиелита у детей.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 147 детей в возрасте от 8 дней до 14 лет с острым гематогенным остеомиелитом, находившихся на лечении в многопрофильном детском стационаре г. Ташкента и в

клинике ТашПМИ. В работе применялись клинические, лабораторные и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Наиболее характерными среди обследованных больных были следующие симптомы: местная болезненность - в 100% случаев, повышение общей температуры тела - 100%, нарушение функции конечности - 100%, отек - 87%, положительная осевая нагрузка - 79%, болевая контрактура - 78%, гиперемия кожи - в 76%, артрит - 34%, флюктуация - 27%. Анализы крови показали ускоренное СОЭ (100%) и нейтрофильный сдвиг формулы крови влево (91%). Для дифференциальной диагностики использовали рентгенографию. По нашим данным, чаще болеют мальчики (99-67,4%), реже - девочки (48-32,6%). В возрасте до одного года было 26 (17,7%) ребенка, от одно/о года до 3 лет - 16 (10,8%), от 4 до 7 - 23 (15,7%) и от 8 до 14 - 82 (55,8%). Местная форма ОГО встречалась в 127 (86,40%) случаев, септико-пиемическая - 18 (12,24%), токсическая - 2 (1,36%). ОГО бедренной кости диагностирован у (n=64) 43,5% детей большеберцовой - (n=40) 27,2%, плечевой - (n=18) 12,2%, кости предплечья - (n= 7) 4,8%, малоберцовой кости - (n=7) 4,8%, ключицы (n= 5) 3,3%, лопатки (n= 2) 1,4%, костей таза (n= 4) 2,8%. В первые 3 дня от начала заболевания в клинику обратились 36 (24, 5%) детей, на 4-7 сутки - 72 (49,0%) и позже 7 суток — 39 (26,5%). Следовательно, 75,5% детей поступили на поздних сроках от начала заболевания.

В картине острого гематогенного остеомиелита у детей преобладают поражения метафизов и диафизов длинных трубчатых костей, наряду с этим необычно значителен удельный вес поражения коротких, плоских и губчатых костей; в картине острого гематогенного остеомиелита у детей до 1 года преобладает эпиметафизарная локализация.

Местная форма ОГО преобладала у 104 детей из 147 обследованных (70,7%), септикопиемическая встречалась у 37 детей (25,2%), токсическая форма наблюдалась у 6 человек (4,1%).

Заключение. В настоящее время установлено, что ключевым звеном патогенеза острого гематогенного остеомиелита является формирование очага острого воспаления в кости, который чаще локализуется в метафизарном отделе и характеризуется комплексом стандартных сосудистых и тканевых изменений. При клиническом анализе установлено преобладание мальчиков по сравнению с девочками в 2 раза. У обследованных детей превалировала местная форма. Токсические формы наблюдались у детей до 3 лет. Весьма серьезным фактом является то, что 75,5% детей поступили на поздних сроках от начала заболевания (3/4 случаев).

СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МЕТОДА ПЦР ДРУГИМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ СИНОВИИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Гулямов Ё.Б., Мирзаев А.Б.Султанмуратова Г.У. Рахимзода Т.Э.

Кафедра травматологии-ортопедии, ВПХ с нейрохирургией, ТМА, г. Ташкент

Актуальность. В современной лабораторной диагностике метод полимеразно-цепной реакции (ПЦР) занимает особое место. Метод ПЦР обладает высочайшей специфичностью, которая достигает 99-100%. Диагностическая чувствительность и специфичность ПЦР сопоставимы, а зачастую и превосходят таковые, обеспечиваемые культуральным методом, которые являются «золотым стандартом» в диагностике хронических синовитов коленного сустава урогенитальной этиологии. Если учесть продолжительность процедуры выращивания культуры клеток (от

нескольких недель до нескольких месяцев), то преимущество метода ПЦР становится несомненным. Кроме этого, высокая технологичность и автоматизация метода позволяет получить результаты исследования в руки врача и пациента в день проведения анализа.

Цель. Оценить возможности метода ПЦР при диагностике хронических синовитов коленного сустава урогенитальной этиологии.

Материалы и методы. На базе кафедры травматологии-ортопедии ВПХ с нейрохирургией Ташкентской медицинской академии с 2012 по 2015 годы под нашим наблюдением находились 72 больных, из них 40 женщин и 32 мужчин, в возрасте от 25 до 52 лет.

Всем больным первоначально было проведена пункция коленного сустава с целью получения синовиальной жидкости. После этого, проведены ПЦР и иммуноферментный анализ (ИФА) синовиальной жидкости.

Результаты. Результаты бактериологического исследования были получены после 10-14 дней, ПЦР – 1-2 дня, ИФА – 1-3 дней. Метод ИФА показало следующие результаты: у 22 больных в синовиальной жидкости обнаружено Ch. Trachomatis, у 15 больных в синовиальной жидкости обнаружено rubella, у 18 больных в синовиальной жидкости обнаружено toxoplasmosis, у остальных 17 пациентов установить точную этиологию заболевания не удалось. Метод ПЦР показало следующие результаты: у 29 больных в синовиальной жидкости обнаружено Ch. Trachomatis, у 21 больных в синовиальной жидкости обнаружено rubella virus, у 22 больных в синовиальной жидкости обнаружено toxoplasmosis. Не диагностированных случаев не имеется.

Выводы. Таким образом, метод ПЦР при диагностике хронических синовитов урогенитальной этиологии является более эффективным, чем метод ИФА.

ПОКАЗАТЕЛИ КОРТИЗОЛА ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОМ И ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Гулямов Н.Г., Долимов Т.К., Хайитов Р.Х., Зоирова С.Х., Назаров Э.У.

НИИЭМИЗ МЗ РУз, Ташкент

Кортизол биологически активный кортикостероидный гормон, в своей структуре имеет стерановое ядро. Этот гормон секретируется корковым веществом надпочечников под воздействием адренкортикотропного гормона гипофиза. Присутствующий в плазме кортизол на 90-93% находится в связанном состоянии. Около 80% связывания обусловлено кортикостероидсвязывающим глобулином - транскортином, который синтезируется в печени. Меньшее количество гормона соединено с альбумином и сравнительно незначительное — с другими белками плазмы. Транскортин - гликозилированный белок с относительной молекулярной массой около 50000 (Да), связывающий у здорового человека до 25% кортизола. Учитывая эти факты при вирусных гепатитах, несомненно, меняется уровень фракций глюкокортикостероидных гормонов. При вирусных гепатитах поражение клеток печени влечет нарушение синтеза стероидсвязывающего белка транскортина, что является причиной дисбаланса активного и неактивного кортизола.

Нами методом ИФА изучены показатели общего кортизола в крови и свободного кортизола в слюне, показатели интенсивности лизиса гепатоцитов - АЛТ и антигенсвязывающие лимфоциты (АСЛ) в крови, специфически сенсibilизированные относительно антигенов (АГ) печени, а также показатели некроза клеток коры надпочечных желез (НП) – АСЛ к АГ НП.

У больных со среднетяжелым течением вирусных гепатитов АЛТ в крови было повышено в $\uparrow 1,6$ раза относительно верхней границы нормы, а АСЛ к ТА печени повысилось в $\uparrow 2,65$ раза относительно нормы. Это указывало, что в печени имеется умеренная степень лизиса гепатоцитов. Показатели общего кортизола в крови превышали верхние пределы нормы в $\uparrow 1,38$ раза, а показатели свободного кортизола в крови были в пределах нормы. Показатели АСЛ к ТА коры НП превышали норму в $\uparrow 2,1$ раза. Это свидетельствовало, что у больных со среднетяжелой формой гепатита признаки повышения уровня свободного кортизола отсутствовали, а в коре НП имеет место функциональное напряжение и слабая степень интенсивности некроза клеток.

При тяжелом течении вирусных гепатитов у больных АЛТ в крови было повышено в $\uparrow 2,04$ раза относительно верхней границы нормы, а показатели АСЛ к ТА печени $\uparrow 4,55$ раза превысили показатели в норме, что указывало на имеющие место интенсивные процессы лизиса гепатоцитов в печени. Показатели общего кортизола в крови превышали верхнюю границу нормы в $\uparrow 2,38$ раза, свободного кортизола - в $\uparrow 2,65$ раза, а показатели АСЛ к ТА коры НП были в $\uparrow 3,7$ раза выше нормы, что указывало на функциональное перенапряжение и интенсивный некроз клеток в коре НП.

Таким образом, у больных с тяжелым течением вирусного гепатита имеют признаки интенсивного лизиса гепатоцитов, а в коре НП – признаки функционального перенапряжения и интенсивного некроза клеток.

КОЛЕБАНИЯ УРОВНЯ БЕТА-ЛАКТАМАЗНОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ

Егоров С.К., Жильцов И.В., Семенов В.М.

*Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Республика
Беларусь*

Среди транспортных систем крови важная роль принадлежит сывороточному альбумину, доля которого составляет около 60% от суммарного количества белков крови. Альбумин обладает уникальной способностью связывать значительное число лигандов различной химической структуры. Степень и интенсивность связывания оказывают существенное влияние на фармакокинетические, фармакодинамические и токсические свойства лекарственных средств, тканевое связывание, длительность действия лекарственных средств, концентрацию активного препарата в биологических жидкостях и на рецепторном участке, а в конечном счете – на характер фармакологического действия и терапевтический эффект.

Бета-лактамазная активность – неотъемлемое свойство человеческой крови, и на 86-100% обусловлена её альбуминовой фракцией. Эффективность действия бета-лактамов во многом определяется особенностями их взаимодействия с человеческим сывороточным альбумином. Высокий уровень бета-лактамазной активности сыворотки крови может служить значимым прогностическим фактором тяжелого или затяжного течения инфекционных заболеваний.

Целью работы было оценить уровень и характер изменения бета-лактамазной активности сыворотки крови во времени у пациентов с тяжёлым течением гнойного менингита.

В данное предварительное исследование включены 2 пациента, находившихся на лечении в реанимационном отделении Витебской областной инфекционной клинической больницы с диагнозом «гнойный менингит». Возраст обследованных мужчин – 29 и 52 года, соответственно. Забор крови производился натощак с 6 до 9 часов утра с интервалом 4 дня. Всего было отобрано 8 проб (с 0 до 28 дня госпитализации). Полученная после центрифугирования сыворотка однократно

замораживалась. Сложность набора в исследуемую группу была связана с необходимостью длительного наблюдения, многократным забором проб, невысоким удельным весом изучаемой патологии в общей структуре инфекционной заболеваемости.

Для определения бета-лактамазной активности образцов ЧСА использовалась тест-система «Биолактам». Анализ проводился согласно инструкции. Инкубация составляла 30 минут при 37°C. Для замера оптической плотности при 492 нм использовался планшетный ридер Bio-Rad iMark.

Средний уровень бета-лактамазной активности полученных проб составил 60,3% (95% ДИ 57,3...63,3) и 48,7% (95% ДИ 42...55,4), соответственно. За время наблюдения происходило как увеличение, так и снижение искомого показателя в диапазоне значений 55...66,5% и 36,8...62,4%. Имеется тенденция к небольшому росту с течением времени. Данные колебания превышают погрешность методики и могут быть связаны как с природой бета-лактамазной активности, так и с еще неизученными внешними причинами.

Можно предположить, что бета-лактамазная активность человеческой крови, опосредованная человеческим сывороточным альбумином, может колебаться в широких пределах у отдельно взятых пациентов за время болезни. Общая тенденция к её возрастанию может объясняться как увеличением вклада каталитических антител (абзимов) в результате длительной антибактериальной терапии, так и освобождением активных центров альбумина в результате успешной дезинтоксикационной терапии. Несомненно, необходимо увеличение числа наблюдений для повышения репрезентативности, а также углубленный анализ для оценки связи данных колебаний с клинико-лабораторными показателями.

ОСНОВЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Ибадова Г.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

В различных регионах Республики Узбекистан лямблиозом поражено от 50% до 85% детей школьного возраста. Терапия лямблиоза представляет значительную проблему и обусловлено следующими факторами: большинство противопаразитарных препаратов гепатотоксичные, особенно с высокой степенью биодоступности; у детей, как правило, выявляются микст паразитозы, что требует назначения одномоментно различных групп противопаразитарных препаратов; отмечается повсеместное развитие устойчивости к противопаразитарным препаратам, в том числе и к рекомендуемым стандартам ВОЗ; неэффективность в ряде случаев однократного курса терапии, необходимость повторных назначений противопаразитарных препаратов; высокая стоимость неадекватной терапии; высокая частота рецидивов инвазии.

В этой связи, целью настоящего исследования явилось: оценить эффективность некоторых методов терапии лямблиоза у детей и разработать оптимальные подходы к противоямблиозной терапии и профилактике рецидивов.

С этой целью были отобраны для исследования 96 пациентов в возрасте 5-12 лет с монолямблиозной инвазией. Все пациенты были разделены на 3 группы

- 1 группа – 30 детей получали Метронидазол – 5дн. + Фуразолидон 10 дней (рекомендации ВОЗ)
- 2 группа – 30 детей получали Албендазол – монотерапию 5 дней
- 3 группа – 36 детей - комплексную трехэтапную терапию:

Подготовительный этап: Диета с ограничением углеводов и молочных продуктов, Спазмолитик в стандартной дозировке + урсодезоксихолевая кислота (УДХК) по 10 мг/кг – 1-2 недели до начала противопаразитарной терапии,

Затем собственно противопаразитарная терапия: Албендазол в стандартной дозе – 400 мг 1 раз в сутки натощак - 5 дней + Спазмолитик + УДХК + Лактулоза в послабляющей дозе (25-50 мг в зависимости от эффективности),

Восстановительный этап: Спазмолитик еще 1 неделю и УДХК (по 10 мг/кг на ночь) 2-4 недели + Лактулоза в пребиотической дозе (3-10 мл) - 2-4 недели

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Ибадова Г.А., Атабекова Ш.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

По результатам исследований, проведенных сотрудниками НИИЭМИЗ МЗ РУз в различных регионах Республики Узбекистан лямблиозом поражено от 50% до 85% детей школьного возраста. В подавляющем большинстве случаев выявлены очаговые поражения (среди членов семьи). Значительную проблему представляет низкое качество диагностики паразитозов на местах. В последнее время широко распространилась серологическая диагностика лямблиоза методом иммуноферментного анализа (ИФА). Однако, по мнению специалистов данный метод недостаточно эффективный и дает ложноположительные результаты. В то же время, отмечается также неэффективность в ряде случаев паразитологических методов исследования (копроскопия). В этой связи, нами было проведено исследование по оптимизации диагностики лямблиоза у детей.

Комплексное обследование клинико-лабораторными, паразитологическими и серологическими методами 116 детей в возрасте 3-12 лет (организованные – 104 ребенка, неорганизованные -12 детей).

По половому соотношению достоверных отличий не выявлено, хотя и отмечено некоторое преобладание мальчиков над девочками: 53,5% и 46,5% ($P>0,05$). Диагностику паразитозов проводили паразитологическим (копроскопия) и серологическим (ИФА) методами исследований.

При проведении паразитологических и серологических исследованиях по этиологическому фактору установлено, что в 55,2% случаев у обследованных выявлен лямблиоз, в 19,8% - энтеробиоз+лямблиоз, в 12,1% - энтеробиоз, в 5,2% - энтеробиоз+лямблиоз+гименолепидоз, в 7,7% - кишечный паразитоз не установлен. Причем, как видно, из 116 детей лямблиоз в виде моноинвазии и в комбинации с гельминтозами встречался в 80,2% случаев - 93 обследованных ребенка.

Мы проанализировали результаты различных методов диагностики лямблиоза и установили, что однократным паразитологическим методом лямблиоз выявлен у 53 детей – (45,7%), ложноотрицательный результат при однократной копроскопии установлен в 30 случаях – 25,9%. Серологическим методом лямблиоз тестировали в 91,4% случаев (у 106 детей из 116 обследованных). Следует отметить, что в 23 случаях (19,8%) был установлен ложноположительный результат ИФА. Мы также проанализировали результаты повторных копроскопических исследований (3-5 кратное обследование за 2 недели). При таком обследовании лямблиоз выявлен у 93 детей (80,2%). Причем, у всех этих детей ИФА дал положительный результат. В то же время у 10 детей с отрицательным результатом ИФА повторные копроскопические исследования также не выявили лямблиоза.

Было установлено, что серологический метод исследования на лямблиоз обладая высокой чувствительностью, недостаточно специфичен при постановке диагноза лямблиоз и может быть использован как скрининг тест. Для идентификации

лямблиоза при положительном ИФА следует провести 3-5 кратное копроскопическое исследование. При однократной копроскопии в 36% случаев возможен ложноотрицательный результат.

Таким образом, для оптимальной диагностики лямблиоза стоит тестировать пациентов методом ИФА и при положительном результате для идентификации лямблиоза проводить 3-5 кратную копроскопию.

МУТАЦИИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ К АНТИРЕТРОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Ибадуллаева Н.С., Казакова Е.И., Маматкулов А.Р.
НИИ Вирусологии МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан.

Приоритетным направлением для лечения ВИЧ-инфицированных лиц является расширение доступа к антиретровирусной терапии (АРВТ). Применение АРВТ дает возможность значительно увеличить продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных лиц и максимально ограничить репликацию вируса. Однако, при лечении антиретровирусными препаратами имеются некоторые факторы, не позволяющие достичь желаемого эффекта. Одним из этих факторов неуспеха АРВТ является резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам. Под действием антиретровирусных препаратов появляются некоторые мутации, которые приводят к возникновению резистентности к этим препаратам. Тестирование резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам позволяет объяснить причину неэффективности терапии и подобрать оптимальную схему лечения.

Целью исследования явилось определение мутаций резистентности ВИЧ-1 к антиретровирусным препаратам у ВИЧ-инфицированных пациентов получавших АРВТ.

Мутации резистентности ВИЧ-1 к антиретровирусным препаратам определяли у 141 ВИЧ-инфицированных пациентов получавших АРВТ с отсутствием эффекта от терапии. Материалом для исследований явилась плазма крови ВИЧ – инфицированных пациентов получавших АРВТ с вирусной нагрузкой выше 1000 копий/мл. Выявление мутаций устойчивости ВИЧ-1 к антиретровирусным препаратам проводилось с использованием набора реагентов «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Еph» (Россия) методом полимеразной цепной реакцией (ПЦР) с последующим секвенированием продуктов амплификации с применением генетического анализатора ABI 3500 («Applied Biosystems», США). Интерпретацию результатов секвенирования проводили с использованием специального программного обеспечения «Деона», которая позволяет выявлять мутации, ответственные за устойчивость ко всем известным антиретровирусным препаратам. Полученные результаты анализировались в Стенфордской базе данных и проводился анализ лекарственной устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам классов ингибиторов протеазы и обратной транскриптазы.

Нами обследовано 141 пациент получающий АРВТ с неуспехом терапии. Среди обследованных вторичная резистентность была выявлена у 85 пациентов, что показывает правильность выборки пациентов, хорошую приверженность к АРВТ, длительный прием препаратов и наличие клинического и вирусологического неуспеха терапии. При анализе результатов секвенирования у 85 (60,7%) пациентов была выявлена хотя бы одна значимая мутация ассоциированная с резистентностью к одному из трех групп препаратов – ингибиторам протеазы (ИП), нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (НИОТ), ненуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (ННИОТ). У 2 (1,6%) пациентов выявлены значимые

мутации одновременно к трем группам препаратов (ИП, НИОТ, ННИОТ). Резистентность к НИОТ выявлена у 68 (53,5%) пациентов, у 82 (64,6%) пациентов к ННИОТ. Сочетанная резистентность к НИОТ и ННИОТ отмечалась у 65 (51,2%) пациентов. Анализ результатов секвенирования показал, что в исследуемой группе чаще всего встречались мутации резистентности к НИОТ и ННИОТ. Мутации к ИП выявлены у 4 (2,9%) пациентов. Наиболее распространенные мутации, ассоциированные с резистентностью определены в положении K103N, M184V/I, K65R, K101E, G190S, Y188L.

Таким образом, результаты исследований показали наличие мутаций в гене обратной транскриптазы и протеазы включающие резистентность к препаратам НИОТ, ННИОТ и ИП. Выявление мутаций резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам необходимы для мониторинга резистентности ВИЧ и оптимизации АРВТ.

МИКРОФЛОРА ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

Ибрахимова Х.Р., Машарипова Ш.С., Якубова У.Б., Рахимбаев М.Ш.

Ургенский филиал ТМА, г.Ургенч.

Содержание в пищевых продуктах белков, углеводов, витаминов и других питательных веществ благоприятствует не только сохранению, но и размножению различных микроорганизмов. Пищевые продукты обычно не бывают стерильными, так как полностью освободить их от микроорганизмов и не ухудшить присущие им питательные, вкусовые или другие свойства практически невозможно. Но это и не нужно, потому что естественная и безвредная для человека микрофлора пищи является одновременно и естественной биологической защитой ее от нежелательных микроорганизмов. Размножение некоторых микроорганизмов приводит к непригодности пищевых продуктов к употреблению (**25%** производимых в мире продуктов не доходит до потребителя в связи с порчей их микробами), а самое главное к возникновению у людей пищевых токсикоинфекций и других заболеваний. Микроорганизмы пищевых продуктов жизнедеятельны, если значения активности воды находятся в пределах **0,99—0,60**. Каждому виду микроорганизмов соответствует необходимое для его жизнедеятельности значение активности воды в этих пределах. При активности воды в продуктах более **0,80** отмечается наибольшее развитие микроорганизмов. По этой причине пищевые продукты со значениями активности воды более **0,80** при хранении быстро портятся, а при активности воды менее **0,65** они на длительное время защищены от ферментативной порчи, обусловленной жизнедеятельностью микроорганизмов.

Цель работы: Изучить микробиологическое исследование пищевых продуктов при возникновении пищевых интоксикаций по статистическим данным.

Для большинства пищевых продуктов, как и для воды, санитарно-показательным микробом являются *E.coli*; в некоторых пищевых продуктах определяют наличие протей, сальмонелл, аэробных и анаэробных микроорганизмов, а также их токсинов. Из всех агентов, вызывающих пищевые отравления у людей, **60%** приходится на патогенные бактерии. Особую опасность представляют сальмонеллы, стафилококки, стрептококки, которые, размножаясь и накапливаясь в пищевых продуктах, не приводят к изменению их органолептических свойств. Фактором передачи возбудителей инфекционных заболеваний могут служить молоко и молочные продукты, мясные и рыбные продукты, различные консервы и др. Молоко может быть инфицировано микобактериями туберкулеза бычьего типа, сальмонеллами, бруцеллами, *Coxiellaburnetii*, патогенными стрептококками и стафилококками от больных животных. Санитарно-бактериологическое исследование таких продуктов предусматривает определение общей микробной обсемененности

(микробное число), а также коли-титра. Допустимое микробное число в различных молочных продуктах колеблется от **400** до **280 000**. Пастеризованное молоко в бутылках и пакетах должно иметь микробное число **75 000**, мороженое – **250 000**, сгущенное молоко – **50 000**, молоко коровье сухое – **50 000** в 1 мл. Коли-индекс большинства молочных продуктов находится в пределах **33,3 – 333** и лишь для детских молочных смесей (пастеризованных и вареных) составляет более **1110**. Допустимые показатели микробного числа для жареного мяса должны быть менее 500, колбасы вареной и студня мясного – менее **1000**. Коли-индекс для жареного мяса более **1000**, для колбасы и студня мясного – более **10000**. Санитарно-бактериологическому исследованию подвергаются также консервированные продукты. Методы микробиологического исследования консервов предусматривают обнаружение аэробных и анаэробных микробов, а также определение ботулинического токсина. Наиболее опасными являются клостридии ботулизма, которые в консервированных продуктах выделяют экзотоксин, а также паразитические вибрионы.

Заключение: Таким образом, из вышеизложенного следует, что изучение микробиологических исследований пищевых продуктов способствует профилактики и предотвращению возникновения пищевых интоксикаций, а для этого необходимо знать микрофлору пищевых продуктов.

СОСТОЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИАРЕЕЙ

Имамова И.А.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

При исходных нарушениях гемостаза и развитии эндотоксинемии, у больных при инфекционных острых диареях, организм отвечает стереотипной реакцией, переходящее в патологическое состояние, сопровождающееся поражением сосудов, которое, проявляется повреждением эндотелия и значительным повышением проницаемости капилляров в результате активации нейтрофилов, а также к возможному развитию ДВС-синдрома в результате активации фактора XII (Хагемана). Наиболее известным эндотоксином является липополисахарид грамотрицательных бактерий (Соринсон С.Н., 2007).

Целью исследования явилось изучение системы гемостаза у больных острой диареей с сочетанной сердечнососудистой патологией.

Материал и методы. На базе клиники НИИЭМИЗ МЗ РУз за 2012-2015 гг. проводилось клинично-лабораторное исследование 80(100%) больных острыми диареями с в возрасте от 40 и выше. В исследуемую первую группу вошли 40(50%) больных острыми диареями без сопутствующей сердечнососудистой патологии в анамнезе и во вторую группу 40(50%) больных с сопутствующими сердечнососудистыми патологиями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь). Каждая группа была разделена по тяжести течения на две подгруппы: среднетяжелая и тяжелая формы. Нарушение функции эндотелия определялось по определению уровня антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевому антигену (ТА) эндотелия сосудов. Система плазменного гемостаза изучалось по данным коагулограммы.

Результаты исследования. Уровень АСЛ к ТА эндотелия сосудов у больных с ОД первой группы составило 5%. Из них у 20 (50%) больных со среднетяжелой формой ОД АСЛ к ТА эндотелия сосудов составило 3%, тромбиновое время $15,9 \pm 2,48$ с, фибриноген $3,65 \pm 1,25$ г/л. У 20 (50%) больных с тяжелой формой ОД АСЛ к ТА эндотелия сосудов составило 5%, что указывает на умеренное вовлеченность в

воспаление сосудистой стенки. При этом тромбиновое время составило $16,2 \pm 2,45$ с, фибриноген $4,08 \pm 1,25$ г/л. При поступлении в стационар у 5 (25%) больных констатирован гиповолемический шок I-II степени, проявляющийся адинамичностью, заторможенностью больного, бледностью кожных покровов, цианозом носогубного треугольника, выраженной одышкой, тахикардией, олигурией.

Уровень АСЛ к ТА эндотелия сосудов у больных ОД из второй группы составило 8%, что указывает на достаточно высокую степень вовлеченности в воспаление сосудистой стенки. Из них у 20 (50%) больных со среднетяжелой формой ОД АСЛ к ТА эндотелия сосудов составило 5%, тромбиновое время составил $16,7 \pm 2,82$ с, фибриноген $4,45 \pm 1,28$ г/л. У 2 (10%) больных отмечалось клиническое обострение сердечнососудистой патологии (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения).

У 20 (50%) больных с тяжелой формой ОД АСЛ к ТА эндотелия сосудов составило 8%, тромбиновое время составил $16,3 \pm 2,82$ с, фибриноген $4,38 \pm 1,28$ г/л. Из них у 14 (70%) больных отмечалось клиническое обострение сердечнососудистой патологии (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения). При поступлении в стационар у 6 (30%) больных констатирован гиповолемический шок I-II степени.

Вывод. Выявлено, что нарушение плазменного звена гемостаза у больных ОД более выражена у пациентов с сопутствующими сердечнососудистыми патологиями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) в виде повреждения эндотелия с высоким риском развития тромбгеморрагических осложнений. Наличие высоких цифр фибриногена во второй группе больных, а так же уровня АСЛ к ТА эндотелия сосудов по сравнению с первой группой может являться одним из критериев диагностики вовлеченности в воспаление сосудистой стенки, что является дополнительным риском обострения сердечнососудистой патологии у больных при ОД.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ССС ПРИ ОСТРЫХ ДИАРЕЯХ

Имамова И.А

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Уровень заболеваемости инфекционных острых диарей до настоящего времени остается довольно высоким и не имеет тенденции к снижению. Вместе с тем при ряде ОКИ (шигеллез Флекснер 2а, эшерихиоз 0157, клостридиоз) число осложнений в последние годы возрастают, и прогноз заболевания зачастую ухудшается. Помимо временной утраты трудоспособности, инфекционные острые диареи, в результате накопления продуктов нарушенного обмена в биологических средах организма и тяжелой интоксикации могут сопровождаться развитием осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, которые могут быть причиной летальных исходов (гиповолемический и инфекционно-токсический шок, тромбоз мезентериальных сосудов, инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения).

В свою очередь, исходные нарушения гемостаза и развитие выраженных дистрофических процессов в сердце при инфекционных острых диареях провоцируют обострение хронической патологии со стороны сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония и др.) (Соринсон С.Н., 2007)

Цель исследования. Учитывая то, что осложнения со стороны сердечнососудистой системы остаются ведущей причиной смертности, особенно на фоне инфекционных заболеваний, на сегодняшний день является целесообразно изучить особенности изменения уровня антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) миокарда при острых диареях.

Материал и методы. На базе клиники НИИЭМИЗМЗРУз за 2012-2015 гг. проводилось клинико-лабораторное исследование 80(100%) больных острыми диареями с в возрасте от 40 и выше. Средний возраст больных составил 47,53. В исследуемую первую группу вошли 40(50%) больных острыми диареями без сопутствующей сердечнососудистой патологии в анамнезе и во вторую группу 40(50%) больных с сопутствующими сердечнососудистыми патологиями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь). Каждая группа была разделена по тяжести течения на две подгруппы: среднетяжелая и тяжелая формы.

Результаты исследования. Уровень АСЛ к ТА миокарда у больных с ОД первой группы составило 2%, что соответствовало норме (0-2%). Из них у 20 (50%) больных со среднетяжёлой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составило 1%, при этом никаких клинико-лабораторных признаков поражения ССС не отмечались. У 20 (50%) больных с тяжёлой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составило 3%, при этом только у 2(10%) больных отмечались изменения на ЭКГ в виде обменно-дистрофических изменений. При поступлении в стационар у 5 (25%) больных констатирован гиповолемический шок I-II степени, проявляющийся адинамичностью, заторможенностью больного, бледностью кожных покровов, цианозом носогубного треугольника, выраженной одышкой, тахикардией, олигурией.

Во второй группе больных уровень АСЛ к ТА миокарда составило 5%. Из них у 20 (50%) больных со среднетяжёлой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составило 4%, поражение миокарда на ЭКГ носила обменно-дистрофический характер. У 2 (10%) больных отмечалось клиническое обострение сердечно-сосудистой патологии (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения).

При этом у 20 (50%) больных с тяжёлой формой ОД АСЛ к ТА миокарда составило 6%, при этом на ЭКГ на фоне обменно-дистрофических нарушений в миокарде отмечалось также нарушение ритма и проводимости, признаки тахиаритмии. Из них у 14 (70%) больных отмечалось клиническое обострение сердечно сосудистой патологии (артериальная гипертензия, стенокардия напряжения). При поступлении в стационар у 6 (30%) больных констатирован гиповолемический шок II степени.

Установлено, что уровень АСЛ к ТА миокарда у больных острой диареей имел тенденцию к повышению относительно тяжести заболевания и развитию признаков миокардита.

ИНТЕНСИВНАЯ ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ.

Имамова И.А.¹, Бердиев Э.Н.¹, Наврузов Б.Т.²

¹Ташкентская медицинская академия, ²НИИЭМИЗМЗРУз, Узбекистан

Патогенные бактерии из группы кишечных инфекций приводят к нарушению обменных процессов в организме. Если на начальном этапе инфекционного процесса роль бактерий и их токсинов имеет преобладающее значение, то с развитием болезни резко возрастает роль токсических веществ эндогенного происхождения, то есть образующихся в результате нарушения обмена веществ в организме (Векслер Н.Ю., 2012).

Общеизвестно, что ранняя диагностика и адекватная своевременная комплексная терапия бактериальной дизентерии, во многом предопределяет исход болезни.

Цель исследования: провести интенсивную дезинтоксикационную терапию при бактериальной дизентерии.

Материал и методы. В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии клиники при НИИЭМИЗ МЗ РУз проведено исследование с 2014 по 2016 г по оценке эффективности инфузионной терапии растворов, содержащих янтарную кислоту в сочетании с этиотропной терапией у больных бактериальной дизентерией. В обследование включены 30 больных с тяжелой формой острой дизентерии в возрасте до 12 лет. У 10 (33,3%) больных бактериологическим методом диагностирован *S. dysenteriae*, у 12 (40%) - *S. flexneri*, у 8 (26,7%) - *S. sonnei*. Всем пациентам проводилось комплексное лечение, включавшее в себя антибактериальную, и патогенетическую терапию (объём внутривенных инфузий устанавливался соответственно возрасту и тяжести заболевания). Пациенты разделены на две равные, сопоставимые группы. Больным первой группы наряду с антибактериальной и патогенетической терапией в программу инфузионной терапии был включен инфузионный раствор, содержащий янтарную кислоту, который вводился в течение первых 3 суток пребывания больного в стационаре. Пациенты второй группы получали инфузионную терапию, в состав которого не содержал янтарную кислоту. Для оценки эффективности проведенной терапии использовали данные динамики основных клинических симптомов (выраженности интоксикационного и колитического синдромов), а также уровня антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевому антигену (ТА) толстого кишечника и мозга.

Результаты исследования. Уровень АСЛ к ТА мозга при поступлении больных в стационар в общей группе составил $6,4 \pm 0,24\%$. В первой группе данный показатель составил $6,8 \pm 0,20\%$, во второй группе $6,1 \pm 0,16\%$, после терапии $2,0 \pm 0,32\%$ и $2,87 \pm 0,28\%$ соответственно. При поступлении в стационар в общей группе отмечался высокий уровень сенсибилизации АСЛ к ТА толстого кишечника, что составило $10,1 \pm 0,4\%$. В первой группе уровень АСЛ к ТА толстого кишечника составил $10,4 \pm 0,54\%$, во второй группе $9,8 \pm 0,6\%$, после терапии $2,6 \pm 0,24\%$ и $3,3 \pm 0,2\%$ соответственно. Это свидетельствует о неполной нормализации данного маркера после лечения в обеих группах, хотя данный показатель был ниже, чем в первой группе.

При этом у больных первой группы клинические показатели улучшались в среднем на двое суток раньше (сокращалась длительность интоксикационного периода, ускорялось выздоровление), чем во второй группе.

Следовательно, интенсивная дезинтоксикационная терапия инфузионными средствами, содержащими янтарную кислоту, могут быть рекомендованы в качестве эффективного средства детоксикации для больных острой дизентерией.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРУЮ ДИАРЕЮ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СО СТОРОНЫ ЖКТ

Имамова И.А., Султанова Г.Ю.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Установлено, что острая инфекционная диарея приводит к нарушению функциональноадаптационных процессов во многих органах (в том числе и в поджелудочной железе), системах с последующими обменными нарушениями на уровне клетки. В то же время, в последние годы отмечается увеличение численности хронического панкреатита, что связано учащением случаев желудочно-кишечных болезней и заболеваний желчевыводящих путей. Так, частота хронических панкреатитов по клиническим данным колеблется до 0,6% в общей популяции (Ч. Кэри, 2000).

Целью работы явилось реабилитация больных, перенесших острую инфекционную диарею с сопутствующим хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. На базе клиники НИИЭМИЗ МЗ РУз за 2012-2015 гг. проводилось клинико-лабораторное исследование 40(100%) больных острыми инфекционными диареями с сопутствующим хроническим панкреатитом в возрасте от 18 и выше. Средний возраст больных составил $48,4 \pm 6,4$ лет. Первую группу составили 20 (50%) реконвалесцентов, которым при выписке были назначены пробиотики и ферментный препарат (креон). Вторую группу составили 20 (50%) реконвалесцентов, не употреблявшие креон и пробиотики.

Результаты исследования. У всех больных диагноз «хронический панкреатит» подтверждался, как анамнестически, так биохимическими (повышение уровня α -амилазы крови и диастазы мочи), и функциональными исследованиями (УЗИ поджелудочной железы). Наряду с традиционной терапией острой инфекционной диареи всем больным назначался контрика в дозе 20000 ЕД. Уровень α -амилазы крови в общей группе составил $236 \pm 4,6$ ЕД/л.

При выписке всем реконвалесцентам после перенесенной острой диареи были назначены: диетотерапия с исключением жирной, жареной и острой пищи. 20 (50%) реконвалесцентам в лечение после выписки из стационара был назначен ферментный препарат: креон по 25000 Ед х 3 раза в день во время еды в течение 10 дней и пробиотики в течении 1 месяца. Так, при диспансеризации реконвалесцентов, которые применяли пробиотики и креон отмечалось достоверное улучшение по сравнению со второй группой общего состояния и лабораторных данных ($p < 0,05$). При этом, в данной группе, отмечалась нормализация уровня α -амилазы крови и диастазы мочи. На УЗИ визуализации изменений поджелудочной железы не наблюдалось.

В то время, как во второй группе отмечалось пролонгирование симптомов хронического панкреатита: чувство дискомфорта в эпигастральной области и лёгкая стеаторея. Уровень α -амилазы крови в данной группе был на верхней границе нормы и составил $196 \pm 4,6$ ЕД.

Установлено, что у реконвалесцентов, перенёсших острую инфекционную диарею, протекающего на фоне хронического панкреатита не употреблявших пробиотики и ферментный препарат отмечается пролонгирование диспепсического синдрома и четкая тенденция к возникновению затяжной реконвалесценции.

ОЦЕНКА И АДАПТАЦИЯ КОММЕРЧЕСКИ ДОСТУПНЫХ НАБОРОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДНК ВИЧ В МАТЕРИАЛЕ «СУХАЯ КАПЛЯ КРОВИ» В УЗБЕКИСТАНЕ

Кан Н.Г., Казакова Е.И., Латыпов Р.Р.

Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан.

Ранняя диагностика ВИЧ инфекции у детей очень актуальна - по статистике половина инфицированных от матерей детей не доживает до двухлетнего возраста. Однако имеются определенные трудности в проведении исследований - недостаточный объём образца и сложность его получения, жесткие требования к качеству биоматериала при проведении ПЦР, сложность транспортировки. Решением данных проблем может стать внедрение метода сухой капли. Данный метод широко используется по протоколу ВОЗ, но в данный момент отсутствуют данные о чувствительности и специфичности тест-систем имеющихся на рынке Узбекистана, требуются дополнительные исследования по адаптации данной методики к нашим условиям.

Цель. Изучить аналитическую эффективность тест-системы АмплиСенс ДНК-ВИЧ-FL в отношении выявления провирусной ДНК ВИЧ в образцах собранных по методике «сухой капли» и адаптировать её к условиям применения в Узбекистане.

Материалы и методы исследования. Для проведения параллельных исследований были собраны образцы сухой капли крови и цельной крови (вирусная нагрузка >500МЕ/мл) от 123 ВИЧ-позитивных пациентов(из них 103 дети в возрасте от 2 до 14 лет) и 200 ВИЧ-негативных пациентов. Дополнительно образцы тестировались на вирусные гепатиты В,С, вирусную нагрузку ВИЧ. Тестирование проводилось в Референс лаборатории НИИ Вирусологии МЗ РУз с использованием метода ПЦР в реальном времени при помощи тест-систем производства ООО «Интерлабсервис». Статистическая обработка проводилась с использованием программы IBM SPSS Statistics 22. Сравнение эффективности методик проводили с использованием теста Mc Nemar для спаренных переменных.

Результаты. При тестировании было выявлено что изучаемый тест, проведенный согласно инструкции производителя, показал чувствительность 91,0 %. При этом тестирование образцов сухой капли показало еще более низкий результат – 74,8%. Оба результата статистически значимо отличаются от референтных значений. Нами было разработано несколько подходов к изменению стандартных методик, которые были протестированы в эксперименте. Изменения коснулись применяемого набора экстракции, растворов для получения элюата из «сухой капли», времени экспозиции образца, объемов отмывающих растворов. Специфичность всех методик в отношении тестирования ДНК ВИЧ составила 100%.

Выводы. На основании полученных нами результатов исследования, при проведении диагностики ДНК ВИЧ в материале собранном по методу «сухой капли» с модифицированной методикой (удлиненным интервалом экстракции ДНК и замене набора «Рибо-преп» на «ДНК-Сорб В»), чувствительность метода составила 99,1%, а специфичность 100%.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ EBSTEIN-BARR

Козько В.Н., Терешин В.А., Меркулова Н.Ф., Могиленец Е.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков,, Украина

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) в современных условиях – достаточно широко распространенное инфекционное заболевание, поражающее преимущественно детей, подростков и взрослых лиц молодого возраста. В условиях специализированного инфекционного отделения частота диагностированных случаев ИМ составляет от 8 до 12% от всех госпитализированных пациентов с синдромом ангины, причем за последние 5 лет отмечена четкая тенденция к повышению их количества. От 15-18% до 20-22% среди госпитализированных больных с диагнозом ИМ составляют тяжелые формы заболевания. В то же время подходы к лечению тяжелых форм ИМ недостаточно разработаны. Целью работы было обобщение опыта лечения тяжелых форм ИМ, ассоциированных с EBV, с использованием современных детоксикационных (реамберин) и противовирусных (валавир) препаратов.

Под наблюдением было 126 пациентов с тяжелым течением ИМ, у которых с помощью метода ИФА подтверждено наличие антител к EBV класса IgM. Возраст обследованных составлял от 18 до 32 лет, среди них было 52 лица мужского пола (41,3 %) и 74 – женского (58,7 %). Все пациенты поступили на госпитализацию в специализированное инфекционное отделение, где в дальнейшем наличие у них ИМ выявилось при клинико-гематологическом обследовании и подтвердилось методом

ИФА. Для реализации цели работы обследованные пациенты были разделены на 2 группы – основную (62 чел.) и сопоставления (64 больных), рандомизированные по полу, возрасту и форме поражения небных миндалин. Пациенты обеих групп получали общепринятое симптоматическое лечение. Кроме того больным ИМ основной группы дополнительно вводили реамберин и валавир. Реамберин назначали инфузионно, в первые 2-3 дня лечения 2 раза в день по 400 мл с интервалом 10-12 часов между инфузиями, в дальнейшем 1 раз в сутки на протяжении ещё 5-6 дней, в зависимости от достигнутого эффекта. Валавир вводили внутрь по 1 таблетке 2 раза в день на протяжении 5 дней. Кроме общепринятых клинико-лабораторных исследований, нами изучались в динамике показатели синдрома «метаболической» интоксикации (СМИ) – уровень «средних молекул» в сыворотке крови методом и содержание конечного продукта липопероксидации – малонового диальдегида спектрофотометрически. Исследовали содержание С-реактивного белка в сыворотке крови. Изучали также уровень α - и γ -интерферона (ИФН) в крови обследованных пациентов методом ИФА с использованием сертифицированных в Украине тест-систем производства ООО „Протеиновый контур” (ProCon) (РФ – СПб). Установлено, что назначение комбинации указанных препаратов больным ИМ способствует ускорению ликвидации синдрома «метаболической» интоксикации и повышению уровня α - и γ -ИФН в сыворотке крови. В клиническом плане у больных ИМ, получавших реамберин и валавир, сокращается длительность лихорадочного периода, ускоряется выздоровление, снижается продолжительность сохранения синдрома постинфекционной астении и изменений в картине крови в периоде реконвалесценции. Полученные данные позволяют считать патогенетически обоснованным и клинически перспективным включение комбинации реамберина и валавира в комплекс лечения больных тяжелыми формами ИМ.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА КОЛИТИК СИНДРОМИНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ

Комилов О.Х., Самибаева У.Х.

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти

“Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси”

Мавзунинг долзарблиги: Ўткир ичак инфекцияси болалар ўртасида кенг тарқалган юқумли касалликлар орасида 2 (ўткир респиратор инфекциялардан кейинги) ўринда туриб, болалар ўлимига сабаб бўладиган нозологик бирликлар орасида эса 4 ўринни эгаллайди. БЖССТ берган маълумотига кўра, ҳар йили дунё аҳолиси ўртасида 1 млрд инсон ўткир ичак инфекцияси билан касалланади. Шунинг тенг ярмини болалар ташкил қилади. Йил мобайнида 5 млн бола диарея синдромидан вафот этади. Уларнинг 80% 2 ёшгача бўлган болалар эканлиги, болалар ўртасида ўткир ичак инфекцияси ва диарея синдромини нақадар долзарб муаммо эканлигидан далолат беради (Крамаров С.А. Журнал “Здоровье ребенка” 3(46) 2013). Айнан ЖССТ маълумотига кўра, барча ичак инфекциялари ичида колитик синдромининг учраш эҳтимоллиги 54 дан 75% гача экан.

Тадқиқот мақсади: Ўткир ичак инфекцияси билан касалланган болалар ўртасида колитик синдромининг замонавий клиник-лаборатор кечишининг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари: Илмий тадқиқот 2015 йилнинг сентябрь-октябрь ойларида Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасида 3 ёшгача бўлган, ўткир ичак инфекцияси билан касалланиб, стационар даволанган 47(n=47) нафар бемор болалар ўртасида ўтказилди. Шундан 20(n=20) нафар колитик синдром

кузатилган беморлар асосий гуруҳ сифатида, қолган 27(n=27) нафари эса колитик синдроми қайд этилмаган назорат гуруҳи сифатида тадқиқ этилди.

Тадқиқот усуллари: Илмий тадқиқот клиник, лаборатор (қон, сийдик ва ахлат умумий таҳлили, ахлат бактериологик таҳлили) ва статистик усулларда ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: Тадқиқот учун олинган беморлар ёш бўйича ажратилиб олинди. Унга кўра жами 47 нафар боладан 24(51%) нафарини 1 ёшгача, 14(30%) нафарини 2 ёшгача ва қолган 9(19%) нафарини эса 3 ёшгача бўлган болалар ташкил қилди. Асосий гуруҳдаги 20 нафар бемордан 11(55%) нафарини бир ёшгача бўлган болалар ташкил этган бўлса, 6(30%) нафарини 2 ёшгача ва қолган 3(15%) нафарини 3 ёшгача бўлган болалар ташкил этди. Касалликнинг клиник белгиларига кўра таҳлил қилар эканмиз, дастлаб барча беморларда инвазив турдаги диарея синдроми борлигига аҳамият қаратдик. Диспептик ва интоксикация синдромларининг фаоллик даражаси эса асосий гуруҳдаги бемор болаларда назорат гуруҳидаги бемор болаларга таққослаганда $2,5 \pm 0,3$ марта яққолроқ эканлиги маълум бўлди. Касалликнинг асорати сифатида пайдо бўладиган эксикоз ва токсикоз белгилари қийёсий таҳлил қилинганида ҳам колитик синдром билан кечадиган бемор болаларда эксикоз II ва III даражаларда намоён бўлган бўлса, асосан сув-туз йўқотишли тури юзага чиқганлиги аниқланди. Токсикоз белгилари ҳам назорат гуруҳидаги бемор болаларга таққослаганда $1,5 \pm 0,4$ марта яққолроқ эканлиги маълум бўлди. Колитик синдромга эга бемор болаларнинг 8(40%) нафарида тўғри ичак тушиши кузатилиб, уларнинг 6 (75%) тасини бир ёшгача бўлган болалар ташкил қилди. Бу жами колитик синдроми кузатилган 11(55%) нафар бир ёшгача бўлган болаларнинг 55% ини ташкил этади. Умумий қон таҳлилида назорат гуруҳидаги бемор болаларга нисбатан, колитик синдроми бор бўлган беморларда гемоколит кузатилганлиги сабабли камқонликнинг ўрта оғир ва оғир даражалари $2,3 \pm 0,2$ баробар кўп учраши, айниқса гипохром анемия ва тромбоцитопения кузатилиши аниқланди. Умумий сийдик таҳлилида эса сийдикнинг нисбий зичлигининг ошиши колитик синдроми бор беморларда $1,2 \pm 0,1$ марта кўп эканлиги аниқланди. Ахлат умумий таҳлилида колитик синдроми бор беморларнинг 16 (80%) нафарида ахлатда эритроцитлар топилди. Ахлат бактериологик таҳлилида назорат гуруҳида олинган жами беморларнинг фақат биттасида (3,7%) шартли патоген флора аниқланган бўлса, қолган беморларда патоген микроблар топилмади. Колитик синдроми бор беморлардан 4(20%) нафарида *Sh.Flexneri* ва 3(15%) тасида *St.aureus* аниқланди. Қолган 13(65%) нафар беморда эса ахлат бактериологик таҳлилида патоген флора аниқланмади.

Хулоса: Ўтказилган илмий тадқиқотнинг клиник-лаборатор жиҳатларига таянган ҳолда шуни айтиш мумкинки, болаларда ўткир ичак инфекцияси колитик синдром билан кечар экан, касаллик $1,9 \pm 0,3$ ($P < 0,05$) марта оғирроқ ўтар экан.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНТЕРОСОРБЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Круглова О.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Рубежное, Украина

В настоящее время в связи с широким распространением сочетанной хронической патологии внутренних органов и хронических инфекционных заболеваний, в лечении таких патологических состояний, как правило, используются антибактериальные препараты и их комбинации, что существенно повышает вероятность осложнений, в том числе со стороны печени с формированием токсических и токсико-аллергических гепатитов. Поэтому целесообразным является

разработка рациональных подходов к коррекции токсических поражений печени медикаментозной этиологии с использованием препаратов, которые не метаболизируются в печёночной паренхиме и поэтому не могут оказать на неё вредного влияния. К таким средствам, в частности, относятся современные кремнезёмные энтеросорбенты, которые уже позитивно себя зарекомендовали в лечении острых и хронических вирусных гепатитов. Нами на протяжении ряда лет изучается эффективность метода энтеросорбции как в амбулаторных, так и в стационарных условиях при лечении токсических гепатитов (ТГ) медикаментозной этиологии, связанных с длительным приёмом лекарственных препаратов - преимущественно антибактериальных и противовоспалительных, а также их комбинаций. При проведении энтеросорбции в настоящее время мы отдаём предпочтение препарату аэросил (коммерческое название «Белый уголь»), с учётом его высокой сорбционной активности и отсутствия нежелательных побочных эффектов, в частности, диспептических. Препарат аэросил относится к группе кремнезёмных энтеросорбентов, не всасывается в желудочно-кишечном тракте и потому не имеет собственной фармакодинамики. Важной стороной механизма фармакологического действия аэросила является то, что в связи с наличием в его составе метилцеллюлозы, в отличие от большинства других энтеросорбентов, «Белый уголь» не вызывает запоров и, напротив, способствует усилению эвакуации содержимого кишечника. В результате проведенных исследований установлено, что включение аэросила в комплекс лечебных мероприятий у больных ТГ медикаментозной этиологии способствует ликвидации клинко-биохимического синдрома эндогенной «метаболической» интоксикации, лабораторным критерием чего является снижение уровня «средних молекул» в сыворотке крови; а также улучшению функционального состояния печени и ускорению достижения полноценной и стойкой клинко-биохимической ремиссии заболевания.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАМПИЛОБАКТЕРИОЗА И САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Крылова Е.В., Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,

г. Витебск, Республика Беларусь

Кампилобактер и сальмонеллы являются основными этиологическими агентами бактериальных кишечных инфекций в большинстве стран Европы. Вызванные ими заболевания наносят значительный ущерб не только здоровью людей и сельскохозяйственных животных, но и экономике в целом. В то же время во многих европейских странах официальная регистрация кампилобактериоза не проводится.

Под нашим наблюдением находилось 24 пациента с кампилобактериозом, 26 пациентов с сальмонеллезом, вызванным *S.typhimurium*, и 130 пациентов с сальмонеллезом, вызванным *S.enteritidis*. Пациенты были госпитализированы в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу в период 2013-2015 гг. Этиологию кампилобактериоза подтверждали в иммуноферментном анализе с использованием тест-системы «R-Biopharm AG» (Германия) для определения антигенов *C. jejuni* и *C. coli*, этиологию сальмонеллеза подтверждали с использованием стандартных бактериологических методов.

При сравнении клинической картины кампилобактериоза и сальмонеллеза у пациентов в возрасте от 18 до 69 лет были выявлены некоторые различия. Как показал анализ, достоверно чаще у пациентов с кампилобактериозом наблюдалось поражение толстого кишечника ($87,5 \pm 6,9\%$, $p < 0,001$), в то время как у пациентов с

сальмонеллезом энтеритидис симптомы колита наблюдались только в 58,4±6,7% случаев, у пациентов с сальмонеллезом тифимуриум - у 57,7±9,8% пациентов.

Колитический синдром был более выражен у пациентов с кампилобактериозом. Патологический стул с примесью слизи регистрировался у 87,5±6,8% пациентов с кампилобактериозом и только у 38,5±4,8% пациентов с сальмонеллезом энтеритидис и у 30,8±9,2% пациентов с сальмонеллезом тифимуриум ($p<0,01$). Гемоколит встречался у 1/2 пациентов с кампилобактериозом и у 1/3 пациентов с сальмонеллезом тифимуриум и энтеритидис. Стул кратностью более 5 раз в сутки также чаще наблюдался при кампилобактериозе (80,0±10,4%) и сальмонеллезе тифимуриум (69,2±9,2%), чем при сальмонеллезе энтеритидис (46,3±6,8%). Диарея достоверно более продолжительней была при кампилобактериозе (8,2±2,0 дня, $p<0,01$). В то же время при сальмонеллезе энтеритидис средняя длительность диареи составляла 5,2±0,2 дня, при тифимуриум – 5,1±0,5 дня.

Признаки поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта достоверно чаще наблюдались у пациентов с сальмонеллезом энтеритидис ($p<0,05$). Так, рвота имела место у 60,0±6,8% пациентов с сальмонеллезом энтеритидис, у 42,3±9,8% пациентов с сальмонеллезом тифимуриум и только у 12,5±6,9% пациентов с кампилобактериозом.

Симптомы интоксикации были более выражены у пациентов с сальмонеллезом тифимуриум. Максимальный подъем температуры тела выше 38°C наблюдался у 84,6±7,2% пациентов с сальмонеллезом тифимуриум, у 75,4±6,5% пациентов с сальмонеллезом энтеритидис и у 62,5±10,9% пациентов с кампилобактериозом. При этом у всех пациентов температура сохранялась повышенной не более 3-4 дней.

Изменения в ОАК в виде лейкоцитоза с нейтрофилезом чаще регистрировались при сальмонеллезе тифимуриум (42,3±11,6% и 57,7±11,6% соответственно) и при кампилобактериозе (41,7±11,4% и 70,8±11,4% соответственно). При сальмонеллезе энтеритидис лейкоцитоз наблюдался в 17,7±3,4% случаев, нейтрофилез - в 52,3±4,4% случаев. Повышение СОЭ чаще регистрировалось при сальмонеллезе тифимуриум (46,2±11,4%) и при сальмонеллезе энтеритидис (43,1±4,3%), тогда как при кампилобактериозе повышение СОЭ регистрировалось только в 28,6±11,4% случаев.

Полученные данные указывают на необходимость внедрения методов лабораторной диагностики кампилобактериоза и совершенствования методов этиотропной терапии ОКИ.

СТРУКТУРА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Логинов А.В.,¹ Михайлова Н.Р.,² Соколова О.А.¹

¹*Оренбургский клинический городской противотуберкулезный диспансер, Россия*

²*Оренбургский государственный медицинский университет, Россия*

Широкое распространение ВИЧ-инфекции в России в последнее десятилетие привело к увеличению количества больных, имеющих поздние стадии этого заболевания.

Цель: изучение структуры сопутствующей инфекционной патологии у больных ВИЧ-инфекцией и туберкулезом на примере контингента больных Оренбургского городского клинического противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы: Проанализировано 334 истории болезни больных туберкулезом на стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции проходивших лечение в 2013-2015 гг. Всем больным проводилось рентгенологическое исследование легких, микробиологическое исследование мокроты на обнаружение МБТ,

определяли показатели клеточного иммунитета, УЗИ органов брюшной полости, маркеры гепатитов вирусных В и С. Результаты исследования: Среди заболевших преобладали мужчины (77%), средний возраст $36,1 \pm 5,8$ лет. Преимущественно туберкулез был выявлен по обращаемости (82,9%). Туберкулез был выявлен на фоне ВИЧ-инфекции в подавляющем большинстве (96%), в остальных случаях (4%) одновременно. Средняя длительность течения ВИЧ-инфекции с момента выявления до диагностики туберкулеза составила $6,4 \pm 2,5$ лет. Клиническая симптоматика туберкулеза развивалась с быстрым нарастанием интоксикационного синдрома в среднем за $2,5 \pm 1,6$ месяца. Интоксикационный синдром характеризовался повышением температуры до фебрильных цифр, потливостью, снижением массы тела, общей слабостью. У 73,1% имело место сочетание туберкулеза и других вторичных заболеваний (орофарингеальный кандидоз, волосатая лейкоплакия языка, ангулярный хейлит, опоясывающий лишай, рецидивирующий простой герпес, себорейный дерматит). Также туберкулезный процесс сочетался с пневмоцистной пневмонией (0,9%), токсоплазмозом головного мозга (0,6%), саркомой Капоши (0,9%). Маркеры вирусных гепатитов регистрировали у 82% больных, из них С (анти-HCV) у 80% и в 2% В (HBsAg).

Выводы: Больные с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в большинстве имеют сопутствующие инфекционные заболевания, которые искажают общую клиническую картину, утяжеляют течение туберкулеза и создают трудности в лечении. Наличие широкого спектра вторичных заболеваний у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции определяет необходимость оптимизации подходов к организации их раннего выявления и профилактики.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.

Магзумов Х.Б., Рахматуллаева Ш.Б., Бобокулов М.Б.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

По данным ВОЗ (март 2015г), 240 миллионов человек хронически инфицированы вирусом гепатита В (что определяется как положительная реакция на наличие поверхностного антигена гепатита В в течение по крайней мере 6 месяцев). Приблизительно 780 000 человек умирают ежегодно от инфекции гепатита В — 650 000 от цирроза и рака печени в результате хронической инфекции гепатита В и еще 130 000 от острого гепатита В. Благодаря проводимой вакцинации, во многих странах, где обычно от 8% до 15% детей становились хронически инфицированными вирусом гепатита В, вакцинация сократила показатели хронической инфекции среди иммунизированных детей до менее 1%. Однако, во многих местах с ограниченными ресурсами по-прежнему наблюдается ограниченный доступ к диагностике и лечению гепатита В, и многие люди диагностируются только когда их заболевание печени уже находится на продвинутой стадии.

Под наблюдением находились 53 ребенка с ВГВ в возрасте от 1 года до 14 лет. В результате проведенных исследований у 19 детей был верифицирован диагноз хронический гепатит В на основании анамнестических, клинико-биохимических, ультразвуковых данных и при обнаружении в сыворотке крови маркеров ГВ методом ИФА и ДНК-HBV методом ПЦР. У всех обследованных детей отсутствовали маркеры HCV и HDV-инфекции.

Полный маркерный профиль был определен у 14 детей с хроническим течением ГВ. У всех был обнаружен HbsAg. Однако, показатель репликации вируса HbeAg был

обнаружен лишь у 4 (28,5%) больных, в то время, как анти Hbe – у 10 (71,4%). Анти Hbs определялся в 42,8% случаев. Это благоприятный признак, но при этом у всех больных был обнаружен ДНК HBV, что свидетельствует об атипичной серологической картине, характерной для мутантного штамма.

Полученные данные определили следующую задачу – определение различных генотипов вируса гепатита В при хроническом течении ГВ. У 12 (85,7%) определен Д генотип вируса гепатита В и лишь у 2 (14,2%) генотип А. Следует отметить, что атипичную серологию мы наблюдали в основном у детей с генотипом Д (89,3%).

Следовательно, мы наблюдаем мутационный штамм вируса гепатита В, приводящий к прогредиентному течению гепатита В у детей.

ОЦЕНКА ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОМ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Мадаминов М.С., Ахмедова М.Д., Алимов С.Г., Худайбердиев Я.К.

НИИЭМИЗ МЗ РУз

Самые различные по своей этиологии инфекционные заболевания новорожденных, особенно сепсис, объединяет развитие выраженного интоксикационного синдрома (ИС) как общей реакции организма на инфекционный стресс. ИС является ведущим в патогенезе лихорадочных заболеваний, в т.ч. сепсиса. ИС является составной частью эндогенной интоксикации (ЭИ). На современном этапе развития представлений о патогенезе инфекционных заболеваний приоритетным направлением научных исследований является расшифровка патогенетических аспектов ИС, как универсального синдромокомплекса, выраженность которого выступает критерием тяжести процесса и определяет его исход. ЭИ, как звено общего синдрома интоксикации является одновременно и составным компонентом синдрома системного воспалительного ответа.

Актуальность проблемы определяется необходимостью своевременной диагностики метаболических нарушений при неонатальном сепсисе, с использованием современных лабораторных данных для оценки выраженности синдрома ЭИ и определения тактики рациональной дезинтоксикационной терапии. Однако остается недостаточно изученной и в литературе имеются единичные сведения о взаимосвязи различных параметров ЭИ, антиоксидантной защиты (АОЗ), иммунного гомеостаза в патогенезе заболеваний вирусной и бактериальной этиологии, а также оценка эффективности современных методов патогенетической коррекции ЭИ.

Материал и методы исследования. Предметом изучения явились данные общего анализа крови 36 новорожденных с бактериологически подтвержденным диагнозом неонатального сепсиса(НС). Причиной сепсиса в 10(%) случаях явилась синегнойная палочка, в 10(%) – золотистый стафилококк, в 16(%) – цитробактер. Материалом для бактериологического исследования служили кровь, моча и испражнения. В гемограмме определяли удельный вес шизоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации(ЛИИ), индекс сдвига(ИС), иммунорегуляторный индекс (ИРИ). Параллельно изучен спонтанный НСТ нейтрофилов периферической крови.

Результаты исследования. Независимо от этиологии НС отмечаются достоверные сдвиги показателей интоксикации. В разгаре инфекционного процесса у большинства(30) больных констатировали повышение всех показателей интоксикации по сравнению с контролем. В частности, превышение показателей ЛИИ, ИС достиг четырехкратного и более уровня в сравнении с контролем. Отмечено достоверное повышение показателя НСТ и содержания шизоцитов. У части(6)

больных с НС, наоборот показатели интоксикации отличались разнонаправленностью. Первоначальное повышение показателей сменилось с их снижением, но содержание шизоцитов имело тенденцию к значительному повышению(до 10%). Впоследствии именно у этих больных развилась полиорганная недостаточность, окончившаяся срывом адаптации организма и констатацией летального исхода.

Вывод. Динамика показателей эндотоксикоза играют важную роль для оценки степени тяжести заболеваний, прогнозирования их течения и оптимизации лечения больных с НС. При этом, общедоступный способ определения удельного веса шизоцитов периферической крови может служить предвестником срыва адаптационных возможностей организма при неонатальном сепсисе.

БАКТЕРИАЛ НЕОНАТАЛ НОЗОКОМИАЛ СЕПСИС ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ДАВОСИ

Мадаминов М.С., Алимов С.Г., Бектимиров А.М.-Т, Худайбердиев Я.К.

Эпидемиология, микробиология, юқумли касалликлар илмий текшириш институти

Мавзунинг долзарблиги. Нозокомиал сепсис медицина фанининг асосий муаммоларидан ҳисобланади. Тадқиқотчиларнинг маълумотига кўра, нозокомиал сепсис барча клиник йўналишларга таалукли бўлиб, летал натижанинг сезиларли салмоғини ташкил қилади. Турли клиникаларда қайд этиладиган нозокомиал сепсиснинг аксарияти неонатал давр гўдаклари, реанимация ва жарроҳий бўлимлар касаллигига тўғри келади. Кўп ҳолларда сепсис сабабчиси сифатида патоген бактериялар аҳамиятга эгаллигини инобатга олиб, муаммони атрофлича ўрганиш зарурдир.

Материал, пациентлар, услублар. Кузатувда неонатал давр ёшидаги нозокомиал сепсисли 45 гўдак бўлди. Умумий клиник таҳлилардан ташқари микробиологик услубларда қондан, нажосдан, сийдикдан ажратилган бактерияларнинг хусусиятлари ўрганилди. Умумий қон таҳлили асосида интоксикация синдроми тасдиқловчи маълум тенгламалар яъни, лейкоцитларнинг интоксикация индекси(ЛИИ), силжиш реакцияси(ЛСЖ), иммунорегуляция индекси(ИИР) қўлланилди.

Тадқиқот натижаси. Неонатал нозокомиал сепсиснинг(ННС) аксарияти шартли патоген бактериялар (ШПБ) билан боғлиқдир. ШПБда ажратилган бактериялар плазмидлари билан антибиотикларга чидамлилиқ мутаносиб равишда ортганлиги аниқланди. Бактерияларнинг полирезистентлиги турли омиллар билан боғлиқ бўлиб чиқди. Цитробактерлар эритромицин, тетрациклин ва гентамицинга чидамли бўлиб, ўз таркибида 6 плазмидага эга эканлиги аниқланди. Ушбу плазмидалар молекуляр оғирлиги м.о. 120, 75, 67, 58, 55, 30 МД. Стрептомицин, тетрациклин, эритромицинга чидамли цитробактерларнинг м.о. сон ва оғирлик жиҳатдан фарқ қилди (120,60,52,40,32 МД). Энтеробактерлар стрептомицин, эритромицинга чидамлилиги 3 плазмид билан боғлиқ. Бактерияларда антибиотикларга полирезистентлик ҳолати келиб чиқиши плазмид омилларининг ортиши билан боғлиқ. Аниқланган микробиологик далиллар асосида биринчи навбатда танланадиган антибиотиклар сифатида карбапенемлар қўлланилди.

ННСда интоксикация тестлари турлича намоёнлашди. Даставвал ЛИИ кўрсаткичи тасдиқли даражада ортгач, касаллик жуда оғир кечаётган гўдакларда адаптация узилишидан олдин кескин пасайиб кетди. ЛСЖ эса сезиларли силжиш қайд этилиб, гемограммада метамиелоцитлар, пайдо бўлган бўлса, ўта оғир ҳолатларда миелоцитлар ҳам пайдо бўлди. ИИРнинг ташхисий аҳамияти аниқланмади.

Хулоса. Неонатал нозокомиал сепсисда бактерияларда плазмид омилининг мавжудлиги антибиотикларга нисбатан полирезистент ҳолатни келтириб чиқаради. Касалнинг аҳволини объектив баҳолашда интоксикация тестларидан фойдаланиш ва этиотроп даво сифатида карбапенемлар тавсия этилади.

ЭМЮКИТИ КИЛИНИКАСИ БАКТЕРИОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯСИДА 2012-2013 ЙИЛЛАРДА БЕМОРЛАРДАН АЖРАТИЛГАН САЛЬМОНЕЛЛАЛАРНИНГ ЙИЛЛАР ВА ЁШ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ

Мадримов З.Х. Тўйчиев Ж.Д., Хайитов Р.Х.

ЭМЮКИТИ, Тошкент ш.

2012 йил давомида лабораторияда беморлардан 104 та сальмонелла штамлари ажратиб олинди. Шундан *S.typhimurium* нинг улуши 57.7%, *S.enteritidis* 27.9% ва бошқа серогурух сальмонеллалар 14.4% ни ташкил этди. Ажратилган кўзгатувчиларнинг ёш бўйича таҳлил қилсак, *S.typhimurium* 1 ёшгача бўлган болалардан 27 (45%) та, 1-3 ёшгача беморлардан 12 (20%) та, 3-7 ёшгача беморлардан 5 (8%) та, 7-14 ёшгача беморлардан 4 (7%) та ва 14 ёшдан катта беморлардан 12 (20%) та сальмонелла штамлари ажратилган. Энг кўп 1 ёшгача бўлган беморлардан ажратилди.

S. enteritidis 1 ёшгача беморлардан 9 (31%) та, 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 6 (20.7%) та, 3-7 ёшгача беморлардан 3 (10.3%) та, 7-14 ёшгача бўлган беморлардан 4 (13.8%) та ва 14 ёшдан катта беморлардан 7 (24.2%) та штамлар ажратилди. 1 ёшгача бўлган болалардан кўп ажратилди 9 та.

Бошқа серологик гурух сальмонеллалари эса, 1 ёшгача бўлган беморлардан 4 (26.7%) та, 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 5 (33.3%) та, 3-7 ёшгача бўлган беморлардан 1 (6.7%) та, 7-14 ёшгача беморлардан 1 (6.7%) та ва 14 ёшдан катта беморлардан эса 4 (26.6%) та сальмонелла штамлари ажратилди. Энг кўп 1-3 ёшгача бўлган беморлардан ажратилди 5 та.

2013 йилда, лабораторияда беморлардан жами 115 та сальмонелла штамлари ажратиб олинди. Шундан *S.typhimurium* нинг улуши 69.6 %, *S.enteritidis* 18.3% ва бошқа серогурух сальмонеллалар 12.1% ни ташкил этди. Ажратилган кўзгатувчиларнинг ёш бўйича таҳлил қилсак, *S.typhimurium* 1 ёшгача бўлган беморлардан 35 (43.8%) та, 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 21 (26.2%) та, 3-7 ёшгача бўлган беморлардан 4 (5%) та, 7-14 ёшгача бўлган беморлардан 4 (5%) та ва 14 ёшдан катта бўлган беморлардан 16 (20%) та сальмонелла штамлари ажратилди. 1 ёшгача бўлган беморлардан энг кўп ажратилди (35 та).

S.enteritidis 1 ёшгача бўлган беморлардан шу йилда 3 (14.3%) та, 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 9 (42.9%) та, 3-7 ёшгача бўлган беморлардан 2 (9.5%) та, 7-14 ёшгача бўлган беморлардан 5 (23.8%) та ва 14 ёшдан катта бўлган беморлардан эса 2 (9.5%) та сальмонелла штамлари ажратилди. 1-3 ёшгача бўлган беморлардан энг кўп ажратилди (9 та 42.9% штам).

Шу йил мобайнида бошқа серологик турлар 1 ёшгача бўлган беморлардан 4 (28.6%) та, 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 2 (14.3%) та, 3-7 ёшгача бўлган беморлардан 0., 7-14 ёшгача бўлган беморлардан 1 (7.1%) та ва 14 ёшдан катта бўлган беморлардан 7 (50%) та сальмонелла штамлари ажратилди. 14 ёшдан катта бўлган беморлардан энг кўп 7 (50%) та штам ажратилди.

Хулоса. Кузатилган йиллар мобайнида энг кўп *S.typhimurium* ажратилган ва ундан кейинги ўринни *S.enteritidis* эгаллаган. Ушбу микроорганизмлар 1-3 ва 3-5 ёш болаларда кўпроқ касаллик чакириши аниқланди.

ЭМЮКИТИ КИЛИНИКАСИ БАКТЕРИОЛОГИК ЛАБОРАТОРИЯСИДА 2014 ЙИЛДА БЕМОРЛАРДАН АЖРАТИЛГАН САЛЬМОНЕЛЛАЛАРНИНГ ТАҲЛИЛИ

Мадримов З.Х.

ЭМЮКИТИ, Тошкент ш.

Мақсад. ЭМЮКИТИ килиникаси бактериологик лабораториясида беморлардан ажратилган сальмонеллаларнинг йиллар ва ёш бўйича таҳлил қилиш. Ушбу мақсадни амалга ошириш учун бактериологик, серологик ва статистик методлардан фойдаланилди.

2014 йил мобайнида килиника клиникада даволанаётган беморлардан 124 та сальмонелла штаммлари ажратилди. Шундан *S.typhimurium* нинг улуши 75.8%, *S.enteritidis* 14.5% ва бошқа серогурух сальмонеллалар 9.7% ни ташкил этди. Ажратилган штаммларни ёш бўйича таҳлил қилганимизда, *S.typhimurium* 1 ёшгача бўлган беморлардан 42 (44.7%) та, 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 26 (27.6%) та, 3-7 ёшгача бўлган беморлардан 9 (9.6%) та, 7 - 14 ёшгача бўлган беморлардан 4 (4.2%) та ва 14 ёшдан катта бўлган беморлардан 13 (13.8%) та сальмонелла штаммлари ажратилди. Энг кўп 1 ёшгача бўлган беморлардан ажратилди.

S.enteritidis 1 ёшгача бўлган беморлардан шу йилда 5 (27.8%), 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 5 (27.8%) та, 3-7 ёшгача бўлган беморлардан 2 (11.1%) та, 7-14 ёшгача бўлган беморлардан 2 (11.1%) та ва 14 ёшдан катта бўлган беморлардан 4 (22.2%) та штаммлар ажратилди.

Бошқа серологик гурух сальмонеллалари 1 ёшгача бўлган беморлардан 3 (25%) та, 1-3 ёшгача бўлган беморлардан 1 (8.3%) та, 3-7 ёшгача бўлган беморлардан 1 (8.3%) та, 7-14 ёшгача бўлган беморлардан 1 (8.3%) та ва 14 ёшдан юқори бўлган беморлардан 6 (50%) та сальмонелла штаммлари ажратилди. Энг кўп 14 ёшдан катта бўлган беморлардан ажратилди.

Хулоса: 2014 йил давомида *S.typhimurium* 75.8%, *S.enteritidis* 14.5% ва бошқа серогурух сальмонеллалар 9.7% ни ажратилган. Ушбу микроорганизмлар 1-3 хамда 3-5 ёш болаларда ва Бошқа серогурухга мансуб сальмонеллалар эса 14 ёшдан катта беморларда кўпроқ касаллик чақиргани аниқланди.

АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИЕ ЛИМФОЦИТЫ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗ У ЛИЦ С БЫСТРЫМ ФЕНОТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Максудова Л.М., Камиллов Х.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью исследования явилось: Изучить степень поражения глаз при химическом ожоге на основании показателей антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ), специфически сенсibilизированных к тканевым антигенам (ТА) роговицы, склеры, хрусталика и сосудистой оболочки глаз у больных с быстрым фенотипом ацетилирования (БА).

Материалы и методы. Объектом исследования явились 51 больной с различными степенями щелочных ожогов глаз в возрасте от 15 до 60 лет. Обследование включало общие офтальмологические и специальные методы исследования.

Для определения ФА использовали норсульфазол из расчёта 10 мг/кг. Ацетилирующую способность организма считали медленной (МА), если скорость выделения препарата за 24 часа не достигала 50% и быстрой (БА), когда она составляла более 50%.

Всем больным в динамике заболевания определены показатели АСЛ к ТА роговицы, склеры, хрусталика и сосудистой оболочки в динамике заболевания в сроки

– через 2-, 5-, 7-, 12-, 30 суток и 4 месяца после ожога. Контролем послужили показатели 36 относительно здоровых лиц.

Сравнительный анализ показателей АСЛ к ТА роговицы, склеры, хрусталика и сосудистой оболочки с ожогами глаз у больных с быстрым типом ацетилирования относительно показателей в норме показывает значительное их повышение (в 11,6 раз АСЛ к ТА роговицы, 11,2 раза к ТА склеры, 10,9 к ТА хрусталика и в 8,3 раза АСЛ к ТА сосудистой оболочки), что указывает на глубокие деструктивные нарушения в тканях глаза, развившиеся в результате ожога.

Дальнейшее развитие нарушений и глубина патологического процесса по динамике значений АСЛ к ТА глаза показывает неоднозначный характер. Так, если на 5 сутки наблюдается некоторое улучшение динамики и снижение показателей АСЛ к ТА роговицы, то уже на 7 сутки и далее на 12 и 30 сутки наблюдается нарастание уровня АСЛ и достигает цифр, превышающих первоначальные значения с $16,98 \pm 0,50\%$ на 5 сутки до $17,55 \pm 0,37\%$ на 30 сутки.

Такая же динамика наблюдается и в показателях АСЛ к ТА сосудистой оболочки, после кратковременного незначительного снижения показателей на 5 сутки (с $11,86 \pm 0,33\%$ на 2 сутки до $17,37 \pm 0,31\%$ на 5 сутки), отмечается довольно значительное повышение значений до $21,08 \pm 0,37\%$ (в 1,8 раз выше относительно показателей на 2 сутки после ожога) на 30 сутки наблюдения.

Результаты анализа динамики АСЛ к ТА склеры и хрусталика показывает несколько иную картину. То есть, с различной степенью выраженности, но стойко с увеличением сроков после полученного ожога, отмечается снижение АСЛ к ТА склеры ($16,63 \pm 0,50\%$ на 5 сутки, $14,78 \pm 0,52\%$ на 7 сутки, $12,61 \pm 0,38\%$ на 12 сутки и $9,53 \pm 0,34\%$ на 30 сутки) и хрусталика ($11,71 \pm 0,26\%$ на 5 сутки, $11,27 \pm 0,35\%$ на 7 сутки, $9,98 \pm 0,25\%$ на 12 сутки и $7,63 \pm 0,22\%$ на 30 сутки).

Выводы: Показатели АСЛ, специфически сенсibilизированных к ТА оболочек глаза, после ожога у больных с БА характеризуются нарастанием степени деструктивных изменений с увеличением сроков после ожога (7,12,30 сутки) в тканях роговицы и сосудистой оболочки, причем довольно выраженные в последней, и уменьшением уровня патологического процесса в тканях склеры и хрусталика.

Нормализация показателей АСЛ к ТА исследованных тканей не происходит даже к 4 месяцам наблюдения.

ТУРЛИ ХИЛ ВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА ПАТОГЕНЕТИК ДАВОНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ

Максудова З.С.

ТТА

Турли хил вирус этиологияли жигар циррозида патогенетик давони такомиллаштириш максатида кузатув гуруҳидаги беморларда гепатоцитлар парчаланishi олдini олишга йўналтирилган иккита дори воситаси таъсири қиёсий равишда ўрганилди. Бунинг учун биз гептрал ва тиотриазолин дори воситаларидан фойдаландик.

Танланган дори воситаси турига кўра кузатувдаги беморлар икки гуруҳга ажратилди. Биринчи гуруҳни 39 нафар беморлар ташкил этди: улардан 24 нафари ВГВ ҳамда 15 нафари ВГС этиологияли жигар циррози бўлган беморлардир. Гептрал беморларга 400 мг/сут в/и томчилаб 10 кун мобайнида юборилди, сўнг 1 таблеткадан 3 маҳал 3 ҳафта мобайнида ичишга буюрилди.

Иккинчи гуруҳ беморларини 41 нафар беморлар ташкил этди: ВГВ гуруҳидаги 25 нафар ҳамда ВГС гуруҳидаги 16 нафар беморлар. Ушбу гуруҳ беморларига Тиотриазолин дори воситаси 4 мл 2,5% кунига 1 маҳал аста-секинлик билан в/и

томчилаб 10 кун сўнгра 1 та таблеткадан 3 маҳал 3 ҳафта мобайнида ичишга буюрилди.

Даводан олдинги бошланғич ҳамда даволашдан кейинги кўрсаткичлар қиёсий ўрганилганида маълум бўлди: гептрал қабул қилган биринчи гуруҳ беморларида касалликнинг койка-кунлари $14,5 \pm 1,2$, иккинчи гуруҳда эса статистик ишонарли равишда фарқ этиб, $20 \pm 0,8$ кунни ташкил этди ($P < 0,05$). Биринчи гуруҳ беморларида статистик ишонарли равишда ҳолсизлик, тери рангини сарғайиши, тери қичишиши, аҳолия, пешоб ранги тўклашиши каби касалликнинг асосий белгилари ҳамда геморрагик синдромлар давомийлигини қисқариши кузатилди ($P < 0,05$).

Дори воситалари таъсири жигар циррози этиологик омилига кўра ўрганилганида улар ўртасида ишонарли фарқ кузатилмади. Гептрал дори воситаси иккала гуруҳ беморларида ҳам тиотриазолинга нисбатан ишонарли равишда самарадор таъсир этди.

Кузатувдаги беморларда дори воситаларини лаборатор кўрсаткичларга таъсири 1 ой мобайнида ўрганилганида маълум бўлдики, биринчи гуруҳ беморларида даво таъсирида биокимёвий кўрсаткичларни ишонарли равишда пасайиши кузатилди ҳамда максимал пасайиш даражаси давонинг 15-кунига тўғри келди.

Иккинчи гуруҳ беморларида ҳам кўрсаткичларни пасайиши кузатилди, аммо максимал пасайиш даражаси даволашнинг 20-кунга тўғри келди ҳамда кўрсаткич меъёр даражасига етмади.

Ўтказилган даво чоралари натижасида қонда умумий оксил микдорини иккала гуруҳда ҳам ошиши кузатилди. Аммо, гептрал қабул қилган беморларида кўрсаткични максимал ошиши даражаси даволашнинг 15-кунига тўғри келган бўлса, тиатрозиолин олган беморларда эса ушбу кўрсаткич 20-кунни ташкил этди. Иккала гуруҳ беморларида ҳам умумий оксил микдори дори фонида меъёр даражасига етмади.

Юқоридагиларга асосланиб ҳулоса қилиш мумкинки, жигар циррозини даволашда этиологик омилдан қатъий назар гептрал дори воситаси ўзининг холиретик ва холикинетик, детоксикацион, регенерацияловчи, антиоксидант, антифиброзли ва нейропротекторли таъсирлари билан касалликнинг клиник кечиши, оғирлик даражасига ижобий таъсир этади. Антиоксидант, ишемияга қарши, мембрана стабилловчи ва иммуномодулловчи, гепатоцитлар парчаланишини олдини олишга қаратилган таъсири билан Тиотриазолин ҳам жигар циррозини даволашда ижобий таъсир этади, аммо бундай таъсирга эга бўлиш дори воситасини давомий қўллаш зарур.

СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ ЩЕЛОЧНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИГЕНСВЯЗЫВАЮЩИХ ЛИМФОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕДЛЕННЫМ ФЕНОТИПОМ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ

Максудова Л.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Уровень АСЛ к ТА отражает интенсивность процессов деструкции и некроза структур в органе: нарастание АСЛ в динамике указывает на повышение, а их уменьшение – на угасание интенсивности этих процессов, что позволяет оценить степень поражения органов, а также эффективность проводимой терапии.

Целью исследования явилась оценка степени поражения глаз после химического ожога на основании АСЛ к ТА роговицы, склеры, хрусталика и сосудистой оболочки глаз у лиц с медленным фенотипом ацетилирования (МА).

Исследования проведены на 52 больных с МА, которым определяли АСЛ к ТА роговицы, склеры, хрусталика и сосудистой оболочки в динамике заболевания через

2, 5, 7, 12, 30 суток и 4 месяца после ожога. Контроль - показатели 36 относительно здоровых лиц.

Сравнительный анализ полученных результатов АСЛ к ТА показывает, что через 2-ое суток наиболее высокие показатели относительно значений здоровых лиц отмечаются АСЛ к ТА роговицы и склеры. Так, АСЛ к ТА роговицы в данный срок после ожога составляет $27,1 \pm 0,51\%$, что в 18,6 раз выше нормы ($1,46 \pm 0,19\%$), АСЛ к ТА склеры в 18,2 раза ($18,96 \pm 0,29\%$, при норме $1,04 \pm 0,15\%$). Несколько меньше значения АСЛ к ТА хрусталика - в 12,3 раза ($15,84 \pm 0,44\%$ при норме $1,29 \pm 0,20\%$) и в 14,9 раза АСЛ к ТА сосудистой оболочки ($21,22 \pm 0,53\%$ при норме $1,42 \pm 0,53\%$). Исследования, проведенные через 5 суток после ожога, показывают разнонаправленный характер, то есть при ожидаемом, казалось бы, снижении показателей АСЛ к ТА, наблюдается повышение некоторых значений, что указывает на усугубление состояния и продолжающееся развитие деструктивных изменений в тканях глаза. Так, например, отмечается некоторое (в 1,5 раз) снижение уровня АСЛ к ТА роговицы ($27,1 \pm 0,51\%$ через 2 суток и $18,47 \pm 0,47\%$ через 5 суток), хрусталика в 1,6 раз ($15,84 \pm 0,44\%$ через 2 суток и $9,71 \pm 0,30\%$ через 5 суток) и сосудистой оболочки в 1,2 раза ($21,22 \pm 0,53\%$ через 2 суток и $17,06 \pm 0,40\%$ через 5 суток), тогда как в 1,2 раза наблюдается повышение АСЛ к ТА склеры ($18,96 \pm 0,29\%$ через 2 суток и $22,61 \pm 0,40\%$ через 5 суток).

Характерная динамика показателей АСЛ к ТА глаз больных с медленным типом ацетилирования на 7, 12 и 30 сутки после ожога. Так, если отрицательная динамика на 5 сутки наблюдалась относительно только АСЛ к ТА склеры, то на 7, 12 и 30 сутки после ожога отмечается повышение уровня патологического процесса в роговице, хрусталике и сосудистой оболочке, отражением чего являются высокие показатели АСЛ к ТА роговицы ($18,47 \pm 0,41\%$ на 5 сутки, $19,51 \pm 0,43\%$ на 7 сутки, $22,98 \pm 0,40\%$ на 12 сутки и $25,67 \pm 0,38\%$ на 30 сутки) (Рис.3); хрусталика ($9,71 \pm 0,30\%$ на 5 сутки, $13,59 \pm 0,35\%$ на 7 сутки, $19,59 \pm 0,32\%$ на 12 сутки и $24,00 \pm 0,43\%$ на 30 сутки) и сосудистой оболочки ($17,06 \pm 0,40\%$ на 5 сутки, $19,78 \pm 0,55\%$ на 7 сутки, $22,24 \pm 0,47\%$ на 12 сутки и $25,35 \pm 0,47\%$ на 30 сутки).

На 30 сутки после ожога наблюдается повышение уровня АСЛ к ТА хрусталика и сосудистой оболочки даже выше, чем соответствующие показатели через 2 суток.

Тогда как, напротив, после некоторых повышений показателей АСЛ к ТА склеры на 5 сутки относительно 2-х суток, в дальнейшем отмечается положительная динамика АСЛ к ТА склеры ($22,61 \pm 0,40\%$ на 5 сутки, $21,45 \pm 0,33\%$ на 7 сутки, $18,61 \pm 0,28\%$ на 12 сутки и $16,49 \pm 0,43\%$ на 30 сутки).

Таким образом, анализ показателей АСЛ к ТА оболочек глаза, после химического ожога у больных с МА характеризуется нарастанием степени деструкции с увеличением сроков после ожога (7,12,30 сутки) в тканях роговицы, хрусталика и сосудистой оболочки и незначительной, но все же положительной динамикой патологического процесса в тканях склеры. При МА развиваются более глубокие, тяжело поддающиеся лечению деструктивные нарушения в тканях глаза.

ДАВОЛАШ ПРОФИЛАКТИКА ШИФОХОНАЛАРДА ШИФОХОНА ИЧИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Машарипова Ш.С., Ибраимова Х.Р., Якубова У.Б., Рахимбаев М.Ш.

ТТА Урганч филиали, Урганч шаҳри

Шифохона ичи инфекцияси – бу шифохонада пайдо буладиган ва ривожланадиган инфекциябулиб, Жаҳон Соғлиқни Саклаш Ташкилотининг тавсифига биноанбу инфекцияларга беморнинг шифохонада булган даврида, ёки тиббий ёрдам сураб тиббий муассасига мурожат килган вақтда, ёки шифохона

ходимининг шу муассасада ишлаш жараёнида юзага чиқадиган ҳар қандай микробли этиологияга эга бўлган клиник касалликлар ҳисобланади. Ҳозирги кунгача шифохона ичи инфекцияларининг ҳақиқий ҳолатини аниқлаш жуда мушкул, чунки ҳар бир мамлакатда шифохона ичи инфекцияларини ҳар бири катъий учрамайди, лекин маҳсул лаборатория текширувлари асосида улар аниқлаб борилади.

Мақсад. Урганч шаҳрида фаолият олиб бораётган даволаш профилактика шифохоналаридан 2015–йил мобайнида Урганч шаҳар ДСЭНМ бактериологик лаборатория ходимлари тамонидан олиб борилган бактериологик текширувлари натижаларини статистик маълумотлар асосида таҳлил қилишдан иборат бўлди. Статистик маълумотлар асосидаги натижалардан шу нарса маълум бўлдики, 2015 – йил давомида вилоят туғруқхонаси бўйича стафилакокк ташувчанликга жами 210 нафар ходим текширилган, шундан 12 нафарида мусбат натижа олинган, ичак таёқчаси гуруҳ бактерияларига жами 322 та суртма олинган бўлса, шундан 20 та мусбат натижа олинган, стафилакоккни аниқлаш учун жами 320 суртма олинган, шундан 10 таси мусбат натижа аниқланган. Жаррохлик бўлимларидан стафилакокк ташувчанликга 48 нафар ходимлар текширилган бўлиб мусбат натижа қайд этилмаган, ичак таёқчаси гуруҳ бактерияларига 2500 та суртма олиниб, шундан 122 та мусбат натижа олинган, стафилакокк бўйича эса 2500 та суртма олиниб текширилганда 12 та мусбат натижа қайд этилган. Болалар бўлимлари бўйича эса стафилакокк ташувчанликга 77 нафар ходим текширилган бўлса, 4 нафарида мусбат натижа қайд қилинган. Шу бўлимда ичак таёқчасини аниқлаш бўйича 343 та наъмуна олиб текширилганда, 16 та мусбат натижа, стафилакокк бўйича ҳам жами 343 та наъмунадан 5 тасидан мусбат натижа олинган. Юқумли касалликлар бўлимлари бўйича стафилакокк ташувчанликга 10 нафар ходим текширилган бўлса барчасидан манфий натижа олинган, ичак таёқчаси бўйича 100 та наъмунадан 5 та мусбат натижа, стафилакокк бўйича ҳам 100 та наъмунадан 2 тасида мусбат натижа олинган. Бошқа даволаш муассасалари бўйича йил давомида стафилакокк ташувчанликга 1095 нафар ходим текширилган, ва шундан 57 нафарида бу қўзғатувчи аниқланган. Шу шифохоналардан жами ичак таёқчасини аниқлаш мақсадида 1485 суртма олиниб текширилганда 93 та мусбат натижа қайд этилган. Стафилакокк бўйича ҳам 1485 та наъмуна текширилганда 13 тасида стафилакокк қўзғатувчиси борлиги аниқланган.

Олинган натижалар. Даволаш профилактика шифохоналарида мунтазам равишда олиб бориладиган санитария – гигиена ва эпидемияга қарши чора тадбирлар етарли даражада олиб борилмаётганидан далолат беради, бу эса шу шифохонада даволанаётган беморларда шифохона ичи касаллигини юзага чиқишига сабабчи бўлиши мумкин.

Хулоса. Даволаш профилактика муассасаларида шифохонада ичи касалликларини олдини олиш мақсадида шифохоналарда мунтазам равишда сифатли дезинфекция, стерилизация ишлари амалга оширишни, шифохона ходимларини режа асосида белгиланган муддатларда тиббий куриклардан утишларини таъминлаш ва назорат қилиш, бактерия ташувчанлик аниқланган тиббиёт ходимларини уз вақтида санация қилиш ҳамда шифохона озодалигини таъминлашда доимо санитария–гигиена меъерига катъий амал қилган ҳолда фаолият юритишларни тақлиф қиламиз.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИ ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

Мирзаев У.Х., Рахимова В.Ш., Жўраева Д.Э.

НИИ Вирусологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить применение гидрокарбоната натрия при печеночно – почечной недостаточности у больных с декомпенсированным циррозом печени.

Материал и методы исследования: Исследования проведены на базе НИИ Вирусологии РУз. Было обследовано 40 больных с циррозами печени разной вирусной этиологии, с применением гидрокарбоната натрия. Определяющим критерием данного исследования явился уменьшение мочеотделение ниже 400 мл/сут.

Из обследованных – 23 (57,5%) пациенты были мужского пола, 17 (42,5%) женского пола. Этиологический фактор циррозов: вирусный гепатит В выявлен у 8 (20%) больных, вирусный гепатитом С – 21 (52,5%), вирусный гепатит В+D – 10 (25%) больных, и 1 (2,5%) больной с сочетанной инфекцией В+С+D.

Уровень креатинина колебалась от 108,4 до 221,6 мкмоль/л; из них в диапазоне 108,4 - 140,2 мкмоль/л - 20 (50%); 144,4 – 192,0 мкмоль/л – 12 (30%) больных; 198,8 – 211,3 мкмоль/л – 6 (15%) больных; 216,8 и 221,6 мкмоль/л – 2 (5%) больных. Среднее значение составило – 159,7 мкмоль/л.

Уровень мочевины у тех же больных колебалась от 8,8 до 15,3 ммоль/л, у 20(50%) больных - 8,8 – 9,7 ммоль/л, 9,9 – 11,3 ммоль/л – 12 (30%) больных, 12,5 – 13,9 ммоль/л – 6 (15%) больных, 14,2 и 15,3 ммоль/л – 2 (5%) больных. Среднее значение составило – 11,9 ммоль/л.

Больным наряду с базовой терапией применялись растворы гидрокарбоната натрия 4% - 200,0 мл, 5% - 160,0 мл/сут, по 60 капель/мин, кратностью – 3 раза.

В ходе терапии, выявлено, что 3-х кратное применение раствора гидрокарбоната натрия, суточный диурез увеличивался до 1000 мл/сут, что привело к уменьшению отежного синдрома, и снижению средних показателей креатинина до 115,3 мкмоль/л и мочевины до 9,3 ммоль/л.

Таким образом, комплексное применение гидрокарбоната натрия с базовой терапией увеличивает диурез и способствует улучшению состояния больного с печеночно-почечной недостаточностью при декомпенсированных циррозах печени.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА

Мирзоева М.Р., Бабаходжаев С.Н., Сайфутдинова Н.Н., Халилова З.Т.

Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз

Токсоплазмоз - широко распространенная зоонозная инфекция, характеризующаяся полиморфизмом клинических проявлений и значительной вариабельностью течения процесса: от здорового бессимптомного носительства до тяжелых, летальных форм болезни.

Цель работы - изучить клиничко-лабораторные особенности хронического токсоплазмоза в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы исследования. Обследовано 90 больных хроническим токсоплазмозом. Среди обследованных больных мужчин было 24 (27,0%), женщин - 66 (73,0%). Диагноз хронического токсоплазмоза устанавливали на основании наличия клинической картины заболевания, исключения других синдромов, сходных заболеваний, обнаружения специфических иммуноглобулинов Ig G антител к токсоплазмам, выявленных ИФА-анализом. При диагностике хронического токсоплазмоза учитывалась классификация, предложенная Д.Н.Казанцевым (1985).

Длительность хронического токсоплазмоза определялась определением Ig G антител в низких титрах методом ИФА. В исследование не брали больных с латентными формами токсоплазмоза. Обратившиеся были направлены различными лечебно-профилактическими учреждениями (офтальмологическими-15 (16,6%), гинекологическими или урологическими – 28 (31,1%), центрами Репродуктивного здоровья – 13 (14,4%), амбулаторно-поликлинической службой – 16 (17,7%), другими лечебно-профилактическими учреждениями, в том числе неврологическими – 10 (11,1%) больных, 8 (9,1%) больных поступили в стационар самотеком).

Результаты и обсуждение. Мы проанализировали частоту и характер осложнений у обследованных больных хроническим токсоплазмозом при поступлении, по данным анамнеза в зависимости от длительности заболевания (до 3 лет, от 3 до 5 лет, от 5 до 10 лет и свыше 10 лет). Полученные результаты проведенных исследований показали, что с увеличением длительности заболевания у больных хроническим токсоплазмозом повышается частота регистрации патологий со стороны органов зрения и психоневрологическая симптоматика (психозы, энцефалопатия, краниокальцинаты). Следует отметить, что в группе больных с длительностью заболевания до 3 лет и от 3 до 5 лет ни в одном случае не регистрировались потеря зрения и психозы. Эти патологические изменения со стороны органов зрения и нервной системы наблюдались исключительно у больных с длительностью болезни от 5 до 10 лет и свыше 10 лет. Следует отметить, что такие патологии со стороны нервной системы как энцефалопатия и краниокальцинаты также чаще выявлялись у больных с повышением длительности заболевания больше 10 лет. У определенного контингента женщин отмечали нарушения репродуктивной функции. У пациенток с длительностью заболевания до 3 лет: бесплодие 3 (4,5%), самопроизвольные выкидыши – у 7 (10,6%), мертворождение – у 2 (3,0%), перинатальная гибель плода – 2 (3,0%); от 3 до 5 лет: 5 (7,5%), 9 (13,6%), 4 (6%), и 4 (6,0%), соответственно; от 5 до 10 лет: 7 (10,6%), 10 (14,1%), 5 (7,5%), и 5 (7,5%), соответственно; у больных женщин с длительностью заболевания свыше 10 лет: 9 (13,6%), 11 (16,6%), 6 (9,0%) и 6 (9,0%), соответственно.

Таким образом, с увеличением длительности заболевания у больных хроническим токсоплазмозом повышается частота выявления нарушений со стороны органов зрения и психоневрологического статуса. Аналогичная закономерность выявляется со стороны репродуктивной системы у женщин, больных хроническим токсоплазмозом. Данное обстоятельство следует учитывать при выборе тактики лечения и диспансеризации указанного контингента больных.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Михайлова Н.Р.,¹ Логинов А.В.,² Соколова О.А.²

¹*Оренбургский государственный медицинский университет, Россия*

²*Оренбургский клинический городской противотуберкулезный диспансер, Россия*

Проблема туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией становится все более значимой. При глубоком иммунодефиците (CD4 менее 200 клеток/мкл) внелегочные проявления туберкулеза регистрируются у 30-70% больных. Наиболее тяжелой формой является туберкулезный менингоэнцефалит. Своевременно начатая терапия повышает шансы пациента на благоприятный исход заболевания.

Цель исследования: проанализировать клинические случаи менингоэнцефалита/менингита у больных сочетанной инфекции по данным Оренбургского городского клинического противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы: Обследовано 15 больных ВИЧ-инфекцией с выраженным иммунодефицитом (CD4 менее 200 клеток/мкл), у которых был диагностирован менингоэнцефалит/менингит туберкулезной этиологии. Проводилось рентгенологическое исследование органов грудной клетки, микроскопии мазка мокроты, общий анализ ликвора, компьютерная томография головного мозга.

Результаты исследования: У 11 пациентов (73,3%) в начале болезни был выявлен легочный туберкулез, на фоне которого развился в дальнейшем менингоэнцефалит/менингит. В 26,7% случаев менингит развился как самостоятельное заболевание. В ряде случаев болезнь начиналась остро, с повышением температуры тела до высоких цифр и выраженных явлений интоксикации. Характерные признаки менингита были у всех больных. У 10 человек (66,6%) отмечалась интенсивная головная боль. Также отмечалось нарушение памяти, возбуждение, дезориентация в пространстве и во времени у 12 больных (80%). Ригидность затылочных мышц выявлялась у 6 больных (40%), симптом Кернига у 8 больных (53,3%). Очагово-инфильтративные изменения на рентгенограмме были выявлены у 12 больных (80%). В общем анализе ликвора у всех 15 пациентов отмечался плеоцитоз от 34 до 496 клеток/мл³, и имел лимфоцитарный характер (57-80%). Повышение белка было умеренным до 1,32 г/л. Снижение глюкозы в ликворе до 1,2 ммоль/литр наблюдалось у 9 пациентов (60%). В 4 случаях (26,6%) регистрировались летальные случаи. У всех больных было позднее назначение или возобновление антиретровирусной терапии в стационаре. Отмечалась низкая приверженность к лечению.

Выводы: анализ наблюдаемых случаев показал, что туберкулезный менингоэнцефалит/менингит является ведущим поражением ЦНС на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Для своевременной диагностики сочетанной инфекции необходимо раннее выявление больных, наблюдение и формирование приверженности к лечению.

СТРУКТУРА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Михайлова Н.Р.,¹ Логинов А.В.,² Соколова О.А.²

¹Оренбургский государственный медицинский университет, Россия

²Оренбургский клинический городской противотуберкулезный диспансер, Россия

Актуальность проблемы этой сочетанной патологии не вызывает сомнения, так как с каждым годом возрастает число больных как туберкулезом, так и ВИЧ-инфекцией, делая проблему одной из важнейших.

Цель работы: изучение клинических форм туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 266 больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией за период 2013-2015гг., находившиеся на стационарном лечении в Оренбургском клиническом городском противотуберкулезном диспансере.

Результаты: При флюорографическом обследовании туберкулез органов дыхания выявлен только у 30% больных, у остальных при обращении с жалобами к врачам различных специальностей. Среди заболевших преобладали мужчины (77%). Средний возраст заболевших туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией составил 36,1±5,8 лет. Подавляющее большинство больных проживало в городе, неработающие трудоспособного возраста составили 89%, лица освобожденные из пенитенциарных учреждений - 49%. Наиболее распространенным путем передачи ВИЧ-инфекции являлся парентеральный путь (66%), на долю полового пути - 20%, сочетанного - 14%.

Все больные регистрировались на 4Б стадии ВИЧ-инфекции по классификации В.И. Покровского. Анализ структуры клинических форм туберкулеза органов дыхания при ВИЧ-инфекции показал, что инфильтративная форма регистрировалась в 35% (n=117), диссеминированная – в 32% (n=49), очаговая форма в 9% (n=31), фиброзно-кавернозная форма в 15 случаях (10%), ТВГЛУ встречался в 9% случаях (n=31), милиарный туберкулез - 9 случаев (6%), цирротический - 1%, туберкулезный плеврит - 6% (n=9), туберкулез бронхов - 3% (n=4). Такая структура в значительной мере обусловлена не только ВИЧ-инфекцией, но и нарушением регулярности прохождения флюорографического исследования. Из сопутствующих заболеваний у исследуемого контингента лиц отмечен хронический гепатит С - 58%. При выписке из стационара улучшение отмечалось у 45% больных, ухудшение у 20%, без перемен у 35% пациентов.

Выводы: Туберкулез органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией чаще наблюдается у мужчин до 40 лет, неработающих, и характеризуется большой распространенностью поражения инфильтративных и диссеминированных форм туберкулезного процесса. Основная масса больных с сочетанной инфекцией, регистрируется либо во время нахождения их в местах лишения свободы, либо во время госпитализации по поводу других заболеваний.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНФЕРОН ЛАЙТ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВИРУСНОЙ И ВИРУСНО- БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ.

Мулладжанова К.А., Соломонник О.Н., Юльчибаев М.Р., Тухтаназарова Н.С.

Андижанский медицинский институт

Острые кишечные инфекции (ОКИ) занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии. В детском возрасте, особенно у детей раннего и дошкольного возраста, ведущее место занимают кишечные инфекции вирусной этиологии. Ведущее место в этиологии вирусных диарей занимают рота- и норовирусы. Ротавирусы вызывают более 15 млн случаев детского гастроэнтерита и, примерно 30 тысяч- летальных исходов в год. По данным литературы в Узбекистане удельный вес вирусных диарей в общей структуре заболеваемости ОКИ у детей составляет от 40% в летнее время года до 75-80% в осеннее- зимний период.

В последнее десятилетие, наряду с изучением этиологической структуры и патогенеза вирусных диарей, широко изучаются также вопросы разработок стратегии и тактики комплексной терапии. Кроме того, проблема лечения усугублена еще и тем, что вирусные диареи у детей, нередко протекают как вирусно-бактериальная микст инфекция и в этих случаях нередко в состав комплексной терапии включаются анти-бактериальные препараты.

Целью настоящих исследований: Изучение противовирусного и иммуномодулирующего эффекта препарата Генферон лайт в комплексной терапии среднетяжелых форм ОКИ вирусной и вирусно – бактериальной этиологии у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 70 больных среднетяжелыми формами ОКИ вирусной (50) и вирусно – бактериальной этиологии (20) типа диарей в возрасте от 6 мес. до 7 лет, из них основную группу составили дети в возрасте 1-3 (66%) и 3-7 (21%) лет.

При поступлении в стационар всем больным назначались базисная терапия, которая включала оральную регидратацию, ферментотерапию, по показаниям симптоматические средства. Добавили в комплексную терапию острых кишечных инфекций вирусной этиологии Генферон лайт 125 000 МЕ. Основные группы больных получали Генферон лайт 125 000 МЕ по 1 суппозитории 2 раза в сутки. Из них 10

больных дополнительно в возрастных дозировках. Основные и группы сравнения подбирались по случайному алфавитному принципу и были сопоставимы для статистической обработки по возрасту, тяжести заболевания, топике поражения ЖКТ, этиологии типу диареи.

Результаты и их обсуждение. При статистической обработке результатов исследований; установлены, что в группе больных ОКИ вирусной этиологии. Так, если средняя продолжительность симптомов интоксикации и эксикоза в группе сравнения $3,90 \pm 0,18$ дня, диарейного синдрома - $4,85 \pm 0,25$ дня, то в группе больных, получавших амписид и анаферон - $2,67 \pm 0,07$ и $3,26 \pm 0,07$ дня соответственно ($p < 0,001$)

Включение в комплексную терапию среднетяжелых форм ОКИ вирусного-бактериальной этиологии амписид и анаферон детский не способствовало улучшению состояния больного. В отличие от больных, получавших Генферон лайт, более быстрому купированию симптомов интоксикации и функциональных нарушений со стороны ЖКТ. Так в этой группе уже на 3- й день у большинства больных (60%) полностью купировались симптомы интоксикации, в т. ч. вялость, сниженный аппетит, и у всех больных нормализовалась температура тела. В то время как в группы сравнения в большинстве случаев (60%) симптомы интоксикации сохранялись умеренной выраженности главным образом за счет продолжающейся лихорадки, и лишь на 5 день полностью исчезли у всех больных.

При включении в комплексную терапию вирусных диарей препарат амписид и анаферон, симптомы интоксикации и эксикоза уже на 3 день лечения купировались у 65 % больных. Уже на 2 день лечения у большинства больных, получавших Генферон лайт (70%) нормализовались температура тела и прекратилась рвота, явления метеоризма, абдоминальные боли.

Выводы. Также было установлено, что противовирусный препарат Генферон лайт способствует ускоренной элиминации ротавируса из ЖКТ, и в составе базисной терапии ротавирусной инфекции способствует достоверному сокращению средней продолжительности острого периода заболевания. Перспективным является комбинированное использование Генферон лайт в лечение кишечных инфекций у детей вирусной и вирусно – бактериальной этиологии.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА СУВЧЕЧАК КАСАЛЛИГИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Муллажанова К.А., Юльчибаев М.Р., Орипова Ж.Н., Тухтаназарова Н.С.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Болалар ва ўсмирларда эмлаш ишларини амалга оширилиши натижасида ҳавотомчи касалликлари бирмунча камайди. Лекин эмлаш режасига киритилмаган касалликлар ҳамон учраб турибди. Мавсумийлиги ва ўзига хослиги билан ажралиб турувчи сувчечак касаллиги 2015йилда ва 2016 йил бошларида бирмунча кўпайди. Андижон вилоят юқумли касалликлари клиник шифохонасидаги 4 бўлимда қуйидаги кузатувлар олиб борилди.

Кузатув мақсади. Болалар ва ўсмирлардаги сувчечак касаллигини ўзига хос кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Текширув материаллари ва методлари. Кузатувимиздаги беморлар болалар ва ўсмирларни ташкил қилади. Болаларда сувчечак касаллиги нисбатан енгил кечади, лекин ўсмирларда сувчечак касаллиги бу йилги мавсумда ўзига хос кечди. Шунингдек бизнинг кузатувимизда бўлган 20 та болалар ва 20 та ўсмирларни ташкил қилди. Ўсмирлардан 12 нафар қиз бола 8 нафар ўғил болани ташкил қилди. Ўғил болаларда

қиз болаларга нисбатан касаллик бирмунча оғир кечди. Қонни серологик реакцияси-КБР орқали текширилди.

Олинган натижалар ва муҳокама. Болалардаги касалликнинг клиник белгилари кўп ҳолларда типик кечди, лекин 4% болаларда касалликнинг атипик формалари учради. Иммунитети яхши болалардан яқин мулоқотда бўлганлар ўртасида рудиментар формаси 2%, гангреноз формаси 0,5%, геморрагик формаси 1,5% . Ўсмирларда эса касалликнинг типик формаси кўпчиликти ташкил қилди 86% ва атипик формасидан геморрагик ва буллез формаси 14% ни ташкил қилди. Тошмаларнинг бир-бирига қўшилиши, энантемаларнинг кўплигини, тошмали даврнинг узоқ давом этиши касалликни бирмунча оғирроқ кечганини билдирди. Ўсмирлар ўртасида касалланганларни кўпчилигини ўғил болалар ташкил қилди. Ўғил болаларда бундай ҳолат 8 тадан 3 тани ташкил қилди.

Касалликнинг енгил формаси асосан 3-7 ёшгача бўлган болаларда, бу эса 0,8% ни ташкил қилди. Ўрта-оғир формаси 7-12 ёшли болаларда бўлиб бу 65% ни ва оғир формаси эса 12-17 ёшли болаларда намоён бўлган. 33,7% ни атипик кечган оғир формалари ташкил қилган. Касаллик авжининг яққол намоён бўлганлиги болаларга нисбатан ўсмирларда кўпроқни ташкил қилди. Қондаги антитела титрининг ортиши ҳам ўсмирларда юқори бўлди. Бу касаллик жамоа зич жойларда, мактаб ва болалар боғчаларида кўпчиликти ташкил қилди. Реконвалесценция даври ҳам ўсмирларда алоҳида эътиборни талаб қилди. Касаллик асоратлари 3% беморларда намоён бўлди.

Хулоса. Кузатувимиздаги беморларда касалликнинг жиддий асоратлари кўринмади. Ёш болаларда клиника енгил кечган бўлса, ўсмирларда бирмунча чўзилган, оғир ва тошмаларнинг ўзига хослиги билан кечганлигини гувоҳи бўлдик. Ёш болаларга нисбатан ўсмирларда КБР нинг юқорилиги алоҳида аҳамият касб этди.

ВИТАМИН С В СОЧЕТАНИИ С СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ И АНТИБИОТИКАМИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ

Муратова З.Т., Сабирова Д.Ш.

Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии, Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

В свете современного понимания сущности дизентерии как сложного процесса комплексное лечение этого заболевания считается рациональным. Тем не менее значение отдельных средств, в частности витамина С, при терапии дизентерийных больных еще недостаточно выяснено.

Мы попытались выяснить, какое сочетание витамина С с другими препаратами и какая доза их обеспечивают лучший терапевтический эффект, какое влияние оказывают С витаминные нагрузки на течение и исход дизентерии и т. д. Наблюдения мы вели на двух группах больных дизентерией. Одну группу больных лечили сульфаниламидами (30 чел.) и антибиотиками (30 чел.) без «нагрузки» витамином С; вторую — обоими препаратами (соответственно 30 и 29 чел.) с «нагрузкой» витамином С (5- или 10%-ным свежим водным раствором аскорбиновой кислоты).

При систематической «нагрузке» больных витамином С с учетом периода болезни и способа введения повышается терапевтическая эффективность сульфаниламидов и антибиотиков, снижается побочное действие их на организм больных и полное излечение их достигается чаще (в 78,50/o), чем при лечении обычным методом (в 68,4%), а также сокращаются сроки клинико-бактериологического выздоровления (оно наступает на 4—7-й день лечения) и

нормализации (регенерации) слизистой дистального отдела толстого кишечника (на 14—25 день болезни). Одновременно уменьшается доза препаратов.

Применение сульфаниламидов или антибиотиков в малом количестве (от 10 — 12 до 16 — 20 г на курс) в сочетании с массивными дозами 5%го раствора аскорбиновой кислоты оказалось наиболее рациональным. По эффективности оно не уступало другим способам лечения, но при этом почти исчезли побочные реакции лечебных препаратов, повысились уровень витамина С в сыворотке крови и его экскреция с мочой.

Отдаленное наблюдение показало, что при комплексном лечении длительность дизентерии обычно не превышает 2—4 недель (у 65,07% больных), в 2 раза реже отмечаются затяжное течение, рецидивы и обострения, нарушения обмена витамина С.

Достаточный терапевтический эффект малых и средних доз сульфаниламидов и антибиотиков в сочетании с большим количеством свежих растворов витамина С, вводимых парентерально, указывает на целесообразность отказа от применения сульфаниламидов и антибиотиков в больших дозах и на необходимость сокращения длительности курсов лечения ими.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГИТА, МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Мустафаева Д.А., Атабеков Н.С., Байжанов А.К., Маматкулов А., Файзуллаева Д.Б., Мусабаев А.Н.

*Республиканский центр по борьбе со СПИДом, НИИ Вирусологии,
Специализированная клиника при РЦ СПИД*

На протяжении последних десятилетий грибковые заболевания не теряют своей актуальности. Среди всех инвазивных микозов криптококковая инфекция занимает одно из наиболее значимых мест, так как является жизнеугрожающим заболеванием. Даже при своевременном лечении летальность составляет от 10% до 25%, а в развивающихся странах достигает 90%. Ежегодно в мире регистрируют около 1 млн случаев криптококкоза. Полиморфизм клинических проявлений, полиорганность поражений, характерное для ВИЧ-инфекции, сочетание различных вторичных заболеваний, особенности их клинических проявлений на фоне выраженной иммуносупрессии существенно затрудняют своевременную диагностику этих инфекций, что является причиной неадекватного лечения и часто приводит к летальному исходу. Криптококкоз у ВИЧ-инфицированных протекает почти исключительно в виде тяжелого менингита и менингоэнцефалита. За период наблюдения с 2012 года по 2015 год из 38 ВИЧ-инфицированных пациентов с положительным результатом иммуноферментного анализа на антитела к криптококку у 9 (23,6%) на поздних стадиях ВИЧ-инфекции наблюдали развитие криптококкового менингита, менингоэнцефалита. Было отмечено, что клинические признаки развивались в течение длительного периода, в среднем от 1 до 3-х месяцев. Развитию неврологических признаков предшествовали утомляемость, повышение температуры до 37,5–38°C. Причем субфебрильное повышение температуры тела у 66,6% пациентов держалась длительно, снижаясь и повышаясь без определенной закономерности. Упорные нарастающие головные боли во всех случаях были преобладающим и наиболее длительным симптомом. В случаях генерализации процесса неврологическая симптоматика сочеталась с грибковыми поражениями ротоглотки, кишечника, мочевыводящих путей (77,7%). Позже присоединялись общемозговые симптомы (ригидность затылочных мышц (63,4%), тошнота и рвота (46,8%), ослабление памяти (13,6%), симптом Кернига (47,4%), отек дисков

зрительных нервов (9,3%), в связи с чем пациенты были госпитализированы в специализированную инфекционную больницу при РЦ СПИД. При развитии менингоэнцефалита регистрировались судорожный синдром (11,1%), психические расстройства и нарушение сознания (22,2%) и симптомы поражения (33,3%) черепных нервов (снижение остроты зрения, диплопия, анизокория, птоз, первичная атрофия зрительного нерва). Все пациенты получали этиотропную терапию (амфотерицин В, интроканазол). Диагноз криптококкового менингита, менингоэнцефалита основывался на анализе клинической картины и результатах исследования спинномозговой жидкости (СМЖ). Всем пациентам с клиническими признаками криптококковой инфекции была проведена люмбальная пункция. В СМЖ наблюдается повышенное содержание белка (≤ 1500 мг/л), отмечается мононуклеарный плеоцитоз (≤ 100 в мкл), высокое давление (≥ 400 мм водяного столба). У всех ВИЧ-инфицированных пациентов с криптококковым менингитом, менингоэнцефалитом отмечались низкие показатели CD4 лимфоцитов ($\geq 98,3$ клеток/мкл).

Таким образом, возникает необходимость скрининговых исследований на антитела криптококковых антител среди ВИЧ-инфицированных пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов ≤ 100 кл/мкл, проводить профилактику противогрибковыми препаратами для предупреждения воспалительного синдрома иммунного восстановления. Кроме того, всем больным ВИЧ инфекцией с наличием длительной головной боли рекомендуем исследование СМЖ даже при отсутствии менингеальных симптомов.

ҚРИМ-КОНГО ГЕМОГРАГИК ИСИТМАСИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Нарзиев И.И., Примов У.Х., Вахобов А.А.

Бухоро вилоят болалар юқумли касалликлар касалхонаси, Бухоро ш.

Кўпгина мамлакатларда Қрим-Конго геморагик иситмаси (ҚКГИ) хасталиги бўйича эпидемик вазият мураккаблигича қолмоқда.

Илмий ишнинг асосий мақсади- ҚКГИ хасталигининг енгил шаклида касалликнинг клиник кечишини ўрганиш.

Мақсадга эришиш учун 75 нафар ҚКГИ хасталигининг геморагик белгилари билан кечган беморларда касалликнинг клиник белгиларини таҳлил қилдик. Аксарият беморлар (50,88%)да хасталик ўрта оғирликда кечган. Касалликнинг оғир шакли 20 нафар (33,87%) беморда кузатилди, 9 нафар беморда эса (15,25%) касаллик енгил ўтган. Кузатувда бўлган беморларнинг ҳаммасида касаллик ўткир бошланган. Хасталикнинг биринчи соатлариданоқ кучли титраш, баданнинг кизиши, юқори иситма кузатилган ва уни кўтарилиши 38° - 40° С атрофида бўлган. Кейинчалик беморлар бош оғриғи, бош айланиш, ҳолсизлик, дармонсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, бел соҳасида оғрик, мушакларда оғрик каби шикоятларни айтишган. Шуни таъкидлаш лозимки, кузатувда бўлган енгил шаклдаги беморларда иситма хасталикнинг биринчи куниде 38° - 39° С гача кўтарилган, иситма чизиги доимий характерга эга бўлган. Енгил шаклда бўлган беморларнинг аксариятида (44,4%) иситма 38° С дан юқори бўлди, 5 нафар беморда эса ҳарорат 38° С гача кўтарилди. Ҳароратни вақтинча тушиши хасталикнинг 3-4 кунига тўғри келди ва у бир кун давом этган. Кейинчалик ҳарорат яна кўтарилиб, беморнинг аҳволи вақтинча ёмонлашган.

Енгил шаклда бўлган 9 нафар беморнинг 7 нафарида оз миқдорда бўлса ҳам геморагик тошмалар кузатилган. Тошмалар санокли ва жуда ҳам кам миқдорда қайд этилган. Тошмалар беморнинг бўйин ва кўкрак қафаси соҳасида топилган. Улар розеола-петехиал характерга эга бўлиб, 2-3 кун мобайнида сақланган. Қайта тошмалар

кузатилмаган. Кузатилган 9 нафар беморнинг 4 нафарида бурундан, 3 нафарида милкдан, 2 нафар беморда эса бурундан ва милкдан қон кетиш ҳоллари кузатилган. Беморларда кузатилган қон кетиш қиска муддатда (1-2 кун мобайнида) тўхтаган. Қайта қон кетиш ҳоллари кузатилмаган. Кузатилган 9 нафар беморнинг 2 нафарида эпигастрал соҳада оғрик, яна 2 нафарида қусиш ҳолати кузатилган.

Шундай қилиб, касалликнинг енгил шаклида геморрагик белгилар бурундан ва милкдан қон кетиш каби белгилар тавсифланади.

ЛЯМБЛИОЗ И ЕГО КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТА ДИВОРМ.

Ниязов Г.Э., Облокулов А.Р., Вахабов А.А., Нарзиев Б.И.

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухарская областная детская инфекционная больница, Ташкентская медицинская академия, г. Бухара.

Лечение лямблиоза представляет не менее трудную задачу, чем его диагностика. При этом целью является не только эрадикация паразита, но и уменьшение клинических проявлений – абдоминального синдрома, интоксикации, аллергических и вегетативных нарушений. За последние годы создана целая серия препаратов 5-нитроимидазолов, характеризующихся высокой эффективностью, липофильностью, хорошей всасываемостью и небольшой токсичностью. Это ниморазол, орнидазол, карнидазол, тинидазол, секнидазол и т. д. Одним из наиболее эффективных препаратов для лечения лямблиоза является албендазол (албезол).

Цель нашей работы – 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. Диагноз лямблиоза подтверждался копроовоскопическим методом исследований.

Все обследуемые больные разделены на основную и контрольную группы. Основная группа (25 больных) получили албезол с диворм, больные контрольной группы (25 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. Учитывая, что лямблиозный дуоденит и кишечный лямблиоз требуют не только специфической терапии, мы назначили соответствующего диетического режима, по показаниям – энтеросорбентов (дюфалак), ферментов (креон), желчегонных, антигистаминных средств, противогрибковые (микосист) 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.

СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЁЗНИ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ТАШҲИСОТИ

Ниязова Т.А., Нурллаев Р.Р.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент Тиббиёт Академияси Ургенч филиали

Бруцеллёз сурункали шаклда кечганда клиникасида кўпинча интоксикация белгилари мавжуд бўлмаслиги ва клиник симптомлари суст номаён бўлиши, уни ўз вақтида ташҳислашда қийинчилик туғдиради.

Изланиш мақсади: сурункали бруцеллёзни клиник кечишини ва ўз вақтида ташҳислашни таҳлил қилиш.

Материал ва услублар: бруцеллёз ташҳисини қўйишда Рагоза классификацияси асосида К.Д.Джалилов (1988) тўлдирилган клиник ташҳисотини фойдаланилди. ЭМЮКИТИ клиникасида 2011-2015йй. давомида “бруцеллёз” ташҳиси билан даволанган 171та беморлар кўзатувда бўлди. Улардан 109 (63,7%)таси эркаklar, 62 (36,2%) таси аёлларни ташкил қилди. Беморларни ёшлари 27- 58 ёшгача бўлган, уларни 76 (44,4%) таси бирламчи ва 95 (55,6%) таси иккиламчи бруцеллёз билан касалланган.

Олинган натижалар: таҳлил натижаси шуни кўрсатдики, иккиламчи сурункали бруцеллёз ўткир даврдан кейин кўзатилишини ҳисобга олсак, деярлик ўткир ёки ўткир ости давридаги мурожат қилган беморлар иккиламчи сурункали даврида ҳам ўз вақтида шифокорлар кўзатив остида бўлган ва вақтида керакли муложаларни қабул қилган. Бирламчи сурункали бруцеллёзга келсак бу ҳолат иккиламчи сурункали бруцеллёздан кескин фарқ қилади, улар биринчи маротаба инфекционистга камроқ мурожат қилган. Шунки, шикоятлари ва клиник симптомлари асосида кўпроқ бошқа мутахассистларга мурожат қилишга мажбур бўлишган. Кўзатувдаги 76та беморлардан 21 (27,6%) тасида тана ҳарорати субфебрил кўтарилиши ва бўғимларда оғриқлар безовта қилгани сабабли улар терапевтга мурожат қилишган ва “ревматизм” ташҳиси билан даволанишган. Ўтказилган муложалардан кейин беморлар ўзларини биров вақт яхши ҳис қилишган ва 10-15 кундан кейин яна юқоридаги шикоятлар билан 12 (15,8%) таси ревматолог шифокорига ва 9 (11,8%) таси эса белда ва елка бўғимларида каттиқ оғриқ ҳисобига невропатолог кўригидан ўтишган. Қолган 19 (25,0%) беморлар уролог ва гинеколог шифокорларга мурожат қилишган. 16 (21,0%) бемор эса 6 ой давомида турор жойида ҳар хил мутахассислардан муложалар қабул қилганлиги аниқланди. Бирламчи сурункали 76та бемордан фақат 20 (26,3%) таси гина ўз вақтида инфекционистларга мурожат қилганлар. “Иккиламчи сурункали бруцеллёз” ташҳиси қўйилган 67 (70,5%) беморлар ўткир даврида клиникада даволанган, шу сабабли улар ўз вақтида қайта даволанишга келишган. Қолган 28(29,5%) беморлар ҳам турор жойларида “ўткир бруцеллёз” ташҳиси вақтида қўйилиб этиотроп даво қабул қилган. Кейинчалик бу беморлар касаллик бошланишини 6 ой ва 1 йилгача бўлган даврида клиникамизда даволанган. Албатта ўз вақтида тўғри ташҳис қўйилиб, этиотроп давони тўғри қабул қилган беморларда асоратлар кам бўлган ва ногиронликга ўтиш фойизи ҳам камайган.

Шу нуқтай назардан тақлил қиладиган бўлсак: кўзатувдаги 171та бемордан 95 таси – “иккиламчи сурункали бруцеллёз” ташҳиси билан ўз вақтида инфекционистларга мурожат қилган ва керакли даволаш муложаларини қабул қилишган. Бирламчи сурункали бруцеллёз билан касалланган 76 таси бемордан фақат 20 (26,3%)таси гина ўз вақтида инфекционистларга мурожат қилганлар. Қолган 55(73,6%) беморлар эса биринчи навбатда юқоридаги шикоятлари билан ҳар хил мутахассисларда даволанган. Сўнг даволаш жараёни самарасиз бўлгани учун инфекционистларга мурожат қилишган.

Демак, бу беморларда ўз вақтида ташҳис қўйилмагани ва вақтида этиотроп даво ўтказмаганлиги сабабли ҳар хил асоратлар (атрозо-артрит, хомладорларда хомила тушиш, орхит, инфекция полиартрит ҳолатлари) кўпроқ кўзатилди.

Хулоса. Сурункали бруцеллёз ташҳисини ўз вақтида аниқлаш ва ўз вақтида мутахассисларда даволаниш беморлар ҳаётида кўзатиладиган баъзи бир асоратлар ва ногиронликни олдини олади.

ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БРУЦЕЛЛЁЗА

Ниязова Т.А.

Ташкентская медицинская академия

В современное лечение стойкого нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата включают препарат хондротин сульфат, обладающий структурно-модифицирующим действием на хрящ [Майко О.Ю., 2008].

При хронической форме бруцеллёза на фоне инфекционно - токсико - аллергического процесса наблюдается ряд функциональных и органических глубоких изменений со стороны опорно-двигательного аппарата (с ограничением активного движения, остеоартрозы, спондилоартриты) [Покровский В.И. с соавт., 2003; Ющук Н.Д. с соавт., 2007].

В связи с этим, **целью исследования** явилось изучить клиническую эффективность препарата хондро-риц в комплексной терапии хронической формы бруцеллёза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 80 больных с хронической формой бруцеллеза, госпитализированных с 2014 по 2015гг. в клинику НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз. При постановки клинического диагноза пользовались классификацией, предложенной Н.И. Рагоза (1955), с дополненной К.Д.Джалиловым (1988). Возраст больных варьировал от 34 до 65 лет. Больные с хронической формой бруцеллёза (преимущественно поражением опорно-двигательного системы) по 40 больных разделены на 2-группы (лечебную и контрольную). Возрастная и половая структура больных была идентичной в обеих группах. Больные проходили стандартное клинико - лабораторное обследование, включающее диагностические тесты (реакция Райт, РПГА и Хеддельсона). Популяции лимфоцитов в периферической крови определяли в реакции непрямого розеткообразования с помощью моноклональных антител к CD3, CD4, CD8 и CD20 производства ООО Медбиоспектр, Москва [М.В. Залялиева, Р.С. Прохорова, 2001]. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке [Ойвин И.А., 1960]. Расчеты произведены на компьютере Pentium IV при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. Все больные хроническим бруцеллёзом принимали болеутоляющие, противовоспалительные и рассасывающие препараты, по мере возможности витаминотерапию и физиотерапию. В лечебной группе больные на фоне вышеуказанной комплексной терапии принимали препарат хондро-риц по 750мг 2 раза в сутки в течение 4 недель, далее 1 неделю по 500мг 2 раза в сутки. Полученные результаты показывают, что у больных в лечебной группе (по сравнению с контрольной), отмечались уменьшение боли при ходьбе и легкость при движении, достоверное уменьшение частоты обострений болезни ($P<0,05$). После проведения курса терапии в лечебной группе, показатели абсолютного содержания клеточного иммунитета $CD3^+$, $CD20^+$, $CD4^+$ достоверно повысились в крови (по сравнению с контрольной), что соответствовало улучшению общего состояния больных ($P<0,05$). Особенностью динамики в периферической крови $CD8^+$ цитотоксических лимфоцитов явилось слабая степень повышения супрессорного иммунного ответа (P

>0,05). Наблюдения показывают отсутствие побочных явлений применения больным хроническим бруцеллёзом препарата хондро-риц.

Вывод: учитывая положительный эффект применения препарата хондро-риц в терапии данной болезни, можно рекомендовать применение его в комплексной терапии хронических формы бруцеллёза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА ПРОТЕАЗ В ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С.

Облокулов А.Р., Нарзиев И.И., Исмоилов У.Ю., Абдуллаев Т.У., Облокулов А.А.
Бухарский Государственный медицинский институт, Бухарская областная детская инфекционная больница, г. Бухара.

Лечение хронических форм вирусных гепатитов, особенно С (ХГС) является сложной проблемой, требующей комплексного подхода с использованием препаратов, влияющих на самые различные функции печени, иммунную систему, воспалительный и пролиферативный процессы а также на этиологического фактора. 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. Результаты исследований с применением софосбувира предполагают скорейшие радикальные изменения в клинической практике. Однако, рибавирин до сих пор остается самым эффективным препаратом в случае использования режимов терапии без интерферона.

Оценить результаты двухкомпонентной противовирусной терапии первого генотипа хронического гепатита С при включении в схему лечения препарата из группы ингибиторов протеаз Нерсинат (**sofosbuvir**).

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 ($\geq 10 \cdot 10^3$ ME. HCV/ml).

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 покровов. В изучаемые группы вошли больные, у которых активности индикаторов цитолитического синдрома (АЛАТ, АСАТ) как минимум превышали 2-2,5 раза.

Больным вирусным гепатитом С (с вирусом 1-го генотипа) принимали один раз в сутки оральным способом нуклеотидного аналога ингибитора полимеразы Нерсинат (**sofosbuvir**) с аналогом нуклеозидов Рибавирин в суточной дозе 800мг ежедневно в два приема (400мг+400мг) в течение 12-х недель.

После лечения стойкий клинико-биохимический эффект наблюдался у 75% больных, стойкий вирусологический ответ у 85% больных с хроническим вирусным гепатитом С.

У 2 больных регистрировались побочные эффекты препаратов такие, как утомляемость, головная боль, тошнота и бессонница.

Таким образом, нуклеотидный аналог ингибитора полимеразы Нерсинат с аналогом нуклеозидов Рибавирин оказывают положительное влияние на инфекционный процесс и ускоряют процесс выздоровления.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА

Облокулов А.Р., Исмоилов У.Ю., Зиядуллаев А.И., Ходиев И.Н.

Бухарский Государственный медицинский институт, Бухарская областная детская инфекционная больница, г. Бухара.

На сегодняшний день вопросы, связанные с диагностикой и лечением сепсиса, относятся к числу наиболее актуальных проблем современной клинической медицины.

Целью нашего исследования стало изучение клинических и лабораторных проявлений сепсиса, возможность своевременной диагностики на современном этапе при разных вариантах течения инфекции. В исследование вошли данные о 54 больных сепсисом, находившихся на лечении в областной детской инфекционной больнице г. Бухары. Диагноз верифицирован с учетом комбинации клинических объективных симптомов и результатов клинического и бактериологического исследования крови. По нашим данным причиной сепсиса был золотистый стафилококк в 51,8 %, стрептококк в 33,4%, клебсиелла в 14,8%, случаев. Распределение по клинкоморфологическим формам: септицемия – 25, септикопиемия – 20, септический эндокардит – 4. Имела место поздняя госпитализация больных. Своевременную диагностику осложняли полиморфность клинической симптоматики, отсутствие явного очага инфекции. Отмечалось раннее развитие иммунодепрессии (отсутствие лейкоцитоза на фоне лихорадки у больных). Наиболее ярко сепсис проявлялся полиорганными нарушениями при септикопиемической фазе заболевания. Антибактериальная терапия, включающая комбинацию пенициллинов, цефалоспоринов, эритромицина оказывала эффект при назначении ее до развития вторичных септических очагов. Непосредственной причиной смерти (7 случаев) стали полиорганная недостаточность на фоне ИТШ, ДВС-синдром, отек-набухание головного мозга с дислокацией стволовых структур, эндомиокардит с разрушением клапанного аппарата сердца.

Частота возникновения сепсиса и летальность от него не имеют тенденции к снижению, несмотря на использование новых мощных антибиотиков и улучшение качества интенсивной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Оризкулов А.О., Узакова Г.

Самаркандский медицинский институт, г.Самарканд, Узбекистан

Ветряная оспа - высококонтагиозное заболевание вирусной природы из группы герпетических инфекций. Согласно последним данным, традиционное представление о ветряной оспе как классической “детской инфекции“, характеризующейся преимущественно лёгким течением и завершающейся полным выздоровлением, опровергают данные многочисленных клинко-эпидемиологических исследований последних десятилетий. Наиболее важными факторами риска, ассоциированными со степенью тяжести течения ветряной оспы, генерализацией процесса и смертельным исходом являются возраст и нарушение функции иммунной системы.

Так ежегодно в Узбекистане, где вакцинопрофилактика ветряной оспы до сих пор не введена в национальный календарь профилактических прививок, регистрируются сотни тысяч заболевших. Из них 90% составляют дети до 14 лет.

Цель исследования: определить клинические проявления ветряной оспы у детей первого года жизни

Материалы и методы исследования: В целях изучения симптомов клинического проявления ветряной оспы в современных условиях нами были

проанализированы архивные истории болезни 46 больных ветряной оспой детей до 1 года, госпитализированные в областную клиническую инфекционную больницу г.Самарканда в период с 2004 по 2015 годы.

Результаты исследования: Основную группу заболевших детей с ветряной оспой составили дети старше 3 месяцев – 35 (76,0%). Удельный вес ветряной оспой в группе детей до 3 месяцев составил 11 больных (24%), от 3 до 6 месяцев – 12 больных (26%). В группе детей от 6 до 9 месяцев 10 больных (21,7) и от 9 месяцев до 1 года – 13 больных (28,3%).

Частота ветряной оспы не зависела от пола заболевших детей: так девочек было 25 (54%), мальчиков – 21 (46%). При сборе эпидемиологического анамнеза особое внимание уделяли случаям заболевания ветряной оспой среди членов семьи в течение последних 2 недель. Из 46 детей, заболевших ветряной оспой, только 35 (76,0%) имели контакт с больными ветряной оспой.

В первые сутки заболевания поступило 20 (43,5%) детей, на 2 сутки – 12 (26,0%), на 3 сутки – 8 (17,4%) детей. Позже 3 дней от начала заболевания поступило всего 6 детей, что составило 13,0% от числа заболевших.

У 30 (65,2%) больных температура тела повышалась до 38⁰С, у 11 (23,9%) – до 39⁰ С и у 5 (10,9%) температура тела была выше 39⁰ С. Легкая форма заболевания регистрировалась в 78% случаев, среднетяжелая в 18% и в 4% - тяжелая форма. У всех больных наблюдалась полиморфная везикулезная сыпь. Ложный полиморфизм сыпи наблюдался во всех случаях. Течение болезни носило волнообразный характер и именно по этой причине высыпания появлялись с периодичностью до нескольких раз.

Таким образом, следует отметить, что в последние годы в практике наблюдалось повышение заболеваемости ветряной оспой у детей до 1 года. Клиническая картина ветряной оспы сохраняет свои типичные черты. У детей грудного и раннего возраста преобладает легкая форма болезни.

БОЛАЛАРДА РОТАВИРУСЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ КЕЧИШИНИНГ ЎЗИГА ҲОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Отажанов Ш.З., Худайкулова Г.К., Шукуров Б.В.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Муаммонинг долзарблиги: ЖССТ маълумотларига асосан дунёда ҳар йили 1 млрд.га яқин диареяли касалликлар қайд қилинади ва ушбу касалланганлардан 4 млн.га яқинида ўлим билан тугайди. Вирусли диареялар орасида ротавирус инфекциясининг аҳамияти жуда катта (60-80%). Сўнгги йилларда ўткир ротавирусли ичак инфекцияси билан зарарланиш кескин даражада ортиб бормокда. Ротавирусли инфекциянинг юқори контагиозлиги ва ташқи муҳитга чидамлилиги Соғлиқни сақлаш муассасаларида катта муаммо туғдиради (Л.Н.Мазанкова, Н.О.Ильина, О.А.Кондракова, А.М.Затевалов, 2005).

Тадқиқот мақсади: Болаларда ротавирусли гастроэнтерит кечишининг ўзига ҳос хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Текширув 2014 йилнинг куз ва 2015 йилнинг қиш ойларида Тошкент шаҳридаги 4-сонли шаҳар болалар юкумли касалликлар клиник шифохонасида йиғилди. Жами 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган 110 нафар бемор болалар нажасидан ротавирус антигенига шаҳар санитария-эпидемиология марказининг вирусология лабораториясида иммунофермент таҳлил (ИФТ) усули ёрдамида текширилди.

Тадқиқот натижалари: Текширувдаги 110 нафар ўткир юкумли ичак касалликлари билан мурожаат этган бемор болаларнинг 32 нафарида (29 %) ротавирус

антигенлари аниқланди. Қўйилган вазифаларга мос ҳолда, ҳамма беморларни икки гуруҳга бўлиб ўрганилди: Асосий гуруҳга 32 нафар (29%) «Ротавирусли гастроэнтерит» ташхисига эга бўлган болалар ва назорат гуруҳига 78 нафар (71%) бактериал этиологияли диарея ташхисига эга бўлган болалар олинди. Ротавирусли гастроэнтерит ва бактериал этиологияли диарея билан касалланган болаларда диареяни клиник кечиши ўрганилди, ҳамда умумий клиник кўрсаткичлари (умумий қон, пешоб ва нажас таҳлили) қиёсланди.

Ротавирусли инфекция нафақат меъда ичак тракти аъзоларининг зарарланиши билан кечади, балки касаллик юқори нафас йўллариининг яллиғланиши билан ҳам намоён бўлади. 12 нафар (37,5%) бемор болаларда конъюнктивит, 17 нафарида (53,1%) фарингит, 9 нафарида (28,1%) ринит кўринишида намоён бўлган. Оғирлик даражасига кўра беморларда касалликнинг енгил кечиши 7 нафарида (21,8%), ўрта оғир кечиши 14 нафарида (43,75%), оғир кечиши 5 нафарида (15,6%) кузатилган.

Лаборатор кўрсаткичлардан умумий қон таҳлили натижалари шуни кўрсатадики, 8 нафар (29,6%) беморда анемия I-даражаси, 3 нафар (11,1%) беморда эса анемиянинг II- даражаси аниқланди. Лейкоцитар формула таҳлилига кўра 5 нафар (18,5%) болаларда лейкоцитоз, 18 нафар (66,6%) болаларда лейкопения, 4 нафар (14,8%) болаларда лейкоцитлар миқдори меъёрида ўзгармаганлиги аниқланди. Нажасни копрологик текширилганда 16 нафар (59,2%) беморда овқатнинг ҳазм бўлиши ва сўрилишдаги бузилишларни курсатувчи клечатка, нейтрал ёғ, крахмал доначалари ва мушак толалари, 11 нафар (40,7%) болалар нажаси шиллиқ кўп миқдорда аниқланди.

Хулоса: Иммунофермент ва иммунохроматографик усуллар ёрдамида болаларнинг 71% га ЎИИ ташхиси қўйилди ва шу маълумот олиндики, болаларда вирусли диареялар (асосан ротавируслар) кўпроқ учраши кузатилди. Диарея синдроми учраган болаларда 29% ини ротавирус инфекцияси ташкил қилди. Касаллик асосан 21,8% енгил, 43,75% ўрта оғир ва 15,6% ҳолларда оғир кечди.

ЮҚОРИ НАФАС ЙЎЛЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА МИКОПЛАЗМАНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Очилова С.С., Ёдгорова Н. Т., Алиев Ш.Р., Мирвалиева Н.Р.,

*Тошкент Тиббиёт Академияси Микробиология, вирусология ва иммунология
кафедраси*

Мавзунинг долзарблиги. Микоплазмалар келтириб чиқарувчи атипик пневмония ер юзининг барча мамлакатларида кузатилади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотида кўра, 8-15млн инсонлар микоплазма инфекциялари билан касаланади. Россия федерациясида ўткир респиратор касалликларнинг 5-6% ни, ўткир пневмониянинг 1-22% микоплазмалар келтириб чиқаради. Бу инфекция 2-4 ёшдаги болаларда (13%) гача ва ўсмирларда 14дан 19 ёшгача (40-50%) атрофида ва 65 ёшдан юқори ёшларда. учрайди. Ҳозирги вақтда микоплазманинг 200 дан ортиқ тури маълум, инсонларда асосан 16 тури учрайди. Булардан *Mycoplasma pneumoniae* умумий зотилжам касалликларининг этиологиясида 10 – 20% ҳолларда касаллик келтириб чиқаради. Бундан ташқари микоплазмалар трахеобронхит, бронхиолит, фарингит каби касалликларни ҳам келтириб чиқариши мумкин.

Ўткир ва сурункали атипик пневмония ва бошқа нафас йўллари касалликларининг аҳоли орасида тобора кўпайиб, ташхислаш ва даволашни мураккаблаштираётган, қайталаниш ва асоратлар қолишига сабаб бўлаётган омиллардан бири, бу ушбу касалликлар қўзғатувчиларга ташхис қўйишнинг ўта мураккаблиги хисобланади.

Шу туфайли, юқори нафас йўллариининг респератор касалликларида билан оғриган беморларда микоплазманинг этиологик ролини ўрганишни изланишимизнинг мақсади қилиб олдик.

Материал ва текшириш усуллари. Илмий изланиш 2014 ва 2015 йилларда ТТА 1 –клиникасини болалар пульмонология бўлимининг поликлиникасига, стационарига ва микробиология кафедрасининг бактериологик лабораториясига мурожаат қилган юқори нафас йўллариининг касалликлари билан оғриган 167 та бемор болаларда олиб борилди, қиёсий таҳлил учун 17 шу ёшдаги соғлом болалар олинди.

Микоплазмаларни ажратиб олишда, бактериологик текшириш учун (антибактериал даволашдан олдин) материал балғам, бронх ювиндиси олинди. Патологик материаллар махсус ЭД муҳитларига экиб, микоплазмалар ажратиб олинди ва идентификация қилишда уларнинг морфологик, тинкториал ва культурал, биокимёвий хусусиятларига асосан этибор берилди.

Олинган натижалар ва уларни таҳлили. Юқори нафас йўллариининг респератор касалликларида билан оғриган 167 бемор болаларнинг патологик материалдан 27 бемор болалардан *M.pneumoniae* штамми (16,1%) ажратиб олинди. Соғлом болаларда микоплазмалар топилмади.

Олинган натижалар таҳлил қилинганда қуйидаги натижаларни олдик. Беморлардан патологик материал олинди даврида ҳаммасига юқори нафас йўллариининг ўткир респератор касалликлари ташхиси қўйилган эди. Лаборатория ва инструментал текширувлар асосида 69 нафар беморларга пневмония (41,3%) ва 98 бемор болаларга (58,7%) бронхит ташхиси қўйилди. Пневмония билан оғриган 69 та бемор болаларнинг 42 тасига ўткир ва 27 тасига сурункали ташхис қўйилди. Бронхит билан оғриган 98 болаларнинг 55 тасига ўткир ва 43 тасига сурункали бронхит ташхиси қўйилди. Пневмония билан оғриган 69 та бемор болаларнинг 23 тасидан (13,8%) *M.pneumoniae* штамми ажратиб олинган бўлса, бу кўрсаткич бронхит билан оғриган беморларда 8,4% ни ташкил қилди. Умумий юқори нафас йўллариининг респератор касалликларидан 37 бемордан (22,2%) ҳолларда микоплазмалар учради. Шу жумладан пневмониянинг ўткир формаси билан оғриган 42 бемор болаларнинг 6 тасида *M.pneumoniae* ажратиб (11,6%) олинган бўлса, сурункали пневмония билан оғриган 27 болаларнинг 15 тасида микоплазма (21,9%) аниқланди. Шу билан бир қаторда ўткир бронхит билан оғриган 55 та бемор болаларнинг 5 тасидан (5,1%) ва сурункали бронхит билан оғриган 43 та болаларнинг 9 тасидан *M. pneumoniae* штамми (9,2%) ажратиб олинди.

Шундай қилиб олинган натижалардан кўриниб турибдики, бронхит билан оғриган бемор болаларга нисбатан пневмония билан оғриган болаларда *M.pneumoniae* 1,6 маротаба кўпроқ учрар экан, шу билан бир қаторда ҳар иккала касалликнинг сурункали формаларида касалликнинг ўткир формасига нисбатан 1,9 ва 1,8 маротиба *M.pneumoniae* кўпроқ аниқланди.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Раббимова Н.Т., Тиркашев О.С

Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд, Узбекистан

Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии

За последние десятилетия достигнуты большие успехи в диагностике и лечении дизентерии, благодаря чему удалось резко снизить летальность детей раннего возраста. Однако до настоящего времени бактериальная дизентерия по распространенности все еще занимает одно из первых мест в структуре кишечных инфекций и темпы снижения заболеваемости детей явно недостаточны.

Цель исследования: изучение клинических и лабораторных особенностей течения дизентерии у детей по данным Самаркандской области.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены клинико-лабораторные особенности течения 38 больных с шигеллезом, находившихся на стационарном лечении в областной инфекционной больнице города Самарканда, в возрасте от 3 месяцев до 15 лет за 2013-2015 годы. Так, дети до 1 года составили 10,5%, дети 1-3 лет 31,5%, 4-7 лет 34,2%, 8-15 лет 23,7%. Диагноз устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных и результатов бактериологического исследования. Анализ результатов бактериологического исследования показал, что у 81,6% больного высевалась шигелла Флекснера и у 17,4% больных шигелла Зонне. Формулировка диагноза проводилась в соответствии и с общепринятой клинической классификацией дизентерии. Лечение у детей проводили стандартными методами с использованием этиотропной и дезинтоксикационной терапии с включением биопрепаратов в различных сочетаниях. Чувствительность к антибиотикам определяли методом диффузии в агаре с использованием дисков.

Результаты и их обсуждения. По срокам госпитализации в случаях подтверждения дизентерии, дети с высевом шигелл Флекснера поступили в стационар впервые 2 дня болезни – в 67,7%, на 3-4 день в 30,3% случаях. Дети же с высевом шигелл Зонне, госпитализировались в первые два дня болезни лишь в 42,9%, на 3-4-й день болезни в 57,1% случаях. Легкая форма шигеллеза Флекснера наблюдалась нами в 6,45% случаях, а среднетяжелая и тяжелая формы в 93,55% случаях. У детей же с шигеллезом Зонне легкие формы регистрировались в 71,4% случаях, а среднетяжелые и тяжелые формы лишь в 28,6% случаях. Симптомы интоксикации проявлялись повышением температуры тела до 38,5-39 градусов у большинства (92%) детей, в остальных случаях оставалась субфебрильной, длительность лихорадочного периода составила в среднем $2 \pm 0,58$ дней при легких формах болезни, $3,4 \pm 0,3$ дня при среднетяжелом течении, $4,8 \pm 0,8$ при тяжелом течении болезни. Рвота наблюдалась впервые 3 дня болезни в (60,1%). Дисфункция кишечника длилась при легких, среднетяжелых и тяжелых формах заболевания $8,7 \pm 1,2$ дня, $10,0 \pm 0,87$ дней и $12,2 \pm 1,3$ дня соответственно и проявлялась колитическими энтероколитическими синдромами, которые проявлялись тенезмами (78,6%), спазмированной и болезненной при пальпации сигмовидной кишкой (70,1%), учащенным жидким стулом, частота которого колебалась от 10 до 20 раз в сутки, и сопровождалась гемоколитом, примесь крови была в основном в виде прожилок и лишь у 20% больных стул имел вид ректального плевка. При анализе результатов исследования гемограммы выявлена умеренная анемия у 9 (23,7%), палочкоядерный сдвиг влево у 13 (34,2%), ускорение СОЭ у 14 (36,8%) детей. Всем детям назначалась терапия, которая включала этиотропную терапию, с учетом антибиотикограммы (чувствительности), диетотерапию, дезинтоксикацию и регидратацию, пробиотики, ферменты и сорбенты. Большинство больных шигеллезом (70,8%) получили антибактериальную монотерапию, лишь 29,2% детей получили комбинированную антибактериальную терапию.

Выводы: Таким образом, в последние годы превалирует дизентерия Флекснера и Зонне, с преобладанием синдрома гастроэнтероколита на фоне дегидратации, что существенно затрудняет диагностику с сальмонеллезом и диареями вирусной этиологии. Клиника дизентерии Флекснера характеризовалась чаще всего тяжелыми и среднетяжелыми формами, в то время как шигеллез Зонне характеризовался более легким течением, что соответствует литературным данным последних лет.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ ДИАРЕЮ

Рахматуллаева Ш.А., Шарапова Г.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Узбекистан

Острые диарейные заболевания (ОДЗ) до настоящего времени занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии. Бесконтрольное и необоснованно длительное применение антибиотиков способствует продолжительной дисфункции кишечника, развитию антибиотик-ассоциированной диареи (ААД) и глубоким дисбиотическим нарушениям. Согласно определению ВОЗ, ААД представляет собой «три или более эпизодов жидкого, водянистого стула в течение 24 ч, которые возникают на фоне антибактериальной терапии или в течение 2 мес после ее прекращения» (И.Н. Захарова и др., 2009)

Цель работы: установить клинико-лабораторную эффективность препарата бактисубтил у детей, перенесших ОДЗ.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 36 детей в возрасте от 1 года до 3 лет, находившиеся на лечении в 4 ГКДБ г. Ташкента. На основании результатов клинической картины болезни и бактериологических исследований фекалий после острой диареи у больных детей диагностирован дисбактериоз кишечника. В I группу вошли 16 детей, которые получали стандартную терапию, во II группу – 20 пациентов, терапия которых проводилась с использованием бактисубтила. Бактисубтил назначался по 1 саше 2-3 раза в сутки за 1 час до еды, смешивая с небольшим количеством молока или воды в течение 10-14 дней.

Результаты исследования. У обследованных больных отмечались неустойчивый стул со слизью (запоры, сменяющиеся поносами) - 100%, боли в животе (89,5%), метеоризм (65,3%). Анализ бактериологических исследований фекалий показал, что у 6 (16%) детей выявлен дисбактериоз кишечника I степени, у 18 (50%) – II степени, у 12 (34%) - III степени. Степень выраженности клинических проявлений нарушения кишечной флоры не всегда коррелировала с ее степенью тяжести. Ассоциация нескольких условно-патогенных микроорганизмов выявлялось у 39 % больных. Отмечено, что у детей, которые получали бактисубтил, была более благоприятная динамика клинических симптомов болезни в сравнении с первой группой. Клинический эффект бактисубтила проявлялся достоверным сокращением длительности болей в животе и энтероколитного синдрома по сравнению с больными группы контроля ($p < 0,05$). После проведенного курса лечения у больных I группы к 7-10 дню лечения наблюдалось восстановление состояния микробиоценоза толстой кишки или значительное ее улучшение в сравнении со II группой, в которой данные изменения не наблюдались.

В ходе проводимой терапии препарат хорошо переносился, побочных действий не отмечалось.

Таким образом, применение препарата бактисубтил в целях коррекции дисбактериоза кишечника у детей весьма эффективно, способствует уменьшению сроков выздоровления, нормализации микробного пейзажа при лечении постинфекционного кишечного дисбактериоза.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Рихсиева Г.М., Рашидов Ф.А., Абдуллаева У.У.

Ташкентский медицинский педиатрический институт

Кафедра детских инфекционных болезней, микробиологии, вирусологии и иммунологии

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Единственным резервуаром менингококка в природе является больной человек, особенно больные с бессимптомным носительством. Несмотря на значительные успехи, достигнутые современной медициной, проблема менингококковой инфекции остается очень актуальной и востребованной. Заболевание регистрируется повсеместно. Здоровые носители без острых воспалительных явлений носоглотки менее опасны, но их число во много раз превышает число больных. В очагах инфекции количество носителей значительно увеличивается, особенно среди детей с воспалительными изменениями в носоглотке. Наиболее высокая восприимчивость отмечается среди детей от 3 месяцев до 14 лет. В связи с запоздалой верификацией диагноза и зачастую поздним проведением люмбальной пункции, назначение адекватной терапии также проводится с запозданием.

Целью настоящего исследования явилось изучение современных подходов к лечению менингококковой инфекции (А39) у детей в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 58 детей в возрасте с 3 месяцев до 14 лет с менингококковой инфекцией. Больные были разделены на 3 возрастные группы: первая группа – дети от 3 месяцев до 24 месяцев, вторая группа – от 2 до 7 лет, третья группа – дети от 7 лет до 14. У 17 детей диагностировалась менингококкемия (в 1 группе – у 3 детей, во второй – у 1 больного, у 13 больных в третьей группе)

Нами были проведены следующие обследования: подробное изучение жалоб больного, сбор эпидемиологического анамнеза, объективный осмотр больного, анализ крови с подсчетом тромбоцитов, биохимический анализ крови, спинномозговая пункция, бак. посев крови на стерильность, бактериоскопия спинномозговой пункции, бак. посев слизи из носоглотки на менингококк, осмотр невропатолога и окулиста (глазное дно), общеклинические анализы. У всех больных имелось бак. подтверждение поставленного диагноза.

Результаты исследования: У больных первой группы отмечалась: рвота, не приносящая облегчения, гипертермия, возникающая внезапно, на фоне полного здоровья, выраженные симптомы интоксикации (вялость, адинамия, сонливость, отказ от груди, резкий крик), судороги, тремор конечностей, у детей до 1 года отмечалось набухание и пульсация родничка. У детей 2 группы отмечались: сильная головная боль, гиперестезия кожи, отказ от приема пищи, плаксивость, рвота без предшествующей тошноты, не приносящая облегчения, повышение температуры до фебрильных цифр, менингеальные симптомы, психомоторное возбуждение, спутанность сознания. Отличием клинической симптоматики у детей 3 возрастной группы являлось наличие предшествующего назофарингита, более выраженные менингеальные симптомы, рвота без предшествующей тошноты, не приносящая облегчения, жалобы на распирающую головную боль, фотофобия. При проведении бак. исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе – к цефтриаксону.

Вывод: При проведении бак.исследования и посева на чувствительность замечено, что у больных в первой и второй возрастной группе наиболее высокая чувствительность отмечалась к пенициллину и цефтриаксону, во второй группе- к цефтриаксону. При раннем назначении препаратов с высокой степенью чувствительности улучшение в состоянии больных отмечалось гораздо раньше, чем у больных, которым назначались препараты широкого спектра без определения чувствительности.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ИНФЕКЦИОННОЙ И ПАРАЗИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА

Рустамова Х.Е., Махсумов М.Ж., Рустамова М.

Ташкентская Медицинская Академия

Заболеваемость является одним из главных показателей здоровья населения, характеризующих не только уровень организации и качество медицинской помощи, но также образ и качество жизни, влияние внешней среды. Для Узбекистана характерно двойное бремя болезней, т.е. в структуре заболеваемости, наряду с инфекционными заболеваниями значительное место занимают болезни неинфекционные. За последние годы в Узбекистане ведущие места в структуре заболеваемости населения занимают неинфекционные заболевания, такие как болезни крови и кроветворных органов (24%), органов дыхания (19%), органов пищеварения (11,3%), эндокринной системы (7,6%). Уровень инфекционной заболеваемости составляет всего лишь 2,5% среди всех заболеваний, однако снижение санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний могут привести к серьёзным последствиям, т.е. к различным эпидемиям.

Как мы видим, повышение уровня и качества профилактической и лечебной работы, проводимые в Узбекистане с первых дней независимости, привели к положительной динамике показателей инфекционной и паразитарной заболеваемости как в целом по республике, так и в г.Ташкенте.

Уровень общей инфекционной заболеваемости по городу за период с 2005 по 2014годы был несколько ниже среднереспубликанского уровня и колебался от 2446,1 в 2005году до 1730,1 в 2014году на 100 000 населения. Среди всего населения города показатель общей инфекционной заболеваемости за изучаемый период снизился в 1,4 раза. Снижение показателя наблюдается среди всех контингентов населения, так среди детского за изучаемые годы данный показатель снизился с 2810,0 в 2005г. до 2048,9 в 2014г. на 100 000 детей, среди подростков с 1541,13 в 2005г. до 1197,710 в 2014г. на 100000 подростков от 15 до 18 лет и среди взрослого населения соответственно с 2681,55 до 1685,48 на 100 000 взрослых).

Показатели первичной заболеваемости по классу инфекционные и паразитарные заболевания за изучаемый период имеют аналогичную тенденцию к снижению - в 1,27 раза. Однако снижение уровня данного показателя по сравнению с общей заболеваемостью относительно медленнее. Необходимо отметить, что за изучаемые годы уровень первичной заболеваемости инфекционными и паразитарными заболеваниями среди подростков колебался. Так, в 2005 году данный показатель среди последних составил 721,7 в 2014 году 919,7 4 на 100000 подростков. Наиболее высокий показатель приходится на 2012 год - 1798,37 на 100000 подростков. Небольшой рост инфекционной заболеваемости среди подростков может быть связан лучшей диагностикой с одной стороны и с увеличением числа лиц, у которых напряженность иммунитета после проведенной специфической профилактики в детском возрасте ослабляется к 15 - 18 годам. За последние 3 года число впервые

выявленных инфекционных и паразитарных заболеваний среди подростков снизился почти в 2 раза, по-видимому, это результат проводимых профилактических мероприятий среди данного контингента.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕБИОТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В

Рустамова Ш. А., Матъякубова Ф.Э.

*Самаркандский государственный медицинский институт
Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии*

Дисбактериоз кишечника очень часто сопровождает хронические патологии печени, особенно в период обострения заболевания, и нередко сам может выступить в качестве провоцирующего фактора. Развитие дисбактериоза кишечника при патологиях печени связано с нарушением обмена желчи, которая является одним из регуляторов состава кишечной микрофлоры, нарушением иммунитета, а также общим дефицитом питательных веществ в организме. Развивающийся при дисбактериозе кишечника дефицит питательных веществ также способствует ухудшению функции печени. Немаловажно отметить также тот факт, что нарушение иммунитета при дисбактериозе кишечника также негативно влияет на течение хронических вирусных гепатитов.

Цель исследования: применение и оценка эффективности пребиотиков при хроническом вирусном гепатите В (ХВГВ).

Материалы и методы исследования: для определения эффективности пребиотиков при ХВГВ мы наблюдали 38 больных. Диагноз «Хронический вирусный гепатит В» устанавливали на основании определения в сыворотке крови больных HbsAg-антигена методом ИФА и обнаружения ДНК в плазме крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Больные были разделены на 2 группы: в основной группе находились 19 больных, в контрольной группе тоже были 19 больных.

Результаты и обсуждения: Из них 87% составляли мужчины, преобладали лица в возрасте 15-19 лет (46,7%) и 20-29 лет (50%). У 65 % обследованных больных предположительная давность хронического гепатита составила в среднем от 10 месяцев до 5 лет. У остальных больных сроки инфицирования установить не удалось. Пациенты основной группы дополнительно к базисной терапии (гепатопротекторы, дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, ферментотерапия) принимали пребиотики с целью устранения кишечных дисбиотических явлений. Прием пребиотика оказал положительный эффект на состав кишечной микрофлоры. Благоприятный эффект пребиотика, проявлявшейся в виде уменьшения газообразования, нормализация стула, улучшение пищеварения наблюдался у 15 (78,9%) больных и восстановлением нормальной кишечной микрофлоры. У большинства больных в динамике нормализовалась копрограмма в виде уменьшения нейтральных жиров, непереваренной растительной клетчатки, восстановлением цвета кала и исчезновением слизи. По видимому, это связано нормализацией и уравниванием кишечной микрофлоры. Контрольную группу составили 19 больных. В этой группе по сравнению с контрольной группой, не получавшей пребиотики, обратное развитие симптомов патологических изменений со стороны желудочно-кишечного тракта происходило медленнее. Следует отметить, что в этой группе больных, у которых оставались изменения в составе кишечной флоры, имели

место и клинические симптомы (боли в животе, метеоризм, нарушения стула), что подтверждает их патогенетическую связь.

Вывод.

1. Применение пребиотика в комплексном лечении хроническом вирусном гепатите В позволило достичь хороших клинических результатов и часто обходиться без агрессивных вмешательств в организм (применение стероидных гормонов, цитостатиков, интерферона и др.).

2. Применение представителей нормальной микрофлоры кишечника в комплексной терапии больных с хроническом гепатите В с клиническим улучшением состояния больных и восстановлением способности микрофлоры приводило к положительной направленности биохимических процессов.

ОИВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИНГ УЧРАШИНИ ЎРГАНИШ

Рўзметов Ш.Р, Абдуллаева Д.Қ.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон

ОИВ хозирги даврда кенг тарқалган касаллик бўлиб, ЖССТ олдида асосий муаммолардан бирига айланиб улгурган. Касалланган шахслар орасида болаларнинг кўплиги, бу касалликка бошқа ёндош касалликларнинг қўшилиши касаллик кечишига уз таъсирини утказди. ЖССТ маълумотларига кўра ОИВ билан касалланган болаларда гельминтоз соғлом болаларга нисбатан оғир кечади. Гельминтоз билан касалланган болаларда турли хил аллергия касалликлар, камқонлик, уйқусизлик, нерв фаолияти бузилиши, ошқозон-ичак, жигар фаолияти бузилиши, терида турли доғлар пайдо бўлиши кузатилади. Гельминтларнинг 5 тури болаларда кўп учрайди. Булардан қуйидаги гижжа-паразитлар кенг тарқалган: аскарида, лямблия, энтеробиоз, трихацифалиоз, эхинококк ва бошқалар. Гельминтоз ОИВ билан бирга учраши болаларнинг ўсиш ва ривожланишига салбий таъсир қилади.

Тадқиқот мақсади: ОИВ билан касалланган болаларда гельминтоз учраш частотасини ўрганиш.

Текшириш усуллари ва материаллар: Текшириш учун 2015-йилининг октябрь ойидан 2016-йилнинг февраль ойигача бўлган муддатда ОИВ фонида гельминтоз билан касалланган 40 та бола ўрганиб чиқилди. Уларда қуйидаги текшириш усуллари олиб борилди: умумий қон таҳлилида эозинофиллар сони, нажасни бактериоскопик текшириш.

Беморлардан 9таси 1-3 ёш, 16таси 4-8ёш, 15таси 8ёшдан катта болалар. Жинси бўйича: 23таси ўғил бола ва 17таси қиз болалар.

Текширувлар натижасида кўра: 14 болада аскаридоз, 6 болада лямблия, 8 болада энтеробиоз, 7 болада трихацифалиоз ва 5 болада эхинококк аниқланди.

Хулоса: текширишлар натижасига кўра ОИВ фонида гельминтоз билан касалланган болаларда гельминтлар учраши қуйидагича кузатилди: болаларнинг 35 %ида аскаридоз, 15 %ида лямблия, 20 %ида энтеробиоз, 17,5 %ида трихацифалёз, 12,5 %ида эхинококк. Гельминтоз ёш болаларнинг ўсиш ва ривожланишига салбий таъсир қилади. ОИВ фонида гельминтоз билан касалланиш эса, болаларнинг ўсиш ва ривожланишига янада салбий таъсир кўрсатади. Бу соҳадаги изланишларни давом эттириш ва даво чораларини ишлаб чиқиш соғлиқни сақлаш тизими самарадорлигини ошишига ва давлатимиз иқтисодиётига ўзининг ижобий хиссасини қўшади.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Сологуб Т.В., Токин И.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «НИИ гриппа» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Метаболический синдром -симптомокомплекс, включающий в себя абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность с компенсаторной гиперинсулинемией, нарушение толерантности к глюкозе, низкий уровень холестерина и липопротеидов высокой плотности а так же артериальную гипертонию. Диагноз метаболического синдрома устанавливается при наличии: гипергликемии (Глюкоза крови натощак $\geq 6,1$ мМоль/л); абдоминального ожирения: ОТ > 94 см для мужчин и > 88 см для женщин ;увеличении ТГ плазмы крови $\geq 1,7$ мМоль/л; снижения уровня ЛПВП ($< 1,04$ мМоль/л для мужчин и $< 1,3$ мМоль/л для женщин); АД $> 130/85$ мм.рт.ст. Заслуживают особого внимания метаболические нарушения у больных ХГС в прогнозе исхода заболевания. HCV-инфекция индуцирует развитие стеатоза печени, который ассоциируется с гипобеталипотеинемией и инсулинорезистентностью. Инсулинорезистентность снижает эффективность ПВТ у больных ХГС и влияет на прогрессирование заболевания. В этой связи, наряду с противовирусной терапией при хронических гепатитах жизненно важным является назначение препаратов, обеспечивающих нормальное функционирование различных обменных процессов в организме, нормализующих метаболические нарушения и тканевое дыхание. Препаратом выбора в данной ситуации является ремаксол - сукцинатсодержащие соединения на основе янтарной кислоты. Нами было проведено многоцентровое плацебо контролируемое исследование по изучению эффективности препарата ремаксол у 494 больных ХГС. Препарат ремаксол вводился внутривенно капельно ежедневно по 400,0мл в течение 10 дней. Пациенты контрольной группы получали в той же дозировке физиологический раствор. Нежелательных явлений и индивидуальной непереносимости препарата ремаксол не наблюдалось ни у одного больного. Напротив, все пациенты отмечали субъективно улучшение общего самочувствия, уменьшение слабости. При изучении динамики биохимических показателей установлено, что у лиц, получавших ремаксол, показатель АлАТ у абсолютного большинства пациентов к 6 дню лечения снижался в 1,5 раза (300 ед/л и 170 ед/л соответственно). Вместе с тем у пациентов контрольной группы существенной динамики в исследуемом показателе не наблюдалось (220ед/л и 180 ед/л соответственно). Ремаксол оказывал также положительное влияние и на динамику показателей холестатического синдрома. После курса лечения у лиц основной группы происходила нормализация показателей билирубина, щелочной фосфатазы и ГГТП.

Таким образом, можно заключить, что препарат ремаксол хорошо переносится больными, безопасен и его назначение уменьшает выраженность как цитолитического, так и холестатического синдромов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОФЕРМЕНТНОГО МЕТОДА АНАЛИЗА (ELISA) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА

Сувонкулов У.Т., Коваленко Д.А., Абдиев Т.А., Кочугина Л.В.

НИИ медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева. Самарканд. Узбекистан

Узбекистан расположен в одном из пяти эндемичных по эхинококкозу регионах планеты. Ежегодно в республике по поводу эхинококкоза проводится около 4 тысяч операций. Среди больных эхинококкозом дети составляет 20,4%.

Как правило, заболевание диагностируется на поздних стадиях, когда увеличивающаяся паразитарная киста сдавливает или смещает пораженный и соседние органы. В этих случаях единственным эффективным методом лечения является хирургический. На ранних стадиях заболевание не имеет характерных клинических проявлений, а именно в этот период можно эффективно бороться с заболеванием консервативным методом. Доказана эффективность антипаразитарной терапии при размерах эхинококковых кист не более 3 см.

Целью нашего исследования явилось изучить эффективность иммуноферментного метода анализа (ELISA) в ранней диагностике эхинококкоза.

Материал и методы. Проведены исследования сыворотки крови методом ELISA с одновременным ультразвуковым исследованием (УЗИ) органов брюшной полости 1395 жителей кишлака «Чопорошли», Пайарыкского района Самаркандской области. Антиген для ELISA были приготовлены из жидкости ларвоцист паразита взятого от человека.

Результаты и их обсуждение. Результат ELISA считался положительным тех образцов, значения оптической плотности которых превышало отрицательный контроль в 2 раза. Из общего числа серологических исследований в 185 (13,3%) случаях результат оценен как положительный.

В результате проведенных УЗИ брюшной полости 1395 жителей у 6 (0,43%) был выявлен эхинококкоз органов брюшной полости (4 (0,29%) – эхинококкоз печени, 1 (0,07%) – эхинококкоз поджелудочной железы, 1 (0,07%) – эхинококкоз селезенки). В 1 (0,07%) случае выявлена остаточная полость после эхинококкэктомии. Все выявленные больные прошли повторное УЗИ в 2 клинике СамМИ, где диагноз был подтвержден.

При сопоставлении результатов ELISA и УЗИ оказалось, что из 6 выявленных при УЗИ больных, у троих значения ELISA оказались отрицательными. Данный факт позволяет предположить, что у них антитела в сыворотке не являются комплементарными к использованному антигену. Возможно, в обследованном районе циркулируют два или более генотипов *Echinococcus granulosus*. Учитывая высокую чувствительность ELISA, полученные 13,3% положительных результатов, вероятно связано с перекрестной реакцией на другие паразитозы и данные лица должны пройти комплексное обследование с применением методов визуализации.

КЎКЎЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН 1 ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА БРОНХ-ЎПКА АСОРАТЛАРИ

Султонов Р.К., Бегматов Б.Х., Кадиров Ж.Ф.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги: Хозирги давргача кўкўўтал касаллиги Жахон Соғлиқни Сақлаш хамжамиятининг олдидаги жиддий муаммолардан биридир. Кўкўўтал бутун дунёда кўкрак ёшидаги болалар ичида моноинфекция сифатида 10,5% ҳолатларда летал оқибат сабаби ҳисобланади. Дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотиға кўра 2008 йилда дунёда 16 миллион болаларда кўкўўтал кузатилган.

Айниқса, ушбу касалликнинг кўкрак ёшидаги болалар орасида жуда оғир шакллари учрамоқда, бу нафас олишни тўхтатиши, тутқаноқлар ривожланиши ва энцефалопатия билан кузатилмоқда. Бир ёшгача тўлиқ эмланган болаларда кўкўўтал касаллиги 8,3% ҳолларда кузатилмоқда. Сўнги маълумотларға қараганда давомли кучли йўтали бор бўлган шахсларда серологик текширув ўтказилганда уларни 20-26% ида кўкўўтал инфекцияси аниқланган.

Асосан 1 ёшгача бўлган болаларда кўкўўталға қарши эмлаш тўлиқ тугалланмаганлиги сабабли, кўкўўтал билан касалланган болаларда бронх-ўпка асоратлари кузатилмоқда, уларға алоҳида терапевтик ёндошиш талаб етилади. Акс ҳолда ушбу енгил шаклда кечаётган кўкўўтал болалар атрофдагилар учун инфекция манбайи бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: Кўкўўтал билан касалланган 1 ёшгача болаларда Бронх-ўпка асоратларини таҳлилини ўрганиш.

Текширув материаллари ва усуллари: Кузатув материаллари Тошкент Тиббиёт Академияси 3-клиникасининг “Болалар юқумли касалликлари” кўкўўтал бўлимида 2015 йил оралиғида йигилди. Кузатувға шу йил оралиғида кўкўўтал ташҳиси билан даволанган 30 нафар 1 ёшгача бўлган болалар олинди. Бу болалар кўкўўтал касаллигини Бронх-ўпка асоратлари кузатилган салбий преморбид фонға эға булган ва преморбид фонға эға булмаган гуруҳиға ажратиб ўрганилди. Кўкўўтал касаллигини Бронх-ўпка асоратлари преморбид фонға эға булмаган 20 нафар (67%) назорат гуруҳиға, салбий преморбид фонға эға Бронх-ўпка асоратли билан 10 нафар (33%) бола асосий гуруҳиға олинди. Касалликни кечишида ёш ва жинс бўйича сезиларли фарқ кузатилмади. Бемор болаларда клиник-эпидемиологик, бактериологик, лаборатор ва инструментал (кўкрак қафаси рентгенографияси) текширув ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш: Кузатувимиздаги бемор болаларни жинси бўйича 17 нафар ўғил болалар (56,7%), 13 нафар қиз болалар (43,3%) ташкил қилди. Бемор болаларни ёши бўйича 3 кичик гуруҳларға ажратиб ўрганилди. 1-гуруҳни 3 ойгача бўлган 12 нафар (40%) бола, 2-гуруҳни 3-6 ойгача бўлган 10 нафар (33,3%) ва 3-гуруҳни 6-12 ойгача 8 нафар (26,7%) бола ташкил қилади.

Кузатувимиздаги 30 нафар кўкўўтал касаллигини Бронх-ўпка асоратлари бор бўлган 20 нафар преморбид фонға эға булмаган болалардан 7 нафари (35%) кўкўўталға қарши вакцинация олмаган, 13 нафари (65%) кўкўўталға қарши вакцинация олган болалар ташкил қилди. Салбий преморбид фонға эға Бронх-ўпка асоратли болалар 10 нафар болалардан 2 нафари (20%) кўкўўталға қарши ваксинатсия олмаган, 8 нафари (80%) кўкўўталға қарши вакцинация амалиётини олган болалар ташкил қилди. Текширувға олинган кўкўўтал касаллиги Бронх-ўпка асоратлари преморбид фонға эға булмаган ва салбий преморбид фонға эға булган Бронх-ўпка асоратли болаларда бронхопневмония, обструктив бронхит, ларинготрахит, ларингит,

тил ости юганчасига қон қуйилиши каби асоратларнинг учраш даражаси таҳлил қилинди.

Шундай қилиб, кўкйўтал билан касалланган асосий гуруҳ беморларида Бронх-ўпка асоратлари ва тил ости юганчасига қон қуйилиш назорат гуруҳига нисбатан 30% 3 ойгача бўлган болаларда кўп учради.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В И С

Султонова Г.Ю., Умаров Ф.Н.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан.

Целью данной работы стало изучение некоторых показателей липидного обмена у больных с хроническими вирусными гепатитами В и С и их сравнительная оценка.

Материалы и методы. 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.

Результаты. 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 обоих 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.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПРИМАДОФИЛЮС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Таджиев Б.М., Умаров Т.У., Мирисмаилов М.М.

*Ташкентский медицинский педиатрический институт
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Сальмонеллезная инфекция у детей, особенно в летний период, является актуальной проблемой детской инфектологии. Сальмонеллез особенно тяжело протекает у детей раннего возраста, имея склонность к генерализации процесса. Генерализация процесса и осложнения чаще наблюдаются у детей с неблагоприятным преморбидным фоном.

Целью работы явилось изучение эффективности приманофилюса в комплексном лечении детей, больных сальмонеллезом.

Материалы и методы. Обследованы 62 больных детей в возрасте от 1 до 3 лет. У 6 детей заболевание протекало в легкой форме, у 35 – среднетяжелой и у 21 ребенка – в тяжелой форме. Все дети были разделены на 2 группы. Первая группа (основная) – 3 детей с легким, 18 детей – со среднетяжелой и 10 – с тяжелой формой болезни – получали препарат приманофилюс. Вторая группа (контрольная) получали общепринятую терапию (3 детей – с легкой, 17 – со среднетяжелой и 11 – с тяжелой формой болезни). Установлено, что длительность симптомов интоксикации у детей, получавших приманофилюс, была достоверно меньше, чем у детей контрольной группы. Нормализация стула детей основной группы происходила раньше в среднем на 4-5 дней. Установлено более ранняя нормализация копрограммы (в среднем на 5-6 дней) у детей основной группы. При выписке из стационара дети основной группы продолжали получать препарат дома еще 1 мес. Необходимо отметить что, повторная кишечная дисфункция, обусловленная дисбактериозом кишечника, наблюдалась только у 2 детей, тогда как у детей контрольной группы кишечная дисфункция наблюдалась у 7 детей.

Выводы. Таким образом, полученные данные показывают на благотворное влияние приманофилюса на клиническое течение сальмонеллеза у детей раннего возраста, а также предупреждает развитие дисбактериоза.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ДАРАЖАСИНИ ҚИЁСИЙ ЎРГАНИШ

Ташпулатова Ш.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Тадқиқот мақсади: сальмонеллезни ошқозон ичак тракти йўлдош касалликлари бўлган беморларда клиник кечиш хусусиятлари ва эндоген интоксикация даражасини қиёсий ўрганиш.

Тадқиқот усуллари ва ҳажми: ЎЗР ССВ га қарашли ЭМЮКИТИ клиникасида даволанган 30 нафар ошқозон-ичак трактида йўлдош касалликлари бўлган (асосий гуруҳ) ва 30 нафар йўлдош касалликлари бўлмаган (назорат гуруҳи) сальмонеллезли беморлар кузатилди. Клиник-лаборатор кўрсаткичлар билан бир қаторда эндоген интоксикация даражасини аниқлаш мақсадида ўрта молекуляр пептидлар Габриэлян Н.И. усулида аниқланади (ЎМП меъёр даражаси 2,41 г/л). ЎМП даражаси йўналиши ва яққоллик даражасини аниқлаш мақсадида, олинган натижа меъёр қийматига нисбатан қиёсланиб, индукция индекси (↑ИИ) – кўрсаткичлар кўтарилиш томонга йўналиши ва яққоллик даражаси ўрганилди. Олинган маълумотлар «Excel» ва R-project дастурларидан фойдаланган ҳолда статистик ишлов берилди.

Олинган натижалар: Асосий гуруҳдаги 30 нафар беморларнинг 15 нафарида (50,0%) сальмонеллёз сурункали холецистит, 6,7% ҳолатларда (2) сурункали панкреатит, 8 (27,0%) сурункали колит, 5 (16,7%) сурункали гепатит каби йўлдош касалликлар билан бирга кечган. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 43,3% (13) сальмонеллёзнинг гастроэнтеритик шакли, 30,0% (9) гастроэнтероколитик ҳамда 27,0% (8) энтероколитик шакли, 13,3% (6) беморларда сальмонеллёз енгил, 6,7% (2) да ўртача оғирликда ҳамда 80,0% (24) да оғир даражада кечган. Назорат гуруҳининг 73,3% (22) беморларида гастроэнтеритик ҳамда 27,0% (8) гастроэнтероколитик шакл, 33,3% (10) беморларда сальмонеллёз енгил, 60,0% (18) да ўртача оғир ҳамда 6,7% (2) оғир даражада кечган. Қойка кунлари асосий гуруҳ беморларида ўртача $12,4 \pm 0,6$, назорат гуруҳида эса $11,1 \pm 0,2$ кун бўлди ($P < 0,05$). Ҳолсизлик, кўнгил айниш, қориндаги оғриқ, иштаҳа пасайиши каби белгилар иккала гуруҳ беморларида ҳам 100,0% ҳолатларда кузатилди. Асосий гуруҳ беморларининг 76,6% ҳолатларида нажас суюқ, бадбўй хидли ва шиллиқ аралаш бўлиши кузатилди. 86,7% беморларда ич келиши суткасига 5 тадан 10 маротабагача, 13,3% 5 маротабагача бўлди. Диарея давомийлиги ўртача $9,2 \pm 0,6$ кунни ташкил этди. Назорат гуруҳ беморларининг катта қисмида (66,7%) эса аксинча, ич келиши суткасига 5 маротабагача бўлди. Диарея ўртача $7,9 \pm 0,3$ кун давом этди ($P < 0,05$). Асосий гуруҳ беморларнинг 80,0% (24) да нажас кўп миқдорда, сувсимон бўлган бўлса, 26,7% (8) да нажас кам порцияларда келган. Нажасни қон аралаш бўлиши - 30,0% (9) беморларда кузатилди. Назорат гуруҳ беморларнинг 90,0% (27) да нажас кўп миқдорда, сувсимон, фақатгина 10,0% (3) да нажас кам миқдорда келган. Назорат гуруҳида асосий гуруҳдан фарқ этиб 6,7% да гемоколит кузатилди. Сальмонеллёз оғир кечган 24 нафар асосий гуруҳдаги беморларнинг 20,8% (5) да тери қопламлари рангпарлиги, бурун лаб учбурчаги цианози, тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги каби гемодинамик бузилишлар кузатилди. Назорат гуруҳ беморларига гемодинамик бузилишлар хос бўлмади.

Асосий гуруҳ беморларида ЎМП $8,3 \pm 0,34$ г/л ташкил этди, бунда соғлом кишиларга нисбатан - $\uparrow$ ИИ= $\uparrow 3,4$ маротабани ташкил этди. Назорат гуруҳ беморларида эса ЎМП $3,6 \pm 0,2$ г/л бўлиб, $\uparrow$ ИИ= $\uparrow 1,5$.

Хулоса:

Йўлдош касалликлари билан кечувчи сальмонеллёзда йўлдош касалликлар ҳисобига эндоген интоксикация юқори даражада бўлиб, касаллик асосан гастроэнтеритик (43,3%) ва энтероколитик (27,0%) шаклларда оғир даражада (80,0%), давомий кечади.

Йўлдош касалликларсиз сальмонеллёз эса ўртача даражадаги эндоген интоксикация хос бўлиб, касаллик асосан гастроэнтеритик шаклда (73,3%), ўрта оғир даражада кечади.

ЗАРАЖЕННОСТЬ КИШЕЧНЫМИ ПАРАЗИТАМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Тойчиев А.Х.¹, Наврузов Б.С.², Абдужаппаров С.Б.³, Наврузов С.Н.³, Бадалова Н.С.¹, Осипова С.О.¹

1 – Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз, 2 – Ташкентская медицинская академия, 3 – Республиканский научный центр онкологии, Ташкент, Узбекистан

В течение последних 10 лет сложилась так называемая “гигиеническая” теория, согласно которой паразиты подавляют аутоиммунные и аллергические реакции, и рост аутоиммунных и аллергических заболеваний в развитых странах, включая язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона, связан с низким уровнем заболеваемости

паразитами [Weinstock et al., 2002; Bach, 2002]. Имеется информация, что паразиты подавляют воспалительный процесс при ЯК, вызывая ремиссию [Weinstock, 2012]. Литература о зараженности кишечными паразитами больных колоректальным раком (КР) практически отсутствует.

Целью настоящего исследования было определение зараженности кишечными паразитами больных ЯК и КР.

Материалы и методы. Обследовано 150 больных КР в стадии 2-4 до оперативного вмешательства и химиотерапии, и 70 больных ЯК в стадии обострения. Контрольную группу составляли 200 жителей Ташкента, группу сравнения – 200 больных с различной патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Паразитологическое обследование проводили методом трехкратной копроскопии с использованием формалин-эфирного обогащения по Ritchie et al. (1952). Материал собирали в консервант Турдыева с интервалом в 2-3 дня. Статистическую обработку результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты обследования. У больных ЯК заболеваемость контактными паразитами энтеробиозом и лямблиозом достоверно не отличалась от аналогичных показателей у населения. При этом у них выявлена тенденция к более высокой зараженности *Ascaris lumbricoides* и *Hymenolepis nana* (соответственно для обоих паразитов $7,1 \pm 3,0\%$ при $2,0 \pm 0,9\%$ у населения ($P > 0,05$)). Поскольку все больные ЯК были обследованы в период обострения, ожидался достоверно более низкий уровень заболеваемости паразитами, таким образом, наши данные не укладываются в “гигиеническую” теорию.

Наиболее грозным осложнением ЯК является КР, поэтому сравнительная характеристика зараженности кишечными паразитами этих двух групп представляла существенный интерес. У больных КР заболеваемость лямблиозом и энтеробиозом была на уровне соответствующих показателей в группе сравнения. Аскаридоз выявлялся у больных КР и ЯК с одинаковой частотой, соответственно у $5,3 \pm 1,8\%$ и $7,1 \pm 1,3\%$ с выраженной тенденцией к повышенной зараженности аскаридами, но носящей недостоверный характер. Заболеваемость гименолепидозом у больных КР и в группе сравнения достоверно не отличалась, при этом она была в 10 раз ниже, чем у больных ЯК: $0,7 \pm 0,7\%$ и $7,1 \pm 3,0\%$ $P < 0,05$. Трактовать эти различия сложно, очевидно, что восприимчивость больных ЯК к *Hymenolepis nana* значительно выше, чем у больных КР, и *H. nana*, несмотря на индуцируемый ими выраженный Th2-ответ (Asano, Muramatsu, 1997), не повлияли на развитие обострения у больных ЯК.

Если на экспериментальных моделях ЯК, вызванного химическими соединениями с заражением их гельминтами, позитивный эффект паразитов носит стабильный характер (Vegas-Sanchez et al., 2015), то в последнее время в работах, анализирующих клинические данные, стали появляться противоречивые данные, указывающие на отсутствие индуцирования гельминтами ремиссии у больных ЯК и необходимость дальнейших исследований этой проблемы (Garg et al., 2014).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НА ФОНЕ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОГО ИЕРСИНИОЗА

Тухтаев А.А., Абдуллаев Т.У., Тешаев А.У.

*Бухарский Государственный медицинский институт, Бухарская областная детская
инфекционная больница, г. Бухара.*

В последние годы особый интерес представляет изучение клинко-патогенетических особенностей ВГВ при его сочетанном течении с другими инфекционными и соматическими заболеваниями. Выявление в качестве сопутствующей патологии таких назологических форм, как хронический тонзиллит, неспецифические язвенные колиты, гельминтозы, острые респираторные заболевания, лямблиоз кишечника способствуют развитию тяжелых форм ВГВ.

С целью изучения клинко-аллергических проявлений ВГВ на фоне сочетанного течения кишечного иерсиниоза были обследованы 100 больных (ВГВ+кишечный иерсиниоз-50, ВГВ-50). Диагноз основывался на результатах комплексного анализа эпидемиологических и анамнестических данных, клинических проявлениях болезни и лабораторных исследований. Верификация вирусного гепатита В проводилась определением маркеров HBV (HBsAg, HBeAg, IgM анти-HBc и анти-HBe), при отрицательных результатах маркеров HDV-инфекции. Диагноз кишечного иерсиниоза устанавливали на основании серологических (РА, РПГА, Ко-АГА) и бактериологических исследований. Серологические реакции осуществлены в динамике инфекционного процесса (в разгар болезни и в период реконвалесценции).

Возраст обследованных больных составлял от 16 до 60 лет. Среди больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечного иерсиниоза мужчин было 27(54%), женщин-23(46%). У пациентов ВГВ без сопутствующего иерсиниоза выявлены следующие цифровые данные: 30(60%) и 20(40%), соответственно. У 12 (24%) больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечного иерсиниоза заболевание протекало в легкой, у 20 (40%)- в среднетяжелой, у 18(36%) в тяжелой формах. В отношении больных с ВГВ (моноинфекцией) получены следующие данные: 16 (32%), 24 (48%) и 10 (20%), соответственно. Сравнительно изучены продолжительность симптомов интоксикации у больных микст- и моноинфекцией ВГВ. Такие симптомы, как общая слабость, нарушение сна, головные боли, снижение аппетита и рвота достоверно дольше продолжались у больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечного иерсиниоза, чем у больных ВГВ (моноинфекцией).

Нами были изучены аллергологические симптомы в разгар болезни.

Проведенные исследования показали, что у больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечного иерсиниоза отмечены кожные высыпания – $42,0 \pm 6,9\%$, кожный зуд – $62,0 \pm 6,9\%$, заложенность носа – $34,0 \pm 6,7\%$, першение горла – $22,0 \pm 8,0\%$, артралгия – $40,0 \pm 6,9\%$, конъюнктивит – $8,0 \pm 3,8\%$, эозинофилия – $76,0 \pm 6,0\%$ случаев.

У больных ВГВ наблюдались следующие показатели: кожные высыпания – $18,0 \pm 5,4\%$, кожный зуд – $29,0 \pm 6,0\%$, заложенность носа – $8,0 \pm 2,8\%$, першение горла – $8,0 \pm 3,8\%$, артралгия – $22,0 \pm 5,9\%$, конъюнктивит – $4,0 \pm 2,8\%$, эозинофилия – $2,0 \pm 1,4\%$.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно утверждать, что ВГВ на фоне сочетанного течения кишечного иерсиниоза в большинстве случаев протекает в среднетяжелой и тяжелой формах. Основные клинические симптомы интоксикации дольше продолжались у больных ВГВ на фоне сочетанного течения кишечного иерсиниоза, а симптомы аллергического состояния также больше встречались при микстинфекции.

КЎКЎЎТАЛ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН УЧ ЁШГАЧАБЕМОР БОЛАЛАРДА КЛИНИК СИМПТОМЛАРИНИНГ УЧРАШ ДАРАЖАСИ

Умиров Ў.Ж., Худайкулова Г.К., Бегматов Б.Х.,

Тошкент Тиббиёт Академияси

Ҳозирги вақтгача кўкўўтал касаллиги жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти олдидаги жиддий муаммолардан биридир. Кўкўўтал бутун дунёда кўкрак ёшидаги болалар ичида моноинфекция сифатида 10,5% ҳолатларда летал оқибат сабаби ҳисобланади. Оғир кечиш ва ўлим ҳолатлари, асосан чақалоқ ҳаётининг биринчи ҳафта ва ойларида кузатилади. Ривожланган мамлакатларда кўкўўтал билан касалланган болаларда бронхопневмония асорати тахминан 6% ҳолларда учраса, кўкрак ёшидаги ва 6 ойгача бўлган болаларда эса бу асорат даражаси 4 баробар кўп кузатилади.

Тадқиқот мақсади: Кўкўўтал билан касалланган бемор болаларда клиник симптомлари учраш даражасини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Кузатув материаллари Тошкент Тиббиёт Академияси III клиникаси «Болалар юқумли касалликлари» кўкўўтал бўлимида 2015 йилларда даволанган беморлар таҳлил қилиб ўрганилди. Кузатувга 50 нафар уч ёшгача бўлган болалар олинди. Қўйилган мақсадга мос ҳолда бемор болалар 4 гуруҳга ажратилиб ўрганилди: 0-3 ойгача бўлган болалар 10 нафар (20%), 3-6 ойгача болалар 14 нафар (28%), 6-12 ойлик 18 нафар (36%), 1-3 ёшгача 8 нафар (16%)ни ташкил қилди. Бемор болаларда клиник-эпидемиологик, бактериологик, лаборатор ва инструментал (кўкрак қафаси рентгенографияси) текширувлари ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳакама қилиш: Болаларни ёши бўйича гуруҳларга ажратилган ҳолда клиник симптомларнинг учраши таҳлил қилинди. 1-гуруҳда холсизлик 7 нафарида (70%), реприз 6 нафарида (60%), давомли хуружли йўтал 8 нафарида (80%), хуруж вақтида юз қизариши 7 нафарида (70%), хуруж вақтида юз кўқариши 4 нафарида (40%), хуруж вақтида апноэ 3 нафарида (30%) кузатилди. 2-гуруҳда холсизлик 9 нафарида (64,3%), реприз 7 нафарида (50%), давомли хуружли йўтал 11 нафарида (78,6%), хуруж вақтида юз қизариши 8 нафарида (57,1%), хуруж вақтида юз кўқариши 5 нафарида (35,7%), хуруж вақтида апноэ 3 нафарида (21,4%) кузатилди. 3-гуруҳда холсизлик 9 нафарида (50%), реприз 7 нафарида (39%), давомли хуружли йўтал 13 нафарида (72,2%), хуруж вақтида юз қизариши 9 нафарида (50%), хуруж вақтида юз кўқариши 3 нафарида (16,7%), хуруж вақтида апноэ 2 нафарида (11%) кузатилди. 4-гуруҳда холсизлик 3 нафарида (37,5%), реприз 3 нафарида (37,5%), давомли хуружли йўтал 5 нафарида (62,5%), хуруж вақтида юз қизариши 4 нафарида (50%), хуруж вақтида юз кўқариши 1 нафарида (12,5%), хуруж вақтида апноэ симптоми кузатилмади. Бундан кўриниб турибдики гуруҳларида касалликка хос бўлган оғир клиник белгилар 1-гуруҳда, яъни ёши бўйича энг кичик (3 ойгача бўлган) болалар орасида юқори кўрсаткичларда кузатилиши аниқланди.

Хулоса: Кўкўўтал касаллигига хос бўлган клиник белгилар (реприз, апноэ, давомли хуружли йўтал, хуруж пайтида цианоз) 3 ойгача бўлган болаларда кўпроқ намоён бўлганлиги аниқланди.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА GNB3 ГЕНА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ОТВЕТА НА ПРОТИВОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Усманова Г.З.

НИИ Вирусологии МЗ РУз

Введение. Недостаточная эффективность этиотропной терапии у некоторых пациентов обуславливает постоянный интерес специалистов к поиску причин различного вирусологического ответа на лечение инфицированных вирусом гепатита С. Хотя лечебный ответ у ВГС инфицированных пациентов больше обусловлен генотипом вируса, существуют генетические факторы человека, оказывающие важное влияние на течение заболевания и терапевтический эффект у инфицированных 1-м генотипом ВГС.

Цель. Определить зависимость эффективности лечения ВГС от полиморфизма гена GNB3.

Материалы. В исследование включено 43 пациента с ВГС 1-го генотипа. Больные были обследованы на наличие полиморфизма C825T гена GNB3 с помощью ПЦР. Пациенты, разделенные на две когорты относительно наличия полиморфизма, получали лечение регистрированным интерфероном альфа-2а в комбинации с рибовирином в течении 24 недель. Конечной точкой оценки эффективности было наличие стойкого вирусологического ответа (СВО) в течении 6 месяцев после окончания лечения.

Результаты. Среди 43 пациентов полиморфизм гена GNB3 отмечался у 15 (34,8%), эти пациенты были включены в опытную группу, у 28 полиморфизм гена не отмечалось, эти пациенты составили контрольную группу. По истечении наблюдения СВО отмечался в опытной группе у 4 (26,6%) пациентов, а в контрольной группе у 21 (75%) пациента. При этом относительный шанс положительного исхода при отсутствии полиморфизма составляет ОШ = 8,25 95% ДИ (1,97-34,4), $p=0,003$

Закключение. Результаты данных показывают, что определение генетического полиморфизма гена GNB3 позволяют использовать его для прогнозирования исхода лечения вирусного гепатита С. Так при отсутствии генетического полиморфизма вероятность положительного ответа на лечение, статистически достоверно повышается более чем в 8 раз. Хотя необходимо отметить, что четверть пациентов с наличием генетического полиморфизма отвечают на лечение.

БОЛАЛАР ЎТКИР РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАМРОҲ ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ КЛИНИК -ИММУНОЛОГИК ТАВСИФИ

Худойдодова С.Г.

Бухоро Давлат Тиббиёт институти Ўзбекистон

Болалар орасида респиратор касалликларнинг жуда кенг тарқалганлиги ва ўлим даражаси салмоғининг юқорилиги тиббиёт амалиётидаги долзарб муаммолардан биридир. Ушбу касалликларнинг оғир ва асоратлар билан кечиби, болалар ўлимига сабаб бўлиши айрим латент ва сурункали кечадиган вирусли инфекцияларнинг клиник-иммунологик таъхисоти ўтказилмаганлигига боғлиқдир.

Мақсад: оғир ва асоратлар билан кечадиган ўткир респиратор касалликларга чалинган болаларда ҳамроҳ касалликларни клиник-иммунологик таҳлилини ўрганиш.

Вилоят болалар юкумли касалликлар касалхонасига ўткир респиратор инфекция таъхиси ва цитомегаловирус серопозитив натижаси билан даволанган 1-3 ёшдаги 67 нафар бемор болалар кузатув остига олинди. Касаллик оғир ва асоратлар билан

кечганда, асосий симптомларидан бири иситманинг давомийлиги, ушбу беморларда қўшимча текширишлар ўтказишга асос бўлди. Шунингдек олиб, кузатув остидаги бемор болаларда асосан латент ҳамда билинар-билинемас белгилар билан намоён бўладиган цитомегаловирус (ЦМВ) инфекциясининг клиник ва иммунологик таҳлили ўрганилди. Таъхисни тасдиқлаш учун бемор болаларда стандарт асосида клиник ва лаборатор таҳлиллар, қон зардобиди цитомегаловирус қарши IgM ва IgG антитаначалари иммунофермент анализ (ИФА) ёрдамида текширилди. Бундан ташқари назоратдаги бемор болаларда умумклиник ва биохимик таҳлиллар: қон, сийдик, нажас таҳлили ва инструментал текширувлардан ультратовуш текшируви (УТТ), кўрсатма асосида кўрак қафаси рентгенографияси ўтказилди.

Кузатувимиздаги бемор болаларда клиник белгилардан иситма, умумий ҳолсизлик, иштаҳа пасайиши, таъсирчанлик каби умумий заҳарланиш симптомлари билан бир қаторда респиратор синдром белгилари ҳам қайд этилди.

Кузатувимиздаги бемор болалар қон зардобиди иммунофермент усули билан таҳлил қилинганда қуйидаги натижалар олинди. Текширилган беморларнинг I-гурух 29 (43,3)% ида цитомегаловирусли инфекция IgM мусбат, II-гурух 38 (56,7%) беморларида эса IgG мусбат натижа берди. Кузатув остидаги 2 бемор болаларда (I-гурух) IgM қайта аниқланиш натижаси кузатилди. Бу 2 нафар бемор болаларда ўтказилган анамнестик ва клиник текширувлар цитомегаловирус инфекциясининг реактивациясига сабаб глюкокортикостероид терапия олганлиги аниқланди ва бу беморларда иммунотанқислик касалликлари топилмаган. I-гурух бемор болаларининг 17 (58,6%) нафарида энцефалик белгилари ва 7 нафар (24,1 %) бемор болаларда жигар зарарланишининг клиник, лаборатор ва инструментал белгилари аниқланди.

Хулоса: болаларда ўткир респиратор инфекция ва ўткир респиратор вирусли инфекция касалликлари клиник жиҳатдан оғир ва асорат билан кечганда, иситма узок давом этганда TORCH- гурухидаги цитомегаловирус ва бошқа болаларда учрайдиган, латент, билинар-билинемас кечадиган инфекцияларни клиник-иммунологик таҳлилини ўтказиш зарурдир. Цитомегаловирус инфекциясининг реактивациясини олдини олиш мақсадида глюкокортикостероид дори воситаларини асосли қўллаш ва бу терапиядан сўнг иммун тизимини назорат этиш зарур.

ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ КИШЕЧНЫЕ ПАЛОЧКИ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ У ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ДИЗЕНТЕРИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ ЛЯМБЛИОЗОМ

Шайкулов Х.Ш., Юсупов М.И.

*Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.*

В настоящее время в литературе высказывается большинство случаев причиной поносов бактериальной этиологии являются кишечные палочки (Бондаренко М.В., Лиходед В.Г. 2011г). Такая постановка вопроса безусловно должна привлечь внимание. В литературе появляются данные и о том, что у взрослых при кишечных расстройствах происходит изменение свойств кишечной палочки, появляется большое количество гемолитических особей.

Мы изучили свойства кишечных палочек при острой дизентерии, отягощенной лямблиозом, у 70 взрослых больных; у 46 из них диагноз был подтвержден бактериологическим методом. По возрасту больные распределялись; от 16 до 40 лет - 49, от 40 до 60 лет - 17, старше 60 лет - 7. От всех больных для изучения до и после лечения было выделено по 700 культур кишечной палочки. Среди культур выделенных до лечения, гемолитических оказалось 235 или 33,5%, а среди выделенных после окончания лечения -115, или 16,4%. Ферментировали сахарозу

26% культур, выделенных до лечения, после лечения-20%. Трипафлавинотрицательных культур среди выделенных до лечения было 24%, после лечения только 11,3%. Для выяснения влияния лямблий на изменчивость кишечных палочек при острой дизентерии мы выделили от 10 больных острой дизентерией, не осложненной лямблиозом из отдельных колоний 100 культур и такое же количество культур после окончания лечения. Среди первых гемолитических оказалось 16%, среди вторых только 5%.

Эти данные позволяют заключить, что наличие в кишечнике дизентерийного процесса способствует появлению гемолитических кишечных палочек. При осложнении острого дизентерийного процесса наличием в кишечнике лямблий, количество гемолитических кишечных палочек еще более возрастает.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Шарапова Г.М., Касымов И.А., Рахматуллаева Ш.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан.

Цель настоящего исследования - сравнительное изучение клинического течения сальмонеллеза у детей раннего возраста в зависимости от исхода заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 71 больных сальмонеллезом в возрасте от 6 мес до 3 лет, госпитализированных в детскую инфекционную больницу № 4 г. Ташкента. Для сравнительного изучения клинических проявлений острого периода сальмонеллеза вошли больные без обострения (59 детей) с клиническим выздоровлением после проведенного лечения и выпиской из стационара на 6-9 день госпитализации и пациенты с последующим развитием обострения заболевания (22 ребенка). Среди детей в группе больных без обострения 26 (44,1%) были до 1 года, 33 (55,9%) - от 1 до 3 лет. Среди детей в группе больных с обострением 16 (72,7%) были в возрасте до 1 года, 6 (27,3%) - в возрасте 1-3 года. Диагноз сальмонеллеза подтвержден бактериологическим исследованием кала, проведенных в первые сутки поступления в стационар.

Результаты исследования. Гипертермия зарегистрирована у 76,2% больных без обострения и 54,5% больных с обострением ($p>0,05$) и длительность фебрильной температуры преобладала над таковой у больных с обострением ($4,2\pm0,4$ дня против $2,9\pm0,3$ дня; $p<0,05$). В группе больных без обострения отмечен более выраженный диарейный синдром по частоте ($8,2\pm0,8$ раз в сутки против $6,1\pm0,4$ раз в группе больных с обострением; $p<0,05$). Кроме того, признаки гемоколита регистрировались только у больных без обострения (50,8%) продолжительностью $2,2\pm0,4$ дня. У 3,4% пациентов без обострения развился нейротоксикоз, у 1,7% - инфекционно-токсический шок. Продолжительность пребывания в стационаре у пациентов без обострения составила в среднем $7,3\pm0,45$ койко-дня, у пациентов с обострением - $6,3\pm0,51$ койко-дня ($p>0,05$).

Обострения заболевания наблюдалось у 22 (27,2%) больных детей и развивалось на 2-12 день после выписки из стационара. При этом нарушений рекомендаций врача по соблюдению диеты не отмечалось ни у одного из обследованных детей. Не выявлено достоверной разницы в тяжести течения, по полу, по характеру вскармливания, по локализации инфекционного процесса и по частоте выявляемости других сопутствующих заболеваний (ОРВИ, бронхит, пневмония, алергодерматит, клебсиеллезная, стафилококковая инфекции) в обследуемых группах. Достоверно отличались эти группы лишь по возрасту. Из 22 больных, у которых сальмонеллез протекал с обострением, 16 детей (72,7%) были младше одного года.

При повторном бактериологическом исследовании кала на фоне исчезновения клинических симптомов и подготовке к выписке из стационара больных положительный рост возбудителя был получен у 15,3% больных без развития в последующем обострения и у 40,9% больных, у которых после выписки из стационара на 2-12 день развилось обострение сальмонеллезной инфекции ($p<0,05$).

Таким образом, проведенный клинический анализ позволяет заключить, что в обследованных группах детей в остром периоде заболевания достоверных клинических признаков, взаимосвязанных с последующим развитием обострения, не обнаружено. Изучение клинической картины сальмонеллеза в зависимости от исхода болезни позволило говорить о менее выраженном и непродолжительном течении заболевания в острый период болезни у детей с последующим развитием обострения. Единственным, достоверно обусловленным фактором, взаимосвязанным с возможностью развития обострения сальмонеллезной инфекции, является возраст ребенка до одного года.

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ВЕРОЯТНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Эгамова И.

НИИ Вирусологии МЗ РУз

Вирусные гепатиты являются эндемичными заболеваниями в Узбекистане, являясь причиной большого числа заболеваний и экономического бремени ежегодно. Вирусные гепатиты отличаются длительным, хроническим и бессимптомным течением, приводящие к выявлению их на стадии развития осложнений. Цирроз печени наиболее грозной и наиболее частое осложнение вирусных гепатитов, развивающийся у 20-30% инфицированных. На поздних стадиях цирроза терапевтические тактики значительно ограничены вплоть до пересадки печени, но ранних стадиях, процесс может быть остановлен и в некоторых случаях наблюдается обратные процессы. Таким образом, решение бремени циррозов в Узбекистане является раннее выявление и лечения циррозов. Для понимания проблемы циррозов необходимо изучить существующую практику выявления циррозов в практическом звене здравоохранения. С этой целью был организован ретроспективный надзор за выявляемостью циррозов.

Материалами исследования явились медицинские записи амбулаторно-поликлинического отделения НИИ вирусологии за период с 2011 по 2015 года. Критериями обора были пациенты с хроническими вирусными гепатитами различной этиологии, обратившиеся по причине циррозов, классификацию которых проводили соответственно шкале Child-Pugh. Циррозы, соответствующие классу А по шкале Child-Pugh, определялись нами как ранние формы цирроза. Результаты амбулаторно-поликлинического отделения соответствуют данным по обращаемости, т.е. пассивной системе надзора. В исследовании не использованы данные госпитализации, т.к. госпитализируются в основном тяжелые случаи, что приведет к завышению данных о тяжести заболевания.

Результаты. Всего за указанный период в НИИ вирусологии было зарегистрировано около 4500 случаев циррозов печени, ежегодно число выявленных случаев увеличивается. Так количество случаев, зарегистрированных с 2011 года увеличилось почти в 4 раза. В структуре тяжести поражения 38% всех случаев советовали классу А, 48% классу В и 15% классу С. Доля случаев цирроза класса А со временем увеличивается с 30% в 2011 году до 40,6% в 2015. Ранние циррозы наиболее часто отмечались при хроническом гепатите С – 49% и гепатите В+D – 39,8%. Доля

вирусного гепатита В составила 8,7%. Частота выявления ранних форм была различна по нозологиям и по времени. Так, при гепатите С, выявление ранних форм увеличилось с годами с 35% до 39%, при гепатите В+D с 30% до 43,7%, но значительно увеличение отмечается при вирусном гепатите В с 14% до 36,2%.

Закключение. Несмотря на рост выявляемости ранних форм цирроза печени, доля их остается недостаточной для контроля бремени данного заболевания. Высокая доля гепатита D и гепатита С в структуре циррозов объясняется скоростью развития цирроза после заражения. Увеличение роли гепатита В указывает на развивающуюся проблему. Ожидается что доля циррозов при гепатитах В с годами значительно увеличится.

БОЛАЛАРДА ЭНТЕРОВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ СЕРОЗЛИ МЕНИНГИТЛАРНИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ

Эргашева М. Я.

*Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Вирусология ИТИ,
Тошкент, Ўзбекистон*

Тадқиқотнинг долзарблиги. Асаб тизимининг умумий патологияси таркибида инфекцияларнинг кўрсаткичи 40 % атрофида ташкил этади [Лобзин Ю.В., Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н., 2003й]. Бунда менингитлар ва менингоэнцефалитлар нейроинфекцион касалликларнинг энг кўп учрайдиган клиник формалари ҳисобланади. Муаммонинг долзарблиги вирусли этиологияли менингитлар ҳақида эпидемиологик маълумотларнинг камлиги, менингитлар ва энцефалитларни чакирувчи этиопатоген спектрнинг кенгайиши билан ҳам белгиланади. Сўнгги ўн йиллик давомида дунёнинг аксарият мамлакатларида серозли менингитлар билан оғриган беморлар сони ошганлиги кузатилмоқда [Сорокина М.Н., Скрипченко Н.В., 2004й]. Халқаро маълумотларга кўра вирусли менингитларнинг 80-92% энтеровирусли менингитлар ташкил қилади [Иванова Р. А., Кривошеенко М., Тимченко В. Н., 2010й].

Тадқиқот мақсади: Болаларда энтеровирус этиологияли серозли менингитларнинг клиник-лаборатор хусусиятларини ўрганиш.

Материаллар ва усуллари: Бизнинг кузатувимиз остида 2011йилдан - 2014 йилгача Самарқанд вилояти юқумли касалликлар шифохонасида "серозли менингит" ташхиси билан 60 бемор кузатилган. Беморлар тўлиқ клиник ва лаборатор яъни молекуляр генетик усул-полемераза занжирли реакция (ПЗР) ўтказилган ва 16 беморда энтеровируслар аниқланган.

Тадқиқот натижалари: Текширилган беморлар ёшига кўра қуйидагича тақсимланди: 3 ёшгача болалар - 2 (12,5%) бемор, 3 ёшдан 7 ёшгача - 4 (25%) бемор, 7- 14 ёшгача 10 (62,5%) беморлар ташкил этади. Энтеровирусли менингит (ЭВМ) билан касалланганларнинг аксариятини мактаб ёшидаги болалар (7ёшдан 14 ёшгача) - 10 (62,5%) бўлиб, беморлар жинси бўйича тақсимланганда қизлар 5 (31,2%), ўғил болалар 11 (68,8%) ташкил этади. Беморлар асосан ёз ва куз ойларида мурожаат этишган бўлиб, 10 (62,5%) шаҳар, 6 (37,5%) қишлоқ аҳолисига тўғри келади. ЭВМ билан касалланган беморлар сезиларли даражада касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлгач икки сутка давомида мурожаат қилган (48 соат ичида 10 (62,5%) бемор, 48 соатдан сўнг 4 (25,0%) бемор). Кўп ҳолларда 12 (75,0%) беморларда касаллик ўткир, 4 (25,0%) беморларда аста-секинлик билан бошланган. Касалхонага қабул қилинган 13 (81,3%) беморларда бош оғриғи, қайт қилиш ва иситма каби аломатлар учлиги қайд этилди. Беморларнинг 9 (56,3%) да менингитнинг клиник белгилари юқори нафас йўллариининг катарал белгилари фонида юз берган. Барча беморларда интоксикациянинг астения белгиси яъни ҳолсизланиш, иштаҳанинг йўқлиги ёки

пасайганлиги, уйқучанлик, инжиқлик ва кўп йиғлаш кузатилди. Беморларнинг ҳаммасида тана ҳароратини кўтарилиши бўлиб, улардан 3 (18,8%) беморларда тана ҳарорати 38,5° дан зиёд кўтарилмаган бўлса, 12 (75,0%) беморларда тана ҳарорати юқори фебрил даражада эди. Барча кичик ёшдаги болаларда фебрил иситма кузатилди. Беморларнинг аксарияти 13 (81,3%) тарқалиб бораётган, локализацияси аниқ бўлмаган бош оғришига, кичик ёшдаги болалар доимий бир хилдаги чинқириб туришига шикоят қилиши қайд этилган. Барча беморларда энса мушаклари регидлиги, 10 (68,8%) беморларда Керниг белгиси мусбатлиги ва 8 (50,0%) беморларда Брудзинский белгиси (ўрта ёки пастки қисмига) мусбатлиги аниқланди. Уларнинг бир нафарида (6,25%) бош миянинг ўчоқли белгилари яъни нистагм, талваса, тилнинг девиацияси ва бармоқ-бурун синамаси тўғри бажараолмаслиги кузатилди. ЭВМ билан мурожаат этган беморларнинг тўртдан бир қисми (25,0%) йилига 4-6 марта ўткир респиратор инфекция билан касалланиб, "тез-тез касал бўладиган болалар" категориясига кириши, 2 (12,5%) беморда марказий асаб тизимини перинатал зарарланиши билан невропатолог диспансер назоратида турганлиги аниқланди. Орқа мия пункцияси ўтказилганда барча беморларда орқа мия суюқлиги тиниқ, босим остида чиққанлиги, оксил 3 (18,75%) беморда нормал, 11 (68,75%) беморда 0,495 дан 0,99 г/л, 2 (12,5%) беморда 1,0 – 3,3 г/л гача кўтарилганлиги кузатилди. Орқа мия суюқлигида хужайра таркиби 7(43,75%) беморларда лимфоцитар плеоцитоз (20 дан 100 гача хужайра 1 мкл да), 8(50,0%) беморда цитоз 300 гача хужайра 1 мкл да , 1 (6,25%) беморларда цитоз 800 гача хужайра 1 мкл да ва кўп ҳолларда қолдиқ синамалардан Панди, Нонне-Апельт мусбатлиги, хлоридлар ва қанд миқдори ўзгармаганлиги аниқланди. Қоннинг умумий таҳлили текширилганда барча беморларда ноаниқ этиологияли ҳар хил даражадаги камқонлик, лимфоцитоз 50% гача лимфоцитлар 9 (56,25%) беморда, 60%гача лимфоцитлар 7 (43,75%) беморда кузатилди. Лейкоцитлар ўзгариши: нормоцитоз – 11 (68,75%) беморда, қолганларида 5 (31,25%) лейкоцитлар 15×10^9 /л гача кўтарилган. Беморларнинг (50,0%) да ЭЧТ кўтарилганлиги, қолган беморларда меёрида эканлиги аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда, юқоридаги клиник-лаборатор текширишларга асосланиб, ЭВМ асосан мактаб ёшидаги болаларда учраши, қизларга нисбатан кўпроқ ўғил болалар касалланиши ва мавсумийлиги ёз-куз фаслларида тўғри келиши билан характерланади. ЭВМ барча беморларда ноаниқ этиологияли камқонлик фонида кечган.Периферик қонда лимфоцитоз ва ЭЧТ ошганлиги кузатилди. Кўп ҳолларда орқа мия суюқлиги тиниқ булиб, цитоз лимфоцитар характерга эга бўлган. Таҳлилимиз шуни кўрсатдики ўтказилган даво муолажалар касаллик кечишига ижобий натижа бериб, оқибатида барча беморлар қониқарли аҳволда уйга жавоб берилган.

ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ.

Юлдашев Т.А., Мулладжанова К.А., Юльчибаев М.Р., Соломонник О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Сальмонеллёзная инфекция особенно высока заболеваемость у детей первых лет жизни. По материалам областной клинической инфекционной больницы г. Андижана доля сальмонеллеза составляет 4,8 – 7,4 % (в среднем 5,7%) от всех больных, выписанных из кишечных отделений больницы за 2011-2015 гг.

Цель исследования. Изменения периферической крови при сальмонеллезе у детей до 3 лет.

Материалы и методы исследования. Нами проанализирована 150 истории болезни детей сальмонеллезной инфекцией. Обращает на себя внимание высокая заболеваемость детей до 1 года, она составила 1,8% от числа детей этого возраста. Чаще болели дети в возрасте 6-12 мес-35,6%. У 64,9% больных преобладающий фон был отягощенным. В анамнезе отмечали энцефалопатии (12 детей), малая масса при рождении (11), расстройства питания (78), рахит I. II степени (37), экссудативный диатез (12).

Гастроэнтеритическая и гастроэнтеро-колитическая форма отмечались у 34% детей, преимущественно в возрасте 1-3 года (51,7%). Энтеритическая форма сальмонеллеза была преобладающей во всех возрастных группах, особенно у детей в возрасте 6-12 мес.(30%), энтероколитическая и колитическая формы преобладали у детей с 1 года до 3 лет (51,8%). Гастритическая форма отмечалась только у детей старше 3 лет. Заболевание протекало преимущественно в среднетяжелой форме (60,5%), несколько чаще у детей в возрасте с 1 года до 3 лет (67,8%). Тяжелое течение было у 22,1% больных у детей 6-12 мес.-32,8%; легкая форма зарегистрирована в 17,3%; причем у детей старше 3 лет-в 50% случаев. У детей в возрасте до 1 года наблюдается выраженная склонность к длительному течению заболевания.

Результаты и обсуждение. Изменения в периферической крови были различны в зависимости от тяжести заболевания и возраста ребенка. Нейтрофилез со сдвигом влево отмечали у 54,2 больных причем при легкой форме – 48,9% (более выражен у детей старше 3 лет – 25,5%), при среднетяжелой форме – 56,1% и тяжелой – 53,3%, при этих формах более высокий нейтрофиллз был у детей 1-3 лет.

Лейкоцитоз выше $10,0 \times 10^9/\text{л}$ был у 32,1 % больных, по формам тяжести соответственно 23,4%, 29,3%, 46,6%, при легкой и тяжелой формах более выражен у детей в возрасте с 6-12 мес. Анэозинофилия встречалась в 13,3% при легкой – 0,7%, среднетяжелой- 12,8%, тяжелой – 20%. СОЭ выше 20 мм/ч – в 28%, соответственно по формам 15%; 17,7%; 23,3%;

Выводы. Больные сальмонеллезом, по данным Андижанской областной клинической инфекционной больницы составляют 5,7% от больных кишечных отделений. Изменение периферической крови как нейтрофилез, лейкоцитоз, анэозинофилия и повышение СОЭ были соответственно по формам заболевания. При легкой форме пониженные показатели, а при средне-тяжелых и тяжелых формах повышенные показатели периферической крови при сальмонеллезной инфекции у детей до 3 лет.

СВОЕОБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ФОРМАХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Юлдашев Т.А., Мулладжанова К.А., Соломонник О.Н., Орипова Ж.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Все чаще стал выявляться сальмонеллез у детей, сочетанный с различными заболеваниями, влияющими на течение и исход заболевания. В последнее время начали регулярно регистрировать вспышки сальмонеллеза в лечебных учреждениях, особенно в педиатрических, гериатрических, психиатрических и родильных отделениях, вызвано это устойчивыми к антибиотикам штаммами сальмонелл. Вспышки могут продолжаться длительное время и часто сопровождаются высокой летальностью.

Цель исследования: Выяснение особенности клинического проявления при сальмонеллезе и его сочетанных формах со стафилококковой инфекцией, эшерихиозом, дизентерией и другими инфекциями вызванными условно-патогенной флорой.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 233 ребенка преимущественно раннего возраста с сочетанными формами сальмонеллеза, у которых в динамике определяли титры сальмонеллезных антител (LgG, LgM, LgA) с помощью ИФА. Одновременно провели бактериологические исследования кала у больных, при которых выявляли сочетанные формы с другими кишечными инфекциями. Контрольную группу составили 200 детей с сальмонеллезом, вызванным *S.typhi murium*, преимущественно в желудочно-кишечной форме (87,5%, реже в атипичной форме-2,5%, тифоидной 3%, субклинической 7%). Среди наблюдаемых 104 детей со смешанной формой заболевания (сальмонеллез и стафилококковая инфекция) в 2,5 раза чаще, чем при сальмонеллезе встречали тяжелые формы $39,4 \pm 4,7\%$ - $15 \pm 3,7\%$, в 3 раза чаще отмечали подострое и хроническое течение процесса (67,3% и 15,4% против 21,4 и 4%).

Результаты и обсуждение. Смешанные формы характеризовались более длительной лихорадкой, чем моноинфекция. Смешанный процесс характеризовался более длительной лихорадкой. Средняя продолжительность температурной реакции была в 2,5 раза больше, чем при моноинфекции $17,7 \pm 0,9$ против $7,7 \pm 2,2$ дня. Сочетанное течение сальмонеллеза со стафилококковой инфекцией сопровождается частым поражением органов дыхания, в частности, пневмонией $56,7 \pm 1,8$ против $23,5 \pm 2,9\%$. Чаще отмечали увеличение печени $66,3 \pm 4,6\%$ против $51,0 \pm 3,5\%$ и селезенки $65,4 \pm 4,6\%$ против $31,0 \pm 3,2\%$.

Сальмонеллез, сочетанный с кишечной коли-инфекцией, вызванной ЭПКП 055, 0111, 026, 0124, 019 (64 человека) в 96,9% случаев протекало в желудочно-кишечной форме и у 3,1% в субклинической форме. При этом имелось большое число тяжелых форм, чем при сальмонеллезе, особенно в группе детей первого полугодия жизни. Сочетанное течение сальмонеллеза и дизентерии Зонне наблюдалось у 55 детей и протекало при высокой и фебрильной температуре (71%), поражением желудочно-кишечного тракта. Часто наблюдали ухудшение аппетита- 85,4% против 69,8%, боли в эпигастральной области-48,3%, урчание. Метеоризм, более частое и значительное поражение толстого кишечника, спазм сигмовидной кишки-76,3. При сочетанных формах вызванных сальмонеллезом и условно-патогенной формой чаще встречали более тяжелые формы, с длительной и выраженной интоксикацией.

Выводы. Таким образом, заболевания вызванные сальмонеллами в сочетании с другими патогенными и условно-патогенными бактериями, протекали значительно тяжелее и длительнее, чем соответствующая моноинфекция; они отличались более выраженной интоксикацией, лихорадкой, более длительным и глубоким поражением желудочно-кишечного тракта, склонностью к затяжному течению.

ВОЗДЕЙСТВИЕ АНТИБИОТИКОВ НА ЭНТЕРОКОККИ ГОСПИТАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Юлдашева Х.А., Шадманова Н.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Антибиотикотерапия энтерококковых инфекций представляет серьезные проблемы, поскольку энтерококки обладают природной устойчивостью ко многим антимикробным препаратам.

Цель: определить резистентность энтерококков госпитального происхождения к антибиотикам разных групп.

Методы. Выделение энтерококков проводили на желчно-эскулиновой селективной среде, идентификацию согласно Руководства Bergey's (1997, 2004), определение антибиотикограмм общепринятым диско-диффузионным методом

(ДДМ) на среде Мюллер-Хинтона. Культуры выделялись от больных с нозокомиальной инфекцией Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (реидентификация сохраненных культур проводилась в 2012г.).

Результаты. Всего было выделено 84 каталазоотрицательных грамположительных эскулинредуцирующих кокков. Из них 75 были идентифицированы как spp.*Enterococcus*: 45 штаммов *E.faecalis*, 11 – *E.faecium*, 7 – *E.durans* и по одному штамму – *E.raffinosis* *E.gallinarum*. Остальные 12 представителей рода *Enterococcus* не были идентифицированы до вида из-за атипичности по 3-4 –м признакам. 2 изолята относилось к spp.*Pedococcus*, 7 – к spp.*Leiconostok*. Из беталактамов активность проявил только имипенем (85,7%), другие карбапенемы, цефалоспорины и азтреонам не тестировались, так как природно устойчивы. К ампициллину было чувствительно 68,2% , по рекомендациям EUCAST (2014), чувствительные к ампициллину должны рассматриваться как чувствительные к амоксициллину, пиперациллину и их комбинациям с ингибиторами. Самым активным среди фторхинолонов был левофлоксацин – 65,8 % чувствительных. Преобладающее большинство энтерококков из-за природной устойчивости к макролидам не дало зон задержки роста к азитромицину, ровамицину, эритромицину, рокситромицину. Чувствительность к антибиотикам других групп колебалась в широких пределах. Высоко эффективен был нитрофурантоин, который ингибировал рост 88,9% энтерококков, однако, известно, что он может применяться только при несложных инфекциях мочевыводящих путей. О резистентности энтерококков к ванкомицину (кроме *E.gallinarum*, который природно-устойчив) - в диско-диффузионном методе (ДДМ) 74,6% spp.*Enterococcus* было чувствительно к ванкомицину, 15,8% умеренно устойчиво, 9,6% - резистентно. Однако, при проведении скрининга на агаре с сердечно-мозговым экстрактом и добавлением ванкомицина в концентрации 6 мг/мл, лишь 3,1% культур энтерококков дали рост колоний, остальные 96,9% были расценены как ванкомицинчувствительные. Тестирование энтерококков методом серийных разведений показало, что все 100 % штаммов были чувствительны к ванкомицину - МПК мг/л составило 2 (резистентные более 4 мг/л).

Выводы: 1.Наиболее активными антибиотиками для местных госпитальных штаммов энтерококков являются имипенем, нитрофурантоин и ванкомицин.

2. Энтерококки, резистентные к ванкомицину в ДДМ, должны дополнительно тестироваться методом серийных разведений с определением МПК мг/л .

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭНТЕРОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ДИАРЕЯМИ У ДЕТЕЙ

Юсупов А.С.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Теплый климат нашего региона способствует увеличению роста и размножения различных микроорганизмов и соответственно увеличение числа диарейных заболеваний у детей. В связи с этим изучение эффективности энтерола в комплексном лечении острых диарейных заболеваний у детей является наиболее актуальной.

Цель исследования. Улучшение качества лечения острых диарейных заболеваний у детей применением препарата энтерола.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 38 больных детей с острыми диареями до 3 лет. Контрольную группу составили практически здоровые дети аналогического возраста. При обследовании этих больных нами было выявлено,

что наиболее частыми причинами острой диареи у детей являются, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Yersinia enterocolitica*. В обеих группах больных было проведено исследование с приемом и без приема Энтерол.

Результаты исследования. При изучении клинической эффективности Энтерол у больных детей с острыми диареями, в группе больных которые принимали Энтерол, отмечалась относительно быстрая эффективность: уменьшение клинической картины заболевания, интоксикации и обезвоженности больных, по сравнению с группой контроля. на 5–7-е сутки отмечалось улучшение самочувствия больных.

При бактериологическом исследовании было установлено, что у больных первой группы обнаруживались: *Pseudomonas aeruginosa* - 13 (34.2%), *Yersinia enterocolitica* - 7 (18.4%), *Escherichia coli* - 10 (26.3%) *Klebsiella pneumonia* - 8 (21.1%) наблюдений.

Всем больным детям от 1 до 3 лет давали пероральный прием препарата Энтерол 250, по 1 капсуле с кипяченой водой 2 раза в день в течение 7 дней.

Повторные бактериологические исследования после лечения энтеролом у больных первой группы выявили уменьшение роста и размножения *Pseudomonas aeruginosa* - 2 (5.2%), *Yersinia enterocolitica* – 0, *Escherichia coli* - 3 (7.9 %), *Klebsiella pneumonia* -2 (5.2 %) случаях. Это обусловлено ингибированием роста и антагонистическим эффектом препарата энтерол в отношении патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Выводы. Таким образом, препарат энтерол оказывает биологически защитное и восстанавливающее действие на микрофлору кишечника, что является препаратом выбора для лечения острых диарейных заболеваний у детей.

ИЗУЧЕНИЕ ПЕРЕКРЕСТНОГО ИММУНИТЕТА МЕЖДУ КОКЛЮШЕМ И ПАРАКОКЛЮШЕМ

Юсупов М.И., Шайкулов Х.Ш.

*Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.*

В настоящее время возникла острая необходимость в изучении перекрестного иммунитета между коклюшем и паракоклюшем в связи с постановкой вопроса о включении паракоклюшного компонента в состав коклюшной ассоциированной вакцины. Мы изучали перекрестный иммунитет в опытах активной и пассивной защиты мышей. Для активной иммунизации использовали мышей весом 11-12 г. Иммунизацию коклюшными и паракоклюшными препаратами проводили однократно, внутрибрюшинно, дозами 15, 150, 1500 и 15000 млн. микробных клеток.

Мышей, иммунизированных коклюшными препаратами, заражали внутрибрюшинно 12,3 LD₆₀, 26,5 LD₅₀ и 200 LD₅₀ живой культуры паракоклюшных микробов дикими штаммами с 0,4% агара. Мышей, иммунизированных паракоклюшными препаратами, заражали внутримозговым введением 47 LD₅₀ и 34,5 LD₅₀ живой вирулентной культуры коклюшных микробов дикими штаммами. Наблюдение за мышами проведено на протяжении 14 дней.

В результате проведенных опытов выявлено что ни один из препаратов не защищал мышей против заражения вирулентной гетерологичной культурой.

Для пассивной иммунизации использовали мышей весом 13-14 г. Антисыворотки неразведенные и разведенные 1:2, 1:4 и 1:8, вводили внутрибрюшинно, в объеме 0,5 мл за 4 часа до заражения. Заражение проводили по методу, описанному выше. Испытание пассивной защиты показало, что коклюшные и паракоклюшные антисыворотки во взятых дозах защищали мышей от заражения

гомологичной культурой, но не предохраняли от заражения гетерологичной культурой.

Таким образом, перекрестный антимикробный иммунитет в наших опытах не был выявлен, а перекрестный антитоксический иммунитет в определенных случаях выявлялся.

ЭКОЛОГИК НОҚУЛАЙ ШАРОИТДА ДИАРЕЯЛИ КАСАЛЛИКЛАР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Юсупов Ш.Р., Рахимбаев М.Ш., Ибраимова Х.Р.

ТТА Урганч филиали, Урганч шаҳри.

Мавзунинг долзарблиги. Барча юкумли касалликлар қатори ЎЮИК бутун дунёда, айниқса ривожланаётган мамлакатларда кўп учраши билан ажралиб туради. Шу жумладан бизнинг Республикамизда, айниқса экологик ноқулай вазият юзага келган Оролбўйи худуди ҳисобланган Хоразм вилоятида ўткир юкумли ичак касалликларининг кенг тарқалганлиги диққатга сазовордир.

Антибиотиклар кенг қўлланилиши оқибатида охириги йилларда ЎЮИК лари кўзғатувчиларининг антибиотикларга сезгирлиги камайиб кетаяпти. Шу туфайли амалиёт шифокорлари ЎЮИК ларни даволашда кенг доирали, кучли антибиотикларни ишлатишга мажбур бўлишмоқда. Бунинг оқибатида ЎЮИК лари, айниқса ёш болалар орасида чўзилган ва сурункали формаларга ўтиш, асорат сифатида дисбактериоз, нейротоксикоз, гемолитико-уремик синдромидан ўлим ҳолати кундан-кунга кўпаймоқда. Хозирги кунда экологик ноқулай худуд, Хоразм вилоятида ЎЮИК ларни комплекс равишда ўрганишни тақозо этади. Хусусан полирезистент хусусиятга эга бўлган сальмонеллалар, шигеллалар ва эшерихиялар чақирган касалликни клиник кечиши, патогенетик жавҳалари, ташхиси ва даволаш услублари чуқур ўрганилмаган.

Мақсад: Хоразм вилоятида болаларда ЎЮИК ларнинг клиник-патогенетик хусусиятларини ўрганиш, ҳар-хил хусусиятга эга бўлган кўзғатувчиларнинг ҳолати ва хасталикларнинг клиник кечиши, асоратлари ва оқибатидаги аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. ЎЮИК ларни Республикада касалланиш даражаси 1996-2015 йиллар давомидаги маълумотларга асосланиб текширишлар шуни кўрсатдики, ЎЮИК ларнинг касалланиш даражаси 1996 йилдан 2015 га қадар йилдан-йилга пасайиши кузатилди. 1996 йилда Республикада 98 106 та бемор қайт этилган бўлса интенсив кўрсаткич 423.96 ни ташкил этди, 2003 йилда эса 32 811 бемор ҳисобга олинган, интенсив кўрсаткич 129.84 ни ташкил этган. 2015 йилга келиб 39010 бемор ҳисобга олинган бўлиб интенсив кўрсаткич 124,6 ни ташкил этди. Республикада сальмонеллез хасталиги ҳам йилдан-йилга камайиши кузатилмоқда. Масалан 1996 йилда 3800 та сальмонеллез хасталиги ҳисобга олинган бўлса, интенсив кўрсаткич 16.42 ни ташкил этди, 2003 йилда эса 1345 та бемор қайт этилди, интенсив кўрсаткич 4.93 ни ташкил этди. 2015 йилда 516 та бемор ҳисобга олинган бўлиб, интенсив кўрсаткич 1,6 ни ташкил этди. Бактериал дизентерия хасталиги ҳам Республикамизда 1996 йилда 13591 бемор қайд этилган бўлса, интенсив кўрсаткич 58.73 ташкил этди. 2003 йилда эса 3855 та бемор қайт этилган бўлса интенсив кўрсаткич 15.25 ни ташкил этди. 2015 йилда эса 2139 та бемор ҳисобга олинган бўлиб интенсив кўрсаткич 6,8 ни ташкил этди. Шундай қилиб, Республикамизда ЎЮИК ларнинг хусусан бактериал дизентерия ва сальмонеллез хасталикларининг йилдан-йилга камайиши кузатилмоқда.

Хоразм вилоятида ҳам ЎЮИК лари, сальмонеллез, бактериал дизентерия хасталиклари 1996 йилдан бошлаб камайиши кузатилмоқда. Хусусан, 1996 йилда

вилоятида ЎЮИК лари интенсив кўрсаткичи 232,9 ни, 2003 йилда 60,18 ни, 2015 йилда 75,3 ни ташкил этди. Бактериал дизентерия 1996 йилда 6,5 ташкил этган бўлса, 2003 йилда 3,8 ни, 2015 йилда 0,4 ни ташкил этди. 1996 йилда сальмонеллез хасталигининг аниқлаш даражаси 7,9 ташкил этган бўлса, 2003 йилда 3,8 ташкил этган, 2015 йилда эса 1,2 ни ташкил этган.

Хулоса. Текширишлар шуни курсатдики, Хоразм вилоятида ҳам ЎЮИК 1996 йилдан то 2015 йилга қадар аста-секин ЎЮИК ларнинг касалланиш даражаси пасайиши кузатилмоқда. Аммо Болалар ўртасида касалликнинг ортиб бориши кузатилмоқда, 1996 йилда 14 ёшгача бўлган болалар 63% ни ташкил этган бўлса, 2015 йилга келиб бу кўрсаткич 74% га етган. Бундан ташқари хасталикнинг оғир формалари ортиб бориши аниқланди. Хусусан 1996 йилда ЎЮИК ларнинг оғир формада бўлган болалар 9,8% ни ташкил этган бўлса, 2015 йилга келиб 16.7 % ни ташкил этди.

ДИАРЕЯЛИ КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИНГ ШИФОХОНАГА КЕЛГУНЧА АНТИБИОТИКЛАР ҚАБУЛ ҚИЛИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Юсупов Ш.Р., Рахимбаев М.Ш., Ибрагимов М.Б., Ибраимова Х.Р.

ТТА Урганч филиали, Урганч шаҳри

Муаммонинг долзарблиги. Хоразм вилояти Ўзбекистон Республикасининг шимолий худудларига киради, охириги 50-60 йил мобайнида Хоразм вилоятида орол денгизининг қуриши натижасида экосистеманинг тубдан ўзгариши кузатилмоқда. Хусусан оқава сувлар, тупроқ таркибида туз, оғир металллар, турли органик моддалар концентрацияси ошиб бормоқда. Хоразм табиатида кучли ўзгаришлар кузатилмоқда. Ушбу ҳолат Хоразм аҳолисининг турли касалликларга чалиниш ҳолларини, жумладан ЎЮИК ларнинг оғир турлари йилдан-йилга ошиши кузатилмоқда.

Материал ва текшириш усуллари. Текширишлар шуни курсатдики, 1996 йилдан бошлаб хасталикнинг оғир формалари ортиб бориши аниқланди. Хусусан, 1996 йилда ЎЮИК ларнинг оғир формада бўлган болалар 9,8% ни ташкил этган бўлса, 2015 йилга келиб 16.7 % ни ташкил этди. Бир вақтнинг ўзида болаларда ЎЮИК ларнинг енгил формаси йилдан-йилга камайиши кузатилмоқда. Шуни таъкидлаш керакки, Хоразм вилояти юқумли касалликлар шифохонасига тушган бемор болаларнинг аксарияти оғир формада жонлантириш бўлимида даволанган, шу билан оғир беморларнинг аксариятида сальмонеллез, бактериал дизентерия ташхиси қўйилган. Оғир формада бўлган беморларда қуйидаги асоратлар гиповалемик ва инфекцион токсик қарахтлик, пневмония, ДВС синдром, ЎБЕ, иккиламчи менингоэнцефалит, ичак парези каби асоратлар йилдан-йилга ошиб бориши кузатилмоқда.

Маълумки, юқумли касалликлар жараёнида хасталикнинг вужудга келиши, оғирлик даражаси ва оқибатлар қўзғатувчининг хусусиятлари, макроорганизмнинг иммунобиологик активлиги ҳамда ташқи муҳит таъсирига боғлиқ. Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда 1986 йилдан бошлаб Хоразм вилоятида ЎЮИК ларнинг қўзғатувчилари (сальмонеллалар, шигеллалар, эшерихиялар) пейзажи таҳлил қилинди. Текширишлар шуни кўрсатдики, Хоразм вилоятида шигеллалар ичида *Sh. Flexneri* – 2а, 6 сероварлари кўпроқ кузатилди, сальмонеллалар ичида *S. typhimurium*, *S. Enteritidis* лар кўпроқ учраши, эшерихиялар ичида 026, 055 сероварлари кўпроқ учраши аниқланди.

Шуниси диққатга сазоворки, ўрганилган патоген микроорганизмлар уч ва ундан ортиқ ҳар-хил синфга қарашли антибиотикларга турғунлиги характерлидир. Шифохонага тушган ЎЮИК лари билан оғирган бемор болалар анамнезида 1 та ва ундан ортиқ бетартиб равишда антибиотиклар олганлиги аниқланди. Текширишлар

шуни кўрсатдики, ЎЮИК лари билан касалланган 1 ёшгача бўлган бемор болалар ичида шифохонага тушгунча 1 та антибиотик қабул қилганлар 27,3% ни ташкил этди, 2 та антибиотик қабул қилганлар 13,2% ни ташкил этди, 3 та антибиотик қабул қилганлар эса 8,7% ни ташкил этди. Жами 1 ёшгача бўлган болаларга ота-оналари томонидан 49,2% пала-партиш равишда антибиотиклар берилган. 1 ёшдан-3 ёшгача бўлган болалар орасида бу кўрсаткич 40,3%, 18,2%, 12,8% ни ташкил этган. Жами 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларнинг шифохонага тушгунча 71,3% ҳар хил антибиотиклар қабул қилишган. 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалалар мос равишда 48,5%, 13,3%, 15,8%, жами 77,6% антибиотиклар қабул қилишган. 7 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларда эса бу кўрсаткичлар янада кўпроқни ташкил қилган ва 1 та антибиотик олганлар 51,0% ни, 2 та антибиотик олганлар 17,3% ни, 3 та антибиотик олганлар эса 16,5% ни ташкил қилган, жами 84,8% ташкил этган.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, бемор болаларга ота-оналари томонидан пала-партиш равишда антибиотиклар берилиши микроорганизмларнинг антибиотикларга турғунлик даражасини йилдан-йилга ошириб бормоқда.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН ИЧАК ЛЯМБЛИОЗИНИ БИРГАЛИКДА КЕЛИШИНИНГ КЛИНИК ВА ЛАБОРАТОР КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ярмухамедова Н.А., Ачилова М.

Самарканд Медицина Институтини, Самарканд. Ўзбекистон

Жаҳон миқёсида гепатит А га қарши тегишли тиббий-ташқилий тадбирларнинг амалга оширилиши ва болаларда вирусли гепатитни ташхислаш ва даволаш соҳасида эришилган муайян ютуқларига қарамай, ушбу муаммо бутун дунёда долзарблигича қолмоқда. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра, дунёда вирусли гепатит билан оғриган инсонлар сони 500 млн.дан ортиқни ташкил қилиб, ҳар йили 1,5 млн.дан ортиқ инсон гепатит А билан руйхатга олинади. Аммо бу кўрсаткич нисбий бўлиб, ҳақиқий кўрсаткич 3-10 баровар юқори ҳисобланади.

Лямблиоз инвазияси билан болаларнинг зарарланиши 40-60%ни ташкил етмоқда. Хусусан, ЖССТ маълумотларига кўра, Осиё, Африка ва Лотин Америкаси мамлакатларида ҳар йили 200 млн. га яқин инсон лямблиоз билан зарарланади, йилига 500 минг бемор унинг клиник шаклидан азият чекади. Бунда *G.lamblia* билан зарарланиш болалар ва ўсмирлар орасида 80%гача учрайди (2-8 ёш оралиғида 50%гача аниқланиб, 16 ёшга келиб 7-10% гача пасаяди). Аниқланишича, ҳамроҳ касалликлардан инфекция ва ноинфекцион преморбид фон вирусли гепатитларни ноҳуш кечиши ва оқибатларига сабаб бўлади. Ичак паразитар касалликлари вирусли гепатит кечишига маълум даражада таъсир қилади. Вирусли гепатитлар 11% ҳолатларда лямблиоз ва гельминтозлар билан қушилиб келади.

Ишнинг мақсади: Вирусли гепатит А билан ичак лямблиозини биргаликда келишининг клиник ва лаборатор кечиш хусусиятларини таҳлил қилиш.

Текшириш материаллари ва усуллари сифатида Самарканд вилояти юкумли касалликлар шифохонасига ва Самарканд Паразитология институтини қошидаги Паразитология марказий шифохонасида госпитализация қилинган беморларни куздан кечириш, беморларни қон ва ахлатни текшириш олинди.

Текшириш натижалари. Бизлар ВГА билан 30 та, ичак лямблиози билан 20 та ва ВГА билан ичак лямблиози биргаликда 20 та беморни текширдик. Вирусли гепатит А нинг клиник синдромлари орасида қуйидагилар энг статистик аҳамиятга эга бўлди: диспепсик (81,6,0%) – қўнғил айниши, қусиш, қориндаги оғриқ, иштаҳанинг пасайиши ва ич келишининг бузилиши; астеновегетатив (61,6%) – ҳолсизлик, тез толиқиш, уйқунинг бузилиши ва бош оғриғи; холестатик (86,7%) – тери ва склеранинг

сариклиги, жигарнинг катталашиш (гепатомегалия 2см дан зиёд). Беморларда клиник белгилар моноинфекция кузатилганга нисбатан лямблиоз фонида уларнинг ифодаланганлиги бир мунча юқори бўлди. Шу билан бир қаторда *G.lamblia* ни мақсадли шартли-специфик клиник симптомлари ажратилди: терининг асосан лунж ва елка соҳасида жойлашган депигментацияланган сохалари (100%); асосан қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзасида, қорин ён бошида жойлашган жигар ранг-иктерик рангдаги терининг гиперкератози (43,8%) ва алоҳида ҳолатларда фолликуляр нуқтали кератоз (12,5%); лабларнинг қуруқлашиши, пўст ташлаши ва оғиз атрофининг бичилиш (20,0%). Бруксизм (тунда тишини ғирчиллатиш), тирноқларни ғажиш, бармоқ ва бошқа предметларни сўриш каби зарарли одатлар кўринишидаги гиперкинезлар невротик характерга эга бўлган кўринишлар бўлиб ҳисобланди. Шуни алоҳида айтиб ўтиш лозимки, лямблиоз бўлмаган бирорта ҳам беморда гиперкинезлар аниқланмади. Биокимёвий текширувларда олинган маълумотларга кўра вирусли-паразитар инфекциянинг бирга келиши болаларда жигар функционал ҳолатида маълум даражада узгаришлар борлиги аниқланди. Гипербилирубинемия (95,5%), гиперферментемия (77,6%) ва диспротеинемия (69,2%) аниқланди.

Шундай қилиб, вирусли гепатит А лямблиоз фонида кечганда унинг клиник белгиларининг кучайиши, биохимик курсаткичларни юқори даражада узгариши ва ичак лямблиозга хос белгиларни учрашиш курсаткичи аниқланди.

**ESTIMATION IMMUNOCORREGATIVE AND METABOLIC EFFECT OF
IMMUNOMODULYNE ON INTESTINE MICROBIocenosis IN CHILDREN
WITH 1-TYPE DIABETES MELLITUS.**

Akhmedova Sh.U., Daminova M.N., Abdullaeva O.I., Daminova Ch.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute Tashkent, Uzbekistan

Nowadays the conception of diabetes mellitus 1 type (DM) as an organospecific, autoimmune sickness was completed.

Materials and methods. 24 children with 1 type DM with diabetic enteropathy in age from 6 till 13 years old have been investigated. All of children situated on intensive insulinotherapy. The control group was composed 30 people - practically health children with corresponding age and sex. The control for effectiveness of treatment was carried out during 14-15 days from treatment beginning. Daily at the night the solution thymogene and immunomoduline were prescribed hypodermicly during two weeks in daily dose 1,0 - 1,5 mkg/kg from mass body. Statically processing of obtained data were realized by "STATGRAF" computer program. The authenticity of differences were obtained according to the criterion of Student- Phisher.

Results and Discussion. As compared with control group, the significant violation of immune status were found for all of investigated children with 1 type DM and diabetic enteropathy: it was disclosed that quantity of immunocompetent cells and their populations had reduced and accompanied with decreasing of unspecific protection factors.

After tymogen treatment in children with 1 type DM and diabetic enteropathy, the authentic increasing T – lymphocytes (before treatment $48,2 \pm 3,1$; $P1 < 0,001$ and after $49,7 \pm 3,0$; $P1 > 0,02$) the decreasing of the T- suppressors content are noted and in a result of that : before $16,9 \pm 3,7$ ($P1 < 0,01$) and after $16,0 \pm 3,5$ ($P1 < 0,02$), the IRI increased a little bit; the LNK -16 normalized and especially (before treatment $12,08 \pm 2,1$ and after treatment $10,0 \pm 2,7$) $P2 < 0,001$ the clinical tymogene effect on the unspecific protection's factors are observed. In the result of that the phagocytar activity of neutrophylus are noted. helpers, killer cells, but at the same time T-suppressors (CD8) content the decreasing takes place. Comparison of two methods is told about most effective treatment in a case of immunomodulyne using. The authentic effect of improvement compensation carbohydrate metabolism are also took place in the conditions of using immunomodulators than the taking only Intensive insulin therapy (IIT), while the most decreasing (on 20,1%) of glycated hemoglobin content (HbA1c) are observed in conditions of using immunomoduline therapy. Whereas, the using of thymogene decreased HbA1c on 18,3% .

Also the using of immunostimulators results in the least insulyn necessity than in the traditional therapy. In conciliation could say about mediate effect of that preparations on the glycosylation process and also that was the prophylactic for the late diabetes mellitus complications. These results show that the using of immunostimulators authentically had proved the only data nonspecific protection factors in condition of 1- type diabetes mellitus. And at the same time the using of immunostimulators had compensated the condition of carbohydrate metabolism in the most degree than the only IIT in a case of the least insulin necessity. The most clinical effect was received by using immunomoduline than the thymogene.

The attainment of carbohydrate metabolism's compensation improves the indexes of autoimmune process's activity and also makes better indexes of cell and humoral activity

and unspecific protection factors. And it is very important for the restraining immune aggression against the B-cells of pancreas and the development of absolute insulin deficiency.

Conclusion:

The simultaneously using of immunomodulators and IIT especially for 1- type diabetes mellitus children on intestine microbiocenosis, leads up to the best compensation of the carbohydrate metabolism and on the other hand decreases the insulin deficiency than in the case of traditional therapy (IIT).

The immunomoduline treatment takes most clinical effect in correction of immune status and carbohydrate metabolism than the thymogene treatment.

CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF BRUCELLOSIS

Arashova G. A, Farmanova M.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.

INDICATORS BODY MASS/ WEIGHT IN CHILDREN COINFECTED WITH HIV AND HCV DEPENDING ON THE DEGREE OF IMMUNOSUPPRESSION.

Ganieva S.K.

*Tashkent Medical Academy, Department of Microbiology, virology and immunology,
Tashkent*

Objective: To assess the body mass index in children with co-infection of HIV and HCV, depending on the degree of immunosuppression.

Materials and methods: The study was conducted in the period 2011-2015 years in the children's department of HIV infection and advisory clinic of Scientific Research Institute of Virology Ministry of Health of Uzbekistan. We have examined 57 children with co-infection of HIV and HCV (main group) and 66 children with HIV infection (control group) aged from 2 to 10 years. In determining the extent of HIV-associated

immunodeficiency based on the classification of immunosuppression in children (WHO, 2006). Estimation of the body mass/weight were evaluated based on the determination standard deviations (SD). The values from 2SD to -2SD were considered as averages; values arranged from -2SD to -3 SD were considered as underweight; -3 SD indicators and more were "abnormal", meaning an extremely low weight-for-age (WHO, 2006).

Results: Our results showed that in the main group (36.8%) and the control group (51.5%) of all children 33 (97.1%) children with minor immunosuppression was observed deviations in physical development in relation to body mass/weight, and even 2.9% of HIV-infected children values were high. Children with moderate immunosuppression in the study group (38.6%), in the main cases, 63.6% had weight indices in the range of + 2SD to -2SD, the others (31.8%) were registered low and very low levels of body weight, 4.5% of them were "abnormal". In the control group (41%) from the 92.6% recorded rates in the normal range and only 7.4% were observed low rates of weight/age. In the group of children, ko-infected with HIV and HCV, with severe (19.3%) and more severe (5.3%) were recorded mainly in immunocompromised deviation indicators weight /age. Thus, in children with severe immunosuppression degree only in 9.1% cases values were within normal limits. The remaining 90.9% had weight lag compared with the age norm, 36.4% of them had very low weight. In children with severe immunodeficiency recorded only deviation -2-3SD body mass indices (33.3%) and less -3SD (66.7%). In turn, in the control group deviations weights in severe immunodeficiency had 57.1% of the children (and the "anomalous" values were 21.4%). Other children (42.9%) had a body mass index within 0-2SD. In HIV infected children with severe immunosuppression delay of this indicator was observed in 80% of cases, 40% of them had abnormal body mass indices, while the rest of the children (20%) weight ratio is within the normal range. Apparently, this is due to late detection of the disease in the two groups, and these children are not taking ART.

Conclusions: Thus, the study showed that the progression of immunosuppression lagging behind indicators of body weight. The more pronounced stage of HIV-associated immunodeficiency in children with co-infection of HIV and HCV mono-infection with HIV, the greater the lagging behind of body weight from age norm.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PARALLELS OF CERTAIN PARAMETERS OF PERIPHERAL BLOOD IN BRUCELLOSIS

Kadyrova N.E.

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education

The purpose of our research was to assess the importance of certain parameters of peripheral blood for clinical and epidemiological interpretation in brucellosis.

We observed patients with various forms of clinical brucellosis as well as volunteers of epidemiological questioning from Regions (Oblasts) with relative endemicity of brucellosis infection. All patients and some of the volunteers passed through tests aimed at determining the phenotype of acetylation (PA) and levels of antigen-binding antibodies to tissue-specific antigens (ABL to TA ration), to determine the extent of pathogenic effects on tissues of joints, heart, brain and liver. Fast-type PA was determined in urine using 10 mg/kg of sulfathiazole as a test drug. The capacity of acetylation by the body was considered slow unless it reached 50% of average, and fast when it exceeded 50% of average. Questioning was performed according to an established form to identify possible cases of brucellosis infection among various social segments of the population. Similarly, generally accepted bacteriological and serological brucellosis tests were performed.

Patients with various forms of brucellosis were examined. As a result of questioning, it was determined that over 80% of residents of regions with relative endemicity of brucellosis infection were owners of cattle, and 57% owned sheep and goats. At the same

time, only 3% of them qualified for the brucellosis infection risk group by listing their major occupation as livestock owners. Out of the total number of participants of questioning, 17.4% took part in cattle slaughtering and processing of livestock products. 31% of the healthy volunteers were involved in lambing campaigns. 9.4% of the total study participants showed positive serological reaction to brucellosis. Peripheral blood parameters examined in a limited number of the healthy volunteers turned out to be similar to that of patients with brucellosis.

The relation between the speed of PA and various forms of brucellosis in patients and examined interviewees was determined. Acute brucellosis was characterized by acute decompensated clinical and fast type PA. Chronic brucellosis was characterized with subclinical, dull course and slow PA, which was noted in nearly 60% of examined interviewees. More significant effects on tissues of joints, brain and the myocardium were found in patients with slow PA as compared to fast acetylation. A comparative analysis of clinical and epidemiological testing methods allowed for the conclusion that 9.4% of them had experienced clinically non-manifesting brucellosis.

CONTROL MEASURES FOR BRUCELLOSIS

Mansurova M.X., G.U. Sagdullayeva

Bukhara State Medical Institute

Under the current epizootic and epidemiological situation on brucellosis in the Bukhara region, which in the past decade, does not tend to improve because of the insufficiency of the measures taken to combat the infection, the development of epizootic and epidemiological principles, as well as its application in everyday anti-epidemic work is as particular relevance.

Development and implementation of epidemiological, surveillance for brucellosis, according to different levels of the epidemic process, should include:

On the social ecosystem-level statistical monitoring, monitoring of the level and trends in morbidity at the time (in years and periods) its (geographical distribution by districts and regions) and the incidence of certain categories of people and groups, social monitoring to observe the implementation of sanitary-epidemiological, veterinary and economic bodies of complex events and their impost.

At the riosystem level, tracking the epizootic process (affected brucellosis farm animals, animals in motion are not affluent areas the immunological structure of the population structure of the circulating strains of *Brucella*. At the organizational level, clinical monitoring, characterization of the predominant forms of the disease severity and establish the factors influencing the course of infectious process. Microbiological monitoring at the cellular molecular levels, tracking the biological properties (virulence, toxigenity, phage and gray typical characteristics, sensitivity to antibility of pathogens brucellosis.

Monitoring of epizootic process conducted by veterinary departments specialized veterinary research institute and government industry of republic Surveillance in terms of static monitoring and monitoring of the entire system of preventive and anti-epidemic measures implemented by the particularly dangerous infections of the regional sanitary station and country sanitary station Tracking the dynamics of the severity of clinical manifestations of brucellosis in time frequency of acute under acute chronic and common form of the disease and different types of events the causes of chronic infection by clinicians specialized department brucellosis Republican Clinical Hospital (clinical site NIIEMI)/ Tracking of the biological properties of the causative agent of brucellosis the Laboratory Institute of Epidemiology Microbiology and Infectious Diseases of Ministry Health of the Republic of Uzbekistan

Surveillance for brucellosis in the present conditions can not be conducted effectively without the collection processing and analysis is different Information gathering and analysis only operational and historical data on the number of people infected with brucellosis does not answer the question about the causes and spreading disease Furthermore the degree of trouble with brucellosis is not determined by the presence and the lasts of disease in people but depends on the availability of environmental economic and social conditions for the environmental economic and social conditions for the existence of infection in animals On this comprehensive analysis epizooty must precede epidemiological analysis or in parallel with it/ In fact without a thorough retrospective epidemiological and operational analysis of the situation in a particular area is almost impossible to study the epidemic situation

Epizooty analysis begins determine the direction of economic activity especially growing technology and animal welfare their numbers by type of public and private farms state forms security animal health facilities as well as the laboratory diagnosis of brucellosis in animals effective methods and techniques for rehabilitation of farms having developed a comprehensive action plan for the prevention and control of this infection.

MODERN FEATURES OF HIV INFECTION AND THE DEVELOPMENT OF COMPLEX APPROACHES TO ANTI-EPIDEMIC MEASURES, HIV / AIDS CONTROL

Matnazarova G.S., Saidkasimova N.S.

Tashkent Medical Academy. Tashkent, Uzbekistan

Despite significant advances in the fight against infectious diseases in the world and in the Republic of Uzbekistan, of particular relevance retains fight against HIV infection. Experts are unanimous that the tools needed to stop the AIDS epidemic, already exists. For achieving this goal UNAIDS offered a strategy acceleration in the implementation of these countries targets by 2020: 90% of people living with HIV knows their health status; 90% of people who know their HIV status, receive treatment, 90% of people receiving treatment for HIV infection, have an undetectable viral load. Such targets "90-90-90" are treated as children and as for adults, men and women, rich and poor, representing all groups of population. HIV infection may not disappear in the foreseeable future, but with epidemics AIDS as a threat health on a global scale can be done away with. Director of the UNAIDS Regional Support Team for Eastern Central Asian countries, European countries. P. Saldana sure that if mankind wants to put an end to the AIDS epidemic until 2030, it is necessary to ensure rapid progress in the field of prevention and treatment until 2020. Accelerating the use of the key approaches for HIV prevention and treatment of infections will limit the spread of the epidemic and to reduce it to a manageable level, which will give countries the opportunity to take the next step to go to its total termination. If the pace of implementation of countermeasures will be too slow, and the AIDS epidemic will continue to grow, taking more lives and increasing burden of financial expenses due to increased demand for antiretrovirals and the costs for the prevention and treatment of HIV infection. By the end of the 80's began to appear reports of spread of the disease in other countries. By this time in Uzbekistan people came to understand the need for the creation of laboratories for the diagnosis of AIDS. Thus, at the initiative of the country's leadership and the Ministry of Health decree of Ministers of the Council of 19.01.1987g.№563-RS and the Order of the Ministry of Health 13.08.1987g.№1124 in Tashkent Republican Center for AIDS diagnosis engaged her identification was organized, diagnosis, treatment, prevention, providing care organizational and methodically skilled allied health professionals. In 28 years of AIDS services introduced in the health care system of the country complex clinical and diagnostic techniques, learn to recognize and treat serious infectious conditions arising against the background of immunodeficiency disease surveillance studies conducted in high-risk

groups, and prevention of disease spread measures. Some stabilization emerged in 2009-10, but now we have to admit the further growth of the epidemic in country. Cases of HIV reported in all regions of the republic, but the prevalence is uneven. The main causes of failure in the fight against the epidemic of HIV are: the absence of a unified leadership fights against HIV / AIDS, a significant backlog of funding needs from rising diagnosis and treatment of infected people, staffing AIDS centers;

-no-scale state program of HIV prevention. The achievements in the fight against HIV infection can be attributed to the success of prevention of perinatal contact transmission of HIV from mother to child:

is the annual increase in the number of regions that have achieved the level of perinatal transmission of HIV below 2%.

SMOKING - ONE OF THE URGENT PROBLEMS OF THE MODERN

Mirtazaev O.M., Rahmanova J.A., Tajibayeva Z.A.

Tashkent Medical Academy

Tobacco use - smoke of smoldering dried or processed tobacco leaf, most often in the form of smoking cigarettes, cigars, cigarillos, pipes, or water pipe and smokeless tobacco use in our country - nasvay. In some societies, tobacco smoking is a ritual. According to WHO (World Health Organization), about one-third of the adult male population of the world smoke tobacco. Tobacco was brought to Spain by Columbus after the discovery of America and then spread to Europe and the rest of the world through trade. Tobacco smoke contains psychoactive substances - the alkaloid nicotine, which is addictive stimulant, and also cause of slight euphoria. The effects of nicotine exposure include temporary removal of feelings of anxiety, irritability, inability to concentrate, which arise from the failure of its use even for a short period of time after a period of systematic and regular use. In this case, nicotine does not relieve anxiety, irritability in people who do not use it before, that is, non-smokers. Medical studies show a clear association of smoking with diseases such as cancer and emphysema, diseases of the heart of the system, as well as other health problems.

Among the causes of preventable death, tobacco smoking has been ranked in the world, however, from 3.5 to 5.4 million people die annually as a result of health problems caused by smoking. Sergey Botkin, Russian physician and scientist, said: "If I did not smoke, I am sure that would have lived without suffering a few more years." In developed countries (eg USA) the life expectancy of smokers by an average of 13 years less than non-smokers. In 2012, the journal The Lancet examined the statistics of diseases smoking and nonsmoking women of Great Britain (1.3 million study). Experts concluded that smoking reduces a woman's life, at least 10 years. Russia ranked seventh in the world in the number of cigarettes smoked per year on average per capita. The leader on this indicator Greece (more than 3,000 cigarettes per person per year). Currently in Uzbekistan, as in many countries of the world, widespread consumption of tobacco products. Tobacco products are psychoactive products, which are a major burden for the society as a whole, their health, well-being and quality of life. In terms of adverse effects on the human body leading place belongs to drugs, on the second and third places - smoking and alcohol consumption. Meanwhile, in Russia, for example, smoking is the most common bad habit that leads to the premature death of the population, from her dying 30% of men and 4% of women. From diseases associated with smoking, die each year on the ground about 5 million people, and in Russia - 300 thousand. About 50% of smokers die due to smoking, half of them losing about 20 years of his life.. Data on the prevalence, morbidity and mortality from the effects of tobacco and tobacco products in Uzbekistan is unfortunately not). Tobacco use is one of the most common bad habits of the Russian population. According to the State Research Center for Preventive Medicine in the country smokes 63% of men and 20% of women aged 20 years and

older. 80% of adult men and 50% of women start smoking as early as childhood and adolescence, ie, up to 18 years.

In this way thw smoking one of the the most controllable risk factor. The main preventive work should be aimed at clarifying the long-term effects of smoking. Note that girls more difficult to quit smoking than boys. Tobacco smoking girls of childbearing age and pregnant women negatively affect the future circulation of the fetus, even if a woman quits smoking during pregnancy!An important role in the promotion of the harm of smoking to play the parents. It was found that children very rarely start smoking in non-smoking families. Unfortunately, in recent years, the prevalence of smoking has not decreased, but increased among boys by 20%, while among girls by 40%.

HUMAN PAPILLOMA VIRUS

Nizanova S.S. , Rahmanova J.A.

Tashkent Medical Academy

Human papillomavirus (HPV) infection, human papillomavirus infection (PVI) occupy a special place among the sexually transmissible diseases.According to WHO (1999), over the past decade the number of infected people in the world increased by more than 10 times. The sharp increase in the number of patients, the high heterogeneity of viruses (so far allocated more than 100 serotypes of HPV, different epidemiological significance and clinical symptoms), the complexity of the diagnosis, poliorgannost induced pathology, as well as the ability to initiate malignant processes puts papillomavirus infection in a number of priority health and social problems.

In epidemiological studies, signs of papilloma virus infection (PVI) identified due to the high carcinogenic risk HPV, common to other infections, sexually transmitted infections (IGTGSH). Summary of results of the study shows a high prevalence of HPV- infection among the population. However, these infections are not included in the list of communicable diseases subject to mandatory state registration and registration is not developed a system of surveillance and prevention of this disease.

Cervical cancer is associated with persistent infection with human papillomavirus (HPV) - one of the most common and dangerous types of cancer in women worldwide. Of the 10 million new cases of cancer recorded each year worldwide, about 15% of cases are associated with infectious agents. HPV is responsible for 30% of malignant neoplasms of the data (5% of all cancers). According to WHO, in the world are diagnosed each year about 500 000 new cases of cervical cancer, which ranks second in the world as a cause of cancer death among women. To date, at least 700 million people are carriers of HPV-infection, and the number of deaths associated with HPV-infection reaches 280 thousand per year.

The widespread introduction of the polymerase chain reaction (PCR) in the arsenal of diagnostic methods significantly expanded spectrum of research in this direction. It becomes obvious that the further development of PCR will receive in the quantitative determination of nucleic acids. Search and introduction of new tumor markers will provide an opportunity to approach the comprehension of the role of urogenital pathology in conjunction with HPV infection in the genesis of cervical neoplasia.

This fully applies to the human papilloma virus as the Associants cervical cancer, cervical cancer is the second most frequent cancer pathology among female genitalia. Real prevention of cervical cancer is early detection and treatment of precancerous diseases. It is therefore an important step in the prevention of malignant cervical tumors are early diagnosis and effective treatment of lesions of the cervix with human papillomavirus.

Thus, timely diagnosis and adequate treatment of papillomavirus genital lesions are not only medical, but also social and demographic problem.The urgency of this problem is determined, above all, the fact that there is no definitive algorithm for the diagnosis and

treatment of cervical HPV lesions, which leads to the progress of the disease and the development of squamous cervical cancer and cervical intraepithelial lesions.

ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Абдирашидов О. , Ёдгорова Н.Т., Мирвалиева Н.Р.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент, Ўзбекистон.tma.uz@mail.ru

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. Шунинг учун ҳам бу касалликларнинг этиологиясини аниқлаш, қайси турдаги микроблар устунлик қилаётганини, уларнинг антибиотикларга чидамлилиги қандай намоён бўлаётганини аниқлаш долзарб муаммо ҳисобланмоқда.

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 муҳитларига 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 қўзғатувчиси 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 усуллари йўлга қўйиш зарур.

ХАРАКТЕРИСТИКА БИОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS, ВЫСЕЯННЫХ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Абдиримова А.Д., Матназарова Г.С.

Хорезмский филиал РНЦЭМП МЗ РУз, г. Ургенч, Узбекистан,

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Целью было изучение и оценка основных биологических свойств *Staphylococcus aureus*, высеянных у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Нами обследованы 304 женщины репродуктивного возраста, в возрасте 18-49 лет, постоянно проживающих в Хорезмской области с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ).

Межродовая и межвидовая идентификация приведена по Bergy's (1997). Факторы патогенности штаммов изучали по плазмокоагулязной, гемолитической, лецитиназной, гиалуронидазной активности. Определение чувствительности к антибиотикам проводили диско - диффузионным методом.

Идентифицировали 126 штамма *Staphylococcus aureus*, из них 110 в виде монокультуры и 16 штаммов в виде ассоциации микроорганизмов. Они в поле зрения были окрашены основной краской по Грамму (100%), располагались скоплениями (100%), образовали S форму колоний (100%), имели «золотистый пигмент» (99,2%). По росту на питательной среде с содержанием 10% NaCl положительную реакцию наблюдали у 112 штаммов из 126 (88,9%). По этим свойствам все штаммы, высеянные из пункционного материала и влагалища, были идентичны.

По межвидовой идентификации получены следующие результаты: коагулязная активность (98,4%); хлопьеобразование на питательном бульоне (94,4%); ферментация маннита в анаэробных условиях (99,2%); чувствительность к новобицину (87,3%); положительная реакция Фогес-Проскауэра (95,2%); лецитовителизная активность, с образованием «радужного венчика» вокруг колонии (81,7%); ферментативная активность - разложение глюкозы, лактозы, маннозы и сахарозы (в среднем от 90,5% до 99,2%).

По некоторым идентифицирующим признакам нами были получены атипичные реакции, т.е. эти штаммы отличались от типичных штаммов (все показатели, которые не достигли 100%). Но, процент этих культур был низким, каждая из культур имела не более 1-2 отклонений от типичной характеристики, поэтому принадлежность их к этому виду не вызывала сомнений.

Установлено, что у женщин ВЗОМТ увеличиваются штаммы продуцирующие факторы патогенности по отношению к штаммам *Staphylococcus aureus*, высеянных от здоровых женщин. Если количество штаммов вырабатывающих гемолизин увеличивается у женщин ВЗОМТ в 2,4 раза, то процент штаммов с лецитиназной активностью увеличился более чем в 5 раз, гиалуронидазной активностью более чем в 13 раз, плазмакоагулязной активностью более чем в 14 раз ($P < 0,001$).

Результаты показывают, что выделенные культуры были наиболее чувствительны к цефазолину ($S=81,0\%$), цефобиду ($S=70,6\%$), ципроксу ($S=67,5\%$) и рифампицину ($S=67,5\%$). Чувствительность других изученных антибиотиков ($n=12$) была ниже 50,0%. Самая низкая чувствительность выявлена у стрептомицина ($S=4,0\%$), пенициллина ($S=7,1\%$) и левомицетина ($S=7,1\%$). В ряд антибиотиков, к которым отмечали наименьшую чувствительность, также отнесли карбенициллин ($S=11,9\%$), эритромицин ($S=13,5\%$), канамицин ($S=15,1\%$) и ампициллин ($S=15,1\%$).

Таким образом, по межродовой и межвидовой идентификации штаммы *Staphylococcus aureus* укладывались в типовую характеристику идентифицированного вида. Процент штаммов, продуцирующих факторы патогенности, выделенных от

больных женщин ВЗОМТ на 2,1-14,4 раза больше показателей здоровых. Культуры были чувствительны только к некоторым антибиотикам (цефазолин, цефобид, ципрокс и рифампицин), а к другим отличались высокой резистентностью.

СИЛ КАСАЛЛИГИ ТАРҚАЛИШИДА ЭКОЛОГИК ОМИЛЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

Абдукахарова М.Ф., Мустанов А.Ю., Тошбоев Б.Ю., Калниязова И.Б. Касимова Х.Т.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент шаҳри

Сил касаллиги ҳозирги вақтда бутун дунёда, жумладан Ўзбекистонда ҳам, жиддий, тиббий-ижтимоий ва экологик муаммолардан бири бўлиб, касалликнинг нафақат катталар орасида, балки болалар орасида ҳам кенг тарқалиб бараётганлиги аҳоли саломатлигига катта хавф туғдирмоқда. Ер қуррасида юз бераётган турли табиий офатлар, тўфонлар, экологик ҳолатларнинг тубдан ўзгариб бориши, қашшоқлик, ночорлик ва ижтимоий-иқтисодий ўзгаришлар натижасида сил касаллигининг кўпайиб кетиши ва эпидемиологик ҳолатнинг жиддийлашувини вужудга келтирмоқда.

Жаҳондаги барча мамлакатлар каби, Ўзбекистон ва Қорақалпоғистон Республикаси аҳолиси ўртасида ҳам аҳолининг сил билан касалланиш даражаси нисбатан юқори. Сил касаллиги ижтимоий-иқтисодий ва экологик ночор минтақаларда, жумладан ҳозирги кунда экологик инқирозлар давом этиб келаётган Орол бўйи ҳудудларида кўп тарқалганлиги қайд этилмоқда. ЎзР ССВ, Республика Давлат Санитария Назорати Маркази ҳамда Пульмонология ва фтизиатрия илмий текшириш марказидан олинган расмий статистик маълумотларга асосан, Қорақалпоғистон Республикасида сил касаллигини бирламчи юктириш даражаси 2,2 %, Хоразм вилоятида 2,4%, Самарқанд вилоятида 2,9% ни ташкил этганлиги кузатилади. Келтирилган маълумотларга биноан Ўзбекистонда сил касаллиги билан касалланиш кўрсаткичи ҳар 100 000 аҳолига нисбатан 76,0 кишини ташкил қилган бўлса, ўсмирлар ўртасида 41,4, катта ёшдагилар ўртасида эса -106,8 га тенг эканлиги аниқланган.

Мураккаб экологик ва эпидемиологик вазиятда, ижтимоий-иқтисодий оғир шароитда болалар орасида сил касаллигини эрта аниқлаш мақсадида қўлланиладиган туберкулин синамасининг (дигностикаси) самарадорлиги кўп йиллардан бери ишлатилишига қарамай, ҳали тўла ҳал этилмаган, муҳим ва долзарб муаммолигича қолмоқда.

Республикаimiz жадал ривожланаётган мамлакатлар қаторига киради. Шу сабабли мамлакатимизнинг барча ҳудудларида сил касаллигига қарши эмлаш ишлари тўлиқ амалга оширилаётган ва силга қарши профилактик ишлар бажарилаётган бўлсада, аҳолининг сил билан касалланиш даражаси нисбатан юқорилигича қолиб кетмоқда.

Шундай қилиб, сил касаллиги ривожланишида ижтимоий-иқтисодий ва экологик омилларнинг таъсири натижасида эпидемик жараён намоён бўлиши, унинг эпидемиологияси ва ривожланиш механизми хусусиятларини ўрганиш, ҳозирги даврда эпидемиология ва инфектология соҳаларининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу муаммонинг тўлиқ ўрганилмаганлиги, касалликнинг кечишини оғирлаштиради, беморларни эрта аниқланилишини, диагностикасини, тегишли тезкор чора-тадбирлар кўрилиши ва даволанишини кечиктиради. Шу билан бирга, инфекция тарқалишининг олдини олишга тўсқинлик қилади. Бу эса ўз навбатида, ижтимоий-иқтисодий ва экологик омиллар таъсири натижасида келиб чиққан сил касаллиги эпидемик жараёни хусусиятларини бундан кейин ҳам ўрганиб

борилишини тўхтатмай давом этиш даркорлиги ўта муҳим ва долзарб муаммолигини ҳамда катта ижтимоий-иқтисодий аҳамиятга эга эканлигини белгилаб беради.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОХИМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ И СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНЫ.

Абдушукуров А.А., Гулямов Н.Г.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз.

Для изучения динамики функционально-метаболической активности нейтрофилов (ФМАН) и содержания микроэлемента цинка в разработку были включены 40 здоровых лиц мужского пола в возрасте 18-22 года, подлежащие плановой вакцинации брюшнотифозной вакциной сорбированной сухой (БТВСС РФ). Из них 20 человек были отобраны из числа лиц со слабой степенью иммуногенеза (со степенью нарастания титра специфических антител в парных сыворотках на 0 – 1 порядок), а другие 20 человек – из числа лиц с высокой степенью иммуногенеза (со степенью нарастания титра специфических антител в парных сыворотках на 4 и более порядка) после вакцинации. Динамику изменений показателей функционально-метаболической активности нейтрофилов (ФМАН) в НСТ-тесте и содержания микроэлемента цинка в нейтрофилах и сыворотке крови изучали до вакцинации (контроль, здоровые), на 4-й день (в сроки максимального повышения активности фагоцитарного звена), на 10-й день (срок максимального повышения АСЛ к АГ S/typhi) и на 30-й день (в сроки максимального нарастания титра специфических антител) после вакцинации.

После вакцинации брюшнотифозной вакциной в процессе реализации иммуногенеза высокой степени в период максимального повышения ФМАН изменения соотношения содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах указывали на интенсивное перераспределение цинка из сыворотки крови в нейтрофилы. В последующие периоды иммуногенеза происходило постепенное понижение содержания цинка в нейтрофилах почти до уровня показателей здоровых лиц и существенное повышение его содержания в сыворотке крови, что по времени соответствовало понижению ФМАН в НСТ-тесте.

Слабая степень проявления иммуногенеза в ответ на вакцинацию брюшнотифозной вакциной была обусловлена относительно низкими исходными показателями цинка в сыворотке и нейтрофилах крови, более высоким долевым содержанием цинка в нейтрофилах, слабой интенсивностью поглощения цинка нейтрофилами из сыворотки крови для обеспечения активности внутриклеточных ферментных систем, что отразилось в низкой степени изменений показателей содержания цинка в нейтрофилах и ФМАН в динамике вакцинального процесса.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЙ СОДЕРЖАНИЯ ЦИНКА В НЕЙТРОФИЛАХ КРОВИ У ЛИЦ СО СЛАБЫМ И ВЫРАЖЕННЫМ ИММУНОГЕНЕЗОМ В ОТВЕТ НА ВАКЦИНАЦИЮ БРЮШНОТИФОЗНОЙ ВАКЦИНОЙ.

Абдушукуров А.А., Гулямов Н.Г.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз, Ташкент

Для изучения в сыворотке и нейтрофилах крови особенностей динамики изменений содержания микроэлемента цинка в разработку были включены 40 здоровых лиц, подлежащие плановой вакцинации брюшнотифозной вакциной. Из них 20 человек были отобраны из числа лиц со слабой степенью иммуногенеза (со степенью нарастания титра специфических антител в парных сыворотках на 0 – 1 порядок), а другие 20 человек – из числа лиц с высокой степенью иммуногенеза (со степенью нарастания титра специфических антител в парных сыворотках на 4 и более порядка) после вакцинации. Динамику изменений содержания микроэлементов цинка в нейтрофилах изучали нейтронно-активационным методом до вакцинации (контроль, здоровые), на 4-й день (в сроки максимального повышения активности фагоцитарного звена), на 10-й день (в сроки максимального повышения содержания АСЛ к 0-антигену *S.typhi*) и на 30-й день (в сроки максимального нарастания титра специфических антител) после вакцинации.

В общей группе включенных в разработку 40 здоровых лиц (до вакцинации) содержание цинка в нейтрофилах составило $23,97 \pm 0,79$ мкг/г сух. веса. До вакцинации у 20 лиц с высокой степенью иммуногенеза (антителогенеза) в ответ на вакцинацию средний показатель содержания цинка в нейтрофилах составил $26,67 \pm 1,15$ мкг/г сух. веса, что было несколько выше, чем у здоровых. У лиц с высокой степенью иммуногенеза на 4-й день после вакцинации динамика изменений показателей цинка характеризовалась существенным повышением его содержания в нейтрофилах до $36,80 \pm 1,36$ мкг/г сух. веса (против $26,67 \pm 1,15$ мкг/г сух. веса до вакцинации), где степень повышения составила в $\uparrow 1,38$ раза.

Через 10 дней после вакцинации у лиц с высокой степенью иммуногенеза изменения содержания цинка в нейтрофилах крови имели обратную динамику. По сравнению с показателями в предыдущий срок исследования ($36,80 \pm 1,36$ мкг/г сух. веса), содержание цинка в нейтрофилах уменьшилось до $29,13 \pm 1,13$ мкг/г сух. веса, где кратность понижения составила в $\downarrow 1,33$ раза. Однако, содержание цинка через 10 дней после вакцинации было несколько больше и в $\uparrow 1,09$ раза превышало показатели у здоровых лиц. Через 30 дней после вакцинации в нейтрофилах содержание цинка продолжает уменьшаться (в $\downarrow 1,05$ раза).

Итак, после вакцинации брюшнотифозной вакциной в процессе реализации иммуногенеза высокой степени в ранний период (4-й день) происходит достоверное повышение содержания цинка в нейтрофилах. В последующие периоды иммуногенеза (10-й и 30-й дни после вакцинации) происходит выраженное понижение содержания цинка в нейтрофилах почти до уровня показателей здоровых лиц.

У другой группы из 20 лиц со слабой степенью иммуногенеза (антителогенеза) в ответ на вакцинацию до вакцинации исходные показатели содержания цинка в нейтрофилах крови имели отличия от таковых у лиц с выраженной степенью иммуногенеза. Так, содержание цинка в нейтрофилах составило $21,29 \pm 0,82$ мкг/г сух. веса, что было в $\downarrow 1,25$ раза меньше, чем исходные показатели у лиц с выраженным иммуногенезом.

В отличие от лиц с высоким иммуногенезом, у лиц со слабым иммуногенезом после вакцинации степень изменений содержания цинка в нейтрофилах крови не была столь выраженной. Так, у лиц со слабым иммуногенезом на 4-й день после вакцинации отмечено повышение содержания цинка в нейтрофилах до $22,93 \pm 0,95$ мкг/г сух. веса (против $21,29 \pm 0,82$ мкг/г сух. веса до вакцинации), где степень повышения составила лишь в $\uparrow 1,12$ раза (против $\uparrow 1,38$ раза у лиц с выраженным иммуногенезом). У лиц со слабым иммуногенезом через 10 дней после вакцинации содержание цинка в нейтрофилах крови практически остается на том же уровне, что и в предыдущем сроке исследования, отмечается лишь слабая тенденция к понижению в $\downarrow 1,01$ раза. В последующем на 30-й день после вакцинации в нейтрофилах содержание цинка понизилось незначительно – в $\downarrow 1,03$ раза. Итак, у лиц со слабым иммуногенезом в ответ на вакцинацию брюшнотифозной вакциной исходное содержание цинка в крови было значимо меньше чем исходные показатели у лиц с выраженным иммуногенезом. В сравнении с показателями лиц с выраженным иммуногенезом, у лиц со слабым иммуногенезом в различные сроки после вакцинации динамика содержания цинка в нейтрофилах характеризовалась слабой степенью изменения показателей, а в поздние сроки – содержание цинка в нейтрофилах несколько превышало таковые у здоровых лиц.

НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ИЧКИ ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ЭПИДЕМИОЛОГИК, ЭНТОМОЛОГИК ВА ЭПИЗООТОЛОГИК ХОЛАТ

Абидов¹З.И., Ахмедова²М.Д., Анваров²Ж.А.

¹Наманган вилоят ДСЭНМ, Наманган ш., ²Тошкент тиббиёт Академияси, Тошкент ш.

Висцерал лейшманиоз – трансмиссив паразитар касаллик бўлиб, қўзғатувчиси трипаносома оиласига кирувчи *Leishmania donovani* дидир, Касаллик тана хароратини узоқ вақт кўтарилиши, талоқ ва жигарнинг катталашishi, камқонлик билан характерланиб у *Phelebotomus* авлодига мансуб ископтопарлар орқали одамга юқади. Республикада бу касалликнинг кишлоклардаги ўчоқлари 1965 йилда йўқотилган. Охирги йилларда Республикада шу жумладан Наманган вилоятида висцерал лейшманиоз касаллигининг табиий ўчоқларини фаоллашуви ҳамда сут эмизувчи ёввойи йирткич хайвонлар (бўри, чиябўри, жайра х.к) ўртасида эпизоотологик холатни кескинлашуви натижасида ушбу касалликни одамлар ўртасида споридик холатда қайд қилиниши кузатилмоқда.

Наманган вилоятининг Поп туманида 1987 йилдан бошлаб висцерал лейшманиоз касаллигининг “Ўрта Ер денгизи” тури рўйхатга олина бошланди. Касаллик асосан туманнинг Чодак, Чоркесар, Янгиобод, Олтинкон, Янгиер, Хонобод, Гулистон кишлокларида қайд қилинмоқда, бунинг асосий сабаби бу кишлоклар касалликнинг табиий ўчоқлари бўлган тоғли худудларда, яъни денгиз сатҳидан 900-1100 метр баландликда жойлашганлиги ва иқлими *Phelebotomus* авлодига мансуб ископтопарларнинг ривожланиши учун мўътадил шароит мавжудлиги, ҳамда касалликнинг асосий манбаи бўлган итлар ўртасида ушбу касаллик бўйича эпизоотологик холатни кескинлашганлигидир.

2010-2015 йиллар мобайнида ушбу худудларда 115 нафар висцерал лейшманиоз билан оғриган беморлар рўйхатга олинди

Касаллик асосан 0 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар ўртасида рўйхатга олинди, умумий касалланишининг 40% 1 ёшли, 36% 2 ёшли, 10% 6 ёшли, 6% 3 ёшли, 4% 4 ёшли, 4% 5 ёшли болалар ўртасида қайд қилинди. Касалликни ойлар бўйича қайд қилиниши унинг яширин даврига мос равишда асосан январ-май ва ноябр-декабр ойларида қайд этилди.

Республика Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги Л.М. Исаев номидаги тиббий паразитология ИТИнинг мутахассисларини берган маълумотида кўра ушбу худудларда *Phelebotomus* авлодига мансуб бўлган искаротпарларнинг куйидаги турлари *P.papatasi*, *P.alexandri*, *P.sezgenti*, *P.angustus*, *P.longiductus* мавжудлиги аниқланди. Уларнинг одамлар яшайдиган хонадонлардаги зичлиги 0,1-0,3, яшамайдиган хонадонлардаги зичлиги эса 0,1-0,6ни ташкил этди. Ундан ташқари ички лейшманиоз касаллигининг асосий манбаи ҳисобланган дайди ва уй итлари ўртасида эпизоотологик ҳолатга баҳо бериш мақсадида сероэпидемиологик ва молекуляр-биологик текширувлар ўтказилди. Текширувлар натижасида итларни ушбу касаллик билан касалланиш даражаси 29,9% ташкил этди.

Касаллик аниқланган худудларда эпидемиологик ҳолатни барқарорлаштириш мақсадида тиббиёт ходимларини билим савияларини ўқув кенгашлар ўтказиш йўли билан ошириш, аниқланган беморлар устидан диспансер назоратини олиб бориш, искаротпарларни кўпайишига йўл қўймаслик мақсадида санитария тозалов, ободонлаштириш ҳамда искаротпарларга қарши юқори самарали препаратлар билан сифатли дезинсекция ҳамда худуддаги уй итларини лаборатория йули билан текшириш, дайди итларни эса йўқотиш, кемирувчиларга қарши дератизация тадбирларини мунтазам ўтказиб бориш тавсия этилади.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КЛЕЩЕВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Аитов К.А.¹, Деминцева Е.В.²

¹*Иркутский государственный медицинский университет», г. Иркутск, Россия*

²*Братская стоматологическая поликлиника № 3, г. Братск, Россия*

Заболеваемость природно-очаговыми трансмиссивными инфекциями, передаваемых иксодовыми клещами для Иркутской области в последние годы являются проблемой не только для его южных районов, но и северных территорий, где раньше эти инфекции не регистрировались. В частности клещевые инфекции стали чаще регистрироваться в таком крупном северном муниципальном образовании области, как Братский район и г. Братск.

На данной территории регистрируются 2 нозологические формы: клещевой энцефалит (КЭ) и иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ). Несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации по заболеваемости КЭ, показатель заболеваемости ИКБ с 2008 года имеет тенденцию к росту, опережая к настоящему времени показатели КЭ.

Братский район приравнен к районам [Крайнего Севера](#) и находится вне зоны интенсивного освоения. Климат района резко континентальный с продолжительной холодной зимой и коротким летом. С 2006 по 2013 год на территории района зарегистрировано 17 случаев КЭ (1,4 на 100 тыс. населения), в то время как показатели ИКБ за этот же период составил 53 случая (показатель 3,5 на 100 тысяч населения).

Возрастной состав заболевших клещевыми инфекциями варьирует от 8 до 60 лет. Удельный вес детей до 14 лет среди больных КЭ за изучаемый период составила 7,1%. ИКБ среди детей не зарегистрировано. Среди больных клещевыми инфекциями 62,0% составили пенсионеры и безработные. На долю рабочих и служащих пришлось 28,6%, работников группы риска 3,6%. Профессиональные случаи КЭ не зарегистрированы. Среди заболевших лиц преобладали мужчины – 68,8%.

Заражение населения клещевыми инфекциями происходит не только на территории природных очагов клещевых инфекций, но и в городских парках и скверах. Определяется четкая корреляционная связь роста заболеваемости с

развитием садоводства и огородничества, хозяйственными преобразованиями и урбанизацией очаговых ландшафтов. При этом важным элементом является санитарное состояние населенных пунктов, наличие несанкционированных свалок, засоренность прилегающих к населенным пунктам участков леса, где размножаются грызуны, являющиеся основным и прокормителями клещей.

Первые укусы клещей на изучаемой территории начинают регистрироваться в апреле месяце и продолжаются до конца сентября. Пик заболеваемости регистрируется в мае-июне месяцах. На данной территории ежегодно с укусами клеща в медицинские учреждения обращаются в среднем 800-1000 человек. Причем наибольшее количество (50-57%) присасываний отмечено в содово-огороднических товариществах, традиционных местах отдыха горожан (6-18%) и в лесу (15-25%).

В 2015 году осуществлялся сбор клещей от людей, пострадавших от укусов. На зараженность вирусом клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза исследовано на базе ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Иркутской области» 188 клещей. Исследования показали, что вирусофорность клещей составила 3,7% (среднеобластной 8,8%). Причем зараженность боррелиями составило 8,4% (среднеобластной 23,9%). Кроме того, при исследовании клещей у 5 из них (2,6%) обнаружен возбудитель эрлихиоза.

Таким образом, проблема клещевых инфекций, таких как КЭ И ИКБ для северных территорий Иркутской области в частности для г. Братска и Братского района остается актуальной в связи с ее ростом, главным образом за счет ИКБ.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ.

Алиев Ш.Р., Қодирова Ф. А.

Ташкентская медицинская академия, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Актуальность темы. Проблема пиелонефрита у детей до настоящего времени не теряет своей актуальности в связи с его широкой распространенностью, этиологической мультифакторностью, а также склонностью к хронизации, затяжному и рецидивирующему течению.

Участие различных бактериальных патогенов в этиологии пиелонефрита (ПН) у детей является доказанным. Среди них наиболее изученными являются аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные бактерии с доминированием представителей семейства Enterobacteriaceae, из которых значительный удельный вес (55,0 - 80,0%) составляют эшерихии [Мухина Ю.Г. с соавт., 2010). В то же время возрастает число публикаций о значении хламидийной и микоплазменной инфекции в развитии заболеваний органов мочевой системы у детей. По мнению Набока Ю. Л (2006), наиболее высокий процент обсемененности мочи микоплазмами (67,0%) наблюдается у детей с врожденными пороками развития мочевой системы, которые относятся к важным факторам риска формирования ПН. Вместе с тем, в литературе мало сведений о роли неклостридиальных анаэробов в развитии ПН у детей.

В соответствии с изложенным, **целью** настоящего исследования явилось определение видового состава, количественных параметров аэробных и анаэробных бактериальных патогенов, выделенных из мочи детей при хроническом ПН.

Материалы и методы. Комплексному микробиологическому исследованию подвергнуты 27 проб мочи, полученные от 21 пациента с хроническим пиелонефритом. Материалом для исследования служили пробы средней порции мочи при произвольном акте мочеиспускания. Выделение и их идентификацию бактериальных штаммов проводили классическими методами. Микроорганизмы идентифицировали до рода и вида.

Результаты. У обследованных Всего выделено 41 штаммов, из них 4 штаммов принадлежали к постоянной облигатной (9,7%) микрофлоре и 37 штамма (90,3%) - к непостоянной. В таксономической структуре бактериальной урофлоры при ХП у детей доминировали факультативные анаэробные микроорганизмы (главным образом, энтеробактерий - 70,8%) и неклостридиальные анаэробные бактерии (32,7%), тогда как удельный вес микоплазм (уреаплазм) был незначителен (12,7%). У детей с ПН в моче чаще (52,9% - 58,4%) присутствовал двух-, трех и более компонентные бактериальные ассоциации, в формировании которых принимают участие неклостридиальные анаэробы, эшерихии, коагулазоотрицательных стафилококков, а также микоплазмы (уреаплазмы).

Таким образом структуре бактериальной урофлоры у детей с хроническим ПН, в которой, наряду с энтеробактериями, впервые выявлена значительная доля неклостридиально-анаэробных микроорганизмов, что при ПН у детей среди неклостридиальных анаэробов, обнаруживаемых в моче на диагностическом уровне (больше 105 КОЕ/мл), лидирующие позиции занимают представители родов *Peptostreptococcus*, *Peptococcus*. Указанное обстоятельство определяет необходимость использования анаэробной методики культивирования первичных посевов мочи при проведении бактериологической диагностики данной патологии у детей.

ЙИРИНГЛИ СУРУНКАЛИ ГАЙМОРИТЛАРДА МИКРОФЛОРАНИНГ ТАРКИБИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Алиев Ш.Р., Таирова С.Ф. Жалилова М.Т.

*Тошкент Тиббиёт Академияси микробиология, вирусология ва иммунология
кафедраси*

Муаммонинг долзарблиги. Йирингли-яллиғланиш касалликлари ҳозирги кунгача ҳам ўз долзарблигини йўқотмаган, тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эга муаммолигича қолмоқда. Оториноларингологик бўлимларга қабул қилинаётган беморлар кўплиги эса стационардан ташқарида ЛОР-аъзолар инфекциялари эпидемик жараёнининг интенсив кечаётгани билан изоҳланади. Госпитализация қилинаётган оториноларингологик беморларнинг кўпчилиги даволашни амбулатор шароитда бошлагани, шифохонадан чиққач, яна шу шароитда даволашни давом эттираётгани улар орасида кўзгатувчиларнинг доимо айланиб юришини, стационарларда ҳам этиологик агентларнинг сифатий ва микдорий жиҳатдан кўпаяётганини кўрсатади, бу эса оториноларингологик инфекцияларнинг кўпайиш тенденцияси кузатилаётганининг сабабларидан бири ва кенг тарқалган амбулатор шароитда даволаш эканлигини кўрсатади. [Шамсиев Д.Ф., 2009; Хакимов А.М., 2012].

Келтирилган далиллар йирингли гайморитларда, шу жумладан сурункали йирингли гайморитлар билан касалланишнинг ўсиши, дори воситалари билан даволашда ножўя таъсирларнинг ошиши ўткир йирингли гайморитни ташҳислашнинг объектив усуллари, шунингдек, бир қатор ташҳисий тадбирлар мажмуасини мукамаллаштириш заруратини туғдиради.

Ишнинг мақсади. Бурун олди синуситлар соҳасининг йирингли яллиғланиш касалликлари йирингли ажралмаларида бактерияларнинг этиологик ролини ўрганиш.

Материал ва тешириш усуллари. Текшириш йирингли гайморит билан касалланган 28 нафар беморларда олиб борилди. Беморларнинг 17 таси аёллар (60,7%) ва 11 таси эркалар (39,3%). Беморларнинг ёши 18 дан 59 гача бўлиб, кўпчилик беморлар 40 дан 59 ёшгача (57,1%) эканлиги аниқланди. Патологик материал бурун олди синуситларини диагностик пункция қилинганда йирингли ажралма ва беморда ўткир йирингли гайморит тасдиқланган тақдирда бактериологик текшириш учун

гайморит бўшлиқдан пункция қилиб йиринг олинди. Бактериологик текширув асосан беморларга антибиотиклар қўлланилгунча ўтказилди. Ажратиб олинган бактериялар авлод ва тургача идентификация қилинди.

Сурункали йирингли гайморит (СЙГ) билан оғриган 28 нафар беморларнинг 27 тасида (96,4%) беморлардан бактериялар ажратиб олинди. 1 нафар бемор ажралмаларидан қўзғатувчилар топилмади (3,6%). Ўткир йирингли гайморит билан оғриган 27 беморларнинг йирингидан 67 та бактериялар штамми ажратиб олинди.

Бактериологик текширув ўтказилган 27 нафар беморларнинг 9 нафаридан фақат битта (моноинфекция) қўзғатувчи ажратиб олинди (33,4%). Булардан 4 нафар беморларда *S. pneumoniae*, икки нафардан беморларда α -гемолитик стрептококк, *Peptostreptococcus* sp. ва 1 нафар беморда *Ps. aeruginosa* учраган (44,4%,22,2%,22,2%,11,1%) мос равишда. Шунингдек, ЎЙГда 18 ҳолатларда касалликда микроорганизмлар ассоциациялари (66,7%) аниқланди. 2 микроорганизмли ассоциация 13 ҳолатда (72,2%), 3 ва ундан ортиқ микроорганизмли ассоциация 5 ҳолатда (27,8%) аниқланди.

Касалликни микроб ассоциацияси келтириб чиқарган 18 беморларнинг 13 тасида иккита бактериялар (72,2%) касаллик келтириб чиқарган, булардан 7 нафар беморлардан *H. influenzae* + *Peptococcus* (53,8%), 3 нафаридан α -гемолитик стрептококк + *Staph.epidermidis* (23,1%) ва 2 нафар беморлар йирингидан *Ps. aeruginosa* + *Peptostreptococcus* sp. (15,4%) ажратиб олинди.

Касалликни келиб чиқишида микроб ассоциацияси 5 нафар беморларда 3 ва ундан ортиқ ҳолатларда бактериялар ассоциацияда учраган. Лекин, ҳамма 5 нафар беморда *Ps. aeruginosa* ва *S. pneumoniae* топилган ва улар анаэроб кокклар билан ассоциацияда келган.

Шундан қилиб СЙГ билан оғриган беморларнинг йирингли ажралмаларида бактерияларнинг этиологик ролини ўрганганимизда 33,4% ҳолатда касаллик этиологиясини монокультуралар ўйнаган. Монокультура келтириб чиқарган беморларда асосан Грам мусбат кокклар (*S. pneumoniae*, α гемолитик стрептококк) касаллик этиологиясида муҳим рол ўйнаган. Касалликни микроб ассоциацияси келтириб чиқарган ҳолатларда эса Грам мусбат кокклар билан бир қаторда, *Ps. aeruginosa* ва анаэроб кокклар кўпроқ учраган.

Олинган натижалар асосида шуни айтиш зарурки, сурункали йирингли гайморит касалликларининг этиологиясида Грам мусбат кокклар ва Грам манфий аэроб таёқчалар билан бир қаторда, 12 беморларнинг 3/1 қисмида *H. influenzae* ва анаэроб кокклар топилган. Шунинг учун беморларнинг стационардан ташқарида, поликлиникаларда даволашда бу кўрсаткичларга эътибор бериш зарур, стационарларда эса *H. Influenzae* ва анаэроб бактерияларнинг йирингли гайморитлардан ажратиб олиш усуллари йўлга қўйиш зарур.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ МОКРОТЫ И БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Алиева Г. Р., Курбанова С.Ю.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность темы. Гемофильная инфекция (*Hib*-инфекция), вызываемая *Haemophilus influenzae* типа b (*Hib*), является одной из важнейших причин заболеваемости и смертности среди болезней, которые могут управляться средствами иммунопрофилактики. Результаты изучения *Hib*-инфекции во многих странах и на разных континентах показали, что эта инфекция является актуальной проблемой

здравоохранения почти повсеместно. В настоящее время накопилось достаточно данных, свидетельствующих о том, что Hib-инфекция имеет широкое распространение и обуславливает высокий уровень ряда актуальных заболеваний, среди которых наиболее частыми являются менингит, сепсис, эпиглоттит и пневмония. Гемофильная инфекция встречается в любом возрасте, но наиболее восприимчивы к заболеванию дети раннего возраста.

В связи вышеизложенной актуальностью проблемы выбрана **цель исследования**: изучить роль гемофильных бактерий при инфекциях верхних дыхательных путей.

Для достижения поставленной цели определены **задачи**:

1.Провести бактериологическое исследование детей с бронхолегочной патологией

2.Изучить роль гемофильных бактерий при бронхолегочной патологией

Материалы и методы: проведено лабораторное микробиологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов, статистические методы.

Результаты и обсуждение. В исследование включили 12 детей в возрасте от 2 до 15 лет с острыми бронхолегочными заболеваниями. Контрольную группу составили 12 здоровых детей, а так же 13 детей с хронической бронхолегочной патологией не вакцинированные. Наиболее часто при обострении острой бронхолегочной патологии у детей выделяли *H. influenzae* — 7(58,3%)- и *S. pneumoniae* -5(41,6%) случаев, от всех выделенных штаммов, соответственно. Микст формы инфекций чаще сопровождаются более тяжелым и длительным течением заболевания. Частота микст форм была выше у хронической бронхолегочной патологии штаммов *H. influenzae*, *S. pneumoniae* и *S.haemoliticus* верифицируемых в лаваже, и составляла 9 (75%) и более 3 ассоциации (*H. influenzae*, *S. pneumoniae* и *S.haemoliticus* и др.) составляет 4 (30,7%), соответственно.

Выводы:

Показано, что у детей с острой бронхолегочной патологией из мокроты и бронхоальвеолярной лаважной жидкости *H. influenzae* выделяется в 7(58,3%) и *S. pneumoniae* 5(41,6%) случаев.

Микст формы чаще встречаются выше у хронической бронхолегочной патологии в БАЛЖ при доминировании *H. influenzae* *S. pneumoniae* и *S.haemoliticus* в 9 (75%) и более 3 ассоциации (*H. influenzae*, *S. pneumoniae* и *S.haemoliticus* и др.) составляет 4 (30,7%).

Таким образом, на основании проведенных исследований сделано заключение, у больных с хронической бронхолегочной патологией, чаще всего, выделены микроорганизмы в ассоциации. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности вакцинации против Hib инфекции детям с хроническими заболеваниями потому, что дети с хронической патологией относятся к высокой группе риска при развитии острой инфекции. Поскольку у них практически всегда происходит обострение этой патологии. У привитых существенно снижается риск обострения хронической патологии.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН ЗА 1970-2014 ГГ.

Алланиязова Б.К., Кутлимурадов Б.Б., Абсаттарова В.К.

Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава РУз, Центр Государственного Санитарно-эпидемиологического Надзора Республики Каракалпакстан

Как показали статистические данные, в Республике Узбекистан показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями (ОКИ) снизились с 557,4 (в интенсивных показателях на 100 тыс. населения) в 1991г. до 118,0 в 2006г. Вместе с тем в последние несколько лет уровень заболеваемости дизентерией и другими ОКИ в Республике Каракалпакстан стал превышать показатель заболеваемости по Узбекистану. Это, в первую очередь, связано с ухудшением природно-климатических условий, обусловленное снижением дебета реки Амударья и высыханием Аральского моря (Мадреимов А., 2009). С учетом этого положения нами ставилась следующая цель: проанализировать показатели заболеваемости ОКИ и бактериальной дизентерией в Республике Каракалпакстан за 1970-2014гг..

Материалы и методы исследования. В работе использованы отчетные данные по ф.1 инфекционной службы и архивные материалы санитарно-эпидемиологической службы Республики Каракалпакстан за 1970-2014гг..

Результаты и обсуждение. В 1972г. в Республике Каракалпакстан было зарегистрировано 5035 больных ОКИ (676,7 в интенсивных показателях на 100 тыс. населения). Наибольшее количество больных выявлено в центре республики - г.Нукусе и в таких районах как Турткульский, Ходжейлийский, Берунийский, Кунградский, Амударьинский, что возможно связано с более лучшей выявляемостью больных ОКИ в указанных административных территориях. Благодаря осуществлению, в первую очередь целенаправленных противоэпидемических и профилактических мероприятий и улучшения обеспечения населения доброкачественной питьевой водой показатели заболеваемости ОКИ в республике заметно снизились. Так, в 2014 г. в Каракалпакстане диагностировано 3652 больных ОКИ (в интенсивных показателях на 100 тыс. населения 210,3), что 1,4 раза меньше по сравнению с показателями в 1972 г. Анализ заболеваемости бактериальной дизентерией в Республике Каракалпакстан за анализируемый период показал, что с каждым годом число больных с указанной патологией заметно снижается. Так, в 1971г. количество больных с бактериальной дизентерией в целом по республике составило 1552 (интенсивный показатель на 100 тыс. населения 214,9). В 2014г. число больных с бактериальной дизентерией в Каракалпакстане равнялось 196 (интенсивный показатель 11,3), что в 8 раз меньше, чем в 1971 годом. Наибольшее количество больных выявлено в г.Нукус, Ходжейлийском и Нукусском районах, а в 80-е годы прошлого столетия ещё и Амударьинском районе. Это, естественно, связано, с улучшенной диагностикой инфекционных заболеваний вообще, и ОКИ, в частности, в указанных административных территориях.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что в условиях Республики Каракалпакстан ОКИ вообще и бактериальные дизентерии, в том числе остаются краевой актуальной проблемой. Это диктует необходимость проведения более углубленных исследований по изучению вопросов распространения, эпидемиологических особенностей, клинического течения и

усовершенствования мер борьбы, профилактики и лечения упомянутых кишечных инфекций.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Асатова Н.Б., Сапаева Ф.Р., Расулмухамедова М.Н.

ТашиУВ, 1-я городская больница г. Ташкента

Изучение возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) всегда остается актуальной проблемой. Знание этиологии ГВЗ в клиниках неинфекционного профиля необходимо для грамотной этиотропной терапии больных и эффективного инфекционного контроля за появлением и распространением множественно устойчивых вариантов условно-патогенной флоры.

Цель. Определение особенностей спектра условно-патогенных микроорганизмов при ГВЗ в различных отделениях многопрофильной больницы. **Материалы и методы.** Выделение культур микроорганизмов от больных 1-й гор. больницы г. Ташкента (2015-2016гг) и их первичная идентификация проводились в больничной баклаборатории традиционными классическими методами согласно республиканским нормативным документам и рекомендациям. Часть штаммов была реидентифицирована на кафедре микробиологии ТашиУВ с учетом данных 10-го Руководства Bergey's.

Результаты. Всего за период наблюдения было проведено 1029 бактериологических исследований, в том числе биоматериал из ожоговых ран у 89 больных, хирургических ран – 306, моча у 210 (урология) и 29-х (ревматология), мокрота у 210 больных (пульмонология). Отдельно рассматривали материал из зева и носа - всего этих анализов было 205, 116 от больных пульмонологии и 65 – от больных аллергологического отделения и 24 отд. реанимации. Образцы с отсутствием роста составили в среднем 18,1%, наиболее высок этот показатель был в моче больных урологии - 34,8% (при анализе мочи по Гоулду принято учитывать рост лишь при концентрации микробов 10^5 и выше в 1мл). Ассоциации микроорганизмов встречались наиболее часто при исследовании мокроты пульмонологических больных (14 образцов, состоящие из двух ассоциантов). Всего было выделено 896 культур микроорганизмов – 492 грам+, 262 грам- и 142 грибы. Грамположительные микроорганизмы доминировали в носоглотке больных аллергологического отделения (81,9%), в ранах ожоговых (76,0%), хирургических (60,9%) и в мокроте пульмонологических больных (59,3%). Грамотрицательные заняли лидирующее положение в моче при уроинфекциях (72,2%) и в зеве и носе у больных с ГВЗ легких (52,8%). Кандиды наиболее часто находили в моче больных ревматологии (31,8%), зеве, носе (33,3%) и мокроте больных легочного отделения; в других отделениях эти находки составляли от 1,5 % (ожоги) до 5,4% (хирургические раны). Рассмотрение видового состава грам+ и грам- бактерий показало следующее. В ранах (ожоговых и хирургических) все 100% грам+ были представлены *S.aureus*, частота высеваемости стафилококка была высокой также в носоглоточном отделяемом больных отделения аллергологии (78%). Гемолитический стрептококк лидировал среди грам+ микроорганизмов в мокроте больных с бронхолегочной патологией (70,3%). Среди грам- доминировали эшерихии, которые имели наиболее высокий удельный вес в моче больных урологии (74,7%). У этой же категории больных обнаруживались клебсиеллы/энтеробактеры в 12,1% и синегнойная палочка в 8,0%.

Вывод. Для каждого отделения многопрофильной больницы характерна своя микрофлора, основные тенденции: доминирование золотистых стафилококков в

ожоговом и хирургическом отделениях (раны), кишечной палочки и других грам-бактерий в урологии (моча); гемолитических стрептококков в ассоциации с кандидами – в пульмонологии (мокрота).

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Атамухамедова Д.М.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) на протяжении ряда лет занимают лидирующее место в структуре инфекционной патологии у детей и являются одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всех странах мира. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более миллиарда случаев ОКИ, при этом умирают около 5 млн. человек. Широкий спектр возбудителей ОКИ включает патогенные и условно-патогенные бактерии, простейшие, а также вирусы. Среди них именно ротавирусной инфекции принадлежит ведущая роль в структуре вирусных диарей.

Современные диагностические подходы к верификации возбудителей также доказывают доминирующую роль ротавирусной инфекции в структуре ОКИ у детей раннего возраста. Следует отметить, что высокий уровень заболеваемости кишечными инфекциями в целом, широкое распространение и многообразие возбудителей, отсутствие специфической профилактики диктуют необходимость мониторинга ОКИ и ставят эту проблему в ряд социально значимых. За последние годы в г. Ташкенте сохраняются высокие показатели заболеваемости ОКИ, при этом на долю ротавирусной инфекции в различные годы приходится до 56%.

Цель настоящего исследования – проанализировать динамику заболеваемости ОКИ среди детей проживающих в г. Ташкенте, выделить наиболее значимые клинические и эпидемиологические особенности ротавирусных гастроэнтеритов.

Материалы и методы: Этиологическую структуру, клинические и эпидемиологические особенности ОКИ у детей анализировали на основании данных ежегодных отчетов и результатов клинического обследования пациентов, госпитализированных в инфекционный стационар при УзНИИЭМИЗ МЗРУз за период с 2009 по 2013 г.

Результаты и обсуждение: За исследуемый период в инфекционный стационар с диагнозом ОКИ было госпитализировано около 5000 детей. Из них с диагнозом «ротавирусная инфекция» в стационаре пролечено 1090 детей: в 2009-152 ребенка, в 2010 г – 159 детей, в 2011 г – 203 ребенка, в 2012 г – 172 детей, в 2013 г – 214. При поступлении больных в стационар проводили комплексное обследование, которое включало объективный осмотр, клинико-биохимические исследования крови, мочи, фекалий, исследование фекалий иммуноферментным методом (ИФА) и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) для обнаружения РНК ротавируса, серологические методы диагностики.

Как показали результаты анализа, активность эпидемического процесса при ОКИ поддерживается в основном за счет детского населения, доля которого в структуре заболеваемости ОКИ по г.Ташкенту составила до 56%. При этом доля ротавирусных гастроэнтеритов у детей в исследуемые годы колебалась от 14% в 2009г. до 46% в 2013 г.

Проводимые исследования показали, что наиболее частыми клиническими проявлениями ротавирусного гастроэнтерита являются водянистая диарея (96%), рвота (92%), вялость (72%), лихорадка (64%). Поражение желудочно-кишечного тракта в 84% случаев протекает по типу гастроэнтерита. В процессе исследования,

нами отмечено широкое вовлечение в эпидемический процесс детей грудного возраста, а также увеличение числа тяжелых форм, что предусматривает необходимость мониторинга ротавирусов.

Вывод. Таким образом, высокие показатели заболеваемости РВИ, широкое её распространение в сочетании с высокой контагиозностью и множественностью путей инфицирования диктует необходимость управления инфекционным процессом через вакцинацию.

ДИСБИОТИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Атаходжаева Д.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить дисбиотические и иммунологические изменения у больных бруцеллезом.

Материалы и методы исследования: объектом исследования явилось обследование 179 больных с разными клиническими формами бруцеллеза в возрасте от 18 до 60 лет. Всем больным были проведены микробиологические и иммунологические исследования. Контролем служили практически здоровые люди в количестве 27 человек.

При анализе половой структуры нами было установлено, что мужской пол встречался в 2,5 раз чаще по сравнению с женским (71,2% и 28,8% соответственно; $P < 0,05$).

Согласно классификации Н.И. Рагоза (1955) нами было установлено, что в большинстве случаев встречалась вторично-хроническая форма бруцеллеза, которая составила 27,9%. Острая и подострая формы были зарегистрированы у 27,4% и 25,1% соответственно. Первично-хронический бруцеллез был выявлен среди 19,6% больных.

Результаты исследования: Проведенные исследования показали, что среди всех обследованных больных с бруцеллезом выявлены нарушения как количественных, так и качественных показателей микробиоциноза кишечника. Данные изменения были характерны для 1 и 2 степени дисбактериоза.

При изучении иммунологического статуса больных бруцеллезом выявлен клеточный иммунодефицит, который проявлялся дисбалансом основных клеточных субпопуляций иммунной системы, что указывало на функциональную неполноценность противоинфекционного иммунного ответа не зависимо от клинической формы бруцеллеза. Гуморальное звено иммунитета у больных бруцеллезом характеризовалось активацией IgA, IgM и IgG.

При бруцеллезе на фоне комбинированного иммунодефицита отмечаются существенные нарушения цитокиновой регуляции в виде статистически значимого повышения про- (IL-1 β , IL-6) и противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-10), а также достоверного снижения γ -интерферонов.

При корреляционном анализе установлена взаимосвязь выраженности нарушений иммунологических показателей от степени дисбактериоза.

Заключение. Таким образом, на основании полученных данных, больным бруцеллезом необходимо назначение в комплекс традиционной терапии препаратов восстанавливающих микрофлору кишечника, в частности препарат отечественного производства Бифилакс Иммуно, который будет обеспечивать многоуровневую защиту кишечника, стимулируя иммунный ответ и активизируя неспецифические факторы защиты организма.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ МАЛЯРИИ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Бабаходжаев С.Н., Саипов Ф.С., Халилова З.Т., Тё И.Л., Цай С.А.

Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний, Республиканский Центр Санитарно-эпидемиологического Надзора Минздрава Республики Узбекистан, г.Ташкент

В данной работе нами осуществлен ретроспективный анализ случаев малярии в Южном регионе республики за 2006-2014 гг., к которому относятся Сурхандарьинская и Кашкадарьинская области. Использованы отчетные данные по форме 1 инфекционным болезням паразитологических отделов Центров санитарно-эпидемиологического надзоров указанных областей и Минздрава Республики Узбекистан.

Проведенный анализ показал, что за 2008-2014 гг. в Республике Узбекистан зарегистрировано 42 случаев малярии. Наибольшее количество больных – 26 (61,9%) выявлено в Сурхандарьинской области республики. Следующее ранговое место занимает столица республики - г.Ташкент, где наблюдались 4 (9,5%) завозных случая малярии. В Кашкадарьинской и Сырдарьинской областях выявлены по 3 больных (7,2 и 7,2% случаев, соответственно). По 2 случая (4,7 и 4,7%, соответственно) зарегистрировано в Ташкентской и Ферганской областях (4,7 и 4,7%, соответственно) и по одному (2,4 и 2,4 %, соответственно) - в Навоийской и Самаркандской областях. Дальнейший анализ за 2006-2010 гг. показал, что за этот период в Сурхандарьинской области выявлено всего 166 больных с трехдневной формой малярии. Наибольшее число больных диагностировано в приграничных с Таджикистаном районах – Алтынсайском – 32 (19,7%), Сариассийском-31(19,1%), Узунском-31(19,1%), и Денаусском – 29 (17,8%). 22(13,2%) больных выявлены в Шурчинском, 7(4,2%) - в Кумкурганском. В других населенных пунктах области (г.Термез, Термезский, Ангорский, Музрабадский, Шерабадский, Кизирикский, Бойсунский, Бандиханский районы) зарегистрированы единичные случаи трехдневной малярии. Следует отметить, что в 2007 г. в области зарегистрировано 29 местных случаев, в 2008 г. - 7. В последующие годы благодаря осуществлению целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий местные случаи малярии в области не обнаружены. Среди заболевших преобладали лица активного трудоспособного возраста от 31 до 40 лет. Как упоминалось выше, за изучаемый период в Кашкадарьинской области выявлено 3 случая трехдневной малярии, в том числе - 1 в 2007 г. местного характера. В обеих областях случаи четырехдневной, смешанной малярии не наблюдались. При обследовании переболевших малярией и лиц, контактировавших с ними, случаев паразитоносительства также не установлено.

Таким образом, за период 2006-2014 гг. в Южном регионе Республики Узбекистан (в основном в Сурхандарьинской области) наблюдались случаи трехдневной малярии, в том числе завозного характера из соседнего Таджикистана. Этот факт подтверждается тем, что малярия в основном выявлена в приграничных с указанной республикой районах области (Узунский, Сариассийский, Алтынсайский, Денаусский). Благодаря осуществлению своевременных профилактических мероприятий дальнейшее распространение болезни удалось остановить и в последние годы в области случаи малярии, в том числе местного характера не зарегистрированы.

ЭЛЕКТРОННАЯ ИНТЕГРИРОВАННАЯ СИСТЕМА НАДЗОРА ЗА ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Бойбосинов Э.У.¹, Оспанов К.С.¹, Сайрамбекова Г.М.¹, Кантемиров М.Р.²,
Курмаева А.Т.².

*¹РГП на ПХВ НПЦ санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга
Комитета по защите прав потребителей Министерства Национальной экономики
РК, г. Алматы, Казахстан, ²Карагандинский государственный медицинский
университет, г. Караганда, Казахстан*

Актуальность проблемы. Электронная интегрированная система надзора за заболеваниями (ЭИСНЗ) является компьютерным приложением, объединяющим в себе функции сбора данных случаев заболевания людей или животных, включая демографическую, географическую информации, данные лабораторного и эпидемиологического анализов и разработки мер в единый пакет данных которая незамедлительно передается на другие сайты ЭИСНЗ. Такая информация сохраняется в защищенном виде и доступна для проведения ретроспективного анализа.

Цель. Основной целью и задачами ЭИСНЗ является усовершенствование системы контроля и мониторинга за заболеваемостью особо опасных вирусных и зоонозных инфекций на территории Республики Казахстан, и ускоренной передачи данных между источником (очагом) и заинтересованными учреждениями КЗПП МНЭ РК и Министерства здравоохранения и социального развития республики Казахстан.

Материалы и методы исследования Проведен анализ базы данных в программе ЭИСНЗ в модуле АВО (анализ, визуализация и составление отчетов), данные мониторинга пилотных областей.

Обсуждение результатов исследования. Внедрение программы ЭИСНЗ в Республику Казахстан началась с 2008 года. В рамках развертывания ЭИСНЗ в Комитете по защите прав потребителей МНЭ Республики Казахстан с 1 октября 2015 г. по февраль 2016 г. были реализован пилотный проект ЭИСНЗ в 3-х областях РК: Западно-Казахстанской, Восточно-Казахстанской и Алматинской областях.

По состоянию на 01.03.2016 года, программно-аппаратный комплекс ЭИСНЗ включает организации республиканского и областного (городского) уровня: 46 организаций, 183 рабочих станций, обучено 317 специалистов; организации районного уровня: 412 организаций, 412 рабочих станций, обучено 602 специалистов;. По состоянию на 01.03.2016 года в базу данных ЭИСНЗ (с 01.11.2014г по 01.03.2016г) введено 19147 случаев по инфекционным заболеваниям и оформлено более 1200 отчетов. Проведенное в период 2008-2015 годы тестирование и корректировка программы (по предложениям эпидемиологов РК) позволяет определить комплекс ЭИСНЗ в качестве единой национальной программы эпидемиологического мониторинга РК.

Выводы: 1. За данный период подготовлены 458 органов и организаций КЗПП, оснащены 595 рабочих станций, обучены 919 специалистов.

2. Система ЭИСНЗ объединяет функции контроля над заболеваниями человека или животных с функциями лабораторного модуля для отслеживания лабораторных проб и проверки результатов анализа.

3. Программа ЭИСНЗ является наиболее современной системой надзора с высоким уровнем функциональной гибкости, которая может быть использована в любом регионе мира.

К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Буракова Е.Ф., Искандарова Г.Т., Зоирова Н.Т., Рахманова Ж.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент

Острые кишечные инфекции, несмотря на достигнутые определенные успехи в борьбе с ними, продолжают представлять актуальную проблему для здравоохранения Ташкентской области.

Цель исследования: выявить особенности эпидемического процесса ОКИ (острых кишечных инфекций), шигеллезов, сальмонеллезов за 2010-2014 гг. среди населения Ташкентской области.

Материалы и методы исследования: Годовые отчеты о заболеваемости ОКИ, шигеллезами, сальмонеллезами за 2010-2014 годы, метод исследования эпидемиологический.

Результаты и обсуждения: Ретроспективный анализ заболеваемости за 2010-2014 годы показал тенденцию к снижению интенсивных показателей заболеваемости ОКЗ, шигеллезов и сальмонеллезов.

Удельный вес регистрируемой заболеваемости шигеллезами в структуре суммы ОКИ (ОКИ, шигеллезы, сальмонеллезы, тифо-паратифозные заболевания) за анализируемый период уменьшился с 14,2 до 13,4% при среднем за 2010-2014гг 14,1%, сальмонеллезами с 5,0% до 2,0% при среднем 3,3%, ОКИ увеличился с 80,5% до 84,6%.

Результаты сравнения уровней заболеваемости ОКИ, шигеллезами, сальмонеллезами по административным территориям показали существенные различия уровня и динамики в городах и сельской местности. Из общего количества заболевших ОКИ, шигеллезами и сальмонеллезами на городское население приходилось около трети заболевших, что связано как с качеством и эффективностью диагностики, проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий, так и с условиями быта и поведения населения.

Изучение годовой динамики заболеваемости показало, что для ОКИ, шигеллезов, сальмонеллезов характерен летне-осенний период подъема (5-6 месяцев), на долю которого приходилось 2/3 годовой заболеваемости. В период сезонного подъема более 50% заболеваний было обусловлено активизацией сезонных факторов. Не выявлены статистически достоверные различия в показателях сезонности ОКИ, шигеллезов и сальмонеллезов ($t < 2$).

Анализ возрастной структуры заболеваемости ОКИ, шигеллезами, сальмонеллезами показал высокий удельный вес заболеваемости детей в возрасте до 14 лет: доля заболевших шигеллезами равнялась в среднем 53%, сальмонеллезами - 63,8%, ОКИ - 66,0%. Заболеваемость до 1 года шигеллезами регистрировалась в 2,5 раза реже, чем ОКИ и сальмонеллезами. Наиболее поражаемым контингентом были дети до 3-х лет, заболеваемость которых превышала заболеваемость взрослых ОКИ в 11 раз, шигеллезами в 7 раз, сальмонеллезами в 15 раз.

Расшифровка этиологической структуры в анализируемый период составляла ОКИ в среднем 8,1%, шигеллезов - 64,5%, сальмонеллезов - 100%. Доминировала в этиологии ОКИ условно-патогенная флора: цитробактер (27,3%), протеи (19,8%), энтеробактерии (14,2), ЭПКП (10,8%) а также стафилококки (10,4 %). Среди выделенных культур шигелл преобладали культуры вида Флекснер (96,6 - 40,4%) и Зонне (5,1 - 2,3%), среди сальмонелл преобладали культуры *S.typhimurium* (90,5 - 86,8%), *S. enteritidis* (6,2-0,9%).

Заключение. Выявленные закономерности эпидемического процесса при ОКИ, шигеллезах, сальмонеллезах в Ташкентской области позволят оптимизировать проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий, что будет способствовать дальнейшему снижению заболеваемости указанными инфекциями.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Бўрибоева Б.И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, г. Ташкент. Узбекистан

Актуальность. В настоящее время в структуре инфекционной краевой патологии, бруцеллез занимает одно из лидирующих мест. Важность этой проблемы обусловлена повсеместным распространением бруцеллеза, тяжести течения болезни, сохранением показателей инвалидизации, развитием хронических форм.

В последние годы в Республике Узбекистан наблюдается рост частоты заболеваемости бруцеллезом во всех возрастных группах населения и ежегодно регистрируется 1,5-2,2 случая впервые выявленного заболевания на 100 тыс. населения, что в 2,5 раза выше, чем в других странах СНГ. Широкое распространение данной инфекции среди сельскохозяйственных животных поддерживает заболеваемость среди населения. Серьезнейшей проблемой является омоложение бруцеллеза, часто поражающиеся детские и юношеские континенты с самыми неблагоприятными, особенно с возможной дальнейшей хронизацией.

Целью настоящего исследования явился анализ клинико-эпидемиологических аспектов бруцеллезной инфекции у детей и изыскание путей повышения противоэпидемических мероприятий.

Материалы и методы: В работе проведен клинико-эпидемиологический анализ заболеваемости бруцеллезом за период 2009-2013 гг. у 47 больных детей в инфекционном отделении НИИЭМИЗ МЗРУз.

Результаты и обсуждение: Под нашим наблюдением было 47 больных бруцеллезом детей от 4-14 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционной больнице НИИЭМИЗ МЗРУз за период 2009-2013 гг. Диагноз бруцеллеза был поставлен на основании клинической картины, положительных результатов бактериологического анализа и данных серологических исследований. Как показали исследования, механизм заражения бруцеллезом зависит от возраста, так у 71,2% дошкольников зарегистрирован контактный путь инфицирования, у 7, - алиментарный, 21% - смешанный; в возрасте 8-11 лет соответственно у 74,5; 6,7; 18,8% соответственно. Это объясняется тем, что (дети в возрасте 4-7 лет 15,4% больных), дошкольного возраста чаще и непосредственно находятся в контакте с животными, новорожденными ягнятами, телятами, которых в холодное время года содержат в жилых помещениях.

Причиной заражения детей школьного возраста служило заражение молоком больного животного, непосредственный контакт членов семьи с источником инфекции (уход, снятие шкур, стрижка шерсти и приём родов от больных бруцеллезом животных).

Анализ клинических проявлений заболевания у детей выявил следующие изменения: боль в мышцах в начале заболевания в исследуемый период имела место в 3,4% случаев, положительные серологические реакции – в 11,7% случаев. Такие симптомы, как потливость, боль в суставах, озноб, боль в пояснице отмечались значительно реже: потливость – у 33,3% больных боль в суставах – у 33,2%, озноб – у 16,1%, боль в пояснице – у 3,3%, нормальная температура тела – у 36,7% больных.

Гепатомегалия была обнаружена у 66,7%, увеличение селезенки – у 30% больных (ранее данные симптомы были у 48,4% больных, $p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, клинические проявления бруцеллеза в современный период характеризуются более легким течением меньшей продолжительностью и преобладанием острых форм, что требует дифференциального подхода к проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий на местах.

БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИК ТАДБИРЛАРНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Бурунов И.Б., Расулов Ш.М.

Тошкент Тиббиёт Академияси. Тошкент ш.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти бруцеллёзни инсонларга иқтисодий ва ижтимоий юқори зарар келтирувчи ўта хавфли юқумли касалликлар рўйхатига киритган.

Республикаимизнинг турли ҳудудларида касалланиш кўрсаткичи бир хил эмас. Чорвачилик билан шуғулланадиган вилоятларда (Навоий, Бухоро, Қашқадарё, Сурхандарё) касалланиш кўрсаткичи бошқа жойларга нисбатан анча юқори. Биргина 2009-2010 йилни оладиган бўлсак умумий касалланганлар сони 2009 йилда 332 та, 2010 йилда 454 тани шулардан Тошкент шаҳрида 2009 й. - 14 та, 2010 й. - 39 та, Бухоро вилоятида 2009 й. – 67 та, 2010 й. – 103 та, Қашқадарё вилоятида 2009 й. – 83 та, 2010 й. – 81 та, Жиззах вилоятида 2009 й. - 77 та, 2010 й. - 82 та, Навоий вилоятида 2009 й. – 16 та, 2010 й. – 28 та касалланиш ҳолатлари қайд этилган.

Мақсад: Бруцеллёз касаллигининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва профилактик тадбирларини такомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари: Республика ДСЭНМ нинг бруцеллёз касаллиги билан касалланиши бўйича 2003-2014 йиллардаги расмий ҳисоботлари шакли, бруцеллёз билан касалланган беморларнинг касаллик тархлари ўрганилди.

Тадқиқот усуллари: Ушбу илмий иш бажарилишида эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилади.

Натижа ва муҳокама: Таҳлилнинг дастлабки йили - 2005 йилда республикаимизда бруцеллёзнинг бирламчи ташҳиси билан 563 нафар (интенсив кўрсаткич ҳар 100 минг аҳолига - 2,2) беморлар қайд этилган ва таҳлил этилаётган йиллар мобайнидаги энг юқори кўрсаткични ташкил этган. 2006 йил Ўзбекистон Республикасида бруцеллёз инфекцияси билан касалланишнинг пасайиш тенденцияси томон юз тутган палла – жиддий ижобий бурилишнинг ибтидоси сифатида эътироф этилиши мумкин. Мазкур 2006 йилда республика бўйича 468 нафар бемор илк бор рўйхатга олиниб (интенсив кўрсаткич - 1,8), касалланиш 2005 йилга қараганда 20 фоизга яқин камайган.

Бундай ҳолат таҳлилнинг кейинги йилларида ҳам узлуксиз давом этиб, пасайиш даражаси янада кескинроқ тус олди. Хусусан, 2009 йилда республика бўйича қайд этилган беморларнинг умумий сони 332 нафардан иборат бўлиб (интенсив кўрсаткич - 1,2), касалланиш даражаси 2005 йилга қараганда 1,8 марта камайганлиги кузатилди.

2006 йилдан то 2014 йилгача республикада бруцеллёз билан касалланиш нисбатан паст даражада барқарорлашди ва интенсив кўрсаткич жуда қисқа кўламда – 1,8 дан (2006 й.) 1,2 гача (2009 й.) бўлган оралиқда тебраниб турди.

Хулоса: Бруцеллёз билан касалланишни олдини олиш учун қуйидаги ишларни такомиллаштириш лозим:

Гўшт, жун, сут ва сут маҳсулотлари олинадиган барча чорва молларини 100% бруцеллёзга текшириш;

Ферма ва шахсий хўжаликлардаги чорва молларини бруцеллёзга қарши тўлик эмлашга эришиш;

Аҳолининг барча гуруҳларига бруцеллёз касаллиги унинг оқибатлари ва олдини олиш чора-тадбирлари тўғрисида санитария маориф ишларини кучайтириш;

Бруцеллёзга қарши олиб бориладиган чора-тадбирларда ДСЭНМ ва ветеринария хизмати ходимларининг биргаликда тадбирлар ўтказишларини таъминлаш лозим.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Вафакулов С.Х., Вафакулова Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд. Узбекистан.

Общеизвестно, что острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют наибольшую опасность для детей первых лет жизни в связи с высокими показателями заболеваемости и летальности в этой группе детей. Внедрение в последние годы в практику ПЦР-диагностики отчётливо показывает тенденцию в изменении этиологической структуры, возбудителей вызывающих ОКИ у детей.

Цель исследования: установить роль норовирусов в этиологии ОКИ среди детей первых лет жизни по Самаркандской области.

Материалы и методы исследования: Работа проводилась, в областной клинической инфекционной больнице города Самарканда за период с 2011-2015 гг. Тестирование на наличие норовирусов в фекалиях у заболевших детей ОКИ проводилось методом ПЦР на базе НИИ Вирусологии МЗРУз.

Результаты исследования: Всего обследовано 629 образцов фекалия детей в возрасте от 1 месяца до 1 года. Норовирусная моноинфекция была диагностирована у 114 больных, что составило 18,1% от общего числа обследованных. Основную группу заболевших детей с норовирусной инфекцией составили дети старше 3 месяцев – 102 ребенка (89,4%). Удельный вес норовирусной моноинфекции в группе детей до 3 месяцев составил 7%, от 3 до 6 месяцев – 21,6%. В группе детей от 6 до 9 месяцев и от 9 месяцев до 1 года показатели были следующими – 21,7% и 23,6% соответственно.

Все дети заболевшие норовирусной инфекцией до 3 месяцев находились на грудном вскармливании.

В группе детей от 3 до 6 месяцев – на искусственном вскармливании были 24 (60%), на смешанном 8 (20%), от 6 до 9 месяцев – на искусственном вскармливании были 18 (64,3%) детей, на смешанном -10 (35,7%).

Дети от 9 месяцев до 1 года находились на искусственном вскармливании (100%), что косвенно свидетельствует в пользу пищевого пути заражения норовирусной инфекцией в этой возрастной группе.

Частота норовирусной инфекции существенно зависела от пола заболевших детей: так девочек было 46 (40,4%), мальчиков – 68 (59,6%). При сборе эпидемиологического анамнеза особое внимание уделяли случаям диарейных заболеваний среди членов семьи в течение последних 4 недель и острым респираторным заболеваниям, протекающих с явлениями гастрита.

Из 57 детей, заболевших норовирусной инфекцией, только 16 (14,0%) имели контакт в семье с больными ОКИ или ОРВИ.

В первые сутки заболевания поступило 34 (29,8%) детей, на 2 сутки – 50 (43,9%), на 3 сутки – 20 (17,5%). Позже 3 дней от начала заболевания поступило всего 10 детей, что составило 8,8% от числа заболевших.

Критериями оценки тяжести заболевания служила выраженность интоксикационного синдрома, кратность, продолжительность рвоты и диарейного

синдрома, а также степень вовлечения в патологический процесс других органов и систем.

Тяжелой формой норовирусной инфекцией чаще болели мальчики 40 (35,2%), чем девочки 12 (10,5%).

В группах детей до 3-месячного возраста и от 6 до 9 месяцев превалировали тяжелые формы болезни 66,7% и 57,1% соответственно, тогда как у детей от 9 месяцев до 1 года – в 70,6% случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме.

Таким образом, практический врач должен учитывать, что норовирусная инфекция протекает преимущественно в тяжелой форме с возрастным пиком с рождения до 9 месяцев.

ПРОБЛЕМА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ

Вафакулов С.Х., Вафакулова Н.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд. Узбекистан

Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой серьезную проблему здравоохранения в области. По данным, Самаркандской областной клинической инфекционной больницы, в возрастном аспекте из общего количества больных с ОКИ поступивших за последние 5 лет дети составили более 97%, из них грудные дети составили 48%, что существенно отражается на уровне заболеваемости и летальности младенческого возраста.

Хотелось бы подчеркнуть и тот факт, что отмечается неуклонный рост заболеваемости при снижении количество тяжелых больных, поступивших в стационар с диагнозом ОКИ. Спектр возбудителей ОКИ достаточно обширен. Он включает значительное количество как бактериальных, так и вирусных антигенов. По данным зарубежных и отечественных ученых значительная часть ОКИ обусловлена кишечными вирусами (ротавирусы, норовирусы, аденовирусы и др.), диагностика в отношении которых лабораторной службой в области не осуществляется, при этом в области лабораторная диагностика ОКИ базируется преимущественно на обнаружение бактериальных инфекционных агентов, что привело к тенденции роста доли ОКИ неустановленной этиологии.

Исходя из этого, можно предположить, что значительная часть болевших с ОКИ лечится без уточнения причин. Назначаемая необоснованная антибиотикотерапия способствует нарушению биоценоза кишечника, что серьезно усугубляет состояние детей и в последующем даже активное лечение не всегда приводит к выздоровлению. Регидратационная терапия (ОРТ) при ОКИ являющаяся вспомогательной и предупреждающей эксикоз организма требует от врачей необходимого разъяснения матерям, о том, что:

ОРТ необходимо проводить с использованием правильно подготовленных лечебных растворов.

О соблюдение надлежащего режима питания у заболевшего ребенка.

Знание обстоятельств при которых необходимо обращаться в учреждение здравоохранения.

При собеседовании с матерями было установлено, что об оральных регидратационных средствах знают, владеют техникой ОРТ, могут правильно приготовить лечебный раствор около 72,6% матерей, 15,6% матерей знают ОРС, но отрицательно относятся к их применению, 11,8% вообще не имеют никакой информации об ОРТ. В эту группу входили матери из сельских местностей, домохозяйки, не имеющие образования.

Одним из важных вопросов лечения диарейных заболеваний является осведомленность мам о соблюдении режима питания у заболевшего ребенка. После беседы с матерями было выяснено, что 22% матерей придерживаются практики воздержания от еды при диарейном синдроме у ребенка, 53,4% матерей во время диареи предпочитают кормить ребенка только рисовым отваром и только 20,6% матерей проводят полноценное питание на протяжении всего диарейного эпизода. Поэтому одной из задач врача общей практики является правильное разъяснение матерям о питании ребенка. Особое внимание следует обращать на первородок, которые не могут ухаживать за ребенком, не соблюдают гигиенические правила. Некоторые матери не знают в какие сроки вводятся прикормы, правила их введения. Это больше относится к матерям из сельских местностей. Идеальным видом питания для детей раннего возраста является грудное молоко. Ребенок, получающий заменители грудного молока должен быть обеспечен адекватным сбалансированным питанием способствующим его физическому и психическому развитию. В настоящее время во многих районах в следствии дороговизны искусственных смесей детям дают коровье молоко, у таких детей и у детей с неправильным смешанным вскармливанием возникает в различной степени белково-энергетическая недостаточность. Именно они предрасположены к ОКИ.

На основании вышеуказанного мы предлагаем в целом по республике разработать и внедрить единый нормативно-методический документ, регламентирующий порядок и исходы исследования, а также лечения больных детей с ОКИ.

СЕРОТИПОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШТАММОВ *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева Н.У.

Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить серотиповой пейзаж штаммов *S. pneumoniae*, выделенных от детей с острым средним отитом (ОСО).

Материал и методы исследования: Серотипирование проведено 22 штаммов *S.pneumoniae*, выделенных из жидкости среднего уха детей с ОСО. Определение серогрупп штаммов *S.pneumoniae* проводили с помощью 14 пуловых и 21 групповых диагностических сывороток Pneumotest-Latex (Statens Serum Institute, Дания).

Результаты: При определении серотиповой принадлежности культур *S. pneumoniae* выявлено, что наиболее часто встречались серотипы *S. pneumoniae* 1 и 6А (13,7%) и серотипы 3, 5 и 19F (9,1%). Такие серотипы как 6В, 14 и 23F выявлены в одном случае и составили 4,5% от всех исследованных штаммов *S. pneumoniae*. Количество нетипируемых штаммов *S. pneumoniae* составили 31,8% случаев. Полученные данные о ведущих серотипах *S.pneumoniae*, вызывающих ОСО у детей в нашем исследовании показали, что наиболее тяжелая форма заболевания была обусловлена 1 серотипом и 6 серотипом. Данные серотипы *S.pneumoniae* были выделены от больных с острым гнойным средним отитом в возрасте 5 лет и 10 лет, которые получали стационарное лечение. При сопоставлении выделенных серотипов *S.pneumoniae* с вакцинными серотипами, обнаружено покрытие вакцинных серотипов 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакцины (ПКВ13) на 68,2% и 10-валентной пневмококковой конъюгированной вакцины (ПКВ10) на 45,5%.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о целесообразности внедрения вакцинации против пневмококковой инфекции в Узбекистане, которая приведет к значительному снижению заболеваемости пневмококковыми заболеваниями среди детского возраста при применении 13-валентной пневмококковой конъюгированной вакцины – ПКВ-13. Кроме этого, изучение циркуляции серотипов следует проводить и после внедрения вакцинации для оценки эффективности проводимой вакцинации.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В ОБЛАСТЯХ УЗБЕКИСТАНА

Джалалова Н.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В течение последних десятилетий большое внимание во всем мире уделяется повышению уровня протозойных инфекций, в том числе лейшманиоза. По данным Всемирной Организации Здравоохранения на 2010 г. проблема лейшманиоза актуальна в 89 странах, более 350 миллионов людей принадлежат к группе риска и ежегодно регистрируется 600.000 новых случаев лейшманиоза. Согласно данным ВОЗ на 2001г. 1/10 часть населения земного шара стоит перед угрозой заболевания лейшманиозом, 90% случаев приходится на страны Азии и Африки. По сведениям ряда авторов, приходные очаги лейшманиоза протозойной этиологии имеются в Киргизии, Казахстане, Туркменистане и Узбекистане. По данным в аридной зоне Узбекистане существует природные очаги лейшманиозов. Имеются завозные и спорадические случаи висцерального лейшманиоза.

Цель исследований. Проведение эпидемиологического анализа заболеваемости кожным лейшманиозом по Республике Узбекистан, с выявлением неблагополучных регионов и основных проблем профилактики

Материалы и методы. Проведение ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости висцеральным лейшманиозом за 2009 – 2013 гг.

Результаты и обсуждение. Проведенный многолетний ретроспективный эпидемиологический анализ динамики заболеваемости висцеральным лейшманиозом за 2003 – 2012 гг. показал, что в целом по Республике Узбекистан за последние 10 лет было выявлено 143 случая инфицирования висцерального лейшманиоза, что составила 3,37 на 100 тыс. населения. При этом, эпидемически наиболее неблагополучными регионами являются Наманганская и Навоийская области, где уровень заболеваемости висцеральным лейшманиозом на протяжении исследуемого периода оставался стабильно высоким. За исследуемый период в Наманганской области было выявлено 101 больных висцеральным лейшманиозом, что составило 76,7% от показателей общей заболеваемости. Относительно высокая заболеваемость регистрировалась также в Навоийской области 31 больных (21,8%), единичные случаи были зарегистрированы в Джизакской – 2 случая (1,4%) и Самаркандской области – 1 случай (0,7%). Следует отметить, что на территориях этих областей имеются несколько природных очагов висцерального лейшманиоза, которые отнесены к группе очаговых территорий с высоким, средним и потенциальным уровнем эпидемической активности. Так, Папский район Наманганской области относится к группе территорий с высоким уровнем, Нуратинской район Навоийской области к группе средней эпидемической активности, Учкуприкский район Ферганской области и Ургутский район Самаркандской области можно отнести к потенциальным очагам эпидемической активности висцеральным лейшманиозом. Настораживающим

фактором является отсутствие трансграничной координации между соседними странами. Следовательно, приграничные территории относятся к зонам с высоким риском эпидемии в связи с высоким экологическим потенциалом, сходными климато – географическими условиями с соседними странами, где висцеральный лейшманиоз имеет эпидемическое распространение. Как показали результаты исследований, за 2012 год в Узбекистане отличается рост заболеваемости висцеральным лейшманиозом на 40% (с 24 случая в 2011г. до 40 случаев в 2012г.). Случаи заболевания регистрировались в основном в Навоийской области (20), Наманганской области (16) и единичные случаи заболевания выявлены в Ферганской области (3) и Самаркандской области (1). Следует отметить, что подавляющее большинство выявленных больных висцеральным лейшманиозом (более 86%) оказались дети до 7 лет.

Вывод. Таким образом, проблема висцерального лейшманиоза является актуальной и требует всестороннего изучения эпидемиологических и эпизоотологических аспектов данного паразитоза с целью совершенствования основных направлений профилактических и противоэпидемических мероприятий.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА В РЕГИОНАЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Джалалова Н.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность. По данным ВОЗ, множественные вспышки лейшманиозов отмечаются в более 30 странах Восточной, Юго-Восточной и Южной Азии. В последние годы лейшманиоз активизировался в новых географических зонах - в Китае, Пакистане и в Центральном-Азиатском регионе. В государствах Центральной Азии основные эндемичные зоны расположены в Узбекистане и Туркменистане, где в силу природных условий и особенностей своей эпидемиологии кожный лейшманиоз представляет серьезную проблему, и нередко, имеют место значительные вспышки заболевания

Цель исследований. Проведение эпидемиологического анализа заболеваемости кожным лейшманиозом по Респубике Узбекистан, с выявлением неблагоприятных регионов и основных проблем профилактики

Материалы и методы. Проведение ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости кожным лейшманиозом за 2009 – 2013г.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ случаев кожного лейшманиоза за 2003-2012 годы показал, что в республике выявлено 2406 случаев заболевания, в том числе у детей до 14 лет (25,4%). Наибольшее количество больных – 918 (38,1%) выявлено в Сурхандарьинской, Бухарской – 728 (30,2%), Кашкадарьинской – 321 (13,3%), Навоийской – 125 (5,2%) областях и Республике Каракалпакстан – 274 (1,3%). Всего на долю этих регионов приходится более 98% заболевших. Больные кожным лейшманиозом выявлялись также в Хорезмской – 13 (0,5%), Ферганской – 4 (0,1%) и Самаркандской – 3 (0,1%) областях, 2 случая заболевания были зарегистрированы в Сырдарьинской области. В основном, больные (97,6%) были выявлены в приграничных областях республики. В сельской местности выявлены (92,5%) больных, что в силу высокой численности переносчиков – москитов, создает высокий риск передачи и распространения инфекции среди местного населения, особенно детей и приезжих (сезонных и наемных рабочих, мигрантов и т.д.). Следует отметить, что заболевания зоонозным кожным лейшманиозом не могут служить индикатором эпидемиологической опасности.

Перебеливание этой инфекцией приводит к развитию стойкой невосприимчивости к повторному заражению. В связи с этим заболеваемость населения в очагах «лимитируется» уровнем коллективного иммунитета и не отражает интенсивности передачи. Так, в выявленных очагах с высоким уровнем передачи зоонозный кожный лейшманиоз является болезнью детского возраста, так как население старших возрастов как правило иммунно. Среди выявленных новых больных не менее 25% составляют дети первого года жизни и не менее 85% - дети дошкольного возраста (от 3 до 6 лет).

Вывод: Распространение зоонозного кожного лейшманиоза в значительной степени зависит от особенности местности и от взаимодействия факторов обуславливающих взаимодействие популяции резервуаров возбудителей, переносчика и восприимчивого организма, находящихся в определенных географических условиях, что требует постоянной корректировки профилактических и противоэпидемических мероприятий на местах.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Ембергенова Ж.К., Абдуллина Н.Н.

Нукусский филиал ТашПМИ

Одной из проблем современного здравоохранения является утяжеление клинического течения учащение встречаемости осложнённых форм эпидемического паротита как среди детей так и среди взрослого населения. Особенно это остро выявляется в Приаральском регионе, в следствие ухудшения эколого-социальной обстановки, снижением иммунного ответа как и следствие увеличение различных инфекционных заболеваний в том числе и эпидемического паротита.

Цель исследования. Проанализировать частоту встречаемости осложнённых форм эпидемического паротита и выявить наиболее часто встречающиеся осложнения.

Материалы исследования: Нами проанализированы 22 истории болезни с диагнозом эпидемического паротита с осложнёнными формами находящихся на стационаре в РДИБ. Диагноз был проведён на основании жалоб, клинических проявлений и лабораторных данных.

Результаты исследования. Среди обследованных больных 74,1%(20) мужского и 25,9%(7) пациентов женского пола. Из них дети-51,8%(14), взрослые 48,1%(13). У обследованных пациентов были зарегистрированы следующие осложнения: с двусторонним поражением околоушной железы - у 11 (40,7%), одностороннее поражение – у 16(59,1%), повышение температуры тела до 38⁰ С наблюдались у 24(88,8%), от 39-40⁰ С у 3 (11,1%) больных. По степени тяжести: тяжёлое течение отмечались у 4 (14,8%) больных. Среди обследованных больных у 70,3%(19) больных выявлено - панкреатит, у 22,2% (6) больных -орхит.

Таким образом проведённые исследования позволяют сделать выводы, что экологический кризис, привлёкший за собой снижение иммунитета населения в Приаральском регионе привело также к осложнению течения эпидемического паротита как орхит и панкреатит как у детей, так и у взрослых решение профилактики данного заболевания требует дальнейших исследований, разработки мер и борьба с осложнениями.

ХОРАЗМ ВИЛОЯТИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИКНИНГ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ

Ибрагимов М.Б., Юсупов Ш.Р., Рахимбаев М.Ш.

ТТА Урганч филиали, Урганч шаҳри

Мавзунинг долзарблиги. Орттирилган имунтанқислик синдромидан (ОИТС), 1981 йилда биринчи бор ташҳис қўйилгандан буён, 30 миллиондан ортиқ одам ҳаётдан кўз юмди. Бу кўрсаткич касалликнинг инсоният тарихида энг қақшатқич фалокат эканлигини билдиради. Кейинги пайтда антиретровирус даво имкониятлари кенгайишига қарамай, 2011 йилда ОИТС эпидемияси ўртача 3,1 миллион (2,8-3,6 млн) аҳолининг ўлимига сабаб бўлди. Буларнинг ярим миллиондан ортиғи (570000) болалар эди. 2016 йилга келиб, одам имунтанқислик вируси (ОИВ) билан яшаётганлар сони энг юқори даражага етди. Мутахассисларнинг баҳолашича, ҳозирги кунда 40,3 миллион (36,7-45,8 млн) одам ОИВ инфекциясини юқтириб олган. Ҳар йили 5 млн дан ортиқ аҳоли ОИВ-инфекциясини юқтиради. ЖССТ нинг Европа регионал бюроси маълумотларига кўра, 2014 йилга келиб Марказий Осиёда ОИВни янги юқтириш ҳолатлари сонининг ўсиши куйидаги коэффицентларга етди: 1 млн аҳолига нисбатан ОИВни янги юқтирганлар сони Козоғистонда 43 та, Ўзбекистонда 38 та, Қирғизистонда 31 та, Тожикистонда 4 та, Хоразм вилоятида ҳам кейинги йилларда ОИВ инфекциясини юқтирган кишилар сони ортиб бормоқда. Хоразм вилоятида ҳар 2-3 кунда битта одам ОИВ инфекциясини ўзига юқтирмоқда.

Тадқиқот мақсади: Хоразм вилоятида ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларда касалликнинг юқиш йўллари аниқлаш.

Материаллар ва услублар. Тадқиқот иши Хоразм вилояти ОИТС га қарши кураш марказига 2014 йил ва 2015 йил якунига қадар мурожаат қилган ОИВ инфекциясини юқтирган кишилар сўровномаси асосида олиб борилди. 2014 йилда Вилоят ОИТС марказида 123 киши ОИВ инфекцияси билан зарарланганлиги аниқлан. Улардан 51 (41,4%) нафар аёл кишиларни, 72 (58,6%) эркак кишлардир. 2015 йилда эса Вилоят ОИТС марказида ОИВ инфекцияли 137 бемор аниқланган. Улардан 53 (39%) нафар аёл киши, 84 (61%) эркак кишиларни ташкил қилади. Таҷрибада беморларни икки гуруҳга ажратдик. Биринчи гуруҳи 2014 йилда аниқланган беморларни ташкил этса, иккинчи гуруҳни 2015 йилда аниқланган беморлар ташкил этади.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Биринчи гуруҳдаги ОИВ инфекцияси билан оғриган беморлардан эпидемиологик анамнез йиғилганида 75 нафари ($60,9 \pm 5,9\%$) жинсий йўл орқали юқанлигини, 13 нафар ($10 \pm 6,5\%$) бемор парентерал йўл билан юқанлиги ва қолган 35 ($28,4 \pm 8,0\%$) киши ОИВ инфекциясини қаердан юқанлигини аниқ айта олмайди. Иккинчи гуруҳдаги ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларнинг 84 ($61,3 \pm 4,4$) нафари жинсий алоқа билан боғлайди, 25 ($18,3 \pm 7,0\%$) нафари парентерал йўл билан, 28 бемор ($20,4 \pm 3,2$) ОИВ инфекциясини қайси йўл билан юқанлигини билмайди. Биринчи ва иккинчи гуруҳларда ОИВ инфекциясини вертикал йўл билан юқанлиги аниқланмади.

Кузатувдаги беморлардан йиғилган эпидемиологик маълумотлар ва статистик ҳисоблар шуни кўрсатадики, 2014 йилга қараганда ОИВ инфекцияси 2015 йилда парентерал йўл билан юқиш 8,7% га ошганлигини кўриш мумкин. Бунинг сабаби 2 гуруҳдаги кўпчилик беморлар нотўғри тиббий ёрдам олганлар ва парентерал наркотик қабул қилганликлари билан боғлаш мумкин.

Хулоса. Бизнинг фикримизга кўра ОИВ инфекциясинининг Хоразм вилоятида йилдан йилга ошиб боришига сабаб аҳолимизнинг бу касаллик тўғрисида ҳозиргача тўла тушиниб етмаганидир. Бу касалликнинг камайтириш учун тиббиёт ходимлари ва

оммавий ахборот воситалари биргаликда халқимизга ОИВ инфекциясининг тарқалиш йўллари тўғрисида тушинтириш ишларини олиб боришлари лозим.

БОЛАЛАРДАГИ ЎПКАДАН БОШҚА АЪЗОЛАР СИЛИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ибрагимова З.К., Матназарова Г.С., Миртазаева Н.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Олмазор тиббиёт коллежи

XXI асрга келиб ҳам, сил касаллигининг тобора кўп тарқалиши соғлиқни сақлаш тизимида жиддий муаммо бўлиб қолмоқда. Сил билан касалланиш даражасининг ўсиб бориши, касалликнинг деструктив турларининг ошиши, улардан ҳар учинчиси сил микробини атроф муҳитга тарқатиши сабабли болалар орасида ҳам сил билан касалланиш юқорлигича қолмоқда. Болаларнинг сил билан зарарланиши сил беморининг соғлом бола билан мулоқоти қанчалик ўзоқ бўлса ва боланинг ёши қанча кичик бўлса, сил билан зарарланиш ҳам шунчалик юқори даражада бўлади.

Сил касаллиги умумжаҳон муаммога айланган бир вақтда, ўпкадан бошқа аъзолар (ЎБА) сили, гўё, нафас аъзолари силининг соясида қолиб кетгандек эди. Чунки, ўпкадан бошқа аъзолар силининг касалланиш кўрсаткичларининг нисбатан пастлиги бунга сабаб бўлган.

Сил микроблари барча аъзоларни (асаб тизими, лимфа тугунлари, сийдик ажратиш, жинсий аъзолар, кўз, тери ва ҳоказо) зарарлашини ҳисобга олсак, ўпкадан бошқа аъзолар (ЎБА) сили ҳозирги кунда соғлиқни сақлаш тизимида энг долзарб муаммолардан бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади. Болалардаги ўпкадан ташқари аъзолар сил касаллигининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Илмий тадқиқотни бажариш учун Ўзбекистон Республикаси ва Қорақалпоғистон Республикаси Давлат санитария эпидемиология нazorати марказларида мавжуд бўлган сил ҳақидаги расмий маълумотлар ва Қорақалпоғистон Республикаси 1 – сонли силга қарши курашиш диспансеридан олинган йиллик ҳисоботлари эпидемиологик таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижалари. Қорақалпоғистон республикаси аҳолиси ўртасида сил билан касалланиш нисбатан юқорилигича қолмоқда, сил хасталигининг тез тарқалиши ва оғир турлари учраши кузатилмоқда. Шунингдек, болалар орасида ўлим ва ногиронлик ҳам кўпроқ.

Кейинги йилларда Қорақалпоғистонда ўпкадан бошқа аъзолар силининг улуши кўпаймоқда. Бунинг сабаблари кўп, айниқса аҳоли яшаш шароитларининг ёмонлашиши, экологик ҳолатнинг оғирлашиши, беморларнинг ўз вақтида ДПМ мурожаат қилмаслиги, даволаш курсларини охиригача олмаслиги ва бошқалар шунга киради. Натижада беморлар орасида ўпкадан бошқа аъзолар силининг тарқалган, оғир асоратланган турлари кўпайиб, бундай беморларни даволаш қийин бўлмоқда.

Қорақалпоғистон Республикасида болаларда бирламчи аниқланган ўпкадан ташқари аъзолар силини 2011 йилдаги ҳолатини таҳлил қилганимизда, бирламчи аниқланган ўпкадан бошқа аъзолар сили орасида энг кўп тарқалгани суяк – бўғим тизими сили – 46,7%, сийдик – таносил аъзолари тизими, кўз сили улуши 6,7%, периферик лимфа тугунлар ва бошқа аъзолар сили 13,3% ташкил қилган.

ЎБА сили эпидемиологияси ва клиникасида муаммолар кўп бўлиб, булар касалликнинг ташхисотидаги қийинчиликларга, тиббиёт ходимларининг мазкур касаллик ҳақидаги билимларининг етишмаслигига ва фтизиатрия фани соҳасида эришилган ютуқлардан беҳабарликлари билан боғлиқ.

Хулоса қилиб айтганимизда, Қорақалпоғистон Республикасида 14 ёшгача бўлган болаларда бирламчи аниқланган беморларда ўпкадан ташқари аъзолар сили бошқа аъзолар сили орасида тарқалган энг кўп кўрсаткич суяк – бўғим тизими – 46,7%, сийдик – таносил аъзолари тизими, кўз сили улуши 6,7%, периферик лимфа тугунлар ва бошқа аъзолар сили 13,3% ташкил қилади.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Ибрагимова З.К., Матназарова Г.С., Миртазаева Н.А.

Ташкентская медицинская академия, Олмазарский медицинский колледж

В первой четверти XXI века заболеваемость туберкулезом продолжает сохранять свою актуальность, оставаясь одной из приоритетных проблем мирового здравоохранения, в т.ч. и в Узбекистане. На уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ), на качественное ухудшение его структуры отрицательное влияние оказывают неблагоприятные социально-экономические, экологические; демографические факторы, миграционные процессы, а также негативные поведенческие факторы. В результате принятых комплексных мер, в Республике Узбекистан интенсивные показатели заболеваемости туберкулезом и смертности от его последствий значительно снизились и в настоящее время основные показатели заболеваемости туберкулезом в РУз в 1,5-2 раза ниже, чем в других странах Центрально-Азиатского региона. В нашей стране, в том числе в Республике Каракалпакстан в результате реализации широкомасштабных мероприятий в течение последних 10 лет удалось снизить заболеваемость туберкулезом в 1,6 раза.

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение показателей заболеваемости туберкулезом, выявление регионов и зон административных территорий с относительно высоким уровнем заболеваемости для последующего установления причин высокой заболеваемости и выработки практических рекомендаций.

Материалами исследования явились статистические данные Каракалпакского филиала института здоровья и медицинской статистики а также Республиканского Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) РК по заболеваемости туберкулезом за 2010-2014 гг.

В работе применялись эпидемиологические и статистические методы исследований.

Результаты и обсуждение: Анализ заболеваемости туберкулезом в РК за 2001-2014 гг. показывает, что отмечается тенденция снижения уровня первичной заболеваемости туберкулезом. Высокий уровень заболеваемости отмечен в 2002г., затем заболеваемость существенно снизилась в 2004 и 2006 годах. Колебания в сторону повышения отмечены в 2005, 2007, 2010 и в 2014 годах. Имеют место волнообразные подъемы уровня заболеваемости через 1-2 года. С целью выявления территориальных различий пространство РК было условно разделено на Западную (Муйнакский, Кунградский, Канлыкульский и Шуманайский районы), Северную (Тахтакупырский, Караузякский, Чимбайский и Кегейлийский районы), Центральную (гг.Нукус, Тахиаташ, Ходжейлийский и Нукусский районы) и Южную (Амударьинский, Берунийский, Элликалинский и Турткульский районы) зоны. Изучение уровня заболеваемости ТБ по зонам РК показывает, что средний показатель первичной заболеваемости туберкулезом по региону в 2011г. превышен в Северной зоне в 1,8 раза, Западной зоне – на 6.5%, Центральной зоне на 26%, в Южной зоне уровень заболеваемости ниже средних показателей по РК почти в 1.9 раза.

Выводы: В результате проводимых комплексных мероприятий показатели первичной заболеваемости туберкулезом в Республике Каракалпакстан за 10 лет удалось снизить на 43,7%. Сравнительно высокие показатели первичной заболеваемости туберкулезом в РК обусловлены социально-экономическими и экологическими последствиями Аральского кризиса. Уровни заболеваемости туберкулезом в РК резко отличаются в разных зонах, причины которых требуют дальнейшего изучения.

ДОСТУПНЫЙ ДЛЯ ПРАКТИКИ СКРИНИНГ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФЕНОТИПОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИЙ ПО УСТОЙЧИВОСТИ К БЕТАЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ

Исхакова Х.И., Сапаева Ф.Р., Асатова Н.Б., Расулмухамедова М.Н.

ТашиУВ, 1-я горбольница, г. Ташкент

Антибиотикорезистентность условно-патогенных энтеробактерий (УПЭ), циркулирующих в ЛПУ различного профиля - одна из самых обсуждаемых тем научной общественности. При этом, основное внимание уделяется резистентности к беталактамным антибиотикам, которая возникает в результате продукции энтеробактериями ферментов разных классов, разрушающих эти антибиотики. **Цель.** Фенотипическим методом провести скрининг УПЭ, участвующих в развитии гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) на продукцию различных вариантов беталактамаз. **Методы.** Культуры выделялись в 1-й гор. больнице от больных различными формами ГВЗ; для дальнейшего исследования в ТашиУВ отбирались культуры *E.coli* и *K.pneumoniae/Enterobacter* spp. с устойчивостью к беталактамным антибиотикам. Для определения основных классов беталактамаз применили скрининг - обычный диско-диффузионный метод (ДДМ) с параллельным использованием на одной чашке дисков с 3-мя цефалоспоридами (ЦП) 3-го поколения - с цефтазидимом, цефотаксимом и цефтриаксоном (стандартный метод для индикации беталактамаз расширенного спектра - БЛРС) и 3-мя дисками с карбапенемами - с меропенемом, имипенемом и эртапенемом (для отбора культур, подозрительных на продукцию карбапенемаз - КРС, и металлбеталактамаз - МБЛ). **Результаты.** Штаммы, подозрительные на продукцию БЛРС, МБЛ и КРС выявлялись не во всех отделениях ЛПУ; всего была протестирована и установлена резистентность 40 штаммов *E.coli* из 144-х (27,8%), из них наибольшее количество было изолировано в урологическом и хирургическом отделениях (30,2%). Группа *K.pneumoniae/Enterobacter* spp. намного реже проявляла резистентность к беталактамам (11,1%, $p < 0,05$). Почти все изученные культуры были устойчивы к 1-2-или 3-м указанным выше ЦП, т.е. были подозрительны на продукцию БЛРС, но это требует дальнейшего подтверждения (в специальном фенотипическом методе или в ПЦР). По карбапенемам - среди эшерихий обнаружено 13 умеренно -резистентных штамма к меропенему и 2 резистентных к имипенему. Но отдельно надо отметить устойчивость к эртапенему. 36 штаммов из 40 проявили полную резистентность к эртапенему параллельно с БЛРС, меропенемом и имипенемом. При изучении *K.pneumoniae/Enterobacter* spp. наблюдалась сходная картина - из 9-ти штаммов 8 были устойчивы одновременно к эртапенему и ЦП, из них 3 были параллельно умеренно резистентны к меропенему и 1 - резистентен и к меропенему и к имипенему. По новым нормативным документам (Руководству EUCAST и МР, РФ, 2015) энтеробактерии, устойчивые к карбапенемам, следует относить к «необычным» или «исключительным» фенотипам, которые должны более детально изучаться в референс лабораториях. И если единичные штаммы, резистентные к меропенему и имипенему можно отнести к «исключительным» фенотипам, то почти поголовная устойчивость к эртапенему может быть связана или

с недостаточной активностью коммерческих дисков с этим антибиотиком, или с регионарной особенностью, тем более, что эртапенем в условиях нашей страны практически не используется. **Выводы.** 1. E.coli более устойчивы к беталактамам, чем K.pneumoniae/Enterobacter spp. 2. Обнаружены резистентные к карбапенемам «необычные» фенотипы энтеробактерий, большинство устойчиво к эртапенему.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ВИЧ В УЗБЕКИСТАНЕ

Казакова Е.И., Ибадуллаева Н.С., Маматкулов А.Р.

НИИ Вирусологии, г.Ташкент, Узбекистан

Одной из основных причин неэффективности антиретровирусной терапии (АРВТ) является появление резистентных штаммов ВИЧ, обусловленное высокой скоростью репликации ВИЧ и большой частотой ошибок репликации, совершаемых обратной транскриптазой вируса, что приводит к высокой частоте появления мутаций и новых штаммов вируса даже при отсутствии лечения. Первичная и вторичная резистентность ВИЧ к противовирусным препаратам снижает эффективность АРВТ и приводит к быстрой селекции резистентных штаммов вируса с последующим распространением их в популяции.

Цель исследования – определение распространенности первичной резистентности ВИЧ среди ВИЧ-инфицированных пациентов не принимавших АРВТ.

Для проведения исследования были проанализированы данные генотипирования ВИЧ от 232 пациентов не принимавших АРВТ. Материалом для исследования явилась плазма крови ВИЧ – инфицированных пациентов, не принимавших АРВТ, собранная согласно протоколу ВОЗ. Для определения мутаций устойчивости ВИЧ-1 к противовирусным препаратам использовался набор реагентов «АмплиСенс ВИЧ-генотип-Eph» (Россия). Секвенирование образцов проводилось на автоматическом капиллярном секвенаторе ABI 3500 («Applied Biosystems», США). Полученные результаты обрабатывались с помощью программного обеспечения «Деона» и анализировались в Стэнфордской базе данных. Мутации резистентности ВИЧ оценивались к трем группам препаратов – ингибиторам протеазы (ИП), нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (НИОТ) и нуклеозидным ингибиторам обратной транскриптазы (ННИОТ).

При анализе данных от 232 пациентов не принимавших АРВТ первичная резистентность ВИЧ составила 3,0%, что ниже среднемирового уровня и свидетельствует о благоприятной обстановке по первичной резистентности ВИЧ в Республике. Из 232 пациентов у 7 выявлены мутации резистентности ВИЧ и ни у одного из этих пациентов не выявлены мутации одновременно к трем группам препаратов – ИП, НИОТ, ННИОТ. Мутации к ИП определены у 2 пациентов, что составляет 0,9% от общего числа, мутации к НИОТ у 1 пациента, что соответственно составляет 0,5%, и мутации к ННИОТ – у 4 (1,9%) пациентов. Полученные данные совпадают с общемировой тенденцией формирования резистентности к ННИОТ чаще, чем к НИОТ и ИП. Наиболее часто встречалась мутация K103N, которая является причиной появления резистентности ВИЧ к препаратам ННИОТ – невирапину и эфавиренцу.

Таким образом, уровень первичной резистентности ВИЧ составляет 3,0%, что свидетельствует о низком уровне распространенности первичной резистентности ВИЧ в Республике и применение методов молекулярной генетики позволит индивидуально подобрать схему АРВТ и оценить эффективность терапии.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА КЎЧМАНЧИ МЕХНАТ ИШЧИЛАРИ ОРАСИДА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ТАРҚАЛИШИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Калниязова И.Б., Расулов Ш.М.

ТТА, Эпидемиология кафедраси Тошкент ш.

ОИВ-инфекциясининг тарқалиши Республика туманлари бўйича бир хил эмаслиги кузатилган. Кўчманчи меҳнат ишчиларининг доимо ўз турар ва ишлаш жойларини ўзгартириб туриши, улар орасида ОИВ-инфекцияси билан зарарланганларни аниқлаш, даволаш-профилактика ҳамда эпидемияга қарши чоратadbирларни ташкиллаштиришда маълум қийинчиликларнинг юзага келишини ҳисобга олган ҳолда, санитария-тарғибот ишларини кўчманчи меҳнат ишчилари ва уларнинг оила аъзолари ўртасида, шунингдек ишлаш жойларида ҳам самарали амалга ошириш керак.

Мақсад: Қорақалпоғистон Республикаси бўйича 2013-2014 йилларда кўчманчи меҳнат ишчилари орасида ОИВ-инфекциясининг аниқланиши ва тарқалиш ҳолатларини ўрганиш.

Натижа ва муҳокама:

2009-йилдан бошлаб умумий аҳоли орасида ҳам касалланишнинг янги ҳолатлари ортиши кузатилмоқда. Ҳозирда Республика бўйича ОИВ-инфекцияси билан оғриган жами шахслар сони 12,7% ни, шулардан 0,6% ни 18 ёшгача бўлган болалар, шунингдек ОИВ-инфекцияси билан касалланишда ўлим ҳолати 2,7% ни ташкил этади. Республикада ОИВ-инфекцияси тарқалишини ҳудудлар бўйича тақсимлаганимизда Тўрткул туманида 67,8% ни, Беруний туманида 10,5% ни, Эллиқкалъа туманида 10,2% ни, Нукус шаҳрида 9,9 % ни, Амударё туманида 9,3% ни, Канликўл туманида 8,6% ни, Ходжейли туманида 6,1% ни, Қўнғирот туманида 5,7% ни, Нукус туманида 4,2 %ни, Чимбой туманида 2,8% ни, Кегейли туманида 2,4% ни, Қораўзак туманида 1,9 %ни ташкил этган бўлиб, Мўйноқ ва Тахтакўпир туманларида ОИВ-инфекцияси умуман қайд этилмаган. Республика бўйича ОИВ-инфекцияси тарқалишини контингентлар бўйича таҳлил қиладиган бўлсак, кўчманчи меҳнат ишчилари орасида тарқалиши 29,9% ни, гиёҳванд моддаларни инекция орқали қабул қилувчилар орасида тарқалиш 24,5%, жазо муддатини ўтовчи шахслар орасида тарқалиш 14,3% ни ташкил этмоқда. Республика бўйича аҳоли орасида ОИВ-инфекцияси билан зарарланиш кўрсаткичи 2013-йилда 3,3% ташкил этган бўлса, 2014 йилда эса 3,5%ни ташкил этмоқда. Кўчманчи меҳнат ишчилари орасида тарқалиши 29,9% ни ташкил этади. Кейинги йилларда республикада аҳоли миграцияси ва наркобизнеснинг кучайиши, аҳоли орасида гиёҳвандлик моддаларини игна орқали қабул қилувчилар сонининг ортиши ОИВ-инфекциясининг тарқалишига асосий сабаб бўлмоқда. Шуни ҳам қайд этиш лозимки, ОИВ/ОИТС инфекциясининг тарқалиш тезлиги республика ҳудудлари бўйича бир хил эмас. 2013-йилда Республика бўйича кўчманчи меҳнат ишчилари орасида ОИВ-инфекциясига жами 18022 та шахс текширилган бўлса, жами ОИВ-инфекцияси қайд этилганларнинг 26,3%ни кўчманчи меҳнат ишчилари ташкил этиб, бу кўрсаткич фақат Тўрткул туманига тегишли ҳисобланади, 2014-йилда кўчманчи меҳнат ишчилари орасида ОИВ-инфекциясига жами 48413 та шахс текширилган бўлса, жами ОИВ-инфекцияси қайд этилганларнинг 25,8% кўчманчи меҳнат ишчиларига тўғри келади. Республика бўйича Тўрткул туманида 12,2%ни, Хўжайли, Беруний ва Эллиқкалъа туманларида 3,2%, Амударё ва Қонликўл туманларида 1,6% га тенг бўлган. Кўчманчи меҳнат ишчилари орасида ОИВ-инфекцияси тарқалишини жинслар бўйича тақсимлаганимизда 87,5% эркаклар, 12,5% ни аёллар ташкил этди.

Хулоса: Келтирилган маълумотларга кўра, кўчманчи меҳнат ишчиларининг асосий қисмини аёлларга нисбатан эркаклар кўпроқ ташкил қилади. 2014-йилда кўчманчи меҳнат ишчиларини ОИВ-инфекциясига жами текширилганлари ичида 0,16 % ни одам савдосидан жабрланганлар ташкил этди. Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудлари бўйича кўчманчи меҳнат ишчилари орасида энг кўп ОИВ-инфекцияси Тўрткул туманида аниқланди.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ САЛМОНЕЛЛЕЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ШТАММАМИ

Каримова М.Т., Кутлиева Д.Б.

Ташкентская Медицинская Академия

Сальмонеллезы и другие кишечные инфекции представляют серьезную проблему для практического здравоохранения, составляя обширную группу инфекционных заболеваний, имеющих повсеместное распространение. Течение и исход сальмонеллезной инфекции во многом зависит от патогенности вирулентности и токсигенности сальмонелл, а также от состояния иммунобиологической активности организма.

Под наблюдением находились 30 больных, из них: 10 больные сальмонеллезом, вызванный полирезистентными штаммами (основная группа), 10-больные сальмонеллезом, чувствительный к традиционно применяемым антибиотикам и 10-здоровые лица (контрольная группа).

В связи с этим решили изучить иммунный статус в данных группах в сравнительном аспекте. Результаты сравнительного изучения гомеостаза у больных сальмонеллезом, вызванный полирезистентными штамми (основная группа) и у больных сальмонеллезом, чувствительный к традиционно применяемым антибиотикам (2 группа) показала, что в 1 группе наблюдается снижение по отношению ко 2 группе показатели количества лимфоцитов с маркерами CD3+, CD4+, но с достоверной значимостью лишь CD4+(29,2±0,6) а также снижение показателей CD8+ в лимфоцитов. Исследованиями было установлено, что во 2 группе достоверно повышены показатели лимфоцитов с маркерами CD3+, CD4+, CD8+ и CD20+ - лимфоциты по сравнению с показателями из 1 группы (P<0,05).

Результаты анализа показали, что общее количество лимфоцитов вдвое снижены в 1, 2 группе, больных по отношению к показателям здоровых лиц. Клеточные факторы иммунитета CD3+ - лимфоциты с маркерами CD4+, CD8+ были достоверно снижены во обеих группах обследованных (P<0,05). Сравнительный анализ показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных 1 группы и 3 группы показал, что все показатели вдвое снижены, это указывает на то, что полирезистентные штаммы обладает более выраженной агрессивностью, что в свою очередь на начальных этапах заболевания способствует выраженной иммунодепрессии.

Отсюда можно сделать **вывод:** что у больных сальмонеллезом, вызванный полирезистентными штаммами идет значительное снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета.

РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИ МАНБАЛАРИ ВА КАСАЛЛИКНИ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ, ПРОФИЛАКТИКАСИ

Кенжаева М.А.

ТТА. Эпидемиология кафедраси. Тошкент шаҳар. Ўзбекистон.

Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра, дунё бўйича ҳар йили 275 миллион ёш болалар ва катта ёшдаги кишилар диарея касаллигига чалинади ва уларнинг тахминан ярми ротавирус хасталиклари ҳисобланади. Гастроэнтеритларнинг 26%и ротавирус инфекцияси эканлиги тасдиқланди. Қозоғистонда ушбу рақам 30%ни, Қирғизистонда 24%ни ташкил этди. Ротавирус инфекциясининг 86%и 2 ёшгача болалар орасида рўйхатга олинган. Ўрта Осиё ҳудудида, жумладан Ўзбекистонда халқаро ташкилотлар билан 5 йил давомида ротавирус инфекцияси бўйича эпидемиологик назорати олиб борилди. 2та маъмурий ҳудудда Бухоро шаҳар юқумли касалликлар шифохонасида ва Тошкент шаҳар юқумли касалликлар шифохонасида текширувлар ўтказилди. Шифохонага мурожаат қилаётган 5 ёшгача бўлган 10000 нафар болаларни ротавирус инфекциясига текширилди.

Ротавирус инфекцияси одам ва жониворларда учрайдиган ўткир юқумли касаллик бўлиб, уни вируслар кўзгатади ва ошқозон-ичак йўлига зарар етказди, оқибатда ошқозон фаолияти кескин бузилади. Масалан, АҚШда ҳар йили камида 3.5 млн. касалланиш ҳолатлари қайд этилади ва бунинг оқибатида 5 ёшгача бўлган болаларнинг 120 дан ортиғи нобуд бўлади. Ўзбекистонда, хусусан Тошкент шаҳрида вақти-вақти билан ротавирус инфекциясига чалиниш ҳолатлари кузатилади. Ушбу инфекцияга айниқса 1-6 ёшдаги болалар кўпроқ чалинади. Бир ёшгача кўкрак сути билан озиқланадиган чақалоқларда мавжуд бўладиган она ҳимоя кучлари вирусни бола организмига кириб боришига тўсқинлик қилади ёки касаллик жараёнини енгил кечишига ёрдам беради. Кўкрак сути билан боқилган болага нисбатан қўшимча овқатлар билан озиқлантирилган болалар ротавирус инфекциясини юктириш хавфи бир мунча юқори бўлади.

Бу касаллик “ифлос қўллар” касаллиги ҳисбланиб, бир одамдан бошқа одамга маиший жихозлар, уй-рўзғор буюмлари, тайёрланган овқатлар орқали ўтади. Инфекция дарё, қудуқ ва водопровод суваридан ҳам юқиши мумкин. Ушбу вирус совуққа чидамли бўлади, ҳаво ҳарорати нол даражага тенг бўлганда ҳам тириклигича қолади ва сувда узоқ муддат сақланиб, сўнг организмга тушиши мумкин.

Касалликнинг олдини олиш чораларини кўришда энг муҳим вирус юқори ҳароратга чидамсиз эканлигини ҳисобга олиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш ва уйда тозаликни сақлаш лозим. Ротавирус таъсир натижасида 1-3 дақиқа давомида нобуд бўлади. Барча оила аъзолари айниқса, ёш болалар учун мўлжалланган сув билан хом сутни албатта қайнатиш талаб этилади. Болаларга янги соғилган сутни қайнатмасдан бериш мумкин эмас.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ: ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЦЕНТРАЛЬНОМ ОРЕНБУРЖЬЕ

Корнеев А.Г., Боженова И.В., Санков Д.И., Тучков Д.Ю., Самойлов М.И.,
Соловых В.В., Паньков А.С., Аминев Р.М.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия
Оренбургская областная инфекционная клиническая больница, Оренбург, Россия

На территории Оренбургского района Оренбургской области (Центральное Оренбуржье, Россия), где расположен областной центр, проживает 45% сельского населения области. Среди жителей района с 1970 г. регистрируются случаи геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), вызванной вирусом Пуумала.

Цель настоящей работы - выявить эпидемиологические особенности эпидемического процесса ГЛПС среди населения Оренбургского района в сравнении с проявлениями эпидемического процесса на других территориях области.

Материалы и методы. Заболеваемость анализировалась по данным Роспотребнадзора РФ за 1997-2014 гг. Ретроспективный эпидемиологический анализ (РЭА) проведен методом наименьших квадратов с выявлением прямолинейной тенденции ($y=a+bx$) и среднееголетнего темпа прироста тенденции ($T_{пр}$). Для достоверности различий показателей использовался критерий Пирсона (χ^2 при $p<0,05$).

Результаты. Были выделены административные районы Оренбургской области, среднееголетний показатель заболеваемости ГЛПС населения которых превысил среднерайонный ($29,9\pm0,3$ сл. на 100 тыс.; χ^2 от 3171,8 до 68470,1; $p<0,05$). Исходя из этого, 7 из 35 административных районов области были определены, как территории риска. Не один из них не имеет общих границ с Оренбургским районом. В Новосергеевском и Ташлинском районах наблюдалась тенденция к росту заболеваемости ($T_{пр}=+0,7\%$ и $+0,4\%$ соответственно; $p<0,05$), в остальных (Бугурусланский, Илекский, Кувандыкский, Северный и Тюльганский) - тенденция к снижению заболеваемости ($T_{пр}$ от $-3,1\%$ до $-15,4\%$; $p<0,05$).

Среди 24 территорий с уровнем заболеваемости ниже среднерайонного показателя только в одном районе (Переволоцкий) выявлена многолетняя тенденция к росту заболеваемости ($T_{пр}=4,6\%$; $\chi^2=4,9$; $p<0,05$). В остальных 23 районах области отмечалась стабилизация заболеваемости ($p>0,05$).

Выявлена тенденция к стабилизации заболеваемости и населения Оренбургского района ($\chi^2=0,4$; $p>0,05$). Среднееголетний показатель составил значение $18,8\pm4,7$ сл. на 100 тыс. и не превышал аналогичный среднерайонный показатель ($\chi^2=0,31$; $p>0,05$). При достоверно различающихся среднееголетних показателей заболеваемости населения Оренбургского и Переволоцкого районов ($12,0\pm4,9$ сл. на 100 тыс.; $\chi^2=10,3$; $p<0,05$) существует тесная корреляционная связь между заболеваемостью населения этих районов в многолетней динамике ($r=0,82$; $t_{кр}=6,2$; $t_{крит}=2,4$), которая свидетельствует о развитии эпидемического процесса ГЛПС на этих территориях в схожих условиях. Отсюда следует, что многолетняя тенденция к росту заболеваемости населения Переволоцкого района является настораживающим предвестником развития эпидемиологической ситуации на территории Оренбургского района.

Таким образом, проведенный территориальный анализ заболеваемости сельского населения Оренбургской области можно выделить 4 группы районов: районы – территории риска по заболеваемости ГЛПС; район с тенденцией к росту

заболеваемости в многолетней динамике; районы со стабилизацией заболеваемости и районы, в которых заболеваемость не регистрируется.

В настоящий момент эпидемиологическую ситуацию по ГЛПС в Оренбургском районе, отнесенном к третьей группе, можно охарактеризовать как благополучную. Не выявлено достоверных различий в сезонных проявлениях ГЛПС в Оренбургском районе в сравнении с областными показателями ($p > 0,05$). 2015 и 2016 гг. следует считать годом стабилизации заболеваемости в районе или годом начала спада заболеваемости.

О НЕОБХОДИМОСТИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Курбанов Б.Ж. Атабеков Н.С.

Республиканский Центр по борьбе со СПИДом

Изучение эпидемического процесса ВИЧ-инфекции позволило достаточно полно разработать основные направления борьбы с этой болезнью. В то же время, в условиях эпидемического распространения ВИЧ-инфекции, идущие параллельно процессы выявления новых случаев инфицирования и накопление больных ВИЧ/СПИДом приводят к возрастанию заносов ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) с увеличением вероятности профессиональных контактов медицинских работников с ВИЧ-инфицированными. В связи с этим возрастает роль определения факторов риска инфицирования и профессиональных рисков не только в целевых группах, но и среди медицинских работников, имеющих биологический фактор риска заражения ВИЧ, в частности, среди врачей по специфике специальности имеющих контакты с биологическими материалами пациентов и среднего медицинского персонала. Поэтому особую значимость приобретает определение ведущих факторов риска инфицирования, что позволит совершенствовать комплекс профилактических мероприятий в отношении ВИЧ-инфекции и других гемоконтактных инфекций в ЛПУ.

Выявить все источники возбудителя не всегда представляется возможным. Поэтому, в основу мероприятий по защите медицинских работников от ВИЧ и других гемоконтактных инфекций положен универсальный принцип: всех пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированных. В связи с этим необходимо обязательное выполнение всеобщих (универсальных) мер предосторожности, в рамках которых кровь и биологические жидкости всех пациентов следует рассматривать как потенциально инфицированные и при работе с ними всегда предпринимать соответствующие меры защиты, а не полагаться на собственную проницательность в отношении принадлежности того или иного пациента к группе имеющих фактор "высокого риска" инфицирования.

УРЕАПЛАЗМОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН АЁЛЛАР ГЕНИТАЛ ТРАКТИ МИКРОФЛОРАСИ

Курбанова С.Ю., Ташханова Д.Я., Мухамедова Б.У.

Тошкент тиббиёт академияси

Бугунги кунга келиб, юқумли касалликлар ва акушерлик патологияларида шартли патоген микроорганизмларнинг аҳамияти сезиларли ошиб бормокда. Бу ўз навбатида, бактериал касалликлар орасида макроорганизм нормал микрофлораси бузилишларига боғлиқ бўлган патологик ҳолатларнинг, яъни дисбактериозларнинг катта салмоққа эга бўлиб боришига олиб келмокда.

Тадқиқот мақсади ва вазифаси. Уреаплазмоз билан касалланган репродуктив ёшдаги аёллар қин микробиоценозини ўрганиш ва улардаги лактобактерияларни биологик хусусиятларини баҳолаш. Белгиланган мақсадни амалга ошириш учун уреаплазмоз билан касалланган 25 нафар ва таққослаш мақсадида 20 нафар амалий соғлом аёллар назоратга олинди. Текширишлар ТТА, 2-клиникаси бактериологик лабораториясида олиб борилди.

Тадқиқот натижаси ва муҳокама. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, уреаплазмоз билан касалланганларда қинда лакто- ва бифидобактериялар камайиб (мос равишда 95,0%дан 51,6% ва 85% дан 48,4% гача), пептострептококклар ва айниқса бактероидлар каби анаэробларнинг учраш фоизи ортган (мос равишда 25% ва 15% дан 38,7% гача). Индиген микроорганизмларнинг қинда меъёрдан кам бўлиши дисбиотик ўзгаришлар борлигини билдиради. Бу эса ўз навбатида факультатив шартли патоген микроорганизмларнинг учраш кўрсаткичларининг кўпайишига олиб келади. Қинда факультатив шартли патоген бактерияларнинг вакиллари (ЛН *E. coli*, *Staphylococcus haemolyticus* ва *Candida albicans*) меъёр кўрсаткичларига нисбатан мос равишда 3,87; 2,4 ва 1,75 маротаба ошган. Уреаплазмоз билан касалланган аёллар қин флорасидаги индиген ва факультатив бактериялар ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши натижасида қинда соғлом аёлларда ажратиб олинмаган патоген *Staphylococcus aureus* ва *Streptococcus A* гуруҳи вакилларини пайдо бўлишига олиб келди (мос равишда 22,6%, 19,3%).

Биз фертил ёшдаги уреаплазмоз инфекцияли аёллар гениталийсидан ажратиб олинган лактобактерияларнинг турини ва уларнинг биологик хоссалари (адгезивлик, антогонистлик, H_2O_2 ишлаб чиқариш ҳолати) ни ўрганиб чиқдик. Уреаплазмозли аёллар генитал микрофлорасидан ажратиб олинган лактобактерияларнинг туригача аниқлаш, яъни идентификацияси ўтказилганда лактобактерияларнинг 6 та тури аниқланди. Булар: *L.fermentum*, *L.acidophilus*, *L.casei*, *L.crispatus*, *L.plantarum*, *L.ramnosus*.

Энг кўп учраган тур бу - *L.acidophilus* бўлди (30%), кейинги ўринларда микдор бўйича *L.fermentum* (28%), *L.ramnosus* (20%), *L.crispatus* (8%) *L.plantarum* (7%) бўлди, энг кам микдорда *L.casei* (7%) қайд этилди. Вагинал ажралманинг рН индикатор қоғозлар ёрдамида ўлчанганда ўртача 3,5- 3,8 ни ташкил этди. Адгезивлик хусусияти ўрганилганда битта эритроцитга адгезия бўлган микроб хужайралари саналди. Бунда энг юқори кўрсаткич $80,0 \pm 0,15\%$ бўлган бўлса, энг паст кўрсаткич $72,2 \pm 0,51\%$ га тенг бўлди. Ўртача бу кўрсаткич уреаплазмозли аёлларда 76,3% ни ташкил қилди. Меъёрда бу кўрсаткич 85% га тенг.

Антогонистик хусусият ўрганилганда *Staphylococcus aureus* га нисбатан энг юқори кўрсаткичлар *L.acidophilus* ва *L.ramnosus* да аниқланди (мос равишда $76,0 \pm 0,41\%$; $70,0 \pm 0,22\%$), ўртача кўрсаткичлар *L.casei*, *L.crispatus*, *L.plantarum* ва *L.fermentum* га тегишли бўлди.

Хулоса. Шундай қилиб, уреоплазмоз билан касалланган аёллар кин ва цервикал каналида нормал микрофлорада дисбиотик ўзгаришлар кузатилиши билан бир қаторда ажратиб олинган лактобактерияларнинг адгезивлиги, антогонистик хусусиятлари, водород пероксида ишлаб чиқариши жиҳатдан паст эканлиги (соғлом аёллар вагинал лактобактерияларига нисбатан) қайд этди.

БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАР ҚЎЗГАТУВЧИЛАРИНИНГ АНТИБАКТЕРИАЛ ПРЕПАРАТЛАРГА РЕЗИСТЕНТЛИГИ ВА ШУ КАСАЛЛИКЛАРДА РАЦИОНАЛ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ АСОСЛАРИ

Курбанова С.Ю., Буранова С.И., Мухамедов Ш.Х.

Тошкент тиббиёт академияси

Охириги йиллардаги адабиётлар маълумотларига кўра ўткир бактериал конъюнктивитлар чақирган қўзғатувчиларнинг замонавий антибиотикларга резистентлиги кучайиб бормоқда ва бу беморни даволашда антибактериал препаратлар тайинлашдан олдин касаллик этиологик агентини аниқлаш ва қўзғатувчиларнинг антибиотикларга сезгирлик даражасини аниқлашни тақозо этади.

Ишнинг мақсади. Ўткир бактериал конъюнктивитлар этиологик таркибини қиёсий ўрганиш, ундирилган қўзғатувчиларнинг антибиотикларга резистентлик даражасини аниқлаш, шу аснода оптимал антибиотикотерапия учун самарали антибиотикларни таклиф этиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Ўткир бактериал конъюнктивит ташҳиси тасдиқланган болалар (0-14 ёш) ва катта ёшдаги (18-75 ёш) беморлар (n=62) ўрганилди, қиёсий таҳлил учун амалий жиҳатдан соғлом одамлар (n=21) текширилди. Илмий ишни бажаришда бактериологик, бактериоскопик, таҳлил усуллари ва натижаларни умумлаштириш мақсадида статистик усуллардан фойдаланилди.

Олинган натижалардан маълум бўлдики, жами 19 та штамм ундириб олинган бўлиб, уларнинг барчаси монокультура сифатида намоён бўлди. Микроорганизмлар ассоциациялари учрамади. Қўзғатувчилар орасида етакчи ўрин КНСларга мансуб *S.epidermidis* (31,6%, n=6) тааълуқли бўлди. Кейинги ўринда *S.haemoliticus* бўлиб, унинг 5 штамми (26,3%) қўзғатувчи сифатида ундириб олинган. *Candida spp* (10,5%, n=2) ва *Proteus spp* ларнинг (5,3%, n=1) этиологик агентлар сифатида учраши, фикримизча, бола организми иммун тизими фаолиятининг пасайганидан далолат беради, чунки соғлом болаларда меъёрада бу микроорганизмларнинг ўткир бактериал конъюнктивитлар чақириш эҳтимоли жуда паст. Ундириб олинган *S.epidermidis* штамmlарининг ўрганилган цефазолин (S=100%), ципрофлоксацин (S=95,2%), цефтриаксон (S=95,2%), цефоперазон (S=90,5%) ва амоксиклав (S=76,2%) каби антибиотикларга юқори сезгирликни намоён қилгани аниқланди. *S.epidermidis* штамmlарининг резистентлик даражаси (R) *S.aureus* штамmlарига қараганда паст кўрсаткични ташкил қилди, масалан тетрациклин бўйича бу параметр R=71,4% ни, гентамицин бўйича R=66,7% ни, левомецетин бўйича R=66,7% ни, доксациллин бўйича R=57,1% ни, ампиокс бўйича R=57,1% ни, эритромицин бўйича R=52,4% ни, канамицин бўйича R=52,4% ни ташкил этди

БРУЦЕЛЛЁЗ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КАСБИ, ЁШИ, ЖИНСИ ВА КАСАЛЛИКНИНГ ЙИЛНИНГ ОЙЛАРИ БЎЙИЧА ТАҲЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ

Қосимов О.Ш., Ахмедова М.Д., Маматқулов И.Х., Ровшанов Б.У, Расулов Ш.М.,
Кучкарова Н.А.

*Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий текшириш
институтини, Тошкент Тиббиёт Академияси, Республика ДСЭНМ, Тошкент*

Ўтган асрнинг 90-йилларида жамиятдаги ижтимоий-иқтисодий ислохотлар ва қишлоқ хўжалигидаги хусусийлаштириш ҳамда шахсий хўжаликлардаги ҳайвонлар устидан олиб борилаётган санитария-ветеринария назоратининг пасайиши натижасида Республикаимизнинг айрим ҳудудларида бруцеллёз бўйича эпизоотик ҳолат кескинлашди. Бундан ташқари, ветеринария ходимлари томонидан бруцеллёзга қарши чора-тадбирларни фақат эпидемик кўрсатма асосида олиб борилиши эпизоотик вазиятни ёмонлашишига олиб келди.

2006-2014 йилларда Республика бўйича қайд этилган касалликнинг беморларни касби, ёши, жинси ва йилнинг ойлари бўйича қайд этилишини аниқлаш мақсадида Республика ДСЭНМдан олинган маълумотлар ретроспектив таҳлил қилинди.

Таҳлил қилинган йилларда касалликнинг беморларнинг касби бўйича бўлиниши ўрганилганда ҳайвон хом ашёсини йиғувчи ва қайта ишловчилар салмоғи 0,9- 3,8% гача, чорвачилик фермада ишловчиларнинг салмоғи 4,7-9,5% гачани ташкил этган бўлса, касби чорвачилик билан боғлиқ бўлмаган аҳоли орасида эса энг юқори кўрсаткичлар 77,9 дан 92,6% гача эканлиги маълум бўлди.

2006-2014 йилларда қайд этилган беморларнинг ёши таҳлил бўйича да 76,6%оизи 20 ёш ва ундан катталарга, 15,6%оизи 15-20 ёшгача бўлганларга, 6,8 %оизи 14 ёшгача ва 1%оизи 7 ёшгача бўлган болаларга тўғри келди.

Айтиб ўтилган йилларда жами қайд этилган беморларнинг 77,6 % эркак ва 22,4 % эса аёл жинсига мансуб бўлган.

Касалликни йилнинг ойлари бўйича таҳлил қилинганда ёз (июн, июл, август) ойларига таҳлил қилинган йиллардаги умумий кўрсаткичнинг 36,9%, баҳор ойларига (март, апрел, май) 35,5 %, куз ойларига (сентябр, октябр, ноябр) 17,1 % ва киш (декабр, январ, феврал) ойларига 10,5 % тўғри келди.

Демак, сўнгги йилларда Республикаимизда бруцеллёз инфекцияси асосан касби чорвачилик билан боғлиқ бўлмаганлар, 20 ёш ва ундан катталар ва эркак жинсига мансуб аҳоли орасида ҳамда йилнинг ёз, баҳор ойларида кўпроқ қайд этилмоқда.

ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЮ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Латыпов Р.Р., Эралиев У., Рахманова Ж.А., Турсунова Д.А.

Научно-исследовательский институт вирусологии, Ташкент, Узбекистан

Введение. Ротавирусная инфекция обладает значительным медицинским и социальным бременем в Узбекистане и является одной из немногих кишечных инфекций, которая является вакциноуправляемой. Начиная с июня 2014 года, в Узбекистане внедрена вакцинация против ротавирусной инфекции. Оральная двух дозовая вакцина назначается детям в возрасте 2 и 3 месяцев вместе с пентавалентной вакциной. Охват вакцинацией в течении первых недель достиг уровня 99% по всей территории Республики Узбекистан.

Цель исследования: определить изменения в эпидемиологии ротавирусной инфекции после внедрения вакцинации.

Материалы и методы. Активный больничный надзор за случаями острой диареи среди детей в возрасте до 5 лет был организован на основании Общего протокола ВОЗ

в течении 2015 года. Надзор был организован в 4-ой городской инфекционной больнице г. Ташкента и Бухарской областной инфекционной больнице. В надзор включались дети в возрасте от 0 до 59 месяцев, с 3 и более кратным жидким стулом в сутки, продолжительностью не более 7 дней. Образцы кала, собранные в первые сутки, исследовались методом ИФА при помощи тест-систем Prospect, OXOID (Англия). Сравнение проводили с результатами больничного надзора, проведенного в период с 2005-2009 (Latipov et al., 2011).

Результаты. Всего в течении 2015 года в исследование было включено 7821 случай гастроэнтерита у детей в возрасте до 5 лет. 80% из них (6295) случаев отмечены в г. Ташкент и 20% (1526) в г. Бухара. Всего среди всех включенных случаев доля ротавируса составила 11,5%. Средний возраст ротавирус положительных случаев составил 14,5 месяцев, соотношение мальчиков/девочек составило 1,2/1. В возрасте до одного года отмечено 42,3% случаев, а в возрасте до 2-х лет отмечено 77% случаев ротавирусного гастроэнтерита. Подъем доли ротавируса среди случаев отмечался с августа по февраль месяц.

По сравнению с 2005-2009 годами отмечено значительное снижение доли ротавируса с 29,9% до 11,5%. Абсолютное снижение составило 18,4%. Отмечено смещение возраста детей в большую сторону с 14,5 мес до 15,3 мес. Выявлено снижение доли детей в возрасте до 1 года с 50% до 42,3% в возрасте до 2 лет с 85% до 77%. Сезонный подъем в до-вакцинальный период значительно расширился, теперь ротавирус превалирует не только в осенний период, но и в зимний тоже.

Заключение. Проведение ротавирусной вакцинации значительно снизила долю и повлияла на эпидемический процесс ротавирусной инфекции среди детей в возрасте до 5 лет в Узбекистане. Однако, один год опыта внедрения вакцинации не может показать в полной мере эффект вакцинации против данного заболевания, т.к. основная масса болеющих приходится в возрасте до 2-х лет, а также не в полной мере реализовал себя групповой иммунитет, который по мнению многих авторов играет значительную роль в поствакцинальной эпидемиологии ротавирусной инфекции.

ТУБЕРКУЛЕЗ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Логинов А.В.,¹ Михайлова Н.Р.,² Соколова О.А.¹

¹*Оренбургский клинический городской противотуберкулезный диспансер, Россия*

²*Оренбургский государственный медицинский университет, Росси*

Оренбургская область относится к региону с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией и туберкулезом, занимая второе место по распространенности в ПФО. Сочетанная патология ВИЧ-инфекции и туберкулеза резко ухудшает состояние здоровья пациентов, увеличивает летальность, а также негативно влияет на развитие эпидемического процесса при этих инфекциях.

Цель работы: Провести анализ эпидемиологических данных, клинических форм туберкулеза и иммунного статуса у больных ВИЧ-инфекцией, проходивших лечение в Оренбургском городском клиническом противотуберкулезном диспансере в 2013-2015 годах.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 334 историй болезни пациентов с туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции IV-Б-В стадиях.

Результаты исследования: Большинство обследуемых (87%) – мужчины. Наиболее высока частота заболевания в возрастных группах 30-40 лет, средний возраст пациентов составил 36,1 год ± 5,8. Все проживали в городе. Почти все больные были трудоспособного возраста. Неработающих больных было более 70%. Указывали

на наличие отягощающих факторов 79% пациентов (курение – 67%, злоупотребление алкоголем - 78%, активных потребителей инъекционных наркотиков до 40%). 49 % имели факт нахождения в пенитенциарных учреждениях. Среди клинических проявлений на первом месте отмечали общую слабость (80%), лихорадку (79%), кашель с мокротой (72%), снижение массы тела (62%). У 83% больных был установлен легочный процесс. Чаще всего встречались инфильтративный, диссеминированный, очаговый процессы в легких. У 17% больных регистрировался внелегочной туберкулез. Генерализованные поражения наблюдались с вовлечением нескольких органов и систем. Анализ числа CD4 лимфоцитов показал, что у 68% больных при снижении количества CD4 менее 200 кл/мкл встречались обширные поражения легочной ткани с наличием распада и диссеминацией в различные органы. Среднее количество CD4 составило 344 ± 19 кл/мкл. Летальный исход констатирован в 22% случаев.

Выводы: сочетанная инфекция наиболее часто поражает лиц мужского пола в трудоспособном возрасте. Полиорганные поражения имелись у каждого четвертого больного с наибольшей частотой поражения ЦНС. При ВИЧ-инфекции с уровнем количества CD4 менее 200 кл/мкл туберкулез имеет более распространенный характер, поражая как легкие, так и другие органы и системы.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСАМИ ГЕПАТИТОВ В И С В ТАШКЕНТЕ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Маматкулов И.Х., Бердиева З.И.

Ташкент, Узбекистан

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) являются одной из наиболее острых проблем современного здравоохранения в связи с высоким уровнем заболеваемости и летальности, а также значительным социально-экономическим ущербом, причиняемым ими. К числу внутрибольничных инфекций несомненно относятся и вирусные гепатиты В и С.

Целью исследования явилось выявление основных причин внутрибольничного инфицирования вирусами гепатитов В (HBV) и С (HCV) в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) г. Ташкента и Ташкентской области в период 2005-2009 гг.

Материал и методы исследования

Проанализированы эпидемиологические данные по заболеваемости ВГВ и ВГС в Ташкентском регионе и случаи внутрибольничного инфицирования HBV и HCV в ЛПУ г. Ташкента и Ташкентской области за 2005-2009 гг.

Результаты и обсуждение результатов

Введение массовой трехкратной вакцинации детей благоприятно отразилось на тенденции эпидемического процесса ВГВ. Удельный вес ВГВ в общей сумме вирусных гепатитов в до прививочный период составлял почти 30%, а за 5 лет (2005-2009 гг.) снизился до 8,8%-3,6%. При анализе заболеваемости по возрастам было установлено, что показатели заболеваемости ВГВ детей в возрасте 1-2 года за 5 лет снизились в 19 раз, в возрасте 3-5 лет - в 47 раз. Аналогичная картина наблюдается и в г. Ташкенте, где показатели заболеваемости ВГВ в возрасте 1-2 года за 5 лет уменьшились в 3 раза, в возрасте 3-5 лет - в 5 раз.

Удельный вес ВГС в общей сумме вирусных гепатитов в течение 5 лет в данном регионе составил 0,5-0,8%. До 70% больных ВГС составляют лица от 20 до 49 лет.

На фоне снижения показателей заболеваемости ВГВ, обусловленного введением массовой вакцинации новорожденных, и недостаточного уровня в диагностике ВГС,

остаётся актуальной проблема передачи инфекции в ЛПУ через медицинские манипуляции.

Частота внутрибольничного инфицирования HBV как в г. Ташкенте, так и Ташкентской области систематически снижалась (за 5 лет почти в 3 и 2 раза, соответственно). Тогда как инфицирование HCV в ЛПУ г. Ташкента не имело выраженной тенденции к снижению, а в Ташкентской области, напротив, за 5 лет возросло в 2 раза.

Изучение роли отдельных факторов передачи HBV и HCV в ЛПУ г. Ташкента и Ташкентской области за 2005-2009 гг. позволило установить, что основным фактором передачи вирусов в г. Ташкенте явились различные инъекции (9,5% и 20,2% инфицированных HBV и HCV, соответственно), тогда как в Ташкентской области таким фактором стали хирургические манипуляции (11,3% и 14,6%, соответственно).

Таким образом, частота внутрибольничного инфицирования HBV как в г. Ташкенте, так и Ташкентской области систематически снижалась (за 5 лет почти в 3 и 2 раза, соответственно), тогда как уровень инфицирования HCV в г. Ташкенте не имел тенденции к снижению, а в Ташкентской области он даже возрос в 2 раза. Основной причиной инфицированности HBV и HCV пациентов в ЛПУ г. Ташкента и Ташкентской области является использование нестерильного медицинского инструментария, в результате его некачественной дезинфекционной обработки. Во многом это связано с недостаточной обеспеченностью ЛПУ дезинфекционными и моющими средствами, одноразовым инъекционным инструментарием, а также неудовлетворительным уровнем подготовки медицинского персонала.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА А, В, С ПАРАТИФ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛ

Маматкулов И.Х., Казаков Ш.О.

Тошкент Тиббиёт Академияси. Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий текшириш институти. Тошкент, Ўзбекистон.

Паратиф касалликлари - ўткир бактериал юқумли касаллик бўлиб, ингичка ичак лимфа тугунларининг ярали зарарланиши, бактериемия, умумий интоксикация белгилари билан кечади. Касаллик фекал-орал механизми билан юқади, ифлосланган сув ва озиқ-овқат маҳсулотлари орқали тарқалади (Л.В.Кудашева ҳаммуал.2010; В.М.Маджидов ҳаммуал.1991).

Паратиф касалликлари дунёдаги барча китъаларда тарқалган бўлиб, соғлиқни сақлаш соҳасининг муҳим муаммоларидан ҳисобланади. Қорин тифи ва паратиф касалликлари ичида паратифлар 10-30% ни ташкил қилади (Н.И.Ходжаев,2004).

Республикамизда охириги 20 йилда паратиф касалликлари камайганлиги кузатилди. Қорин тифи билан касалланиш кўрсаткичи 2 баробар камайган (О.М.Миртазаев ҳаммуал.2000; В.А.Постовит,1988).

Тадқиқотнинг мақсади: 1990-2006 йилларда Ўзбекистон Республикасида қайд этилган паратифларнинг ретроспектив эпидемиологик таҳлилини ўтказиш.

Тадқиқот материали ва текширув усуллари: 1990-2006 йилларда Ўзбекистон Республикасида қайд этилган паратиф касалликлари бўйича Республика ДСЭНМ дан олинган расмий маълумотлар, қишлоқ, шаҳар аҳолиси ва болалар ўртасида паратифларнинг учраши ҳақидаги маълумотлар ретроспектив эпидемиологик таҳлил қилинди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Ўзбекистонда 1990 – 2006 йиллар давомида расмий олинган маълумотларга кўра, фақат 1990 йили А, В, С паратиф касалликлари нисбатан кўп аниқланган, қайд этилган беморларнинг сони 981

нафарни ташкил этган ва касалланиш кўрсаткичи ҳар 100 минг аҳолига 5,48 дан иборат бўлган.

1991 йилда республика бўйича паратифлар билан касалланиш кўрсаткичи – 3,21, тенг бўлиб, касалланиш 1990 йилга қараганда 1,48 баробар камайган. 1992 йилда эса паратифлар билан касалланиш кўрсаткичи – 1,7, касалланиш 1991 йилга нисбатан 1,76 марта пасайган. Бундай ҳолат кейинги йилларда ҳам узлуксиз давом этиб, пасайиш даражаси янада кескинроқ тус олган.

1998 йилдан 2001 йилларгача республикада паратифлар билан касалланиш нисбатан паст даражада барқарорлашиб, интенсив кўрсаткич 0,21 дан (2002 й) 0,11 гача (2000 й) бўлган ораликда тебраниб турган.

2002 йилдан бошлаб республикада касалланиш даражасининг пасайиши янада яққол намоён бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан кўрсаткич 0,07 дан (2002) 0,05 гача (2006) бўлди.

1990-2006 йилларда республика бўйича умумий қайд этилган 3254 нафар паратифлар билан касалланган беморларнинг 71,3% қишлоқ аҳолисига ва 28,7% эса шаҳар аҳолисига тўғри келади.

Кузатув даврида республика бўйича умумий қайд этилган паратифлар билан касалланган 3254 нафар беморларнинг 818 (25,1%) нафари болаларга тўғри келади.

Хулоса:

1. Республикада 1990–2006 йиллар давомида паратифлар билан касалланишнинг кўп йиллик динамикасида пасайиш тенденцияси қайд этилган.

2. 1990-2006 йилларда республика бўйича умумий қайд этилган паратифлар билан касалланган беморларнинг 71,3% қишлоқ аҳолисига ва 28,7% эса шаҳар аҳолисига тўғри келган.

3. Касаллик катта ёшдагилар ўртасида кўпроқ қайд этилган.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БЕМОРЛАРИНИНГ АМПУТАЦИЯЛАНГАН ҚЎЛ-ОЁҚЛАРИ ЎРНИДА РИВОЖЛАНГАН ЙИРИНГЛИ-ДЕСТРУКТИВ ЎЧОҚЛАРНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ПЕЙЗАЖИ

Махмудов С.С., Нурузова З.А., Ёдгорова Н.Т., Султанова У.А., Мирвалиева Н.Р.

Тошкент тиббиёт академияси, Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси

Қандли диабет эндокрин касалликлари 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. Ампутацияланган қўл-оёқ учининг операциядан кейин йиринглаши 11-23,1%ни, операциядан кейин леталлик 13-20%ни ташкил этади. Ампутациядан сўнг 3-йил давомида 35% касаллар нобуд бўлади.

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

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

Материал ва усуллар. Текшириш учун материал сифатида Республика йирингли хирургия ва қандли диабетнинг хирургик асоратлари марказидаги (2015йил) ампутация қилинган қандли диабет беморларида (19 нафар) ривожланган

йирингли-деструктив ўчоқлардан йирингли ажратмалар ва некротик тўқималар олинди ва ТТА “Микробиология, вирусология ва иммунология” кафедрасининг илмий-тадқиқот бактериологик лабораториясида текширувдан ўтказилди. Улардан 10 (52,6%) нафари эркак ва 9 (47,4%) нафари аёл, ёши 40-60 (ўртача ёш 50). 13 нафар беморларда оёғининг айрим қисмлари ампутация қилинган бўлса, 6 нафар беморларда қўл бармоқлари ампутация қилинган. Олинган материаллар қандли бульон, кокklar учун қонли агар, стафилококklar учун тухум сариғи қўшилган тузли агар, замбуруғлар учун Сабуро муҳитига Гольд усулида экилди, анаэроб клостридиялар учун Китта-Тароцци, Вильсон-Блер каби муҳитларга экилди ва 37°C 18-24, 48-72 соатга термостатга қўйилди, параллел тарзда материалдан суртма тайёрлаб Грам усулида бўяб кўрилди.

Тақиқот натижаси. Текширув учун олинган 19 нафар бемор материалларидан: 4 нафаридан монокультура (21%), 15 нафаридан аралаш культуралар (79%) ажратиб олинди. Монокультураларнинг юқори улуши пиоген кокklarга туғри келган бўлса, улар асосан қўл-бармоқларнинг ампутациясидан сўнг ривожланган йирингли-деструктив ўчоқларда учраши аниқланди. Оёқ бармоқларида ва оёқнинг юқори сон, болдир қисмларда амалга оширилган ампутация амалётидан сўнг келиб чиқган йирингли-деструктив ўзгаришларга эса микроблар тўплами сабаб бўлиши аниқланди. Текшириш давомида қуйидаги кўзгатувчилар аниқланди: *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *E.coli*, *Ps. aureginosa*, *Klebsiella* spp.; анаэроблардан *Clostridium* spp.; замбуруғлардан *Candida* spp.

Хулоса:

Қандли диабет ташхиси билан оғриган беморларда ампутациядан кейин ривожланувчи йирингли-деструктив жараёнларда аэроб-анаэроб микроблар ассоциацияси (90%) муҳим рол ўйнайди.

Қандли диабет беморларининг қўл бармоқларида ампутациядан сўнг юзага келувчи йирингли-яллиғланиш ўчоқларига асосан *St. aureus*, *St. epidermicus*, *Str. pyogenus* каби кўзгатувчилар сабаб бўлса, оёқ бармоқларидаги ва оёқнинг юқори қисмларидаги ўчоқларга эса пиоген кокklar билан биргаликда шартли патоген бактериялар, ҳамда *Clostridium* spp., *Ps. Aureginosa* каби кўзгатувчилар сабаб бўлар экан.

ГЕМОКОЛИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРНИ ЭТИОЛОГИК СТРУКТУРАСИ

Мирзажонова Д.Б., Бердиев Э.Н.

Тошкент Тиббиёт Академияси, Тошкент ш., Ўзбекистон

Муаммо долзарблиги. Бугунги кунда соғлиқни сақлаш тизимида гемоколит синдроми (ГС) билан кечувчи инвазив диареяларни юқори ва доимий равишда ўсиб бориши асосий муаммолардан бири бўлиб турибди. Гемоколит синдроми бир неча турдаги юқумли ичак касалликларида учрайди. Жумладан: дизентерия, сальмонеллёз, кампилобактериёз, шартли патоген флоралар (ШПФ). Охирги йилларда гемоколит синдроми ривожланишида турли этиологик омилларнинг роли ўзгарганлиги белгиланмоқда. Шу сабабали гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир юқумли ичак инфекцияларининг (ЎИИ) этиологик структурасини ўрганиш мавзунинг долзарблигини кўрсатади.

Ишнинг мақсади. Гемоколит синдроми билан кечувчи ўткир ичак инфекциялари этиологик структурасини ўрганиш.

Текширув усуллари ва материаллар. Текширув 2015-2016 йиллар мобайнида ЭМЮКИТИ клиникасида ўткир ичак инфекциялари бўлимида олиб борилди.

Текширувда 18 ёшдан 43 ёшгача бўлган 18 (100%) та ГС билан кечувчи ЎИИ ли беморлар танлаб текширилди. Шулардан 8 (44,4%) таси аёллар, 10 (55,6%) таси эркеклар. Барча беморларда нажасни патоген ва шартли патоген микрофлорага 3 карралик бактериологик текшируви ва содда жониворларни аниқлаш учун нажасни копрологик текшируви ўтказилди.

Натижалар. ЎИИ этиологияси 10 та (55,5%) беморда аниқланди, улардан 8 таси (44,4%) - моноинфекция, 2 таси (11,1%) - микстинфекция. Моноинфекция структурасида 6 таси (33,3%) - *Shigella flexneri* (27,7%) ва *Sh. sonnei* (5,6%) қўзғатувчиси, 2 (11,5%) - таси *Salmonella enteritidis* қўзғатувчиси. Микстинфекция структурасида 2 та (11,1%) – шигелла қўзғатувчиси салмонелла қўзғатувчиси билан.

Хулоса. Шундай қилиб ГС билан кечувчи ЎИИ этиологик структураси 55,6 % ҳолларда аниқланиб, уларнинг кўпчилигида моноинфекция – 44,4% кузатилади, асосий қўзғатувчиси – шигелла бактерияси ҳисобланади.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭХИНОКОККОЗА В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Муковозова Л.А., Смаил Е.М., Токаева А.З., Оспанова Ж.М., Садвакасова А.К.
Государственный медицинский университет г. Семей, Республика Казахстан

Эхинококкоз относится к группе зоонозных биогельминтозов, для которого характерны природные и антропоургические очаги, обуславливающие заболеваемость людей.

Цель работы: изучить заболеваемость и эпидемиологические показатели эхинококкоза в Семейском регионе за период с 2008 по 2015 гг.

Проведен ретроспективный анализ заболеваемости эхинококкозом в Семейском регионе, включающего г. Семей и ряд сел, расположенных вблизи города (Чекоман, Шульбинск, Букенчи, Знаменка, Мукур, Ново-Баженово, Приречное), по данным департамента Управления санэпиднадзора по г. Семей за период с 2008 по 2015 гг.

За этот период по Семейскому региону было зарегистрировано 24 случая заболевания эхинококкозом с преимущественной локализацией патологического процесса в печени (83,3%). Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения по годам составлял: в 2008 г. – 0,9; в 2009 – 0,6; в 2010 – 1,5; в 2011 – 0,9; в 2012 – 1,6; в 2013 – 0,5; в 2014 – 0,8 и в 2015 – 0,5. Эти данные свидетельствуют о том, что заболеваемость эхинококкозом в регионе на протяжении последних 8 лет сохраняется стабильно на низком уровне и даже с тенденцией к снижению. Наибольшее число случаев эхинококкоза было зарегистрировано в г. Семей (83,3%) и единичные случаи заболевания выявлены в с. Чекоман (8,3%), с. Зенковка (4,2%) и с. Турксиб (4,2%). Анализ заболеваемости по месяцам года показал, что наибольшее число случаев эхинококкоза было выявлено в январе (25%), в феврале (12,5%) и в августе (12,5%).

Эхинококкозом заболевали преимущественно женщины, доля которых составила 58,3%. Удельный вес детей до 14 лет среди заболевших эхинококкозом составил 29,2%, а среди взрослых эхинококкозом заболевали в основном лица в возрасте 20-39 лет (41,7%).

Среди заболевших эхинококкозом преобладали лица без работы (41,7%), школьники и рабочие составляли соответственно 16,7% и 12,5%.

Таким образом, результатами проведенного исследования выявлены эпидемиологические составляющие, характерные для эхинококкоза Семейского региона, которые могут служить основой при планировании и проведении профилактических мероприятий.

ОЦЕНИТЬ ЧАСТОТУ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИРУСНЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ

Мусаев Х.М., Даминов Т.А., Шукуров Б.В., Эралиев У.Э.

*Ташкентская Медицинская Академия,
г. Ташкент, Узбекистан*

По данным ВОЗ, диарея остается причиной значительной части заболеваемости и смертности среди детей в развивающихся странах. Несмотря на проводимые мероприятия, от диареи ежегодно умирает более чем 1,3 миллиона детей в возрасте до 5 лет. Этиологическая структура инфекционных диарей отличается в различных уголках земного шара, но все же доминирующими остаются бактерии и вирусы.

Целью настоящей работы явилось определить долю вирусных диарей в структуре острых кишечных инфекции (ОКИ).

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было организовано перспективное эпидемиологическое исследование, которое включало в себя изучение детей в возрасте до 5 лет (от 0 до 59 месяцев), поступивших в отделение кишечных инфекций Научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан в период с февраля по декабрь 2014 года. Этиологическая расшифровка проводилась с использованием тест- системы «АмплиСенс® ОКИ скрин-FL» предназначенная для выявления и дифференциации ДНК микроорганизмов.

Результаты исследования. Всего было обследовано 442 детей, из которых 405 (92%) образцы кала были протестированы на наличие 8 патогенов и у 352 (57,5%) пациентов был выявлен монои/или микствозбудитель. Основную массу возбудителей составили вирусы 166 случаев (27,1±3,6%), тогда как бактерии составляли меньшую долю среди установленных случаев - 94 (15,4±2,9%).

По полу, больные распределялись следующим образом: 100 (60,2±7,6%) — мальчики, 66 (39,8±7,6%) — девочки, по возрасту: дети до 6 месяцев — 45 (27,1±6,9%), от 6 месяца до 1 года — 72 (43,4±7,7%), от 1 года до 2-х лет — 39 (23,5±6,6%), до 3-х лет и старше — 10 (6±3,7%). Все (166) вирусные диареи распределялись следующим образом: ротавирус — 69 (41,6±7,7%), норовирус — 74 (44,6±7,7%), астровирус — 12 (7,2±4,0%) и аденовирус — 11 (6,6±3,9%).

Выводы. Таким образом, в структуре кишечных инфекций, протекающих с диарейным синдромом у всех обследуемых детей, вирусные диареи составили 27,1%, причем большинство случаев у мальчиков 100 (60,2%). По возрасту преобладали дети до 1 года — 117 (70,5%). Среди вирусных диарей высокий показатель принадлежал **норо**(44,6%) и ротавирусам (41,6%).

СИЛ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИНИНГ ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИ БЎЛГАН ТУРЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С., Тошбоев Б.Ю.

Тошкент Тиббиёт Академияси. Тошкент ш., Ўзбекистон

Сил касаллигига қарши ўтказилаётган самарали чора-тадбирлар қарамасдан ҳозирги вақтда сил микобактерияларининг дориларга чидамли турларини шақилланиши кузатилмоқда. Сил билан зарарланган беморларни даволаш муддатининг давомийлиги ва дориларнинг бошқа дорилар билан бирга қуланиши натижасида сил микобактерияларнинг дори воситаларига чидамли турлари ортиб бормоқда.

Охирги 10 йил ичида бутун дунёда 100 га яқин дориларга чидамли бўлган сил қўзғатувчиси билан зарарланганлар сони 5-4% ортган. Сил касаллиги эпидемиологиясида, касалликнинг тарқалиш жараёни, сурункали кечиши, одам организмида ушбу хасталикка нисбатан иммунобиологик ҳолатнинг ўзгарувчанлиги, шунингдек жамиятнинг ижтимоий ҳолати, аҳолининг иқтисодий, яшаш ва маиший шарт-шароитлари муҳим аҳамиятга эга.

Силнинг мултирезистентли турлари бошқа давлатларда ҳам кенг тарқалган, жумладан Беларуссияда 32,7%, Болгарияда 2,0%, Арманистонда 9,4, Грузияда 9,5, Латвияда 10,0%, Литвада 11,0%, Қирғизстонда 14,0%, Қазоғистонда 14,0%, Украинада 16,0%, Тожикистонда 17,0%, Эстонияда 18,0% , Россия Федерациясида 18,0%, Молдавияда 19,0% ва Озарбежанда 22,0% аниқланган.

Охирги 10 йил ичида бутун дунёда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам, дориларга чидамли бўлган сил қўзғатувчиси билан зарарланганлар сони ортганлиги аниқланган. Сил қўзғатувчисининг: монорезистент, мултирезистент, полирезистент дориларга кенг чидамлилиқ хусусиятига кенг бўлган турлари фарқланмоқда. Шулардан мултирезистентлик хусусиятига эга бўлган турини назорат қилиш қийинлик туғдирмоқда. Силнинг мултирезистентли тури бўйича 2010-2013 йилги ўтқизилган эпидемиологик таҳлилар натижасига асосан республикамызда янги аниқланган бактерия ажиратадиган беморлар ичида 14,0% ни, мултирезистентли турлари силга даволанган беморлар 49,0% ташкил этади.

2011 йилдан 2014 йилнинг охирги саккиз ойигача бўлган давр ичида дориларга чидамли сил касаллиги 2 млндан ошганлиги қайд этилган. Республикамыз аҳолисининг сил билан касалланиш кўрсаткичи охирги ўн йил ичида 100 000 кишига нисбатан 76 нафарни ташкил қилган бўлса, шундан 14 ёшгача бўлган болалар ўртасида ушбу кўрсаткич 35, ўсмирлар ўртасида 41,4, катталар ўртасида 106,8 га тенг бўлган. Сил касалликлари ижтимоий-иқтисодий ва экологик ночор минтақалар, жумладан Орол бўйида кўп тарқалганлиги қайд этилган. Қорақалпоғистон Республикасида бирламчи юктириш даражаси 2,2%, Хоразм вилоятида 2,4%, Самарқанд вилоятида 2,9% ни ташкил қилган.

Сил касалликларининг тарқалиши ва даволашни назорат қилиш етарлича эмаслиги сил касалликлари кўпайишига олиб келмоқда. Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудларида сил билан касалланиш 2011-2013 йилларда Шимолий ҳудудлар 1,8% Шимолий-Ғарбий ҳудудларда 6,5%, Марказий ҳудудларда 26%, Жанубий ҳудудларда 1,9% аниқланг. Сил билан касалланиш кўрсаткичи энг юқори Шимолий-Ғарбий ва Марказий ҳудуд туман ва шаҳарларида учраган. Жанубий ҳудуд туманларида сил билан касалланиш кўрсаткичлар икки марта паст.

Шундай қилиб, Ўзбекистон Республикасида сил билан касалланиш кўрсаткичлари юқори даражаларда кузатилиши сақланиб қолмоқда, бу эса ўз навбатида сил касаллигининг эпидемик тус олиши эҳтимолига олиб келиши мумкинлиги ва силга қарши чора-тадбирлар тизимини такомиллаштириш зарурлигини талаб қилади. Шунинг учун сил тарқалишга сабаб бўлган омилларни ўз вақтида аниқлаш ва эпидемиологик ҳолатни тўлиқ баҳолаш мақсатида бу ҳудудларда сил билан касалланиш ҳолатларини тўлиқ ва чуқурроқ ўрганишни талаб этилмоқда.

ФАКТОРЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА “В”

Неъматова Н.У., Расулов Ш.М.

Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан.

Гепатит В - это потенциально опасная для жизни инфекция печени, вызываемая вирусом гепатита В. Он представляет собой серьезную глобальную проблему здравоохранения. Он может вызывать хроническую инфекцию и подвергать людей высокому риску смерти от цирроза и рака печени. Согласно оценкам, 240 миллионов человек хронически инфицированы вирусом гепатита В (что определяется как положительная реакция на наличие поверхностного антигена гепатита В в течение по крайней мере 6 месяцев). Приблизительно 780 000 человек умирают ежегодно от инфекции гепатита В — 650 000 от цирроза и рака печени в результате хронической инфекции гепатита В и еще 130 000 от острого гепатита В.

В настоящее время проблема вирусных гепатитов является одной из наиболее актуальных проблем для Узбекистана.

Вирусный гепатит “В” регистрируется в Республике Узбекистан повсеместно, следует отметить в многолетней динамике заболеваемости чаще возникает этот заболевания в г.Ташкенте. Вопрос о способах передачи возбудителя вирусного гепатита “В” в настоящее время является актуальным для здравоохранения Республики Узбекистан. В настоящее время вирусный гепатит В распространяется эволюционно сложившимися естественными и искусственными путями. Механизм передачи в этих условиях является парентеральный. Известно, что заражение может произойти при трансфузиях крови и её компонентов, повреждении кожных покровов или слизистых оболочек. В медицинских учреждениях заражения может произойти, например заражения пациентов при использовании медицинских игл, скальпелем, зубоветеринарными инструментами, беспорядочные половые связи, наркоманы, алкоголизм, проститутки, а также новорожденными детям от инфицированных матерей.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу по материалам ЦГСЭН выяснить какие факторы чаще всего служили причиной инфицирования вирусными гепатитом “В” в г. Ташкенте. Из анализа полученных данных видно, что ведущими факторами инфицирования являлись: бытовой контакт - 16,6%, медицинские инъекции и прививки - 14,7%, частные манипуляции - 14,6%, стоматологические вмешательства - 7,1%, лабораторные исследования - 3,5%, кровь и её заменители - 3,8%, гинекологические вмешательства - 2,7%, хирургические вмешательства - 2,4%. Следует отметить, что во многих случаях факторы инфицирования вирусного гепатита “В” не установлены (33,5%), что объясняется гипердиагностикой заболевания участковыми врачами, а в ряде случаев и некачественными эпидемиологическими исследованиями очагов эпидемиологами.

В связи с вышеизложенным, а также с учетом современных научных достижений мировой практике и в целях совершенствования борьбы с вирусными гепатитами в республике, результаты анализа обязывают работников ЦГСЭН по выполнению действующего приказа МЗ РУз. № 5 от 05.01.2012 года усилить санитарно-эпидемиологический контроль за лечебно-профилактическими учреждениями. Где предусматривается:

Взять под строгий контроль работу ОЦС.

Вакцинация взрослых в группах высокого риска

Предотвратить случай острой выраженной инфекции ВГВ

Строго контролировать населения охват прививками 95% против вирусного гепатита “В”.

ПАРЕНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР В, С ВА ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Неъматова Н.Ў., Файзибоев П.Н.

Тошкент тиббиёт академияси. Тошкент, Ўзбекистон.

Ҳозирги вақтда Ўзбекистон ва бутун жаҳон аҳолиси ўртасида касалланишнинг асосий кисмини юқумли касалликлар эгаллайди. Касалланиш кўрсаткичида қон орқали юқадиган касалликлар улуши сезиларли даражада ошган. Бундай касалликлар сирасига вирусли гепатит В ва С, ХХІ аср муаммоси бўлган ОИВ/ОИТС-инфекциясини касалликларини киритишимиз мумкин.

Ҳозирги вақтда дунё бўйича тахминан 130-200 миллион киши вирусли гепатит В билан касалланган. 2013-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. Дунёда гепатит С га қарши кенг қўламда чора-тадбирлар ўтказилмоқда. Шу билан бирга Ўзбекистон Республикасида ҳам қон орқали юқадиган вирусли гепатитлар ва ОИВ-инфекцияга қарши олиб борилаётган чора тадбирлар ўз самарасини бермоқда. Бунга мисол қилиб, гепатит В га қарши ўтказилган режали эмлаш натижасида аҳоли ўртасида касалланиш 2010 йил ҳар 100 000 аҳолига нисбатан 2,1 ни ташкил қилган бўлса, ушбу кўрсаткич 2014 йил ўртача 1,1 ни ташкил қилади. Бу кўрсаткич гепатит В билан касалланиш 2014-йилда 2010-йилга нисбатан 52,5% га камайганлигидан дарак беради. Лекин, гепатит С билан касалланиш даражаси эса ортиб бормоқда. Айниқса, гепатит С касаллиги 50-80% ҳолатларда сурункали кечиши ва касаллик оқибатида жигар циррози ҳолатлари 27%, жигар карциномаси эса 25% эканлиги фикримизни тасдиқлайди. Шу билан биргаликда аҳоли ўртасида ОИВ-инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичи сезиларли даражада кўпайиб бормоқда. Ўзбекистон Республикасида 1987-2013 йилларда ОИВ-инфекция билан яшовчи шахслар сони-24539 га етганлиги қайд этилган. Бу кўрсаткич 01.01.2014 йилда 28250 кишини ташкил этган бўлса, 01.01.2015 йилга келиб ОИВ-инфекцияси билан касаллиниш ҳолатлари 30340 нафарни ташкил этган (интенсив кўрсаткич 96,4). Республикада ўтган йилга нисбатан касалланиш 2090 тага ортган. Гепатит С ва ОИВ-инфекцияси тарқалишида пала-партиш жинсий ҳаёт кечириш, парентерал муолажалар олиш жараёнида хатоликлар, сифатли ва тўлиқ текширилмаган қон қуйиш ҳолатлари, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, яъни умумий бўлган соқол олиш воситалари ва тиш чўткаларидан фойдаланиш катта рол ўйнамоқда. Юртимизда гепатит С ва ОИВ-инфекцияси тарқалишида жинсий йўлнинг улуши ҳам сезиларли даражада ортди. Шунингдек касалланганларнинг кеч аниқланиши касалланишлар сонининг ортишига сабаб бўлмоқда.

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

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИЕРСИНИОЗАМИ

Норова А.К., Бабаходжаев С.Н., Халилова З.Т.

*Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и
инфекционных заболеваний Минздрава РУз*

До сих пор нет единого мнения о длительности и тактике диспансерного наблюдения реконвалесцентов иерсиниоза и псевдотуберкулеза. Наблюдение за реконвалесцентами иерсиниозной инфекции проводится в зависимости от нозологии и тяжести болезни в течение 1-6 месяцев после выписки из стационара (при легких формах - один месяц, среднетяжелых - три месяца, тяжелых - шесть месяцев). В то же время многие вопросы диспансеризации больных, перенесших иерсиниозы, остаются не решенными.

Цель исследования. Изложить основные принципы диспансеризации реконвалесцентов с иерсиниозами.

Материал и методы исследования. В работе использованы директивные документы и Приказ №170 Мз РУз для практического использования. Были использованы результаты диспансерного наблюдения 92 реконвалесцентов иерсиниозной инфекции

Результаты и обсуждение. В настоящее время для прогноза неблагоприятных исходов иерсиниоза рекомендуется использовать следующие показатели: неблагоприятный преморбидный фон (хронические заболевания, дисбактериоз 3-4 степени, отягощенный аллергологический анамнез и др.), длительно сохраняющееся снижение альбумина, альфа протеинов, мочевины - аммиачного коэффициента, диспротеинемия, повышение концентрации аммиака крови, фибриногена, нейтрофилез, моноцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия, низкая активность системы комплемента, снижение показателей Т- и В-лимфоцитов, циркулирующих иммунных комплексов, наличие HLA B7, B18, B27 и I группа крови. Однако динамическое наблюдение за больными, перенесшими иерсиниоз и использование современных методов статистической обработки клинических и лабораторных параметров, позволяют высказать мнение, что клинические проявления иерсиниоза и псевдотуберкулеза, их выраженность и длительность не являются объективными критериями прогноза и не могут быть использованы для прогноза течения и исходов болезни. При отсутствии у больного критериев неблагоприятных исходов иерсиниоза рекомендуется диспансерное наблюдение за реконвалесцентами в течение одного года после выписки из стационара. При наличии показателей возможного формирования неблагоприятных исходов иерсиниоза диспансерное наблюдение должно проводиться в течение пяти лет после выписки из стационара - первый год каждые 2-3 месяца, затем один раз в шесть месяцев при отсутствии жалоб и отклонений в состоянии здоровья. При наличии клинико-лабораторного неблагополучия – более часто, по мере необходимости. По показаниям больные должны проходить клинико-лабораторное и инструментальное обследование у ревматолога, эндокринолога, кардиолога, офтальмолога, дерматолога и др.

Таким образом, основываясь на собственных результатах длительного наблюдения больных иерсиниозом, рекомендуем следующую тактику их диспансеризации. Для контроля полноты выздоровления рекомендуется использовать следующую схему: в течение первого года после острого периода пациентов необходимо обследовать комплексно (клиническими, лабораторными, иммунологическими методами) каждые 2-3 месяца, затем один раз в шесть месяцев при отсутствии жалоб и отклонений в состоянии здоровья. При наличии клинико-лабораторного неблагополучия - более часто, по мере необходимости.

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Нуралиев Н.А., Рузметов Ф.Н.

*НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз, г.Ташкент, Узбекистан,
Хорезмский областной детский многопрофильный медицинский центр,
г.Ургенч, Узбекистан*

Целью было изучение особенностей выявляемости сочетанной бактериальной и грибковой сенсibilизации у детей и взрослых, больных острыми тонзиллитами (ОТ) и хроническими тонзиллитами (ХТ).

Для достижения поставленной цели были обследованы 102 детей от 3 до 15 лет, постоянно проживающие в Хорезмской области Узбекистана (30 детей с ОТ и 72 детей с ХТ). Кроме того, обследованы 71 взрослых 15-45 лет, из них 44 больных ХТ и 27 больных ОТ (группа сравнения). Бактериальную и грибковую сенсibilизацию изучали методом ИФА (ELISA) с экспериментальной тест-системой на 96 луночных планшетах разработанных нами [Нуралиев Н.А. и соавторы, 2010]. Результаты определения антител к антигенам бактерий и кокков выражались в единицах оптической плотности. Штаммы использовали в виде инаktivированных бактериальных взвесей с концентрацией 1×10^9 микробных тел/мл, прогретые при температуре 80°C в течение 30 минут. Подобный температурный режим позволяет в максимальной степени сохранить структуру белков, обеззаразить бактериальную взвесь. Антигены получали по Буавену - комплексный микробный антиген.

Установлено, что при обострении ХТ у взрослых выявлена бактериальная и грибковая сенсibilизация к антигену *S.aureus* у 34,1% (n=15) обследованных, к *Streptococcus spp* у 20,5% (n=9), к *E.coli* у 15,9% (n=7), к *Candida spp* у 4,5% (n=2) обследованных.

В стадии ремиссии ХТ эта сенсibilизация выявлена соответственно у 15,9% (n=7), 15,9% (n=7), 6,8% (n=3) и 15,9% (n=7) обследованных больных. В стадии ремиссии ХТ сенсibilизация ослабевает к *S.aureus* в 2,1 раза ($P < 0,001$), к *Streptococcus spp* в 1,3 раза ($P < 0,05$), к *E.coli* в 2,3 раза ($P < 0,001$), а к *Candida spp* усиливается в 3,5 раза ($P < 0,001$). Эти данные указывают на разную степень сенсibilизации организма взрослых больных на условно-патогенные бактерии, кокки и *Candida spp*.

Аналогичные исследования проведены у взрослых с ОТ, к тем же микроорганизмам в период разгара и реконвалесценции болезни. Полученные результаты были близки между собой и отличительных особенностей как у больных ХТ не наблюдали.

Данные сенсibilизации организма больных детей с ХТ к антигенам вышеуказанных микроорганизмов у больных детей ХТ показали, что в стадии обострения сенсibilизация организма была снижена по отношению к показателям взрослых и составила для антигенов *S.aureus* у 19,4% (n=14), к *Streptococcus spp* у 16,7% (n=12), к *E.coli* у 9,7% (n=7) и к *Candida spp* у 9,7% (n=7) обследованных детей.

Интенсивность снижения показателей бактериальной и грибковой сенсibilизации в стадии ремиссии была близка к данным взрослых больных с ХТ, с тем отличием, что грибковая сенсibilизация была снижена в 2,3 раза ($P < 0,001$), тогда как у взрослых она была повышена в 3,3 раза. По ОТ показатели детей были близки к показателям взрослых с ОТ.

Таким образом, у взрослых и детей больных ХТ интенсивность снижения показателей бактериальной и грибковой сенсibilизации в динамике имеет одинаковую тенденцию, с разницей по грибковой сенсibilизации, где у взрослых в стадии ремиссии она достоверно больше, а у детей достоверно меньше. Это указывает

на повышенную чувствительность организма взрослых к *Candida spp*, так как высеваемость их из различных биотопов организма взрослых на порядок выше, чем у детей. Отсутствие видимых изменений сенсибилизации в динамике течения ОТ указывает на повышенную чувствительность организма больных к этим микроорганизмам. Исходя из этого, повышение или снижение интенсивности бактериальной и грибковой сенсибилизации в динамике тонзиллитов, которая указывает на хронизацию процесса можно использовать как иммуно - микробиологический критерий перехода острого тонзиллита в хронический, как у взрослых, так и у детей.

МОБИЛ ТЕЛЕФОНЛАРНИНГ ЯШИРИН ХАВФИ

Нуралиев Ф.Н.

Тошкент тиббиёт академияси 3 курс талабаси

Маълумки, одам организмида 400 турга яқин бўлган миллиардлаган микроорганизмлар яшайди, улар асосан организм биотопларида жойлашган. Ундай биотопларга ошқозон ичак тракти, юқори нафас йўллари, сийдик-таносил йўллари ва терини мисол қилишимиз мумкин. Гигиена қоидаларига риоя қилинмаганда, организм заифлашганда микроблар бир биотопдан иккинчисига тушиб ҳам касаллик кўзгатувчиси бўлиши мумкин.

Мақсад. Мобил телефонларда учрайдиган микроорганизмлар ва уларнинг одам организмига юқиш хавфини аниқлаш бўлди.

Тадқиқот объекти ва усуллар. Катта ёшдаги одамларнинг ($n=30$) турли маркадаги телефонлари ўрганилди. Микроорганизмлар идентификацияси анъанавий бактериологик усулларда олиб борилди.

Натижалар. Мулоқот қилаётган одам мобил телефони унинг қўл кафти, териси, кулоқ супраси билан бевосита алоқада бўлади. Ундан ташқари мобил телефонга микроорганизмлар кийимдан, телефон ғилофидан, бошқа шахслар билан қўл бериб саломлашганда, пул қўлдан қўлга ўтганда, ҳожатхонада, транспортда ва бошқа жойларда юқиши мумкин.

Телефонни ювиш, дезинфекция қилишнинг иложи йўқ, шу сабабли унда микроорганизмлар 1 миллилитрда 1×10^4 - 1×10^8 колония ҳосил қилувчи бирлик (КХҚБ/мл) микдорида бўлди. Ҳар 6 телефоннинг 1 тасида ($n=5$) *Escherichia coli* учради, мобил телефон юзасида шунингдек, *Staphylococcus aureus*, *Candida spp* лар ҳам аниқланди. Баъзи мобил телефонларда демадекозни келтириб чиқарувчи кана ҳам аниқланган.

Мобил телефонларда бактериялар сони ҳожатхона унитазни ручкасига қараганда 18 марта кўп экан. Муаммонинг хатарли жиҳати телефонларда баъзи бактериялар кўпайиш учун қулай шароит топади, чунки доим терлаб турган кафт билан ушланиши, куёш нурунинг тўғридан тўғри тушишидан сақланиши ва бошқалар бунга сабаб.

Аризона Университети (АҚШ) тадқиқотчилари мобил телефонларда овқатдан заҳарланиш ёки диареяни келтириб чиқарувчи микроорганизмлар (псевдомонадалар, бациллалар, энтеробактериялар) хавфли микдорда учрашини аниқлашган. Улар телефонларнинг 1 см^2 да ўртача 4000 га яқин микроорганизмларни ундиришган.

Мобил телефоннинг микроорганизмлар билан ифлосланиши орқали одамда келиб чиқиши мумкин бўлган касалликлар - терининг микроб табиатли касалликлари; терининг замбуруғли касалликлари; терининг майда паразитлар (кана-демадекоз) чақирадиган касалликлари; юқори нафас йўллари касалликлари; турли вирусли касалликлар; диареяли касалликлар ва бошқалар.

Касаллик келиб чиқиши мумкин бўлган ҳолатларни келтириб ўтамиз:

мобил телефонда овқатланиш пайтида, айниқса оила даврасида (нонушта, тушлик ва кечки овқат) гаплашиш, ҳатто уни ёнида дастурхонга қўйиш ҳам мумкин эмас, чунки ундаги кўплаб микроорганизмлар оғиз орқали ошқозон ичак йўлига тушиб, у ерда касаллик чақиши мумкин, айниқса, организми заиф болалар, кексалар ва ҳомиладор аёлларда;

мобил телефон билан ўйнаганда ёш болалар уни оғзига солиши, гаплашиши улар организмига ҳос бўлмаган катталар микрофлорасининг тушишига ва турли юқумли касалликлар келиб чиқишига олиб келади.

Телефонлар инсонларнинг қўли ва оғзи билан яқин контактда бўлади. Шу сабабли телефонлар ҳам доимий антибактериал воситалар билан тозаланиши лозим. Ҳозирда бу муаммони ечиш учун турли соҳаларда изланишлар олиб борилмоқда. Масалан, қатор мамлакатларда мобил телефонни заряд олиши пайтида ультрабинафша нурлари билан зарарсизлантирувчи “PhoneSoap” аппарати ва шунга ўхшаш бошқа қурилмалар чиқарилмоқда.

Хулоса. Мобил телефонларнинг яширин ҳавфи мавжуд, улар патоген ва шартли патоген микроорганизмларнинг тарқалиши ва юқиши учун қулай замин ҳисобланади. Биз мобил телефонни вақти вақти билан 70°ли этил спирти шимдирилган пахта билан артиб туришни тавсия қиламиз.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ КАНДИДОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Нурузова З.А., Эргашева З.Н.

Ташкентская Медицинская Академия, кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии, Ташкент

Иммунодефицитное состояние при перинатальном инфицировании ВИЧ повышает восприимчивость организма больного к инфекциям - чаще переносят ОРЗ, у них возникают тяжелые бактериальные, вирусные, грибковые инфекции, с тенденцией к рецидивированию и генерализации, которые сокращают продолжительность жизни. Среди инфекций главенствующее положение занимают кишечные, кожные заболевания, возбудителем которых чаще выступают грибы. По данным зарубежных авторов при исследовании состава биопленки ротовой полости и кишечника у ВИЧ-инфицированных пациентов обнаружено несколько видов грибов рода *Candida*.

Цель исследования - анализ распространенности кандидозной инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц, получающих антиретровирусную терапию.

Материалы и методы исследования - У 125 больных, состоящих на учете в Республиканском Центре СПИД, была обследована микрофлора зева и кишечника. Метод исследования – традиционный бактериологический с выделением чистой культуры и идентификацией штаммов бактерий и грибов.

Результаты исследования - У 103 (82,4%) ВИЧ-инфицированных исследована микрофлора зева, у 22 (17,6%) – микрофлора кишечника. В микрофлоре зева рост в виде моноинфекции выявлено у 43 (42%), смешанная форма – 60 (58%) больных. Моноинфекция была представлена грибами рода *Candida* из зева у 26 (60%) больных, грамположительные кокки выделены у 13 (30%), грамотрицательных кокки у 4 (10%) обследованных. Представителями грамположительных кокков выступали *St. aureus* - 5 (38%), *St. epidermidis* – 6 (46%), *Str. pyogenus* у 2 (16%) обследованных. Смешанная форма была представлена грибами рода *Candida* и *E. coli* у 17 (28%) обследованных, с грамположительными кокками - 20 (33%) больных и грамотрицательными кокками у 8 (13%) больных. У 15 (25%) обследованных смешанная флора состояла из ассоциации стафилакокков и стрептококков.

В микрофлоре кишечника у 22 (21%) обследованных больных, обнаружено, дисбактериоз I степени у 5 (23%) больных, у 9 (41%) больных - II степень, III степень дисбактериоза выявлялась у – 8 (36%) больных. Из них дисбактериоз, обусловленный грибами рода *Candida*, т.е. 10^5 КОЕ/г и выше, встречался в группе I степени дисбактериоза у 3 (30%) больных, с дисбактериозом II степени - 4 (40%) больных и в III степени дисбактериоза – 3 (30%) ВИЧ-инфицированных. В целом, в микрофлоре кишечника дисбактериоз, ассоциированный грибами рода *Candida* составил 46%.

Вывод. Анализируя полученные данные, нельзя не заметить, что кандидозные поражения являются важнейшими сопутствующими заболеваниями при ВИЧ-инфекции. В данном исследовании они составили большую часть всех оппортунистических инфекций, встречающихся у ВИЧ-инфицированных пациентов. Кандидозная инфекция является серьезной задачей для врача при лечении больных, поэтому для адекватного лечения грибковой инфекции рекомендуется обязательное микологическое лабораторное исследование, это акцентируется зарубежными авторами и было видно в наших результатах исследований: в зеве – грибы рода *Candida* в виде моноинфекции 26 (25%) больных, в виде ассоциациями кандиды у 45 (43%) обследованных, в кишечнике – дисбактериоз обусловленный грибами рода *Candida* 10 (46 %) ВИЧ-инфицированных. Полученные показатели показывают о необходимости углубленного изучения кандидоза у ВИЧ-инфицированных больных.

ЧАСТОТА ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Оганиезов Б.Б., Шукуров Б.В.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан

Дети могут быть инфицированы ВИЧ двумя путями: от инфицированной матери, вертикально (при прохождении по родовым путям) и при переливании инфицированной крови или ее компонентов. У детей, инфицированных ВИЧ, наблюдаются неспецифические симптомы, определяемые изолированно, либо в различных сочетаниях. Это повторяющиеся эпизоды лихорадки, энантемы, диарея, лимфаденопатия.

Цель: оценить частоту оппортунистических инфекций у детей с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы: был проведен ретроспективный анализ клинических и лабораторных данных 120 ВИЧ-инфицированных детей, из них 62,5% - мальчики и 37,5 % - девочки в возрасте от 1 года до 11 лет, получающих АРВТ, госпитализированных в НИИ Вирусологии в период с сентября 2014 до мая 2015.

Результаты. Нами выявлено, что частота оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей такова: пневмоцистная пневмония - 30%, лимфоидная интерстициальная пневмония - 25 %, диссеминированная цитомегаловирусная инфекция - 15 %, кандидозный эзофагит - 15 %, диссеминированная микобактериальная инфекция - 15 %, криптоспоририаз - 5 %, инфекция вирусом Эпштейна-Барра - 5 %, другие инфекции - 10 %. Основной причиной заболеваемости и смертности от вторичной патологии на фоне ВИЧ являются заболевания легких. Как и у взрослых, основным этиологическим фактором служат - *Pneumocystis carinii*. У детей нередко наблюдается лихорадка, тахипноэ, при аускультации определяются укорочение слышимости вдоха, свистящие сухие и влажные хрипы. Широко распространены у детей с ВИЧ-инфекцией и поражения ЦНС. Признаки ВИЧ-энцефалопатии могут предшествовать другим клиническим проявлениям СПИДа. На первый план выступали: задержка психомоторного развития, либо утрата отдельных

поведенческих характеристик, соответствующих уровню психомоторного развития в данном возрасте. На фоне вторичной микроцефалии имели место признаки нарушения развития головного мозга.

Заключение: У ВИЧ-инфицированных детей отмечаются диссеминированная цитомегаловирусная инфекция, тяжелая герпетическая инфекция и токсоплазмоз. Патологические процессы, вызванные микобактериями, криптоспоридиями и криптококками, весьма редки. Распространенный, тяжело протекающий кандидоз кожи и слизистых оболочек наблюдается практически у всех детей с синдромом приобретенного иммунного дефицита. Наблюдение за возникновением оппортунистических инфекций и их профилактика является возможным и необходимым требованием к терапии ВИЧ-инфицированных детей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОБЪЕКТАХ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА РОССИИ

Подкорытов Ю.И., Каськов Ю.Н.

Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по железнодорожному транспорту, Москва, Россия

К паразитарным болезням относят протозоозы, вызываемые патогенными простейшими (амебиаз, токсоплазмоз, малярия и др.), и гельминтозы, называемые также глистными инвазиями. Протозоозы, многообразны по клинической картине и требуют тщательного лабораторного исследования различного материала от больных людей. Человека могут поражать гельминты более 250 видов, из них около 100 видов зарегистрированы в России.

Целью настоящего исследования являлось проведение анализа современного состояния заболеваемости паразитозами на объектах железнодорожного транспорта России. В работе использованы материалы данных официальной государственной статистической отчетности по паразитарным заболеваниям за 2013-2015 годы. В анализ взяты только заболевания паразитозами, исключая малярию.

Из общей суммы паразитарных заболеваний, на объектах железнодорожного транспорта России, на долю протозоозов приходится $23,3 \pm 0,8\%$, на долю гельминтозов – $76,7 \pm 0,8\%$. Из числа протозоозов $98,4 \pm 0,4\%$ составляют лямблиозы. Средний (за 2013-2015 гг.) показатель заболеваемости лямблиозами на железнодорожном транспорте составил 11,09 (на 100 тыс. чел.), а в целом по Российской Федерации за 2014 год он составлял 38,62 (на 100 тыс. нас.). Лямблиозы в $93,3 \pm 0,8\%$ регистрируются среди детей от 0 до 14 лет. Наибольшее число случаев приходится на детей от 3 до 6 лет ($60,0 \pm 5,2\%$), при этом среди детей этого возраста $57,8 \pm 5,2\%$ лямблиозы регистрируются у детей посещающих детские дошкольные учреждения. Среди прочих протозоозов за 2013-2015 годы на объектах железнодорожного транспорта среди взрослого населения регистрировались: токсоплазмоз – 2 случая и амебиаз – 3 случая.

Из числа гельминтозов наиболее часто регистрируются энтеробиозы ($36,8 \pm 0,9\%$), описторхозы ($34,8 \pm 0,9\%$) и аскаридозы ($21,0 \pm 0,7\%$). Другие гельминтозы регистрируются в единичных случаях. От общего количества зарегистрированных гельминтозов на долю детей от 0 до 17 лет приходится $39,5 \pm 0,9\%$. Описторхозы выявляются в основном ($99,6 \pm 0,1\%$) среди взрослого населения, при показателе заболеваемости 12,91 (на 100 тыс. нас.). Однако единичные случаи описторхозов регистрируются и среди детей ($0,4 \pm 0,2\%$), в том числе и среди детей посещающих детские дошкольные учреждения ($0,2 \pm 0,1\%$). Общий показатель заболеваемости энтеробиозами составляет 13,62 (на 100 тыс. нас.). При этом на долю детей от 0 до 17 лет приходится $81,6 \pm 1,2\%$ случаев, из последних: на возраст 1 - 2 года – $13,9 \pm 1,1\%$; на

возраст от 3 до 6 лет – $49,5 \pm 1,6\%$, среди детей посещающих детские дошкольные учреждения – $22,6 \pm 1,4\%$. Общий показатель заболеваемости аскаридозами составляет 7,77 (на 100 тыс. нас.). На долю детей от 0 до 17 лет приходится $43,3 \pm 1,9\%$ случаев, из последних: на возраст 1 - 2 года – $5,7 \pm 1,4\%$; на возраст от 3 до 6 лет – $86,8 \pm 2,0\%$, среди детей посещающих детские дошкольные учреждения – $85,4 \pm 2,1\%$ случаев. Среди прочих гельминтозов за 2013-2015 годы на объектах железнодорожного транспорта России регистрировались: дифиллоботриоз – 109; токсакароз – 64; эхинококкоз – 14; тениоз – 13; трихинеллез – 7; трихоцефалез – 5; диофиляриоз – 5; клонорхоз – 4; гименолепидоз – 4; альвеококкоз – 2 и другие гельминтозы – 4 случая.

Таким образом, вопросы профилактики паразитарных заболеваний на объектах железнодорожного транспорта России, особенно среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения, продолжают оставаться актуальными. В организации эпидемиологического надзора за паразитарной заболеваемостью чрезвычайно важным моментом является проведение анализа повышенной заболеваемости на конкретных объектах железнодорожного транспорта с определением путей и методов организации профилактических мероприятий.

СИЛГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХАВФИНИ БИЛДИРУВЧИ МЕЗОНЛАР ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРАЛАРИ

Расулов Ш.М., Файзибоев П.Н.

ТТА, Эпидемиология кафедраси Тошкент ш.

Сил, дунё микёсида жиддий ва долзарб тиббий-ижтимоий муаммо сифатида сақланиб қолмоқда. Ер юзида қашшоқлик юз бераётган тўфонлар, экологик фожиалар, ижтимоий ўзгаришлар сил касаллигининг кўпайиб кетишига ва эпидемия ҳолатига айланишига олиб келмоқда.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг хабар беришича, ер юзида тахминан 2,1 миллиард одам сил бацилласи билан зарарланган.

Ер юзида сил касаллиги билан касалланиш турли мамлакатларда 100000 аҳолига қуйидагича: Африкада - 179,6; Америкада – 32,7; Шарқ ва Ўрта Ер денгизидида – 74,7; Европада – 29,6; Осиё ва жанубий Шарқда – 146,7; Тинч океан орти давлатларида - 54,5 га тўғри келади.

Сил билан касалланиш ва ўлимнинг кўпайишида бошқа қашшоқ давлатлардан келаётган аҳоли ва ОИВ-инфекциясининг тарқалиши муҳим аҳамиятга эга.

Ривожланаётган ва ривожланган давлатларда ОИТС билан касалланиш замирида силнинг ривожланиш даври тезлашмоқда.

Республикамизда сил бўйича эпидемик вазият танглиги сақланиб қолгани ҳолда, шуни таъкидлаш жоизки, маълум даражада касалликнинг камайиш тенденцияси кузатиляпти. Ўзбекистонда ҳар йили, қарийб 18-20 минг нафар киши силнинг фаол турлари билан оғрийди ва 2 мингдан кўпроқ беморлар вафот этади.

Силга чалинган беморнинг эпидемиологик хавфини билдирувчи бир қатор мезонлар мавжуд: бацилла ажратиш хусусияти, балғам ажратиш ва уларда нам хириллаш бўлиши, оилада болалар ва ўсмирлар яшаши, сил ўчоғида яшовчи оила аъзолари, сил билан оғриган бемор томонидан санитария-гигиена талабларини бажарилиши.

Сил ўчоғининг атрофдагиларга хавф даражасини аниқлашда биринчи навбатда, сил билан оғриган беморнинг бактерия ажратиш даражасини инобатга олиш зарур. Ҳозирги даврда улар нисбатан 3 гуруҳга бўлинади: 1) кўп микдорда; 2) оз микдорда; 3) расмий бактерия ажратувчилар.

Балғамда сил микобактерияси бактериоскопик усулда ёки бактериологик текширишда 20 ва ундан кўп колония топилса, бемор кўп микдорда бактерия ажратувчи ҳисобланади. Агар балғамда бактериологик усулда 20 тадан кам колония топилса, оз микдорда бактерия ажратувчилар қаторига киритилади. Расмий бактерия ажратувчиларда олдин бактерия ажратган, лекин ҳозир текширилганда, сил кўзгатувчиси топилмаганлар ҳисобланади.

Шу муносабат билан силга қарши диспансер, ДСЭНМ ва даволаш профилактика муассасалари билан биргаликда жойларда силга қарши ўтказиладиган тадбирларни кучайтириши зарур.

Болалар муассасалари, боғча, мактаб, коллеж ва аҳоли орасида санитария тарғибот ишларини олиб бориш.

Туберкулёзни олдинишни олиш мақсадида БЦЖ вакцинаси билан эмлаш ишлари олиб борилишини назорат қилиш.

Аҳолини овқатланиш тартибини назорат қилишни, уларни тўғри овқатланиш бўйича тушунтириш ишлари олиб бориш.

Аҳоли орасида беморни буюмларини алоҳидалаш, улар фойдаланган буюмларни зарарсизлантиришни тушунтириш.

Бемор махсус калорияли овқатланиш рационига амал қилиши ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш.

Юқоридаги тавсиялар ўз вақтида бажарилса ва улар устидан назорат ўз вақтида олиб борилса, аҳоли ўртасида туберкулёз касаллигини камайтириш мумкин.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР МОНИТОРИНГИДА ЕРІ INFO ДАСТУРИДАН ФОЙДАЛАНИШ

Расулов Ш.М., Кучкарова Н.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Ері Info™ - бу амалий дастур бўлиб, соғлиқни сақлаш ташкилотлари учун махсус ишлаб чиқилган. Ері Info™ дастури мустақил ҳолда компьютер дастурини тузишда ҳамда савол тузиш, маълумотларни киритиш ва эпидемиологик текшириш пайтида таҳлил қилиш учун ишлаб чиқилган. Бу дастурдан қуйидагиларда кенг фойдаланиш мумкин: эпидемик кўтарилишларни текширишларда; инфекция манбаларини аниқлашда; эпидемиологик назоратда; ўқитишда; профилактик текширишларни бажаришда; клиник текширишларни бажаришда; ҳисоботларни ёзишда.

Ері Info™ 5 та асосий модуллардан (дастур) иборат:

Саволларни тузиш – электрон шаклдаги модуль, электрон шакл ёки саволларни ҳамда автоматик равишда маълумотлар тўпламини яратади. Фойдаланувчи саволларни тузиш модули ёрдамида матн киритиши мумкин. Таҳрир дастури ёрдамида киритилаётган маълумотларни осонлаштириш ва текшириш учун код (Check code) яратилади.

Маълумотларни киритиш – саволларни тузиш модули ёрдамида яратилган саволлардаги маълумотларни киритиш ва таҳрир қилиш мумкин. Бу дастур саволларни яратиш модули ёрдамида тузилган саволларни очиб маълумотларни киритади, маълумотлар учун жадвал яратади ва маълумотларни киритишни назорат коди [Check Code] ёрдамида назорат қилади.

Маълумотлар таҳлили – эпидемиология билан боғлиқ бўлган маълумотларни статистик таҳлили учун модул. Таҳлил натижалари ҳисобот, график ва карта кўринишида бўлиши мумкин.

Картага киритиш – географик чегаралар шаблонига Epi Info маълумотларини киритиш йўли билан геомаълумотлар картасини яратиш модули. Маълумотлар рангли форматда ёки ҳар хил зичликдаги нуқта белгилари йиғиндисиде кўринишида берилади.

Ҳисоботларни тузиш – Access ёки SQL серверида сақланаётган исталган маълумотларни ва таҳлил натижаларини фойдаланувчига умумлаштириб бериши мумкин. Олинган ҳисоботлар тарқатиш ва чоп этиш учун қулайлиги учун HTML форматида сақланади.

“Epi Info” version 3.3.2 компьютер технологиясидан фойдаланиш, касаллик ўчоқларини аниқроқ топишга ёрдам беради, инфекциянинг эпидемиологик назорати сифатини оширади. Бу эса касаллик ўчоқларини тезда йўқотиш, уларни ўз вақтида атрофдаги одамлар учун зарарсиз бўлишини таъминлаш ҳамда эпидемик вазиятни барқарор сақлаш, касалликни ички мавжуд табиий ўчоқларига ҳисобига эпидемик тарқалиб кетиши олдини олишга қаратилган тадбирларни мақсадга мувофиқ ва самарали ўтказилишига ижобий таъсир этади.

ГЕЛЬМИНТОЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Расулов Ш.М., Саидкасимова Н.С.

Тошкент Тиббиёт Академияси

Инсон учун характерли касалликлар орасида гельминтозлар етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Ушбу касалликлар билан асосан эрта ёшдаги болалар касалланадилар.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти берган маълумотларга кўра жаҳон миқёсида гельминтозлар билан 5 миллиард атрофидаги киши зарарланган.

Ҳозирги кунда Ўзбекистонда гельминтозларнинг 10-12 тури қайд этилмоқда. Энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, тениаринхоз, трихоцефалез каби гельминтозлар баъзи вилоятларда оммавий равишда тарқалган.

Мақсад: Ўзбекистонда гельминтоз касалликларининг эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва ушбу маълумотлар асосида профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш.

Натижа ва муҳокама: Гельминтозларнинг эпидемиологик хусусиятлари: 1) ушбу паразитар касалликларнинг аксарияти контагиоз эмас; 2) кўпинча гельминтозлар клиник белгиларсиз кечади ва ўлим кўрсаткичлари паст; 3) аҳоли орасида касалланиш хавфи юқори бўлган декрет гуруҳларнинг мавжудлиги; 4) аста-секин тарқалиши; 5) касалликнинг эпидемик тус олмаслиги.

Гельминтозларга қарши профилактик чора-тадбирлар. Аҳолининг маданият ва турмуш даражасини янада ошириш. Аҳолининг турли қатламлари, айниқса болалар ва ўсмирлар орасида санитария-тарғибот тадбирларини кучайтириш. Инвазия тарқалишида асосий роль ўйнайдиган аҳоли гуруҳлари орасида беморларни аниқлаш. Доимий равишда гельминтозлар билан юкиш мавсумини, гельминтларнинг кўплаб ҳалок бўладиган муддатларини аниқлаш. Аҳолини канализация ва тоза ичимлик суви билан таъминлаш кўрсаткичларини янада ошириш. Жамоат ташкилотлари, боғлар, сайилгоҳлар, хиёбонларда санитария-гигиена талабларига жавоб берадиган ҳожатхоналар қуриш, ҳар бир ҳовлиларда ахлат қутиларни ўрнатиш ва уларни доимий равишда тозалашга эришиш. Ҳожатхоналар ва ахлат қутилари атрофидаги тупроқларни зарарсизлантириш. Зарарланиш индекси 20% ва ундан юқори бўлган ўчоқларда 14 ёшгача болалар ёки бошқа декрет гуруҳга мансуб аҳоли гуруҳларида йилига икки марта оилавий дегельминтизация тадбирларини амалга ошириш.

Чиқиндилар, оқава сувлар ва суғориладиган далаларда дегельминтизациясига эришиш. Умумий овқатланиш корхоналари ва уларда хизмат қилувчи ходимлар устидан доимий равишда тиббий-санитария назоратини амалга ошириш.

Хулоса: Гельминтозлар эпидемиологик назоратининг назарий, услубий ва ташкилий асосларини такомиллаштиришнинг қуйидаги йўналишларини таклиф этамиз:

Жорий текширувлар натижасида аниқланган гельминтозларнинг қайд этилиши, ҳисоботини тўлиқ олиб бориш, жумладан, идоровий ва шахсий тиббий муассасалар томонидан аниқланган гельминтозлар ҳисоботларида ўз аксини топиши зарур;

Тегишли тоифаларни текшириш натижасида аниқланган беморлар санацияси ва қайта текширилишини мунтазам кузатиб бориш;

Гельминтозларга нисбатан эпидемиологик вазиятни белгиловчи асосий ижтимоий-экологик омиллар динамикасини таҳлил этиб бориш (сув, тупроқ, мева-сабзавотларни гельминт тухум билан ёки индикатор микроорганизмлар билан зарарланиш динамикаси ва бошқаларни текшириш сифатини ошириш);

Гельминтозлар билан касалланиш динамикаси таҳлили асосида ҳавфли вақт, тоифа, ҳудуд ва омилларни аниқлаш (шошилиш ва ретроспектив эпидемиологик таҳлил);

Айрим гельминтозларнинг тарқалиш даражаси, ижтимоий-иқтисодий аҳамиятини баҳолаш;

Ўтказилаётган тадбирлар мониторинглари йўлга қўйиш, сифати ва самарадорлигини баҳолаш;

Даврий равишда айрим гельминтозлар билан касалланишни башоратлаш.

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Рахимов Р.А., Рахимов Р.Р., Латыпов Р.Р.

НИИ Вирусологии, г.Ташкент, Узбекистан

Вирусный гепатит А (ГА), по-прежнему, представляет собой серьезную проблему для здравоохранения. В последние годы, несмотря на общую тенденцию к значительному снижению уровня заболеваемости, продолжается регистрация вспышечной заболеваемости.

Цель исследования – установление возрастной структуры заболеваемости ГА в условиях мегаполиса эндемичного региона (г.Ташкент) в современных условиях.

Проводился анализ заболеваемости ВГА по г. Ташкенту (в инт. пок. на 100 тыс. нас.) за 2004 – 2015 гг., разрезе возрастных групп (0-2 г., 3-6 л., 7-14 л., 15-60 л.).

При анализе заболеваемости ВГА за последние 12 лет были выявлены выраженные колебания заболеваемости, характеризующиеся асинхронной цикличностью.

В зависимости от интенсивности эпидемического процесса, анализируемые 12 лет, условно были поделены на 4 периода. В первый период (2004-2007 гг.) характеризовался высоким уровнем заболеваемости, средний показатель составил $151,3 \pm 0,003$ на 100 тыс. населения. Во второй период (2008-2012 гг.) отмечали значительное снижение уровня заболеваемости, средний показатель составил $84,8 \pm 0,007$ на 100 тыс. населения, т.е. средняя интенсивность снижения уровня заболеваемости составила 1,8 ($p < 0,001$). В третьем периоде (2013-2014 гг.) характеризовался интенсивным подъемом (в 1,9 раза) заболеваемости, средний уровень которой составил $161,2 \pm 0,002$ на 100 тыс. населения ($p < 0,001$). И в последний период (2015 г.) опять отмечали интенсивное снижение (в 2,4 раза) заболеваемости до $68,6 \pm 0,009$ на 100 тыс. населения $p < 0,001$).

Анализ данных показал, что эпидемический процесс ГА в современный период в условиях мегаполиса приобрел принципиально новые характеристики. Если ранее, периодические эпидемические подъемы заболеваемости были более выраженными и их периодичность была более прогнозируема, то в последние годы изменился не только уровень подъемов заболеваемости, но и их периодичность, что создает существенные проблемы в прогнозировании заболеваемости.

Восприимчивым контингентом к ГА является неиммунное население. Следовательно, наиболее восприимчивым контингентом к ГА являются дети наиболее младшего возраста. Естественно, что с увеличением возраста, удельный вес восприимчивых лиц снижается. Следовало ожидать наиболее высокого уровня заболеваемости среди детей в возрасте 0-2 г.

Однако, наиболее высокий средний уровень заболеваемости ГА отмечался у детей в возрасте 3-6 л., затем у школьников 7-14 г. и затем у детей младшего возраста 0-2 л.. Уровень заболеваемости детей в возрасте 3-6 л. в среднем превышал уровень заболеваемости взрослых – в 26,7 раза, 7-14 г. – в 12,8 раза и 0-2 л. – в 9,6 раза.

Однако наше исследование показало, что даже с учетом возможно более высокого уровня проэпидемичивания детей младшего возраста, уровень заболеваемости детей, более старших возрастных групп, остается достоверно более высоким.

Это объясняется тем, что у детей младших возрастных групп (0-2 г.) в силу поведенческих особенностей детей (ограничения самостоятельного передвижения и контакта с другими детьми, то есть с вероятными источниками инфекции) и традиционных условий ухода за ними, возможности инфицирования достаточно ограничены. Перейдя в более старшую возрастную группу, дети приобретают больше возможностей самостоятельного передвижения, контактов с детьми (потенциальными источниками инфекции). Отсутствие гигиенических навыков повышают возможность инфицирования контактно-бытовым или пищевым путем. Все это определяет повышенный риск инфицирования вирусом ГА детей более старших возрастных групп.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А

Рахимов Р.А.

НИИ Вирусологии, г.Ташкент, Узбекистан

Высокий уровень заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА), периодические подъемы уровня заболеваемости и возникновение вспышечных ситуаций обуславливают необходимость проведения эпидемиологического надзора (ЭН). ЭН — система слежения за динамикой эпидемического процесса на определенной территории, факторами и условиями, влияющими на его интенсивность, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованной системы мер борьбы и профилактики

Цель ЭН – оценка эпидемиологической ситуации для принятия управленческих решений, то есть получение объективной достаточной эпидемиологической информации для планирования и проведения профилактической и противозидемической работы.

Данные, полученные в ходе ЭН, могут предоставить новую информацию о основных закономерностях заболевания и эпидемиологии (кто болеет, когда и где происходит заболевание, воздействие или факторы риска, приводящие к заболеванию). Информация такого рода может привести к разработке новых мер

профилактики и борьбы. В результате надзора эпидемиологи получают представление о, так называемом, базовом уровне заболеваемости, который можно использовать для оценки эффективности проводимых мероприятий по профилактике и борьбе после их разработки и внедрения.

Исходя из этого, основными задачами ЭН за ВГА являются:

- оценка уровня инфекционной заболеваемости;
- определение локальной сезонности заболеваемости (начало и конец сезона);
- выявление тенденций изменчивости динамики эпидемического процесса;
- районирование территории по степени эпидемической степени риска;
- выявление групп населения с повышенным уровнем заболеваемости (контингенты риска);
- определение локальных сезонных параметров заболеваемости (начало и конец);
- выявление причин и условий (факторы риска), определяющих динамику эпидпроцесса;

Все эти данные являются основой для планирования профилактических и противоэпидемических мер, разработка прогноза эпидемиологической ситуации, оперативного выявления и определения локализации эпидемических осложнений для своевременной корректировки мер реагирования и купирования подъемов заболеваемости. При установлении исходного (межсезонного) уровня активности ВГА, можно будет оценивать экономический ущерб и медико-социальную тяжесть каждого периода сезонного роста заболеваемости.

Для получения достоверных результатов оценки динамики эпидемиологического процесса необходимо повсеместное использование единых методологических подходов и показателей. Основным инструментом для оперативного выявления и количественной оценки осложнения локальной эпидемической обстановки является использование эпидемических порогов (ЭП) заболеваемости.

ЭП — это показатель заболеваемости ВГА, представляющий собой верхний предел не эпидемического уровня заболеваемости, который рассчитывается по многолетним (5-15 лет) данным для каждой недели каждого региона (область, город, район). Для оперативности оценки эпидемической ситуации обычно используются ЭП, рассчитанные на сравнительно короткий – недельный временной период. ЭП является показателем максимально высокого неэпидемического уровня заболеваемости для данной недели сезонного периода. Превышение порогового уровня заболеваемости на 15-20% свидетельствует о начале эпидемического подъема заболеваемости. Применение данной методики является объективным, высокоточным и эффективным способом оперативной и достоверной оценки эпидемической обстановки по ВГА.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОРИ

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

Научно-исследовательский институт вирусологии МЗ РУз, г. Ташкент

Наиболее распространенными инфекционными заболеваниями являются острые респираторные инфекции (ОРИ). Основную часть их составляют грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). В ряде случаев у больных формируется тяжелое течение острой респираторной инфекции (ТОРИ) с развитием различных осложнений. В Узбекистане практически не проводятся исследования клинических закономерностей ТОРИ и причин их возникновения. В связи с этим

представляет значительный научный и практический интерес определение этиологической структуры и клинико-эпидемиологической характеристики ТОРИ.

В сезон 2014-2015 гг., в 4-х медицинских учреждениях г. Ташкента, проводилось клиническое и лабораторное обследование 259 больных острыми респираторными инфекциями в возрасте от 6 мес. до 59 л., из них 64 больных были ТОРИ и 195 - не ТОРИ.

Для последующей этиологической расшифровки заболеваний методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени, исследовали мазки из носоглотки на вирусы гриппа типа А (H1N1pdm09, H3N2) и В, и другие ОРВИ: аденовирус, бокавирус, коронавирус, метапневмовирус, парагрипп, риновирус и респираторно-синцитиальный вирус.

Средний удельный вес лабораторно подтвержденных случаев гриппа у больных не ТОРИ составил $26,2 \pm 3,2\%$, а у больных ТОРИ – $42,2 \pm 6,2\%$. У больных ТОРИ во всех возрастных группах выявлялся гриппа А/H3N2 и В. Средний удельный вес лабораторно подтвержденных случаев ОРВИ не ТОРИ составил $28,2 \pm 3,2\%$, а у ТОРИ – $17,2 \pm 4,7\%$. Среди ОРВИ у больных ТОРИ выявлялись метапневмовирусная ($9,4 \pm 3,7\%$) и респираторно-синцитиальная инфекция ($6,3 \pm 3,0\%$) и несколько реже - парагрипп ($1,6 \pm 1,6\%$).

У всех больных ТОРИ наблюдали проявления острой пневмонии. Острая пневмония развивалась в среднем на $2,3 \pm 0,2$ сутки с момента развития болезни. Но у детей поражение нижних дыхательных путей отмечали уже в более ранние сроки (в среднем на $2,2 \pm 0,2$ сут.), по сравнению со взрослыми ($3,9 \pm 0,3$ сут.).

Клиника острой тяжелой пневмонии протекала с другими осложнениями: инфекционно-токсическим шоком и ДВС-синдром, которые были только у взрослых.

Из анамнеза было установлено, у больных различных возрастных групп, имелись хронические или сопутствующие заболевания. Хроническое обструктивное заболевание легких встречалось наиболее часто у взрослых ($42,9 \pm 20,2\%$). Повышенный индекс массы тела (ПИМТ) регистрировался в $28,6 \pm 18,4\%$ случаях. У больных с ПИМТ была сопутствующая патология со стороны сердечнососудистой системы: артериальная гипертензия. В двух случаях (у одного взрослого и у одного ребенка была бронхиальная астма). Среди детей младше 7 лет, в $12,9 \pm 6,1\%$ случаях, больные, в анамнезе имели диагноз «перинатальная энцефалопатия» (ПЭП). Отличительной особенностью клинки ТОРИ у детей с диагнозом ПЭП, было то, что у них течение болезни сопровождалось судорожным синдромом.

Основным этиологическим фактором развития ТОРИ являются острые респираторные вирусные инфекции (грипп, респираторно-синцитиальная, метапневмовирусная и парагрипп). ТОРИ вирусной этиологии характеризуются преимущественным поражением нижних дыхательных путей на ранних этапах заболевания. Ведущими факторами риска формирования ТОРИ является сопутствующие хронические заболевания внутренних органов.

ИНСОН ПАПИЛЛОМАСИ ВИРУСИ-НОИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ИНФЕКЦИОН АГЕНТ

Рахманова Ж.А., Низанова С.С.

*Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
Тошкент тиббиёт академияси*

Ёмон сифатли ўсмалар энг долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири ҳисобланади. Саратон касаллигини ўрганиш Халқаро агентлигининг (МЛИП/IARC) маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили 10 миллиондан ортиқ инсон ёмон сифатли ўсмалар билан касалланади, 23 миллион инсон сўнгги 5 йилда ўрнатилган саратон ташхиси билан яшайди, ҳамда 6 миллион инсон мазкур патологиядан ўлади.

Эпидемиологик тадқиқотларда папиллома-вирусли инфекцияларнинг (ПВИ) жинсий йўл орқали ўтувчи бошқа инфекцияларга хос бўлган юқори канцероген хавфга эга ИПВ билан боғлиқ белгилари аниқланган. Тадқиқот натижаларини умумлаштириш HPV-инфекциянинг аҳоли орасида юқори тарқалганлиги тўғрисида далолат беради. Шунингдек, мазкур инфекция давлат томонидан ҳисобга олиниши ва рўйхатидан ўтиши лозим бўлган юқумли касалликлар рўйхатига киритилмаган, ушбу патологиянинг эпидемиологик назорати ва профилактика тизими ишлаб чиқилмаган.

Инсон папилломаси вируси (ИПВ), папилломавирусли инфекция (ПВИ) сексуал-трансмиссив касалликлар орасида алоҳида ўрин тутди. БССТ маълумотлари бўйича (1999) сўнгги ўн йилликда зарарланганлар сони дунёда 10 баробарга ошган. Беморлар сонининг кескин ортиши, вирусларнинг юқори гетерогенлиги (ҳозирги даврга қадар ИПВ эпидемиологик аҳамияти ва клиник белгилари бўйича фарқ қилувчи 100 ортиқ серотиплари ажратилган), ташхис қўйишнинг мураккаблиги, келиб чиқадиган патологиянинг серқирралиги, ҳамда ёмон сифатли жараёнларни намоён этилиши папилломавирусли инфекцияни устувор тиббий-ижтимоий муаммолар қаторига қўяди.

Инсон папилломаси вируси (HPV) персистирловчи инфекцияси билан боғлиқ бачадон бўйни саратони – бутун дунёда аёлларда ёмон сифатли ўсмаларнинг энг кўп тарқалган ва хавфли турларидан биридир. Онкологик касалликларнинг ҳар йили бутун дунёда янги аниқланадиган 100 миллион ҳолатидан тахминан 15 % инфекцион агентлар билан боғлиқдир. HPV мазкур ёмон сифатли ўсмаларнинг 30 % масъулдир (саратон касалликлари умумий сонининг 5%). БССТ маълумотлари бўйича ҳар йили бачадон саратонининг 500 000 янги ҳолатларига ташхис қўйилиб, дунёда аёллар орасида саратондан ўлим сабаблари ичида иккинчи ўринни эгаллайди. Ҳозирги кунда, 700 миллион инсон HPV-инфекция ташувчиси ҳисобланиб, HPV-инфекция билан боғлиқ бўлган леталлик оқибатлари сони йилига 280 мингга етади.

Ташхис қўйиш усуллари қаторига полимеразали занжир реакциясининг (ПЗР) кенг тадбиқ этилиши ушбу йўналишда тадқиқотлар спектрини сезиларли тарзда кенгайтди. Шу ҳолат аён бўлдики, ПЗР кейинчалик нуклеин кислоталарни миқдорий аниқлаш соҳасида ривожланишни бошлайди. Янги онкомаркерларни излаш ва тадбиқ этиш цервикал неоплазиялар генезида урогенитал патологиянинг папилломавирусли инфекция билан бирга ўрни тўғрисида фикр юритишга ёндошиш имкониятини беради.

Шундай қилиб, жинсий аъзоларнинг папилломавирусли зарарланишларига ўз вақтида ташхис қўйиш ва адекват даволаш нафақат тиббий, балки ижтимоий-демографик муаммо ҳисобланади. Мазкур муаммонинг долзарб эканлиги аввало, бачадон бўйнининг ИПВ билан зарарланишида ташхис қўйиш ва даволашнинг якуний алгоритмининг мавжуд эмаслиги билан боғлиқ бўлиб, бу ҳолат касалликнинг

зўрайиши ва бўйиннинг интраэпителиал ясси хужайрали зарарланишлари ва бачадон бўйни саратонининг ривожланишига олиб келади.

**О РЕЗУЛЬТАТАХ МИКРОСКОПИИ ОБРАЗЦОВ КРОВИ У
ПЕРЕБОЛЕВШИХ МАЛЯРИЕЙ И КОНТАКТИРОВАВШИХ С НИМИ ЛИЦ
СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ СУРХАНДАРЬИНСКОГО ВИЛОЯТА**

Саипов Ф.С., Бабаходжаев С.Н., Меркушкина Т.А., Халилова З.Т., Мустанов А.С.,
Марданов М.Д.

*НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз,
Центр Государственного санитарно-эпидемиологического Надзора
Сурхандарьинского вилоята*

Проблема малярии в Республике Узбекистан остается актуальной. Этому способствуют как природно-климатические условия республики, весьма благоприятные для развития и размножения различных видов комаров, в том числе малярийных, так и постоянная опасность возобновления передачи инфекции в случаях ее завоза. В последние годы в связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по малярии в соседнем Таджикистане и ряде стран СНГ отмечаются случаи завоза малярии на территорию республики. Обращает на себя внимание с каждым годом увеличивающееся число завозных случаев малярии из Таджикистана, с которым граничит 8 из 12 областей республики с населением более 5,6 млн. человек. Маляриологическая ситуация остается напряженной в приграничных с Таджикистаном городах и районах областей. Особо выделяется Сурхандарьинский вилоят, который граничит с Афганистаном и Таджикистаном. На долю этой области приходилось в отдельные годы до 60% выявленных в республике больных.

В данной работе нами проанализированы результаты микроскопии образцов крови на выявление возбудителей малярии у переболевших указанной паразитарной инфекцией и контактировавших с ними лиц среди жителей районов Сурхандарьинского вилоята, приграничных с Таджикистаном. Общее число обследованных составляло 143, из них 117 (82%) переболевших трехдневной формой малярии, 26 (18%) - контактировавшие с ними лица. Обследованные по районам Сурхандарьинской области распределились следующим образом: Узунский – 43 (30%), Сариасийский – 20 (14%), Шурчинский - 33 (23%), Денауский – 47 (33%). Контактных с переболевшими было 26, из них 11 (42%) жителей Шурчинского и 15 (58%) - Денауского районов. Среди переболевших взрослых было 101 (86%), детей-16 (14%). По половому признаку среди переболевших мужчин было 53 (52,5%), женщин – 48 (47,5%). Результаты микроскопического исследования образцов крови были во всех 100% случаях отрицательными, как у переболевших трехдневной малярией, так и у лиц, контактировавших с ними. Полученные результаты проведенных исследований свидетельствуют об отсутствии возобновления местной передачи малярии среди жителей приграничных районов области, что, естественно является результатом проведенных широкомасштабных противомаларийных мероприятий в рамках выполнения программы ВОЗ «Обратим малярию вспять». Для полного подтверждения данного предположения нами планируется в дальнейшем обследовать переболевших малярией и контактных с ними лиц более современными и высокочувствительными методами, такими как ИФА и ПЦР.

О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОТИВ МАЛЯРИИ, ПРОВОДИМЫХ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Саипов Ф.С., Бабаходжаев С.Н., Халилова З.Т., Цай С.А., Тё И.Л.

*Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и
эпидемиологии, Республиканский Центр санитарно - эпидемиологического Надзора
Минздрава Республики Узбекистан, г.Ташкент*

В постликвидационный период начиная с 2000 годов обстановка по малярии в Республике Узбекистан стала напряженной. Участились завозные случаи малярии, особенно из соседнего Таджикистана. Данная республика имеет общие границы с такими областями Узбекистана как Сурхандарьинская, Ташкентская, Наманганская. Возникла опасность возобновления передачи местных случаев малярии. Сложившаяся эпидемическая ситуация требовала осуществления неотложных профилактических и противоэпидемических мероприятий в отношении малярии в соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ борьбы с малярией.

После регистрации завозных и особенно, местных случаев трехдневной малярии на территории Сурхандарьинской области Республики Узбекистан в начале 2000 годов органам здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы области пришлось внести корректировки в отношении осуществления противомаларийных мероприятий. Ставились большие задачи по борьбе с переносчиками указанной протозойной болезни, в том числе оздоровление анофелогенных водоемов, гамбузирование и обработка водоемой ларвицидами. Так, в 2008 году площадь анофелогенных водоемой в области занимала 11224 га, а к 2014 году указанная цифра снизилась до 4842 га (2,4 раза). Возросла и площадь территории водоёмов, подвергавшихся гамбузированию. Так, указанной территории с 2008 на 2014 год увеличилась в 1,3 раза (с 1339,11 га до 1677,2 га). Уделялось особое внимание и химической обработке водоемов. В 2008 году площадь территории указанных водоемов была 1600,07 га, а к 2013 году эта цифра сохранялась в показателе 1781,46 га.

Осуществленные мероприятия, несомненно, дали свои положительные результаты. Начиная с 2011 года малярия в Сурхандарьинской области не регистрируется.

Под наблюдением находились 83 простые малярийные очаги, к 2008 году оздоровлено 21 из них. Остаточных новых очагов в настоящее время не существуют. Однако в последнее время новые активные очаги малярии выявлены в 2-х районах области: Сариассийском (3 очага по 1 случаю) и Узунском (2 очага по 1 случаю и 1 очаг с 2 случаями). Из этого следует, мероприятия по выявлению источников (возможных паразитоносителей) и прерыванию передачи инфекции в области должны быть не только продолжены, но и усовершенствованы.

ТУРЛИ МИКРООРГАНИЗМЛАРНИНГ ОРГАНИЗМ ИЧКИ МУЎИТИГА ЎТИШ ҚОБИЛИЯТИНИНГ ҚИЁСИЙ ТАВСИФИ

Сувонов К.Ж.

ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ, Тошкент ш., Ўзбекистон

Маълумки, “бактериал транслокация” бу тирик бактериялар, улар эндотоксинларининг ошқозон-ичак тракти шиллиқ қавати орқали организмнинг ички муҳити - экстраинтестинал қисмларига (мезентериал лимфа тугунлари, жигар, талок, қон ва бошқалар) ўтиш қобилияти.

Ҳозирги кунда ушбу жараённинг келиб чиқишига замин яратувчи 3 та асосий омил фарқланади: ингичка ичакда бактерияларнинг юқори концентрацияси (ортиқча бактериал ўсиш синдроми - ОБЎС); ингичка ичак шиллиқ қавати ўтказувчанлигининг бузилиши ҳамда организм умумий ва маҳаллий иммун фаоллигининг пасайиши.

Организмнинг барча биотопларида ҳам бактериал транслокация феномени кузатилмайди, шунингдек барча микроорганизмлар ҳам транслокацияга қодир эмас. Ичак нормал микрофлорасидан асосан Enterobacteriaceae оиласининг вакиллари (*E.coli*, *Proteus spp* ва бошқалар), транзитор штаммлардан *B.subtillus*, граммусбат аэроблар ички муҳитга ўта оладилар, облигат анаэробларнинг транслокация даражаси жуда паст. Бактериялар транслокацияси даражаси уларнинг йўғон ичакдаги популяциясига тўғри пропорционал.

Юқорида келтирилгандан келиб чиққан ҳолда илмий тадқиқот иши мақсади тажрибада турли микроорганизмларнинг лаборатория ҳайвонлари организми ички муҳитига ўтиш қобилиятини тавсифлаш бўлди.

Тажрибавий тадқиқотлар 2-3 ойлик, 18-25 грамм оғирликдаги оқ, зотсиз сичқонларда ($n=115$), динамикада ўтказилди. Тажрибаларда фойдаланилган микроорганизмлар авлодлари штаммлари (*Escherichia spp*, *Proteus spp*, *Enterobacter spp*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Salmonella spp*, *Schigella spp*) ёрдамида бажарилган бактериологик тадқиқотлар ЎзР ССВ ЭМЮК ИТИ “Одам инфекциялари микроорганизмларининг миллий коллекцияси” ходимлари билан биргаликда анъанавий бактериологик усуллар ёрдамида ўтказилди. Культуралар идентификацияси Bergey's (1997) бўйича олиб борилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, бактерияларнинг ички муҳитга (қонга) транслокацияси уларнинг йўғон ичакдаги концентрациясига тўғри ва кучли корреляцион боғлиқликка эга ($r=0,8$). Тажрибаларда 1×10^2 микроб танаси/граммдан (м.т./г) 1×10^{12} м.т./г гача бўлган концентрациядаги микроб суспензиялари қўлланилди. Бактериал транслокацияга олиб келувчи оптимал концентрациялар 1×10^6 - 1×10^8 м.т./г экани аниқланди.

Ички муҳитга транслокация бўлувчи микроорганизмларнинг асосий қисмини Enterobacteriaceae оиласи вакиллари ташкил этишди. Транслокация даражасига қараб қуйидаги кетма кетликда жойлашди: *Escherichia spp* ($P<0,001$), *Proteus spp* ($P<0,02$), *Enterobacter spp* ($P<0,05$).

Enterobacteriaceae оиласига тегишли юқорида келтирилган авлодларининг транслокацияга мойиллиги *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp*, *Enterococcus spp* каби граммусбат коккларга нисбатан ишонарли равишда юқори бўлди ($P<0,002$).

Тажрибаларнинг барча серияларида лаборатория ҳайвонларида *Salmonella spp*, *Schigella spp* каби йўғон ичак нормал микрофлорасига кирмайдиган, лекин шу жойда патологик жараён келтириб чиқарадиган авлодлар вакиллариининг транслокация ҳолати аниқланмади ($P>0,05$), шунга ўхшаш натижа *C.albicans* да ҳам кузатилди ($P>0,05$).

Барча натижалар бактерияларнинг ички муҳитга транслокация даражасини билвосита тасдиқловчи, шу микроорганизмлар антигенларига қарши антителолар титрини маълум вақт оралиғида, динамикада аниқлаш имконини берувчи ИФА усули ёрдамида олинди.

Шундай қилиб, тажриба шароитида бактериал транслокацияга қодир микроорганизмлар - *Escherichia spp*, *Proteus spp* ва *Enterobacter spp* лар бўлиб, бу феноменга мойиллик *Staphylococcus spp*, *Streptococcus spp* ва *Enterococcus spp* ларда грамманфий бактерияларга нисбатан ишонарли паст бўлса, *Salmonella spp*, *Schigella spp*, *C.albicans* ларда умуман кузатилмади. Тажрибавий бактериал транслокацияни

билвосита баҳолаш учун конда микроб антигенларига қарши антителолар титрини аниқловчи ИФА усули самарали натижа берди.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ГАЙМОРИТЛАР КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДАН АЖРАТИБ ОЛИНГАН ҚЎЗГАТУВЧИЛАР ПЕЙЗАЖИ

Таирова С.Ф., Курбанова С.Ю., Мухамедова Б.У.

Тошкент тиббиёт академияси

Ҳозирги кунда бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликларининг камайиш тенденцияси кузатилмаётганини асосий қўзғатувчилар спектрининг алмашинуви, ҳужайра ичи инфекциялари аҳамиятининг ошиши, асосий этиологик агентларнинг антибактериал препаратларга резистентлиги кучайиши ва иммун тизими заифлашган шахслар сонининг кўпайиб бораётгани билан изоҳланади.

Иш мақсади. Катта ёшли одамларда кечадиган сурункали йирингли гайморит (СЙГ) қўзғатувчилари микроб пейзажини ўрганиш ва ундирилган штаммларнинг асосий биологик хусусиятлари, шу жумладан антибактериал препаратларга сезгирлигини баҳолаш.

Тадқиқот материали ва усуллари. йирингли гайморит ташҳиси тасдиқланган 18 ёшдан 60 ёшгача бўлган беморлар (n=19) ва амалий жихатдан соғлом одамлар (n=21) текширилди. Илмий ишни бажаришда бактериологик ва статистик усуллардан фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама. СЙГ қўзғатувчилари сифатида етакчи ўринларга *Pseudomonas aeruginosa* 73,7%, *Haemophilus influenzae* 57,9%, *Streptococcus* spp. 47,4% ва спора ҳосил қилмайдиган ноклостридиал анаэроблар 42,1% (асосан *Bacteroides* spp, *Fusobacterium* spp) ҳолатларда чиқишди. Граммусбат кокклар - *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* СЙГ этиологик агентлари сифатида санаб ўтилган микроорганизмлардан кейинги ўринларда жойлашдилар (*Streptococcus* spp бундан мустасно). Грамманфий бактериялардан *Escherichia coli*, *Proteus* spp., *Enterococcus faecium*, *Enterococcus faecalis*) ҳам кузатилди. Барча СЙГ кузатилган беморлардан олинган биологик ашёлар экилган озиқ муҳитларда ўсиш кузатилди. Шунингдек, барча ҳолатларда микроорганизмлар ассоциациялари аниқланди, 2 микроорганизмли ассоциация 25 ҳолатда, 3 микроорганизмли ассоциация 3 ҳолатда, 4 микроорганизмли ассоциация эса 2 ҳолатда аниқланди (жами 30 ассоциация). Икки микроорганизмдан иборат ассоциацияларда қуйидаги қўзғатувчилар қатнашди: *P.aeruginosae* + *H.influenzae* (n=5); *P.aeruginosae* + *S.aureus* (n=3); *P.aeruginosae* + анаэроблар (n=2); *P.aeruginosae* + *S.epidermidis* (n=1); *P.aeruginosae* + *E.coli* (n=1); *P.aeruginosae* + *Proteus* spp (n=1); *H.influenzae* + *Streptococcus* spp (n=3); *H.influenzae* + *S.aureus* (n=2); *Streptococcus* spp + *S.epidermidis* (n=2); *Streptococcus* spp + анаэроблар (n=2); *Streptococcus* spp + *E.faecium* (n=1); анаэроблар + *Candida* spp (n=2). Уч микроорганизмдан иборат ассоциацияларда қуйидаги қўзғатувчилар қатнашди: *P.aeruginosae* + *S.epidermidis* + *S.aureus* (n=1); *H.influenzae* + *E.coli* + анаэроблар (n=1); *S.epidermidis* + анаэроблар + *Candida* spp (n=1). Тўрт микроорганизмдан иборат ассоциацияларда қуйидаги қўзғатувчилар қатнашди: *S.epidermidis* + анаэроблар + *Proteus* spp + *Candida* spp (n=1); *S.epidermidis* + анаэроблар + *Candida* spp + *E.faecalis* (n=1).

Хулоса. Сурункали йирингли гайморитлар қўзғатувчилари сифатида *Pseudomonas aeruginosa* (73,7%), *Haemophilus influenzae* (57,9%), *Streptococcus* spp (47,4%), анаэробларнинг (42,1%) аҳамияти юқори бўлди. Граммусбат коккларнинг ўрни сурункали жараёнларда иккиламчи ва сурункали кўринишда барча ҳолатларда микроорганизмлар ассоциациялари аниқланди (n=30). Юқоридаги натижалардан хулоса қиладиган бўлсак, антибактериал даво тавсия қилинганда қўзғатувчиларни

моно ва ассоциация холда учрашини ҳисобга олиш касалликни тез ва самарали даволанишига имкон беради.

ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИНАМИКЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТ (ЭМИРЧ) В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ташпулатова Г.А.

НИИ Санитарии, Гигиены и Профессиональных Заболеваний МЗ РУз., Узбекистан

Оценить интенсивность поражения некоторых органов при воздействии различных мощностей и экспозиций ЭМИРЧ путем определения антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) к тканевым антигенам (ТА) печени, мозга, надпочечников, почек и миокарда.

Эксперимент проводили на 72 белых крысах, которые были разделены на 4 группы (по 20 штук в каждой опытной и 12 в контрольной группе): 1 группа, подвергшаяся воздействию ЭМИРЧ 50мкВт/см² и частотой 1800МГц; 2 группа с воздействием ЭМИРЧ в 500мкВт/см²; 3 группа, с воздействием ЭМИРЧ в 1000мкВт/см²; 4 группа – контрольная без воздействия ЭМИРЧ. Продолжительность эксперимента составила: острый - 1 месяц и хронический - 3 месяца. По окончании каждого этапа эксперимента крыс забивали. Исследовали кровь животных.

Иммуноцитохимические исследования проведены в НИИЭМИЗ МЗ РУз. Определение АСЛ проводили по методу Гариб Ф.Ю и соав., 1995.

В процессе исследования было установлено, что уже даже при кратковременном и низкоинтенсивном воздействии ЭМИРЧ в 50мкВт/см² наблюдаются изменения АСЛ к ТА указанных органов, которые проявляются нарастанием степени деструкции по сравнению с интактными животными. Эти показатели еще более значительно нарастали по мере повышения мощности излучения от 500 мкВт/см² к 1000 мкВт/см² ($P < 0,01 - 0,001$). Мы также сопоставили динамику АСЛ в указанных органах с учетом длительности воздействия ЭМИРЧ. Было установлено, что степень деструкции тканей исследованных органов нарастала по мере увеличения длительности воздействия излучения от первого забоя с длительностью воздействия до 1 мес. до второго забоя - длительностью облучения в 3 мес.

По показателям АСЛ к ТА печени при остром эксперименте наблюдалась выраженная деструкция гепатоцитов в 4,3; 12,0 и 19,6 раза превышающая показатели интактных животных от 50, 500 и до 1000 мкВт/см². При более длительном воздействии ЭМИРЧ наблюдалось значимое нарастание степени деструкции гепатоцитов, которое было наиболее выраженным при высоких мощностях излучения, превышая не только показатели у интактных животных в 8,9; 21,7 и 29,1 раза соответственно мощностям излучения в 50, 500 и 1000 мкВт/см², но и аналогичные показатели у крыс в остром эксперименте в 2,4; 2,1 и 1,7 раз соответственно. При исследовании АСЛ к ТА мозга были установлены идентичные по направленности изменения. Так, показатели АСЛ к ТА мозга при остром эксперименте в 4,1; 7,9 и 14,6 раза (от 50, 500 и до 1000 мкВт/см²) превышали показатели у интактных животных. При более длительном воздействии ЭМИРЧ наблюдалось значимое нарастание степени деструкции ткани мозга, которое превышало показатели у интактных животных в 5,3; 17,5 и 18,2 раза соответственно мощностям излучения и показатели у крыс в остром эксперименте в 1,5; 2,6 и 1,5 раз соответственно. Аналогичные данные были получены и при анализе степени деструкции почек, надпочечников, миокарда.

Таким образом, было установлено, что со стороны иммуноцитохимических показателей у экспериментальных животных отмечены значительные изменения,

которые обусловлены не только различными мощностями ЭМИРЧ, но и экспозицией излучения.

Было показано, что степень нарастания деструкции по показателям АСЛ к ТА исследованных тканей и органов напрямую зависела от нарастания мощности ЭМИРЧ и длительности воздействия этого излучения и сопровождалась депрессией клеточного звена иммунитета у экспериментальных животных.

НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Темирова С.Ё., Ахмедова Х.Ю.
НИИ ЭМИЗ МЗ РУз, Ташкент

Согласно литературным и собственным данным наблюдения за больными, герпетические поражения глаз отличаются тяжелым, упорным рецидивирующим течением, нередко приводят к значительному нарушению зрительных функций, отражением чего являются глубокие иммунологические нарушения, для восстановления которых необходимы длительные и комплексные курсы терапии.

Нами обследованы 54 больных с герпетическими поражениями глаз. Из числа обследованных 25 (46,3%) больных по поводу патологии органов зрения обратились к врачу впервые, у остальных 29 (53,7%) больных наблюдалось хроническое течение заболевания. Из 29 больных с хроническим течением заболевания у 21 (72,4%) в течение года отмечалось обострение заболевания до 1-5 раз, у остальных же 8 (27,6%) больных обострение заболевания органов зрения отмечалось до 6-8 раз за тот же период.

Сравнительный анализ динамики клеточного иммунитета у больных с первичным и рецидивирующим офтальмогерпесом показал отсутствие значительных отличий между показателями в этих группах, соответственно оставаясь высоко достоверно низкими относительно значений в контроле. В результате проведенного лечения больных офтальмогерпесом отмечается некоторая положительная динамика у больных с первичным эпизодом заболевания, тогда как при рецидиве хронического течения наблюдается отсутствие таковой ($CD4^+$ лимфоциты - $19,37 \pm 0,37$ до и $19,37 \pm 0,31$ после лечения) или даже отрицательная динамика некоторых показателей клеточного иммунитета ($CD8^+$ лимфоциты - $18,44 \pm 0,49\%$ до и $17,89 \pm 0,34\%$ после лечения). В связи с чем, отмечается достоверное повышение иммунорегуляторного индекса при первичном эпизоде ($0,98 \pm 0,04$ до и $1,13 \pm 0,03$ после лечения) и отсутствие динамики ИРИ при рецидиве ($1,07 \pm 0,03$ до и после лечения - $1,09 \pm 0,03$).

Для определения глубины поражения глаз нами проведено исследование антигенсвязывающих лимфоцитов, специфически сенсibilизированных к тканевым антигенам роговицы, хрусталика, стекловидного тела и сосудистой оболочки глаз.

Анализ полученных данных показал наиболее высокие показатели АСЛ к ТАГ роговицы и сосудистой оболочки как при первичном эпизоде, так и при рецидиве хронического офтальмогерпеса ($7,00 \pm 0,50\%$; $7,44 \pm 0,35\%$; $6,03 \pm 0,35\%$ и $7,48 \pm 0,41\%$, соответственно), высоко достоверно отличаясь от показателей в норме. Менее выраженные патологические нарушения наблюдаются также в хрусталике и в стекловидном теле глаз как при первичном эпизоде ($3,76 \pm 0,18\%$ и $3,28 \pm 0,21\%$, соответственно), так и при рецидивирующем офтальмогерпесе ($3,48 \pm 0,20\%$ и $3,83 \pm 0,22\%$, соответственно).

Кратность изменения показателей относительно значений до лечения показал, что более выраженная динамика восстановления патологических нарушений отмечается при первичном эпизоде (в 1,4 раза АСЛ к ТАГ роговицы, в 1,3 АСЛ к ТАГ

хрусталика и сосудистой оболочки), нежели при рецидиве (в 1,2 раза АСЛ к ТАГ роговицы и сосудистой оболочки, в 1,1 раза АСЛ к ТАГ хрусталика). Таким образом, полученные результаты показывают наличие глубокого вторичного иммунодефицитного состояния с выраженным дисбалансом иммунорегуляторных субпопуляций лимфоцитов ($CD4^+$ и $CD8^+$ - лимфоцитов), с выраженным снижением ИРИ, что указывает на супрессорный характер иммунной реакции организма и глубокими деструктивными изменения в тканях глаз, на что указывают высокие показатели АСЛ к ТАГ роговицы, сосудистой оболочки, хрусталика и стекловидного тела.

САМАРҚАНД ШАХРИ ХУДУДИДА БОЛАЛАРДА КЎКЎЎТАЛ КАСАЛЛИГИНИНГ АЙРИМ ЖИХАТДАН ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Тиркашев О.С., Раббимова Н.Т

*Самарқанд Давлат Медицина Институтини, Самарқанд, Ўзбекистон
Юқумли касалликлар, эпидемиология ва дерматовенерология кафедраси*

Кейинги йилларда эрта ва катта ёшдаги болалар орасида эмлаш календарига мувофиқ кенгайтирилган фаол эмлаш ишлари ўтказилишига қарамадан кўкўўтал касаллиги билан касалланиш кўрсаткичининг ўсиши кузатилмоқда.

Текширув мақсади: Самарқанд шаҳрида болалар орасида кўкўўтал касаллигини эпидемиологик жихатдан кечиш хусусиятларини ўрганиш.

Тадқиқот усули ва материаллари: Самарқанд вилоят юқумли касалликлари клиник шифохонасида (ВЮККШ) 2011-2015 йиллар давомида стационар шароитда даволанган 28 нафар 13 ёшгача бўлган бемор болаларнинг касаллик тарихи ретроспектив ҳолда эпидемиологик жихатдан анамнезлари чуқур таҳлил қилинди.

Текширув натижалари ва таҳлили: Кузатувимиздаги 28 (100%) нафар бемор болаларнинг йиллар давомида учраш кўрсаткичи бўйича тақсимлаганимизда: 2011 йилда-3 (10,71%), 2012 йил давомида-9 (32,14%), 2013 йилда- 4 (14,28%), 2014 йил давомида- кўкўўтал ташхиси билан беморлар рўйхатга олинмаган, 2015 йилда-12 (42,85%) нафарни ташкил қилди.

Ёшга нисбатан тақсимлаганимизда: 0 – 6 ойликгача бўлган болалар – 13 (46,42%), 6 ойликдан 1 ёшгача бўлган болалар – 8 (28,57%), 1- 3 ёшгача – 4 (14,28%), 3-13 ёшгача бўлган болалар – 3 (10,71%) нафарни ташкил қилди.

Анамнез маълумотлари таҳлил қилинганида беморлардан 6 (21,42%) нафарининг ўткир зотилжам ва бронхит ташхислари остида бошқа шифохоналарда даволанганлиги маълум бўлди. Бундай беморларнинг аксарияти бошқа шифохоналардан, ВЮККШ га оғир аҳволда ўтказилганлиги аниқланди. Бунга, бемор болаларга клиник ташхиснинг ўз вақтида нотўғри қўйилганлиги ва даво муолажаларининг айна касалликнинг даволаш стандартларига кўра номувофиқ ўтказилганлиги асосий сабаб қилиб кўрсатилди.

Касалланган болалардан – 18 (64,28%) нафарида кўкўўтал касаллигига нисбатан профилактик эмлаш календари бўйича тўлиқ режали равишда эмлаш ишлари ўтказилган. Болалардан – 10 (35,71%) қисмида эмлаш муддатига кўра ревакцинацияларнинг айрим муддатларида нисбий қарши кўрсатмаларнинг бўлганлиги туфайли нотўлиқ равишда эмлаш ўтказилганлиги аниқланди.

Эпидемиологик анамнез маълумотлари ўрганилганида тўрт нафар бемор болаларнинг уйларида узоқ муддатдан бери йўталиб юрганларнинг борлиги аниқланди.

Хулоса: Бизнинг ўтказган таҳлилларимиз натижаларига кўра эмлаш календарига мувофиқ режали равишда эмлаш ишларининг ўтказилишига қарамадан,

касалликнинг ҳозирги кунда эмланган болалар орасида учраб туриши ва касалланиш сонининг ўсиш кўрсаткичи кузатилмоқда. Шу сабабли болалар орасида касалликнинг учрашини камайтириш мақсадида эмлаш ишларини ташкиллаштиришга, касалликнинг эрта ташхис мезонларини ишлаб чиқишга жиддий эътибор қаратишимиз кераклигини аниқладик.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ КЛЕТКИ ПЕЧЕНИ И ВИРУСА ГЕПАТИТА «В» ПРИ КВАЗИСТАЦИОНАРНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Тургунов А.М., Алиев Б.Р., Сайдалиева М., Хидирова М.Б.

Научно-Исследовательский Институт Вирусологии

Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Центр разработки программных продуктов и аппаратно-программных комплексов при Ташкентском Университете информационных технологий,

В настоящее время активно решаются задачи в области медицины методами информационных технологий (ИТ). Применение современных методов ИТ позволяет оценить функционирование молекулярно-генетических механизмов клетки печени (КП) и вируса гепатита В (ВГВ) при различных состояниях.

Цель работы: Разработать информационную технологию оценки функционирования молекулярно-генетических механизмов КП и ВГВ с применением методов математического и компьютерного моделирования при квазистационарном состоянии.

Материал и методы исследования: Применялись методы математического и компьютерного моделирования для изучения режима регуляторики КП и ВГВ при квазистационарном состоянии, количественного исследования регуляторных механизмов возникновения и развития инфекционного заболевания ВГВ в клетке печени на основе математической и компьютерной моделей регуляторики взаимосвязанной деятельности молекулярно-генетических систем КП и ВГВ при квазистационарном состоянии, методы разработки модельного и программного обеспечения регуляторных механизмов КП и ВГВ на молекулярно-генетических уровнях организации.

Результаты: На основе разработанных уравнений регуляторики взаимосвязанной деятельности молекулярно-генетических систем КП и ВГВ создана компьютерная модель для оценки функционирования регуляторных механизмов рассматриваемого объекта при квазистационарном состоянии. При создании компьютерной модели особое внимание уделено удобной визуализации дисплея для пользователей, в том числе вирусологов, биоинформатиков, биофизиков. При работе с компьютерной моделью необходимо ввести начальные значения параметров КП и ВГВ. Программа предназначена для осуществления оценки состояния регуляторных механизмов КП и ВГВ при квазистационарном состоянии.

Результаты компьютерных исследований показывают наличие различных режимов: доминирование клетки печени и подавление активности ВГВ при квазистационарном функционировании ВГВ, подавление активности КП вирусной нагрузкой при квазистационарном функционировании КП.

Выводы: Таким образом, разработанное программное обеспечение оценки состояния регуляторики молекулярно-генетических механизмов КП и ВГВ при квазистационарном функционировании с применением современных достижений в вирусологии, на основе математического и компьютерного моделирования и вычислительного эксперимента позволяет оценить состояние регуляторики КП и

ВГВ, устанавливать молекулярно-генетические основы патогенеза, осуществлять оценку и предсказывать наступление характерных этапов течения заболевания ВГВ.

(Работа выполнена в рамках гранта А-5-005 Республики Узбекистан)

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА И ОРВИ В ПРЕДЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

Тихонова Е.П., Борисов А.Г., Савченко А.А., Анисимова А.А.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, Россия

Многочисленными исследованиями в экспериментах и клинической практике доказана эффективность интерферонов для профилактики гриппа и других ОРВИ. Не вызывает сомнения то, что эффект от проводимой профилактики и терапии зависит от исходного состояния иммунной системы ее возможности формировать адекватный иммунный ответ, реагировать на патоген. **Цель** нашего исследования: изучить эффективности применения Ингарона (гамма-интерферона) для профилактики ОРВИ и гриппа у лиц с различным исходным состоянием иммунной системы.

Проведено простое, контролируемое пострегистрационное клиническое исследование. Обследовано 123 человека, из них у 40 здоровых лиц проведена профилактика Ингароном, 15 человек в качестве иммунопрофилактики получили вакцинацию против гриппа, у 68 исследуемых иммунопрофилактика не проводилась. С учетом клинико-лабораторных данных в группе, получивших Ингарон, выделены лица с активацией врожденного иммунитета ($n=5$), с активацией адаптивного иммунитета ($n=10$), с иммунодефицитом ($n=4$) и ареактивным иммунотипом ($n=21$).

Исследования показали высокую профилактическую активность Ингарона. Только в 27,5% ($n=14$) у лиц после применения Ингарона наблюдались признаки ОРВИ в течение последующих 6 мес. Этот же показатель у лиц после иммунопрофилактики противогриппозной вакциной и у лиц без иммунопрофилактики соответственно составил 72,06% и 93,33% (хи-квадрат 16,51 и 25,81 $P<0,001$). При этом побочные эффекты после применения Ингарона (подъем температуры до 37,5, слабость и пр.) отмечали только 25% исследуемых. Заболевание в виде ОРВИ протекало с катаральными проявлениями (насморк кашель), часто (1/3) без повышения температуры. Рассматривая особенности реакций после иммунопрофилактики Ингароном и оценивая его эффективность в группах с различными иммунотипами выявлено, что побочные реакции чаще встречались у лиц с активацией врожденного или адаптивного иммунитета (40%). У лиц с иммунодефицитом побочных реакций не наблюдалось вообще, у лиц с ареактивностью - менее 20% случаев (19,05%). Эффективность иммунопрофилактики выше была у исследуемых лиц с активацией врожденного иммунитета и ареактивным иммунотипом (заболели 20,0 и 28,57%). У лиц, отнесенных нами в группу с иммунодефицитами, эффективность практически не отличалась от группы без проведения иммунопрофилактики (соответственно 75,0% и 72,06% заболевших).

Таким образом, препарат Ингарон обладает выраженной профилактической активностью, а выделение лиц с иммунодефицитным иммунотипом позволит повысить его эффективность применения.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ СОДЕРЖИМОГО НОСОГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ГАЙМОРИТЕ

Тоирова С., Алиева Г.Р., Ахмаджанова Р.

Ташкентская медицинская академия

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Наиболее распространенные концепции этиологии и патогенеза заболеваний придаточных пазух носа подтверждают проблемный характер определения их природы и указывают на прямую их связь с бактериальным статусом носоглотки и ротовой полости, гигиеническим состоянием и уровнем иммунологической резистентности. Микрофлора носоглотки, полости рта является высокочувствительной индикаторной системой, реагирующей качественными и количественными сдвигами на изменения в активных воспалительное деструктивных процессах в тканях гайморовых пазух и состояния в активных органов систем организма. В этой связи представил интерес изучение микробиоценоза носоглотки у больных с острым гнойным гайморитом.

Цель исследования. Оценить изменения микробного пейзажа носоглотки у больных острым гнойным гайморитом.

Материалы и методы. Были исследованы 17 амбулаторных больных острым гнойным гайморитом и контрольную группу составили 13 практически здоровых людей сопоставимых по возрасту и полу. У всех обследованных больных изучена микрофлора содержимого носоглотки. Микроорганизмы идентифицировали до рода и вида.

Результаты. У обследованных больных микрофлора со здоровой носоглотки содержала как аэробы, так и факультативные микроорганизмы. Всего выделено 39 штаммов, из них 35 штаммов принадлежали к постоянной облигатной (89,8%) микрофлоре 4 штамма (10,2%) - к непостоянной. У здоровых людей в носоглотке доминировала грамположительная кокковая флора (48,7%) и грамположительные палочки (*Diphtheroid ssp.*) 46,2%, доля грибов и грамотрицательных палочек составила всего 51% соответственно. Среда выявленных штаммов 7,8 % обладали гемолитическими свойствами. У больных при остром гнойном гайморите всего было выделено 59 штаммов микроорганизмов. Из них 35 штаммов принадлежало к постоянной облигатной (59,3%) микрофлоре, а 24 штаммов (40,7%) к непостоянной, также возросла высеваемость общего микробного числа на 1 мл содержимого носоглотки в среднем 11662 ± 515 КОЕ 1 мл. эти показатели достоверно в 7,5 раз больше, чем у здоровых людей ($p < 0,001$), а также в основной группе отмечено увеличение высеваемости бактерии *S.aureus* до 25,4 % гемолитических стрептококков- до 30,3% и синегнойной палочки до -15,2%.

Таким образом, в носоглотке больных с острым гнойным гайморитом в период обострения наряду со снижением естественных обитателей носоглотки, появились микроорганизмы, не свойственные этому биотопу: *P. aeruginosa*, *Escherichia coli*. Также увеличилось число *S. aureus* и стрептококков с гемолитической активностью, что создает условия для запуска иммунного ответа в отношении микробных антигенов, участвующих в воспалительном процессе.

ОТОМИКОЗДА МИКРОФЛОРАНИНГ ТАРКИБИ ВА ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Турдиев П.Қ, Ялгашев Н.Ш, Тўраев М.Ж, Рахимжонова Г.А.

*Тошкент Тиббиёт Академияси, Микробиология, вирусология ва иммунология
кафедраси, Тошкент, Ўзбекистон*

Сўнги йилларда бутун дунёда замбуруғлар фаолияти туфайли келиб чиқадиган инфекцион касалликлар миқдори ортиб бормоқда. Замбуруғли инфекциялар инсон ҳаёти учун ўта хавфли ҳисособланмасада, бирмунча салбий оқибатларга олиб келади. Статистик маълумотларга кўра ер юзидаги ҳар 5 инсоннинг бири замбуруғли инфекциялар билан зарарланган.

Шундай инфекцион касалликлардан бири “отомикоз” ҳисобланади. Замбуруғли флорани ажратиб олиш, улар тўғрисида маълумот ва қўзғатувчиларнинг антимикотик дори воситаларга сезгирлигини аниқлаш ёрдамида касалликни даволашда эффектив антимикотик дори воситаларини танлаш имкониятини бериб, шу билан бир қаторда касалнинг даволаш кунларини қисқартириб, касалликнинг сурункали формаларга ўтишини ва асоратларини камайтиради.

Ишнинг мақсади. Ташқи ва ўрта кулоқ яллиғланиш касалликларида ажралмалардаги замбуруғларнинг этиологик ролини ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. Текшириш отит билан касалланган 28 та (56 та кулоқ) беморда олиб борилди. Беморларнинг 16 таси аёллар (57%) ва 12 таси эркаклар (43%). Беморларнинг ёши 16 дан 70 ёшгача бўлиб, кўпчилик беморлар 16 дан 55 ёшгача (90,1%) эканлиги аниқланди.

Беморда отит тасдиқланган тақдирда бактериологик ва микологик текшириш учун кулоқдан стерил тампон ёрдамида суртма олиниб текширилди. Инфекцияни 18 та беморларда фақат *Aspergillus* келтириб чиқарган (64,3%) бўлса, *Penicillium* 5 та беморда (17,8%), *Candida* 3 та беморда (10,7%), *Aspergillus* ва *Candida* ассоциацияси 2 та беморда (7,1%) учраган. Замбуруғ инфекциялари билан касалланган 28 та беморлардан 18 тасида (64,3%) турли замбуруғлар билан бирга бактериялар ассоциацияси кузатилди. Бактериялардан *Staphylococcus* 12 та беморда (43%), *Enterobacteriaceae* 3 та беморда (10,7%), кўк йиринг таёқчаси 2 та беморда (7,1%), *Streptococcus* 1 та беморда (3,6%) аниқланди.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики, асосий касаллик келтириб чиқарувчи замбуруғ *Aspergillus*(64,3%) эканлиги ва микроорганизмларни Нитрофунгин ва Кандибиотикга қараганда Низорал дори воситасига юқори сезгирлиги бор эканлиги аниқланди. Низорал *Candida*, *Penicillium* замбуруғларига 100%, *Aspergillus* га 81,3% таъсир қилди. Буни даволанган беморлардан 1 ҳафтадан сўнг қайта суртма олиб текширганда аниқладик.

Тавсия: ташқи отитда замбуруғ қўзғатувчиси аниқланганда маҳаллий дори воситаси сифатида Низоралдан фойдаланиш ва шулардан *Aspergillus* аниқланганда кўшимча тарзда умумий замбуруғга қарши дори воситалари(per os) қабул қилиш.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ БИЛАН ОҒРИГАН БОЛАЛАРДА ТОМОҚ ТАНГЛАЙ БЕЗЛАРИ СОҲАСИ МИКРОБЛАР ПЕЙЗАЖИНИНГ ЎЗГАРИШИ

Турсунбоев С.К., Алиев Ш.Р., Нурузова З.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси Микробиология, вирусология ва иммунология кафедраси

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда кечувчи гломерулонефрит касаллиги ҳозирги кунгача ўз долзарблигини йўқотмаган, тиббий ва ижтимоий аҳамиятга эга муаммолигича қолмоқда, чунки бу касаллик йилдан йилга ошиши унинг болалар ўртасида кенг тарқалганлиги, этиологиясидаги мультифакторлик ҳолатлари ҳамда касалликнинг сурункали кечиши ва касалликнинг қайталанишга мойиллиги билан характерланади.

Охирги йилларда гломерулонефритнинг этиологик концепцияси чуқур ўрганилган ва ўрганилмоқда (С. А. Лоскутова 2012). Охирги йилларда сийдик йўллари яллиғланиши касалликларининг келиб чиқишида бактерияларнинг бошқа орган ва аъзоларнинг биотопларидан дислокация бўлиш эҳтимоли ва унинг сийдик йўллари яллиғланиш касалликларидаги аҳамияти ҳақида адабиётларда фикрлар билдирилмоқда, аммо бу муаммо бўйича адабиётларда маълумотлар жуда кам ва болаларда кечувчи гломерулонефрит касаллигида деярли ўрганилмаган. Шу туфайли гломерулонефритнинг келиб чиқишида ва унинг кечишида болаларнинг томоқ танглай безлари соҳаси микроблар пейзажини ўрганишни изланишимизнинг **мақсади** қилиб олдик.

Материал ва текшириш усуллари. Бактериологик текширишимизда биз параллел равишда 15 нафар гломерулонефрит билан оғриган болалар ва 11 нафар соғлом болаларнинг томоқ танглай безлари соҳаси микрофлорасининг учраш даражаси ва микдорий кўрсаткичларини ўргандик. Бактерияларни ажратиб олиш ва идентификация қилиш анъанавий усулда олиб борилди ва ажратиб олинган бактериялар тургача идентификация қилинди.

Олинган натижалар ва уларни тахлили. Гломерулонефрит ташхиси билан оғриган болаларда томоқ танглай безлари соҳаси микрофлораси, соғлом болалар микрофлораси пейзажидан тубдан фарқ қилди. Соғлом болаларнинг томоқ танглай соҳасида асосан нормал флорага кирувчи граммусбат кокклар, лактобактериялар ва анаэроб кокклар учради. Бемор болалар томоқ танглай соҳаси микроб пейзажини бактериологик аниқлаб, соғлом болалар кўрсаткичлари билан солиштирганимизда, назорат гуруҳига нисбатан ишонарли дисбиотик ўзгаришлар борлиги маълум бўлди. Бу дисбиотик ўзгаришлар томоқ танглай соҳаси таркибидаги нормал флоранинг (*Lactobacillus* sp., *Streptococcus* sp.) микдорий кўрсаткичларининг (1,7 ва 1,4 маротаба) камайиши, шартли патоген бактериялар, асосан патоген ва анаэроб коккларнинг микдорий (*St. aureus*, *Str.pyogenes*, *Peptococcus* sp.) кўрсаткичларини (6,6 -17,1 ва 4,2 маротаба) ишонарли ($P < 0,001$) ошиб кетиши билан характерланди. Шу билан бир қаторда бемор болаларнинг томоқ ва танглай соҳаларига хос бўлмаган (*E.coli*, *Ps. aeruginosae* ва *Klebsiella* sp.) бактериялар пайдо бўлгани кузатилди.

Шундай қилиб, гломерулонефрит билан оғриган болаларнинг томоқ ва танглай соҳаларида микроблар ассоциациясини юқори фоизларда учраши (айниқса патоген коккларнинг 21.6%), бу соҳанинг организмда уропатоген бактерияларнинг эндоген ўчоғи эканлигини ва бу уропатогенларни эндоген ўчоқлардан сийдик йўлларида транслокация бўлиши эҳтимоли борлигини билдиради.

РЕСПИРАТОР КАСАЛЛИКЛАР ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ

Файзибоев П.Н., Абдукахарова М.Ф.

ТМА, Тошкент ш, Ўзбекистон

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) берган маълумотларга асосан грипп ва ўткир респиратор касалликлар йил давомида аниқланадиган юқумли касалликларнинг 80% ни ташкил этади (1 млн.га яқин аҳолидан 45-60% ни болалар ташкил этади).

Давлат санитария эпидемиология назорати марказининг (ДСЭНМ) ҳисоботларига биноан Ўзбекистон Республикасида грипп касаллиги билан касалланиш ҳолати йилига 1467 та кишини ташкил этган.

Ҳар бир эпидемиядан сўнг юрак қон-томир тизими ва ўпка касалликлари билан касалланганлар сони ортиб боради. Юқумли касалликлар келтириб чиқарадиган иқтисодий йўқотишларнинг 86% га яқинини грипп ва ўткир респиратор вирусли инфекциялар (ЎРВИ) ташкил этади.

ЖССТ берган маълумотларига кўра, қишлоқ жойларда яшайдиган болаларнинг ўткир респиратор касалликлари билан касалланиш ҳолати, шаҳарда яшайдиган болаларга қараганда икки баробар кўплиги аниқланган. Бундай аҳвол ривожланаётган ва ривожланган мамлакатларда ҳам учраб турибди. Ёшга боғлиқ ҳолда олганимизда ўткир респиратор инфекцияси билан касалланганларнинг 30-50% и ёш болаларда учрайди, яъни ўртача 4 дан 3 қисми. Соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра ушбу касаллик бўйича маълумот “касалликка мурожаат” қилганларни қайд этиб бориладиган ҳужжатлардан олинган касалланганлар сонини кўрсатиш билан чекланган. Ҳақиқатда эса ўткир респиратор касалликлар “касалликка мурожаат”лар сони кўрсатилган статистик маълумотлардан ҳам юқори.

Шаҳарда истиқомат қиладиган болаларнинг касалланишларида иккита асосий хусусиятларни қайд этиш мумкин: Биринчиси, иммун тизими сусайган, туғриқдан олдинги ва туғриқдан кейинги даврда салбий омиллар таъсирида, яъни онанинг аллергияга мойиллик каби турли касалликлар ҳисобланади. Иккинчиси, юқумли касаллик билан оғриган беморлар билан кўп маротаба ва мунтазам равишда мулоқатда бўлиш натижасида иммун тизими сусайган кишилар ўртасида касалланиш ҳолатларининг кузатилишидир.

ЎРВИ таркибидаги вирусларнинг улиши қуйидагича тақсимланади: грипп вирусининг А ва Б типи - 35-50%, парагрипп вируси (4 та типи) 10-12%, аденовирус (30 типдан ортиғи) 10-12%, коронавируслар 3-5%, риновируслар 5-10%, энтеровируслар 5-10%, реовируслар 1-3% ни ташкил этади.

Касалликни олдини олиш мақсадида беморларни алоҳидалаш, болалар мактабгача муассасалари, болалар уйлари ва мактабларда тартибли-чекловчи чоратadbирлар ўрнатиш, мактаб ва мактабгача муассасаларда дока ниқоблар тақиб юриш ва уларни ҳар икки соатда алмаштириш, яшаш жойларини 0.5% ли хлорамин эритмаси билан жорий зарарсизлантириш ишлари ўтказилади.

Гриппнинг махсус профилактикасини ўтказиш мақсадида тирик, жонсизлантирилган вакциналар қўлланилади ва улар ЖССТ тавсиясига биноан ҳар йили янгиланиб турилади.

ЎРВИ ва грипп касалликлари профилактикаси бўйича олиб борилган ишлар самарасига қарамасдан ушбу инфекциялар ҳамон ўз долзарблигини йўқотмаган. Унинг янги қирраларини топиш учун изланишни давом эттириш даркор.

КАРАНТИН ВА ЎТА ХАВФЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР БЎЙИЧА ЎТКАЗИЛАДИГАН ПРОФИЛАКТИК ВА ЭПИДЕМИЯГА ҚАРШИ ЧОРА- ТАДБИРЛАРНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ ХУСУСЫЯТЛАРИ

Файзибоев П.Н.

ТТА, Тошкент шаҳар, Ўзбекистон

Эпидемияга қарши курашиш хизмати юксак даражада ривожланган ва доимий фаолият олиб борадиган давлат санитария эпидемиология назорати тизимига таянади, шунингдек аҳолининг яшаш шароитини ва саломатлигини мустаҳкамлашга қаратилган давлат дастури билан таъминланган. Ушбу тизимда аҳолини эпидемияга қарши таъминлашни ташкиллаштириш энг асосий ўрин эгаллайди.

Тарихдан маълумки, эпидемияга қарши тизим эпидемияларнинг олдини олиш ва унга қарши курашиш мақсадида шакилланган. Ҳозирги замон эпидемияга қарши тизимининг мақсади аҳолининг юқумли касалликлар билан касалланишларини камайтириб бориш ва баъзи бир касалликларни батамом тугатишдан иборат. Бу вазифалар касалланиш кўрсаткичларини таҳлил қилиш орқали ва унинг натижаларидан келиб чиққан ҳолда ишлаб чиқилган ҳамда илмий асосланган эпидемияга қарши чора-тадбирларни ўтказиш билан ўз ечимини топади.

Карантин ва ўта хавфли касалликлар – бошқа юқумли касалликлар гуруҳидан фарқли равишда ўзининг шартли номи, юқори даражада юқумлилиги (контагиозлиги) ва ўлим ҳолатларининг келиб чиқиши билан ажралиб туради. Карантин касалликлари гуруҳига киритилган юқумли касалликлар рўйхати халқаро санитария келишуви (конвенция) асосида аниқланади ва белгилаб борилади. Ушбу рўйхат маълум шароитлардан келиб чиққан ҳолда ўзгартирилиши ва кенгайтирилиши мумкин. Ўзбекистон Республикаси ҳудудига карантин ва ўта хавфли юқумли касалликларнинг кириб келиши ва тарқатиб юборилишидан муҳофаза қилиш бўйича Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги (ССВ) Карантин ва ўта хавфли инфекциялар муҳофазаси маркази томонидан амалга оширилади.

Карантин атамасини ва унинг қўлланилишини биринчи бор Италияда XIV асрда жорий қилинган. Бунга асосий сабаб ўлат касаллигига чалинган одамларнинг касаллик тарқалган жойдан қайтишларида портда 40 кун ушлаб қолиниши бўлган. Карантин вақтида карантинга сабаб бўлган юқумли касалликларга қарши курашишда санитар-профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирлар ўтказилади. Карантиннинг тугаш вақти сўнги касалнинг изоляцияланган вақтидан ҳисобланади ва бунга дезинфекция вақти ҳам киради, бу одатда яширин даврнинг максимал даври муддати давомида ўтказилади, масалан ўлатда бу 6 кунни ташкил қилса, холерада эса 5 кунни ташкил этади.

Карантинли ва ўта хавфли юқумли касалликларда эпидемияга қарши курашиш ишлари билан фавқулотда эпидемияга қарши комиссия шуғулланади.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ РАДИОЧАСТОТНОГО ДИАПАЗОНА (ЭМИРЧ) НА НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Хамидова Г.М., Ташпулатова Г.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан

Целью исследования явилось: Оценить влияния различных доз ЭМИРЧ на некоторые клеточные факторы иммунитета и ряд цитохимических показателей у крыс.

Исследования проведены на 7 белых крысах весом до 280 г., которые были разделены на 3 опытные группы: 1 группа (n=20), с воздействием ЭМИРЧ в 50 мкВт/см²; 2 группа (n=20) - ЭМИРЧ 500 мкВт/см²; 3 группа (n=20) - ЭМИРЧ в 1000 мкВт/см²; 4 группа (n=12) – контроль, интактные крысы без ЭМИРЧ. Длительность воздействия ЭМИРЧ: острое – 1 мес. и хроническое – 3 мес. Забой крыс проводили по рекомендациям IACUC.

Был проведен анализ некоторых клеточных факторов иммунитета и ряда цитохимических показателей у крыс для оценки влияния на них различных доз ЭМИРЧ. У крыс из первого забоя клеточные факторы иммунитета мало отличались от показателей у интактных крыс ($P>0,05$). Значимое снижение отмечалось по CD4в 3 группе крыс ($P<0,01$), что сопровождалось снижением ИРИ. Было установлено, что изменения иммунологических показателей проявлялись депрессией клеточного звена иммунитета, нараставшей по мере увеличения мощности излучения от минимальной к максимальной. Наиболее значительные изменения иммунного статуса ($P<0,05-0,01$) отмечались у крыс во 2 и 3 группе 2 забоя почти по всем изученным нами показателям (CD3, CD4, CD8 и ИРИ). В 1 группе крыс этот показатель даже при длительном облучении не отличался от показателей у интактных крыс.

Т.о., степень влияния ЭМИРЧ на клеточные факторы иммунитета крыс определяется как длительностью экспозиции, так и мощностью облучения.

Далее мы проанализировали степень дегенеративно-деструктивных процессов в различных органах и тканях (мозга, печени, почек, надпочечников, сердца и сосудов) по показателю АСЛ к ТА этих органов под воздействием ЭМИРЧ. В норме уровень АСЛ к ТА составляет 0-2%. Степень нарастания этих показателей пропорциональна степени нарастания деструктивных процессов в соответствующих органах. В процессе исследования через 1 мес. воздействия ЭМИРЧ было установлено, что по мере нарастания дозы облучения у животных происходило повышение уровня АСЛ к ТА печени, мозга, почек и надпочечников, которые по сравнению с аналогичными показателями группы контрольных животных возрастали в 1 группе в 2-3 раза ($3,0\pm0,32$; $3,3\pm0,47$; $1,3\pm0,33$ и $2,4\pm0,16$ соответственно), во 2 группе в 3-5 раз ($8,4\pm1,21$; $6,3\pm0,72$; $6,4\pm0,91$ и $10,6\pm2,24$ соответственно) и в 3 группе - в 5-7 раз ($13,7\pm2,13$; $11,7\pm2,66$; $11,7\pm2,66$ и $16,4\pm2,12$ соответственно). Причем, наиболее значительно изменялись показатели АСЛ к ТА печени и надпочечников.

Через 3 мес. воздействия ЭМИРЧ в 1 группе крыс АСЛ к ТА печени, мозга, почек и надпочечников превысил значения контроля в 6-8 раз ($7,1\pm0,5\%$; $5,0\pm0,7\%$; $3,4\pm0,8\%$ и $5,2\pm0,6\%$ соответственно), во 2 группе в 8-9 раз ($17,4\pm1,4\%$; $16,6\pm2,1\%$; $13,0\pm1,7\%$ и $17,5\pm2,0\%$ соответственно) и в 3 группе - в 9-11 раз ($23,3\pm3,3\%$; $17,3\pm3,4\%$; $17,1\pm2,1\%$ и $25,9\pm2,2\%$ соответственно). Через 3 мес. воздействия ЭМИРЧ во всех исследованных органах изменения были более выраженными, а доза воздействия уже не имела такого значения, как у крыс при 1 забое.

Т.о., было установлено, что при кратковременном воздействии ЭМИРЧ на организм крыс степень деструкции определяется дозой облучения, а при продолжительном воздействии, степень деструкции нарастает во всех исследованных

группах животных и уже в меньшей степени зависит от дозы облучения, а определяется длительностью воздействия ЭМИРЧ.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАК МИКРОФЛОРАСИНИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИ

Ҳасанов Ф.Ш., Нурузова З.А., Ёдгорова Н.Т., Ғафурова Ш.А.

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

Кейинги йилларда ОИВ-инфекциясининг жадал тарқалиш тенденцияси кузатилмоқда. Дунё бўйича ҳар йили 4.3 дан 6.6 миллионгача шахс ОИВ-инфекциясини юктириб олади ва 2 миллиондан кўпроқ одам шу касалликдан nobуд бўлади. ОИВ-инфекцияси яширин даври клиникасининг асосий белгиларидан бири, узок давом этувчи диарея синдроми бўлиб, у организмнинг сувсизланишига ва озишига олиб келади. ОИВ-инфекциясида ошқозон-ичак тизимининг патологик жараёнга кўшилиши касалликнинг ҳар хил муддатларида юзага келади. Бунда нафақат ичак деворининг морфофункционал бузилиши, балки унинг резистентлигининг пасайиши, ичак дисбактериози ривожланиши, қийин кечувчи ва рецидивга мойил инфекцион жараён ривожланиши мумкин.

Иш мақсади. ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморларда йўғон ичак микрофлорасининг дисбактериоз ҳолатларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Текшириш учун материал сифатида Республика ОИТСга қарши кураш марказига қарашли махсус юқумли касалликлар клиникаси беморларининг нажаси олинди ва ушбу клиниканинг бактериологик лабораториясида текширувлар ўтказилди. Тадқиқот учун диарея синдроми кузатилаётган, II-III-IV субклиник даражадаги 17 та бемор танлаб олинди ва касаллик даражалари ЎЗР ССВнинг 2015 йил «04» мартдаги 81 - сонли буйруғи асосида белгиланди. Улардан 8(47%) эркак, 9(53%) аёл, ўртача ёш 25. 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 барчасида дисбактериознинг II-даражаси 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 2-3 баробар пасайганлиги, унга қарама-қарши, аксинча, шартли-патоген микробларнинг вакиллари: лактозанегатив *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Proteus spp.* $>10^6$ КХҚБ /г микдорининг юқорилиги аниқланди. Айниқса, бактерияларнинг патоген тур вакиллари 42% текширган беморларда юқори концентрацияда ажратилди: гемолитик *E. coli*, гемолитик стрептококк, *S. aureus*. Кўпчилик чет давлат авторлари ОИВ-инфекцияси билан оғриган беморларнинг турли биотоплари замбуруғли касалликларга чалинишини таъкидлаб ўтишган. Буни биз ўз текширув натижасида ҳам аниқладик: *Candida spp.* 10^6 ва ундан юқориқ даражада текширган беморлар нажасидан ажратилди. Бу дегани, ичак дисбактериози замбуруғлар томонидан чақирилган.

Хулоса: 1.Ўзбекистон шароитида биринчи марта ОИВга чалинган беморларда йўғон ичак микробиоценоз ҳолати ўрганилди.

2.ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларнинг ичак микрофлорасида II-даражадаги дисбактериоз, касалликнинг барча босқичларида кузатилди.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗОЛЯТОВ АДЕНОВИРУСОВ ПРИ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОМ ТИПИРОВАНИИ.

Хныков А.М., Семенов В.М.¹, Самойлович Е.О.²

1. УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Беларусь

2. ГУ «РНПЦ Эпидемиологии и микробиологии», г. Минск, Беларусь

Актуальность. Аденовирусы человека по циркуляции в настоящее время занимают третье место после гриппа и респираторно-синцитиальной инфекции в эпидемиологической структуре острых респираторных вирусных инфекций и составляет около 9%. В отличие от эпидемий гриппа, имеющих довольно строгую сезонность, аденовирусная инфекция регистрируется на протяжении всего года с наибольшим поражением детских групп населения. Обоснованный диагноз аденовирусной инфекции зависит от раннего разграничения от других вирусных заболеваний со сходными симптомами. Референс-методы в данной группе диагностических мероприятий - вирусологические методики, включающие в себя мультипликацию в культуре клеточных линий аденовирусов, выделенных из содержимого носоглоточного секрета, мокроты, фекалий, отделяемого из конъюнктивы.

Целью работы явилось установить клинико-эпидемиологические свойства изолятов аденовирусов с использованием молекулярно-генетического типирования.

Материалы и методы. С целью выделения аденовирусов обследовались больные с наличием симптомов фаринготонзиллита, гастроэнтерита, энцефалополирадикулоневрита на фоне выраженного общеинтоксикационного синдрома. Было обследовано 60 больных. Носоглоточные смывы, мазки, посев фекалий на энтеровирусы забирались в первые 3 дня поступления в стационар. В лабораторных условиях обработанный путем центрифугирования материал, содержащий 0,2 мл надосадочной жидкости, вносили в пробирки с монослоем Нер-2 клеток. Монослой проверяли ежедневно на признаки цитопатического действия (ЦПД) (от +1 до +4 баллов) в течение 7-10 дней. Все изоляты с наличием ЦПД до 75% монослоя сохраняли при температуре -20⁰С для дальнейшего исследования. ПЦР-типирование проводили классическим вариантом ПДРФ-анализа. Амплификацию переменного участка генома аденовируса осуществляли с помощью специфических праймеров VA3a, VA3b при температуре отжига 45⁰С. ПЦР-ПДРФ анализ полученных изолятов проводили рестрикционным методом, используя 2-х ступенчатый алгоритм обработки амплифицированных продуктов рестриктазами (Ava I, Sfu I, Taq I). Идентификацию характерных электрофоретических участков осуществляли с помощью DNA-маркера молекулярного веса (Sigma) в диапазоне 240-520 bp.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного анализа за период 2009-2011 года нами была обнаружена циркуляция на территории Витебской области четырех генотипов аденовирусов (B1, B2, C, и F с преобладанием генотипа C. Генотип B1, включающий в себя серотипы 3, 7, 16, 21 обнаруживался в г. Витебске и вызывал заболевания с поражением верхних дыхательных путей. Генотип, содержащий генетическую субъединицу B2 (серотипы 11, 14, 34, 35), вызывал заболевания, которые характеризовались наличием тонзиллярного синдрома. Генотип C характеризовался проявлениями фарингита, кишечный синдром по типу гастроэнтерита при аденовирусной инфекции соответствовал генотипу F (серотипы 40,41).

Выводы. ПДРФ-анализ изолятов аденовирусов указывает на то, что на территории Витебской области имеет место генетическая неоднородность аденовирусов. Молекулярно-генетическое типирование аденовирусов имеет важное научно-практическое значение в решении вопросов прогнозирования течения при вспышечном характере заболеваний, при определении тактики ведения больных с аденовирусной инфекцией, в оценке возможности развития тех или иных осложнений. Не меньшее значение данный анализ имеет для проведения эпидемиологических исследований при вспышках аденовирусной инфекции в организованных коллективах.

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВСПЫШКЕ БРЮШНОГО ТИФА СРЕДИ ОГРАНИЧЕННОГО КОНТИНГЕНТА ЛИЦ

Ходжаев Н.И.¹, Ахмедова М.Д.²

¹*Самаркандский Медицинский институт, Самарканд, ²Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан*

Нами был выявлен волновой характер динамики эпидемического процесса при вспышке брюшного тифа среди ограниченного контингента лиц, где отмечались три волны повышения заболеваемости. О волнообразном характере эпидемического процесса имеются сообщения и других исследователей. Так, в приведенном выше исследовании М.В.Махнева (2012) также приводятся особенности эпидемического проявления вспышки брюшного тифа в организованных коллективах. При анализируемой М.В.Махневым вспышке отмечалось 4 волны повышения заболеваемости, где возникновение и угасание каждой из четырех волн имели закономерную зависимость от сезона года – начало каждой волны приходилось на конец сухого сезона года, продолжительность волны составила от 3-х до 6-мес., а наибольшую долю заболеваемости брюшным тифом – 65% от общего числа заболевших составила первая волна.

При изучаемой же нами вспышке определились 3 волны повышения заболеваемости: причем начало первой волны четко соответствовало времени истечения срока минимального инкубационного периода (одна нед.) после заражения пищевым фактором, средняя продолжительность волны составила 2 нед., спад 1-й волны соответствовал сроку истечения максимального инкубационного срока (три нед.) после заражения пищевым фактором; начало второй волны соответствовало предполагаемому времени истечения минимального инкубационного периода (одна нед.) после заражения лиц от больных (в инкубационном периоде) первой волны контактно-бытовым путем (первичный контакт), средняя продолжительность волны также составила 2 недели, спад второй волны соответствовал времени истечения максимального инкубационного срока (три недели) после заражения первичным контактно-бытовым путем; начало третьей волны соответствовало времени истечения минимального инкубационного периода (одна неделя) после заражения лиц от больных в инкубационном периоде второй волны вторичным контактно-бытовым путем. Однако, в отличие от предыдущих, третья волна характеризовалась более длительным течением – около четырех нед., относительно низкими показателями заболеваемости, медленным подъемом и спадом.

Таким образом, в отличие от эпидемических вспышек брюшного тифа водного распространения, вспышка брюшного тифа среди ограниченного контингента лиц с пищевым фактором распространения, где источником инфекции является конкретный хронический брюшнотифозный бактерионоситель, характеризуется достаточно четкой предсказуемостью времени начала и спада, а также продолжительности волн

повышения заболеваемости. Времена начала, спада и продолжительность, особенно первой и второй волн, имеют закономерную зависимость от продолжительности минимального, среднего и максимального инкубационного периодов при брюшном тифе, а продолжительность волн подъема заболеваемости составляют в среднем две недели. Тогда как при вспышках брюшного тифа водного характера распространения подъем и спад, а также продолжительность каждой волны заболеваемости имеет закономерную связь с сезонами года: начало волны зачастую приходится на сухой сезон или на конец сухого сезона года, продолжительность волны – 3-6 месяцев, а спад волны – на зимне-весенний периоды года.

ПРЕВОСХОДСТВО ДИАГНОТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НАД БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ВЫЗВАННОМ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫМ ШТАММОМ S.TYPHI

Ходжаев Н.И.¹, Мирзажонов Д.Б.²

¹Самаркандский Медицинский институт, Самарканд, ²Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Анализ результатов бактериологических исследований позволили установить, что в период острого течения брюшного тифа, вызванного антибиотикорезистентным штаммом S.typhi, бактериологическая диагностика в большом проценте случаев может дать отрицательные результаты, которые составили в копрокультуре – 89,2%, в гемокультуре – 74,5% случаев. Несколько более высокая частота высеваания в гемокультуре у больных при низкой частоте высеваания в копрокультуре свидетельствует о высокой степени инвазивности возбудителя – способности интенсивно преодолевать барьер слизистой оболочки кишечника и персистировать в кровь и во внутренние ткани организма.

Хотя низкий процент высеваемости S.typhi в биологических субстратах больных, особенно в копрокультуре и в гемокультуре, существенно снижает диагностическую значимость бактериологических методов исследования при брюшном тифе, вызванном антибиотикорезистентным штаммом S.typhi, так как, частота отрицательных результатов очень высока 89,2% и 74,5% соответственно. Однако, для диагностики брюшнотифозного бактерионосительства бактериологические исследования испражнений на факт присутствия в кишечнике S.typhi в полной мере сохраняют свою высокую диагностическую значимость. Так как при хроническом бактерионосительстве S.typhi персистирует в билиарных протоках и в кишечнике, не обладая возможностью активно проявить инвазивность и повторно преодолевать барьер слизистой оболочки кишечника благодаря формированию секреторным комплексом специфической защиты. Антигены же (О-антиген и Vi-антиген) S.typhi все же поступают во внутреннюю среду и поддерживают ответную иммунную реакцию организма, отражением чего является присутствие в крови бактерионосителей достаточно выраженного титра специфических антител против О-антигена и Vi-антигена S.typhi.

При наших исследованиях, относительно большая частота положительных результатов реакции Видала у больных указывает на превосходство диагностической значимости серологических исследований над бактериологическими при брюшном тифе, вызванном антибиотикорезистентным штаммом S.typhi. Относительно низкие титры (преимущественно 1:200 и 1:400) специфических антител у сероположительных больных являются отражением невысокой интенсивности антителообразования в организме больных в ответ на внедрение антигена

антибиотикорезистентного штамма *S.typhi*. А диссоциация показателей частоты положительных результатов бактериологического исследования испражнений (10.8%) и серологического исследования (74.5%) крови также свидетельствует о высокой степени инвазивности возбудителя, позволяющей в течение короткого периода преодолеть барьер слизистой оболочки кишечника и проникнуть во внутренние ткани организма и в кровь.

ВЫДЕЛЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ КИШЕЧНЫХ ПАЛОЧЕК ПРИ КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Худоярова Г.Н., Одилова Г.М.

*Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии
Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.*

По данным многочисленных исследователей одним из признаков болезнетворности кишечной палочки является её гемолитическая активность. Установлено, что у детей при кишечных расстройствах они высеваются очень часто и в большом количестве. Мы поставили перед собой задачу изучить частоту выделения гемолитических кишечных палочек у детей раннего возраста при различных формах кишечных расстройств и у здоровых.

Обследованию подвергались больные дети, госпитализированные в областной инфекционной больнице города Самарканда, а также находившиеся в роддоме при клинике СамМИ, детский сад № 40.

Всего обследовано 214 больные дети, из них с простой диспепсией 46, с токсической диспепсией 66, с острой дизентерией 44 и гастроэнтеритом 58.

Здоровых детей было 84.

Испражнение детей, взятые стеклянной трубочкой из прямой кишки, засеивались на агар Эндо, Левина и Плоскирёва. После суточной инкубации при температуре 37° с каждого посева точечным способом пересевали на 5% кровяной агар от 30 до 100 колонии кишечной палочки. Результаты учитывались через 24-48 часов.

Анализ полученных данных показали, что при всех формах кишечных расстройств гемолитические кишечные палочки выделялись очень часто. Так, при простой диспепсии гемолитические эшерихии выявлялись у 26 из 46 обследованных, при токсической диспепсии у 21 из 66, при острой дизентерии - у 20 из 44, при гастроэнтерите - у 14 из 58 детей. В целом из 214 обследованных у 81 больного выделены гемолитические палочки.

Из 84 здоровых детей гемолитические эшерихии были обнаружены только у 27.

При определении удельного веса гемолитических кишечных палочек в общем количестве выделенных штаммов от больных и здоровых детей было выяснено, что из 733 штаммов эшерихий, выявленных простой диспепсии 595 были гемолитическими. При токсической диспепсии таких штаммов было 513 из 1105, при острой дизентерии 456 из 535, при гастроэнтерите 256 из 486. При всех формах кишечных расстройств было выделено 2126 штаммов эшерихий, 1820 из которых оказались гемолитическими. У здоровых детей всего было выделено 461 штаммов, из них только 105 обладали гемолитической способностью.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать вывод, что при острых кишечных расстройствах развивается дизбактериоз, характеризующийся бурным развитием кишечных палочек, обладающих гемолитической активностью.

ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Шаджалилова М.С., Касымов И.А., Осипова Е.М.

Ташкентский Медицинский Педиатрический институт

Актуальность. Иммунный статус организма в значительной степени определяет клиническую картину инфекционного процесса. Очень часто обострение инфекционного процесса возникает на фоне иммунологической недостаточности. В связи с вышеизложенным **целью** нашей работы являлось изучение особенностей показателей клеточного и гуморального факторов иммунитета при этиологически различных острых кишечных инфекциях.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено комплексное клинико – иммунологическое обследование 76 больных острой кишечной инфекцией различной этиологии, средней тяжести течения. При этом у 22 больных были обнаружены сальмонеллы (1-ая группа) ($28,9 \pm 5,1\%$), у 20 ($26,3 \pm 5,8\%$) шигеллы (2-ая группа), у 16- эшерихии коли ($21,1 \pm 4,6\%$) - 3 группа, у остальных – 18 ($23,6 \pm 4,8\%$) - 4-ая группа диагноз был бактериологически неустановленный.

Результаты. Наибольшие значения относительного и абсолютного содержания СД₄ – лимфоцитов были выявлены у больных детей III группы, и наиболее низкие у больных детей IV группы с ОКИ. Супрессорная активность СД₈ – лимфоцитов была наиболее подавленной у детей с ОКИ не установленной этиологии (IV-группа), и наибольший прирост клеток отмечался в III группе детей. На наш взгляд такая функциональная недостаточность СД₃ – лимфоцитов и иммунорегуляторных субпопуляций СД₄ –хелперов и СД₈ –супрессоров, ответственных за реализацию Т – клеточного иммунитета у детей с острыми инфекциями способствует снижению местного иммунитета и преимущественному синтезу антител с низким аффинитетом к различным антигенам. При этом иммунорегуляторный индекс (ИРИ) хелперносупрессорный СД₄/ СД₈ коэффициент был также снижен у детей с ОКИ. Более выраженные изменения СД₁₆ были характерны для детей IV группы, умеренный характер для больных III группы. Несмотря на снижение относительного содержания СД₂₀ – лимфоцитов у детей с ОКИ, в их абсолютном значении отмечалась тенденция к повышению, это наглядно было видно у больных дизентерией (II группа) и у больных с ОКИ не установленной этиологии (IV группа). Такое повышение СД₂₀ – лимфоцитов у больных дизентерией и с ОКИ не установленной этиологии, на наш взгляд связано с сенсibiliзирующей организма патогенными и условно–патогенными микроорганизмами, многократным повышением в крови больных антигенсвязывающих клеток с одной стороны, а также о готовности больного организма ребенка к прогрессированию болезни. Содержание основных классов сывороточных иммуноглобулинов у детей с ОКИ характеризовалось снижением IgG и IgA. Содержание IgM считающимся в филогенетическом отношении самым мудрым, несколько повышался, по эти различия были недостоверны.

Выводы. Выявленные нами дискоординационные изменения в системе клеточного и гуморального иммунитета у детей с острыми кишечными инфекциями характеризовались достоверным повышением относительно и абсолютного содержания лимфоцитов, дефицитом относительного и абсолютного содержания СД₃ – лимфоцитов и их иммунорегуляторных субпопуляций СД₄ – лимфоцитов, СД₈ – лимфоцитов и СД₁₆ – цитотоксических клеток. В отношении СД₂₀ – лимфоцитов отличалось их повышение, особенно это было характерно для больных дизентерией и ОКИ не установленной этиологии. Отмечался дефицит сывороточных иммуноглобулинов классов IgA и IgG. Сывороточный иммуноглобулин IgM у

больных детей имел тенденцию к повышению, но эти различия были недостоверны. Наиболее выраженный характер изменений в показателях клеточного и гуморального иммунитета был выявлен у больных с острыми кишечными инфекциями не установленной этиологии (4 группа), умеренный у группы больных детей с эшерихиозной инфекцией (III группа).

ВЫБОР ТИПА МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОБОСНОВАНИИ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА И ВПЧ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шарипова И.П.

НИИ Вирусологии МЗ РУз

Введение. Для разработки и обоснования стратегических решений в области профилактики рака шейки матки и вируса папилломы человека используются различные модели эпидемического процесса с различными вариациями используемых первичных эпидемиологических, экономических и клинических данных.

Цели данного исследования явились: (1) представить обновленный критический и систематический обзор эпидемиологических и клинических моделей используемых для поддержки мероприятий, связанных с ВПЧ и заболеваниями, ассоциированными с ВПЧ; (2) Определить направления наиболее оптимальные для изучения и дальнейшего использования в моделировании ВПЧ.

Методы: В соответствии с целями исследования, был проведен обзор литературных источников в которых указывалось на использовании математического моделирования течения ВПЧ, заболеваний шейки матки и остроконечных кондилом. Поиск литературы проводился в базе данных PubMed за последние 10 лет. Проводился анализ дизайна каждого исследования и сравнивался с другими, на основании этого были разработаны критерии включения в исследование.

Результаты: Всего за указанный период в базе данных было обнаружено 1407 литературных источников в которых упоминалось об использовании математического моделирования процессов, связанных с изучаемой патологией. Подавляющее большинство 1341 использовали статическую модель процесса на основе скрининга женщин на наличие изменений в шейке матки, соответствующие CIN 2 и 3. Во многих исследованиях эти состояния объединялись в одну группу CIN2/3. Скрининг проводился при помощи кольпоскопии с последующим исследованием мазков при помощи PAP теста. Основной упор при определении экономического бремени делался на основании включения в модель затрат, связанных с лечением непосредственно ракового состояния. Распространённость статической модели определило выбор ВОЗ в качестве метода выбора для определения экономического бремени Рака шейки матки в основе методики PRIME(моделирование эпидемического процесса ВПЧ). Однако в литературе имеются описания динамического моделирования развития рака шейки матки от предраковых, начальных состояний до непосредственно раковых образований. Эти модели показывают, что превентивные мероприятий на этапе предраковых состояний значительно влияют на бремя заболевания. Кроме того, в некоторых случаях использовался подход динамического моделирования эффективности скрининговых систем на основе определения ВПЧ как первичного маркера. В этих исследованиях показано, что вероятность раннего выявления неопластических изменений в шейке увеличивалось на 30%.

Модели, включавшие в себя данные о косвенных затратах, связанных с госпитализацией и лечением рака шейки матки, позволяли получить более полную

картину экономического бремени данного заболевания и способствовали более эффективному продвижению превентивных мер в экономически развитых странах.

Вывод: За последние десятилетие эффективность и кратность использования математического моделирования в процессе разработки и принятия ключевых решений по профилактике рака шейки матки значительно увеличилось. Благодаря публикации большего числа соответствующих исследований упор смещается со статической модели в сторону динамической, как наиболее всесторонней в отношении прогноза результативности. Однако необходимо отметить, что проведение динамического моделирования требует большого числа исходных данных, которые порой недоступны без проведения дополнительных исследований.

ИЧИМЛИК СУВИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ГИГИЕНИК БАХОЛАШ.

Шеркузиева Г.Ф., Самигова Н.Р., Сайфутдинова З.А..

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон

Турли хил юкумли касалликларни юқиш йўллари механизмда, эпидемия ва пандемияларнинг юзага келишида ичимлик сувининг муҳим омили ҳисобланади.

Сув бу ердаги табиий бойликлар орасидаги алоҳида ўрин тутди. Ер шарининг 81 % сув остида жойлашган. Маълумотларга кўра умумий сув миқдорининг 2,5 % сув захираларининг чуқур сув ташкил этади. Шундан 2 % ичимлик суви бўлиб, 0,3 % халқ хўжалигида ишлатилади. Ер юзидида кунига 250 минг киши кўпайиб, бир кишига йилига 1250 м³ сув сарфланиши ҳисоб китоб қилинган. Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг маълумотида кўра 2 млрд. яъни 40% аҳоли сув танқислиги шароитида ҳаёт кечиради.

Ҳозирда вабо, қорин тифи, паратифлар А ва Б, салманеллез, шегеллез, эшерихиоз, лептоспероз, туляремия ва бошқа юкумли касалликларни келтириб чиқарувчи микроорганизмларнинг сув орқали тарқалиши аниқланган.

Дунё бўйича ичимлик сув таъминотида боғлиқ бўлган юкумли касалликлар йилига 500 млн дан ортиқни ташкил этмоқда

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ВОЗ) берган маълумотларига кўра сифатсиз ичимлик сувининг истеъмол қилиши натижасида 5 млн га яқин инсонлар вафот этмоқда.

Сувдан оқилона фойдаланиш, уларнинг ифлослантirmаслик, ичимлик сувининг мақсадли равишда ишлатиш асримизнинг энг долзарб масалаларидан бири ҳисобланади.

Юқоридан келиб чиққан ҳолда шуни қайд этиш мумкинки ҳозирда мустақил Ўзбекистон Республикасида аҳолининг тоза ичимлик суви билан таъминлаш борасида кучли қонунчилик яратилган, яъни Ўзбекистон Республикасининг қонуни “Аҳолининг санитария- эпидемиологик осойишталиги тўғрисида”, “Сув ва сувдан фойдаланиш тўғрисида” ги қонун, Дав СТ 950-2011 “Ичимлик суви”, ДавСТ 951-2000 “Марказлаштирилган хўжалик-ичимлик суви билан таъминлаш” СанҚ ваМ 0256-08, “Ўзбекистон шароитида аҳолининг марказлаштирилган хўжалик- ичимлик суви билан таъминлаш тизимлари сув тайёрлаш жараёнида гигиеник талаблар” СанҚ ва М №0170-04, Ўзбекистон шароитида сув тайёрлаш тизимида қўлланиладиган реагентларни гигиеник баҳолаш ва бошқалар. Шу сабабли биз Тошкент вилояти аҳолисининг марказлаштирилган сув таъминотидаги сувнинг бактериологик кўрсаткичлари бўйича санитария эпидемиологик ҳолатининг баҳоладик. 2013 йилда умумий олинган намуналар сони 19727(100%) бўлиб шулардан 1813 та намуналар (9,1%) бактериологик кўрсаткичлар бўйича гигиеник талабларга жавоб

бермайди. 1813 та намунанинг 116 таси очик сув таъминоти манбаларидан бўлиб улардан 1 таси (0,8%), ер ости сув таъминоти манбаларидан 1797 та намуна бўлиб, улардан 64 таси (3,5%), сув тарқатиш тармоғидан 9549 та намуна олинган бўлиб, 619 таси (6,4%), истемолчилардан олинган намуналар 8265 та бўлиб, улардан 1129 таси (13,1%) гигиеник талабларга жавоб бермайди. 2014 йилда умумий олинган намуналар сони 3725 (100%) бўлиб шулардан 237 та намуналар (6,3%) бактериологик кўрсаткичлар бўйича гигиеник талабларга жавоб бермайди. 3725 та намунанинг 30 таси очик сув таъминоти манбаларидан бўлиб барчаси, ер ости сув таъминоти манбаларидан 296 та намуна бўлиб, улардан 8 таси (2,7%), сув тарқатиш тармоғидан 1890 та намуна олинган бўлиб, 79 таси (4,1%), истемолчилардан олинган намуналар 1509 та бўлиб, улардан 150 таси (9,9%) гигиеник талабларга жавоб бермайди.

Юқорида олинган натижалар тахлилидан шуни хулоса қилиш мумкин, яъни истемолчилардан олинган намуналар 2013 ва 2014 йилларда энг кўп гигиеник талабларга жавоб бермайди бошқа нуқталардан олинган намуналарга нисбатан. Йиллар нисбатига олганда 2014 йилдаги бактериологик кўрсаткичлар 2013 йилга нисбатан яхши бу эса сувга боғлиқ эпидемиологик вазият яхшиланаётганидан далолат беради.

САНИТАРНО - МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Шеркузиева Г.Ф., Курбанова Ш.И., Сайфутдинова З.А.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

В последние годы увеличивается биологическое загрязнение окружающей среды, что объясняется бурным ростом городов и поселков городского типа. В связи с этим возрастает поступление выбросов в атмосферный воздух и почву, а также количество сбрасываемых в водоемы хозяйственно-фекальных и производственных сточных вод, прежде всего, от предприятий пищевой промышленности, животноводческих комплексов, производств разнообразных биопрепаратов. Различные объекты окружающей среды характеризуются определенной спецификой биологического загрязнения.

В настоящее время в Узбекистане действует ряд законодательных документов в области профилактики и определения в объектах окружающей среде паразитарных заболеваний, к которым относятся приказ МЗ РУз №121 «Республика паразитар касалликлар профилактикаси бўйича чора тadbирларни такомиллаштириш тўғрисида» от 25.03.2015 г. и приказ МЗ РУз №349 от «Об утверждении номенклатуры исследований, проводимых лабораториями центров Госсанэпиднадзора Республики Узбекистан» от 27.07.2004 г., а также методическими указаниями «Санитарно-паразитологические исследования плодо- овощной, плодово-ягодной и растительной продукции» МУ №012-3/0131, «Санитарно- паразитологические исследования мяса и мясо- продуктов» МУ № 012- 3/0132, «Санитарно- паразитологические исследования рыбы и рыбопродуктов» МУ № 012-3/0133, «Санитарно- паразитологические исследования воды хозяйственного и питьевого использования» МУ № 012-3/0134, «Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтозов и протозоозов» МУК 4.2.735-99, «Методические указания по гельминтологическому исследованию объектов внешней среды и санитарным мероприятиям по охране от загрязнения яйцами гельминтов и обезвреживанию от них нечистот, почвы, овощей, ягод, предметов обихода» № 1440-76.

В связи с выше указанным, нами было изучено санитарно-гельминтологическое состояние окружающей среды Яшнабадского района города Ташкента.

При санитарно-гельминтологическом исследовании внешней среды нами были получены следующие результаты: в 2012 г. общее количество исследований составило 2680 проб смывов, из них положительных 4 (0,14% на яйца острицы), в исследованиях проб овощей (40 образцов), почвы (70 образцов), воды (45 образцов) положительных не было обнаружено. В 2013 г. из 2770 проб смывов положительных было обнаружено 6 (0,2% на яйца острицы), в овощах из 85 образцов, в почве из 74 образцов, в воде из 54 образцов положительных результатов не было выявлено. В 2014 г. результаты 2610 проб смывов положительных было обнаружено в 6 случаях (0,2% на яйца острицы), при этом в овощах из 82 образцов, из проб почвы (98 образцов), из проб воды (51 образец) положительных результатов не было обнаружено.

При исследовании на кишечные простейшие были получены следующие результаты: в 2012 году всего проводилось 430 (100%) исследований на цисты лямблий, из которых положительных 2 (0,46%), в 2013 году из 570 исследований положительными явились (1,05%), в 2014 году из общего числа исследований (1010) положительными результатами исследований явились 3 (0,30%). Динамика исследований на гельминтозы выявила: в 2012 году было проведено 6760 исследований, из них положительных -73 (1,1% на яйца острицы), в 2013 году было проведено 20805 исследований, из которых положительных - 350 (1,7%), в 2014 году из 19829 исследований, положительных составило 382 исследования (1,9%).

Таким образом, можно сделать вывод, что санитарно-микробиологическое состояние внешней среды согласно действующих нормативно-законодательных документов относительно соответствует гигиеническим требованиям.

БОЛАЛАРДАГИ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ОСТЕОМИЕЛИТЛАР ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИ УНДИРИЛИШ МАНЗАРАСИНИНГ ТАВСИФИ

Эргашев В.А., Нуралиев Н.А.

ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ, Тошкент ш., Ўзбекистон

Ушбу илмий иш мақсади болаларда кечган ўткир ва сурункали остеомиелитлар қўзғатувчилари ундирилиш манзарасини (пейзажини) тавсифлаш ва баҳолаш бўлди.

Қўйилган мақсадга эришиш учун жами 39 нафар 14 ёшгача бўлган бемор болалардан олинган биологик ашё (йиринг) бактериологик усулларда текширилди. Ўткир (n=11) ва сурункали (n=28) остеомиелитлар ташҳиси замонавий клиник ва инструментал усуллар ёрдамида верификация қилинди. Касаллик сабаби 66,7±7,5% ҳолатда посттравматик ва 33,3±7,5% ҳолатда гематоген бўлди. Барча беморлар Хоразм вилояти қўп тармоқли тиббиёт марказида даволанганлар бўлди.

Қўзғатувчилар идентификацияси Bergey's (1997) бўйича олиб борилди. Кенгайтирилган бактериологик текширувлар ундирилган микроорганизмлар микдори >1x10⁵ КХҚБ/мл бўлганда ўтказилди. Натижалар вариацион статистика усуллари ёрдамида ишланди.

Бемор болалардан ундирилган қўзғатувчиларнинг 59,0±7,9% и моноинфекция, 23,1±6,7% и микроорганизмлар ассоциациялари шаклида (асосан 2 қўзғатувчи) ундириб олинди, 17,9±6,1% ҳолатда қўзғатувчиларни идентификация қилишнинг иложи бўлмади.

Қўзғатувчиларнинг авлод ва турлараро идентификацияси етакчи ўринни граммусбат кокклар эгаллаганини кўрсатди. Бактериологик текширишлар натижасида жами 41 та штамм ундириб олинди, шулардан 23 штамм моноинфекция, 18 штамм ассоциация кўринишида. Микроб пейзажида етакчилик асосан қуйидаги қўзғатувчиларда бўлди: S.aureus (34,2±7,4%), S.epidermidis (17,1±5,9%), E.coli (14,6±5,5%), P.aeruginosa (14,6±5,5%). Agar S.aureus, S.epidermidis, E.coli лар

моноинфекция ва ассоциация шаклида бир хил миқдорда ундирилган бўлса, *P.aeruginosa* ассоциацияда моноинфекция кўринишга нисбатан 5,1 марта кам учради.

Ўткир остеомиелитда (n=11) *S.aureus* нинг 5 штамми (3 та моно ва 2 та ассоциация - *Proteus spp* ва *Candida spp* билан), *S.epidermidis* нинг 2 штамми (1 та моно ва 1 та ассоциация - *Enterobacter spp* билан), *E.coli* нинг 2 та штамми (2 та моно), *S.saprophyticus* нинг 1 штамми (1 та моно) ундириб олинди - жами 10 та штамм (7 моно ва 3 ассоциация), 1 ҳолатда униш кузатилмади.

Сурункали остеомиелитда (n=28) ўткир остеомиелитдан фаркли фақат миқдор жиҳатдан кўзгатувчилар штаммлари кўп ажратиб олинди (беморлар кўплиги ҳисобига), бироқ, микроб манзарасида сезиларли тафовут бўлмади - *S.aureus* штаммлари 9 ҳолатда (5 та моно, 4 та ассоциация - *E.coli* (3 марта), *S.epidermidis* билан), *S.epidermidis* штаммлари 5 ҳолатда (2 та моно, 3 та ассоциация - *S.aureus*, *Proteus spp*, *P.aeruginosa* билан), *E.coli* штаммлари 4 ҳолатда (1 та моно, 3 та ассоциация - *S.aureus* билан), *P.aeruginosa* нинг штаммлари 6 ҳолатда (5 та моно, 1 та ассоциация - *S.epidermidis* билан); *E.faecalis* ва *Klebsiella spp* штаммлари 1 мартадан (моно) ундириб олинди - жами 21 штамм (15 моно ва 6 ассоциация), 6 ҳолатда униш кузатилмади.

Кўзгатувчиларнинг касаллик сабабларига нисбатан тақсимланиши куйидаги натижани берди: *S.aureus* нинг 13 штамми, *S.epidermidis* нинг 5 штамми, *E.coli* нинг 2 штамми, *Proteus spp* нинг 2 штамми, *P.aeruginosa* нинг 6 штамми, *Klebsiella spp* ва *Candida spp* ларнинг 1 тадан штаммлари посттравматик остеомиелитда ундирилган бўлса, *E.coli* нинг 4 штамми, *S.epidermidis* нинг 2 штамми, *S.aureus*, *Proteus spp*, *Klebsiella spp*, *E.faecalis* ва *S.saprophyticus* ларнинг 1 тадан штаммлари гематоген остеомиелитда ундириб олинди. Мос равишда 4 ва 3 ҳолатда кўзгатувчиларни идентификация қилишнинг иложи бўлмади.

Шундай қилиб, болаларда кечган остеомиелитлар микроб пейзажида етакчилик *S.aureus*, *S.epidermidis*, *E.coli*, *P.aeruginosa* ларда кузатилди. Ўткир ва сурункали кўринишлар микроб пейзажида тафовут аниқланмади. Посттравматик остеомиелитда кўзгатувчиларнинг ундирилиш фоизлари бўйича кетма кетлиги (*S.aureus*, *S.epidermidis*, *E.coli*, *Proteus spp*, *P.aeruginosa*, *Klebsiella spp*, *Candida spp*) гематоген остеомиелитга (*E.coli*, *S.epidermidis*, *S.aureus*, *Proteus spp*, *Klebsiella spp*, *E.faecalis*, *S.saprophyticus*) нисбатан фаркли бўлди.

РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИГА ҚАРШИ ЭМЛАНГАН БОЛАЛАРДА РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНING УЧРАШИ ВА КЛИНИК КЕЧИШИНING ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Эргашов О.И., Эралиев У.Э., Бегматов Б.Х., Турсунова Д.А.

Тошкент Тиббиёт Академияси

ЖССТ маълумотларига кўра ҳар йили дунё бўйича миллиардга яқин диареяли касалликлар рўйхатга олинади, шулардан 4 млн га яқини вафот этади. Вирусли инфекциялар ичида ротавирус этиологияли диареялар асосий ўринни эгаллайди ва барча ўткир ичак инфекцияларининг 25-60% ни ташкил қилади. Ротавирусли инфекциянинг ташқи муҳитга чидамлилиги ва юқори юқувчанлиги туфайли соғлиқни сақлаш тизимида катта муаммолардан бири саналади.

Мақсад: 5 ёшгача ротавирус инфекциясига қарши эмланган болаларда ротавирус инфекциясининг учраши ва клиник кечишининг ўзига хослигини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар: Текширувлар, Тошкент шаҳар 4-сонли болалар юқумли касалликлари касалхонасида, 2015- йил сентябридан 2016-йил январига қадар олиб борилган. Текширув давомида ротавирус этиологияли диарея билан зарарланган

2 ойликдан 5 ёшгача бўлган 35 нафар бола рўйхатга олинди. Улардан назорат гуруҳига 24 нафар (68,6%) ротавирусли инфекцияга қарши эмланган ҳамда 11 нафар (31,4%) асосий гуруҳ эмланмаган болалар ўрганилди. Ушбу болаларда клиник-эпидемиологик, лаборатор ва инструментал текширув усулларида фойдаланилади.

Натижа ва таҳлиллар: Кузатувимиздаги бемор болаларда касалликнинг клиник кечишида жинси бўйича деярли фарқ кузатилмади, ёши бўйича гуруҳланганда назорат гуруҳидаги болаларнинг 9 нафари (37,5%) эмлашга қарши кўрсатмаси бўлган 2 ойликдан 2 ёшгача бўлган болалар, 15 нафарни (62,5%) 2- 5 ёшдаги (ёши бўйича эмланмаган) болалардан иборат. Асосий гуруҳда 1 ёшгача бўлган болалар 8 нафарни (72,7%), 3 нафари (27,3%) 1-2 ёшдаги болалар ташкил қилади.

Кузатув давомида иситма синдроми эмлаш ўтказилмаган болаларнинг 18 нафарида (75%) фебрил, 6 нафарида (25%) субфебрил кўринишда, эмлаш ўтказилган 11 болада субфебрил кўринишда кечди. Эмлаш ўтказилмаган болаларда диарея 5-7 кун ва ундан кўп кунига 5-10 мартагача (барчасида дисбактериоз билан), эмлаш ўтказилган болаларда диарея давомийлиги 3-5 кун 3-5 мартагача ва уларнинг фақат 3 нафарида (27,3%) дисбактериоз кузатилди. Қусиш эмлаш олмаган болаларнинг барчасида 5-10 мартагача 1-3 кун давомида эмлаш олган болаларнинг 7 нафарида (63,6%) 1-2 марта, 4 нафарида (36,4%) умуман кузатилмади. Катарал белгилардан енгил фарингит, эмланган болаларнинг 3 нафарида (27,3%) кузатилди.

Хулоса: Текширувлар натижаси шуни кўрсатадики, эмлаш ўтказилган болаларда иммун тизимнинг қарши курашиш қобилияти юқори бўлганлиги сабабли ротавирусли инфекция бирмунча енгил ва асоратсиз кечади. Бу эса ротавирусли инфекцияга қарши эмдорининг касаллик кечишига таъсиридан далолат беради.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ, ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОГО ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С

Эсауленко Е.В., Сухорук А.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Хронический гепатит С (ХГС) – одна из ведущих причин развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. Прогнозируется, что максимальных значений число пациентов с циррозом печени в исходе ХГС достигнет к 2030 году.

Цель – изучить клинико-эпидемиологические параметры естественного течения цирроза печени в исходе ХГС.

Пациенты и методы. В исследование было включено 68 пациентов в возрасте $49,7 \pm 9,7$ лет. Пациенты с сопутствующим инфицированием вирусами гепатита А и В, ВИЧ-инфекцией, активно злоупотребляющие алкоголем и наркозависимые в исследование не включались. Этиотропная терапия никому из пациентов не проводилась. Подтверждение диагноза ХГС проводили путем обнаружения антител к вирусу гепатита С (ВГС) не менее 2 раз. Цирротическая стадия заболевания диагностировалась на основании совокупности результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью лицензионного пакета программ Microsoft Excel 2003 и SPSS Statistica 17.0.

Результаты. В исследуемую группу было включено сопоставимое число мужчин и женщин (36 и 32 соответственно), не различавшихся по возрасту ($48,3 \pm 8,9$ и $51,5 \pm 9,2$ лет соответственно). Уточнить вероятные пути инфицирования удалось у 41,6%

мужчин и 59,4% женщин: у большинства доминирует указание на проведение медицинских манипуляций (операции, гемотрансфузии, донорство), составляя 25,6 и 57,1% соответственно ($p=0,0001$). Употребление наркотиков, татуировки более характерны для мужчин ($p=0,002$). Половой путь передачи от инфицированной жены установлен у одного мужчины. Вероятная длительность заболевания – $26,8 \pm 7,1$ лет. Средняя длительность периода от первого обнаружения антител к ВГС до диагностирования цирроза составила $4,2 \pm 2,9$ лет. При анализе генотипической структуры ВГС установлено доминирование генотипа 1b (67,5%), генотип 3 встречается в 17,5% случаев, генотип 2 – в 7,5%. Вирусная нагрузка у пациентов с циррозом обычно низкая (менее 800 тыс. МЕ/мл) и при наблюдении в течение двух лет медиана ее уровня не превышала 400 тыс. МЕ/мл. Клиническая картина заболевания характеризовалась следующими синдромами: астено-вегетативным (95,6%), диспептическим (84,5%), отечно-асцитическим (48,5%). Варикозное расширение вен пищевода диагностировано в 84,6% случаев, у 35,1% пациентов отмечались эпизоды кровотечения. Проявления печеночной энцефалопатии выявлены у 20,6% пациентов. Анализ активности АлАТ в течение двух лет выявил, что она колебалась в пределах 1,9 – 2,3 верхней границы нормы (ВГН), активность АсАТ – 2,3 – 3,0 ВГН. При включении в исследование уровень билирубина у пациентов составлял $37,3 \pm 20,5$ мкмоль/л; через два года наблюдения у 33,8% пациентов уровень билирубина превышает 50 мкмоль/л (максимум – 121,9 мкмоль/л), что клинически проявлялось желтухой. Анализ изменений уровня альфа-фетопротеина выявил, что при наблюдении в течение двух лет его уровень повышался от исходной нормы до 2 ВГН.

Заключение. Таким образом, цирроз печени в исходе ХГС представляет собой большую медико-экономическую проблему из-за вовлечения трудоспособных, социально-адаптированных лиц. Почти у четверти пациентов наличие ВГС в организме было выявлено на стадии цирроза печени. Доминирование генотипа 1 вероятно связано с одной стороны с особенностями путей передачи, а с другой – со скоростью трансформации хронического гепатита в цирроз. Отсутствие желтухи, нормальная или низкая цитолитическая активность еще раз подтверждают необходимость скринингового обследования на маркеры ВГС.