



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА  
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

# ***БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ***

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ  
№3.1 (103) 2018

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

*Сборник научных трудов*  
*под редакцией профессора А.М. ШАМСИЕВА*

**МАТЕРИАЛЫ**  
**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**  
**С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ПАРАЗИТАРНЫЕ И ИНФЕКЦИОННЫЕ**  
**БОЛЕЗНИ В КРАЕВОЙ ПАТОЛОГИИ**  
**ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКОГО**  
**РЕГИОНА»**

*Самарканд 14-15 июня 2018 г.*

АКАДЕМИЯ НАУК  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

# **БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

# **ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим  
проблемам биологии и медицины

**основан в 1996 году**

Самаркандским отделением  
Академии наук Республики Узбекистан  
выходит ежеквартально

***Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ***

**Редакционная коллегия:**

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,  
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),  
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,  
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,  
Ш.А. Юсупов***

**2018, № 3,1 (103)**

## УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский государственный  
медицинский институт

### **Адрес редакции:**

Республика Узбекистан, 140100,  
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

### **Телефон:**

(99866) 233-36-79

### **Факс**

(99866) 233-71-75  
(99866) 231-00-39

### **Сайт**

<http://pbim.uz/>

### **e-mail**

[pbim.uz@gmail.com](mailto:pbim.uz@gmail.com)  
[sammi-xirurgiya@yandex.ru](mailto:sammi-xirurgiya@yandex.ru)

*Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Самаркандской области  
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

*Журнал внесен в список,  
утвержденный приказом № 219/5  
от 22 декабря 2015 года реестром ВАК  
в раздел медицинских наук*

Подписано в печать 17.05.2018.

Сдано в набор 07.06.2018.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 21,25

Заказ 80

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
Я.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.Ж. Хамраев	(Ташкент)

## ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Тогаев И.У., Бургутов М.Д.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Заболеваемость населения эхинококкозом во многих регионах мира остается высокой и продолжает расти. Актуальность проблемы рецидивов заболевания обусловлена необходимостью повышения эффективности их профилактики. Наиболее существенным и важным в профилактике рецидивов представляется медикаментозная антигельментная терапия. На сегодняшний день в качестве основного препарата для медикаментозной терапии эхинококкоза в клинической практике используется альбендазол. Цель. Улучшение результатов лечения эхинококкоза путем профилактики рецидивов заболевания. Материал и методы. Во 2-клинике СамМИ за период с 2012 по 2017 года оперированы 208 больных с эхинококкозом печени и легких. Мальчиков было 118 (56,7%), девочек-90 (43,3%). В возрасте до 5 лет было 17 (8,2%), 5-7 лет – 45 (21,6%), 7-14 лет 111 (53,4%), старше 14 лет – 35 (16,8%). Комплекс обследования включал: клинико - лабораторные исследования, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография грудной клетки, РНГА с эхинококковым антигеном. Больные до и после операции получали химиотерапию альбендазолом, при больших и гигантских кистах с риском их прорыва, инфицирования до операции химиотерапия не проводилась. Всем оперированным больным с целью профилактики рецидива в послеоперационном периоде проводилось 3 курса химиотерапии альбендазолом 10-12 мг/кг в течении 28 дней. После выписки из стационара больные находились на диспансерном наблюдении и регулярно проходили контрольный осмотр. В отдаленные сроки до 5 лет после операции рецидивов не наблюдалось. Вывод. Таким образом, применение альбендазола с целью химиотерапии способствует улучшению результатов комплексного лечения эхинококкоза у детей и снижает риск развития рецидива заболевания.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА

Абдиев Т.А., Махмудова Л.Б., Саидахмедова Д.Б., Раббимова Н.Т.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Клиническая диагностика цистного эхинококкоза затруднена в связи с полиморфностью симптомов, зависящих от локализации, размеров кисты и состояния её оболочки, степени травмирующего воздействия кисты на окружающие органы и ткани, наличие осложнений и состояния иммунной системы инвазированного. Особое значение приобретает проблема ранней диагностики эхинококкоза у людей. Материалы и методы исследования больные эхинококкозом различной локализации за последние 10 лет (315 больных), данные УЗИ, КТ, МРТ, ИФА, РНГА, ПЦР и общепринятые лабораторные инструментальные методы исследований. Результаты. Алгоритм обследования людей для выявления изолированного и сочетанного эхинококкоза включает в себя: • Скрининг-обследование в эпидемиологически неблагоприятных районах (рекомендуется проводить не реже одного раза в год УЗИ, флюорография, рентгенография, РНГА); • Случайная находка во время рентгенологического или УЗИ (в эпидемиологически неблагоприятных районах рекомендуется проведение обследования органов брюшной полости и грудной клетки во всех случаях УЗИ обследуемых); • Рентгенологическое или УЗИ при наличии следующих жалоб: слабость, кашель, боли в грудной клетке, сниженный аппетит, повышение температуры, одышка, боли в животе, увеличение живота; • Обзорная рентгенография грудной клетки проводится с целью исключения сочетанного эхинококкоза легких; • УЗИ органов грудной клетки при клинических и рентгенологических признаках пневмонии, плеврита, гидроторакса, пневмогидроторакса, абсцесса легких; Выявленная киста или подозрение на кисту легких или печень и других органов: обследование в специализированном лечебном учреждении; • компьютерная томография показана при множественном эхинококкозе осложненных эхинококковых кистах; • иммуноферментный анализ для выявления антител к антигенам однокамерного эхинококка, РНГА, ПЦР. Наиболее информативными методами диагностики эхинококкоза печени являются: УЗИ (чувствительность = 87,2%, специфичность = 96,8%); КТ (МРТ) (чувствительность = 93%, специфичность = 97,7%); иммуноферментный анализ (чувствительность = 92,5%, специфичность = 85,4%); реакция непрямой гемагглютинации (чувствительность = 88,7%, специфичность = 95,1%). Выводы. Разработан алгоритм комплексного обследования больных эхинококкозом печени позволяющий в 100 % случаев установить нозологический и топический диагноз с учетом сегментарного строения печени. В 90,7% эхинококкоз легких и др. органов жизнедеятельности паразита и степень морфологических изменений в стенке паразитарной кисты. В 98,3% случаев установить взаиморасположение кисты с крупными сосудисто-секреторными элементами печени и характер развившихся вследствие этого осложнений.

## ВЫЯВЛЕНИЕ anti-HCV СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Абдукадырова М.А., Хикматуллаева А.С., Шарапов С.М.

*НИИ Вирусологии МЗ РУз*

Хронический вирусный гепатит С является проблемой здравоохранения мирового масштаба. По данным EASL и AASLD в мире насчитывается около 120-130 млн. больных ХГС. Это число ежедневно увеличивается, только в странах Европейского Союза каждый год регистрируется до 29 тысяч новых случаев гепатита С. Сложность сложившейся

ситуации определяется высокой частотой формирования хронических форм, длительным бессимптомным течением, манифестацией заболевания на поздних стадиях ЦП, ассоциацией с развитием ГЦК (Ивашкин В.Т. и др., 2014). По статистике около 30% хронических вирусных гепатитов остаются не выявленными. Цель исследования. Провести скрининг и выявить anti-HCV, среди практически здорового населения регионов республики Узбекистан. Материалы и методы исследования. Для диагностики и оценки масштабов распространения вирусного гепатита В проведены выборочные скрининговые исследования в различных регионах Республики Узбекистан. Для диагностики гепатита В произведен забор крови в 5 регионах Республики Узбекистан – это Ташкент и Ташкентский вилоят, Восточный регион, куда вошли Наманганский и Ферганский вилояты, Северный и Западный регионы, куда вошли Навоинский, Хорезмский вилояты и Республика Каракалпакстан, Южные и Юго-Западные регионы в составе Кашкадарьинского, Сурхандарьинского, Бухарского вилоятов, Центральные регионы с Джизакским и Сырдарьинским вилоятами. Всего на наличие anti-HCV в крови обследовано 1645 образцов крови практически здоровых лиц. Этиологический диагноз устанавливали на основании результатов иммуноферментного анализа (ИФА). В качестве тест-систем использовались диагностические наборы «ДС» (Нижний Новгород) для выявления антител к HCV в сыворотке крови. Результаты исследования. Положительные образцы выявлены из 92 (5,6%) образцов сыворотки крови. Наименьшие показатели наблюдались в Восточных регионах (2,3%) и в Центральных регионах (2,9%), средние в Ташкенте и Ташкентской области (4,2%), высокие в Южных и Юго-Западных регионах (8,6%). Чаще anti-HCV выявлялись в Южных и Юго-Западных регионах, Северных и Западных, редко в Восточных и Центральных регионах республики Узбекистан. Выводы. О широком распространении ХГС среди населения свидетельствует регистрация большого числа лиц, у которых в результате скрининговых исследований выявляются anti-HCV. По полученным данным они составили соответственно 5,6% среди «здорового» населения.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ HBsAg-СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

Абдуллаева Ф.Г., Иноятова Ф.И.

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

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения различных серологических вариантов HBV-инфекции у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ). Материал и методы. В исследование включены 61 детей с хронической HBV-инфекцией в возрасте от 3 до 18 лет, мальчиков – 60,6%, девочек – 39,4%. У 25 (40,9%) детей был выявлен HBsAg-негативный гепатит, остальные (59,1%) - HBsAg-позитивный, что составило две сравнительные группы. Распределение больных детей по активности ХГВ выявило минимальную степень – у 36,0% детей, умеренную – у 44,3% и выраженную – у 19,7% детей. Диагноз ставился на основании данных эпидемиологического анамнеза, стандартных серологических, клинико-биохимических и инструментальных исследований. У всех детей было проведено исследование крови на наличие маркеров HBV (HBsAg, анти-HBs, HBeAg, анти-HBe, анти-HBc<sub>ог</sub>, анти-HCV, анти-HDV) и HBV-ДНК методом ПЦР. Результаты. Диагностически, обоснование HBsAg-негативного гепатита подтверждалось обнаружением в сыворотке HBc<sub>ог</sub>Ab и HBV-DNA, и отсутствием антител к нему. При этом, E-антиген выявлялся у 36,0% детей, тогда как в крови 94,4% детей с HBsAg-положительным ХГВ данный маркер вовсе отсутствовал. Наличие антител к HBeAg у больных обеих групп распределились почти равномерно (24,0% и 27,7%). Сравнительный анализ клинических симптомов указывал на проявления астенического, диспепсического, холестатического и геморрагического синдромов. Так, в жалобах на понижение аппетита и нарушение стула не было выявлено достоверной разницы (по 24,0% и 30,5%, 22,2% соответственно,  $p>0,05$ ), то в других симптомах, как тошнота (12,0% против 33,3%), обложенность языка (24,0% против 44,4%) и боли в животе (8,0% против 50,0%) определялось статистическое подтверждение превалирования у HBsAg-позитивных больных с ХГВ ( $p<0,05-0,01$ ). Повышенная утомляемость отмечалась у всех детей исследуемых групп (100%). При анализе внепеченочных знаков все изучаемые симптомы, как “пальмарная эритема”, капиллярная сеть на щеках, венозные коллатерали и “сосудистые звездочки” также одинаково наблюдались у большинства детей с различным серологическим профилем ХГВ (92,0% и 88,8% соответственно). Носовые кровотечения проявлялись с различной частотой, в противовес всему, преобладая у HBsAg-негативных детей (64,0% против 33,3,0%,  $p<0,001$ ). Гепатоспленомегалия имело место практически в обоих обследованных группах. Так, большие размеры печени чаще наблюдались среди HBsAg-позитивных детей (86,1% против 52,0%,  $p<0,05$ ). Показатели гиперферментемии, в частности АлАТ отличались достоверными различиями в зависимости от маркерного статуса с большей выраженностью также у позитивной категории детей (124,9±8,5 против 47,9±4,5,  $p<0,001$ ). Средний уровень общего билирубина у детей с HBsAg-позитивным гепатитом составлял 48,4±3,0 против 31,6±1,6 мкмоль/лс ( $p>0,05$ ). Заключение. Таким образом, анализ клинического течения у детей с различным серологическим профилем свидетельствует о менее выраженной симптоматике при HBsAg-негативном гепатите, на наш взгляд, связанным с S-мутацией гена с характерным преобладанием геморрагического синдрома. Тогда как, клиническая картина HBsAg-позитивного гепатита отображалась более выраженной активностью патологического процесса в печени с превалированием астеновегетативного, диспепсического и холестатического синдромов.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

Абдуллаева О.И., Таджиев Б.М., Каримова З.К., Даминова М.Н., Расулова З.Д., Даминова Х.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Цель. Изучить особенности течения герпетической инфекции на фоне ВИЧ-инфекции. Материалы и методы исследования. Проведено клиническое обследование герпетической инфекции ВИЧ инфицированных 57 детей, в возрасте от 1 года до 15 лет. Мальчиков отмечалось 41(71,93%) и девочек 16(28,07%) Группу сравнения составили 23 ВИЧ инфицированных детей без герпесной инфекции, того же возраста. Лабораторные методы исследования включали проведение общего анализа крови, мочи, кала, изучение иммунного статуса, уровня CD4 клеток; Серологический: методом ИФА в крови определены антитела к ЦМВ и вирусу простого герпеса (ВПГ). Результаты. Под нашим наблюдением находилось 57 детей, в возрасте от 1 года до 15 лет, мальчиков 41 (71,93%), девочек 16 (28,07%), у 57 детей, был установлен ВИЧ положительный статус и были серологически подтверждена герпесвирусная инфекция Наблюдения и общеклинические исследования проведены на базе НИИ Вирусологии МЗ РУз. По возрасту дети распределились следующим образом: от 1 года до 6 лет – 34(59,65%) детей, от 6 лет до 10 лет – 13(22,81%) и от 10 до 15 лет – 10(17,55%) детей. При анализе полученных результатов выявлено, что наиболее чаще у ВИЧ – инфицированных без GI, встречаются сопутствующие заболевания в виде анемии в 19(82,61%) случаях, поражение нервной системы 16(69,57%), пневмонии 14(60,87%), туберкулез 10(43,48%), внутриутробной инфекции 9(39,13%), а также хронический вирусный гепатит В+С 7(30,44%), тромбоцитопения 5(21,74%), сепсис 3(13,05%), хронический вирусный гепатит С 3(13,05%), хронический вирусный гепатит В 2(8,70%), сифилис 1(4,35%). Результаты исследования показали, что простой герпес 1-го и 2-го типов встречался у 59,65–80,71% Опоясывающий герпес наблюдается у 15,79–31,58% больных с ВИЧ инфекцией и является одним из ранних маркеров иммуносупрессии. Наиболее чаще у больных с GI ВИЧ – инфицированных детей встречаются сопутствующие заболевания в виде анемии 54(94,74%), поражение нервной системы 41(71,93%) пневмонии 38 (66,67%), туберкулез 33(57,90%), токсоплазмоз 28(49,13%), внутриутробной инфекции у 26(45,62%), а также хронический вирусный гепатит В+С 24(42,11%), сепсис 20(35,09%), тромбоцитопения 15(26,32%), трихомониаз 11(19,30%), хронический вирусный гепатит С 10(17,55%), хламидиоз 7 (12,28%), сифилис 6(10,53%). Выраженность и частота клинических проявлений возрастали в зависимости от стадии герпесвирусной инфекции ВИЧ – инфицированных, по мере прогрессирования иммунодефицита. В структуре рецидивирующей герпетической инфекции были выделены следующие формы: хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ГС) - у 28(49,13%) детей, хронический рецидивирующий герпес кожи (КГ) - у 56(98,25%), хронический рецидивирующий офтальмогерпес (ОГ) - у 48(84,21%). При анализе анамнестических данных было выявлено, что 75,44% матерей обследованных детей страдали РГИ в виде кожной формы, генитального герпеса, офтальмогерпеса. В 45,62% случаев отмечались случаи заболевания в семье. Провоцирующими факторами для развития рецидивов инфекции становились переохлаждение в 61,41% случаев, инсоляция в 8,78%, психоэмоциональный стресс в 3,51%, ОРВИ в 57,90%, механическая травматизация слизистых в 7,02%, обострение аллергодерматоза в 8,78% случаев. Выводы. Таким образом, сопутствующие заболевания с формированием осложнений, с прогрессированием иммунодефицита ухудшали течение заболевания инфицированных детей, и приводили к тяжелому рецидивирующему течению герпетической инфекции ВИЧ инфицированных детей младшего возраста.

## ЭХИНОКОККОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕЦИЛОМИКОЗОМ

Абдурахимова А.Ф., Худоярова Г.Н., Муратова З.Т., Балаян Э.В.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Авторами было доказано, что грибы являются факультативными или облигатными паразитами, внутриклеточные структуры их тела (гифов) весьма скудны. Грибы в эхинококках представлены вакуолями различного размера, отдельными гранулами гликогена и единичными митохондриями. Их гифы достигают в ширину до 30-40 микрон, изгибаясь в различные стороны и отпочковываясь, формируют причудливые образования, видимо, представляющие собой в совокупности единый мицелий. Отличительной характерной структурой тела гриба является его оболочка, она существенно отличается от плазматических оболочек любых окружающих его клеток, в первую очередь своей толщиной. Целью нашего исследования являлось, ниже мы приведем описание животных с очень редкой локализацией эхинококков. Материалы и методы исследования. Эхинококкоз мозга выявлен у двух овец и у одного барана. У овцы старше 6 лет в правой теменной доле головного мозга обнаружен эхинококковый пузырь. У неё же в весьма сильной степени поражены легкие, печень, селезенка. Величина эхинококкового пузыря, находящегося в мозгу - 42x53 мм, жидкость его прозрачная, содержала сколексы. Гистологическое исследование эхинококкового пузыря показало, что стенка его состоит из двух слоев кутикулярного и герменативного. На границе кутикулярного слоя были видны гифы гриба рода *Paecilomyces*, в не больших количествах. У другой овцы 3-летнего возраста обнаружен эхинококковый пузырь в боковом желудочке головного мозга, величиной 63x73 мм. Пузырь содержал 152 мл прозрачной жидкости, которая слегка опалесцировала, а в жидкости – сколексы. В выводковых капсулах, взятых из герминативной оболочки пузыря, имелось от 17 до 24 сколексов. У 8-летнего барана на границе мозжечка и коры больших полушарий обнаружена циста

величиной 56×43 мм, заполненная жидкостью желтоватого цвета. На её стенке имеются творожистые комочки, что свидетельствует о частичной петрификации. При микроскопии сколексы не обнаружены. Затем было проведено гистологическое исследование цисты, которая содержала в большом количестве грибы рода *Raesciomyses*. В клетках гриба даже при относительно небольших увеличениях отчетливо различают три слоя – наружный и внутренний – темный осмиофильный и средний – светлый. Иногда в некоторых участках на наружном слое оболочки, обращенном в межклеточное пространство, различимо покрытие, напоминающее гликокаликс плазматической мембраны животной клетки. Контакт гифов гриба с клетками или другими структурами, как показывают морфологические картины, обсеменения материала спорами, то состояние развития мицелия указывает на длительное прижизненное персистирование гриба в структурах капсулы. Результаты исследования. Возможность пенетрирования капсулы микроорганизмами со стороны макроорганизма не должна вызывать сомнения, поскольку кровоснабжение различных структур основных слоев капсулы осуществляется через многочисленные кровеносные сосуды, которыми особенно богат фиброзно-сосудистый слой возможность пенетрации капсулы пролиферирующими элементами паразита. Фиброзная капсула эхинококковой кисты проницаема как для пролиферирующих элементов паразита изнутри капсулы, так и для микроорганизмов – паразитов снаружи капсулы, со стороны макроорганизма. Выводы. Таким образом, мы видим, что грибы рода *Raesciomyses* проникают в головной мозг, при эхинококкозе, редких локализаций, весьма сильной степени, содержащие сферулы гриба в крови животных в большом количестве.

### ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В НАЦИОНАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ АНТИМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА ИСО 15189:2012

Абдухалилова Г.К., Ким Л., Ахмедова Д.Р.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Для оптимизации и повышения качества проводимых исследований в Национальном Центре антимикробной резистентности Научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз (Центр АМР) руководством учреждения принято решение о внедрении системы менеджмента качества (СМК) в практику Центра АМР. Выбрана модель системы управления качеством на основе международного стандарта ИСО 15189:2012. Для реализации данного решения первоначально проведен оценочный аудит на адекватность (степень соответствия) Центра АМР требованиям указанного стандарта ИСО. С этой целью выполнен анализ нормативной документации и состояние действующей системы управления, определена область деятельности Центра АМР, и по результатам аудита разработан детальный план последующих мероприятий. Одним из основных условий обеспечения достоверности результатов любого лабораторного исследования является обеспечение качества его проведения в контролируемых условиях. Как неотъемлемая часть СМК в Центре АМР разработана и внедрена система контроля качества, которая включает внутрилабораторный контроль качества (ВКК) всех процессов на этапах выполнения микробиологических исследований и внешнюю оценку качества работы бактериологической лаборатории. Разработана необходимая система документации для регистрации показателей контроля, различные формы учета контроля, протоколы наблюдения и т.п. Установлены индикаторы качества для всех этапов микробиологического исследования. Мониторинг показателей ВКК проводится систематически и регулярно, путем прямого наблюдения за процессами, контроля и сопоставления записей в рабочих журналах по идентификации микроорганизмов, по постановке теста на чувствительность к антибиотикам (ТЧА), журналах приготовления и контроля питательных сред, журналах контроля процесса обеззараживания посуды, питательных сред и «обеззараживания» зараженного материала, контроля показателей окружающей среды, работы оборудования и других форм учета, а также проверки заполненных графиков работ. По результатам мониторинга регулярно проводится анализ данных системы контроля качества, с последующим обсуждением результатов, и реализацией корректирующих мер для устранения выявленных несоответствий. Для анализа данных контроля процессов показатели занесены в разработанные формы электронных таблиц (программа Excel), сформирована база данных, проведена их статистическая обработка данных. В рамках Кооперационного соглашения между CDC и НИИЭМИЗ МЗ РУз, нами составлены договора о научном сотрудничестве с пятью пилотными организациями: Клинической больницей № 1 г.Ташкента, Клинической инфекционной больницей №1 г. Ташкента, Республиканским научным центром экстренной медицинской помощи, Республиканским научно-практическим медицинским центром Педиатрии и Республиканским специализированным центром Урологии. В период с 8 августа по 20 декабря 2017года в ЦАМР на исследование из пилотных учреждений поступило 395 выделенных культур. Проведены исследования на подтверждение первичной идентификации видов микробов, постановка тестов на чувствительность к антибиотикам в соответствии с установленными требованиями в нормативных документах (СОПах). По результатам анализа данных контроля качества аналитического этапа исследований за вышеуказанный период установлено: 1) несоответствие срока исполнения исследований установленным контрольным срокам. Так, преимущественно дополнительное время потребовалось при исследованиях по идентификации культур – *Klebsiella pneumoniae* (KLEPNE), *Escherichia coli* (ESCCOL), *Pseudomonas aeruginosa* (PSEAE), *Streptococcus pneumoniae* (STRPNE). В группе так называемых «досрочно» завершённых исследований доминировала группа *Staphylococcus aureus* (STAAUR). Причем, при небольшом удельном весе в общем числе культур, именно в группе KLEPNE отмечался самый высокий процент ошибок (16%).

Затем следовали в убывающем порядке – STRPNE – 11%, STAAUR – 10%, ESCCOL – 8%, PSEAER – 5%. Учитывая возможность удлинения сроков исполнения идентификации по объективным причинам (нерабочие дни недели), проанализированы сроки исполнения по дням недели поступления объектов на исследование. При этом установлено, что этот фактор не оказал существенного влияния на сроки исполнения; 2) В сроках постановки теста на чувствительность к антибиотикам (ТЧА) в днях – выявлена задержка сроков постановки ТЧА от момента завершения идентификации возбудителя; 3) Для подтверждения правильности проведенных тестов биохимической идентификации по объему и качеству, проведен сравнительный анализ проведенных биохимических тестов в каждом случае идентификации и приготовленных питательных сред (по наименованию и количеству). При этом не выявлено несоответствия объема проведенных тестов количеству и ассортименту приготовленных питательных сред; 4). С целью подтверждения соответствия процесса идентификации требованиям, установленным в СОПах, проведено прямое наблюдение за проведением всех процедур по данному виду исследования в 16 случаях. Проведено сопоставление алгоритма практики исследований с установленными требованиями в СОПах по идентификации возбудителей. При этом установлено несоответствие текста СОПов практике: по наименованию использованных культуральных сред, по количеству снятых колоний, а также по наименованию проведенных биохимических тестов. Результаты анализа данных обсуждены со специалистами, установлены причины несоответствий, разработан план корректирующих мероприятий, определены сроки их выполнения и контроля исполнения. Таким образом, функционирование системы контроля качества позволяет повысить эффективность деятельности лаборатории Центра АМР, своевременно и оперативно устранять выявленные несоответствия.

### **ПРОБЛЕМЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В, С И Д В ОТДЕЛЕНИЯХ ГЕМОДИАЛИЗА**

Акалаев Р.Н., Арипходжаева Ф.А., Арипходжаева Г.З., Рузметов Д.В., Абдуллаев А.Н., Рашидова С.А.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Хронические вирусные гепатиты В, С и Д являются одной из важнейших медико-социальных проблем современности, что определяется их распространенностью среди разных групп населения (Ивашкин В.Т. с соавт., 2014; Блюм Х.Е. с соавт., 2015). В число отраслей медицины подверженных большому риску распространения вирусными гепатитами относятся отделения хронического гемодиализа где частые оперативные вмешательства на сосудах, непрерывный лечебный процесс, частые по жизненным показаниям гемотрансфузии обуславливают большой риск заражения вирусными гепатитами (Акалаев Р.Н., Арипходжаева Ф.А. 2015). Целью нашей работы явилось изучение распространенности заболеваемости вирусными гепатитами В, С и Д, у больных находящихся на программном гемодиализе. Обследовано 217 больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) находившихся на программном гемодиализе возрасте от 23 по 63 года. Клинический диагноз выставляется на основании анамнеза, результатов клинико-лабораторно обследования и выявления в крови HBsAg, HBeAg, anti-HCV(суммарный), anti-HDV IgM методом ИФА. Выраженность патологического процесса определялось согласно положениям приказа МЗРУз №5 05.01.2012г. Исследованиями было установлено заболеваемость ХВГВ у 14 (6,5%) больных, ХВГС у 94 (43,5%), ХВГВ+ХВГС у 12 (5,5%) больных, ХВГВ+ХВГД у 2 (0,9%) больных. При этом в группе больных ХВГВ у 11 (78,6%) выявлена умеренная и у 3 (21,4%) минимально-низкая активность патологического процесса. В группе больных ХВГС преобладали минимально-низкая активность 91 (96,8%) и у всех больных ХВГВ+ХВГС, а также ХВГВ+ХВГД выявлена умеренная активность патологического процесса. Необходимо отметить что ни в одном случае не выявлена высокая активность патологического процесса в печени, что возможно является особенностью течения хронических гепатитов у больных ХПН. Таким образом выявлено достаточное распространение гепатитов В, С и Д, у больных ХПН, что диктует необходимость разработки своевременных лечебных и противоэпидемических мероприятий в отделениях гемодиализа.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И Д**

Алиев Б.Р.

*НИИ Вирусологии МЗ РУз*

Как известно, хронические гепатиты сопровождаются фиброзом печени. Цель исследования. Изучение особенностей фиброза печени у больных хроническими гепатитами В (ХГВ) и Д (ХГД). Материал и методы исследования. Работу проводили в биоптатах печени 46 больных ХГВ и 32 больных ХГД. Давность заболевания составляла 8-15 лет. Биопсийные кусочки печени фиксировали в 10% формалине и заливали в парафин. Срезы печени окрашивали гематоксилином и эозином, а также по Маллори. Степень развития фиброза печени определяли по Metavir. Результаты исследования. Как показали результаты проведенных сравнительных гистологических исследований, при ХГВ и ХГД наблюдается развитие фиброза печени, степень выраженности которых зависит от стадии и вида заболевания. Так, в печени больных ХГВ установлено развитие фиброза печени F1 и F2: наблюдалось значительное увеличение перипортальной соединительной ткани с проникновением между дольками. В более поздних стадиях ХГВ установили образование септ. В отличие от этого, в печени больных ХГД установлен фиброз печени F2-F3 – разрастание междольковой

соединительной ткани с проникновением между дольками на значительном расстоянии, у 6 больных наблюдали начинающуюся формирование ложных долек – т.е. признаки трансформации в цирроз печени. Это свидетельствует о прогрессирующем характере ХГД. Выводы. При хронических вирусных гепатитах В и Д наблюдается развитие фиброза печени, степень выраженности которых зависит от формы и срока заболевания. Полученные результаты следует учесть при разработке этиопатогенетической терапии заболевания.

## ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНИЧКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ

Алиев А.Ш., Алиев Ш.Р., Абдурахмонова К.Р.

*Ташкентская медицинская академия*

Ряд научных концепций этиологии и патогенеза гнойничковых поражений кожи подтверждают проблемный характер определения их природы и указывают на прямую их связь с биологическим статусом организма. Нарушения, возникающие в целом организме, в ряде случаев осложняют течение воспалительного заболевания кожи, способствуют возникновению рецидивов и развитию вторичной инфекции, обусловленной условно-патогенной микрофлорой. В настоящей работе приведены результаты исследования микробного пейзажа кожи у 19 больных с гнойничковыми поражениями кожи, в частности у больных с угревой болезнью и в сопоставлении с данными микробиологического состава кожи у 21 здоровых людей без патологии кожных покровов. Результаты количественного исследования были выражены в колониеобразующих единицах КОЕ 1см<sup>2</sup>. Частоты встречаемости штаммов тех или иных видов были выражены в % по отношению к общему количеству изучаемых контингентов. У обследованных больных микрофлора со здоровым кожным покровом содержала как аэробы, так облигатные и факультативные микроорганизмы. Всего выделено 48 штаммов, из них 41 штамм принадлежал к постоянной облигатной (85,4%) микрофлоре и 8 штаммов (16,6%) – к непостоянной. Как свидетельствуют полученные данные, на коже здоровых людей доминировала грамположительная кокковая флора (70,8%). Грамположительные палочки (*Diphtheroidsp.*, *Bacillussp.*) составляли 20,8% и доля грибов и грамм-отрицательных палочек составляла по 4,2% каждого соответственно. При микробиологическом исследовании больных с гнойничковыми поражениями кожи выявлены незначительные дисбиотические изменения. Характерной особенностью этих изменений является диспропорция как количественного, так качественного состава микрофлоры кожных покровов. У больных было выделено 39 штаммов микроорганизмов. Из них 23 штамма принадлежало к постоянной облигатной (58,9%) микрофлоре, а 16 штаммов – (41,1%) к непостоянной. На фоне снижения постоянной облигатной (до 58,9% при норме 70,8%) микрофлоры у больных с гнойничковыми поражениями кожи увеличилась частота встречаемости *Staph. aureus* и *Str. ruogens* до 3,3 раза. Среди условно патогенных микроорганизмов значительно возрос рост *Candida sp.* и представителей бактерий кишечных групп (до 282 ± 57; 235 ± 110 при норме 107 ± 18; 80 ± 0,00 КОЕ1см<sup>2</sup>) соответственно. Данные показатели были достоверно выше ( $P < 0,05$ ;  $P < 0,001$ ) по сравнению с показателями здоровых. Подобное «обогащение» микробного пейзажа кожных покровов у больных с гнойничковыми поражениями кожи может быть связано с тем, что при часто повторяющихся воспалительных процессах кожи создаются благоприятные условия для роста широкого спектра условно-патогенных микроорганизмов, так как при этом резко нарушается бактерицидная активность секретов сальных и потовых желёз, происходят глубокие нарушения защитных, барьерных свойств кожного покрова. Таким образом, у больных с гнойничковыми поражениями кожи в период обострения наряду со снижением естественных обитателей кожного покрова, появились микроорганизмы, не свойственные этому биотопу: *P. aeruginosa.*, *E. coli*, *Candida sp.* и штаммы *Proteus sp.* Также увеличилось число *Staph. aureus* и стрептококков с гемолитической активностью, что создает условия для запуска иммунного ответа в отношении микробных антигенов, участвующих в воспалительном процессе.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН С 2007 ПО 2017 ГОДЫ

Альтаева А.Ж.

*Карагандинский государственный медицинский университет*

Целью настоящей работы явилось изучение эпидемиологической ситуации ВИЧ-инфекции среди детей в период с 2007 по 2017 годы в Республике Казахстан. Материалами и методами явились данные с Республиканского Центра Борьбы со СПИД Министерства Здравоохранения Республики Казахстан, доклад о положении детей в Республике Казахстан Министерства образования и науки. Использован метод эпидемиологического анализа- ретроспективный и текущий. Результаты. В Республике Казахстан по состоянию на 31 декабря 2017 года число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных детей составило 517 от 1 до 18 лет, что составило 0,009% от общего количества детей в Республике Казахстан. Преобладающее количество детей приходится на возраст от 7 до 14 лет и составляет 339 детей или 65,5%, на втором месте от 4 до 6 лет- 63 ребенка или 12,7%, затем на долю от 15 до 18 лет- 58 детей или 11,2% и на возраст от 1 до 3 лет приходится 57 детей или 11,02% от общего количества зарегистрированных ВИЧ-инфицированных детей по республике. По половому признаку преобладают мальчики- 287 против 230 девочек. Показатель прироста болезни у детей от 0 до 14 лет к 2017 году составил 0,1%, что составило на 6 случаев больше, чем в

предыдущем 2016 году. 6 случаев были зарегистрированы в Алматинской области, 3 случая в Северо-Казахстанской области, 4 случая в городе Алматы и 2 случая в городе Астана. Уменьшение выявления за данный период наблюдались в Актюбинской минус 1 случай, минус 3 случая в Восточно-Казахстанской, минус 1 случай в Костанайской, минус 2 случая в Павлодарской и минус 2 случая в Южно-Казахстанских областях. Оценивая динамику по данным Республиканского Центра Борьбы со СПИД Министерства Здравоохранения Республики Казахстан, в течение последних 10 лет (с 2007 по 2017 гг.) в проявлениях эпидемического процесса ВИЧ-инфекции у детей произошли значительные изменения: в 2007 году впервые выявленных было 129 детей, причиной такого массового явления у детей явилось- парентеральный путь заражения в медицинских учреждениях. Начиная с 2008 года отмечается некоторое снижение выявления новых случаев до 84, а в последующие годы наблюдается четкая тенденция к уменьшению. В 2009 году было зарегистрировано 36 новых случаев ВИЧ-инфицирования у детей, а в 2014 году лишь 1 случай, что является рекордно низким значением за все годы наблюдения, начиная с 2007 по 2017 годы. В период с 2007 по 2013 годы заболеваемость снижается, а начиная с 2014 года она незначительно растет каждый год: 2014 год-0,02; 2015 год-0,07; 2016 год-0,69 и 2017 год-0,80 на 100 тысяч населения. Выводы. Таким образом, в Республике Казахстан проводится тщательный мониторинг заболеваемости ВИЧ-инфекции у детей. В настоящее время заболевание находится в концентрированной стадии. Ежегодно отмечается прирост новых случаев болезни. Лидирующее положение в 2017 году по заболеваемости занимает Алматинская область, на втором месте Южно-Казахстанская область, на третьем месте Карагандинская область и на четвертом месте Павлодарская область. Преобладают дети в возрасте от 7 до 14 лет, что составляет 65,5% от общего количества детей и подростков. В целом среди ВИЧ-инфицированных детей преобладают мальчики.

## **ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА В КАЗАХСТАНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ, НОВЫЕ ВЫЗОВЫ, УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

Амиреев С., Саттаров А.И., Кусаинова А.Ж.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан*

Цель работы. Осветить ощутимые достижения, выделить наиболее актуальные приоритетные и перспективные направления иммунопрофилактики, возникающие вызовы и пути их решения. Материалы и методы. Проанализированы достигнутые результаты плановой вакцинации в Республике Казахстан, определены упущенные возможности и пути их преодоления. Результаты. По мнению специалистов ВОЗ и Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC, США) вакцинация считается одной из эффективных мер предупреждения актуальных инфекционных заболеваний, наряду с обеспечением населения чистой питьевой водой. В Республике Казахстан плановая вакцинация является ключевым звеном в системе охраны общественного здоровья, и она реализуется в рамках государственной политики (Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», глава 25, статья 156 и ряда Постановлений Правительства Республики Казахстан), где четко указаны, что профилактические прививки, включенные в Национальный календарь, бесплатные, проводятся на добровольной основе с согласия граждан; возможен отказ от вакцинации, который оформляется письменно. Задача медицинского работника – информирование родителей и/или самого прививаемого об инфекции, ее возможных осложнениях в случае заражения, а также о том, что непроведение прививок нарушает права ребенка на жизнь и здоровье, провозглашенные Венской декларацией (1993 г) и Всемирной медицинской ассоциацией, принятой в г. Оттава (1998 г.). В соответствии с Национальным календарем профилактических прививок в Казахстане проводится плановая вакцинация против 21 нозологической формы инфекции. Достигнуты существенные ощутимые Результаты. с 2009 г не регистрируется полиомиелит, включая и вакцино-ассоциированную паралитическую форму. Также не регистрируется дифтерия (с 2009 г), чума (с 2010 г), острый вирусный гепатит В среди детей до 14 лет (с 2013 г), резко снизилась младенческая смертность (на треть с начала плановой прививки с 2010 г.) от пневмококковой инфекции (с 2015-2017 гг), резко снизилась заболеваемость краснухой эпидемическим паротитом, коклюшем до 0,01 на 100 тыс. населения (за исключением вспышки в 2014-2015 гг.). В перспективе планируется включить в Национальный календарь профилактических прививок вакцинацию против ротавирусной инфекции, ветряной оспы, а также плановой вакцинации девочек-подростков 11-13 лет против папилломавирусной инфекции, вызывающей карциному шейки матки и других аногенитальных органов. Несмотря на очевидные достижения вакцинопрофилактики все еще возникают новые вызовы и упущенные возможности. Приведем несколько примеров: в 2013 г. в мире от кори погибли 145 тыс. человек или 400 человек в день, 16 человек в час. Все эти люди не были привиты из-за отказа от плановой вакцинации по разным мотивам, в т.ч. усиления антивакцинальной пропаганды при низкой эффективности информационной работы со стороны медицинских работников, особенно на уровне ПМСП. В Республике Казахстан этой инфекцией заболели в 2014-2015 гг более 2 тыс. человек, почти все они были непривитые. В мире ежегодно регистрируют до 2,5 млн врожденных уродств, связанных с перенесенной матерью краснухой. В 90-х годах в странах СНГ заболело более 120000 человек дифтерией из-за низкого охвата прививкой АКДС, в том числе 143 случаев летальных исходов в Чечне, 1105 заболевших в Казахстане, из них 66 умерли. Зарегистрирована эпидемия полиомиелита в 2009 г. в Таджикистане, ранее имевшим «благополучный» по этой инфекции. Эпидемия коклюша в Японии (более 35000 заболевших). Во всех случаях причиной вспышек явились отказы от плановой вакцинации. Во всех случаях путями преодоления указанных вызовов является усиление информационной работы населения. Она должна быть

настойчивой доступной, достоверной, взвешенной, объективной, конкретной, правдивой, аргументированной, ясной и понятной для населения. Задачей медицинского работника, помимо вышеприведенного, заключается в том, чтобы разрешить сомнения, уменьшить неоправданный страх перед вакцинацией. Важно, чтобы в данной работе принимали участие представители неправительственных организаций, СМИ, создание с ними партнерских отношений.

### ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Анваров Ж.А.<sup>1</sup>, Ахмедова М.Д.<sup>1</sup>, Абдиев Ф.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ташкентская медицинская академия,

<sup>2</sup>НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева

Узбекистан издавна является эндемичной территорией по кожному лейшманиозу (КЛ), выявляется как антропонозный, так и зоонозный КЛ, вызываемые соответственно *Leishmania tropica* и *Leishmania major*. Иммунная система обуславливает защиту от микропаразитов (вирусы, бактерии) и макропаразитов (одноклеточные Protozoa и многоклеточные Metazoa). У человека приобретенная резистентность к *L. major* опосредована Th1 иммунным ответом [Tripathi P, et al., 2007]. Отличительной чертой гельминтозов является выраженный Th2 –ответ, что продемонстрировано и на экспериментальных моделях, и при заболеваниях человека [Maizels et al., 2012]. Оппозитный характер протективного иммунного ответа при лейшманиозе и гельминтозах предполагает негативное влияние последних на течение лейшманиоза. 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 этиологическую структуру кишечных паразитозов (КП) у больных КЛ и оценка их влияния на уровень цитокинов. Материалы и методы. Обследовано 60 больных КЛ в возрасте от 23 до 53 года. Контрольная группа для определения ИЛ-4 и ИФН-γ включала 15 здоровых лиц аналогичного возраста. Паразитологическое обследование проводили методом трехкратной копроскопии с использованием формалин-эфирного обогащения. Уровень ИФН-γ и ИЛ-4 определили с помощью "sandwich" - варианта твердофазного иммуноферментного анализа с соответствующими наборами реагентов ЗАО "Вектор-Бест" (Новосибирск, Россия). Статистическую обработку результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты и обсуждение. У больных КЛ диагностированы следующие кишечные паразитозы: *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*, *Hymenolepis nana* и *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 сывороточного ИЛ-4 у больных КЛ без паразитозов составил  $10,3 \pm 1,5$  пг/мл, у больных КЛ+кишечные паразитозы –  $21,3 \pm 4,5$  пг/мл, при  $2,6 \pm 0,4$  пг/мл у здорового контроля ( $P < 0,05$ ). Уровень ИФН-γ у больных КЛ без паразитозов составил  $14,4 \pm 1,2$  пг/мл, у больных КЛ+кишечные паразитозы –  $7,2 \pm 0,9$  пг/мл, при  $24,1 \pm 2,9$  пг/мл у здорового контроля ( $P < 0,05$ ). Таким образом, зараженность кишечными паразитами у больных КЛ составила 55%, что в 1,6 раза превышала аналогичный показатель у населения Самарканда. Сопутствующие паразитозы приводили к достоверному повышению уровня ИЛ-4, что по данным литературы является маркером прогрессирования и пролонгации патологического процесса, а уровень ИФН-γ было достоверно ниже у больных с КП, что указывает на необходимость паразитологического обследования больных КЛ с последующим лечением выявленных кишечных паразитозов.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ECHINOCOCCUS GRANULOSUS

Мамедов А.Н., Сувонкулов У.Т., Саттарова Х.Г., Садиков З.Ю., Ачилова О.Д., Муратов Т.Д.

НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева

Цистный эхинококкоз представляет серьезную медицинскую и социальную проблему во многих странах мира, где сохраняются большие эндемические очаги и наблюдается рост числа заболевших. Так как Узбекистан находится в одном из эндемичных по эхинококкозу регионов в мире, ежегодно заболевание наносит ощутимый урон здоровью населения и экономике республики. Вследствие отсутствия специфических клинических признаков, эхинококкоз чаще диагностируется при случайном ультразвуковом или рентгенологическом обследовании больных по поводу других патологий. Из-за поздней диагностики, большинство пациентов нуждаются в оперативном вмешательстве. Диагностика на ранней стадии эхинококкоза даёт возможность своевременно начать консервативное лечение и избежать хирургического вмешательства. Проблема диагностики и лечения цистного эхинококкоза остается актуальной. Цель исследования. Изучить эффективность ультразвукового обследования населения на цистный эхинококкоз в Самаркандской области. Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 3740 жителей Пайарыкского района Самаркандской области, в возрасте от 6 лет и старше. Интенсивный показатель по цистному эхинококкозу в данном районе был выше, чем в других районах Самаркандской области и составил 5,5 на 100,000 населения. В качестве метода обслед-

дования использовано ультразвуковая сонография. Результаты исследования. В результате проведённого обследования были выявлены 17(0,45%) больных с цистным эхинококкозом. Из них изолированное поражение печени диагностировано у 11(0,29%), сочетанное поражение селезёнки и печени у 3(0,08%) и 1(0,03%) с локализацией в поджелудочной железе. Размеры кист от 0,7х1,2 см до 5,5х6,3 см. Все 17 больных на момент обследования считали себя здоровыми и жалоб не предъявляли. Выводы. Таким образом, ультразвуковое обследование паренхиматозных органов при диагностике *Echinococcus granulosus* населения в регионах с высоким интенсивным показателем заболеваемости цистного эхинококкоза, способствует раннему выявлению заболевания и проведению своевременного консервативного лечения.

### **ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОБЛОТИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ БАКТЕРИОЗОВ (НА ПРИМЕРЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА, МИКОБАКТЕРИОЗА, КЛОСТРИДИОЗА И БРУЦЕЛЛЕЗА)**

Арипова Т.У., Поляруш С.В., Хасанова Л.Н., Саибназаров А.Ш., Рыскулов Ф.Т.,

Насриддинов У.К., Ташмухамедова М. Р.

*Республиканский научный центр Иммунологии МЗ РУз*

Иммуноблотинговая детекция антигенов ряда возбудителей широко используется за рубежом и характеризуется высокой чувствительностью, специфичностью и в ряде случаев имеет важную прогностическую значимость, поскольку позволяет проводить дифференцирование антигенов близкородственным организмов и их штаммов. Цель работы наладить и отработать методы иммуноблотинговой детекции хеликобактериоза, микобактериоза, клостридиоза и бруцеллеза среди пациентов различных групп для расширения возможностей клинической иммунодиагностики. Материал и методы исследования. В период с 2015-май 2018 года обследовано 500 пациентов с нарушением пищеварения на наличие хеликобактериоза; 40 пациентов на наличие микобактериальной инфекции, в том числе вне легочной локализации; 25 детей на наличие токсин-продуцирующих клостридий и 25 пациентов с подозрением на бруцеллез. У пациентов было также проведено стандартное обследование, часть пациентов обследована согласно хоздоговору на базе клинике «Саховат». Результаты. Согласно полученным данным с помощью иммуноблоттинга были выявлены специфические антигены *H.pylori* в 385 образцах. Чувствительность иммуноблота в среднем составила 40-70 пг антигена на образец, что на порядок выше ИФА метод. Наиболее распространенными антигенами среди локальных штаммов *H.pylori* явились антигены *saqA* (2,6% случаев), *vacA* (2,9 % случаев), *flaB* (35,6% случаев), *ureB* (58,9 % случаев). Следует отметить, что *saqA* и *vacA* - антигены характерны для штаммов хеликобактерий I-го генотипа (при затяжном течении формируется гастрит с язвенной болезнью желудка с онкоперерождением). В тоже время *flaB* и *ureB*- антигены характерны для штаммов хеликобактерий II- го генотипа (вызывают гастриты, дуодениты и т.д. и как правило обуславливают доброкачественное течения инфекции). В отношении микобактериальной инфекции выполнено определение антител к микобактериальным антигенам ESAT-6 (6 кДа), MT38 (38 кДа), CFP10 (11кДа)). Определяемые антигены были слотированы (блотированы) на нейлоновую мембрану в виде трехступенчатого ряда, в котором каждая ступенька соответствовала определенному антигену микобактерий в зависимости от молекулярной массы антигенов. При анализе полученных образцов от пациентов методом иммуноблоттинга положительные результаты дали 97% образцов, 1 %- дали сомнительный результат и 2% - отрицательный. Однако, профиль антител к изучаемым трём микобактериальным антигенам существенно различался среди групп пациентов и обуславливалось рядом факторов. В среднем чувствительность иммуноблоттинга на микобактериальные антигены составила не менее 97%, а специфичность находится в интервале 75-80 %. Так же в исследовании методом иммуноблоттинга проводится определение клостридиальных токсинов и изучается атительный профиль пациентов к различным антигенам при бруцеллезе. Выводы. Использование иммуноблотинговой детекции значительно повышает выявляемость ряда бактериозов. Посредством иммуноблоттинга имеется возможность проводить дифференцированную диагностику генотипов хеликобактерий, форм микобактериозов и качественно повысить выявление токсин-образующих клостридий, а также распознавание бруцеллеза.

### **ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С**

Арипходжаева Г.З., Рашидова С.А.

Актуальность. Любой патологический процесс, в том числе при вирусном гепатите С, сопровождается повышенным образованием свободных радикалов и связанное с этим усиление процессов пероксидации липидов, что сопровождается нарушением свойств биологических мембран и нарушением функционирования клеток. Основную функцию защиты при активации процессов липопероксидации выполняет антиоксидантная система клеток, недостаточность которой становится одним из факторов активации прооксидантных реакций в организме. Цель. Изучить состояние процессов липопероксидации во взаимосвязи с активностью патологического процесса у больных хроническим гепатитом С (ХГС). Материалы и методы. Обследовано 47 больных ХГС от 20 до 50 лет и 10 практически здоровых людей с отсутствием маркеров гепатитов. Клинический диагноз выставлялся на основании анамнеза, результатов клинико-лабораторного обследования и наличия у больного анти-HCV (ИФА) и РНК- HCV (ПЦР). На основании рекомендаций приказа МЗ РУз №5 от 5 января 2012г. степень активности патологического процесса определялась по выраженности цитолитического синдрома, по уровням АЛТ и АСТ: минимальная – 1,5-2 выше нормы; низкая – 2-3 раза выше

нормы; умеренная – от 3 до 5 выше нормы; выраженная - выше 5 норм. Состояние процессов липопероксидации - прооксидантной системы изучали по содержанию как первичного продукта ПОЛ – диеновые кетоны и конъюгаты (ДК) (Гаврилова В.Б. и соавт., 1984), так и вторичного - малоновый диальдегид (МДА) (Л.И.Андреевой и соавт., 1988). Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ Statistica 6.0 Microsoft и применением t-критерия Стьюдента. Результаты и обсуждения. Анализ полученных результатов показал, что ни у одного больного показатели цитолиза не превышали нормы более, чем в 5 раз и были зарегистрированы только минимальная (20 больных), низкая (17 больных) и умеренная (10 больных) степени активности патологического процесса. При этом у всех обследованных больных активизируется прооксидантная система. Так отмечают достоверно высокие по отношению к контролю показатели как первичных продуктов ПОЛ – диеновых кетонов ( $0,32 \pm 0,03$  и  $0,67 \pm 0,06$  ед/мл соответственно) и диеновых конъюгатов ( $1,07 \pm 0,06$  и  $1,86 \pm 0,12$  ед/мл соответственно), так и вторичного – МДА ( $2,50 \pm 0,05$  и  $3,76 \pm 0,44$  нмоль/л). Достоверных различий этих показателей между группами больных с различной степенью активности патологического процесса не выявлено. Таким образом, в группе обследованных больных ХГС отмечается повышение уровней как первичных продуктов ПОЛ – диеновых кетонов, диеновых конъюгатов, так и вторичного - МДА и отсутствие взаимосвязи этих показателей со степенью активности патологического процесса.

### ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ШТАММОВ E.COLI ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ ПРОБ ОТ ТУШЕК КУР

Ахмедов И.Ф., Абдухалилова Г.К., Бектимиров М.Т.

*НИИ Эпидемиологии микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Применение антибиотиков у сельскохозяйственных животных – для лечения и профилактики болезней или в качестве стимуляторов роста – позволяет устойчивым бактериям и генам резистентности передаваться через пищевую цепь от сельскохозяйственных животных к людям. Во многих странах антибиотики применяются у животных даже в больших масштабах, чем у людей. Чрезмерное применение антибиотиков у сельскохозяйственных животных имеет серьезные последствия для общественного здравоохранения, так как способствует появлению устойчивых к антибиотикам бактерий и генов резистентности, которые могут быть переданы людям. Цель. Определить чувствительность к антибактериальным препаратам штаммов E.COLI (представители нормальной микрофлоры кишечника), выделенных из образцов тушек кур. Материалы и методы. Было исследовано 21 образец проб от 32 дневных цыплят. Всего выделено 16 штаммов E.coli, с которыми в последующем проводились исследования по чувствительности к антибиотикам. Забор образцов для микробиологического исследования проводился в соответствии с нормативным документом; ISO 7218, (Микробиология пищевых продуктов и кормов для животных. Общие требования и рекомендации для микробиологических исследований). Для определения чувствительности к антибиотикам использовались коммерческие стандартные диски с антибиотиками (производство HiMedia, India): ампициллин, хлорамфеникол, гентамицин, цефуроксим, цефепим, цефтазидим, цефотаксим, доксициклин, ко-тримоксазол, ципрофлоксацин. Постановка чувствительности проводилась диско - диффузионным методом по стандартам CLSI. Результаты. Резистентных штаммов E.coli к цефуроксиму, цефтазидиму, цефепиму, цефотаксиму не обнаружено (промежуточных к цефуроксиму-12,5%, цефтазидиму-37,5%, цефепиму– 18,7% соответственно). 100 % штаммов E.coli были чувствительны к цефотаксиму. Штаммов E.coli, чувствительных к котримоксазолу не выявлено; 25,0% штаммов были промежуточными, 75,0% - резистентными. К ципрофлоксацину отмечена высокая резистентность – 81,2% штаммов E.coli (12,5% - промежуточные). Более половины изученных штаммов E.coli были резистентными к ампициллину (68,7%), доксициклину (75,0%), котримоксазолу (75,0%). Таким образом, изучение антибиотикочувствительности штаммов E.coli от кур показало высокую чувствительность к цефалоспорином 2-4го поколения, (цефуроксиму-85,7%, цефтазидиму-62,5%, цефепиму-81,3%, цефотаксиму-100%), к аминогликозидам-50,0%. Отмечается высокая резистентность к фторхинолонам – 81,2%.

### СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

Ахмедов Ш.К., Орипов Р.А., Жураева Ф.Ф.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель. Изучить эффективность метода терапии аногенитальных бородавок с учётом применения нового препарата панавира. Материалы и методы. Двадцать пять больных с диагнозом аногенитальные бородавки (23 женщины и 2 мужчин, средний возраст 28,5 лет) по дизайну клинических испытаний получали препарат панавир 0,004%-5 ml внутривенно струйно № 5 (первые три инъекции вводились с интервалом 48 часов, две последующие инъекции с интервалом - 72 часа). Перед проведением лечения больные были осмотрены терапевтом и гинекологом (урологом), проведены необходимые лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови). У всех больных наличие вируса папилломы человека подтверждено методом ПЦР. Эффективность терапии контролировалась через 1,3 и 6 месяцев. Оценивались: переносимость препарата, результат после проведенного лечения. Результаты. У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, которые проявлялись субфебрильной температурой, явлениями тошноты и головной болью. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения. В процессе наблюдения через 1 месяц у 5 пациентов (20%) полностью исчезли клинические проявления. У 19

пациентов (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У одного (4%) отсутствовала динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, а у остальных - 15 пациентов (60%) отмечался регресс высыпаний. Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) полностью исчезла клиническая картина аногенитальных бородавок. У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у одного - рецидив высыпаний. В контрольных исследованиях методом ПЦР у 23 пациентов (92%) получен отрицательный результат. У одного пациента, с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у одного пациента без клинических проявлений тоже получен положительный результат. При повторном определении иммунного статуса у 6 пациентов из 7, имевших отклонения в иммунном статусе, отмечалась его нормализация и у одного пациента - улучшение. Выводы. Панавир является эффективным препаратом для лечения больных аногенитальными бородавками, о чем свидетельствует отсутствие клинических проявлений и отрицательная ПЦР на ВПЧ в 92% случаев. В подавляющем большинстве (92%) панавир хорошо переносится больными. Следует также отметить положительный иммуномодулирующий эффект препарата.

## МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ахмедов Ш. К., Алиева Ш. И., Нуруллаева А. А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Оптимизировать лечение чесотки с учётом клинической картины у детей раннего возраста. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 28 детей первых лет жизни с диагнозом «чесотка». Из них 17 случаев заболевания подтверждены обнаружением чесоточного клеща при лабораторном исследовании, 11 детям проводилось лечение *ex juvantibus*. Средний возраст пациентов составил  $1,2 \pm 0,3$  года (34,30% - мальчики, 65,70% - девочки). Сроки, прошедшие от момента появления первых симптомов до момента установления диагноза, составляли от 3 недель до 7 месяцев. Результаты. Распространенный, полиморфный характер наблюдались у большинства детей с преобладанием гиперемии, экссудации, мокнутия. Во всех случаях отмечалось поражение ладоней и подошв. Более чем в половине случаев высыпания локализовались на лице и волосистой части головы. Поражения ногтей зафиксированы не были. На основании клинической картины первоначально детям выставлялся диагноз атопического дерматита или экземы. Неосложненная чесотка наблюдалась в 79,13% случаев. У 20,87% больных процесс был осложнен вторичной пиодермией, в 9,17% случаев отмечены элементы постскабиозной лимфоплазии. У 11,82% пациентов чесотка сочеталась с другими дерматологическими заболеваниями (экземой, атопическим дерматитом) в результате чего среди клинических проявлений доминировали симптомы основного патологического процесса, что сильно затрудняло диагностику заболевания. В отраслевом стандарте «Протокол ведения больных чесоткой» для лечения детей первых лет жизни рекомендованы препараты Спрегаль и Бензилбензоат. Бензилбензоат для лечения детей использовался в 4,3% случаев, в 95,7% случаев был использован препарат Спрегаль. Преимущество препарата заключалось в возможности его использования в любой возрастной период, отмечается высокая комплаентность и переносимость препарата, наиболее приемлемый для пациента, по сравнению с другими скабиоцидами, курс лечения. При неосложненной чесотке больным назначалась однократная обработка Спрегалем. Больным с осложненным процессом и длительностью заболевания более месяца проводилась двукратная обработка. В ряде случаев дополнительно назначались антигистаминные препараты, анилиновые красители, антибиотики. При неосложненной чесотке после однократной обработки аэрозолем зуд и высыпания регрессировали на 4-7-й день лечения. У пациентов с осложненной чесоткой или длительным течением заболевания симптомы проходили на 11–15-й день от начала лечения. Постскабиозный дерматит был отмечен только в одном случае. Вывод. Данные результаты указывают что аэрозоль Спрегаль является препаратом выбора для лечения чесотки у детей первых лет жизни.

## НЕКОТОРЫЕ СВЕДЕНИЯ О КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗАХ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ

Ахмедов Ш. К., Нуруллаева А. А., Курбонов Ш. И.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Глисты - это многочисленный отряд паразитических червей, которые живут за счет животных и растений, питаясь и размножаясь внутри организма донора. Человек – не исключение. По статистике каждый третий житель Земли инфицирован червями-паразитами. Предполагается, что нет ни одного взрослого человека, за жизнь которого у него не поселилось бы в организме ни одного глиста. Глистная инвазия – это паразитарное заболевание, возникает как следствие проникновения гельминтов в организм человека. Паразиты в процессе своей жизнедеятельности провоцируют различную симптоматику – головные боли, тошнота, нарушение работы пищеварительного тракта, расстройство сна и прочие симптомы. Организм человека на такое явление может отреагировать по-разному – например, у пациента стремительно возрастает количество эозинофилов в крови. То есть защитных клеток, которые вызывают защитную

реакцию организма на какие-либо раздражители (в данном случае это продукты жизнедеятельности паразитов). В результате этого на коже больного могут быть прыщи от глистов, появится крапивница, а также различные высыпания на лице и других частях тела. Данное состояние человека угнетается тем, что на фоне инфицирования в человеческом организме повышается выработка иммуноглобулина Е, а он обеспечивает более активное проявление аллергии от глистов. Паразитируя в организме, гельминты выделяют огромное количество токсинов, провоцируя проявление аллергии, поэтому внезапная сыпь на коже может быть реакцией организма на паразитов. Паразитические проявления на коже вызывают зуд (особенно при острицах, когда паразиты выходят наружу), бывают в виде угрей, крапивницы, папиллом, фурункулеза, экземных высыпаний. Чтобы начать лечение кожи, сначала необходимо выявить наличие проблемы, а затем избавиться от глистов. Есть 4 основных разновидности глистов, которые могут вызывать высыпания. Это аскариды, острицы, лямблии и ленточные черви. Аскариды. Заражение аскаридозом происходит после контакта животными, прогулок и употребления немытых фруктов и овощей. В этом варианте появляется сыпь в виде небольших красных пятен. Они похожи на крапивницу. Без своевременного лечения эта сыпь распространяется на слизистую и по всему телу. Возникает сильный зуд. Острицы. Они появляются из-за контакта с зараженным человеком. Также можно заразиться из-за вдыхания уличной пыли. Или после употребления овощей и фруктов, которые не прошли термическую обработку. В этом случае болезнь называют энтеробиозом. Сама сыпь может выглядеть по-разному, но заметны обширные покраснения и отеки. Лямблии. Лямблиоз начинается, если простейшие черви лямблии поражают тонкую кишку. В период, когда они активно размножаются, происходит тяжелое отравление организма. Это рано или поздно сказывается на состоянии кожи. Число высыпаний неумолимо растет, а цвет лица становится бледным. Возможно, несколько видов угрей. Среди них: крапивница, волдыри, обширные дерматозы, сопровождающие болезненным зудом, подкожные прыщи. Ленточные черви. Ленточный червь вызывает интоксикацию, она проявляется в виде кожной сыпи или грибкового поражения. Кожа сильно шелушится и увядает. Из-за печени, которая уже не может справиться с отравлением, все последствия отражаются на состоянии кожного покрова.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ**

Ахмедова Д.Р., Абдухалилова Г.К., Ташпулатова М.К.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

В целях получения научно-обоснованных данных о распространённости и статусе проблемы устойчивости к антимикробным препаратам (УАП) и внедрения эффективных стратегий по контролю и профилактике УАП в Республике Узбекистан создан Национальный Центр Антимикробной резистентности (ЦАМР) при Научно-исследовательском институте эпидемиологии МЗ РУз. В рамках исследования, нами составлены договора о научном сотрудничестве с двумя пилотными организациями: с клинической больницей г. Ташкента №1 и с инфекционной больницей г. Ташкента №1. В пилотных организациях проводились микробиологические исследования крови. Выделенные культуры из крови для подтверждения и для определения чувствительности к антимикробным препаратам отсылались в ЦАМР. Сбор материала по изучению чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам начат с 1 августа 2017 года. По плану проекта все поступившие культуры проходили верификацию и проводились микробиологические исследования постановки чувствительности к антимикробным препаратам согласно представленному протоколу. За период с 1 августа по 20 декабря 2017 было проведено 141 исследование – идентификация и постановка тестов на чувствительность микроорганизмов (ТЧМ) следующих видов: *Streptococcus pneumoniae* (STRPNE) – 14, *Staphylococcus aureus* (STAAUR) – 33, *Escherichia coli* (ESCCOL) – 64, *Klebsiella pneumoniae* (KLEPNE) – 18, *Pseudomonas aeruginosa* (PSEAEER) – 12. В результате исследований, оказалось, что штаммы *Klebsiella pneumoniae* имеют резистентность к 9 из 10 тестируемых антимикробных препаратов, резистентность варьирует от 39 до 95%. Только к карбопенемам (имипенем) сохраняется 100% чувствительность. Среди штаммов *Escherichia coli* наблюдалась устойчивость к шести из десяти тестируемых антибиотиков. Высокая резистентность наблюдалась по отношению к антибиотикам β-лактаманного ряда и фторхинолонового ряда. Так *Escherichia coli* резистентны к антибиотикам β-лактаманного ряда: к ампициллину в 78,1%, к амоксиклаву - 65,6%, цефотаксиму - 57,8% и к цефтазидиму в 50,0% случаев. Так же, штаммы *Escherichia coli* резистентны к ципрофлоксацину в 56,25%, и левофлоксацину в 54,7% случаев. Прослеживается тенденция к увеличению резистентных штаммов по отношению к аминогликозидам, так к гентамицину в 29,7%, и к амикацину в 3,1% случаев. Все штаммы *Escherichia coli* чувствительны к карбапенемам, т.е. к имипенему в 100%, но к меропенему уже встречаются резистентные штаммы в 7,8% случаях. Проведя анализ чувствительности *Staphylococcus aureus* к антимикробным препаратам, мы видим высокую чувствительность выделенных штаммов к семи тестируемым антибиотикам. В связи с малой выборкой исследуемых штаммов *Pseudomonas aeruginosa* – 12 и *Streptococcus pneumoniae* – 14, анализ данных не проводился. Таким образом, среди тестируемых штаммов *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae* выделяются штаммы устойчивые к антибиотикам β-лактаманного ряда от 50,0% до 94,4% случаев, что свидетельствует о широком использовании этого класса антибиотиков в ЛПУ. Однако же, *Staphylococcus aureus* обладает высокой чувствительностью к тестируемым антибиотикам.

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Ахынбекова Ә., Абдрахманова Ж., Ауезханов С., Юсупова А., Есемурат Н., Раимкулов Г., Абдухаимов Б.

*ИР; ЮКМА, г. Шымкент; Республика Казахстан*

Актуальность темы. В Южно-Казахстанской области на фоне общей высокой заболеваемости бруцеллезом (9,96 на 100.000. населения) отмечаются случаи выявления бруцеллеза у беременных женщин и грудных детей. Бруцеллез, как тяжелая системная инфекция, зачастую с хроническим течением и агрессивной этиотропной терапией оставляет неизгладимо тяжелый след на здоровье беременных и их детей. Цель и задачи. Улучшение ранней и дифференциальной диагностики заболевания, тактики ведения у беременных женщин и грудных детей. Материалы и методы исследования. Проанализированы материалы из историй болезней грудных детей, с подтвержденным бруцеллезом, госпитализированных в ГИБ. Результаты и обсуждения. Рассмотрены случаи бруцеллеза у детей в возрасте 5 и 6,5 месяцев, находящихся на грудном вскармливании. При поступлении отмечена характерная клиника бруцеллеза: лихорадка, потливость, вялость, ухудшение сна, аппетита, бледность кожных покровов, гепатоспленомегалия, микрополиаденопатия. В обоих случаях матери болели во время беременности бруцеллезом, получали этиотропную терапию. Родили детей в срок, но у детей имелись пороки развития. В первом случае у ребенка развился недифференцированный гепатит, на УЗИ недоразвитие ЖВП, во втором случае множественные кисты почки, ребенку в возрасте 1 месяц, удалили почку. При обследовании положительная реакция Хеддельсона; реакция Райта резко положительная 1:800 в первом случае, и 1:100 во втором. Также у обоих детей положительный анализ на гемокультуру-Br. melitensis. ИФА на бруцеллез: обнаружены положительные IgM; IgG. ОАК –анемия средней тяжести. В первом случае ребенок получил стандартную схему этиотропной терапии, с улучшением выписан на этап амбулаторного долечивания, рекомендована консультация детского хирурга. Мать второго ребенка на фоне улучшения состояния, забрала его под расписку, не завершив лечение. Выводы. При проведении диагностики длительно лихорадящих детей, важно учитывать эпиданамнез, эпидситуацию местности, особенности клиники данного заболевания у детей, проявления атипичного течения болезни, проводить расширенный лабораторно- диагностический поиск, повысить ответственность матерей, больных бруцеллезом, за здоровье детей и соблюдать комплаентность при лечении. Данные клинические примеры демонстрируют вероятность как внутриутробного, так и алиментарного при естественном вскармливании, заражения.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ачилова М.М., Раббимова Н.Т., Тиркашев О.С., Матякубова Ф.Э., Муминова Ш.Ш.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно в мире около 2 млрд. человек переносят острые кишечные инфекции. При этом заболеваемость кишечными инфекциями у детей в возрасте до 14 лет в несколько раз выше, чем у взрослых и основная масса летальных исходов также наблюдается именно в этой возрастной группе. Большая часть ОКИ приходится на кишечные инфекции бактериальной этиологии. Высокий уровень заболеваемости обусловлен не только многообразием источников и путей, но и распространением антибиотико-резистентных штаммов. Целью исследования явилось определить характерные клинико-эпидемиологические особенности течения ОКИ бактериальной этиологии. Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ историй болезней больных, находившихся на стационарном лечении в клинической инфекционной больнице города Самарканда за период с 2015 по 2017 годы. В течение этого временного промежутка в кишечном отделении на стационарном лечении находились 10 493 больных, из них у 78 (0,74%) установлен шигеллез, у 89 (0,84%) сальмонеллез, у 1343 (12,8%) ОКИ, вызванные условно-патогенной флорой. Из них заболевание было вызвано *Pseudomonas aeruginosa* в 186 (13,8%), *S. aureus* в 429 (31,9%), *E. coli* в 3 (0,2%), *B. klebsiella* в 152 (11,3%), *Pr. mirabilis* в 111 (8,3%), *Pr. vulgaris* в 3 (0,2%), *Str. pneumoniae* в 18 (1,3%) *Citrobacter* в 246 (18,3%), *Enterobacter* в 195 (14,5%) случаях. По возрастному составу дети до 1 года составили 34%, 1-3 года 31,9%, 4-7 лет 11%, дети 8-11 лет 11,1%, 12 лет и старше 12%. Среди них мальчики составили 62%, девочки 38%. Большинство случаев приходилось на летне-осенний сезон года. Больные поступали в первый день заболевания в 29% случаев, на 2-3 день в 46% случаев, на 4-6 день 21% и более позднее поступление наблюдалось в 4% случаев. Острое начало заболевания с повышения температуры тела наблюдалось у большинства больных (92%). Длительность лихорадки составила 1-2 дня у 32%, 3-5 дней у 57% и более у 11% больных. Повышение температуры тела до 38°C отмечалось в 12%, 38°-39,5°C в 81%, выше 39,5°C – в 7% случаев. Интоксикационный синдром характеризовался беспокойством, снижением аппетита, вялостью, сонливостью. Синдром гастроэнтерита развивался чаще в первые дни заболевания у 86% больных, характеризовался рвотой, болями и урчанием в животе, метеоризмом, обильным водянистым стулом. Частота стула колебалась от 4-5 до 10-15 раз в сутки. Рвота отмечалась у 67% больных, была многократной и регистрировалась в течение 1-4 дней. На фоне выраженной диареи и повторной рвоты у 26% больных отмечено развитие I степени обезвоживания, у 42% больных II степени обезвоживания, у остальных больных наблюдалось обезвоживание III степени обезвоживания. Болевой абдоминальный синдром различной локализации и патологические примеси в испражнениях в виде слизи и крови отмечались у 47% пациентов. Водянистый характер стула

наблюдался у 36% больных в течение 3-4 дней, затем стул приобретал каловый характер и оформленным становился на 5-6-й день. В целом течение болезни характеризовалось преимущественным развитием среднетяжелых форм, продолжительность стационарного лечения составила 10 дней. Этиологию заболевания устанавливали по общепринятым методикам путем высева кала, рвотных масс и промывных вод желудка на соответствующие питательные среды. Таким образом, в структуре острых кишечных заболеваний среди детей большой удельный вес занимали возбудители условно-патогенной флоры. Заболевание чаще приходилось на детей до 3-х летнего возраста. Сезонность отмечалась летне-осенняя. У детей этих возрастных групп заболевание чаще осложнялось обезвоживанием I- II степени.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Ачилова О.Д., Сувонкулов У.Т., Саидахмедова Д.Б., Садилов З.Ю.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Паразитозы - широкая группа болезней в значительной степени определяющая состояние здоровья населения. Многие паразитозы имеют повсеместное распространение. Так, например, число больных аскаридозом в мире достигает 1 млрд., а пораженность в разных очагах колеблется от 20 до 95%. Практически повсеместно, распространены трихоцефалез (500 млн. больных), лямблиоз (370 млн.). Энтеробиоз также характеризующийся повсеместным распространением, более часто встречается в развитых странах умеренного климата, где им поражено от 10 до 90% детей в возрасте до 14 лет, а число больных достигает 350 млн. Особенности климатогеографического расположение Узбекистана с высокой среднегодовой температурой воздуха, неравномерным выпадением осадков и непродолжительной зимой, несовершенный контроль за качеством питьевой воды, не адекватная санитарно-просветительская работа среди населения, широкое использование необеззараженных нечистот, сточных вод, их осадков, воды из арыков для удобрения и орошения почвы в индивидуальных домовладениях под овощные, ягодные культуры и столовую зелень и т.д., определяют санитарно-гигиеническое состояние, что способствует распространению энтеробиоза, гимнолепидоза, аскаридоза, трихоцефалеза и лямблиоза. Цель. Определение частоты встречаемости кишечных паразитозов, а также характера их проявлений среди организованного контингента детей. Исследование было проведено среди 95 детей, из организованного контингента, в возрасте от 3 до 14 лет. Из них девочек 66 (70%) мальчиков 29 (30%). Все дети прошли комплексную диагностику, включающую как, паразитологические исследования: трехкратная микроскопия с окрашиванием раствором Люголя и консервантом Турдиева, а также микроскопия соскоба с перианальных складок; так и общеклинические клиничко-лабораторные методы диагностики, такие как: общий анализ крови, биохимический анализ крови и УЗИ органов брюшной полости. По результатам нашего исследования у 53 (55,7 %) обследованных были диагностированы моноинвазии, такие как лямблиоз у 33 (34,7%) и энтеробиоз у 20 (21%) обследованных детей соответственно. Миксинвазии, представленные лямблиозом и энтеробиозом, были выявлены у 15 (15,7%) обследованных. Отрицательными в свою очередь были 23 (24,2%) обследованных образца. Комплексное обследование инвазивных детей позволило нам выделить дополнительные группы детей со следующими симптомами: у 60 (83,3%) обследованных наблюдалась дискинезия желчевыводящей системы, холестаза и сгущение желчи у 12 (16,7%), умеренная гепатомегалия у 5 (6,7%), изгиб желчного пузыря у 5 (6,7%), токсический гепатоз у 3 (3,4 %), хронический гепатит у 3 (3,3%), холецистит у 22 (30%). Какие-либо видимые изменений при ультразвуковом исследовании отсутствовали у 7 (10%) инвазивных кишечными паразитозами детей. Так же, у последних, наблюдались сдвиги в показателях биохимического анализа крови: так у 7 (10%) обследованных показатель АЛТ был 0,8 мкмоль/л, у 3 (3,3%) 0,7 мкмоль/л и у 3 (3,3%) АЛТ равнялось 1,0 соответственно. Частота нарушений в периферической крови, среди обследованных детей была следующей: анемия наблюдалась у 29 (40,6%), ускорение СОЭ у 15 (19%), умеренный лейкоцитоз у 5 (6,2%), лейкопения у 19 (25,8%), нейтрофилез у 11 (15,5%), палочкоядерный сдвиг у 29 (40,1%), лимфоцитоз у 7 (10,2%), лимфоцитопения у 25 (34,1%), эозинфилия у 22 (31,5%), моноцитоз у 10 (13,7%) пораженных кишечными паразитами детей. Вывод. Таким образом частота встречаемости кишечных паразитозов среди организованного контингента детей составляет 70%, при этом наиболее частыми клиничко-лабораторными проявлениями у инвазивных детей являются дискинезия желчевыводящей системы, анемия, лейкопения и сдвиг лейкоцитарной формулы в лево.

## НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Ачилова О.Д., Сувонкулов У.Т., Муратов Т.И., Саттарова Х.Г.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

На сегодняшний день кишечные паразитозы являются актуальной медико-социальной проблемой. Трудности диагностики и лечения кишечных инвазий связаны с многообразием и полиморфизмом клинических признаков. За частую кишечные паразиты служат пусковым механизмом развития или обострения кишечных и внекишечных патологий у детей. Доказано, что при кишечной инвазии в организме ребенка развиваются такие патологические процессы, как сенсибилизация макроорганизма продуктами распада паразита, и как следствие формирование аллергодерматозов, развитие вторичного синдрома мальабсорбции, нарушение синтеза ферментов; висцеро-висцеральные рефлекссы

ЖКТ (абдоминальный синдром); нарушение функции печени как органа детоксикации; дисбиотические нарушения в кишечнике; снижение синтеза иммуноглобулинов (иммуносупрессия). Цель работы. Выявление наиболее распространенных клинических форм среди детей, пораженных кишечными паразитами. На базе клиники НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева приведен анализ клинико-лабораторных наблюдений у 365 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, из них 232 девочки (63,5%) и 133 (36,5 %) мальчиков. Для верификации диагноза были использованы следующие критерии лабораторной диагностики: трехкратное микроскопическое исследование фекалий методом окраски Люголем и консервантом по Турдиеву для определения цист, вегетативных формы лямблей, а также микроскопия соскоба с перенальных складок для определения яиц остриц. В ходе исследования нами документированы основные клинические синдромы лямблиоза: ангио-невратический синдром у 237 (64,8 %) пациентов, диспептический синдром у 297 (81,5 %) и аллерго-дерматологический у 115 (31,5%) обследованных. Кроме того, нами были выделены такие клинические формы, как: первичная инфекция с диареей (острый лямблиоз), чаще у детей раннего возраста, и затяжное рецидивирующее течение у детей старше 3 лет. Углубленный клинико-лабораторный анализ включающий общий анализ крови, биохимический анализ крови, а так же УЗИ органов брюшной полости, позволил нам выделить дополнительные группы детей со следующими клиническими симптомами такими как: боль у 363 (99,52%) больных с кишечными инвазиями, понижение аппетита у 137(37,55%),общая слабость у 82 (22,27%), тошноты у 55 ( 14,9%), головные боли у 33 (9 %), скрежение зубам у 30 ( 8,15 %), БЭН 1-2 степени у 25 (15%),рвота у 15 ( 4%), капризность, раздражительность у 15 ( 4%), судороги у 8 (2,26%), расстройство стула у 6 (1,8%), выпадение волос у 6 (1,8%) обследованных больных с кишечными инвазиями. Вывод. Клиническое течение лямблиоза у детей протекает с полиморфизмом и многообразием клинических проявлений, с преобладанием диспептических явлений, что в свою очередь диктует необходимость комплексной диагностики больных данной группы детей на кишечные паразитозы, не опираясь лишь на клиническую картину заболевания.

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗОСА ПЕЧЕНИ**

Бабажанов А.С., Ахмедов А.И., Тоиров А.С.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Основные ошибки диагностики связаны с трудностью выявления эхинококкоза и острой клиникой протекания болезни, проявляющейся, как правило, осложненной формой, которая требует немедленного хирургического вмешательства. Цель исследования. Изучение особенности своевременной диагностики и тактики хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени. Материалы и методы. За последние 4 года на базе Самаркандского городского медицинского объединения обследовали хирургическое лечение 22 больных эхинококкозом печени с различными осложнениями в возрасте колеблется от 18 до 68 лет. Больным было произведено общее клиническое обследование, включая флюорографию. Особое внимание обращалось на жалобы больных, характеризующие боли в животе различного характера. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости проводили всем больным, при неясных случаях компьютерная томография была проведена 8 больным для дифференцирования мелких полостных образований в области печени и других органов брюшной полости. На основании клинико-лабораторных, рентгенологических и ультразвукового исследований обнаружены нагноившиеся кисты печени у 12 больных, и у 10 подозрение на разрыв нагноившихся кист в брюшной полости, осложненном перитонитом. Результаты. Все больные были оперированы широким средно-срединным доступом. Эхинококкэктомия с предварительным вскрытием полости кисты произведена в 12 случаях. В основном это были больные с большими и гигантскими эхинококковыми кистами, осложненными нагноением, с плотной, ригидной и нередко кальцинированной стенкой. Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист применялась трехкратная обработка 96% спиртовым раствором с экспозицией 8-10 минут. После эхинококкэктомии свободные части фиброзной капсулы иссекали, остаточная полость дренировалась трубками с широким просветом, края ложа кисты сводились узловыми швами. Недостатками данного вида операции являются длительное закрытие остаточной полости кисты, возникновение гнойных и желчных свищей. Разрыв нагноившихся кист в брюшной полости был у 10 больных. Этим больным после была произведена эвакуация жидкости из брюшной полости, проведена санация брюшной полости и уточнен источник перитонита. Остаточные полости промыты и обработаны, также применялся трех кратный обработка 96 % спиртовый раствор с экспозицией 8-10 минут. Остаточная и брюшная полости дренированы толстой полипропиленовой трубкой. Выводы. Оперативная тактика при осложненных эхинококкозах органов брюшной полости должна быть индивидуальной и преследовать цель лечения основного заболевания, так и адекватное лечение общего перитонита.

### **ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ**

Бабажанов А.С., Тухтаев Ж.К., Ахмедов А.И., Худойназаров У.Р.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

При эхинококкэктомии из печени проблема ликвидации остаточных полостей является сложной и до конца не разработанной. Важным звеном в решении этой проблемы, является изучение динамики сокращения остаточных полостей и влияние на нее различных факторов. Цель исследования. Изучение сроков ликвидации остаточных полостей

после различных способов эхинококкэктомии из печени. Материал и методы. Нами анализированы результаты лечения 58 больных в возрасте от 15 до 73 лет (мужчин – 23, женщин – 35) оперированных эхинококком печени за последние 3 года. 21 (36,2 %) - больным выполнена - открытая эхинококкэктомия с дренированием остаточной полости; 26 (44,8%) – больным - «полузакрытая» эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости путем инвагинации, капитонажа, оментопластики с оставлением дренажа в полости; 11 (19 %) – больным выполнена закрытая эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости путем инвагинации, капитонажа, оментопластики без оставления дренажа. Динамика сокращения остаточных полостей в печени до и в различные сроки после операции осуществляли УЗС. Результаты. Обследование в ближайшем послеоперационном периоде, позволило нам судить о сроках сокращения и облитерации остаточной полости при различных вариантах операции. Эти сроки варьировали в пределах 2 – 6 месяцев и более в зависимости от размеров, расположения кисты в печени, состояния паренхимы, а также использованного метода ликвидации остаточной полости и развития гнойных осложнений в послеоперационном периоде. Из 45 больных, которым проводилось УЗС динамическое наблюдение, уменьшение остаточной полости, 21 больным была выполнена открытая эхинококкэктомия, 26 – закрытая и полузакрытая эхинококкэктомия с оментопластикой остаточной полости. УЗС наблюдение показало, что при закрытых и полузакрытых эхинококкэктомиях на 8 – 10 сутки после операции обнаруживается некоторое увеличение остаточной полости. Анализ причин увеличения размеров остаточных полостей после закрытых и полузакрытых эхинококкэктомий показал, что в большинстве случаев кисты располагались глубоко в паренхиме печени или имели большие размеры с грубой, фиброзной капсулой. Следовательно, при больших кистах инвагинация и капитонаж остаточной полости менее эффективны по сравнению с оментопластикой. В тоже время, при небольших и молодых кистах ликвидация остаточной полости способом капитонажа и инвагинации эффективен, так как через 2 – 16 недели после операции остаточные полости полностью ликвидируются. В ближайшие несколько суток после операции остаточные полости могут вновь образоваться, это связано с прорезыванием швов, давлением воспалительного экссудата скапливающейся в закрытой остаточной полости. Сроки облитерации остаточной полости после эхинококкэктомии печени происходит в течение ближайших 6 – 16 месяцев после операции. Сроки сокращения и полной ликвидации остаточных полостей зависят от исходных размеров остаточной полости, локализации, состояния фиброзной капсулы кисты и варианта операции. Выводы. 1. Остаточная полость в печени после эхинококкэктомии к 8-10 суткам увеличивается, так как прорезываются часть гофрирующих кетгутовых швов. 2. Облитерация остаточной полости после удаления одиночной эхинококковой кисты из печени происходит в течение 6-16 месяцев. 3. Сроки полной ликвидации остаточной полости в печени зависят от исходного размера, локализации, состояния фиброзной оболочки и способа завершения операции.

### ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА «САУСАЛИН» В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВООПИСТОРХОЗНОГО СРЕДСТВА

Баешева Д.А<sup>1</sup>, Шайдаров М.З<sup>1</sup>., Адекнов С.М<sup>2</sup>., Тулегенова Г.К<sup>1</sup>., Махамбетов К.О<sup>1</sup>., Тулеуова Г.Х<sup>2</sup>.

АО «Медицинский университет Астана»<sup>1</sup>, Республика Казахстан

АО «МНПХ «Фитохимия» г. Караганда<sup>2</sup>, Республика Казахстан

Описторхоз является одним из самых древнейших паразитарных заболеваний, обладающих природной очаговостью. Данный вид гельминтоза распространен в Казахстане (в бассейне рек: Обь, Иртыш, Ирғиз, Турғай, Нура и Ишим) и создаёт серьёзную медицинскую и социально-экономическую проблему, оказывая существенное влияние на здоровье людей, увеличивая заболеваемость и приводя к потере трудоспособности. Вопросы этиотропной и патогенетической терапии описторхоза широко обсуждаются учёными многих стран в течение длительного времени. Однако, несмотря на существенные достижения в изучении этой проблемы, она остается по-прежнему актуальной, так как заболеваемость данной патологией продолжает расти. Изучение фитопрепаратов в лечении описторхоза с научной точки зрения проводится недавно. Информации по использованию фитопрепаратов при описторхозе на территории Казахстана крайне мало. Цель исследования. изучить терапевтическую эффективность и безопасность препарата «Саусалин» в качестве противоописторхозного средства. Материалы и методы. Проводилось комплексное клиничко-лабораторное исследование у 50 больных хроническим описторхозом, проживающих в городах Астана, Семей, Павлодар, из 50 больных хроническим описторхозом мужчин - 29, женщин - 21. Результаты обсуждения. Исследование проводилось в амбулаторных условиях. Проведено клиничко-лабораторное исследование у 50 больных хроническим описторхозом, проживающих в городах Астана, Семей, Павлодар. Диагноз у больных устанавливался на основании клиничко-анамнестических и лабораторных данных. У всех наблюдаемых нами пациентов диагноз подтверждался выявлением яиц описторхов при копроскопии эфир-формалиновым методом. В ходе исследований изучена антигельминтная эффективность и безопасность препарата «Саусалин». Объективная противопаразитарная эффективность лечения больных «Саусалином» оценивалась по результатам копроскопии через 6 месяцев после проведенной терапии. Во время обращения жалоб со стороны пациентов не было, данные объективного исследования без патологии. В момент приема препарата у исследуемых побочных, аллергических и токсических реакций не отмечалось. Показатели общего анализа крови у больных хроническим описторхозом при исследовании до и после антигельминтной терапии в пределах нормы.

Исследование биохимических показателей функции печени указывают на явления мезенхимального воспаления печени в виде умеренного увеличения тимоловой пробы до противопаразитарной терапии, остальные биохимические показатели в пределах нормативных показателей. Анализ показателей УЗИ свидетельствует о том что, из 50 пациентов у 7 (14%) пациента реактивные изменение ткани печени, 5 (10%) - дискинезия желчевыводящих путей, 5 (10%) - эхо-признаки холестаза, 2 (4%) - полип желчного пузыря, 13 (26%) - диффузные изменение в паренхимы печени, у 18 (36%) пациентов - патологии не выявлены. Все исследования выполнялись с информированного согласия пациентов и в соответствии с этическими нормами. Выводы. Таким образом, при использовании «Саусалин» у больных хроническим описторхозом достигнут высокий уровень эрадикации – 90%.

## НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Байжанов А.К., Утегенова С.К., Осланов А.А.

*Самаркандская областная клиническая инфекционная больница,*

*НИИ Вирусологии МЗ РУз, Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность темы. Высокий риск нарушения деятельности нервной системы связан, как с нейротропностью вируса иммунодефицита, так и с развитием оппортунистических заболеваний с поражением ЦНС, начальным проявлением которых являются так называемые «Когнитивные расстройства». По данным научной литературы когнитивные расстройства не только нарушают психическое здоровье, но и снижают эффективность антиретровирусной терапии, так как негативно влияют на приверженность лечению (ухудшают соблюдение режима приема препаратов), что естественно приводит к развитию резистентности вируса к антиретровирусным препаратам. Целью данного исследования явилось изучение роли нейрокогнитивных расстройств у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита, на приверженность больных к проводимой антиретровирусной терапии. Материал и методы. Нами изучена степень приверженности к терапии у 25 больных ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию, в зависимости от наличия нейрокогнитивных расстройств. Среди обследованных больных мужчин было 14, женщин – 11. Средний возраст обследованных больных составил 26,7 лет. Нейрокогнитивные расстройства у обследованных больных выявлены с помощью существующей на сегодняшний день международной диагностической шкалы определения нейрокогнитивных расстройств. Все обследованные нами больные ВИЧ-инфекцией в момент госпитализации в стационар находились во II, III и IV-клинических стадиях ВИЧ-инфекции. Больные с I-клинической стадией ВИЧ-инфекции не было. Результаты. Как показали результаты нашего исследования, среди обследованных у 9 (36,0%) больных с помощью специальной диагностической шкалы были выявлены случаи нарушения нейрокогнитивной деятельности психической сферы. Среди этих пациентов у 6 (66,6%) отмечалось нарушение приверженности к проводимой специфической терапии, тогда как среди ВИЧ-инфицированных больных с отсутствием нейрокогнитивных расстройств нарушение приверженности к антиретровирусной терапии выявлены всего лишь 2 (12,5%) из 16 обследованных больных ( $P < 0,05$ ). Необходимо отметить, что нейрокогнитивные расстройства часто выявлены среди больных с низким ( $< 200$  мкл/кл) содержанием CD4 (Т-лимфоцитов) у которых ВИЧ-инфекция находилась в III и IV-клинических стадиях. Кроме того, у 3 (33,3%) из 9 ВИЧ-инфицированных больных с нейрокогнитивными расстройствами диагностирована репликативная фаза хронического вирусного гепатита С, у которых также отмечалось частое нарушение приверженности к проводимой терапии. Вывод. Таким образом, нейрокогнитивные расстройства являются одним из основных причин нарушения приверженности ВИЧ-инфицированных больных к антиретровирусной терапии. Также хронический вирусный гепатит С может стать одним из основных факторов развития нейрокогнитивных нарушений у данной категории больных, что диктует о необходимости изучения всех факторов, приводящих к нейрокогнитивным расстройствам у больных ВИЧ-инфекцией, получающих антиретровирусную терапию, так как нарушение приверженности к терапии – основная причина неэффективности специфического лечения ВИЧ-инфекции.

## ПОКАЗАТЕЛИ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА И СВОБОДНОГО ТИРОКСИНА У ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Бегишева Р.Р., Меркушкина Т.А., Сафиуллин А.И., Залялиева М.В.

*Республиканский научный центр Иммунологии МЗ РУз*

Актуальность. В общей системе нейрогуморальной регуляции обмена и функций организма большое значение имеет гипоталамо-гипофизарная регуляция функции щитовидной железы. Несмотря на многочисленные исследования, проводимые у лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), в литературе отсутствуют данные о взаимоотношениях в звене гипофиз – щитовидная железа. Цель исследования. Определить уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (свободный  $T_4$ ), а также взаимосвязи между ними у ЛЖВ, на фоне и без антиретровирусной терапии (АРВТ). Материалы и методы исследования. Был проведен осмотр, опрос и анкетирование 148 ЛЖВ обоего пола с их добровольного,

информированного согласия. Все пациенты состояли на учете в центрах по борьбе со СПИДом. Обследованные находились в возрасте 25 – 45 лет, никогда не принимавшие ни в прошлом, ни в настоящем наркотические вещества какого-либо вида; не принимающие контрацептивы и другие гормональные препараты, женщины, не кормящие грудью и не беременные. Мужчин было 53 (36%), женщин 95 (64%). 45% мужчин (24) не получали АРВТ, 55% (29) получали АРВТ. 72% (68) женщин находились на АРВТ, 28% (27) не получали АРВТ. У всех обследованных лиц, на момент осмотра, отсутствовали какие-либо симптомы эндокринологических заболеваний. Контрольную группу составили 29 практически здоровых лиц аналогичного возраста. Кровь на определение гормонов брали утром натощак, в сухую пробирку. До проведения анализов сыворотку крови хранили в глубокой заморозке. Уровень гормонов определяли методом ИФА, диагностическими наборами фирмы «ХЕМА» (Россия), согласно инструкциям производителя. Результаты. Уровень гормонов ТТГ и свободного Т<sub>4</sub> у женщин не отличался от данных контрольной группы. Средний уровень ТТГ у женщин получающих АРВТ составил  $1,35 \pm 0,08$  мМЕ/л, без АРВТ  $1,7 \pm 0,2$  мМЕ/л в группе контроля  $1,37 \pm 0,2$  мМЕ/л. Средняя концентрация свободного Т<sub>4</sub> у женщин на фоне АРВТ составила  $13,2 \pm 0,3$  пмоль/л, без АРВТ  $14,7 \pm 0,5$  пмоль/л, в контрольной группе  $14,6 \pm 0,7$  пмоль/л. Коэффициент корреляции между ТТГ и Т<sub>4</sub> составил у женщин с АРВТ  $r = -0,37$ ; без АРВТ  $r = -0,21$ ; (контроль  $r = -0,33$ ). У мужчин средние показатели ТТГ и свободного Т<sub>4</sub> также были в пределах нормальных значений. Так, средний уровень ТТГ в группе, принимающих АРВТ составил  $1,61 \pm 0,3$  мМЕ/л, у лиц без АРВТ составил  $1,4 \pm 0,1$  мМЕ/л, в контрольной группе –  $1,3 \pm 0,3$  мМЕ/л. Среднее значение свободного Т<sub>4</sub> у мужчин на фоне АРВТ составило  $13,4 \pm 0,5$  пмоль/л, без АРВТ –  $14,3 \pm 0,5$  пмоль/л, в группе контроля –  $14,3 \pm 0,7$  пмоль/л. Коэффициент корреляции между ТТГ и Т<sub>4</sub> составил у мужчин с АРВТ  $r = -0,32$ , без АРВТ  $r = -0,27$ , (контроль  $r = -0,30$ ). Выводы. Таким образом, нами показано, что уровень гормонов ТТГ и свободного Т<sub>4</sub> у ЛЖВ обоего пола на фоне и без АРВТ находится в пределах контрольных значений. Сохраняется отрицательная обратная связь между ТТГ и свободным Т<sub>4</sub>, как и у здоровых лиц. Возможно, присутствующий определенный уровень функционирования системы гипофиз – щитовидная железа – ткани, в условиях существенных физиологических изменений при ВИЧ инфекции, обеспечивает адаптационные механизмы энергетических процессов у ЛЖВ.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНИИ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Бобоева Н.Т.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель работы. Оптимизировать своевременную диагностику вирусного гепатита и предотвратить различные его последствия. Материал и методы исследования. Обследовано 100 новорожденных на базе многопрофильного детского медицинского центра Самаркандской области с 2010-2018 гг. Новорожденные были разделены на 2 группы 1 группа новорожденные с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией и 2- группа новорожденные родившиеся от матерей с TORCH инфекцией имеющие гипербилирубинемию. При исследовании использовали маркеры воспаления уровень прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови иммунохроматографическим методом тест-системы «Brahms Diagnostica» и С-реактивный белок в сыворотке крови как белок «острой фазы». Для выделения причины пролонгированной гипербилирубинемии также использовали биохимические методы исследования, где определяли уровень билирубина (как прямой, так и непрямой фракций), печеночные трансаминазы – АлАТ и АсАТ, уровень щелочной фосфатазы. Из инструментальных методов исследования было использовано УЗИ печени и желчевыводящих путей. Результаты. Установлено в 1- группе новорожденных клинически была пролонгированная желтизна кожи и слизистых покровов без нарушения общего состояния со дня появления желтизны. В подобных случаях родители обратились в клинику по поводу других патологических состояний таких как пневмония, ОРЗ и др. В этой группе в 80% случаев уровень билирубина был 170-200 мкмоль/л за счет непрямой фракции. Также отмечено сочетание лейкоцитоза с повышением прокальцитонина и С-реактивного белка в 63% случаев. Печеночные трансаминазы – АлАТ и АсАТ и щелочной фосфатаза не изменены. При УЗИ печени и желчевыводящих путей патологических изменений не выявлено. Во 2- группе новорожденных желтизна кожи и слизистых покровов наблюдалась на протяжении первых 2- 10 суток жизни. Интенсивность варьировала в течение нескольких суток, после чего кожа приобрела зеленоватый оттенок. Клинически оно сопровождалось нарушением общего состояния (вялость, апатия), дефицитом массы тела и ее медленной прибавкой, гепатоспленомегалией разной степени выраженности, увеличением живота, асцитом, частой рвотой. Моча была темной или «кирпичного» цвета, кал периодически был ахоличным. У некоторых новорожденных в этой группе наблюдались неврологические расстройства – снижение тонуса рефлексов, вялые парезы, нарушение актов глотания и сосания. При исследовании было обнаружено увеличение печеночных трансаминаз – АлАТ и АсАТ более 0,6 ммоль/л/ч, уровень которых значительно повысилась. Также отмечалось повышение уровня билирубина щелочной фосфатазы. Уровень билирубина в сыворотке крови в 50-70 % случаев было 190-300 мкмоль/л за счет билирубиндиглюкуронида, уровень щелочной фосфатазы был повышен. При УЗИ печени и желчевыводящих путей было отмечено гепатоспленомегалия и билиарная обструкция. Выводы. Таким образом своевременная дифференциальная диагностика пролонгированной гипербилирубинемии и вирусного гепатита приводит к раннему диагностическому и лечебному подходу данной патологии.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА МОЧЕВОГО ТРАКТА

Бобокулов Н.А., Гафаров Р.Р.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококкоз – является одним из наиболее опасных гельминтозов человека, обусловленным внедрением и развитием в организме личиночной стадии ленточного гельминта *Taenia echinosoccus*. Различают две формы эхинококкоза у человека: однокамерную, или гидатидную (*E. granulosus*), и многокамерную, или альвеолярную (*E. multilocularis*). В подавляющем большинстве случаев эхинококковые кисты локализуются в печени и легких. Частота встречаемости эхинококкоза упомянутой локализации составляет от 65 до 85%. Гидатидозный эхинококкоз почки составляет 0,25-5,43%, мочевого пузыря – около 1% среди других локализаций гельминта, альвеолярный тип эхинококкоз встречается крайне редко. Узбекистан относится к числу регионов, эндемичных в отношении эхинококка. Уровень пораженности при этом составляет в среднем от 6 до 9 человек на 1000 населения и не имеет тенденции к снижению. Количество операций, проводимых в республике по поводу эхинококкоза, составляет от 1 до 1,5 тысяч в год, число осложненных форм этого заболевания достигает 25-45%. Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2018 гг. в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП) было прооперировано 6 больных с эхинококкозом мочевого тракта: 4-с эхинококкозом почки, 1 – с эхинококкозом мочевого пузыря, ещё в 1 случае паразитарная киста исходила из *cavum Retzii*. Из 4 пациентов с эхинококкозом почки 3 были женщины и 1 мужчина, эхинококкоз мочевого пузыря и киста, исходящая из *cavum Retzii*, отмечались у мужчин. Всем больным проводилось клинико-лабораторное, инструментальное и рентгенологическое обследование. Результаты. Гидатидурия и сопутствующая ей почечная колика отмечалась лишь у одной больной с эхинококкозом почки. По результатам общего анализа крови ни у одного из 5 больных не было выявлено эозинофилии, которая, обычно, сопровождает эхинококкоз. Заподозрить наличие эхинококковой кисты во всех случаях позволяло ультразвуковое исследование почек и мочевых путей. Затем для уточнения диагноза проводились специальные рентгенологические исследования (экскреторная урография, компьютерная томография), и инструментальные (цистоскопия) исследования. Лишь в 4 случаях из 6 диагноз эхинококкоз был поставлен до операции, в 1 случае эхинококкоза почки паразитарная киста была принята за «Инфицированный гидронефроз II степени» и в 1 случае при эхинококкозе мочевого пузыря предоперационным диагнозом была «Опухоль мочевого пузыря». После постановки клинического диагноза проводилось оперативное лечение – при эхинококкозе почки в 3 случаях осуществляли удаление паразитарной кисты и резекцию нижнего полюса, т.к. киста локализовалась в нижнем полюсе почки, в 1 случае произведена эхинококкэктомия. При эхинококкозе мочевого пузыря производилась цистотомия и удаление эхинококковой кисты. Во всех случаях полость паразитарной кисты обрабатывалась 100% глицерином. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, осложнений не отмечалось. Начиная с 3 дня послеоперационного периода, а затем амбулаторно, после выписки, проводилась противорецидивная химиотерапия альбендазолом 800 мг в сутки в течение 1 месяца. Химиотерапия проводилась на фоне приёма гепатопротекторов (Эссенциале по 1 капс. х 3 раза в сутки). Выводы. Таким образом, диагноз эхинококкоза мочевого тракта не всегда можно точно установить до операции и в некоторых случаях он является операционной находкой. Ни у одного больного в общем анализе крови эозинофилии не наблюдалось. Во всех случаях необходим тщательный скрупулёзный анализ рентгенологической картины. Учитывая, что Узбекистан, является эндемической зоной по эхинококкозу, следует сохранять настороженность в отношении эхинококкоза мочевого тракта. В послеоперационном периоде необходимо длительное лечение антигельминтными препаратами, а также необходимо исключить эхинококкоз другой локализации в организме.

## БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АНТИГЕЛЬМИНТНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У ЧЕЛОВЕКА

Бондаренко И.Г.

*Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья,*

*Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Убедительно показано, что антигельминтики – производные бензимидазола – сегодня оказываются малоэффективными даже в регионах с высокой паразитарной нагрузкой, например, по геогельминтозам. После проведения курса дегельминтизации мебендазолом в 45-55% случаев развивается вторая волна аскаридоза или трихоцефалёза. При этом, организм хозяина сам обладает широким спектром механизмов, позволяющих, в первую очередь, фагоцитирующим клеткам (тканевым макрофагам, моноцитам, нейтрофилам, глиальным клеткам ЦНС), уничтожать как личинки гельминтов, так и их взрослые формы. Ключевым эндогенным антигельминтным соединением является активная форма азота – пероксинитрит ( $\text{ONOO}^-$ ). Он образуется активными фагоцитами либо в фагосомах, либо как секреторный продукт (если организму хозяина необходимо уничтожить крупного взрослого гельминта, не подлежащего фагоцитозу). Пероксинитрит синтезируется из предшественников – оксида азота ( $\text{NO}$ ) и супероксид-аниона ( $\text{O}_2^-$ ), представляющего собой активную форму кислорода. Для формирования оксида азота фагоциты используют несколько ферментных систем, в первую очередь, - синтазы оксида азота. Существуют и резервные ферментативные пути, сохраняющие свою активность в условиях гипоксии, например, ксантин-оксидоредуктаза. Супероксид-анион образуется

фагоцитирующими клетками, например, при стимуляции их ключевых ферментативных кислородзависимых механизмов бактерицидности. В первую очередь, это НАДФН-оксидаза и миелопероксидаза. Супероксид-анион секретируется ими как внеклеточно, так и внутрь фагосом. Взаимодействие его с оксидом азота с образованием пероксинитрита происходит без участия каких-либо ферментов. Доказано, что вещества-доноры оксида азота (формально не относящиеся к антигельминтным препаратам) способны *in vitro* разрушать цестод, токсокар, филярий и шистосом. Наши исследования продемонстрировали действенность натуральных препаратов-стимуляторов образования пероксинитрита при лечении больных аскаридозом, трихоцефалёзом, гименолепидозом и некоторыми трематодозами. Клиническая эффективность этих соединений отмечена даже в случаях устойчивости гельминтов к мебендазолу и альбендазолу. Обсуждаются конкретные молекулярные механизмы антигельминтного действия натуральных веществ, способных стимулировать продукцию пероксинитрита.

## РЕПЛИКАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ВИРУСОВ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ ГЕПАТИТОВ В+С и В+С+D У ДЕТЕЙ

Н.К. Валиева, Ф.И. Иноятова

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

Цель исследования - изучить влияние репликативной активности вирусов на течение хронических вирусных микст В+С и В+С+D гепатитов у детей. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 134 детей, больных хроническими вирусными микст гепатитами (ХВМГ) в возрасте от 3 до 18 лет, из них В+С - 86 (64,2%) и В+С+D - 48 (35,8%). Длительность заболевания составило в среднем  $5,8 \pm 1,6$  лет. Всем больным проведены молекулярно-биологические исследования - с помощью качественного и количественного ПЦР-анализа определялись HBV-DNA, HCV-RNA, HDV-RNA в сыворотке крови детей. У всех обследуемых серологические маркеры HBV и HCV были положительными. Результаты. Качественный анализ ПЦР диагностики у детей с ХВМГ В+С показал, что у 43,4% больных имело место сочетание HBV+/HCV+ вирусов, в тоже время выявление HBV+/HCV- в 37,3% и HBV-/HCV+ - в 12,1% случаях. Отсутствие вирусов (HBV-/HCV-) выявлено у 7,2% детей. При В+С+D-инфекции установлено, что у 40,4% больных выявляется тройная активность вирусов HBV+/HCV+/HDV+, у 10,5% детей - вариант HBV-/HCV+/HDV+, у 17,1% - вариант HBV+/HCV+/HDV- и у 27,6% больных - вариант HBV+/HCV-/HDV+. Анализ изучения результатов показал, что при В+С из 67 детей с HBV/HCV (+) у 55,2% больных определялись высокие титры вирусной нагрузки HBV-DNA в пределах  $10^6$ - $10^8$  копий/мл. У 34,8% детей с HCV (+) репликация находилась на уровне  $10^5$  копий/мл. При В+С+D инфекции у детей с HBV (+) в 68,1% случаев отмечались высокие титры HBV-DNA ( $10^6$ - $10^8$  копий/мл). В HCV(+) случаях у 72,3% больных превалировала вирусная нагрузка HCV-RNA ( $10^5$ - $10^7$  копий/мл). Что касается HDV-инфекции, у детей с HDV (+) в 55,3% случаях определялись низкие титры HDV-RNA в пределах  $10^2$ - $10^3$  копий/мл и в 44,7% относительно высокие титры -  $10^4$ - $10^5$  копий/мл. При этом, встречаемость последних составила одинаковую частоту соответственно у 38,2% и 40,4% детей, больных В+С+D с высокой репликативной активностью как HBV, так и HCV. Анализ взаимообусловленности между вирусами в зависимости от длительности течения заболевания в случае ХВМГ В+С показал превалирование вирусной активности HBV (76,3%) у больных с давностью заболевания до 3 лет. В случае ХВМГ В+С+D - превалирование вирусной активности HBV - 68,4% с HBV-DNA (+) с давностью заболевания до 3 лет и HCV - 71,4% с HCV-RNA (+) свыше 3 лет, при этом в обоих случаях относительно высокий уровень вирусной нагрузки HDV-RNA ( $10^4$ - $10^5$  копий/мл) определялся соответственно у 38,2% и 40,4% детей. Выводы. У детей, больных ХВМГ в условиях микст инфицирования между вирусами происходит конкурентное подавление репликации, которое зависит от длительности заболевания. При этом, в случаях тройного инфицирования, HDV обладает способностью подавлять HBV и HCV-инфекции, при двойном инфицировании на ранних стадиях заболевания HBV превалирует над HCV, на поздних стадиях происходит реверсия активности вирусов. Полученные результаты необходимо учитывать в мониторинге противовирусного лечения данной категории больных детей.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОТОМИКОЗОВ

Валиева Н.К., Лутфуллаев У.Л., Гулямова З.Р., Хотамова Г.Б.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

В последние годы статистика показывает на рост заболеваемости микозами не только кожи, но и внутренних органов в том числе ЛОР органов. По статистическим данным 50 % всех микозов ЛОР органов - отводится отомикозам. Лабораторная диагностика отомикозов представляет известные трудности, связанные с одной стороны особенностями забора материала, а с другой - с интерпретацией результатов, так как выявляются грибы, широко распространенные в окружающей среде, и что затрудняет разграничение истинного возбудителя и случайного контаминанта. Цель исследования. Изучить микрофлору при «отитах». Материал и методы исследования: исследования проводились в 1-клинике СамМИ в ЛОР отделении в период с 2014-2017 гг. было обследовано 156 пациентов с диагнозом «отит». Результаты. В 65% случаев были обнаружены грибы способные вызывать проявления клинической картины отомикоза. Из них первое место занимают грибы рода *Candida* 31.7%: *C. albicans* 25%, *C. krusei* 2,5%, *C. parakrusei* 2,4%, *C. tropicalis*

1.8%; на втором месте дрожжеподобные грибы обнаруживались в 22% случаев; третье место отводится плесневым грибам 11.3%. Из плесневых грибов чаще всего высевались *Aspergillus*: *Asp.niger* (12.2%), *Asp.fumigatus* (2.8%), а также *Penicillium spp.*(8.6%). Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что наряду с плесневыми грибами, в частности, наиболее часто упоминающимся в литературе как возбудитель отомикозов *Aspergillus niger*, большое значение имеют дрожжеподобные грибы, а также грибковые ассоциации. Это требует проведения дифференцированной диагностики и более тщательного подхода к назначению противогрибковых препаратов, поскольку препараты различных групп обладают разной активностью по отношению к дрожжеподобным и плесневым грибам.

### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Валишин Д.А., Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Галимов Р.Р., Дмитриев А.С., Галиева А.Т.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Российская Федерация

Соответственно данным государственного доклада «Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в РФ в 2016г» территория Республики Башкортостан занимает второе место по заболеваемости ГЛПС после Удмуртской республики и составляет 34,34 на 100 тыс. населения. Большинство пациентов, поступают с ГЛПС в ГБУЗ РБ ИКБ №4 г. Уфа по направлению поликлиники, либо машиной скорой помощи. При анализе сроков госпитализации пациентов мы обнаружили, что порядка 66,5% пациентов поступают на 4-5 дни госпитализации, около 10% пациентов в первые 3 дня болезни, остальные пациенты 23,5% после 6 дня заболевания. Диагностика геморрагической лихорадки с почечным синдромом в этот период затруднена, так как в первые дни заболевания отмечается преобладание общетоксического синдрома – лихорадки, интоксикации, головной боли, снижения аппетита, снижение остроты зрения наблюдается от 16% пациентов при легкой форме, до 81% пациентов при тяжелой форме заболевания. Изменения лабораторных анализов в этот период заболевания также мало информативно – одним из характерных признаков ГЛПС в этот период изменения в ОАК - тромбоцитопения достаточно информативен. Учитывая сложности лабораторной диагностики ГЛПС в начальный период заболевания, актуальным является внедрение экспресс-тестов для диагностики ГЛПС. Внедрение в практическое здравоохранение данных тестов позволило бы значительно сократить случаи непрофильной госпитализации пациентов. Необходимость ранней постановки диагноза обусловлена также противовирусной терапией. Репликация вируса наблюдается в первые дни заболевания преимущественно в эндотелиальных клетках. Учитывая механизм действия противовирусных препаратов, применяемых при ГЛПС (рибавирин, интерферон, амиксин, йодантипирин) данные препараты эффективны при приеме их в начальном периоде. С чем и связана необходимость использования экспресс тестов в этот период. Внедрение в практическое здравоохранение иммунохроматографических тестов для экспресс-диагностики ГЛПС позволило бы значительно сократить случаи непрофильной госпитализации пациентов, так как диагностика в начальном периоде затруднена, что обуславливает высокий уровень ошибок в постановке диагноза. Поздняя диагностика ГЛПС обуславливает неэффективность противовирусной терапии. Основными перспективными направлениями в снижении заболеваемости ГЛПС в настоящее время является разработка и внедрение экспресс-тестов для бесприборной лабораторной диагностики ГЛПС и внедрение вакцинации против ГЛПС на территории Российской Федерации.

### ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХИНОКОККОВОЙ ЖИДКОСТИ КИСТ И СЫВОРОТКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЮДЕЙ И ЖИВОТНЫХ

Вахобов Т.А.

НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева

Целью работы было проведение исследований по изучению изоферментной активности эхинококковой жидкости (как человеческой, так и животных) с параллельным изучением изоферментной активности в крови этих же больных людей и животных. Материалы и методы исследования. Всего были исследованы 108 опытных и 120 контрольных проб. Из опытных 54 – по эхинококковой жидкости и 54 – по периферической крови. Обследовались пробы жидкости от 8 больных и забитых овец, а также пробы жидкости и периферической крови от 10 больных и оперированных по поводу эхинококкоза. У 30 здоровых лиц и 10 здоровых овец (по данным серологических и ультразвуковых тестов) пробы были выделены как у контрольных групп (периферическая кровь). Все исследования проводились *ex tempore*, либо в течение 10-15 дней. Материал был законсервирован и заморожен для хранения. Исследовалась изоэлектрическая активность трёх ферментов: глюкозофосфатизомеразы (ГФИМ) (по методу Боданского в модификации Коровкина), фосфоглюкомутазы (ФГМ) (по методу Лоури) исследовались на приборе ПЭФ-3М (Россия) и КФК-2 (по методу Селиванова), а щелочной фосфатазы (ЩФ) – на аппарате BS-200 (HUMAN – Mindray, Germany) со специальными наборами для определения ЩФ. Результаты. Установлено, что у людей и овец, пораженных эхинококкозом, изоэлектрическая активность трех вышеуказанных ферментов в жидкости кист различаются. Так, у больных людей изоактивность ГФИМ в жидкости составила  $12,56 \pm 0,67$  см/час, а у овец –  $7,32 \pm 0,89$  см/час ( $p < 0,01$ ). По отношению к ФГМ эти показатели выглядят таким образом:  $10,74 \pm 0,77$  см/час и  $5,94 \pm 0,67$  см/час ( $p < 0,01$ ). В отношении ЩФ картина была выявлена

следующая:  $10,53 \pm 0,74$  см/час и  $6,33 \pm 0,67$  см/час ( $p < 0,05$ ). В периферической крови эти соотношения выглядели следующим образом: для ГФИМ –  $14,84 \pm 0,75$  и  $9,4 \pm 0,54$  ( $p < 0,01$ ); для ФГМ –  $12,6 \pm 0,63$  и  $8,5 \pm 0,38$  ( $p < 0,01$ ); для ЩФ –  $14,72 \pm 0,87$  и  $13,79 \pm 0,49$  ( $p > 0,05$ ) мкмоль/час при  $t = +37^\circ\text{C}$ . В группе контроля – люди, были получены соответственно следующие Результаты. для ГФИМ по ПЭФ-3М –  $3,807 \pm 0,725$  см/час и по Селиванову –  $4,075 \pm 0,685$  мкмоль/час при  $t = +37^\circ\text{C}$ ; для ФГМ –  $5,194 \pm 0,532$  см/час и  $6,238 \pm 0,63$  мкмоль/час при  $t = +37^\circ\text{C}$ ; для ЩФ –  $4,235 \pm 0,589$  см/час и по BS-200 –  $4,4 \pm 0,48$  мкмоль/л. Группа контроля – овцы, выявила следующие показания соответственно: ГФИМ по ПЭФ-3М –  $6,214 \pm 0,546$  см/час и по Селиванову –  $8,257 \pm 0,793$  мкмоль/час при  $t = +37^\circ\text{C}$ ; ФГМ –  $7,986 \pm 0,887$  см/час и  $10,238 \pm 0,795$  мкмоль/час при  $t = +37^\circ\text{C}$ ; ЩФ по ПЭФ-3М –  $6,549 \pm 0,767$  см/час и по BS-200 –  $6,543 \pm 0,667$  мкмоль/л. Таким образом, выяснилось, что при эхинококковом поражении и у людей и у животных (овец) резко повышается изоэлектрическая активность ферментов (ГФИМ, ФГМ, ЩФ). Идентичный эффект наблюдается и в эхинококковой жидкости, взятой от больных и оперированных людей и забитых овец. При сравнительном анализе данных выяснилось, что показатели изоэлектрической активности ферментов у больных людей выше, чем у животных. В тоже время у здоровых наблюдается противоположная картина. Данные, полученные в ходе исследований могут быть рекомендованы для вспомогательной гематологической и биохимической диагностики эхинококкоза на первичном медицинском уровне, без требования сложной и дорогостоящей аппаратуры. Кроме того, для постановки указанных методов не требуется взятия большого количества исследуемого материала.

### **ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНЫХ ИНВАЗИЙ НА ТЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ ПАТОЛОГИЙ**

Вахобов Т.А., Саидахмедова Д.Б., Абдиев Т.А., Качугина Л.В., Файзиев Ш.М., Куркина Т.Н.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Цель работы. Оптимизировать подходы к комбинированной терапии дерматологических заболеваний у лиц с отягощенным паразитологическим анамнезом. Материалы и методы. Обследованы лица в различном возрасте, обратившиеся в отделение медицинской гельминтологии и клинической паразитологии, с кожными проявлениями. В качестве исследуемого материала использовались соскоб с перианальных складок и фекалии обследуемых. В работе были применены копрологические методы Като, Калантарян, а также метод соскоба с перианальных связок по Скрябину (1925) и нативного мазка с окрашиванием раствором Люголя. Результаты. В течение трёх лет (2015-2017 гг.) обследовано 422 больных с кожной патологией, направленных из Самаркандского областного дерматовенерологического диспансера, у которых, проведённая специфическая дерматотерапия не дала должного эффекта. Из обратившихся больных у 258 (61,14%) была выявлена сопутствующая кишечная паразитарная патология. Анализ полученных данных показал, что чаще дерматологические проявления выявляются у больных со смешанной паразитарной инвазией (СПИ) – 152 (58,92%) человека. Более скрупулёзный анализ показал, что наиболее доминантным паразитом при кожной патологии является карликовый цепень, как в моно, так и сочетанной форме паразитирования 134 (55,43%) человека. Из проявлений кожной патологии доминирующими являются витилигоподобные поражения кожи 176 (68,22%) человек. После них следуют алопеция 45 (17,44%) человек и аллергические проявления 37 (14,34%) человек. Для повышения эффективности дерматологического лечения все больные были вначале пролечены специфическими антипаразитарными препаратами. Сразу после окончания этой терапии больные получали лечение по рекомендациям врачей-дерматологов. По ходу лечения выяснилось, что наиболее трудно поддаётся лечению алопеция – процент эффективности комбинированного противопаразитарного и симптоматического лечения составил 28,73%. Намного выше показатели эффективности терапии аллергических проявлений и витилигоподобных пятен – 79,58 и 66,29% соответственно. Больные находились на учёте в течение 2-3-х лет до окончания всех курсов терапии. Выяснилось, что в 60 и более процентах случаев кожной патологии (белые пятна, аллергические проявления и алопеции) отягчающим течением болезни является паразитарная кишечная патология (в особенности гименолепидоз). Этот факт должен учитываться дерматологами в случаях констатации трудноизлечимости вышеперечисленных кожных проявлений. Выводы. Таким образом, на основании полученных данных проведённых нами исследований выяснилось, что отягчающим фактором при кожных заболеваниях (таких как витилигоподобное поражение кожи, алопеции и аллергические проявления) является наличие кишечной паразитарной инвазии; для эффективности проводимой специфической дерматологической терапии необходимо вначале проведение антипаразитарного лечения; доминантным паразитозом при кожной патологии является гименолепидоз.

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ БРЮШНОГО ТИФА С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЗ**

Гулямов Н.Г.<sup>1</sup>, Мирзажоннова Д.Б.<sup>2</sup>, Ахмедова М.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз,*

<sup>2</sup>*Ташкентская медицинская академия*

Цель. В целях разработки критериев для раннего прогнозирования исходов БТ и риска формирования брюшнотифозного носительства (БН) при вспышке БТ. Материалы и методы. Обследовано 70 больных брюшным тифом мужского пола в возрасте 18-22 лет, в качестве контрольной группы обследованы 22 здоровых лица идентичного пола

и возраста. У всех обследованных пациентов определялось СОЭ для изучения различий в течении и исходов БТ. Результаты. Существенные и достоверные различия при различных исходах брюшного тифа выявлены в динамических показателях СОЭ. В период разгара клинических проявления БТ у выздоровевших и с формированием бактерионосительства динамика СОЭ характеризовалась выраженным повышением до  $32,60 \pm 3,86$  мм/час и  $31,89 \pm 2,25$  мм/час соответственно. У больных с исходом брюшного тифа выздоровление дальнейшая динамика СОЭ характеризовалась стабильным и интенсивным снижением показателей, которые к периоду поздней реконвалесценции достигают нормальных величин –  $9,00 \pm 1,42$  мм/час. Тогда как в группе больных с исходом болезни формирование бактерионосительства динамика показателей СОЭ характеризуется слабой степенью снижения как в период ранней реконвалесценции до  $27,30 \pm 4,61$  мм/час, так и в период поздней реконвалесценции до  $24,20 \pm 9,34$  мм/час, что более чем в 2-2,5 раза превышает показатели у выздоравливающих больных в данный период болезни, так и показатели здоровых лиц.

### **ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ**

Гулямов Н.Г., Долимов Т.К., Мухитдинова Д.С., Назаров Э.У.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

В стандарты лечения пациентов с тяжелым течением вирусных гепатитов (В и Дельта) и аутоиммунных гепатитов в некоторых странах входят кортикостероидные гормоны для снижения выраженности активности цитонекротического процесса в печени. Однако, при назначении глюкокортикоидной терапии не учитывается патогенетический механизм развития гормональной недостаточности. Присутствующий в плазме кортизол на 90-93% в связанном состоянии, что обеспечивает ему биологическую активность. Около 80% связывания обусловлено кортикостероид связывающим глобулином (транскортином), который синтезируется в печени. Цель исследования. Изучить изменения уровней транскортина и (общего) кортизола в крови, а также кортизола в слюне у больных с тяжелым течением вирусных гепатитов. Результаты и их обсуждения. У больных с тяжелым течением вирусного гепатита, изучение содержания в крови транскортина, кортизола, а так же кортизола в слюне выявило выраженные изменения их показателей. Содержание транскортина было снижено в 3,20 раза, а кортизола в плазме и слюне было повышено в 2,04 и 1,84 раза соответственно, эти результаты свидетельствуют, что понижение содержания стероидсвязывающего белка транскортина в 3,20 раза способствует увеличению содержания общего кортизола в плазме и свободного кортизола в слюне. Из этого следует, что у данных больных надпочечниковая недостаточность не имеет места. А снижение транскортина приводит к образованию большого количества несвязанного биологически неактивного кортизола. В целях поиска заместительной терапии для повышения транскортина в крови нами у 27 доноров крови изучено содержание транскортина в СЗП и 20% растворе альбумина. Изучение содержания транскортина в СЗП и альбумине показало, что его в СЗП содержится  $105,22 \pm 2,01$  мкг/мл, а в 20% растворе альбумина -  $5,22 \pm 0,15$  мкг/мл. Следовательно, при тяжелом течении вирусных гепатитов для восполнения недостаточности транскортина оптимальным является переливание СЗП. Вывод. У больных с тяжелым течением вирусных гепатитов в патогенезе гормональной недостаточности является не функциональная недостаточность коры надпочечников, а существенное снижение в плазме крови содержания кортикостероид связывающего белка – кортикостерона, синтезируемого печенью. При тяжелом течении вирусных гепатитов для восполнения недостаточности транскортина оптимальным является переливание СЗП.

### **ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ ПРИ СЛАБОМ И ВЫРАЖЕННОМ ИММУНОГЕНЕЗЕ В ОТВЕТ НА ВОЗДЕЙСТВИЕ БРЮШНОТИФОЗНОГО АНТИГЕНА**

Гулямов Н. Г., Садикова Н.М., Мирзажанова Д.Б.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Цель исследования. Выявить взаимосвязь особенностей динамики показателей эссенциальных микроэлементов (в сыворотке и нейтрофилах крови) со слабым и выраженным иммуногенезом в ответ на воздействие брюшнотифозного антигена. Материал и методы. Объектом исследования были сыворотка и нейтрофилы крови 70 больных брюшным тифом мужского пола в возрасте 18-22 лет, а также 40 здоровых лиц того же пола и возраста. Больные обследовались в динамике острого течения заболевания - в периоды разгара клинических проявлений, ранней и поздней реконвалесценции. У 54 реконвалесцентов брюшного тифа констатировали исход в выздоровление, у 16 больных - формирование реконвалесцентного брюшнотифозного бактерионосительства. Определение количественного содержания микроэлемента цинка в сыворотке и нейтрофилах крови проводили нейтронноактивационным методом. Содержание цинка рассчитывали в мкг на 1г (мкг/г) сухого веса исследуемого образца. Результаты. У здоровых лиц (контроль) содержание цинка в нейтрофилах составило  $23,97 \pm 0,79$  мкг/г сух. веса, а в сыворотке крови -  $16,35 \pm 0,48$  мкг/г сух. веса. При этом соотношение содержания цинка в сыворотке к их содержанию в нейтрофилах крови составило 1,0/1,47. То есть, у здоровых лиц содержание цинка в нейтрофилах почти в 1,5 раза превышало его содержание в сыворотке крови на 1 мг сухого веса. Это означало, что цинк имеет достаточно высокую значимость для осуществления внутриклеточных метабо-

лических процессов в нейтрофилах. У больных брюшным тифом с исходом в выздоровление в период разгара заболевания в сыворотке крови выявлено снижение содержания цинка в 1,73 раза и повышение его содержания в нейтрофилах в 1,53 раза. Соотношение долевого содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах крови при этом составило 1,0/3,88. То есть, у больных в данный период заболевания произошло перераспределение цинка из сыворотки крови в нейтрофилы и теперь долевого содержания цинка в последних в 3,88 раза превысило таковое в сыворотке (против 1,47 раза у здоровых). В период ранней реконвалесценции заболевания содержание цинка в нейтрофилах претерпевает существенное понижение в 1,38 раза, которое сопровождается более выраженным повышением его содержания в сыворотке крови в 1,53 раза. Соотношение показателей долевого содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах крови при этом составило 1,0/1,92 (против 1,0/3,88 в период разгара). В период поздней реконвалесценции показатели содержания цинка в нейтрофилах продолжают понижаться (в 1,13 раза), а в сыворотке крови - повышаться (в 1,06 раза). Но к данному периоду содержание цинка в сыворотке имеет показатели в 1,18 раза меньше, а в нейтрофилах - в 1,11 выше, чем у здоровых лиц. Благодаря этому соотношение показателей содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах крови составило 1,0/1,60 (против 1,0/1,47 у здоровых лиц). У больных брюшным тифом с исходом в формирование бактерионосительства, динамика изменений показателей содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах крови имела существенные особенности: в период разгара заболевания в нейтрофилах отмечается слабое повышение содержания цинка в 1,26 раза, что значительно меньше, чем у больных с исходом в выздоровление (в 1,53 раза). Одновременно в сыворотке крови отмечается снижение содержания цинка в 1,38 раза. Соотношение содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах крови составила 1,0/2,56, что указывало на существенно меньшую интенсивность перераспределения цинка из сыворотки крови в нейтрофилы, чем у больных с исходом в выздоровление (1,0/3,88). В период ранней реконвалесценции брюшного тифа, в отличие от больных с выздоровлением, где отмечалось снижение содержания цинка в нейтрофилах 1,38 раза, у больных с формированием бактерионосительства наблюдалась тенденция к дальнейшему повышению его содержания в 1,09 раза, а в сыворотке крови - к понижению в 1,06 раза, что указывало на продолжение перераспределения цинка из сыворотки в нейтрофилы, где соотношение их содержания составило 1,0/2,94. В период поздней реконвалесценции у больных было отмечено умеренное снижение содержания цинка в нейтрофилах в 1,15 раза, а в сыворотке крови - повышение в 1,21 раза. Однако эти показатели в сыворотке крови сохранялись в 1,20 раза меньше, а в нейтрофилах крови - в 1,19 раза большем уровне, чем у здоровых лиц. То есть полного восстановления содержания цинка в сыворотке и нейтрофилах крови у больных в данный период заболевания еще не наступает, а соотношение микроэлемента в сыворотке и нейтрофилах составляет 1,0/2,10. Вывод. Таким образом, при остром течении брюшного тифа характер, направленность и степень изменений показателей содержания микроэлемента цинка в нейтрофилах и сыворотке крови проявили закономерную связь с исходами заболевания. Перераспределение цинка из сыворотки в нейтрофилы свидетельствует о высокой значимости цинка для реализации функций фагоцитарного звена системы иммунитета.

### **РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ТЕРАПИИ**

Даминова М.Н., Таджиев Б.М., Расулова З.Д., Абдуллаева О.И., Даминова К.М., Каримова З.К.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Цель. Изучить особенности клинического течения и тактику терапии ротавирусной инфекции у детей. Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 40 больных среднетяжелыми формами ОКИ ротавирусной этиологии в возрасте от 5 мес до 5 лет, проходивших стационарное лечение в инфекционной больнице. Мальчиков – 25(47,17%), а девочек составило 28 (52,83%). Лабораторную диагностику на наличие ротавирусной инфекции в фекалиях проводили методом ПЦР. Исследовали и изучали общий анализ крови, общий анализ мочи. Стандартная процедура обследования состояла из общеклинических исследований (гемограмма, общий анализ мочи, копроскопия), двух кратного бактериологического исследования фекалий. Результаты. Больные поступали в отделение преимущественно на ранних сроках заболевания и 96,2% из них был госпитализирован в первые три дня. Нами проведен подробный анализ клинических проявлений основных симптомов болезни у 53 детей с лабораторно подтвержденным диагнозом «ротавирусная инфекция» (РВИ). По возрасту дети были разделены на 3 группы: I группа: от 6 мес до 1 года – 21 детей (39,62%); II группа: от 1г до II-х лет–15 детей (28,30%); III группа: старше 3-х лет–17 детей (32,07 %). Первые проявления болезни складывались из 3-х симптомов: Диареи и рвоты на фоне умеренного повышения температуры. Лихорадка в начальный период развития болезни выявлена только у половины заболевших детей грудного возраста и у 66,67% и 64,71% детей 2-х следующих возрастных групп. У 32(60,38%) больных заболевание начинается с одновременного появления рвоты и поноса, у 19(35,85%) на фоне повышенной температуры, причем это сочетание с наибольшим постоянством отмечено у детей старше года. У детей до года часто заболевание начинается с 2-х симптомов 10(47,62%), из них преобладает сочетание температуры и рвоты, сочетание рвоты и поноса отмечено только у 3(14,28%) больных. По тяжести течения мы различали легкую, среднетяжелую и тяжелую формы ротавирусной инфекции. Выявлены возрастные отличия в проявлении тяжести заболевания. Так, у 2(9,52%) детей до 1 года отмечались тяжелые формы болезни, у 11(52,38 %) среднетяжелые и у 8(38,09 %) больных – легкие формы болезни. У детей старшего возраста преобладали легкие формы, и только у единичных больных развивалась тяжелая форма. Кишечный синдром у детей характеризовался преимущественно явлениями гастроэнтерита 15(71,43%) и энтерита 5(23,81%)

у детей до 1 года у детей более старшего возраста эти соотношения во второй возрастной группе - 12(80,0%) и 2(13,3%), в третьей группе –13(76,47%) и 1(5,88 %). Дети получали эргоферон который относится к фармакологической группе иммуностимуляторов, обладая противовирусными, антигистаминными, иммуномодулирующими и противовоспалительными свойствами. Одновременно с нормализацией частоты и характера стула у больных, получавших эргоферон, быстрее исчезали патологические примеси в стуле (слизь, зелень), что свидетельствовало о положительном влиянии препарата на процессы репарации кишечника. у всех больных имело место достоверное снижение УПМ, а у 7 (41%) отмечалась полная санация от УПФ. Выводы. Таким образом, наиболее рациональной и эффективной схемой лечения среднетяжелых форм ОКИ ротавирусной у детей является включение в комплексную терапию эргоферона в возрастных дозировках.

## РЕЗЕРВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Дильмурадова К.Р.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Интенсивный научно-технический прогресс, развитие медицинской науки привели к быстрому росту и обновлению научно-технической и медицинской информации. В условиях высоких темпов развития медицинской науки, большого потока информации сложно обеспечить подготовку специалистов - врачей, отвечающих современным требованиям образовательных стандартов. С целью решения этой проблемы нами в педагогический процесс внедрены такие современные педагогические технологии как: структурирование и систематизация учебного материала, использование учебного телевидения и другие. В процесс обучения на циклах последипломного образования врачей - неонатологов включены занятия, носящие проблемный характер. Сегодня под проблемным обучением понимается создание педагогом проблемных ситуаций на занятиях и активную самостоятельную деятельность курсантов по их разрешению, применяя имеющиеся знания. В результате этого происходит творческое овладение и усовершенствование профессиональных знаний, навыков, умений и развитие мыслительных способностей. Конечно, не ко всем темам программы последипломного образования врачей - неонатологов применим этот метод. Чаще это темы, связанные с часто встречающимися синдромами в неонатологии: асфиксии, желтухи, отёчный, аспирационный, респираторный, геморрагический и другие. Проблемное обучение относится к личностно-ориентированным технологиям, так как личность здесь является субъектом, а цель проблемных ситуаций – особым видом мотивации в педагогическом процессе. Оптимальной структурой учебного материала является традиционное изложение с включением проблемных ситуаций. В начале семинарского занятия на тему «Желтушный синдром: лечение и профилактика» ставится проблема – Какой метод лечения желтухи у новорождённых является основным и почему? Педагог не даёт готового ответа. Курсанты разбирают как неонатологическая наука развивалась в плане изучения этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и методов лечения желтух у новорождённых. Преподаватель рассказывает о гипотезах, опытах применения различных методов лечения. Педагог создаёт проблемную ситуацию, направляет курсанта на ее решение, организует поиск решения. Управление проблемным обучением требует широких знаний предмета, педагогического мастерства, так как возникновение проблемной ситуации - акт индивидуальный, поэтому требуется использование дифференцированного и индивидуального подхода. Проблемное обучение как творческий процесс представляется как решение нестандартных научно-учебных задач нестандартными же методами. На практических занятиях предлагаются тренировочные задачи курсантам для закрепления знаний и отработки навыков, в то время как при итоговом контроле применяются проблемные задачи – это всегда поиск нового способа решения, при котором развивается процесс мышления. Суть проблемной интерпретации учебного материала состоит в том, что преподаватель не сообщает знаний в готовом виде, но ставит перед учащимися проблемные задачи, побуждая искать пути и средства их решения. Проблема сама прокладывает путь к новым знаниям и способам действия. Основным свойством проблемного обучения является отражение объективных противоречий, закономерно возникающих в процессе научного знания, учебной или любой другой деятельности, которые и есть источник движения и развития в любой сфере. И поэтому проблемное обучение является развивающим, что важно при каждой ступени последипломного образования.

## ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Дильмурадова К.Р., Саидмурадова Р.С.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель работы. Оптимизировать принципы инфузионной терапии у недоношенных с некротическим энтероколитом. Материал и методы исследования. Обследовано 30 недоношенных со сроком ге-стации менее 30 недель и массой тела от 1000 до 1500 граммов при рождении с некротическим энтероколитом I-II степени. Группой контроля были условно здоровые недоношенные той же весовой и гестационной категории. Лечение больных зависело от стадии заболевания и степени выраженности клиники. При малейшем подозрении на некротический энтероколит дети переводились на парентеральное питание. Инфузионная терапия с целью нутритивной поддержки недоношенных прово-

дилась с учетом стандартных потребностей ребенка в калориях, углеводах, белках и жирах. Критериями контроля эффективности проводимой инфузи-онной терапии были: увеличение толщины кожной складки, массы тела и парциальные функции почек. Были обследованы функции почек: гломерулярная фильтрация, клиренс осмотически активных веществ, клиренс калия и натрия. Препаратами, используемыми при инфузионной терапии были общепринятые источники аминокислот, глюкоза и жировые эмульсии. Результаты. На момент поступления в клиническом анализе крови имело место увеличение общего числа лейкоцитов до  $18,8 \pm 1,0$  г/л. Отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов  $8,6 \pm 0,9\%$ , палочкоядерных лейкоцитов -  $12 \pm 1,3\%$ , а также высокий уровень СРБ  $36 \pm 11,4$  мг/л. На 3 сутки терапии зарегистрировано понижение общего количества лейкоцитов до  $12 \pm 1,1$  г/л, миелоцитов - до  $2,1 \pm 0,4\%$ , палочкоядерных лейкоцитов -  $5,4 \pm 0,6\%$ , СРБ до  $12 \pm 3,3$  мг/л ( $p < 0,05$ ). На 7 сутки отмечено дальнейшее снижение исследуемых показателей, а также стабилизация клинических показателей гомеостаза у новорожденных. До проведения инфузионной терапии у всех недоношенных отмечалось снижение клубочковой фильтрации по клиренсу эндогенного креатинина, клиренса осмотически активных веществ, клиренса калия и натрия. Эти изменения клинически проявлялись отёчным синдромом, синдромом дисадаптации, явлениями гипоксии, ацидоза, вздутия живота, изменением цвета живота – «сливовый живот», срыгиванием и рвотой, отказом от груди. Инфузионная терапия проводилась в течение 2 недель, а этиотропная терапия (гентамицин, цефалоспорины третьего поколения, метронидазол) - в течение одного месяца. При проведении инфузионной терапии осложнений у обследованных недоношенных не обнаружено. Однако были трудности в подборе препаратов, их дозировок, критериев их смены и отмены. После проведения инфузионной терапии отмеченные изменения стали менее выраженными, но сохранялись. Повышение экскреции натрия приводит к отрицательному балансу натрия, что сокращает количество этого иона во внеклеточной жидкости, а значит ведёт к сокращению объёма внеклеточного пространства. При недостаточном поступлении жидкости в организм новорожденного это может усилить гиповолемию, а значит и усугубить нарушения функций почек. Двое из недоношенных были переведены в отделение хирургии новорожденных в связи с осложнением основного заболевания. Остальные 28 детей стали прибавлять в массе тела, исчезли симптомы некротического энтероколита, были приложены к груди через 10-14 дней после начала лечения выписаны в удовлетворительном состоянии на 30 – 31 день жизни. Выводы. Таким образом, инфузионная терапия у недоношенных с некротизирующим энтероколитом эффективна как компонент интенсивной терапии, требует особого внимания и дальнейшей разработки методики её проведения.

## ЭНДОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Дусияров М.М., Шеркулов К.У., Шодмонов А.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Широкое внедрение в клиническую практику новых передовых технологий открывает определенные перспективы в хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени. Цель исследования. Оценить значимость эндоскопии в комплексном лечении осложненного эхинококкоза печени. Материал и методы. В 25 наблюдениях на первом подготовительном этапе больных с эхинококкозом печени, осложнившимся механической желтухой, выполнена инструментальная декомпрессия эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация желчного дерева, эндоскопическая дилатация стриктур и эндоскопическое назобилиарное дренирование, обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия была произведена 15 больным. В ходе проведения эндоскопическая папиллосфинктеротомия производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки дочерних кист эхинококка. Нормализация показателей билирубина и результатов других исследований, а также общего состояния пациента наступало соответственно на 8-11 сутки с момента разрешения холестаза. Сочетанная эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование применено 10 пациентам. Показаниями для сочетанного выполнения этих манипуляций считались: выраженная картина паразитарного холангита - 6 и отек области большого дуоденального соска - 4, что препятствовало пассажу желчи. Во время выполнения эндоскопического удаления хитиновых оболочек в 4 случаях обнаружено явление катарального холангита, в 4 случаев - эрозивного холангита и в 2 случае картина эрозивно-язвенного холангита. В послеоперационном периоде желчные протоки промывали 0,5% раствором Бетадина и антибиотиками через полихлорвиниловый катетер. Нормализация показателей билирубина у этих больных наступала соответственно на 10-11и 16-17 сутки после вмешательства. После улучшения состояния больных проведено контрастирование желчевыводящих путей. В 5 (62,5%) случаях контрастное вещество попадало в полость эхинококковой кисты, а в 3 (37,5%) случаях эхинококковая киста не контрастировалась, что указало на эффективность консервативного лечения цистобилиарных свищей. Результаты и обсуждения. На основании вышесказанного, очевидно, что в комплексном лечении больных эхинококкозом печени, осложненном механической желтухой, декомпрессивные вмешательства являются важным звеном. При этом нужно подчеркнуть также высокую эффективность методов в снижении интоксикации и купировании печеночной недостаточности. Патогенетически обоснованная предоперационная подготовка больных с осложненным эхинококкозом печени, включая дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами и декомпрессивными вмешательствами представляются ведущими звеньями в комплексе лечения этого тяжелого контингента больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксикации и купировании

скрытой печеночной недостаточности. Наиболее эффективным при осложненном эхинококкозе печени механической желтухой были эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование, которые позволили разрешить холестаза в течение 8-10 суток от начала декомпрессии соответственно и выполнить радикальное оперативное вмешательство в наиболее благоприятных условиях. Вывод. Лечебный эффект предоперационного инструментального вмешательства у больных с осложненным эхинококкозом печени объясняется ликвидацией желчной гипертензии, отведением токсической желчи, что способствует скорейшему купированию холангита.

## УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ВЫЗВАННЫЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Дустова Н., Хотамова М.Т.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Цель исследования. лечение угрожающих преждевременных родов, вызванных субклинической внутриматочной инфекцией. Материалы и методы обследования. Установлено, что некоторые случаи угрожающих преждевременных родов (УПР) связаны с внутриматочной инфекцией. Прогноз в этих случаях хуже, чем при родах, вызванных другими факторами. Ретроспективно изучена связь между угрожающими преждевременными родами (УПР) и внутриматочной инфекцией. Получали цервикальную культуру у женщин, госпитализированных с УПР (угрожающие преждевременные роды), и у здоровых женщин с беременностью 20 нед, которых делили затем на 2 группы - с инфекцией и без нее - и определяли в обеих группах частоту УПР (угрожающих преждевременных родов). Группу с положительными бактериальными культурами снова делили на 2 подгруппы: в одной назначали перорально антибиотики, в другой их не применяли. Результаты обследования. Цервикальная инфекция выявлена у 32,6% женщин, госпитализированных с УПР (угрожающими преждевременными родами). Имелось 3 случая преждевременных родов при сроке беременности менее 35 недель. У большинства женщин выявлен высокий уровень С-РБ. При проспективном исследовании положительные бактериальные культуры найдены у 1/8 из 100 здоровых беременных. Выводы. Частота УПР (угрожающих преждевременных родов) составила 44,4% во всей группе с инфекцией. Она была равна 22,2% у женщин, леченных антибиотиками, и 66,7% в нелеченой подгруппе. В группе без инфекции частота УПР (угрожающих преждевременных родов) составила 11%. Общая частота УПР (угрожающих преждевременных родов) равна 27%.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОБИОЦЕНОЗОВ КИШЕЧНИКА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ И В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ

Дусчанов Б.А., Нуралиев Н. А., Садуллаев О.К.

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Происходящие экологические нарушения на примере Арала и Приаралья по интенсивности процессов опустынивания не имеют аналогов в мировой практике. Этим объясняется трудность количественной и качественной оценки экологических изменений. Учитывая отрицательное влияние экологических неблагоприятных факторов на организм населения особенно детей, проживающего в Южном Приаралье, изучение количественного и качественного состава нормальной микрофлоры кишечника и механизмов его регуляции в этом регионе представляется актуальной проблемой. Изучение микроорганизмов кишечника у детей с диарейными заболеваниями проводилось в сравнении с двумя контрольными группами здоровых детей: I группа – 25 детей, проживающих в относительно благополучных экологических условиях г. Ташкента (по данным И.М. Мухамедова с соотв. 1996 г.) и II контрольная группа – 32 ребенка, проживающих в зоне экологического неблагополучия Южного Приаралья. Данные И. М. Мухамедова практически соответствует общепринятым нормам содержания в кишечнике облигатных и факультативных микроорганизмов. У здоровых детей Южного Приаралья наблюдается дефицит облигатной микрофлоры, а именно бифидобактерий и лактобацилл на 3 порядка. Количество же одного из основных микроорганизмов кишечника-лактоположительной кишечной палочки, практически не отличается у детей I и II контрольных групп:  $9,92 \pm 0,66 \lg \text{ КОЕ/г}$  и  $9,16 \pm 0,33 \lg \text{ КОЕ/г}$ , соответственно. Из факультативных микроорганизмов толстого кишечника, обращает на себя внимание увеличение количества грибов рода Кандида почти на 2 порядка и слабоферментативных, с положительными антагонистическими свойствами лактозоположительных кишечных палочек – почти на 1,5 порядка, ( $P < 0,001$ ) различия же количества стафилококков и энтерококков не превысил I порядка. Таким образом, анализ результатов исследований показывает наличие дисбактериозов кишечника у местных практически здоровых детей. Показателями дисбактериозов являются дефицит нормальной облигатной микрофлоры кишечника бифидобактерий и лактобацилл, изменение в структуре кишечных палочек, преобладания малоактивных в ферментативных и антагонистических отношениях лактоотрицательной кишечной палочки и значительное увеличение грибов рода Кандида.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАВОЗНОЙ МАЛЯРИИ В Г.АЛМАТЫ**

<sup>1</sup>Егембердиева Р.А., <sup>1</sup>Сейдулаева Л.Б., <sup>1</sup>Дуйсенова А.К., <sup>2</sup>Утаганова Т.К., <sup>3</sup>Шапиева Ж.Ж.

<sup>1</sup>Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова,

<sup>2</sup>Городская клиническая инфекционная больница им. И.С. Жекеновой,

<sup>3</sup>Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга,

г.Алматы, Республика Казахстан

В Казахстане ситуация по малярии является стабильной. Вместе с тем, потенциальный риск возврата местной передачи малярии сохраняется в южном регионе республики, где имеются более благоприятные условия: природно-климатические условия, наличие эпидемически значимых переносчиков, интенсивная миграция населения. Приводим описание клинического случая завозной малярии. Больная К., 30 лет, заболела 08.01.2018г.: повысилась температура тела до 39<sup>0</sup>С с ознобом, жаром, умеренной потливостью, головная боль, ломота в теле, артралгии, миалгии, першение в горле, тошнота, рвота 1 раз, нарушение сна. 10.01.18г. вызвала БСМП, с диагнозом ОРВИ принимала лечение дома. 11.01.18г повторно вызвала БСМП, так как самочувствие не улучшалось. Доставлена в ГКИБ им.С.Д.Жекеновой с диагнозом «ОРВИ, средней тяжести». Жалобы при поступлении на головную боль, повышение температуры тела до 38-39<sup>0</sup>С, общую слабость, поташнивание. Эпидемиологический анамнез: с 05.12.17г. по 05.01.18г. находилась в Кении (г.Найроби, в сельской местности), подвергалась укусам комаров и москитов. Репелентами не пользовалась и индивидуальную химиопрофилактику не принимала. От желтой лихорадки не вакцинировалась. Купалась в местных водоемах. В Алматы вернулась 06.08.18г. Объективные данные на момент поступления (11.01.18г.): температура тела 37,8<sup>0</sup>С, состояние выше средней тяжести, вялая, на вопросы отвечает адекватно. Кожные покровы бледные, сыпи нет. Менингеальные симптомы отрицательные. В ротоглотке умеренная гиперемия дужек, миндалины не увеличены, гнойного налета нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД-16 в 1мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС-120 в 1мин., АД-90/60 мм.рт.ст. Язык обложен серым налетом. Живот подвздут, безболезненный, печень пальпируется на 1,5 см ниже реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Стул оформлен. Мочится самостоятельно. С учетом клинико-эпидемиологических данных выставлен диагноз «Тропическая малярия, средней тяжести. Первичная малярия». Назначено лечение: Фансидар (фанлар) – 3 таблетки. Исследование крови на малярию от 11.01.-12.01.18г., обнаружен *Pl.falciparum* – возбудитель тропической малярии, юные, кольцевидные трофозоиты. Интенсивность паразитемии (++) . Несмотря на проведенное лечение фансидаром, 12.01-14.01 температура тела повышалась до 39,5<sup>0</sup>С, больная отмечала чувство жара, головокружение, резкую слабость. При осмотре: состояние тяжелое, больная вялая, кожа и видимые слизистые бледные, субиктеричность склер. Одышки нет, в легких хрипов нет. Гемодинамика компенсирована. Живот мягкий, безболезненный. Диурез адекватный. В ОАК нарастание анемии (Hb снизился с 97 до 68 г/л, эритроциты с 4,58 до 3,3x10<sup>12</sup>/л), нормоцитоз (лейкоциты 7,6x10<sup>9</sup>/л), тромбоцитопения (снижение с 181 до 80x10<sup>9</sup>/л), СОЭ 20мм/ч. В коагулограмме снижение протромбинового индекса (71%), концентрации фибриногена (1,6г/л). Исследование крови на малярию от 13.01-14.01.18г.: интенсивность паразитемии (+++). Данная ситуация расценена как ранняя неэффективность (РН) химиотерапии. Назначено лечение «Артеплюс CD» по схеме, доксицилин по 0,1x2 раза в день. После завершения курса лечения артеплюсом с 18.01 назначен примахин по 30 мг в день в течение 14 дней. Лихорадка постоянного характера высокая держалась по 17.01(9дней), субфебрильная до 22.01 (5 дней). С 23.01 температура тела стабильно в пределах нормы. В результатах анализов отмечались изменения: в ОАК: анемия (Hb 62-97 г/л, эритроциты 2,69-3,3x10<sup>12</sup>/л), тромбоцитопения (80-161x10<sup>9</sup>/л). В биохимических анализах крови: ферментемия (АЛТ с 44 до 59 ед/л, АСТ с 71 до 136 ед/л), билирубинемия (26,8-32,7 мкмоль/л), повышение тимоловой пробы 7,1-16,5ед., гипопротениемия (48,7-60,4г/л), гипоальбуминемия (30-33г/л). В коагулограмме снижение протромбинового индекса (71-78%), повышение протромбинового отношения до 1,4, снижение концентрации фибриногена (1,6-1,8г/л). От 13.01-14.01.18г. кроме *Pl.falciparum* обнаружены возбудители 3-х дневной малярии *P.vivax*-кольцевидные и амёбовидные трофозоиты. От 15.01.18г. интенсивность паразитемии (+). За период от 17.01 по 01.02.18г. плазмодии малярии не обнаружены. Окончательный диагноз: Малярия микст (*Pl.falciparum*+*P.vivax*, завозной случай), тяжелое течение (неосложненная). Резистентная к фанлару, первичный период разгара. Сопутствующий диагноз: железодефицитная анемия, тяжелой степени. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

**ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЯ БРЮШНОГО ТИФА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2005-2017 гг.**

Егорова С.А., Кафтырева Л.А.

Федеральное бюджетное учреждение науки «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Санкт-Петербург, Российская Федерация. Цель работы. Характеристика возбудителя брюшного тифа, выделенного на территориях РФ в 2005-2017 гг., по чувствительности к антимикробным препаратам (АМП). Материалы и методы исследования. У 306 штаммов *S.Typhi* изучена чувствительность к АМП методами: диско-диффузионным и градиентной диффузии согласно рекомендациям EUCAST с использованием агара Мюллера-Хинтон,

дисков и MICE-полосок (Oxoid). Результаты. Чувствительными ко всем АМП, включенным в тестирование, были 17,0% штаммов, 83,0% характеризовались резистентностью, из них: к хинолонам (83,0%), триметоприм/сульфаметоксазолу (5,2%), ампициллину (2,6%) и хлорамфениколу (2,6%). Штаммы, устойчивые к цефалоспорином 3-4 поколения и азитромицину, не выявлены. Изученные штаммы по фенотипу резистентности к АМП распределились на 4 группы: чувствительные ко всем тестируемым АМП (17,0%); устойчивые только к хинолонам (77,8%); устойчивые к нескольким группам АМП (ампициллину, хлорамфениколу, триметоприм/сульфаметоксазолу, хинолонам) (2,6%); устойчивые к хинолонам и триметоприм/сульфаметоксазолу (2,6%). Таким образом, в популяции *S. Typhi* преобладали штаммы, устойчивые только к хинолонам (77,8%) с разными уровнями устойчивости, но чувствительные к другим АМП. Следует отметить, что в настоящее время к категории устойчивых относят штаммы *S. Typhi* с минимальной подавляющей концентрацией ципрофлоксацина  $\geq 0,06$  мг/л. Клинически доказано, что лечение фторхинолонами брюшного тифа, вызванного такими штаммами, неэффективно. Выводы. Проведенные исследования показали, что случаи заболевания брюшным тифом в РФ были вызваны штаммами *S. Typhi* как чувствительными ко всем АМП, так и штаммами, у которых развитие резистентности затрагивало различные группы препаратов, включая препараты, использовавшиеся для лечения брюшного тифа ранее и в настоящее время. Популяция штаммов *S. Typhi*, характеризовалась различными фенотипами резистентности к АМП. Чувствительными к АМП были 17,0% штаммов, 83,0% штаммов характеризовались устойчивостью к хинолонам – препаратам, активно используемым в последние годы для лечения брюшного тифа, что делает невозможным применение их для эмпирической терапии брюшного тифа в РФ. Кроме того, популяция возбудителя включала штаммы с множественной устойчивостью к АМП, включая современные препараты выбора и препараты «первой» линии, с которых в 1960-е годы начиналась антимикробная терапия брюшного тифа (ампициллин, хлорамфеникол, триметоприм/сульфаметоксазол). Несмотря на то, что в РФ заболеваемость брюшным тифом носит спорадический характер, резистентность возбудителя к АМП сформировалась и стала реальной проблемой. Штаммы с характерным фенотипом резистентности, затрагивающим препараты выбора для лечения брюшного тифа, имеют глобальное распространение как в странах эндемичных по брюшному тифу (Юго-Восточная и Центральная Азия, Африка), так и в странах, где заболеваемость формируется «завозными» случаями (РФ, США, Япония, страны Европы). Полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости постоянного мониторинга антибиотикорезистентности возбудителя брюшного тифа, поскольку это заболевание склонно к эпидемическому распространению, возникновению вспышек, а инфицирование резистентными штаммами приводит к снижению эффективности антимикробной терапии. Мониторинг чувствительности к АМП и основанная на его результатах антимикробная терапия позволят ограничить дальнейшее распространение резистентных штаммов возбудителя.

## КОРЬ, КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Еремушкина Я.М., Кускова Т.К., Мигманов Т.Э.

*Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Российская Федерация*

В последние годы корь остается актуальной проблемой отечественного здравоохранения. Особую актуальность она приобретает в связи с ростом заболеваемости корью во всем мире, что усугубляется высокой мобильностью населения. Для амбулаторного звена здравоохранения, алгоритм диагностики кори и дифференциальная диагностика с другими респираторными инфекциями приобретает особую значимость. Начатая с 2001 году борьба против кори и краснухи является важным партнерством, осуществляемым под руководством общества Красного Креста, Фонда Организации Объединенных Наций, ЮНИСЕФ и ВОЗ. Инициативы по борьбе против кори и краснухи дают возможность осуществить стремление мирового сообщества, чтобы ни один ребенок не умирал от кори и не рождался с синдромом врожденной краснухи. В 2012 году началось осуществление нового Глобального стратегического плана по борьбе против кори и краснухи, который охватывает период 2012-2020 годов. Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации (СКГЭ) пришла к выводу, что глобальные промежуточные цели и цели элиминации кори, поставленные на 2015 год, не были достигнуты из-за сохраняющихся пробелов в охвате населения иммунизацией. Для закрепления успехов, достигнутых на сегодняшний день в области борьбы с корью, СКГЭ рекомендует уделять повышенное внимание улучшению систем иммунизации в целом. Цель - на конец 2020 г. достичь элиминации кори и краснухи по крайней мере в пяти регионах ВОЗ. Основываясь на нынешних тенденциях в охвате вакцинацией против кори, ВОЗ будет продолжать укреплять глобальную лабораторную сеть для обеспечения своевременной диагностики кори и следить за международным распространением вирусов кори в целях применения более скоординированного подхода к проведению мероприятий по вакцинации и снижения смертности от этой предотвратимой с помощью вакцин болезни. В период выполнения программы элиминации кори в Российской Федерации большое значение приобретает полное и активное выявление всех случаев кори, поэтому больных с заболеваниями, протекающими с экзантемами при малейшем подозрении на корь необходимо обследовать с помощью серологических методов для верификации диагноза. О каждом случае заболевания корью, а также при подозрении на заболевание корью врач лечебно-профилактического учреждения направляет в течение 12 часов экстренное извещение в территориальный отдел Роспотребнадзора по месту жительства больного. Реализация принципов эпидемиологического надзора за корью, включающего наблюдение за заболеваемостью, состоянием коллективного иммунитета, клиническим течением инфекции, циркуляцией генотипов

возбудителя, оценку эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий, принятие оперативных решений и контроль являются основой для достижения целей национальной программы элиминации кори в Российской Федерации и сертификации территорий, свободных от этой инфекции.

### О ВИДОВОМ СОСТАВЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОСКИТОВ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА

Жахонгиров Ш.М., Саттарова Х. Г., Эшимова Ш.К.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Актуальность проблемы. Вызывает тревогу распространение антропонозного кожного лейшманиоза (АКЛ), больные регистрируются в Ферганской, Джизакской, Самаркандской и других областях Узбекистана. В связи с осложнением ситуации по АКЛ в Узбекистане появилась необходимость в изучении переносчиков этих заболеваний – москитов на территории Джизакской области, где были отмечены случаи заболевания АКЛ. Цель. В связи с осложнением ситуации по лейшманиозам в Джизакской области появилась необходимость в изучении переносчиков этих заболеваний – москитов. Материалы и методы. Отлов москитов проводили в течение 2017 г. в вышеуказанных области. Москитов отлавливали с помощью липких листов бумаги (А 4), которые устанавливали в жилых, хозяйственных помещениях за 1 час до захода солнца и снимали утром. Результаты и обсуждения. В обследованных населенных пунктах Джизакской области обнаружено 6 видов москитов. Доминирующим видом как в жилых, так и хозяйственных постройках в г. Джизаке и кишлаке Заамин Зааминского района Джизакской области был *P. sergenti* (44,4-80,4%) при значительной численности (максимальное обилие – 8,38). В хозяйственных постройках москитов отлавливали больше: общее обилие москитов в жилых помещениях составило 0,07-1,09, в хозяйственных – 1,5-10,4, обилие *P. sergenti* – 0,05-0,25 в жилых помещениях и 0,75-8,38 в хозяйственных помещениях. *P. sergenti*, ведет себя преимущественно как эндофил, питается в основном в помещениях и здесь же остается для переваривания крови. Основным местом выплода в населенных пунктах служат постройки для крупного и мелкого скота, где имеются оптимальные условия для развития преимагинальных стадий москитов и обитания имаго. Важным фактором явилось и выявленное доминирование в жилых и хозяйственных помещениях переносчика антропонозного кожного лейшманиоза - *P. sergenti*. Следовательно, данная территория представляет потенциальную опасность по АКЛ, т.к. существуют все предпосылки для возникновения эпидемического процесса. Выводы. Таким образом, видовой состав москитов в очагах АКЛ в Джизакской области и его окрестностях включает 6 видов, из которых медицинское значение имеют 2 вида *P. papatasi* и *P. sergenti*. Однако наличие практически во всех помещениях основным переносчиком АКЛ - *P. sergenti*, свидетельствует об эпидемической опасности этих территорий.

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Жумаева З.Ж., Очилова Д.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей в разных регионах страны диктуют необходимость комплексного изучения заболеваемости с учетом действия факторов риска. Среди многочисленных факторов, влияющих на заболеваемость зубов кариесом, выделяются своей значимостью социально-гигиенические, медико-биологические и экологические. Цель и задачи: Изучить распространенность кариеса среди детей дошкольного возраста в трёх районах Бухарской области с целью изучить заболеваемость кариесом зубов дошкольников проживающих в различных по экологической обстановке районах, обследование проводилось в трёх местностях Бухарской области (Караулбазарский, Каракульский и Алатский районов), сравнительно легко сопоставимых по своим природно-климатическим и социально-бытовым условиям, но различающихся по характеру и степени загрязнения окружающей среды, что соответствует методическим подходам, принятым при изучении влияния окружающей среды на здоровье детей. Результат. Вскоре результаты нашего сравнительного анализа показали, что в Караулбазарском районе распространенность и интенсивность поражения кариесом зубов как молочных, так и постоянных зубов существенно выше, чем показатели поражённости кариесом зубов в Каракульском и Алатском районах (не было выявлено достоверных различий). Существенно высокий показатель поражённости кариесом молочных (48, 24%) и постоянных (17,42%) зубов наблюдается среди дошкольников Караулбазарского района, причем здесь кариозное поражение постоянных зубов начинается уже с 5-летнего возраста с момента их прорезывания. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о высоком уровне поражённости кариесом зубов дошкольников Караулбазарского района, где идет комбинированное загрязнение объектов окружающей среды пестицидами и вредными выбросами Бухарского нефтеперерабатывающего завода, по сравнению с Каракульским и Алатским районами, что, по всей вероятности, связано с отрицательным влиянием на организм детей вышеуказанных неблагоприятных экологических факторов. В связи с этим, дорогие будущие стоматологи, Вы должны участвовать в первичной профилактике данного заболевания, ведь это здоровье нашего будущего поколения.

## ОСОБЕННОСТИ РАСПРАСТРАНЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Жумаева З.Ж., Жумаева А.А.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Актуальность проблемы. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется до 275 млн. диарейных заболеваний детей и взрослых, что по всей очевидности иллюстрирует важную роль кишечных заболеваний в инфекционной патологии человека, который по своей распространенности уступает лишь респираторным инфекциям. Основным этиологическим агентом ОКИ у детей является ротавирус. Доля ротавирусной инфекции в структуре ОКИ колеблется от 8 до 73%, что определяется сезонностью заболеваний. Целью нашей работы явилось проанализировать особенности распространения респираторных инфекций у детей на современном этапе. Материалы и методы. Наблюдение детей проводилось с момента поступления и до выписки из стационара. Была разработана карта наблюдения, включающая себя данные опроса, изучения жалоб, характеристику общего состояния, клинических проявлений заболевания и результаты обследования. Диагностика ротавирусной инфекции проводилась на основании характерных клинических проявлений, метода иммуноферментного анализа. Из больных госпитализированных в ОДИБ за 2016 год по поводу ОКИ РВИ была подтверждена (обнаружением антигенов ротавируса методом ИФА в фекальных массах больных) в 118 случаях. Все полученные данные при клинических и лабораторных исследованиях были обработаны статистически. Преимущественное число заболевших составили дети в возрасте от 0 до 3 лет-68, старше 3-50. Мальчиков среди заболевших составили РВИ было 58, девочек-60. большинству случаев (88,4%) ротавирусная инфекция у детей протекала в среднетяжелой (57,2%) или тяжелой формах (31,2%), чаще всего (у 83,8 %) по типу гастроэнтерита. Ведущими клиническими синдромами явились лихорадка различной степени, выраженности симптомы интоксикации эксикоза, диарейный синдром. В 86% случаев заболевание началось остро. Лихорадка была на уровне 38,1-39,0С и продолжительностью 1-3 дня. Рвота появлялась на первые сутки заболеваний и чаще сохранялась не более двух дней. Рвота была повторной и многократной у (81%) детей. Клиническое течение ротавирусной инфекции у детей различного возраста имело некоторые особенности и находилось в прямой зависимости от характера инфекционного процесса, возраста ребенка и особенностей преморбидного фона.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕКОТОРЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ АССОЦИИРОВАННЫХ С ЛЯМБЛИОЗОМ

Жураева Ф.Ф., Ахмедов Ш.К., Абдуллаев Х.Д.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Лямблиоз - самая распространенная кишечная инфекция. Заражение происходит при употреблении загрязнённых цистами продуктов питания (особенно не подвергающихся термической обработке - фрукты, овощи, ягоды) и воды, а также через загрязнённые цистами руки и предметы обихода. Попав в желудочно-кишечный тракт здорового человека, лямблии размножаются в тонкой кишке, иногда в больших количествах, и вызывают раздражение слизистой оболочки. Проникая из тонкой кишки в толстую (где условия для них неблагоприятны), лямблии теряют свою подвижность и превращаются в цисты. Цисты выделяются из организма больного лямблиозом с испражнениями. В результате длительной персистенции (пребывания) лямблий в организме, накопления продуктов дисметаболизма, в т.ч. за счет субстанций распада жизнедеятельности простейших, особенно при сниженной иммунной защите, способной ограничить их размножение, формируется синдром хронической эндогенной интоксикации. Вследствие бурного размножения лямблий в кишечнике, особенно при нерациональном питании, резко изменяется микробный пейзаж кишечника. Появляются микроорганизмы и грибы, которых не бывает в кишечнике в обычных условиях и которые, в свою очередь, стимулируют процесс размножения простейших, резко снижается количество кишечной палочки, бифидумбактерий, лактобактерий, обеспечивающих физиологический процесс пищеварения и всасывания. Нарушения полостного и мембранного пищеварения способствуют проникновению в организм продуктов неполного расщепления, оказывающих аллергизирующее воздействие, и проявляются в виде истинных и ложных аллергических реакций. Отмечаются следующие клинические формы лямблиоза с преобладанием аллергических проявлений: 1. Крапивница - большинство форм крапивницы проявляется волдырями - участками отека кожи, которые через некоторое время исчезают. Действие провоцирующего фактора приводит к новым высыпаниям. 2. Строфулюс (детская почесуха) - разновидность детской крапивницы. Волдыри быстро трансформируются в узелки розово-коричневого цвета, величиной до булавочной головки с маленьким пузырьком на вершине. Из-за расчесов появляются эрозии и кровянистые корки. Излюбленная локализация сыпи - крупные складки туловища, на верхних конечностях, иногда распространяется на все тело. В большинстве случаев заболевание к 3-7 годам проходит бесследно, но иногда наблюдается трансформация в диффузный нейродермит, почесуху. 3. Атопический дерматит (нейродермит) на фоне лямблиоза, у детей протекают более тяжело, носят хроническое торпидное, непрерывно-рецидивирующее течение, при этом синдром интоксикации более выражен. 4. Экзема носит диффузный характер (страдают любые участки кожного покрова), с непрерывно-рецидивирующим течением. Отмечается упорное мокнутие, выраженный зуд. 5. Нейродермит у детей более старшего возраста процесс локализуется преимущественно на шее, в подколенных ямочках, локтевых сгибах, пахово-бедренных складках (ограни-

ченный нейродермит). В период обострения нейродермита характерными признаками являются эритродермия (от греческого erythros - красный и derma - кожа) - воспаление значительной части кожного покрова (покраснение, отечность, шелушение, зуд), и выраженный "скальпирующий" зуд кожи. Пораженную поверхность покрывают чешуйки, кровавые корочки и трещины.

### **ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ БРУЦЕЛЛЁЗЕ У БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Зикиров Э.Ш., Ташпулатов Ш.А., Жураев Ш.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Целью настоящего исследования явилось динамическое наблюдение за показателями периферической крови у больных бруцеллёзом подросткового возраста. Материалы и методы. Под наблюдением находилось 133 больных, лечившихся в Самаркандской областной инфекционной клинической Больнице №1 за период 2016-2017 г. Диагноз бруцеллёза установлен с учетом клинико-эпидемиологических данных и результатов лабораторного обследования, включающих серологические (реакции Райта, Хеддельсона и РПГА) и общеклинические методы. Среди них: мальчиков было 111 (83,4 %) и девушек – 22 (16,5%) в возрасте от 14 до 17 лет. Результаты и обсуждение. Изменения со стороны периферической крови у больных бруцеллёзом подросткового возраста оказались довольно разнообразны. Эти показатели касались как эритрограммы, так и лейкограммы. В разгар заболевания количество эритроцитов у 86 (64,6 %) подростков оставалось в пределах нормы и в среднем составляло  $3,1 \pm 0,13 \times 10^{12}/л$ . Лишь у 21 (15,8 %) подростков количество эритроцитов оказалось достоверно ниже физиологической нормы ( $3,1 \times 10^{12}/л$ ;  $p < 0,05$ ). У 68 (51,1 %) подростков уровень гемоглобина был в пределах нормы ( $120,0 \pm 1,9$  г/л), а у 32, (24%) подростков количество гемоглобина оказалось ниже физиологической составило в среднем  $96,6 \pm 2,1$  г/л ( $p < 0,05$ ). Данный факт позволяет предположить развитие железодефицитной анемии в результате воздействия бруцеллезных токсинов на ретикулоэндотелиальную систему (РЭС). Что касается лейкоцитарной формулы, то нами установлено, что в начальном периоде болезни у 107 (80,4%) наблюдавшихся больных сохранялся нормальный уровень лейкоцитов ( $6,0 \pm 0,7 \times 10^9/л$ ). Однако у 19 (14,3%) подростков с тяжелым и у 27 % - со среднетяжелым течением инфекции в начале болезни отмечен выраженный лейкоцитоз ( $11,3 \pm 2,1 \times 10^9/л$ ;  $p < 0,05$ ). У 7 (5,3%) подростков с тяжелым течением инфекции в остром периоде бруцеллёзом наблюдалось достоверное снижение числа лейкоцитов ( $2,9 \pm 0,3 \times 10^9/л$ ;  $p < 0,05$ ). Показатели со стороны периферической крови изменялись в течение 2-3 недель от начала этиотропной, противовоспалительной и десенсибилизирующей терапии. У 78,9 (59,3%) подростков разгар болезни сопровождался эозинофилией, а у остальных пациентов количество эозинофилов в среднем составило  $3,7 \pm 0,8\%$ . К периоду выписки наблюдалась нормализация числа эозинофилов. В остром периоде инфекционного процесса число палочкоядерных нейтрофилов у 14 (10,5%) пациентов с тяжелым и у 22 (16,5%) со среднетяжелым течением болезни, достоверно увеличивалось ( $39,5 \pm 2,2\%$ ;  $p < 0,05$  и  $17,2 \pm 2,4\%$ ;  $p < 0,05$  соответственно). Изменения содержания лимфоцитов касались лишь больных с тяжелым течением бруцеллеза в остром периоде болезни. Так, у 43 (32,3%) пациентов оно достоверно снижалось ( $17,3 \pm 1,1\%$ ;  $p < 0,05$ ) и у 11 (8,3%) подростков их уровень был достоверно выше нормы ( $21,1 \pm 1,4\%$ ;  $p < 0,05$ ). Нормализация количества лимфоцитов происходила в процессе лечения в течение 12-17 дней. Относительно существенными были изменения в составе моноцитов. У 18 (56,2%) больных в остром периоде болезни количество моноцитов было достоверно выше нормы ( $7,1 \pm 0,9\%$ ;  $p < 0,05$ ), а у 7 (5,3%) больных отмечены достоверно высокие показатели ( $11,8 \pm 0,8\%$ ;  $p < 0,05$ ) даже в периоде реконвалесценции. Все эти изменения были характерными только для больных с тяжелым течением инфекции и с высокой степенью бруцеллезной интоксикации. Со стороны СОЭ изменения были также разнонаправленными. У 31 (23,3%) человека с различной по степени тяжести течения бруцеллёза подросткового возраста СОЭ имела достоверно низкие значения ( $9,1 \pm 1,8$  мм/час;  $p < 0,05$ ) и у 23 (17,3%) больных с тяжелым течением бруцеллёза она была достоверно выше ( $17,4 \pm 1,3$  мм/час;  $p < 0,05$ ) установленной нормы. Таким образом, подробный анализ показателей периферической крови у больных подросткового возраста бруцеллеза показывает, что как в эритрограмме, так и в лейкограмме происходят определенные изменения. Эти изменения в большей степени были характерны для подросткового возраста бруцеллеза с лихорадкой и интоксикацией.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА**

Зубайдуллаева М.Т., Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Каримова Ф.У., Кадирова Д.А.

*Ташкентская медицинская академия*

Инфекционный эндокардит у пациентов с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)/синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) является серьезной медико-социальной проблемой. Одной из главных причин развития инфекционного эндокардита является - внутривенная наркомания (Демин А.А., Дробищева В.П., 2011). Клиническая симптоматика при ВИЧ – инфекции многообразна представлена широким спектром оппортунистических заболеваний. Нами представлен клинический случай пациента Н. 1975 года рождения, жалобы, анамнез и объективное состояние

которого не позволяли диагностировать с уверенностью бактериальный эндокардит. Описанный клинический случай показывает трудность постановки диагноза при септических состояниях с интоксикацией нервной системы и полиорганными поражениями. В данном случае отсутствие таких патогномичных для инфекционного эндокардита критериев, как вегетации на пристеночном и клапанном эндокардите, бактериемии, подтвержденной посевом крови, типичных высыпаний на коже и конъюнктиве соответствует литературным данным, где указывается скудность объективных данных у больных ВИЧ-инфекцией. Согласно мировым данным (Barbara G., 2001), характерной особенностью различных оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции является утрата организмом способности локализации инфекционного процесса из-за резкого снижения защитных механизмов как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета. Это состояние повидимому связано с глубокой иммуносупрессией, следствием которой явилось подавление иммунных и аутоиммунных реакций организма и диссеминации инфекционного процесса в различные органы (легкие, печень, селезенка, почки, головной мозг). На основании наличия следующих критериев, таких как, признаки эндокардита, клинические и эхокардиографические, несмотря на отсутствие вегетаций, дополнительных критериев: указание в анамнезе на ПИН и ВИЧ – инфицированность, повышение температуры тела выше 38<sup>0</sup>С длительно, сосудистые проявления в виде онемения в области нижней челюсти, афтозно-некротические язвы в полости рта, гепатоспленомегалию, признаки выраженной интоксикации, больному установлен окончательный диагноз. Основной: Острый инфекционный эндокардит, инфекционно - токсическая фаза, II степени активности: токсический миокардит, интерстициальная пневмония, гепатит, очаговый нефрит, спленомегалия, атралгия, интоксикация центральной нервной системы. Осложнение: НК II А. На основании выше изложенного, можно заключить, что врачам общего профиля следует проявлять повышенную настороженность в отношении септических состояний у ВИЧ – инфицированных, и иметь в виду возможность поражения сердечно-сосудистого аппарата. При данной патологии диссеминация процесса выходит на первый план, а локальные поражения эндокарда проявляются позже. В связи с этим требуется более полное обследование больных с целью своевременного выявления и адекватного лечения.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА

Ибадова Г.А.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Гименолепидоз (шифр по МКБ10 – В71.0) – контагиозный гельминтоз человека и некоторых мышевидных грызунов, характеризующийся, главным образом, нарушениями функций пищеварительного тракта, быстро передающийся контактно-бытовым и фекально-оральным путем. Карликовый цепень (*Hymenolepis nana*), как и подавляющее большинство вооруженных цепней имеет цистовую форму. Цистицерк карликового цепня может длительное время скрываться в ворсинках тонкого кишечника и при благоприятных условиях покидать цисту, что и обуславливает частое рецидивирующее его течение. А ввиду того, что карликовый цепень выделяет уже зрелые яйца, то очень высока вероятность инвазирования окружающих, в том числе в семейных очагах. Это обуславливает при обнаружении хоть у одного члена семьи данного паразита проводить дегельминтизацию всех членов семьи. Терапия паразитарных болезней, проводится поэтапно, включая подготовительный, собственно антипаразитарный и восстановительный периоды. На каждом этапе используется широкий набор лечебных средств, отбор которых определяется индивидуально в зависимости от этиологии паразитоза и вида паразитов, от степени тяжести заболевания и клинических его проявлений. Цель исследования. Оптимизировать терапию гименолепидоза с минимизацией рецидивов инвазии в семейных очагах. Были обследованы клиничко-лабораторными методами дети 5-12 лет с астенизацией нервной системы, различной патологией ЖКТ, дерматологическими и неврологическими проблемами. Наличие гименолепидоза констатировали после обнаружения яиц гельминтов при копроскопии у 32 детей. Было установлено, что гименолепидоз встречается и как моноинвазия, и как микст паразитоз в сочетании с другими кишечными паразитозами: 9 пациентов с монопаразитозом (28,1%), у 17 – гименолепидоз сочетался с лямблиозом (53,1%) и у 6 пациентов идентифицирована трехкомпонентная ассоциация в виде гименолепидоза, лямблиоза и энтеробиоза (18,8%). Всем больным было проведено лечение по разработанной нами схеме с учетом свойств возбудителя и патогенезом заболевания. 1. Первая неделя 33% сульфат магнезии от 0,5 до 1 стакана (3 раза в неделю) + Лактулоза в послабляющей дозе (с учетом возраста больного) + Спазмолитик (в возрастной дозировке). 2. Вторая неделя: Фенасал по 2 грамма в сутки (за 1, 2 или 4 приема) с теплой щелочной минеральной водой без газа + Спазмолитик (в возрастной дозировке) + очистительные клизмы через день и 2 раза в неделю 33% сульфат магнезии от 0,5 до 1 стакана и/или Лактулоза в послабляющей дозе (25-50 мл на прием) и одновременно Албезол в стандартной дозе по 200-400 мг с учетом возраста больных - 5 дней перед сном + Энтеросорбент (2-3 раза в день за 1 час до еды и приема лекарств). Далее в течение 3 недель пребиотическая доза Лактулозы. Если после данного курса терапии отмечается рецидив, то назначаем повторный курс указанной терапии. После однократного курса терапия санация от гименолепидоза констатирована у 30 больных (93,75%). Двум больным (с микст-паразитозами) через 2 недели потребовался повторный курс вышеуказанной терапии на фоне базовой терапии (высокие очистительные клизмы и Дюфалак в послабляющей дозе). При отсутствии эффекта от вышеуказанной схемы для пациентов старше 10 лет можно рекомендовать Празиквантел (Бильтрицид) по 20-25 мг на кг массы тела (1 табл.=600 мг). Принимается однократно, через 1 неделю повторить на фоне комплексной терапии.

**НЕСТРУКТУРНЫЙ БЕЛОК NSP3 В ДИАГНОСТИКЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Ибадуллаева Н.С., Норбаев И.М., Локтева Л.М., Жолдасова Е.А., Казакова Е.И.

*НИИ Вирусологии МЗ РУз*

Ротавирусы группы А (RVA) являются наиболее частой причиной тяжелых диарей у детей младшего возраста во всем мире. По оценкам ВОЗ, RVA ежегодно вызывают 215000 случаев смертей среди детей в возрасте до 5 лет. Ротавирусы (лат. Rotavirus) относятся к семейству Reoviridae и являются возбудителями ротавирусной инфекции. Геном ротавируса состоит из 11 уникальных двунитевых РНК сегментов которые кодируют 6 структурных (VP1, VP2, VP3, VP4, VP6, VP7) и 6 неструктурных (NSP1-NSP6) белков. Для выявления RVA в образцах стула применяются различные методы диагностики: выделение вируса в культуре клеток, электронная микроскопия, иммуноферментный анализ (ИФА) и полимеразная цепная реакция (ПЦР). Исследования с использованием ПЦР с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) в режиме реального времени, нацеленные на сегменты гена RVA VP4, VP6, VP7, показывают более высокую чувствительность в детекции ротавируса по сравнению с ИФА. NSP3 область является высококонсервативным регионом по сравнению с другими сегментами генома, включая VP4, VP6 и VP7 используемыми для разработки других ОТ-ПЦР методов. NSP3 белок, кодируемый геномным сегментом 7, является лучшей мишенью для обнаружения широкого разнообразия генотипов RVA. Цель исследования. Определить значение неструктурного белка NSP3 в диагностике ротавирусной инфекции. Материалы и методы исследования. Для проведения исследований были отобраны образцы стула, собранные в 2015 г. у детей в возрасте до 5 лет, госпитализированных с острыми кишечными инфекциями. Для определения NSP3 белка методом случайной выборки отобрано 227 образцов стула отрицательных на антиген ротавируса. Экстракция РНК ротавируса осуществлялась с применением QIAamp Viral RNA Mini набора (Qiagen, GmbH, Hilden, Germany). Наличие NSP3 белка определяли методом одностадийного ОТ-ПЦР в режиме реального времени с использованием набора Rotavirus Real-Time RT-PCR, праймеров NVP3-FDeg, NVP3-R1 и зонда NVP3-Probe (CDC, Atlanta). Генотипирование RVA проводили методом ОТ-ПЦР с использованием наборов Qiagen One-Step RT-PCR (Qiagen, Inc. Valencia, CA) и Rotavirus Genotyping Oligonucleotide Primers (CDC, Atlanta). Результаты исследования. Методом одностадийного ОТ-ПЦР в режиме реального времени NSP3 белок был выявлен в 26/227 (11,5%) случаев, что свидетельствует о наличии ротавирусной инфекции. Положительный результат на NSP3 белок позволил в дальнейшем провести генотипирование 24/26 (92,3%) образцов. G типы RVA были определены в 23 (95,8%) случаев, 1 (4,2%) образец не типировался. P типы RVA были определены в 22 (91,7%) случаев и 2 (8,3%) случаях не типировались. Были выявлены следующие комбинации генотипов RVA: G1P[8]-14 (58,3%), G2P[4]-6 (25,0%), G2P[8]-1 (4,2%), G2P[nt]-2 (8,3%), GntP[8]-1 (4,2%). Выводы. Таким образом, одностадийный ОТ-ПЦР в режиме реального времени с использованием праймеров, нацеленных на NSP3 белок является высокочувствительным и специфичным методом диагностики для выявления широкого спектра генотипов RVA. Применение тестирования NSP3 белка в алгоритме диагностики RVA позволит выявить долю истинно положительных образцов, что даст возможность в дальнейшем провести генотипирование этих образцов и определить региональные генетические характеристики возбудителя, а также проводить корреляции с данными полученными с помощью других методов диагностики.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ**

Ибрагимова Э.Ф., Качалиев Х., Узакова Г.З.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема лямблиоза является одной из наиболее актуальных в детском возрасте. На фоне ухудшения экологической обстановки, недостаточного и несбалансированного питания, включая дефицит витаминов и микроэлементов, прогрессивного увеличения хронической патологии лямблиоз изменил свою клиническую картину. По данным ВОЗ, лямблиозом страдают примерно 20-35% детей в мире. В развитых странах она встречалась с частотой 2-7%, в развивающихся – достигает 40%. Стабильно высокий уровень заболеваемости лямблиозом детей, преобладание бессимптомных и легких форм, полисимптоматика заболевания усложняет лечение больных с лямблиозом. Несмотря на большие успехи в создании высокоэффективных противопаразитарных препаратов, лечение лямблиоза, остаётся одной из нерешенных и сложных проблем. Материалы и методы исследования. Проанализированы исследования и 17 опубликованных статей о противоямблиозных препаратах. Результаты. Установлено, что после внедрения в практику молекулярных генетических исследований позволило идентифицировать 8 основных генетических подтипов внутри видового комплекса *L. Intestinalis* (A-H). Лямблиоз человека связан с двумя подтипами А и В, внутри которых также имеются внутригрупповые различия (AI-AIII, BIII-BIV). Разнообразие клинической картины лямблиоза определяется видом лямблии, вызвавшей инвазию, а также зависит от состояния здоровья человека. Наиболее тяжелое течение заболевания отмечается при одновременной инвазии у человека различными подтипами. При обнаружении возбудителя и наличии клинических проявлений назначается этиотропное лечение. Анализируя исследования, отмечены наиболее оправданные препараты для лечения лямблиоза: метранидазол (из расчета 40 мг/кг в сутки), альбедазол (15 мг/кг в сутки), тинидазол (50 мг/кг в сутки), макмирор (20 мг/кг в сутки), фуразолидон (8-10 мг/кг в сутки). Альбендазол единственный препарат, влияющий на все стадии развития гельминтов. В исследованиях *in vitro* показано, что аль-

бендазол в 30-50 раз активнее метронидазола и тинидазола в отношении лямблий. Имеет низкую токсичность, относительно низкую всасываемость из кишечника, а также отсутствие неблагоприятного эффекта на нормальную кишечную флору. Альбендазол эффективен при лечении резистентных к метронидазолу штаммов лямблий. Макмирор малотоксичен, не имеет тератогенного и канцерогенного действия. Частота побочных эффектов не превышает 2%. Эффективность при лечении лямблиоза составляет 96-98%. Использование различных пробиотиков восстанавливает микрофлору кишечника и усиливает местный иммунитет в кишечнике, тем самым влияет на клиническое течение лямблиоза. Включение в схему лечения лямблиоза пробиотиков значительно повышает эффективность терапии, способствует нормализации кишечного биоценоза, сопровождается значительным снижением уровня противовоспалительных цитокинов. Выводы. Таким образом, более высокая эффективность, хорошая переносимость и безопасность альбендазола и макмирора позволяет широко применять их в детском возрасте. Кроме того, лечение следует проводить параллельным назначением эффективного противолямблиозного средства альбендазола или макмирора в возрастных дозах курсом 10 дней и пробиотика курсом не менее 14 дней.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА АСТАНА

Имамбаева Г.Г., Атыгаева С.К., Абдрахманова Ж.У., Дауленова С.К.

*ГККП "Городская инфекционная больница" г.Астана, Республика Казахстан*

Цель работы. Оценить заболеваемость паразитарными инвазиями у взрослых в условиях городской инфекционной больницы г. Астана (ГИБ). Материал и методы исследования. Проведен анализ заболеваемости паразитозами пациентов, госпитализированных в ГИБ г. Астана с 2008 по 2017 гг. В условиях динамично развивающегося города Астана в период с 2008 по 2017 гг. отмечалось двукратное увеличение числа пролеченных больных в ГИБ г. Астана с 4305 пациентов в 2008 году до 8295 пациентов в 2017 году. В тоже время, заболеваемость паразитарными инвазиями демонстрировала уверенную тенденцию к снижению, если в 2008 году процентное содержание пролеченных от паразитарных инвазий пациентов составляло 8,5% (36 человек) от общего числа пациентов, то к 2017 году этот процент составлял уже только 1% (80 человек). Из числа, пролеченных больных основную нозологическую форму в многолетней динамике составлял описторхоз (2008 г. – 84,6%; 2009 г. – 92,1%; 2010 г. - 93,1%; 2011 г. – 91,4%; 2012 г. – 91,7%; 2013 г. – 89,5%; 2014 г. – 92,2%; 2015 г. - 97,9%; 2016 г. – 95,6%; 2017 г. – 96,2%). Высокий удельный вес данного гельминтоза, характеризует наибольшую актуальную значимость этого заболевания для всего Северного региона Казахстана в целом. В Республике Казахстан проводятся планомерные мероприятия, направленные на профилактику описторхоза, способствовавшие четырехкратному снижению количества госпитализированных (2008 г. – 310 пациентов; 2009 г. – 292 пациента; 2010 г. - 231 пациент; 2011 г. – 129 пациентов; 2012 г. – 89 пациентов; 2013 г. – 102 пациента; 2014 г. – 95 пациентов; 2015 г. - 94 пациента; 2016 г. – 109 пациентов; 2017 г. – 77 пациентов). На втором месте, по количеству пролеченных находится лямблиоз (2008 г. – 53 больных (14,5%); 2009 г. – 19 больных (5,9%); 2010 г. – 12 больных (4,8%); 2011 г. – 6 больных (4,2%); 2012 г. – 4 больных (4,1%); 2013 г. – 5 больных (4,4%); 2014 г. – 5 больных (4,8%); 2015 г. - 1 больной (1,04%); 2016 г. – 1 больной (0,9%); 2017 г. – 1 больной (1,2%). В данном случае уменьшение количества госпитализированных связано с расширением амбулаторно-поликлинической помощи данной категории пациентов. В единичных случаях регистрировались: токсокароз (10 пациентов); тениаринхоз (8 пациентов); гименолепидоз (7 пациентов); тениоз (3 пациента); энтеробиоз (1 пациент); аскаридоз (1 пациент). Увеличение миграционных потоков как внутри страны, так и из-за рубежа, не повлияло на количество пациентов с экзотическими для г. Астана заболеваниями: малярия (2015 г. - 1 больной; 2016 г. – 2 больных; 2017 г. – 1 больной); дефиллоботриоз (2011 г. – 1 больной; 2017 г. – 2 больных); эхинококкоз (2008 г. – 2 больных); трихоцефалез (2009 г. – 1 больной); стронгилоидоз (2016 г. – 1 больной); мелиоидоз (2017 г. – 1 больной). Количество пролеченных от экзотических болезней с 2008 г. по 2017 г. сохраняется на стабильно низком уровне, однако расширяется география завозных нозологий от южных регионов Казахстана и стран Центральной Азии до государств Юго-Восточной Азии и Африки. Результаты. Установлено снижение количества пациентов с паразитарными заболеваниями, госпитализированные в ГИБ г.Астана с 8,5% в 2008 г. до 1% в 2017 г., за счет уменьшения количества лиц пролеченных от описторхоза в 3 раза и от лямблиоза в 50 раз. Другие паразитарные инвазии отмечались в единичных случаях. Выводы. Таким образом, многолетние наблюдения показали что несмотря на ежегодное увеличение количества пациентов в ГИБ г.Астана, процентное содержание паразитарных заболеваний имеет тенденцию к снижению при сохраняющемся стабильно низком количестве завозных инвазий.

## ЗНАЧЕНИЕ ГЕННЫХ МОДИФИКАЦИЙ HFE В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗА

Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Кадырходжаева Х.М., Ахмедова А.Х.

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

Цель. Изучить значимость фенотипического полиморфизма гена HFE в течении хронического гепатита В (ХГВ) у детей с синдромом перегрузки железа (СПЖ). Материал и методы. Обследовано 50 детей, больных ХГВ с СПЖ, в

возрасте 5-18 лет, мальчиков 82,7% и девочек 17,3%. В диагностике СПЖ использовался алгоритм, разработанный под руководством Иноятовой Ф.И. (2017). Методом ИФА определяли феррокинетиические маркеры: ферритин (ФР), растворимый рецептор трансферрина (sTfR) в сыворотке крови («Biochemtask», Москва). Вычислялся коэффициент насыщения трансферрина. Молекулярно-биологическим методом выявляли мутации гена HFE. Контроль - 20 практически здоровых детей. Результаты. Анализ фенотипического полиморфизма гена HFE у детей, больных ХГВ с СПЖ выявил наличие точечных гетерозиготных мутаций как H63D (33,3%), S65C (28,6%) и их сочетанных вариаций H63D/S65C (38,10%). Отсутствие выявления фенотипа C282Y позволило исключить наследственную природу и подтвердить вторичный характер СПЖ у детей, больных ХГВ. Встречаемость рассматриваемых мутаций HFE была неоднородна в зависимости от активности ХГВ у детей. Так, у детей с умеренной активностью ХГВ встречались только две вариации гетерозиготных мутаций: H63D (15,3%) и S65C (46,1%). Сочетанного генотипа H63D/S65C не было выявлено ни в одном случае. В отличие, у детей с выраженной активностью заболевания характерно часто регистрировались сочетанный гетерозиготный тип H63D/S65C (61,5%) и гетерозиготный H63D (38,4%) тип точечной мутации, что было достоверно к группе детей с умеренной активностью ( $p < 0,05$ ). Анализ в зависимости от степени СПЖ также подтвердил сопоставимость сочетанной мутации H63D/S65C с тяжелой степенью СПЖ (100%,  $p < 0,001$ ). У больных со средней степенью тяжести СПЖ регистрировались все фенотипические проявления мутаций, в частности, на первом месте выявлялась H63D-мутация в 47,0% случаев, на втором – ее сочетания H63D/S65C в 26,0% случаев и на последнем – S65C – 17,6% случаев. Напротив, в группе детей с легкой степенью характерным вариантом явилась S65C мутация (39,1%) и относительно редким - H63D-мутация (26,0%). При этом, исследование маркеров феррокинетики выявило одинаковую тенденцию в значениях ФР и sTfR в зависимости от фенотипа HFE, которая выражалась повышением первого и снижением второго параметра, особенно среди детей с H63D/S65C-мутацией (ФР до  $157,4 \pm 8,85 \text{ ng/ml}$  при контроле  $62,2 \pm 1,21 \text{ ng/ml}$  и sTfR до  $0,61 \pm 0,07 \text{ mg/kg/ml}$  при контроле  $1,38 \pm 1,21 \text{ mg/kg/ml}$ ,  $p < 0,05-0,01$ ). Наименьшие изменения наблюдались среди детей с носительством S65C-мутации ( $p < 0,01$ ). Это отразилось на показателе КНТ, где снижение его значений было отмечено у детей с носительством H63D-мутации ( $0,490 \pm 0,027$ ) и особенно, среди детей с сочетанной H63D/S65C-мутацией ( $0,490 \pm 0,027$ ,  $p < 0,05-0,001$  к контролю –  $0,869 \pm 0,10$  и детям с S65C-мутацией –  $0,580 \pm 0,023$ ). Полученные факты свидетельствуют о нарушениях регуляторной способности HFE с рецепторами трансферрина на мембранах гепатоцитов, которые в условиях мутации могут приводить к патологическому TfR-опосредованному захвату железа и впоследствии к избыточному накоплению его в клетках, оксидативному стрессу и стимуляции внутрипеченочного фиброгенеза. Выводы. Для детей, больных ХГВ характерно развитие вторичного СПЖ развивающегося в результате модификаций гена HFE: S65C, H63D и их сочетаний H63D/S65C. При этом, сопоставимость гетерозиготных H63D/S65C-мутаций с выраженными формами ХГВ и тяжелой степенью СПЖ позволяет рассматривать данный фенотип гена HFE как фактор прогрессирования заболевания.

### **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГЕМОГРАММЫ В ТЕЧЕНИИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В**

Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А., Иногамова Г.З., Кадырходжаева Х.М.

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

Целью исследования явилось изучение информативности эритроцитарных индексов гемограммы в дифференциальной диагностике анемии воспаления у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ). Материал и методы. Под наблюдением находились 140 детей, больных ХГВ в возрасте от 3 до 18 лет с сопутствующей анемией, мальчиков 63,4% и девочек 36,6%. Из них 85 детей с рефрактерным вариантом анемии воспаления (РА - не ответившие на лечение препаратами железа в анамнезе) и 55 больных детей с не рефрактерным вариантом (нРА - ответившие на лечение препаратами железа в анамнезе). В диагностике анемии воспаления использовался «Алгоритм дифференциальной диагностики вариантов анемии воспаления у детей, больных ХГВ» [Иноятова Ф.И., 2013]. Верификация HbV проводилась методами ИФА и ПЦР. Диагноз ХГВ у детей основывался на данных анамнеза, клинико-лабораторного и инструментального обследования. Факт анемии устанавливался согласно критериям ВОЗ. Контрольную группу составили 30 детей, больных ХГВ без анемии. Общий анализ крови проводили на гематологическом автоматическом анализаторе "Mindray" модели BC-5800 (Китай) с определением 29 параметров с расчетом индекса MCV/RDW. Результаты. При изучении гемограммы у детей, больных ХГВ в зависимости от вариантов течения анемии воспаления было выявлено снижение средних значений RBC и Hb в рассматриваемых группах соответственно до  $3,9 \pm 0,06 \times 10^{12}/L$  и  $112 \pm 0,64 \text{ g/l}$  у детей с РА и до  $3,8 \pm 0,06 \times 10^{12}/L$  и  $109 \pm 1,0 \text{ g/l}$  у детей с нРА, при контроле  $4,62 \pm 0,07 \times 10^{12}/L$  и  $130,6 \pm 2,47 \text{ g/l}$  ( $p < 0,001$ ). Вместе с тем, в зависимости от вариантов анемии воспаления у детей, больных ХГВ при расшифровке вида анемии на основании анализа эритроцитарных индексов гемограммы были получены различия, где изменялись морфологические характеристики эритроцитов и степень насыщения эритроцитов гемоглобином. Так, по параметру MCH, у детей с нРА была выявлена гипохромная анемия со средним значением MCH –  $25,7 \pm 0,30 \text{ pg}$ , что было значительно ниже аналогичного показателя сравнительной и контрольной группы ( $30,0 \pm 0,2 \text{ pg}$ ,  $32,5 \pm 1,77 \text{ pg}$ , соответственно,  $p < 0,01$ ). Показатель MCHC у детей рассматриваемых групп был снижен относительно контроля ( $p < 0,001$ ), особенно среди больных нРА (до  $321,0 \pm 1,7 \text{ g/L}$ ), что было также достоверно ниже относительно детей из группы с РА ( $333 \pm 1,5 \text{ g/L}$ ). Анализ MCV у детей, больных ХГВ на фоне нРА выявил микроцитарную анемию, со сниженными средними значениями до  $78,9 \pm 0,89$

fL ( $p < 0,01$  к группе сравнения и контролю). В отличие у детей с ПА нормоцитарную анемию  $84,3 \pm 0,62$  fL, где фактически средние значения находились на уровне контрольных ( $86,2 \pm 2,5$  fL,  $p > 0,05$ ). В параметрах RDW отмечалась другая тенденция, в частности, средние значения RDW повышались до  $14,8 \pm 0,17\%$  у детей больных ХГВ на фоне нПА ( $p < 0,01$  к контролю и группе сравнения). В тоже время, у детей с рефрактерным вариантом анемии воспаления, RDW практически не различались, где средний показатель равнялся  $13,8 \pm 0,15\%$  против  $13,0 \pm 0,89\%$  контроля ( $p > 0,05$ ). Расчет индекса MCV/RDW выявил его снижение при не рефрактерном варианте анемии воспаления до  $5,4 \pm 0,11$  ( $p < 0,01$  к детям с ПА –  $6,2 \pm 0,09$  и контролю –  $6,63 \pm 0,19$ ). Заключение. Таким образом, результаты сопоставительного анализа гемограммы у детей, больных ХГВ позволили выявить при рефрактерном варианте анемии воспаления нормоцитарную нормохромную анемию, тогда как при не рефрактерном варианте микроцитарную гипохромную анемию. Ориентиром в дифференциации служат индексы MCV/RDW в соотношении с MCH. Полученные результаты свидетельствуют о различии генеза развития анемии воспаления у детей, больных ХГВ, что диктует о необходимости более глубокого изучения механизмов нарушений метаболизма железа.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И АНАЛИЗ ВЫВЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЗА 4 МЕСЯЦЕВ 2018 ГОДА ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ЮКО)**

Ирсимбетова Н.А., Сейтханова Б.Т., Алтынбекова А.М.

*Южно - Казахстанская медицинская академия, ОЦ СПИД, Республика Казахстан*

Цель исследования. Модель факторов, влияющих на отношения к проблеме ВИЧ/СПИДа на современном обществе. Материалы и методы. В Южно-Казахстанской области (ЮКО) за 4 месяцев 2018 года зарегистрировано 55 случаев ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тыс. населения –  $1,9\%$  (за 4 мес. 2017г – 68 случаев, показатель на 100 тыс. населения –  $2,4\%$ , из них детей до 14 лет – 5 случаев, удельный вес –  $0,5\%$ ). По сравнению 2017 годом заболеваемость по области понизился на 13 случаев. 2018 году за 4 месяца в возрасте до 14 лет заболеваемость по ЮКО не выявился. За 4 месяцев 2018 года случаев ВИЧ-инфекции наибольший удельный вес в возрастной группе от 15 до 49 лет –  $70,9\%$ . Среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных за 4 месяцев 2018 года по области преобладают мужчины –  $61,8\%$ , доля женщин –  $38,2\%$ , соотношение мужчин и женщин  $1,6:0,6$ . Из выявленных случаев ВИЧ-инфекции за 4 месяцев 2018 года составляют неработающие –  $67,3\%$ , работающие –  $20,0\%$ . Среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за 4 месяцев 2018 года по области составили потребители инъекционных наркотиков –  $12,7\%$ , на долю полового пути передачи приходится –  $85,5\%$ , удельный вес не установленных путей передачи составил –  $1,8\%$ . Результаты и обсуждение. Эпидемия ВИЧ-инфекции в области, как и республике Казахстан, сконцентрирована в уязвимых группах населения, прежде всего среди секс – работниц. Основной тенденцией развития эпидемии, как в области, так и в целом по Республике, является доминирование гетеросексуального пути передачи ВИЧ, что свидетельствует о признаках генерализации, т.е. выхода эпидемического процесса из групп риска на общее население. Продолжается регистрация ВИЧ-инфекции в области среди беременных женщин. За 4 месяцев 2018 года по Южно-Казахстанской области выявленных всего беременных ВИЧ-инфекции – 25, из них роды – 10 и медицинский аборт – 6, впервые выявленные ВИЧ-инфекции среди беременных – 12 (4мес. 2017г выявленных всего беременных ВИЧ-инфекции – 23, из них роды – 15 и медицинский аборт – 4, впервые выявленные ВИЧ-инфекции среди беременных – 14). На 01.05.2018г дети врожденные от ВИЧ-инфицированных матерей с нарастающим итогом – 500, из них снято с «Д» учета – 400. Врожденные с диагнозом ВИЧ-инфекции – 15, ретроспективно выявленные – 16, летальным исходом – 17, прибывшие – 14, убывшие – 12, состоявшие на «Д» учета – 70. За 4 месяцев 2018г выявлен врожденные дети от ВИЧ-инфицированных матерей – 10. В системе КУИС (СИ и ИУ) выявлено на 01.05.2018г. по ЮКО с нарастанием – 498 случаев ВИЧ-инфекции. А также в области на 01.05.2018г. с нарастанием заболевших со СПИДом – 242, из них детей – 80 и с летальным исходом всего – 883, из них детей – 22. Выводы. Таким образом, эпидемиологическая ситуация в ЮКО по ВИЧ-инфекции остается напряженной. Эпидемия ВИЧ-инфекции в области удерживается на концентрированной стадии, кумулятивные показатели распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет и полового пути передачи. Необходимо усилить контроль за выявляемостью и проводить пропаганду среди молодежи, взрослого населения по профилактике ВИЧ-инфекций. В области из года в год снижаются показатели парентерального пути передачи, что косвенно подтверждает эффективность реализации профилактической программы среди групп риска (потребители инъекционных наркотиков).

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ЮКО)**

Ирсимбетова Н.А., Долтаева Б.З., Тулендиева К.А.

*Южно-Казахстанская медицинская академия,*

*Департамент охраны общественного здоровья, Республика Казахстан*

Цель работы. Проанализировать переносчиков заболевания, численность грызунов и причину заболевания. Материал и методы исследования. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается около 12 млн. больных

кожным лейшманиозом. Различные формы лейшманиоза регистрируются более чем в 80 странах мира, где насчитывается 40 - 60 млн больных. Ежегодный прирост заболевших составляет до 600 тыс. свежих случаев. По данным Южно-Казахстанским Департаментом охраны общественного здоровья регистрация зоонозно-кожного лейшманиоза (ЗКЛ) в данной области началась с 1983 года. В Южно-Казахстанской области обнаружено 10 видов moskitov, переносчиков заболевания, из них 7 – рода *Phlebotomus* и 3 вида рода *Sergentomyia*. В Казахстане впервые зарегистрирован вид *P.turanicus*. Ежегодно с 1996 года по ЮКО регистрируются случаи заболевших лейшманиозом. Заболеваемость зоонозным кожным лейшманиозом среди людей выше, когда отмечается низкая численность грызунов. По статистическим данным Южно-Казахстанским Департаментом охраны общественного здоровья провели анализ заболеваемости зоонозно-кожным лейшманиозом (ЗКЛ) по Южно-Казахстанской области (ЮКО). Среди местного и временно пребывающего населения на энзоотичной территории области в 2016 году, с сентября по декабрь было зарегистрировано 178 больных, из них дети до 14 лет-61 и с 15-17 лет больных -11. Диагноз у людей выставлялся по клиническим данным с подтверждением микроскопического исследования содержимого лейшманиом. Больных с язвами продолжали выявлять еще в январе и феврале 2017 года, когда было зарегистрировано 43 случая. 2017 году в Южном Казахстане зарегистрировано 129 больных лейшманиозом, из них дети до 14 лет – 53 больных и с 15-17 лет больных -10. Заболеваемость зоонозно- кожным лейшманиозом регистрировалась в осенне-зимний период – 37 (100%), с пиком заболевших в ноябре месяце – 17 (46%). По профессиональному составу среди больных ЗКЛ преобладают неработающие - 42,8%, затем по чистоте заболевших регистрировались учащиеся - 20%, неорганизованные дети – 17,1 %, рабочие - 17,1 %, служащие – 2,8 %. Результаты. Все заболевшие связывали причину заболевания с работой в поле, нападением moskitov. При распределении больных по месту жительства среди заболевших преобладают жители сельской местности, больше занятые работой в поле и по уходу за домашними животными- 77,1%, а в городское население среди заболевших составляет – 22,8%. Среди заболевших были все социально-профессиональные группы. Количество первичных кожных аффектов у больных с зоонозно–кожным лейшманиозом колебалось от одиночных до множественных. Выводы. Таким образом: Мероприятия включают своевременное выявление больных лейшманиозом на эндемичных территориях путем подворных обходов, полевых станок 2 раза в неделю с июля по октябрь и ежемесячно в ноябре, декабре; лечение больных лейшманиозами в стационарных условиях; подтверждение лабораторными методами клинического диагноза лейшманиоза; проведение диспансерного наблюдения за переболевшими кожной формой лейшманиоза в течение 1 года; изучение видового состава moskitov; наблюдение за сезонным ходом их численности в природе и населенных пунктах; проведение противомоскитных обработок в местах их выплода и помещениях, дератизация земельных площадей; картирование территорий, где расположены калонии больших песчанок; санитарная очистка и благоустройство территорий; санитарно – просветительная работа среди населения и групп риска, проживающего и прибывающего в эндемичную по лейшманиозу территорию. Эпизоотологическое обследование очагов лейшманиоза в дальнейшем позволит выявить наиболее опасные участки. Изучение поселений грызунов необходимо для планирования и проведения дальнейшей полевой дератизации.

## САНИТАРНО ГЕЛЬМИНТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОЧНЫХ ВОД И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ НА ОЧИСТНЫХ СООРУЖЕНИЯХ ГОРОДА ТАШКЕНТА

Искандарова Г.Т., Юсупхужаева А.М.

*Ташкентская медицинская академия*

Одним из мощных факторов загрязнения внешней среды инвазионным материалом является сброс неочищенных сточных вод. К настоящему времени в неочищенных сточных водах обнаружены яйца 15 видов гельминтов, причем наиболее часто-яйца аскарид, власоглавок, описторхисов, дифиллоботриид, тениид. В последние годы в связи с бурным жилищным и промышленным строительством в Узбекистане значительно увеличился объем сточных вод, сбрасываемых в водоемы или на поля орошения. Это указывает на необходимость проведения научно-исследовательских работ по изысканию эффективных методов очистки сточных вод от яиц гельминтов. Поэтому, целью настоящего исследования явилась изучения эффективности очистки сточных вод в очистительных станциях г. Ташкента. Нами проводились санитарно-гельминтологические исследования сточных вод г. Ташкента и изучалась эффективность освобождения их от яиц гельминтов на сооружениях механической очистки. Материалы и методы исследования. Для определения эффективности работы аэрационной станции «Салар» г. Ташкента было проведено периодический санитарный контроль за эксплуатацией, содержанием и эффективностью работы механической очистки канализационных сооружений с использованием данных санитарного обследования и лабораторного анализа сточных вод. Результаты исследования. Для исследования ежемесячно отбирались пробы сточной воды до и после сооружений механической очистки. Всего нами были исследовано 102 пробы сточной воды. В неочищенной сточной воде, поступающей на очистные сооружения г. Ташкента, обнаруживались яйца, в основном, аскарид, власоглавок, а в единичных случаях-остриц, карликового цепня, тениид. Содержание яиц гельминтов (в среднем на 1 л) в поступающей на очистные сооружения и выходящей из них сточной воде видно, что количество яиц гельминтов в неочищенной сточной воде колебалось от 15 до 500 в 1 л причем больше их было в осенне-зимне-весенний, меньше – в летний периоды. Отмечались резкие колебания яиц гельминтов в сточных водах в разное время суток: больше-утром и вечером, меньше-днем, совсем мало-

ночью. Это, по видимому, связано с хозяйственно-бытовым расходом воды в указанное время суток. Следует отметить, что 42,9-52,5% встречающихся в сточной воде яиц аскарид и власоглавов были жизнеспособными. После прохождения очистных сооружений сточные воды полностью не освобождаются от яиц гельминтов. Эффективность дегельминтизации сточных вод на сооружениях механической очистки колебалась от 25 до 57,1%. Низкую эффективность работы указанных очистных сооружений, по видимому, можно объяснить их значительной перегрузкой (в 2 раза). Таким образом, для предупреждения сброса не полностью дегельминтизированных сточных вод с сооружений механической очистки их целесообразно строить в комплексе с биологическими очистными сооружениями. Выводы. 1. После прохождения очистных сооружений сточные воды полностью не освобождаются от яиц гельминтов. 2. Для увеличения эффективности работы сооружений механической очистки целесообразно комплексовать их с устройством биологических очистных сооружений, что является надежной защитой внешней среды от загрязнения инвазионным материалом и профилактики гельминтозов в республике.

### **ВИТАНОЛИДЫ В КАЧЕСТВЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ АНТИГЕЛЬМИНТИКОВ**

Исламова Ж.И., Хушбактова З.А., Сыров В.Н.

*Институт химии растительных веществ им. акад. С.Ю.Юнусова АН РУз*

Витанолиды относятся к группе высокоокисленных природных стероидных лактонов, выделенных из растений некоторых родов семейства Solanaceae и обладающих разнообразной активностью. В связи с тем, что многие из этих растений (*Withania*, *Physalis* и др.) используются и в качестве источников антипаразитарных средств, целью работы стало исследование антигельминтной (противоцестодозной и противонематодозной) активности ряда витанолидов, выделенных из растений рода *Physalis* на экспериментальных моделях кишечных паразитозов белых мышей – гименолепидозе, возбудитель карликовый цепень (*Hymenolepis nana*) и аспиклуурозе, возбудитель *Aspiculuris tetraptera* (адекватная модель энтеробиоза). Материал и методы исследования. Витастероиды физангунолид (I), 24,25-эпоксивитанолид Д (III) и 14 $\alpha$ -оксииксокарпанолид (IX), выделены из листьев *Physalis angulata* L., иксокарпалактон А(II) и иксокарпанолид (VII) - из листьев *Physalis ixocarpa* Brot, витафизанолид (V) и 28-оксивитафизанолид (IV) - из надземной части *Physalis viscosa* L., витастрамонолид (VIII) - из надземной части *Datura stramonium* f. *Violaceae* L., физапубесцин (VI) - из листьев *Physalis pubescens* L. Экспериментальная модель гименолепидоза была получена путем заражения мышей-самцов яйцами *H. nana* - по 200 инвазионных яиц внутрь на одно животное, а при заражении мышей аспиклуурозом - per os по 100 инвазионных яиц *A. tetraptera*. Изучаемые соединения в дозе 20мг/кг вводились per os в течение пяти дней (один раз в сутки) начиная с 10 дня после заражения. На 15-й день после заражения животных забивали методом мгновенной декапитации под легким ингаляционным наркозом согласно требованию «Международных рекомендаций по проведению медико-биологических исследований с использованием лабораторных животных». Извлекали отрезок тонкой кишки (модель и аспиклууроза и гименолепидоза) длиной 10см, вскрывали в дехлорированной воде и производили подсчет гельминтов. Эффективность препаратов определяли расчетом среднего количества обнаруженных нематод/цестод и интенс-эффективности. Результаты. Исследованные витанолиды проявили антигельминтную активность различной степени выраженности. Соединения II и III проявили свое наиболее выраженное антигельминтное действие в отношении возбудителя гименолепидоза (ИЭ и 59,6% и 57,8% соответственно) и возбудителя аспиклууроза (ИЭ 44,5% и 41,4% соответственно). Уменьшение активности наблюдалось у соединений IV и V (противогименолепидозная ИЭ 55,3 и 52,8%, противоаспикуурозная ИЭ 42,3 и 36,3%). Соединения VII-IX оказали более слабое антигельминтное действие (противоцестодозная ИЭ составила 35,4-42,8%, противонематодозная ИЭ – от 34,1 до 20,8%). Соединение VI проявило меньшее противогельминтное действие – против *H. nana* ИЭ составила 45,3%, против *A. tetraptera* -29,1%. Самым активным соединением оказалось соединение I, активность которого составила: противогименолепидозная - ИЭ 62,7%, противоаспикуурозная ИЭ - 45,9%. При этом в ряду изученных соединений обнаружена зависимость их антигельминтной активности от химической структуры. Выводы. Таким образом, полученные результаты по антигельминтной активности витастероидов, согласующиеся с данными мировой литературы, дают основание продолжить поиск антипаразитарного действия в изученном ряду соединений.

### **К ИЗУЧЕНИЮ ЗАРАЖЕННОСТИ КОМАРОВ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ТРАНСМИССИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ**

Кадамов Д.С.

*Институт зоологии и паразитологии им. Е.Н. Павловского АН Республики Таджикистан*

Богатая фауна кровососущих комаров Таджикистана требует постоянного мониторинга и доказательства восприимчивости или невосприимчивости их как переносчиков различных трансмиссивных заболеваний, такие как вирус лихорадки Западного Нила, Тягиня, Иссык-Куля и т.д., что остается актуальной темой в современном мире в условиях, когда в регионе наблюдается рост миграции, международной торговли и расширение масштабов урбанизации. Цель работы. Провести ревизию видового состава комаров Таджикистана и оценить их роль в переносе трансмиссивных болезней. Материал и методы исследования. Собраны комары в различных природно-климатических зонах Таджикистана в период с мая по сентябрь 2015 – 2017 гг. с использованием общепринятых методов. Молекулярно-генетическое

исследование собранного материала на наличие вирусов проводили в лаборатории вирусологии Таджикского НИИ профилактической медицины с помощью обратной транскрипции с последующей полимеразной цепной реакцией (ПЦР). РНК из полевого материала (комары) экстрагировали с помощью набора QIAamp Viral RNA Mini Kit (250) фирмы «QIAGEN» в соответствии с инструкцией изготовителя. Результаты. Обнаружено 22 вида комаров, относящихся к 5 родам - Anopheles, Culex, Aedes, Culiseta, Uranotaenia. Из 170 протестированных пулов комаров у An. superpictus (1 пул), An. hirsutus (1 пул) и An. artemievi (1 пул) были выявлены положительные результаты на вирус Западного Нила (WNV RNA). У комаров Ae. caspius (1 пул) был выявлен положительный результат на вирус Иссик-Куль. Естественный процент зараженности An. superpictus составлял 0.07% (1/1507), 0.04% (1/2620) у An. hirsutus, 0.3% (1/369) у An. artemievi и 0.08% (1/1183) у Ae. caspius. Следует отметить, что комары An. superpictus нами обнаружены почти во всех исследуемых районах. Зараженными вирусом Западного Нила оказались комары, собранные на участке Бештут района Дусти (бывший Джиликул) при использовании метода отлова на корове. Комары An. hirsutus были обнаружены почти во всех обследованных нами районах. Зараженные комары An. hirsutus были отловлены на кордоне «Дарьёкул» заповедника «Тигровая балка» в третьей декаде августа 2016 г. при сборе на человеке внутри помещения. Наличие An. artemievi было установлено только в районах Северного Таджикистана. Роль комаров An. artemievi в переносе арбовирусов не была известна. Нашими исследованиями установлено, что этот вид восприимчив к вирусу Западного Нила. Свидетельством этому служит выделение вируса Западного Нила из комаров An. artemievi, отловленных в третьей декаде июня 2016 г. внутри помещения для скота на участке Султонобод района Бободжон Гафурова. В условиях Таджикистана естественная зараженность комаров Ae. caspius вирусом Иссик-Куля ранее составляла 3,3% (Рахмон, 1998), а в наших исследованиях этот показатель равняется 0,08%. Зараженные комары были собраны нами в конце второй декады августа на участке Бештут района Дусти при отлове на человеке внутри помещения. Выводы. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о наличии природных очагов вирусов Западного Нила и Иссик-Куль в районах Юго-Западного Таджикистана (в основном в р-н Дусти), этому служат доказательства проведенного молекулярно-генетического исследования комаров, обитающих на территориях этих районов, в результате которых были выявлены РНК вирусов Западного Нила и Иссик-Куль. Инфицированные вирусом Западного Нила комары выявлены также в северных районах республики, где заболевания людей до сегодняшнего дня не отмечены

#### **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВАЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛЬЦЕВОЙ КОВАЛЕНТНО ЗАМКНУТОЙ ДНК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ**

Казакова Е.И.

*НИИ Вирусологии МЗ РУз*

Цель работы. Определить диагностическую важность определения кольцевой ковалентно замкнутой ДНК у пациентов с хроническими гепатитами. Современные методы противовирусной терапии ингибируют геномную репликацию вируса гепатита В, но не эффективны, потому что они непосредственно не влияют на ядерную ССС-ДНК (ковалентно замкнутую кольцевую ДНК). В Научно-исследовательском институте вирусологии МЗ РУз мы использовали знания о кольцевой ковалентно замкнутой ДНК для прогнозирования исходов пациентов с оккультным гепатитом В. По некоторым данным, оккультный гепатит В диагностируется у 6-7% больных. Мы выявили оккультный гепатит В у одной трети обследованных пациентов с хроническими гепатитами различной этиологии. Материалы и методы исследования. Обследовано 39 образцов плазмы крови и биопсийного материала печени от пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии Научно-исследовательского института вирусологии в тяжелом состоянии с различной стадией фиброза печени и со следующими диагнозами: гепатоцеллюлярная карцинома, печеночная недостаточность, аутоиммунный гепатит, хронический гепатит неясной этиологии. Результаты. У всех пациентов не было выявлено антител к HBV. Однако, из 39 исследованных образцов биопсии печени мы идентифицировали кольцевую ковалентно замкнутую ДНК ВГВ в 13 случаях. Среди них в 6 случаях у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С был выявлен оккультный гепатит В. Выводы. Таким образом, обнаружение кольцевой ковалентно замкнутой ДНК ВГВ у пациентов с хроническими гепатитами неясной этиологии является важным диагностическим и прогностическим фактором для лечения и прогнозирования исхода заболевания. Высокий процент обнаружения оккультного гепатита В в нашем исследовании можно объяснить, по-видимому, подавлением репликации HBV при хронической смешанной инфекции с гепатитом С.

#### **ПОКАЗАТЕЛИ СРЕДНЕГО ДИАМЕТРА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

Каландаров М.К., Маматхужаев А.С.

*Андижанский государственный медицинский институт*

Сочетанное течение вирусного гепатита В (ВГВ) с железодефицитной анемией относится наиболее распространенным заболеванием в нашем регионе. В этом плане важное диагностическое значение при дефиците железа имеет определение среднего диаметра эритроцитов. Исходя из вышеизложенного, нами определен средний диаметр эритроцита у больных ВГВ при сочетанном течении его с железодефицитной анемией (ЖДА). Под нашим наблюдением

находилось 49 больных ВГВ средней тяжести женского пола в возрасте от 20 до 45 лет. Из общего количества обследованных больных у 26 женщин заболевание протекало на фоне ЖДА. Для изучения показателей среднего диаметра эритроцитов больные были разделены на 2 группы: первую (основную) группу составили больные в количестве 26 человек вирусным гепатитом В с ЖДА, вторую (контрольную) 23 человек без сопутствующей патологии, идентичные по тяжести болезни и возрасту. Больные поступили в стационар на 6-10 день болезни, 1-3 день желтухи. У больных основной группы имели место на фоне желтухи выраженная бледность кожных покровов, шелушение и шероховатость кожи, изменение ногтей - слоение и ломкость, Общая слабость, понижение аппетита, желтушность кожи и склер, увеличение размеров печени, темная моча, ахоличный кал встречались одинаково часто у больных обеих групп. Однако у больных с сопутствующей железодефицитной анемией эти симптомы держались значительно дольше и нормализовались на 8-10 дней позже по сравнению с контрольной группой. У обследованных больных наряду с тщательным клиническим исследованием в динамике болезни определялись показатели среднего диаметра эритроцитов методом Кость Е,А (1975). Наши исследования показали, что средний диаметр эритроцитов у больных 1-й группы в разгар болезни уменьшается по сравнению с контролем и с показателями больных 2-й группы в 1,2 раза и составляет  $6,94 \pm 0,05$  мкм (норма  $7,51 \pm 0,05$  мкм). Полученные данные имеют статистически достоверные различия по сравнению с контролем и с показателями больных 2-й группы ( $p < 0,001-0,001$ ). Средний диаметр эритроцитов у больных 2-й группы умеренно увеличился по сравнению с контролем и равняется  $8,03 \pm 0,03$  мкм ( $p < 0,01$ ). В период реконвалесценции, у больных основной группы эти показатели значительно ниже и равнялись соответственно  $6,94 \pm 0,05$  мкм, с достоверной разницей с показателями величин контрольной группы ( $p < 0,01$ ). Таким образом, уменьшение среднего диаметра эритроцита при вирусном гепатите В с сопутствующей железодефицитной анемией, имеет диагностическое значение для раннего выявления железодефицитного состояния и своевременного назначения железосодержащих препаратов.

### ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ

Камалова М.К.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Наблюдали 78 детей с диагнозом ХРГС от 1 года до 7 лет, разделенных на две группы: 22 (28,2%) пациента лечились традиционным способом - традиционной терапией (ТТ) (1-ая группа). 56 (71,8%) больным - 2-ая группа - наряду с ТТ дополнительно получали физиотерапевтическое лечение с помощью МИЛАКТ «Сагдиана» (Узбекистан). Все больные в основном лечились амбулаторно. Результаты и обсуждение. Аппарат МИЛАКТ «Сагдиана» обладал определенной эффективностью у больных детей с ХРГС. Для успешного лечения ХРГС в зависимости от тяжести течения заболевания оптимальный курс лазерной терапии у нас составил из 7-10 ежедневных сеансов облучения. В течение одного сеанса необходимо мы облучили не более 5 очагов поражения (патологических элементов). Экспозиция луча лазера на одно поле облучения составила от 1-2 до 5 мин. При обширных и множественных очагах поражений мы в течение 1-5 мин. провели сканирующий метод воздействия на все поверхность слизистой оболочки полости рта (СОПР). Данная методика лазерной терапии при помощи МИЛАКТ «Сагдиана» мы применили в качестве самостоятельной коррекции ХРГС у детей. Наряду с лазерным воздействием МИЛАКТ «Сагдиана» на очаги поражения осуществляли антисептические полоскания или ирригации полости рта отварами лекарственных трав (ромашка, шалфей, зверобой, календула, эвкалипт) при посещении врача до сеанса лазерной терапии и 3-4 раза - в зависимости от кратности приема пищи, в домашних условиях. Анализ полученных данных результатов лечения показал, что во 2-ой группе больных ХРГС комплексное лечение (ТТ + МИЛАКТ «Сагдиана») обладало большей эффективностью, нежели проведение только одной ТТ. Ослабление или исчезновение симптомов интоксикации организма и болезненности в СОПР во 2-ой группе наступало на 3-5 дней раньше по сравнению с 1-ой группой. Процессы частичной и полной эпителизации очагов деструкции наступали на 4-5 дней быстрее, чем у больных 1-ой группы. Более того, во 2-ой группе частота и тяжесть рецидивов ГВИ снижалась в 1,5-2 раза, а удлинение показателя продолжительности ремиссии в среднем в 1,5-1,8 раза в отличие от больных 1-ой группы ХРГС. МИЛАКТ «Сагдиана» назначили во все периоды болезни после нормализации температуры тела. Он обладает анальгезирующим, эпителизирующим, десенсибилизирующим, противорецидивным действием. Выводы. Таким образом, комплексное лечение детей ХРГС обладало большей эффективностью. При использовании МИЛАКТ «Сагдиана» и ТТ у детей 2-ой группы наблюдали более раннее исчезновение симптомов интоксикации вирус-герпетической инфекции и болезненности в СОПР, быстрое наступление полной эпителизации, уменьшение частоты и тяжести рецидивов, а также увеличение продолжительности сроков ремиссии.

### МИКРОФЛОРА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Каримов Н., Одилова Г.М.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Обследованы 27 больных с хроническим пародонтитом средней тяжести (11 мужчин, 15 женщин). Изучена микрофлора пародонтальных карманов. В зависимости от использованных для их обработки препаратов выделены 3 группы больных. В пародонтальный карманы больных 1-й группы на 15-30 мин вводили турунды, пропитанные 0,2%

водным раствором хлор гексидина, во 2-й группе с этой целью использована водная взвесь метронидазола 0,25 г, в 3-й-метронидазолхлоргексидиновая смесь. Микробиологические исследования проводили микроскопирования выделения идентификацией чистой культур. Результаты и обсуждение. В первой группе после применения водного раствора хлоргексидина через 30 мин достоверно снизилось количество всех форм микроорганизмов. Через сутки восстанавливалась кокковая флора, тогда как уровень остальных форм оставался сниженным. Аналогичная закономерность наблюдалась на 5-е сутки. На 10-й день все показатели, за исключением подвижных палочек, достигли таковых до лечения. В второй группе обработка водной взвесью метронидазола уже через 30 мин приводила к резкому снижению всех форм, кроме неподвижных палочек, количество которых даже возрастало за счет погибших подвижных палочек. Через сутки суммарное количество всех микроорганизмов было ниже аналогичного показателя до лечения. Через 5-е сутки общее количество микроорга низмов в пародонтальных карманах приближалось к таковому до обработки, в основном за счет кокков и неподвижных палочек. Количество подвижных палочек и изви тых форм оставалось достоверно сниженным. На 10-й день кроме этой измены ний отмечалось увеличение суммарного количества микроорганизмов. Достоверное снижение суммарного количества и уровней всех форм микроорганизмов наблю далось в 3-й группе. Через 30 мин. после обработки метронидазолхлоргексидиновой смесью резко снижался уровень подвижных палочек и изви тых форм. Через сутки все показатели были ниже таковых до лечения. На 5-й день уровень кокковой флоры был близок к аналогичному показателю до промывания, а на 10-й день к нему приближалось количество неподвижных палочек. Таким образом, наибольшее антимикробное действие оказывает метрони дазолхлоргексидиновая смесь. Причем даже однократное в ведение дает стойкий бактерицидный эффект. Однако, несмотря на большое количество предлагаемых с этой целью антибактериальных средств, пока нет препарата, обеспечивающего стойкий антимикробный эффект. В этой связи актуальным, по нашему мнению, является настолько поиск новых, сколько совершенствование методов рационального применения уже известных противомикробных средств и методов. Выводы. 1. В период хронического течения заболевания количество и соотношение форм микроорганизмов в пародонтальных карманах остаются относительно постоянными, претерпевающими волнообразные колебания под действием антимикробных средств, восстанавливаясь с разной скоростью после прекращения действия препарата. 2. При лечении хронического генерализованного пародонтита средней и тяжелой степени тяжести наиболее выраженный антимикробный эффект дает введение в пародонтальный карман турунд пропитанных метронидазол хлоргексидиновой смесью.

## **ГЛОБАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ БРЮШНОГО ТИФА**

**Кафтырева Л.А., Егорова С.А.**

*Федеральное бюджетное учреждение науки «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Российская Федерация*

Материалы и методы исследования. Сопоставлена заболеваемость БТ в мире, молекулярная характеристика возбудителя и циркуляция эпидемических клонов. Результаты. БТ как острое инфекционное заболевание регистрируется на всех континентах и на глобальном уровне пока не искоренен. За последние 15 лет в ВОЗ поступили сообщения о крупных вспышках в Африке: Республика Конго (в 2006 г. - 1500 случаев; в 2004 г. - 42564 случаев, 214 закончились смертельным исходом и в 696 случаях развилось тяжелое осложнение в виде перфорации кишечника), Уганда (2015 г. - 1940 случаев). Факторами передачи служили питьевая вода и соки, контаминированные фекальными массами. В экономически развитых странах в настоящее время подавляющее большинство случаев БТ являются привозными. 60% случаев завезены туристами, посетившими страны эндемичные по БТ, из них 75% наблюдались среди туристов, побывавших в Индии и Непале. Нередко БТ завозится рабочими-мигрантами. В России с 2008 г. более 70% случаев БТ являются завозными из стран ближнего и дальнего зарубежья. По официальным данным БТ в РФ на протяжении многих десятилетий характеризуется тенденцией к снижению. Число случаев уменьшилось с 6976 (1970 г.) до 29 (2015 г.). Недооценка эпидемиологических и клинических данных затрудняла догоспитальную диагностику у пациентов с лихорадкой, посетивших страны с жарким климатом и у лиц без определенного места жительства. Для типирования штаммов *S. Typhi* в эпидемиологических целях используют различные методы: фаготипирование, PFGE, а также другие молекулярные методы. Для получения информации о филогенетическом родстве и эволюции возбудителя наиболее подходят методы, основанные на изучении сиквенса ДНК. *S. Typhi* – относительно «молодой» (не старше 10-50 тысяч лет), генетически мономорфный патоген с консервативным геномом. Он существует недостаточно долго для возникновения выраженного сиквенс-полиморфизма. SNP (single nucleotide polymorphism) –типирование позволяет выявить клональность штаммов, а полученные данные могут быть интегрированы в глобальную базу данных. Метод выявляет 85 гаплотипов *S. Typhi* (H1-H85). Эпидемиологически значимым считается глобально распространенный гаплотип H58, к которому относятся до 50% выделенных в мире штаммов. Большинство штаммов этого гаплотипа циркулируют в странах Юго-Восточной и Южной Азии, Центральной и Восточной Африки. Более 80% штаммов гаплотипа H58, характеризовались множественной резистентностью к АМП. Для Российской Федерации в 2008-2017 гг. штаммы гаплотипа 58 являлись эпидемиологически значимыми, так как более 70% спорадических случаев БТ, зарегистрированных на 18 административных территориях, и три крупные вспышки, были вызваны резистентным к фторхинолонам возбудителем

Salmonella Typhi гаплотипа 58. В настоящее время в популяции S. Typhi преобладают штаммы, устойчивые к хинолонам (более 70% штаммов - с устойчивостью низкого уровня (МПК ципрофлоксацина 0,12-0,5 мг/л) и 5% - с устойчивостью высокого уровня (МПК от 6,0 до 32,0 мг/л и более). Выводы. Необходим постоянный мониторинг биологических свойств возбудителя БТ с использованием молекулярных методов, в том числе чувствительности к АМП не только на региональном, но и глобальном уровне, так как это заболевание склонно к широкому эпидемическому распространению, возникновению вспышек, а инфицирование резистентными штаммами приводит к снижению эффективности этиотропной терапии. Надзор за резистентностью и рациональная антимикробная терапия позволят ограничить дальнейшее распространение полирезистентных клонов возбудителя.

## ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИОННОГО НАРУЖНОГО ОТИТА В ЛЕТНИЕ МЕСЯЦЫ

Кобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаева Г.У., Ортиков А.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Наружный отит – группа воспалительных заболеваний наружного уха (ушной раковины и наружного слухового прохода). По данным различных авторов частота наружного отита составляет от 17% до 25% среди воспалительных заболеваний уха. Воспалительные заболевания наружного уха подразделяются на две группы: иммунологические и инфекционные. К инфекционным отитам относятся бактериальный и грибковый наружный отит, фурункул наружного слухового прохода и экзематозный наружный отит. Подъём заболеваемости инфекционным наружным отитом приходится на летние месяцы. Этому способствует тёплый влажный климат, купание в различных природных водоёмах. Возбудителями наружного отита являются различные виды условно – патогенных и патогенных микроорганизмов, грибы, вирусы, простейшие, а также их ассоциации. Вопрос о ведущем этиологическом факторе наружного отита остаётся дискуссионным до сих пор. По данным литературы, бактериальные формы наружного отита составляют от 64% до 70%, грибковые (отомикозы) – 26,3 % (дети)/18,6 (взрослые). Отмечено, что со временем происходит изменение видового состава возбудителей. Условно – патогенная бактериальная флора (преимущественно стафилококковая) приобретает высоко вирулентные свойства, и вместе с грамм – отрицательными микроорганизмами занимает ведущие позиции. Всё чаще в качестве этиологического агента стали выступать не монокультуры, а их ассоциации. Данный факт осложняет диагностику и лечение данной патологии. Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 42 пациента 15 (36%) женского пола и 27 (64%) мужского пола в возрасте от 5 до 48 лет. Из них 24 (59%) больных лечились амбулаторно, а 18 (41%) – в стационаре. Исследование проводили с июня по сентябрь 2017 г. У 37 (90%) больных диагностирован острый диффузный бактериальный наружный отит и у 4 (8%) рецидивирующий бактериальный наружный отит и у 1 (2%) больного – хронический наружный отит. В момент поступления больного из наружного слухового прохода брали мазок для бактериологического/микологического исследования. В 5-дневный срок были получены результаты исследования. Основной возбудитель бактериальных наружных отитов – *Pseudomonas aeruginosa* 24 (57,1%), на втором месте *S.aureus* 4 (9,5%), затем *Streptococcus pneumoniae* 1 (2,3%), *S. saprophyticus* 1(2,3%). По данным микологического исследования у 5 (12%) пациентов выделена *Candida albicans*, у 3 (7,1%) - *Aspergillus niger*. Выводы. Бактериальная этиология наружного отита подтверждена у 30 (71,4%) больных, грибковая – у 8 (19%) и смешанная у 4 (9,5%) больных.

## ОСНОВЫ ДЕРМАТОГЛИФИКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ ПРИМЕНЕНИЯ В ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

Кадирова Н.Э., Ибадова Г.А.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Дерматоглифика является одним из древнейших генетических методов исследования, в основе которого лежит изучение пальцев рук, ладоней и стоп. Начиная с конца 20-х годов прошлого века, ученые высказывали ряд гипотез относительно характера наследования признаков дерматоглифики, количества генов, детерминирующих формирование узора, их хромосомной локализации. Однако и по сей день, вопросы эти окончательно не решены. О важности значения дерматоглифики в практической медицине свидетельствует хотя бы тот факт, что на XI Международном генетическом конгрессе из трех секций по генетике человека одна была специально посвящена дерматоглифике. Диагностика заболеваний по кожным узорам основана на нахождении у данного пациента дерматоглифической конституции, характерной для группы страдающих данной патологией людей. Каждая национальность имеет свой вариант. У монголоидов часто завитковый, у европеоидов петлевой и дужный, у негроидов петлевой вариант. Формирование рисунка кожи (папиллярный рельеф) происходит на 20-недели беременности и непосредственно связан с формированием разветвления нервных волокон. Как известно, нервная система и кожа образуются из эктодермы. Формирование и дифференцировка кожного узора заканчивается к 4-5 месяцам развития плода. С этого момента его характеристика не изменяется на протяжении всей жизни человека. Даже после разных повреждений кожи (ожоги, охлаждение, травмы) восстанавливается первоначальный папиллярный рисунок. Результаты анализа дерматоглифических признаков используются отечественными и зарубежными исследователями для изучения дерматоглифических особенностей более 100 заболеваний. Метод дерматоглифики в практике инфекционных заболеваний еще не применялся. Этот ме-

тод позволяет определить предрасположенность к заболеваниям, а также своеобразный генетический фон, способствующий повышению восприимчивости, например к инфекционным заболеваниям. В отдельных случаях этим способом могут быть установлены диагнозы доклинической стадии болезни, что может иметь определенное практическое значение. Дерматоглифика является ценным методом исследования в медицине. Используя этот метод, можно ожидать новых фактов, которые помогут пересмотреть патогенез некоторых заболеваний, особенно врожденных. Можно считать, что сочетание клинических методов исследования и дерматоглифического анализа повышает достоверность диагностики.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАБЛЕТИРОВАННОЙ ФОРМЫ КРЕМНИЯ ДИОКСИДА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАРЕЕЙ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ**

Круглова О.В., Высоцкая А.Л., Сацута С.В., Бондаренко Я.В., Самарцев В.Н., Саламадзе О.А.,  
Нужный Р.А., Козлова А.Г.

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное, Украина*

Диареи имеют значительное социоэкономическое влияние на общество. Диарея путешественников (ДП) – группа заболеваний, связанных с перемещением в другие географические регионы. ДП, как правило, является доброкачественной, но симптомы снижают качество жизни. Профилактика ДП в идеале должна базироваться на диетических ограничениях, но клинический опыт показывает, что эта цель чрезвычайно трудно достижима. Симптоматическая терапия по-прежнему является важным аспектом лечения инфекционной диареи. Существует несколько вариантов лечения острой диареи, включающие оральную регидратацию, антихолинергические, антисекреторные и антибактериальные препараты, пробиотики, кишечные адсорбенты. Кишечные адсорбенты – группа лекарственных препаратов, которые поглощают и выводят из организма находящиеся в кишечнике газы, микроорганизмы, аллергены, экзо- и эндотоксины. На основании данных изучения эффективности и безопасности применения сорбентов был сделан вывод, что применение данных препаратов может быть рекомендовано в качестве первоначальной меры для лечения острой диареи с целью быстрого и эффективного предотвращения потери жидкости и электролитов и облегчения симптомов. Из кишечных адсорбирующих препаратов одним из наиболее перспективных лекарственных средств является энтеросорбент на основе оксида кремния «Белый уголь». Поскольку кремния диоксид адсорбирует токсины, связанные с диареей, данный препарат может представлять собой эффективный вариант лечения для пациентов с ДП. Цель исследования - изучение антидиарейной эффективности и безопасности применения энтеросорбента «Белый уголь» у пациентов с ДП. Материалы и методы исследования. Для реализации цели исследования было проведено клиническое обследование 60 пациентов с ДП, средний возраст обследованных больных был  $30,1 \pm 6,4$  лет, из них мужчин – 52% (32 пациента). В анамнезе у всех больных было указание на предшествовавшее заболеванию эпизод посещения другой географической области. Все больные, находившиеся под наблюдением, были разделены на две рандомизированные по полу и возрасту группы по 30 лиц в каждой. Пациенты первой группы наряду с базисной терапией получали кремнеземный энтеросорбент «Белый уголь» по 2-3 таблетки за 30-40 минут до приема пищи или лекарственных препаратов 3-4 раза в день на протяжении 5-7 дней. Лица второй группы применяли только базисную терапию. Результаты. Оценка клинического течения ДП у обследованных больных показала, что включение в комплексную терапию препарата «Белый уголь» способствовало сокращению продолжительности основных проявлений заболевания, улучшилось общее состояние и самочувствие в виде уменьшения слабости, практически у всех больных улучшился аппетит, нормализовался характер стула. Все больные отмечали острое начало заболевания с повышения температуры тела от  $37^\circ\text{C}$  до  $38,5^\circ\text{C}$ . Подавляющее число больных предъявляли жалобы на выраженную общую слабость, головную боль, тошноту, рвоту, боли в животе, диарею. При анализе клинического течения заболевания с учетом проводимой терапии установлено, что продолжительность продолжительность диареи у больных ДП первой группы составила в среднем  $4,1 \pm 0,5$  дня, у пациентов второй группы -  $5,7 \pm 0,5$  дня; болевой абдоминальный синдром имел место у больных ДП первой группы в среднем в течение  $3,9 \pm 0,5$  суток, у пациентов второй группы - на протяжении  $5,8 \pm 0,5$  суток. Установлено, что при применении препарата «Белый уголь» ни в одном из случаев не было отмечено развитие каких-либо побочных явлений или нежелательных реакций. Таким образом, полученные данные позволяют констатировать преимущества применения комплексной терапии с использованием энтеросорбента на основе диоксида кремния «Белый уголь».

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ НА ФОНЕ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

Кудратова М.П., Эшболтаева Б.С., Тухтаева Ф.И.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Восприимчивость к лямблиозной инфекции в популяции детей составляют 2-5%, среди детей младшего возраста в 3 раза выше, чем среди взрослых. Лямблиоз у ребенка может протекать под маской многочисленных заболеваний, поэтому его выявление и предупреждение распространения составляет сложную проблему детской гастроэнтерологии и педиатрии. Цель работы. Явилось изучение клинического течения обструктивного синдрома бронхита у

детей раннего и старшего возраста на фоне лямблиоза у детей, а также разработка лечебных и профилактических мероприятий. Материалы и методы. Обследовано 40 детей (2-5 лет) с острым обструктивным бронхитом и 28 (5-12 лет) – с рецидивирующим. У детей с рецидивирующим бронхитом у 8 (28,57%) выявлена бронхиальная астма. Все дети находились на стационарном лечении в 1-ой городской детской больнице Самарканда. В исследованиях использовались общепринятые клинические методы диагностики и специальные копрологические. Кроме того, проводились исследования крови на IgE. Результаты исследования. Были изучены клинические симптомы поступивших больных с острыми обструктивными и рецидивирующими бронхитами у 68 детей: из них 40 больных составили 1 группу от 2 до 5 лет (59%), и 28 детей от 5 до 12 лет 2 группу (41%): из них 8 больных поступили с бронхиальной астмой (11,7%). Изучалась клиническая симптоматика у больных с цистовыделением и без него. Все больные поступали на 2-3 день от начала заболевания в тяжелом состоянии с выраженной экспираторной одышкой и дыхательной недостаточностью 1-2 степени, температурой, кашлем. При аускультации у всех больных выслушивались сухие и влажные хрипы на выдохе. У 40 больных, поступивших с обструктивным бронхитом наблюдалось цистовыделение у 15 детей (37,5%), у 25 детей (62,5%) не отмечалось. У этих больных после начатого стандартного лечения обструктивный синдром снимался на 2-3 сутки. У 28 детей, что составило 2 группу, с рецидивирующими бронхитами из анамнеза имелись аллергические проявления в виде диатеза, аллергического дерматита, аллергического ринита. Из них у 18 детей (64,3%) имелось цистовыделение, а у 10 детей (14,7%) не отмечалось. У 8 детей этой группы обструктивный синдром наблюдался на фоне бронхиальной астмы, у 4 детей были выявлены цисты лямблий. Клинически обструктивный синдром у этих детей имевших цисты лямблий снимался на 5-6 день от начала лечения. У всех больных в анализах крови отмечались анемия, лимфоцитоз, повышения СОЭ. У 80% больных имелась эозинофилия. У детей 2 группы проводилось иммунологическое обследование, где выявлено повышение уровня IgE у 20 больных (71%). Помимо лечения основного заболевания в периоде реконвалесценции назначалось противолямблиозное лечение. В качестве лечения назначали альбендазол в дозе 400мг в сутки с 2 летнего возраста в течении 5 дней. Давались рекомендации для проведения 2-3 кратного обследования на лямблиоз с целью предупреждения рецидивов заболевания. Выводы. 1. Таким образом изучив клиническое течение острых обструктивных и рецидивирующих бронхитов выявлено, что клиническое течение обструктивных бронхитов имеющих цистовыделение отягощало течение обструктивного синдрома т.к. увеличило аллергический фон и затягивало клиническое выздоровление, особенно у детей с рецидивирующими бронхитами. 2. Необходимо обследование детей с аллергическими заболеваниями, с абдоминальным синдромом и стойкой эозинофилией. 3. Раннее выявление цист поможет уменьшить число хронизации заболевания и предупредить развитие тяжелого течения заболевания.

## ОПИСТОРХОЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Кулжанова Ш.А., Конкаева М.Е., Смагулова З.К.

*АО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан*

Описторхоз – один из наиболее распространенных природно-очаговых гельминтозов человека, крупнейший природный очаг которого расположен в Обь-Иртышском бассейне. Актуальность данного заболевания обусловлена широким распространением инвазии, высоким уровнем пораженности населения на эндемичных территориях, продолжительным жизненным циклом паразитов (более 20 лет) в организме хозяина, многообразием и неспецифичностью клинических проявлений описторхоза, серьезностью осложнений и исходов (первичный рак печени), трудностями лабораторной диагностики и лечения, отсутствием формирования постинфекционного иммунитета и возможностью суперинвазии. Цель работы. Совершенствование диагностики и лечения описторхоза. Изучены клинико-эпидемиологические особенности описторхоза в Республике Казахстан на современном этапе. В Казахстане описторхоз наиболее часто встречается в Павлодарской, Акмолинской, Восточно-Казахстанской, Костанайской, Карагандинской, Северо-Казахстанской областях. Наиболее неблагополучной является Павлодарская область, на которую приходится свыше 50% всей заболеваемости описторхозом по Республике Казахстан. Показатель заболеваемости на 100 тыс. населения в данной области составил в 2014 году 60, что превышает в 12 раз среднереспубликанский показатель, который был равен 5. В последнее время происходит значительное расширение ареала распространения описторхоза в связи с возросшей миграцией населения, ростом удельного веса рыбы в рационе питания, недостаточным осуществлением контроля за термической обработкой рыбы. В 73,3% случаев факторами, способствующими заражению описторхозом, были пренебрежение правилами термической обработки рыбы, 11,6% - несоблюдение правил посола и вяления рыбы, 4,2% - несоблюдение технологии копчения, 9,1% - употребление сырой рыбы, 1,9% - другие причины. Рыба семейства карповых в 65,5% случаев была приобретена в местах стихийной торговли, в 12,5% случаев - на рынках, в 20,5% - домашний посол, в 1,52% - завозная рыба. Описторхоз имеет профессиональный характер: чаще болеют рыбаки и работники пищевой отрасли. Так, 35,4% заболевших были рыбаки, 7,8% - работники частных предприятий, деятельность которых связана с морепродуктами, 32,9% - работники пищевой отрасли (повара, кухонные работники), имевшие контакт с рыбой, 13,3% - любители рыбных блюд, у 10,6% больных не удалось установить причину, так как к вышеуказанной категории лиц они не могли себя отнести. У жителей эндемичных районов в результате многократных повторных заражений, начиная с детского возраста, развивается иммунологическая толерантность к антигенам гельминтов. Поэтому у них описторхоз в большинстве случаев принимает первично-хроническое течение без четко выраженной

острой фазы и может протекать в течение многих лет в стертой или бессимптомной форме. Причиняемый данной инвазией социально-экономический ущерб возрастает, что не может не отразиться на общем уровне здоровья населения. Это обусловлено распространенностью, трудностями диагностики, серьезностью осложнений и исходов описторхоза, возбудитель которого Международным агентством по изучению рака отнесен к группе важнейших канцерогенов человека. Полиморфизм клинических проявлений описторхоза, возможность развития серьезных осложнений вплоть до рака печени, требуют осторожности от врачей всех специальностей для своевременной диагностики и лечения описторхоза.

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ**

Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Азимов Р.Р., Умиров Х.А., Вохидов Ж.Ж.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. За последнее десятилетие в хирургическом лечении эхинококкоза, наряду с традиционными операциями, стали применяться малоинвазивные методы лечения: лечебные чрескожные вмешательства, выполняемые под контролем ультразвука и компьютерной томографии. Однако целесообразность и варианты его применения активно дискутируются в научно-медицинских исследованиях. Считается, что чрескожная пункция эхинококковых кист является недопустимой из-за опасности обсеменения плевральной полости онкосферами и сколексами паразита вследствие возможного подтекания содержимого кисты после ее прокола, а также может привести к анафилактическому шоку при попадании жидкости в плевральную полость и кровяное русло. Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на результатах обследования и хирургического лечения 102 больных в возрасте 17-63 лет с эхинококкозом легких проходивших лечение в клинике Самаркандского медицинского института. Все больные были разделены на 2 группы: Контрольная группа (КГ) - 48 больных, которые оперированы традиционными доступами в период с 2001 по 2007 гг. Основная группа (ОГ) - 54 больных, которые оперированы в период с 2008-2016 гг. При этом у 44 (81,5%) пациентов эхинококкэктомия выполнена малоинвазивным доступом с видео-ассистированием, а у 10 (18,5%) больных эхинококкэктомия выполнена только малоинвазивным доступом. При этом в основной группе произведено исследование морфологических форм эхинококкоза с целью проведения химиотерапии. Всем больным, поступившим в клинику по поводу эхинококковой болезни, производили комплексное обследование с использованием клинико-лабораторных, иммунологических и инструментальных методов исследования. Техника ЭЭ в обеих группах была идентичной. Киста тщательно изолировалась салфетками, производилась ее пункция с эвакуацией эхинококковой жидкости. Далее проводилась кистотомия с удалением хитиновой оболочки. Фиброзную полость обрабатывали 100% раствором глицерина. Для ликвидации остаточной полости в легких использованы: метод Боброва в 112 случаях (79 – основной, 33 – контрольной групп), метод Дельбе – 27 (19 – основной, 8 – контрольной), метод Вахидова в 10 (7-основной, 3 контрольной), частичная атипичная резекция легких в 3 (2-основной, 1-контрольной), по Вишневному в 2 случаях в контрольной группе. Больные основной группы условно разделены на 2 подгруппы: А подгруппа – больные (n=44), которым на отдельных этапах ЭЭ из легких и печени применены малоинвазивные доступы в сочетании с видеоассистированием; Б подгруппа - больные (n=10), которым на всех этапах лечения применены малоинвазивные доступы в сочетании с видеоассистированием. Для выполнения малоинвазивных оперативных вмешательств использовались эндоскопическая стойка и набор инструментов фирм “Karl Storz” и “Auto Suture”. Для анализа оперативных доступов нами проанализированы следующие параметры, характеризующие их травматичность: - длина операционного доступа; - время, уходящее на выполнение оперативного доступа; - общая продолжительность операции; - кровопотеря во время операции; - обезболивание и продолжительность применения анальгетиков в послеоперационном периоде; - начало активизации больных после операции; - длительность пребывания больных в стационаре. Для выполнения ЭЭ из легкого в контрольной группе 48 больным использован традиционный доступ – широкая межреберная торакотомия через V и VI межреберье. Причем, у 8 (16,7%) из них торакотомия произведена с обеих сторон. Вместе с тем, в основной группе больных необходимость в удалении кист из легкого через широкий торакотомный доступ также возникла у 11 (22,9%) пациентов. Длина оперативного доступа в среднем составляла 22,2±2,5 см. Время, уходящее для выполнения оперативного доступа - 26±4,2 мин. Общая кровопотеря во время операции - 145,11±25,1 мл. В послеоперационном периоде, во всех случаях, больным с целью обезболивания 2-3 раза в день использовали наркотические анальгетики. Продолжительность наркотического обезболивания пациентов составила до 3 суток. Из-за сильного болевого синдрома активизация больных первые 2 суток была затруднена. Пациенты не могли вставать с постели, активные движения в верхней конечности на стороне операции были резко ограничены, кашель и трудное отхождение мокроты сопровождалось сильными болями в области послеоперационной раны. У 6 (5,9%) больных после ЭЭ широким торакотомным доступом наблюдались осложнения: у 2 - послеоперационная пневмония, у 2 – экссудативный плеврит и еще у 2 отмечалось нагноение раны. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после ЭЭ из легких составила 15,1±2,3 дня. В ходе в начале наших исследований 6 (11,1%) больным основной группы была применена чисто торакоскопическая ЭЭ из легких. В зависимости от размеров ЭК, оперативное вмешательство (доступ к объекту) начинали с наложения пневмотракса. Иглу Вереща вводили в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии при локализации кисты в передне-верхних отделах легкого и в III межреберье по передней подмышечной линии

при локализации кисты в задненижних отделах легкого. По показателям датчиков инсуффлятора контролировали свободу наложения пневмоторакса. После наложения пневмоторакса в этой же точке в плевральную полость вводили троакар и оптику. Этапы ЭЭ не отличались от традиционной. Полость ЭК ликвидировались эндошвом (в 2 случаях) или же проводили ЭЭ по Вишневному (в других 2 случаях), т.е. после предварительной проверки и удостоверения отсутствия цистобилиарных свищей полость плоско плевритизировалась. Плевральную полость дренировали в III межреберье по среднеключичной линии и VII по заднеподмышечной линии, т.е. на месте введения торакопортов. Дренажи подключались к системе активной аспирации с небольшим разрежением. Из-за наличия таких недостатков торако-скопической ЭЭ из легких как, невозможность пальпаторного и мануального обследования кист, расположенных глубоко паренхиме легких, а также трудность ликвидации остаточных полостей с бронхиальными свищами препятствовали широкому применению данной методики. Поэтому, в дальнейшем была разработана и внедрена в практику видеоторакоскопическая ЭЭ из легких. Ми-ниторакотомия выполнена у всех 50 (92,6%) больных основной группой, причем у 10 из них с поражением обеих легких и печени этот доступ использован 2 раза, следовательно, миниторакотомия применена всего в 60 случаях. При кистах размерами от 4 до 8 см в диаметре оперативное вмешательство начинали с наложения пневмоторакса. Иглу Вереща вводили в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии при локализации кисты в передне-верхних отделах легкого и в III межреберье по передней подмышечной линии при локализации кисты в задненижних отделах легкого. Свободность наложения пневмоторакса контролировали по показателям датчиков инсуффлятора. После наложения пневмоторакса в этой же точке в плевральную полость вводили троакар и оптику. Во время ревизии плевральной полости устанавливали точную локализацию кисты и над ее проекцией выполняли миниторакотомию - разрез длиной до 5 см. В зависимости от локализации кисты, миниторакотомия выполнялась в IV-VII межреберьях в зоне, находящейся между передней и задней подмышечными линиями. При кистах размерами более 8 см в диаметре, а также при возникновении трудностей наложения пневмоторакса, связанных со спаечным процессом в плевральной полости, оперативное вмешательство начинали с выполнения миниторакотомии, ориентиры для выполнения которой заранее намечали согласно данным рентгенологического обследования. Под визуальным контролем в III межреберье по передней подмышечной линии или в VII-VIII межреберьях по задней подмышечной линии вводили 10 мм троакар для оптики. Устанавливали ранорасширитель и кисту изолировали от плевральной полости салфеткой, смоченной глицерином. Этапы удаления эхинококковой кисты были обычными: - пункция кисты с эвакуацией жидкости; - кистотомия и удаление хитиновой оболочки; - обработка фиброзной полости сколексоцидом (100% глицерином); - иссечение части фиброзной капсулы, выступающей над тканью легкого; - ушивание крупных бронхиальных свищей, коагуляция мелких; - ликвидация остаточной полости шовной пластикой. Плевральную полость дренировали в III межреберье по среднеключичной линии и VII или VIII межреберье по задне-подмышечной линии. Миниторакотомная рана ушивалась послойно. Дренажи подключались к системе активной аспирации с небольшим разрежением. Особенности операции являлись яркое освещение и визуальный контроль за ходом операции со стороны плевральной полости, использование инструментов с длинными браншами для манипуляции в глубине раны. Миниторакотомия выполнялась, в зависимости от локализации кисты, в IV-VII межреберьях в зоне, лежащей между задней и передней подмышечными линиями. При этом мышечные волокна раздвигались послойно тупо, максимально старались избегать пересечения мышц. Длина оперативного доступа варьировала в пределах 5 см. Время, уходящее для выполнения миниторакотомного доступа, составляло 11±2,6 мин. Общая кровопотеря во время операции составила 55,4±4,21 мл. Малотравматичность доступа позволила исключить применение наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде. Ненаркотические анальгетики применяли 1-2 раза в день, первые 2-3 суток. Активизировались больные через 8-12 часов после операции, начинали ходить, не нуждались в помощи ухаживающих. Полное восстановление движения верхней конечности на стороне операции наблюдали через 2 суток после операции. В послеоперационном периоде у 1 (2,38%) пациента наблюдалась пневмония. Общая продолжительность пребывания больных в стационаре в среднем составила 6,6±1,5 дня. Заключение. В процессе работы нами определены следующие показания к выполнению малоинвазивным вмешательствам: - одиночные ЭК; - кисты в диаметре до 15 см; - периферическое расположение кист; - неосложненные ЭК. Противопоказаниями к выполнению ЭЭ из легких малоинвазивным доступом считаем: - множественные ЭК, расположенные в различных долях легкого; - гигантские ЭК более 15 см в диаметре, кисты сложной формы; - нагноившиеся ЭК с выраженным пери-фокальным воспалением; - рецидив заболевания или ранее перенесенные торако-котомии на стороне поражения.

## ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩИ И ИХ РОЛЬ В ПЕРЕНОСЕ КРЫМСКАЯ-КОНГО ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Курчиев М.Ю.

*Институт зоологии и паразитологии им. Е.Н. Павловского АН Республики Таджикистан*

Иксодовые клещи пользуются широкой известностью как хранители и переносчики возбудителей различных инфекционных и паразитарных болезней. Значение клещей в патологии человека весьма велико. Они являются переносчиками Конго-Крымской геморрагической лихорадки, клещевого энцефалита, туляремии, клещевых риккетсиозов и т.д. Цель работы. Изучить современную фауну клещей в различных ландшафтно-экологических зонах Таджикистана и определить их эпидемиологическое значение. Материал и методы исследования. Произведены в период 2015-2016 гг.

103 учетов клещей, в результате которого собрано 15049 экз. клещей. Сбор клещей в основном проводился с домашних животных (овец и коров), в сараях и помещениях для скота, с щелей и из под штукатурки глинобитных дувалов, а также из открытых биотопов с использованием флажка. Клещей снимали руками в перчатках и помещали в пробирку с ватно-марлевой пробкой. Результаты. Установлено наличие 7 видов клещей (*Argas persicus*, *Boophilus annulatus*, *Dermacentor marginatus*, *Hyalomma anatolicum*, *H. detritum*, *H. scupense*, и *Rhipicephalus turanicus*), относящиеся к 6 родам – *Hyalomma*, *Dermacentor*, *Rhipicephalus*, *Haemaphysalis*, *Boophilus* и *Argas*. Наши исследования по изучению видового состава клещей указывают на наибольшую численность и распространение клещей *H. anatolicum*, который является носителем ККГЛ. Клещи *H. anatolicum* нами обнаружены во всех обследованных населенных пунктах целевых районов. Наибольшее число этого вида отлавливали в основном со скота в животноводческих хозяйствах и на пастбищах. В условиях Таджикистана основные переносчики вируса ККГЛ клещи вида *H. anatolicum* стали почти синантропными видами, адаптировались к сельскохозяйственным животным. Обнаружение наибольшее число этого вида клеща с коров и овец свидетельствует об этом. Полученные результаты по уровню вирусифорности клещей *H. anatolicum*, основного переносчика вируса ККГЛ, говорят об активном состоянии очагов ККГЛ в Южном Таджикистане. Зараженные вирусом ККГЛ клещи *H. anatolicum* были обнаружены в 9 районах Южного Таджикистана. Надо отметить, что во всех этих районах регистрируются случаи заболеваний людей ККГЛ. Вирус ККГЛ выявлялся у фоновых клещей *H. anatolicum*, причем вирусифорность выявлено, как у клещей снятых с сельскохозяйственных животных, так и у голодных. Распределение заболеваемости ККГЛ по месяцам в разные годы имеет одинаковую закономерность. Скорее всего, это связано с наибольшей численностью и активностью клещей в июле месяце. Выводы. Таким образом, наши исследование показали о широком распространение иксодовых и аргасовых клещей, из них наиболее распространенными является клещ *H. anatolicum*, которое, является переносчиком Конго-Крымской геморрагической лихорадки в Таджикистане.

### ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННАЯ РАБОТА О РОЛИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ КАК ЧАСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Кусаинова А.Ж., Амиреев С., Саттаров А.И.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан*

Цель работы. Оценить уровень информированности студентов всех курсов и специальностей КазНМУ на знание о раке шейки матки (РШМ), и о профилактических мерах против папилломавирусной инфекции. Для этого была создана анкета на русском и казахском языках, состоящая из 12 вопросов. Материалы и методы. Анкеты были составлены таким образом, чтобы получить срез студенческой популяции медицинского университета по показателям информированности об онкозаболеваниях, вызванных вирусами папилломы человека, и иметь возможность оценить динамику этих показателей в ходе обучения. В анкетировании участвовали 1000 студентов, из них муж – 257, жен – 743, специальности Общественное здравоохранение - 314, Общая медицина - 404, Медико-профилактическое дело - 145, Фармация - 17, Стоматология – 120 студентов. Результаты. Анализ данных позволил установить следующее: в среднем, независимо от пола и возраста студентов, особенностей факультета, обучения по онкологии и эпидемиологии, информированность студенческой популяции характеризуется следующим: наихудшие показатели информированности получены о вакцинах, возрасте, начале и схеме вакцинации. Больше всего студенты знают о раке шейки матки и аденокарциноме. Уровень знаний о раке шейки матки, его возбудителях и средствах его профилактики в ходе обучения в целом возрастает. На первом этапе из 1000 проанкетированных студентов КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова на вопрос о раке шейки матки и аденокарциноме положительно ответили 730 студентов разных факультетов, из них 133 мужчин и 597 женщин. С увеличением курса обучения отмечается тенденция увеличения доли правильно ответивших: с 49% на 1 курсе до 90% на 6 курсе. При этом только 342 студента из 730 разных курсов изучали дисциплину онкология (47%). Более высокие показатели информированности студентов медико-профилактического факультета можно объяснить более высокой долей среди них тех, кто обучился на цикле по онкологии (49,9%, по сравнению с 33,9% на ОМ и 27,0% на стоматологическом и фармацевтическом факультетах). Общее число изучавших данную дисциплину составило 403 из 1000 проанкетированных студентов. По знаниям о возрасте начала вакцинации, среди тех, кто знает о вакцине (220 студентов, из них изучали онкологию 120 человек) положительно ответили 42,1% респондентов факультета ОЗ, тогда как опрошенные студенты факультета ОМ - только 26,8%, на стоматологическом факультете - 1 студент. Выводы. Отметим, что рост всех отраженных в анкете показателей информированности студентов (с 1,4 до 4,9) существенно отстает от показателей обучения на курсах онкологии (рост к 6-у курсу в сравнении с 1-м курсом в 6,7 раз) и эпидемиологии (в 6,0 раз), что определяет задачу дальнейшего совершенствования учебного процесса. Такая задача тем более актуальна, что некоторый вклад в увеличение информированности студентов к 6-у курсу, наряду с профессиональной подготовкой в ВУЗ-е, вносит информация, полученная в семье, из СМИ и т.д. Роль этих факторов можно было бы оценить при проведении аналогичного анкетирования студентов немедицинских ВУЗ-ов. Полученные в результате анкетирования студентов данные показывают необходимость продолжения аналогичного анкетирования после 2-3 лет работы школы вакцинологии, что позволит оценить эффективность её работы и обоснованно распространить его на всю территорию Казахстана. После проведения лекции о профилактике РШМ и аденокарциноме было проведено повторное анкетирование студентов КазНМУ (946 человек). Показатели знаний студентов по данному материалу существенно улучшились: от  $85,8 \pm 1,13$  до 100%.

## ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЛИЦ С ИММУНОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Локтева Л.М., Шарапов М.Б., Алиева Л.Е.

*НИИ Вирусологии МЗ РУз*

В настоящее время все большее внимание уделяется парвовирусу В19 (В19У). Инфицирование В19 представляет опасность для беременных, лиц с иммунодефицитными состояниями и гематологическими заболеваниями, которые являются основными реципиентами крови и ее дериватов. Поражая клетки-предшественники эритроцитов, В19 может вызвать развитие тяжелой анемии и патологии во время беременности. В19 является этиологическим агентом парвовирусной инфекции, характеризующейся разнообразными клиническими проявлениями: от бессимптомного течения до тяжелых анемий и мертворождения. Тропность вируса к эритроидным клеткам предусматривает его передачу через кровь, её компоненты и препараты, полученные из плазмы крови. Для снижения риска инфицирования парвовирусом В19 реципиентов препаратов крови зарубежными производителями была разработана многогранная стратегия безопасности, включающая в себя идентификацию групп риска, тестирование донорской крови и валидацию вирус инактивирующих технологий. Цель работы - комплексное исследование парвовируса В19 при оценке безопасности препаратов альбумина и иммуноглобулина, получаемых из плазмы крови доноров методом спиртового фракционирования. Материалы и методы исследования. Важную роль в предотвращении гемотрансмиссивного инфицирования эритровирусом В19 играют специфические антитела, обладающие выраженной нейтрализующей активностью. IgG к В19 могут содержаться не только в крови реципиента, но и в крови донора. В связи с этим в исследуемых образцах (n=17) было определено наличие и количественное содержание вирусспецифических антител классов G и M к В19. Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что IgG к В19 присутствовали в 29,41% проб, не содержащих ДНК В19. Специфические IgM, указывающие на острую фазу инфекции, в представленной группе не обнаружены. Во всех образцах, содержащих ДНК В19, были выявлены IgG к В19, при этом в одной пробе идентифицированы также и IgM, что коррелировало с более высоким уровнем вирусной нагрузки. В серопозитивных образцах, не содержащих и содержащих ДНК В19, была определена концентрация IgG к В19, которая составила 23,53 МЕ/мл (95% CI (18,5-34,3) МЕ/мл) и 105,2 МЕ/мл (95% CI (54,6-157,8) МЕ/мл), соответственно. Уровень IgG в ДНК-негативной группе был достоверно ниже, чем в ДНК-позитивной ( $p < 0,0001$ ). При последующем анализе было выявлено, что у 70% ДНК-позитивных образцов уровень вирусной нагрузки не превышал  $1,0 \times 10^4$  копий/мл, при этом концентрация протективных антител лежала в диапазоне  $63,6 \pm 16,4$  МЕ/мл, что является оптимальным соотношением, способным предотвратить гемотрансмиссивное инфицирование. Выводы. Лечебные препараты альбумина и иммуноглобулина, так же как и другие препараты, получаемые из плазмы крови, могут быть потенциально опасны в отношении передачи возбудителей инфекционных заболеваний, поэтому их производство требует комплексного подхода для предотвращения контаминации патогенами конечного продукта. Несмотря на успехи, достигнутые в области повышения вирусной безопасности лечебных препаратов из плазмы крови в отношении вирусов гепатитов В, С и ВИЧ, всё большую озабоченность производителей вызывают так называемые «неактуальные» гемотрансмиссивные агенты, одним из которых является парвовирус В19.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИНОЛИЗАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИНОМИКОЗОВ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Лутфуллаев Г.У., Валиева Н.К., Хотамова Г.Б., Султонова Н.Ф.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

В последние годы врачи-оториноларингологии в своей практике всё чаще встречаются с заболеваниями, обусловленными условно-патогенными микроорганизмами, в том числе грибами. Грибы часто становятся одной из причин заболеваний околоносовых пазух: гайморита, этмоидита, сфеноидита, фронтита. Актинолизат представляет собой свежеприготовленный, стабилизированный фильтрат культуральной жидкости самолизирующихся актиномицет. Это естественное для организма вещество, оказывает иммуномодулирующее влияние на организм больного при актиномикозе. Цель. Изучить эффективность применения актинолизата при лечении актиномикотических поражений полости носа и околоносовых пазух. Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в 1- клинике СамМИ в отделении оториноларингологии с 2015 по 2017 гг. Результаты. Комплексное лечение, включающее актинолизат, проведено нами 11 пациентам (10 женщинам и 1 мужчине). Актинолизат назначался по 3 мл в/м 2 раза в неделю. Курс лечения 10-инъекций. Препарат хорошо переносился, побочных действий не наблюдалось. У 2-больных получавших лечение после 5- инъекции было отмечено полное выздоровление. У 9 – больных лечение проводилось после пункции гайморовой пазухи. У 7 – больных клиническое выздоровление наступило в короткие сроки 6-7 дней. У 2-больных выздоровление отмечалось после получения дополнительных физиопроцедур. Рецидивов заболевания не наблюдалось, срок наблюдения 12 месяцев. Лечение актиномикотических заболеваний гайморовой пазухи чаще начинается на поздней стадии. К сожалению недостаточная настороженность оториноларингологов в отношении грибковых заболеваний приводит к

длительной терапии антибиотиками и к необоснованным хирургическим вмешательствам. Выводы. Проведенное исследование подтвердило эффективность актинолизата в комплексном лечении актиномикотических поражений гайморовой пазухи. Применение актинолизата в начальной стадии заболевания, оказывается значительно эффективнее и может привести к выздоровлению без хирургического этапа лечения. Мы считаем необходимым дальнейшее внедрение актинолизата в клиническую практику оториноларингологии при актиномикотических поражениях околоносовых пазух.

## РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Лутфуллаев Г.У., Неъматов У.С., Хамраев Ф.Х., Толипов С.У.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Среди ЛОР заболеваний детского возраста острый синусит является доминирующей патологией. Ежегодно число больных с воспалением околоносовых пазух увеличивается в среднем на 1,5-2%. Наиболее часто острый синусит развивается вовремя или после перенесенного ребенком ОРВИ. Вирусное заболевание является лишь первой фазой заболевания и прокладывает путь бактериальному инфицированию. В среднем 0,5-10% ОРВИ осложняются развитием бактериального синусита, чаще всего это риновирусная инфекция, вирусы гриппа и парагриппа, аденовирус, вирус герпеса. Цель исследования. Изучить микрофлору при острых синуситах у детей и определить рациональную антибиотикотерапию. Материал и методы исследования: В 1-клинике СамМИ ЛОР отделении с 2016 по 2017 год включительно было обследовано и пролечено 72 ребенка с острым гнойным синуситом в возрасте от 3 до 15 лет (мальчиков - 40, девочек - 32). Всем пациентам проводили общепринятое клиническое обследование, включающее сбор анамнеза заболевания, осмотр ЛОР органов. Бактериологический анализ был произведен 72 ребенку с острым гнойным синуситом. Результаты показали, что в этиологической структуре острых гнойных синуситов преобладают следующие виды возбудителей: *streptococcus pneumoniae* - 15,6%, *haemophilus influenzae* - 10,6%, *staphylococcus aureus* - 4,5%, *streptococcus viridans* - 3,8%, *streptococcus pyogenes* - 3,5%, *haemophilus haemolyticus* - 3%, *staphylococcus epidermidis* - 2,1%, *enterococcus spp.* - 1,3%, *acinetobacter spp.* - 0,9%, *stentrophomonasmaltophilia* - 0,9%, *streptococcus anguis* - 0,9%, *enterobacter spp.* - 0,5%, *aspergillus spp.* - 0,4%, *peptostreptococcus spp.* - 0,4%, *pseudomonasa eruginosa* - 0,4%, отрицательный результат посевов получен у 51,9% больных. В зависимости от вида возбудителя проводили исследование антибиотикочувствительности методом серийных разведений или дискодиффузным методом. Анализ антибиотикочувствительности наиболее часто встречаемых микроорганизмов при остром синусите у детей показал, что относительно большое количество штаммов *streptococcus pneumoniae* характеризуется достаточно высокой чувствительностью к следующим антибактериальным препаратам: амоксициллин/ клавулановая кислота, бензилпенициллин, линкомицин, оксациллин, цефалоспорины 1,2,3 поколения; *haemophilus influenzae* - амоксициллин/ клавулановая кислота, ампициллин, цефалоспорины 2-4 поколения. Штаммы *staphylococcus aureus* большей частью устойчивы к пенициллину, ампициллину, амоксициллину, карбенициллину, поскольку являются продуцентами бета-лактамаз, разрушающих эти антибиотики. Выводы. Таким образом, при назначении эмпирической терапии при острых синуситах важно учитывать «свежие» представления о спектре основных возбудителей в конкретном регионе и их чувствительности к антибиотикам. При обследовании детей выявлено, что в преобладающем большинстве данное заболевание вызвано микрофлорой, которая сохраняет высокую чувствительность к антибиотикам аминопенициллинового ряда и цефалоспорином 2-4 поколения. Препаратами выбора являются те антибиотики в состав которых входят ингибиторы бета-лактамаз (клавулановая кислота и сульбактам), а также цефалоспорины 2-4 поколения. Адекватная рациональная антибиотикотерапия способствует снижению распространения резистентности микроорганизмов к антибиотикам, уменьшению продолжительности и осложнений воспалительных заболеваний ЛОР органов.

## НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Лутфуллаев У.Л., Хамраев Ф.Х., Неъматов У.С., Хайдаров Г.З.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

По современным представлениям внутрибольничными считаются инфекции, развившиеся вовремя или в результате госпитализации. Другими словами, любая инфекция, возникающая у пациента, находящегося в стационаре более 2 суток, считается нозокомиальной. Также к госпитальной следует относить инфекцию, которая развилась в ближайшее время после выписки из стационара, поскольку она также может быть обусловлена внутрибольничной флорой. В своей практике ЛОР-врач стационара в основном сталкивается с двумя формами нозокомиальной инфекции (НИ) ЛОР-органов, а именно, с нозокомиальным синуситом (НС) и нозокомиальной раневой инфекцией после трахеостомии. НС развивается, как правило, у пациентов, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии на фоне назотрахеальной интубации и назогастрального зондирования. По имеющимся данным НС переносят от 37 до 100% пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии. Частота развития раневой инфекции после трахеостомии,

выполненной в связи с длительной искусственной вентиляцией легких, также высока. Цель исследования. Изучить нозокомиальную инфекции у пациентов, находящихся в отделениях анестезиологии и реанимации на фоне назотрахеальной интубации и назогастрального зондирования. Материал и методы исследования. В 1-клинике СамМИ отделения анестезиологии и реанимации с 2015 по 2017 год включительно было обследовано и пролечено 42 пациента на фоне назотрахеальной интубации и назогастрального зондирования. По результатам наших исследований нозокомиальная пневмония выявляется одновременно с НС в 65% случаев. Нозокомиальная пневмония является одной из основных причин летальности в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Сепсис также в 67% случаев является осложнением именно внутрибольничной инфекции, в том числе и инфекции ЛОР - органов. Спектр возбудителей НИ может отличаться в различных лечебных учреждениях. Несмотря на это, имеются общие закономерности, характерные для всех внутрибольничных возбудителей. Среди возбудителей преобладают грамотрицательные бактерии родов *Enterobacteriaceae*, *Acinetobacter* и *Pseudomonas*. Для патологии верхних дыхательных путей характерными являются следующие возбудители. Первое место занимает *Pseudomonas aeruginosa*, второе - *Klebsiella pneumoniae*, третье - *E. Coli*. Суммарная доля этих возбудителей превышает 60%. Среди грамположительных бактерий важнейшее значение имеют различные виды стафилококков и стрептококков. Грибковая флора встречается в 4% случаев и представлена разными видами кандиды. При бактериологическом исследовании отделяемого из ОНП при НС в большинстве случаев высеваются бактериальные ассоциации (более чем в 60% случаев), монокультура определяется в 2 раза реже. Бактериально-грибковые ассоциации встречаются в 4% случаев. Выводы. Имеющийся опыт, показывает, что ранее начало лечения НИ делает его более эффективным. Поэтому одной из важнейших задач является ранее выявление пациентов с НИ верхних дыхательных путей и сепсисом. Для этого необходимо динамическое наблюдение за пациентами, длительно находящимися на лечении в отделениях анестезиологии и реанимации и своевременное проведение им компьютерной томографии ОНП.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш., Лутфуллаева Г.У., Рустамов У.Ж.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Папиллома - одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей ЛОР-органов. Наиболее часто появление папиллом вызвано вирусом папилломы человека (ВПЧ), который является ДНК-содержащим вирусом. Вирус папилломы человека инфицирует пролиферирующие эпителиальные клетки базального слоя эпителия. В настоящее время эффективность различных методов лечения ВПЧ составляет 60-80%. Процесс рецидивирования плохо поддается контролю лекарственными препаратами. Причина рецидивов заключается в том, что оставшийся в тканях ВПЧ вновь приводит к развитию опухолевого процесса. Чаще всего при папилломах носа и придаточных пазух обнаруживаются ВПЧ 6 и 11 типы вируса, но также описано обнаружение вирусов 8,16,18,30 и 31 типов. У исследователей нет единого мнения относительно различий в клиническом течении заболевания в зависимости от типа вируса. Цель исследования – изучение эффективности тилорона (Лавомакс) при лечении больных с папилломами носа и придаточных пазух. В настоящее время перспективным препаратом для коррекции иммунных нарушений является Лавомакс - пероральный иммуностимулятор с выраженной интерфероновой активностью и противовирусным эффектом. Материал и методы исследования: было обследовано 66 больных с папилломами носа и придаточных пазух. Возраст больных составил от 24 до 52 лет, заболевание одинаково часто встречается среди лиц мужского 36 (54,5%) и женского пола 30 (45,5%). По результатам гистологического исследования у 36 (54,5%) пациентов выявлена плоскоклеточная папиллома, у 30 (45,4%) переходно-клеточная папиллома. Результаты. Все больные были разделены на две группы: основная (34 пациента) и контрольная (32 пациента). Пациенты основной группы получали комплексную терапию. После оперативного лечения включили препарат Лавомакс по схеме: 0,125 г (1 таблетка) в сутки в течении 2 дней, далее по 0,125 г через 48 часов, на курс лечения 1,25 г (10 таблеток). На фоне лечения Лавомаксом зафиксировано более раннее (уже к концу второй недели лечения, в среднем на 12-14-й день), по сравнению со стандартной терапией (в среднем на 17-18-й день лечения) улучшение самочувствия больных. Положительная клиническая картина сопровождалась улучшением иммунологических показателей. Через 3 недели лечения у пациентов основной группы происходило увеличение Т-лимфоцитов с  $50,6 \pm 2,1$  до  $53,4 \pm 2,1$ %, с полной нормализацией у 28 больных (82,3%), в то время как в контрольной группе этот показатель нормализовался лишь у 20 пациентов (62,5%). Лавомакс повысил функциональную активность Т-хелперов с  $24,4 \pm 2,1$  до  $40,2 \pm 2,5$  в основной группе и с  $26,4 \pm 2,0$  до  $36,7 \pm 2,3$  в контрольной. Лавомакс положительно повлиял на гуморальный иммунитет, повышая уровень IgA с  $1,23 \pm 0,10$  г/л до  $1,42 \pm 0,11$  г/л, в контрольной группе этот показатель достоверно не изменился. Применение препарата Лавомакс позволило сократить число рецидивов в основной группе до 4,5% (один пациент), тогда как в контрольной группе рецидив заболевания наблюдался у 15% (3 пациента). Выводы. Таким образом, комплексная терапия с применением тилорона (Лавомакс) показала свою высокую эффективность, благодаря которой происходило быстрое исчезновение клинических симптомов и наблюдалась нормализация иммунологических параметров больных с папилломой носа и придаточных пазух. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования тилорона (Лавомакс) в качестве иммуномодулирующего препарата в комплексном лечении папиллом носа и придаточных пазух.

**ЭНТЕРОГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ESCHERICHIA COLI, ВЫДЕЛЕННЫЕ В 2010-2015 гг.  
ОТ ПАЦИЕНТОВ С ДИАРЕЙНЫМ СИНДРОМОМ**

Макарова М.А., Матвеева З.Н., Кафтырева Л.А.

*Федеральное бюджетное учреждение науки «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Российская Федерация*

Цель работы. Изучить серотиповую принадлежность энтерогеморрагических E.coli (группа EHEC), выделенных из испражнений пациентов детского возраста с диарейным синдромом. Материалы и методы. У 28 штаммов, выделенных от детей с гемоколитами, изучены серотиповая принадлежность и гены вирулентности EHEC. Серогруппу определяли в реакции агглютинации. Детекцию генов, кодирующих O- и H- антигены (rfb и fliC), а также генов вирулентности (stx1, stx2, eae), кодирующих синтез шигаподобных токсинов и фактор адгезии (интимин), а также класс бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС) проводили в ПЦР в мультиплексном формате с электрофоретической детекцией. Продукцию токсинов подтверждали иммунохроматографическим методом в тесте RIDA Quick Verotoxin. Чувствительность к 17 антибиотикам определяли диско-диффузионным методом. Результаты. Коммерчески доступными O- и ОК сыворотками в реакции агглютинации подтверждена O-группа клинических изолятов: O26, O55, O78, O111, O157. В ПЦР подтвержден серотип штаммов O26:H11, O55:H7, O111:H8, O78:H4, O145:H28, O157:H7, O157:H- и выявлены гены, кодирующие продукцию шигаподобных токсинов (гены stx1 и stx2) и фактор адгезии белок интимин (ген eae), что позволило отнести эти штаммы к группе EHEC. У всех штаммов подтверждена продукция шигаподобного токсина в иммунохроматографическом тесте. Серогруппа O145 была также подтверждена методом ПЦР, так как O-сыворотка для этой серогруппы во многих странах отсутствует, поэтому такие штаммы не могут быть идентифицированы рутинными бактериологическими методами. Различия ферментативной активности между штаммами одного серовара и одной серогруппы не выявлены. Все штаммы были устойчивы к цефалоспорином расширенного спектра (цефтриаксону, цефтазидиму и цефепиму) и хинолонам (налиндиксовой кислоте, ципрофлоксацину, пефлоксацину). Продукция бета-лактамазы подтверждена методом двойных дисков, в ПЦР выявлены гены, кодирующие БЛРС генетического семейства CTX-M1. К антибиотикам других групп сохранялась чувствительность. Выводы. EHEC O26, O55, O111, O145 и O157 вызывают диарейные заболевания у детей. Штаммы перечисленных серогрупп нередко вызывали групповые заболевания ОКИ в странах Европы, США и Японии. Факторами передачи служили разнообразные пищевые продукты животного и растительного происхождения. Такие штаммы не могут быть достоверно идентифицированы без детекции генов вирулентности. Согласно современной классификации E.coli серогрупп O26, O55 и O111 в зависимости от характеристики факторов вирулентности могут относиться к двум патогруппам: - энтеропатогенным (EPEC) и энтерогеморрагическим (EHEC) E.coli. Как правило, они вызывают ОКИ у детей: энтериты (EPEC) и гемоколиты (EHEC). Согласно современным методическим указаниям по лабораторной диагностике заболеваний, вызываемых E.coli, продуцирующими шига-токсины, у штаммов, относящихся к серогруппам O26, O55 и O111 необходимо проводить последующую идентификацию на наличие генов или продукции токсинов с помощью ПЦР или иммунохроматографических тестов. Детекцию продукции шигаподобных токсинов или генов, ответственных за их продукцию, необходимо широко внедрять в алгоритм идентификации возбудителей диарейных заболеваний для диагностики EHEC-инфекции. При ранней этиологической диагностике EHEC-ассоциированных гемоколитов возможна коррекция терапии пациентов для снижения риска развития тяжелых осложнений, и исключение/ограничение применения антибактериальных препаратов бактерицидного действия. Неполная лабораторная диагностика, и как следствие, неадекватная терапия EHEC-инфекции нередко становятся причиной серьезных осложнений и летального исхода.

**КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА БОЛЬНЫХ БОТУЛИЗМОМ ПРОШЕДШИХ В КЛИНИКЕ НИИЭМИЗ МЗ РУЗ**

Максудова З.С., Ахмедова М.Д., Ниязова Т.А., Ташпулатова Ш.А.

*Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава Республики Узбекистан*

Цель исследования. Изучить современные клинико-эпидемиологические особенности течения ботулизма. Методы и материалы исследования. Объектом исследования служили 64 пациента с ботулизмом, госпитализированных в клинику научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний Минздрава Республики Узбекистан (НИИЭМИЗ МЗ РУЗ) в 2010-2015гг. Диагноз ботулизм установлен на основании на клинико-эпидемиологических и лабораторных данных. Результаты исследований и их обсуждение. Под нашим наблюдением были 64 пациентов с ботулизмом в возрасте от 7 до 60 лет. По возрастному составу преобладали взрослые - 58 (90.6%), детей было 6 (9.4%); женщины составляли 40 (61.5%), мужчины - 24 (37.5%). Для лабораторной диагностики проводили реакцию нейтрализации ботулотоксина. Исследования проводили на белых мышах, которым внутривенно вводили смесь центрифугированной сыворотки крови больного и противоботулинической сыворотки (ПБС) типов А, В, Е. У наблюдаемых больных ботулотоксин серотип А диагностирован в 63.8% случаях, В – в 17.8%, Е – в 18.3%. Легкая форма ботулизма диагностирована у 6 (9.4%) больных, среднетяжелая – у 18(28.1%) и тяжелая форма

у 40 (62.5%) больных. Легкая форма заболевания характеризуется слабой манифестацией всех симптомов. Среднетяжелая форма протекает с ясно выраженными неврологическими симптомами и острой респираторной недостаточностью, без признаков декомпенсации и полным сохранением глотания. Тяжелая форма характеризуется явной манифестацией всех симптомов заболевания. У пациентов с ботулизмом болезнь начиналась двояко: с неврологическими признаками у 21 (32.8%) больного, с неврологическими и диспептическими признаками у 43 (67.2%) пациентов. У 9 (14,1%) больных наблюдались миастенические, у 20 (31,2%) - бульбарные, у 29 (45,3%) - офтальмоплегические симптомокомплексы. Всем больным в зависимости от степени тяжести внутривенно вводили поливалентные противоботулиновые антитоксические сыворотки (ПБС) серотипа А, Е по 10 000 МЕ, серотипа В по 5 000 МЕ. Больным проводили патогенетическую и симптоматическую терапию. Несмотря проводимую экстренную комплексную терапию летальность больных составила 7 (10,9%). Таким образом, в Республике Узбекистан заболеваемость ботулизмом встречается в виде спорадических случаев. Клинически в основном регистрировались среднетяжелое и тяжелое течение ботулизма. У большинства больных ранние признаки были представлены неврологическим и диспептическим симптомокомплексом. Установлено, что в основном болезнь вызван ботулотоксином серотипа А (63.8%). Учитывая полученные наши данные, можно сделать следующие выводы: 1. У наших больных ботулизм протекал в среднетяжелой (28.1%) и тяжелой (62.5%) форме. 2. Ранние признаки в начале заболевания в основном были представлены неврологическими и диспептическими симптомокомплексами. 3. В основном ботулизм был вызван ботулотоксином серотипа А (63.8%).

### НОВЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БРУЦЕЛЛЕЗА В СТРАНАХ С ОТГОННЫМ ЖИВОТНОВОДСТВОМ

Маматкулов И.Х., Дусчанов Б.А., Косимов О.Ш., Акбаров А.А.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз Комитет ветеринарии  
Республики Узбекистан*

Во всем мире бруцеллез до сих пор является одним из важнейших заболеваний домашних животных, человека и диких животных. Хотя поступающие сведения о заболеваемости и распространенности заболевания варьируют от страны к стране в весьма широких пределах, наиболее распространенной формой и поныне остается бруцеллез крупного рогатого скота, вызываемый главным образом *Brucella abortus*. С точки зрения клинических проявлений у человека, бруцеллез овец или коз, вызываемый *B. melitensis*, имеет гораздо большее значение, чем прочие формы. Заболевание характеризуется широким, хотя и ограниченным географическим ареалом, и представляет серьезную проблему в Средиземноморском регионе, на западе Азии, а также в отдельных районах Африки и Латинской Америки. Тот факт, что бруцеллез недавно вновь появился на Мальте и в Омане, свидетельствует о том, насколько трудно искоренить эту инфекцию среди мелкого рогатого скота и предотвратить ее передачу человеку (Amato, 1995). В ряде стран растущая зараженность крупного рогатого скота бруцеллой *B. melitensis* становится всё более серьезной проблемой здравоохранения. Сходная проблема отмечается и в некоторых странах Южной Америки (прежде всего в Бразилии и Колумбии), где *B. suis* (биовар 1) стала заражать крупный рогатый скот. В настоящее время считается, что бруцеллез ликвидирован в следующих регионах и странах: Канада, Исландия, Северная Европа, Швейцария, Новая Зеландия, Австралия и Япония (см. вебсайт Международного бюро по эпизоотиям <http://www.oie.int/hs2/report.asplang=en>). В Северной Америке (за исключением Мексики) и юго-восточной Азии, по-видимому, отсутствует заражение *B. melitensis*. Инфицирование *B. melitensis* обычно также у крупного рогатого скота и верблюдов в тех районах мира, где бруцеллез овец и коз носит эндемичный характер. В конце 50-х годов XX столетия был подписан Указ Сталина «О ликвидации бруцеллеза в СССР» и в последующем до развала СССР были выпущены еще несколько Постановлений Правительства, согласно которым выделялись огромные финансовые средства, привлекалось большое количество ученых, практических работников и технического персонала для разработки новых иммунобиологических препаратов для борьбы с бруцеллезом, наносящим огромный социально-экономический урон народному хозяйству. Однако, проблема бруцеллеза не была решена. Это происходило потому, что не было оптимального научно-технического подхода к решению данной проблемы. Основной и стержневой упор уделялся мерам специфической профилактики, когда ни одна из созданных человечеством сотен вакцин не обладала высокоиммуногенными свойствами. Не учитывался тот основной этап патогенеза бруцеллеза, при котором бруцеллы, внедрившись в макрофаги, сохраняя свой биологический вид, становятся недоступными для антител, образующихся после вакцинации. В Республике Узбекистан в 2000 году на основании приказа Министерства здравоохранения № 650 было начато новое направление, направленное на нейтрализацию (оздоровление) источников инфекции при бруцеллезе козье-овечьего вида. Полученные результаты свидетельствуют об интенсивном затухании эпидемического процесса в Нурабадском районе и высокой эффективности проводимых мероприятий. Одновременно, со стороны ветеринарной и административно-хозяйственных служб района, был отмечен значительный экономический эффект в животноводческой сфере. Так, например, в результате проведенных мероприятий на 20-25% возросла сохранность молодняка, увеличился их привес и упитанность, а настриг шерсти в 2001 г. в общественном секторе (там, где проводились мероприятия) возросло на 50% (с 0,8 кг до 1,2 кг на голову). Многолетний эпидемиологический анализ официально регистрируемой заболеваемости, с впервые установленным диагнозом бруцеллеза показал, что интенсивный показатель заболеваемости на 100 тысяч населения за период 1985-2017 гг. варьировал, а пределах от 7,2 до 1,2, причем в годы использования данного препарата в самых неблагополучных по заболеваемости людей регионах - он был самым низким за последние 32 лет по республике - 1,2! Полученные

статистические показатели являются неопровержимым доказательством возможности искоренения бруцеллеза методикой предложенной узбекскими учеными. Теперь же стало вполне очевидным, что используемая со времен бывшего СССР система вакцинации животных не привела к избавлению от этой напасти. Узбекская модель борьбы позволяет получать дополнительное количество поголовья, предотвращая забой ценных пород скота. На сегодняшний день есть объективные предпосылки для ликвидации бруцеллеза козье-овечьего вида при внедрении описанной выше Программы не только в Узбекистане, но и во всех других странах с системой отгонного животноводства. Данная Программа со стороны МЧС включена в Программу по предупреждению эпидемий, эпизоотий и эпифитотий на территории Республики Узбекистан. Подобные мероприятия проведены и на крупном рогатом скоте во исполнение государственного заказа в рамках Инновационного проекта «Внедрение отечественных средств диагностики и профилактики при бруцеллёзе человека и животных» в 2016-2017 гг, по результатам которой в первом хозяйстве «Халима-Зиё» Андижанской области удалось оздоровить до 94,7% животных, профилированных на мясомолочной продукции.

### **УРОВЕНЬ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ПРЕПАРАТ «ИММУН-5» НА ФОНЕ АРВТ**

Маматкулов И.Х., Атабеков Н.С., Игнатов П.Е., Бердиева З.И., Маматкулов А.И.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз, Республиканский Центр по борьбе со СПИД, Американский благотворительный фонд «IDEA», ООО «Bibinor»*

Целью настоящего исследования явилось определение уровня вирусной нагрузки (ВН) у ВИЧ-инфицированных, принимавших отечественный парафармацевтик «Иммун-5» на фоне антиретровирусной терапии. Исследования проводились на основании Протокола клинического испытания, утверждённого Министерством здравоохранения «Изучение профилактической эффективности препарата «Иммун-5» (капсулы для приёма внутрь, производства ООО «Bibinor», Узбекистан)». Дизайн испытания: Контролируемое открытое рандомизированное с тремя параллельными группами. В предыдущих сообщениях была представлена информация об уровнях CD4 клеток и вирусной нагрузки у ВИЧ-инфицированных до применения указанного препарата. Научные исследования по изучению данного препарата проводятся с 2001 года. Первые исследования были проведены в 2001-2006 годах на 17 ПИН в виде монотерапии месячным курсом в стационарном отделении РЦ СПИД, с катамнезическими исследованиями через 5 лет. Затем в 2010-2011 годах с 60-ти дневным профилактическим курсом у ВИЧ-инфицированных, не принимавших ВААРВТ, где были достигнуты улучшение клинической симптоматики и увеличение количества CD4 клеток у 50% больных опытной группы. С 2017 года проводятся исследования изучения профилактической эффективности препарата со 180 дневным профилактическим курсом на фоне АРВТ. Данное исследование основано на опытной и 3-х контрольных группах не менее 20 пациентов, подписавших информированное согласие. В опытной группе участвуют 30 пациентов. К данному времени исследована вирусная нагрузка до и после применения препарата «Иммун-5» у 14 пациентов. Анализ количества среднего уровня вирусной нагрузки у 14 больных до и после применения препарата в течении 180 дней на одного больного составил 81039 коп/мл и 413,3 коп/мл соответственно. Причём у 8 пациентов (57,1%) выявлен не определённый уровень ВН. Таким образом, констатируя снижение вирусной нагрузки за 6 месячный профилактический курс в 196 раз, можно прогнозировать перспективы НИР для нейтрализации первого звена эпидемического процесса ВИЧ-инфекции через улучшение действия АРВТ в сотни раз. Исследования продолжаются.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ECHINOCOCCUS GRANULOSUS**

Мамедов А.Н., Сувонкулов У.Т., Саттарова Х.Г., Садиков З.Ю., Ачилова О.Д., Муратов Т.Д.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Цистный эхинококкоз представляет серьёзную медицинскую и социальную проблему во многих странах мира, где сохраняются большие эндемические очаги и наблюдается рост числа заболевших. Так как Узбекистан находится в одном из эндемичных по эхинококкозу регионов в мире, ежегодно заболевание наносит ощутимый урон здоровью населения и экономике республики. Вследствие отсутствия специфических клинических признаков, эхинококкоз чаще диагностируется при случайном ультразвуковом или рентгенологическом обследовании больных по поводу других патологий. Из-за поздней диагностики, большинство пациентов нуждаются в оперативном вмешательстве. Диагностика на ранней стадии эхинококкоза даёт возможность своевременно начать консервативное лечение и избежать хирургического вмешательства. Проблема диагностики и лечения цистного эхинококкоза остается актуальной. Цель исследования. Изучить эффективность ультразвукового обследования населения на цистный эхинококкоз в Самаркандской области. Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 3740 жителей Пайарыкского района Самаркандской области, в возрасте от 6 лет и старше. Интенсивный показатель по цистному эхинококкозу в данном районе был выше, чем в других районах Самаркандской области и составил 5,5 на 100,000 населения. В качестве метода обследования использовано ультразвуковая сонография. Результаты исследования. В результате проведённого обследования были выявлены 17(0,45%) больных с цистным эхинококкозом. Из них изолированное поражение печени диагно-

стировано у 11(0,29%), сочетанное поражение селезёнки и печени у 3(0,08%) и 1(0,03%) с локализацией в поджелудочной железе. Размеры кист от 0,7х1,2 см до 5,5х6,3 см. Все 17 больных на момент обследования считали себя здоровыми и жалоб не предъявляли. Выводы. Таким образом, ультразвуковое обследование паренхиматозных органов при диагностике *Echinococcus granulosus* населения в регионах с высоким интенсивным показателем заболеваемости цистного эхинококкоза, способствует раннему выявлению заболевания и проведению своевременного консервативного лечения.

### ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЯХ

Махмудова Л.Б., Абдиев Ф.Т., Нарзиева Г.Ж., Дусчанов Б.А.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии*

Цель работы. Исследование лекарственных растений в лечении паразитарных болезней. Материалы и методы исследования. Материалом для исследования были различные лекарственные растения, применяемые в терапии паразитарных болезней. Результаты. Предложены рецепты, состоящие из комплекса фитопрепаратов для лечения паразитарных болезней. Рецепт I. Состав: цветки ромашки, корень валерианы, плоды тмина, листья мяты, фенхеля в равных пропорциях (по 15 г.). Способ приготовления: столовую ложку смеси этих трав заливают 200 мл кипящей воды, настаивают в течение 15-20 минут, процеживают, объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. Применение: по 75-100 мл 2 раза в день утром и вечером, за 20-30 минут до еды. Показания: Оказывает положительное действие при паразитозах (гельминтозах, лямблиозе, амебиазе), спазмах кишечника и метеоризме. Рецепт II. Состав: цветки бессмертника –40 г, листья мяты–20 г, плоды кориандра–10 г. Способ приготовления: 10 г смеси заливают 200мл кипятка настаивают 45-60 минут, процеживают, отжимают остатки. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. Применение: 2-3 приема в день, по 100-150 мл, за 30 мин до еды. Показания: Оказывает положительное действие при паразитозах (гельминтозах, лямблиозе, амебиазе), заболеваниях почек, холециститах, холангитах. Рецепт III. Состав: Кукурузные рыльца –20 г, цветки ромашки аптечной - 15 г. Способ приготовления: 35 г сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл кипятка, настаивают в течении 20-30 минут, охлаждают до комнатной температуры в течении 20-25 минут, отжимают оставшееся сырье, процеживают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. Применение: 2-3 приема в день, по 75-100мл. за 45 – 60минут до еды. Показания: Оказывает положительное действие при паразитозах (гельминтозах, лямблиозе, амебиазе), заболеваниях печени, холециститов, холангитах, гипопротробинемии. Рецепт IV. Состав: цветки календулы лекарственной – 15 г, цветки ромашки – 15 г. Способ приготовления: 10 г смеси (2 ст. ложки) сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл кипятка, закрывают крышкой и нагревают на водяной бане в течении 15 минут, охлаждают до комнатной температуры в течении 45 минут, отжимают оставшееся сырье, процеживают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. Применение: по 100-150 мл, 2-3 раза в день. За 30-45 минут до еды. Показания: Оказывает положительное действие при паразитозах (гельминтозах, лямблиозе, амебиазе), заболеваниях печени, холециститов, холангитах. Рецепт V. Состав: Плоды шиповника 10 г. Способ приготовления: 10-15 г плодов шиповника помещают в эмалированную посуду (термос), заливают 200 -250 мл кипятка, настаивают в течении 5-6 часов, процеживают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. Применение: по 100 мл 2 раза в день, после еды. Показания: Оказывает положительное действие при паразитозах (гельминтозах, лямблиозе, амебиазе), заболеваниях кишечника, печени, холангитах, витаминной недостаточности.

### РЕОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ И МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Мигманов Т.Э., Еремушкина Я.М., Кускова Т.К.

*Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Российская Федерация*

Методы нейровизуализации используются при диагностике различной патологии головного мозга, в том числе и при поражениях инфекционной природы. Данные методы позволили установить наличие корреляции между клиническими проявлениями заболеваний центральной нервной системы и данными о состоянии структур мозга, его метаболизмом и кровотоком. Поражения центральной нервной системы могут отмечаться на всех стадиях ВИЧ-инфекции, достигая степени самостоятельной проблемы при развитии нейроСПИДа. Нейроанатомической основой психических нарушений при ВИЧ-инфекции является вначале энцефалопатия, а затем быстро развивающаяся атрофия мозга с характерными спонгиозформными изменениями и демиелинизацией в разных структурах. Цель работы. Изучение поражения центральной нервной системы у ВИЧ-инфицированных больных с использованием электрофизиологических методов диагностики, в частности нейроэнергометрии и электроэнцефалографии с использованием аппаратно-программного комплекса «Нейроэнергометр-3». Материал и методы исследования. Обследование выполнено 169 больным в возрасте от 19 до 36 лет, разделённым на три группы: 71 пациент в латентной стадии ВИЧ-инфекции составили первую группу; во вторую группу вошли 64 больных на 4А-Б стадиях ВИЧ-инфекции; третью группу составили 34 больных в стадии ВИЧ-инфекции 4В (СПИД) (до назначения антиретровирусной терапии). Контрольную группу составили

59 здоровых добровольцев из числа студентов 4-6 курсов МГМСУ и сотрудников кафедры. Возраст и пол испытуемых были сопоставимы. Критериями исключения были отказ от исследования, возраст старше 36 лет, выявление при осмотре общемозговой, менингеальной и очаговой неврологической симптоматики, указание на злоупотребление алкоголем и употребление наркотических вещества в течение последнего года, проведение седативной терапии. Исследования проводились посредством регистрации уровня постоянных потенциалов (УПП) головного мозга со средствами компьютерного анализа и обработки сигнала. Схема проведения нейроэнергетрии не отличалась от стандартных методик и правил (электроды накладывались по международной схеме 10-20, применяемой в электрофизиологии). Результаты. Установлено, что заболевание ВИЧ-инфекцией сопровождается изменением церебрального энергетического обмена, зависящее от стадии заболевания и иммунного статуса. В стадии вторичных заболеваний выявлено повышение энергетического обмена, достигающего уровня значимости ( $p < 0,05$ ). Максимальная интенсивность энергообмена зафиксирована в лобной области с регистрацией при проведении электроэнцефалографии у этих пациентов снижения мощности и амплитуды альфа-ритма покоя и высокого индекса бета-активности. В стадии 4В, по сравнению со стадиями 4А-Б, имеется тенденция к снижению уровня постоянного потенциала. Значимое повышение УПП ( $p < 0,05$ ) отмечается при уровне CD<sub>4</sub>-лимфоцитов менее 200 кл/мкл. Выводы. Таким образом, применение электроэнцефалографии и нейроэнергетрии использующей измерения УПП способствует выявлению метаболических изменений в центральной нервной системы. Повышение энергообмена головного мозга свидетельствует о том, что при ВИЧ-инфекции наблюдается ацидотический сдвиг церебрального кислотно-щелочного равновесия, наиболее значительный на стадии вторичных заболеваний. Данные изменения, вероятно, обусловлены пластической перестройкой: в результате потери нейронов и нарушения их функциональной активности информационные процессы замедляются, реорганизуется церебральное обеспечение когнитивных, моторных и других функций.

### **ЗНАЧЕНИИ ГЕНОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МАКРООРГАНИЗМА В ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА**

Миррахимова Н.М., Ибрагимов А.А., Гулямов Н.Г., Ахмедова Х.Ю.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Одним из изученных генетических факторов и имеющих важное клиническое значение, является полиморфизм гена множественной лекарственной устойчивости (МЛУ). Выявление генетических особенностей у пациентов по полиморфному маркеру С3435Т гена MDR1 позволяет прогнозировать характер фармакологического ответа, что дает возможность повысить эффективность и безопасность применения лекарственных средств (ЛС) – доза, кратность введения, путь введения, замена ЛС и реальная возможность индивидуализации фармакотерапии при различных инфекционных заболеваниях. Нами проведены исследования по выявлению полиморфного маркера С3435Т гена MDR1 у 65 больных острым бруцеллезом. В работе были использованы: лимфоциты крови больных, праймеры С3435Т гена MDR1, эндонуклеаза Sau3A. Препараты ДНК выделяли с использованием кит набора «РИБО-преп», ИнтерЛабСервис - Москва. По предварительным данным у подавляющего большинства больных (53,8%) выявлен генотип ТТ - устойчивый к лекарственным средствам, в 27,7% случаях выявлен генотип СТ- средневосприимчивый и всего в 18,5% случаях – генотип СС-восприимчивый к ЛС. Диагноз «бруцеллез» устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, клинических данных и результатов специфических реакций (Райта, Хеддельсона). Выявлено повышение титра антител в реакции Райта от 1:200 (1,9%) до 1:800 (6,5%), в основном 1:400 (в 73,8% случаях). Сопоставление клинических, лабораторных, иммунологических показателей, течение заболевания с полученными результатами по определению маркера С3435Т гена MDR1 у обследованных больных острым бруцеллезом выявило определенную закономерность в некоторых показателях. У всех больных отмечается острое начало заболевания с повышения температуры, но только у 100% больных с маркером СС-генотипа наблюдается повышение температуры выше 38,5-39,0°; тогда как при ТС и ТТ– максимальное повышение до 38,5°. В 87,5% случаях у больных острым бруцеллезом с СС генотипом отмечается повышение воспалительных маркеров крови – С-реактивного белка, АСЛО и повышение СОЭ до 30 мм в час, тогда как при ТТ и ТС генотипах, как правило, они не определяются, а СОЭ увеличивается до 16 мм в час. В динамике заболевания значительных различий в интенсивности снижения вышеуказанных показателей не наблюдалось. При поступлении у больных с СС-генотипом в 100% случаях титр антител в реакции Райта составляет 1:400 или 1:800 и в динамике заболевания отмечается повышение их до 1:800 и выше, тогда как при ТС-генотипе в динамике заболевания только в 11,1% - от 1:400 до 1:800, в основном же (47%) отмечается повышение титра антител в реакции Райта от 1:200 до 1:400, при ТТ-генотипе, как правило, наблюдается отсутствие таковой картины. Выраженные различия наблюдаются в динамике показателей антигенсвязывающих лимфоцитов крови, специфически сенсibilизированных к бруцеллезному антигену (АСЛ к БАг) и тканевым антигенам печени, суставной сумки (АСЛ к ТАг), исходные значения которых у больных с различным генотипом практически идентичны. Так, в динамике заболевания на 10 день у больных с СС генотипом отмечается более интенсивное снижение показателей (в 2,0-2,5 раза), с ТС и ТТ генотипах в среднем в 1,3-1,5%. Определение носительства полиморфных маркеров С3435Т и G2677Т гена MDR1 лекарственной устойчивости, серологических и иммунологических показателей, позволяют разработать метод прогнозирования течения и исходов бруцеллеза, эффективности применения ЛС и дают возможность индивидуального подхода к терапии и выбора лекарственных препаратов.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНТЕРОБИОЗА В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Муковозова Л.А., Смаил Е.М., Оспанова Ж.М., Садвакасова А.К., Исабаева Э.К., Кузнецова М.В.  
РГП на ПХВ «Государственный Медицинский Университет г. Семей», Республика Казахстан  
РГУ Семейское городское управление охраны общественного здоровья ДООЗ ВКО КООЗ МЗРК,  
Республика Казахстан

Цель работы. Изучить динамику заболеваемости и эпидемиологические проявления энтеробиоза за период с 1999 года по 2017 год в Семейском регионе. Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ заболеваемости энтеробиозом в Семейском регионе по данным РГУ Семейское городское управление охраны общественного здоровья ДООЗ ВКО КООЗ МЗРК. Результаты. По результатам анализа заболеваемости энтеробиозом установлено, что за период с 1999 год по 2017 год в Семейском регионе зарегистрировано 12726 случаев заболеваний энтеробиозом. Интенсивный показатель на 100 000 населения по годам составил: в 1999 г. – 387,0; в 2000 г. – 363,2; в 2001 г. – 425,9; в 2002 г. – 376,8; в 2003 г. – 520,8; в 2004 г. – 482,9; в 2005 г. – 349,0; в 2006 г. – 214,1; в 2007 г. – 146,0; в 2008 г. – 155,9; в 2009 г. – 156,3; в 2010 г. – 63,3; в 2011 г. – 51,0; в 2012 г. – 36,9; в 2013 г. – 25,6; в 2014 г. – 21,6; в 2015 г. – 26,0; в 2016 г. – 25,2; в 2017 г. – 24,5, то есть заболеваемость энтеробиозом в регионе имеет отчетливую тенденцию к снижению в течение последних семи лет (с 2010 года по 2017 год). Наиболее высокий интенсивный показатель заболеваемости энтеробиозом наблюдается в 2003 году (520,8) и самый низкий – в 2014 году (21,2). Среди заболевших энтеробиозом преобладали мужчины (62,9%), доля женщин составила 37,1%. Удельный вес детей до 14 лет среди заболевших энтеробиозом составил 35,1%. Преобладающую долю среди больных энтеробиозом составили лица, проживающие в г.Семей. Заражение энтеробиозом происходило, как правило, контактно-бытовым путем при несоблюдении правил личной гигиены. Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования позволили выявить эпидемиологические составляющие, характерные для энтеробиоза Семейского региона (преобладание взрослого городского населения среди заболевших), которые необходимо учитывать при планировании и проведении профилактических мероприятий.

## ПОСТДИАРЕЙНЫЙ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Мулладжанова К.А.

*Андижанский государственный медицинский институт*

Постдиарейный судорожный синдром- это расстройство функций ЦНС, проявляемое как совокупность симптомов клонических, тонических или клонико- тонических произвольных сокращений мышц, которое может сопровождаться потерей сознания под действием кишечных токсинов. У детей первого года жизни постдиарейное судорожное состояние отмечается значительно чаще, чем у детей старших возрастных групп. Цель исследования. Оказание специализированной медицинской помощи при постдиарейном судорожном синдроме у детей. Материалы и методы исследования. Мы наблюдали 72 ребенка в возрасте от 3 мес. До 3 лет, поступивших в Андижанскую областную инфекционную больницу с диагнозом ОКЗ на фоне судорожного синдрома. Детей в возрасте до 1 года - 40, от 1 года до 2 лет - 25, от 2 до 3 лет -7. Впервые судороги возникли у 30, повторно- у 32. У 10 детей судороги возникали при каждой острой кишечной патологии даже на фоне субфебрильной температуры тела. У всех детей были выявлены различныеотягающие факторы в течение беременности матерей (токсикоз I и II половины беременности, заболевания в первые 3 мес. беременности, угрозы на выкидыш), родов (стремительные или затяжные роды, слабость родовой деятельности, применение акушерских пособий, родовые черепно-мозговые и спинальные травмы). У всех детей незадолго до поступления или в момент поступления в стационар развивался судорожный припадок, тип которого зависел от возраста ребенка, состояния преморбидного фона, степени выраженности интоксикации, гипоксии и т.д. Всем детям проводились электроэнцефалографическое (ЭЭГ) и реоэнцефалографическое (РЭГ) исследования. На ЭЭГ регистрировались диффузные высокоамплитудные медленные потенциалы частотой 1,5-3 кол/с, амплитудой 250-350 мкВ, острые иглоподобные волны, комплексы “острая-медленная волна”. Результаты и обсуждение. На РЭГ у 60 детей было выявлено понижение тонуса церебральных сосудов: укорочение анократической фазы РЭГ-вольны до 0,02-0,03 и 0,04-0,06 с, увеличение амплитуды систолической волны, увеличение крутизны подъема 80'-85', увеличение цифровых значений реографического индекса до 2,4-3,2, увеличение цифровых значений диастолического индекса, увеличение продолжительности катакротической фазы реографической волны, что также свидетельствует о затруднении венозного оттока в церебральных сосудах. В связи с этим в комплексную противосудорожную терапию был включен теоникол для улучшения мозговой перфузии, снятия высокого сосудистого сопротивления на периферии, улучшения трансапиллярного обмена. Выводы. Таким образом, обнаружена высокая зависимость между нарушением церебральной гемодинамики и биоэлектрической активностью головного мозга у больных этой группы. Применение теоникола в сочетании с различными противосудорожными препаратами позволяет проводить лечение постдиарейных судорожных состояний у детей малыми дозами антиконвульсантов вследствие высокой утилизации препарата.

### НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Муратов Т.И., Ачилова О.Д., Садиков З.Ю., Саттарова Х.Г., Раббимова Н.Т., Мамедов А.Н., Сувонкулов У.Т.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Актуальность. Узбекистан в силу своих климатогеографических особенностей является эндемичной по кожному лейшманиозу зоной. Ежегодно в Республике регистрируется от 300 до 700 случаев заболевания КЛ. Лечение кожных лейшманиозов проводится препаратами пентавалентной сурьмы, однако данные препараты имеют целый ряд противопоказаний, а также побочные эффекты. Кроме того, использование данных препаратов не позволяют организму выработать иммунитет. Цель. Разработать новый способ лечения кожных лейшманиозов. В научно-исследовательском институте Медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева в период с 10.01.2016 по 02.05.2018 годы под нашим наблюдением находилось 28 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 50 лет. Из них 18 были из регионов эндемичных по антропонозному КЛ, а 10 из территорий эндемичных по зоонозному КЛ. Для лечения нами была разработана новая схема, включающая отвар травы гармалы, раствор салицилового спирта и барботированное облепиховое масло. Всем пациентам не зависимо от вида кожного лейшманиоза была рекомендована следующая схема лечения: рана промывалась отваром травы гармалы, высушивалась и после предварительной обработки раствором салицилового спирта прикладывалась повязка с барботированным облепиховым маслом, для стимулирования иммунной системы назначали эндистен (в возрастной дозировке) в течении 10-15 дней. Контрольное исследование для оценки эффективности терапии было проведено через месяц после окончания лечения. Оно включало клинические и анамнестические данные. Результаты оценки эффективности вышеуказанного метода лечения показали, что эпителизация у больных с зоонозным КЛ наступала на 21-28 сутки, а в случае с антропонозным кожным лейшманиозом на 21-26 сутки соответственно. Таким образом: Разработанная нами схема лечения, с использованием травы гармалы, салицилового спирта и барботированного облепихового масла позволила существенно ускорить процесс эпителизации и минимизировать косметический кожный дефект.

### МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ

Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Несмотря на значительный прогресс в развитии и совершенствовании диагностики и хирургического лечения эхинококкоза лёгких количество больных продолжает неуклонно увеличиваться. Цель исследования. Оптимизировать применение малоинвазивной хирургии при эхинококкозе легких, которой позволяет существенно снизить травматичность операций, уменьшить частоту и тяжесть осложнений у больных. Материал и методы исследования. В нашей клинике прооперировано 14 больных эхинококкозом лёгких. Возраст больных составило 19-70 лет. Эхинококковые кисты выявлены: слева у 3; справа – у 6; с двух сторон – у 3; в сочетании с печенью – у 2. В зависимости от объема и размера эхинококковые кисты были: малые – до 5 см – у 3; средние – 5 – 10 см – у 8; большие – более 10 см – у 3. Основным методом диагностики эхинококкоза легких являлся рентгенологический, включающий многоосевую рентгеноскопию и рентгенографию. Всем 14 больным произведены малоинвазивные хирургические вмешательства. В 3 случаях произведена торакоскопическая эхинококкэктомия троакарным способом и в остальных случаях выполнена видео-торакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. Результаты. При малых кистах у 3 больных эхинококкэктомию из легкого выполняли через троакарный доступ. У остальных 11 больных применена миниторакотомия. При локализации кист в верхней доле производили миниторакотомию в 4-5 межреберье, а при кистах нижней доли в 6-7 межреберье. При больших кистах у 3 больных после полипозиционной рентгеноскопии над проекцией кисты производили миниторакотомию без предварительной торакоскопии. Капитонаж полости производили по способу Вахидова или методу Боброва-Спасокукоцкого. Всем больным в послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива назначали курс химиотерапии альбендазолом 12 мг/ кг в течение 40 дней. Больные наблюдались в течение года, рецидивы не отмечены. Осложнения отмечены у одной больной после ликвидации остаточной полости по Вишневному - на рентгенограмме выявлен экссудат в полости, который пунктирован. В последующем на месте кисты осталась сухая полость. Выводы. Таким образом, малоинвазивные хирургические вмешательства при эхинококкозе лёгких у детей с использованием эндовидеохирургической технологии являются альтернативным и часто более предпочтительным способом лечения.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Юнусов О.Т.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Внедрение новых технологий, иных возможностей лечебной и диагностической аппаратуры открывают перспективы малоинвазивных вмешательств, которые в последние годы все более привлекают внимание клиницистов. Одним из направлений в малоинвазивном лечении эхинококкоза печени является лапароскопия, которая

завоевывает все большую популярность среди клиницистов и применяется при многих хирургических заболеваниях как в диагностической, так и лечебной цели. Материал и методы. Видеолапароскопические вмешательства выполнены 75 больным эхинококкозом печени в возрасте от 18 до 70 лет и они представлены в виде трех технологий: лапароскопическая эхинококкэктомия - 27 пациентов, эндовидеоскопия остаточной полости при традиционной эхинококкэктомии печени - 41 и чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени - 7. Лапароскопическую эхинококкэктомию производили по общепринятой методике PAIR (пункция - аспирация содержимого - инъекция сколексоцидного агента - реаспирация), дополняемой лапароскопической резекцией стенки кисты и дренированием остаточной полости. Апаразитарность операции обеспечивалась применением нескольких салфеток, изолирующих кисту от брюшной полости в ходе лапароскопической пункции эхинококковых кист печени. Антипаразитарная обработка осуществлялась 3-5-минутной экспозицией 0,5%-го спиртового раствора фенбендазола. Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 7 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени в различные сроки после оперативного лечения эхинококкоза печени. Результаты и обсуждения. Выбор вида оперативного вмешательства был сделан индивидуально. В 6 случаях из 27 предпринятых лапароскопических операций осуществлен переход на лапаротомию в связи с полным внутривнутрипеченочным расположением эхинококковой кисты 4 и имеющейся дополнительной кисты в недоступном сегменте для лапароскопии 2. Благодаря тщательному осмотру полости и внутренней стенки фиброзной капсулы в 7 случаях удалены незамеченные во время открытого этапа операции зародышевые элементы паразита. В 4 случаях интраоперационно выявлены и закрыты мелкие цистобилиарные свищи с использованием эндохирurgical инструментария. При использовании чресфистульной эндовидеоскопии остаточной полости у 1 больного выявлен и коагулирован цистобилиарный свищ. Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени после оперативного лечения эхинококкоза печени. Во всех случаях первичная операция была завершена наружным дренированием остаточной полости печени в связи с нагноением эхинококковых кист, что сформировали наружные гнойно-желчные свищи. Вывод. Применение новой технологии в виде: видеолапароскопии, диагностической и лечебной эндовидеоскопии остаточной полости печени в интра - и послеоперационном периодах, позволили улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Мустаева Г.Б.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность проблемы. Острые кишечные инфекции продолжают оставаться одной из важных проблем здравоохранения, представляя, как теоретический, так и практический интерес. Повсеместное и широкое распространение кишечных патогенов среди населения и у детей 1 года свидетельствует о ряде нерешенных проблем, связанных с социально-экономическими факторами, активностью водного и пищевого путей передачи, снижением объема обязательных лабораторных исследований на возбудителей острых кишечных инфекций. Материалы и методы исследования. Нами проведено исследование клинического течения острых кишечных заболеваний у детей до 1 года. В исследование были включены 256 детей этой возрастной группы, госпитализированных в отделение ОКИ областной клинической инфекционной больницы. Этиологию заболевания определяли с помощью общепринятых методик. Проводили бактериологическое исследование кала на патогенную и условно-патогенную кишечную микрофлору. Установить диагноз удалось у 14,5% обследованных детей первого года жизни. Остальным пациентам (85,5%) был выставлен диагноз «Острая кишечная инфекция неустановленной этиологии». Среди расшифрованных диагнозов чаще всего регистрировали ОКИ, обусловленные условно-патогенной флорой - у 86,5% и 13,5% *S. aureus*. Из условно-патогенной флоры энтеробактер выявлялся у 25%, цитробактер - у 37,5%, клебсиелла - у 9,4%, протей-у 28,1% больных. Анализ путей и факторов передачи диарейных заболеваний показал, что пищевой путь заражения наблюдался в 53,8 % случаев из числа ОКИ с установленным путём заражения. Из пищевых продуктов наиболее часто в качестве фактора заражения предполагались фрукты и другие продукты растительного происхождения, в первую очередь – бахчевые (59,1% от общего числа пищевых продуктов). Водный путь был предположен в 17,9 % случаев ОКИ, бытовой путь отмечался в 28,3 % случаев диарей. Анализ факторов передачи ОКИ у детей раннего возраста, проведенный путём опроса матерей, показал, что среди заболевших детей раннего возраста 41,7% составляли дети, находящиеся на искусственном вскармливании, у 62,9% был выявлен неблагоприятный преморбидный фон, в том числе у 22,2% отмечались частые нарушения стула в течение месяца до заболевания. Сопутствующие заболевания выявили у 78% детей. Чаще регистрировали анемию, бронхит, пневмонию, ОРВИ. 56,5% опрошенных незадолго (в течение недели) до заболевания отмечали изменения прикорма или докорма, были введены дополнительные продукты (соки, коровье молоко или смеси). В 4,4% установлена связь заболевания с употреблением смесей, вызвавших у матерей подозрение, в 8,5% заболевание связывалось с нарушением диеты кормящей матерью. У 11,1% в анамнезе был контакт с больным с диарейным заболеванием (младшие или взрослые члены семьи). У 20,5% детей явную причину заболевания выявить не удалось. Большинство детей (92%) поступили среднетяжелой и лишь 8% с тяжелой формой ОКИ. У всех детей отмечалось обезвоживание 2 степени. 54% детей до болезни получали антибактериальную терапию по поводу других

болезней (пневмония, ларингит, отит и др.) Выводы. 1. Проведенные исследования показали, что по-прежнему остается высоким удельный вес острых кишечных инфекций у детей до 1 года. 2. В структуре этиологически расшифрованных ОКИ у детей 1 года жизни доминирует УПФ. 3. Молодые мамы недостаточно информированы о рациональном вскармливании детей, о проведении первичных мероприятий при возникновении диарейного синдрома у детей раннего возраста. 4. Причинами, обуславливающими низкий уровень этиологической расшифровки ОКИ, являются недостаточная оснащенность бактериологических лабораторий необходимыми диагностикумами, значительное число случаев позднего обращения за медицинской помощью и сложившаяся среди населения практика самолечения до обращения за специализированной медицинской помощью.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦИСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА В ЭНДЕМИЧНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Мустапаева А.А.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан*

Аннотация. Эхинококкоз имеет хронический, онкогенный потенциал и инвалидизирующие последствия. Республика Казахстан относится к неблагоприятным регионам по эхинококкозу, ежегодно регистрируется более 800 случаев эхинококкоза. Материалы и методы. В процессе исследования обработаны данные зарегистрированных пациентов цистным эхинококкозом в Республике Казахстан и Южно-Казахстанской области с 2007-2016 гг. Использованы данные НПЦ СЭЭИМ РК и ДООЗ ЮКО. Результаты. За период с 2007-2016 гг. в РК зарегистрировано 8443 пациентов цистным эхинококкозом. За изучаемый период заболеваемость цистным эхинококкозом была наиболее высокой с 2007 по 2011 годы, затем наступила стабилизация и некоторое снижение заболеваемости за последние 5 лет, что может быть связано с расширенными диагностическими возможностями современной медицины и профилактическими мероприятиями. При изучении заболеваемости по регионам, можно отметить лидирующие позиции заболеваемости цистным эхинококкозом в Южно-Казахстанской (11,1‰), Жамбылской (9,5‰) и Алматинской областях (6,6‰). В Южно-Казахстанской области эхинококкоз регистрировался практически во всех районах, наиболее часто заболевание встречалось у лиц, проживающих в Арыском (21,22‰), Ордабасинском (20,11‰), Сузакском (19,39‰) и Шардаринском (19,81‰) районах, наименьшее количество наблюдалось в Мактаральском (4,47‰) и Сайрамском (7,49‰) районах. Данные показатели связаны с тем, что данные регионы являются густонаселенными областями, живущими в сельской местности занимающиеся скотоводством. Также к числу факторов, способствующих заболеваемости населения относится обилие безнадзорных собак в скотоводческих районах, их постоянная миграция между близко расположенными фермами и населенными пунктами, нарушение режима дегельментизации собак, повсеместный подворный прирез овец, постоянное пребывание собак вблизи жилья человека и в местах содержания скота. Во все периоды по данным Южно-Казахстанской области отмечалось преобладающее поражение печени (74%). Поражение легких отмечалось у 21% пациентов, и другие органы поражались в 5% случаев. Наименьшее количество поражений отмечалось в 2007-2008 гг., наибольшее отмечалось в 2009-2010 гг. В наших наблюдениях эхинококкоз встречался у лиц в возрасте от 3 лет до 75 лет. Так, доля детей до 17 лет составляла 21%, взрослых 79%. Пик заболеваемости по возрасту составил 20-29 лет. Выводы. В последние годы число случаев заражения человека цистным эхинококкозом имеет тенденцию к незначительному снижению, в связи с проводимыми профилактическими мероприятиями и расширением диагностических возможностей современной медицины. Густонаселенные регионы, сельская местность, занимающаяся скотоводством, обилие бездомных собак являются факторами способствующими росту заболеваемости населения. Заболеванию подвержены люди различного возраста, пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный и активный возраст населения.

### **К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ПИТАНИЯ, КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА, ВЛИЯЮЩЕГО НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ**

Насирова А.Р.

*НИИ Санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз*

Одним из основных факторов, влияющих на развитие детского организма, формирование его адаптивных возможностей, является режим и рацион питания. Правильное питание в детском возрасте способствует предупреждению заболеваний, повышению работоспособности и успеваемости детей, их гармоничному физическому и умственному развитию. Известно, что недостаток некоторых нутриентов в пищевом рационе вызывает нейрохимические и нейрофизические нарушения. Развитие белково-энергетической недостаточности у детей создаёт предпосылки для снижения успеваемости, адаптационного потенциала организма и раннего формирования хронической соматопатологии. В большинстве стран мира вопросы здорового питания и пищевого поведения детского населения, оценка пищевого статуса по антропометрическим показателям во взаимосвязи с социально-экономическим положением семьи, являются актуальной проблемой, изучаемых с целью разработки профилактических мероприятий, направленных на коррекцию питания и оптимизацию весоростовых параметров детей. В связи с этим, в лаборатории гигиены детей и подростков НИИ СГПЗ МЗ РУз с 2018 года выполняются исследования по прикладному проекту «Разработка критериев прогноза

и мер профилактики неблагоприятного влияния факторов риска на здоровье детей на основе оценки питания, создания скрининговых методов ранней диагностики алиментарно-зависимых заболеваний и использования информационных технологий». Одной из задач данного проекта является изучение показателей физического развития и психофизиологического состояния детей от 3 до 15 лет, в зависимости от их фактического питания и пищевого статуса, а также от формы организации общественного питания. Для решения этой задачи будут определены возрастно-половые закономерности и особенности психофизиологического и физического развития детей; будут изучены медико-биологические и социально-гигиенические факторы риска, определены стереотипы пищевого поведения и вкусовые предпочтения детей. Объектом исследования будут являться дети дошкольного (3-6 лет) и школьного (7-15 лет) возрастов; дошкольные образовательные учреждения и общеобразовательные школы, которые имеют пищеблоки, работающие на продовольственном сырье (столовые «на сырье») или на полуфабрикатах (столовые-догоготовочные), производящие и реализующие блюда; а также общеобразовательные школы, в которых работает буфет-раздаточная, где осуществляется реализация готовых блюд. Анкетно-опросным методом, с использованием специально составленной анкеты «Информация о питании и пищевом поведении детей», будут изучены организация и качество питания в образовательных учреждениях, характер питания в семьях и стереотипы пищевого поведения детей. Оценка рационов питания, организованных на базах образовательных учреждений, будет проведена расчетным методом на основе анализа 10-дневных меню-раскладок в разные сезоны года (летне-осенний и зимне-весенний). Оценка домашнего питания будет проведена методом интервьюирования на индивидуальном уровне, с помощью специального опросника, позволяющего дать характеристику разнообразия питания, оценить продуктовый набор, структуру химического состава рационов и режима питания. Пищевая, энергетическая и биологическая ценность рационов будет определена с использованием таблиц химического состава пищевых продуктов, а также их соответствия основным принципам рационального и адекватного питания для отдельных возрастно-половых групп на основании СанПиН РУз №0097-00 «Среднесуточные рациональные нормы потребления пищевых продуктов в организованных детских и подростковых учреждениях Республики Узбекистан». Для определения влияния алиментарного фактора на основные параметры психофизиологического состояния детей будут изучены: механическая память; смысловая память; устойчивость внимания по показателям точности и продуктивности работы; переключение внимания; признаки психоэмоционального напряжения, готовности к длительной продуктивной деятельности и стресса (тест Люшера); основные свойства личности (опросники Кеттелла - детский и подростковый); определение функциональной готовности к обучению в школе детей старшего дошкольного возраста по степени «школьной зрелости» (тест Керна-Ирасека, мотометрический тест). Индивидуальная оценка уровня и гармоничности физического развития будет дана при помощи метода шкал регрессии с использованием региональных нормативных таблиц. С целью оценки количественной адекватности питания будет рассчитан интегральный показатель «индекс массы тела». Оценка пищевого статуса детей образовательных учреждений, психофизиологического и психоэмоционального состояния детей, в зависимости от фактического питания позволит определить основные направления при разработке профилактических и оздоровительных мероприятий.

## ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА

Неъматова Н.Ў.

*Ташкентская медицинская академия*

ВИЧ инфекции – относятся к типичным антропонозам, у животных искусственно воспроизвести это заболевание не удается (исключение составляют некоторые виды обезьян). «Резервуаром» для вируса и его носителем служит инфицированный человек. К сожалению, число инфицированных во многих странах мира продолжает расти, несмотря на принятые меры (пропаганда здорового образа жизни и т.д.). Практическая эпидемиология ВИЧ отмечает основные каналы распространения инфекции – это половые контакты, использование одних и тех же шприцев, переливание крови, а также передача ВИЧ инфекции от матери ребенку. Группы риска составляют гомосексуалисты, наркоманы и лица, ведущие беспорядочную половую жизнь. Так как в настоящее время вся донорская кровь обязательно тестируется на данный вирус, передача инфекции реципиентам крови практически исключена. Основная причина ВИЧ-инфекции – Причиной СПИД также является тот же вирус, т.к. СПИД – последняя стадия развития ВИЧ-инфекции. При попадании в кровь ВИЧ избирательно прикрепляется к клеткам крови, ответственным за иммунитет, что обусловлено наличием на поверхности этих клеток специфических молекул CD 4, которые распознает ВИЧ. Внутри этих клеток ВИЧ активно размножается и еще до формирования какого-либо иммунного ответа, быстро распространяется по всему организму. В первую очередь поражает лимфоузлы, поскольку там содержится большое количество иммунных клеток. Заболеть СПИДом возможно только при инфицировании ВИЧ и соответствующей реакции организма на возбудителя. Несмотря на укрепившееся мнение о том, что СПИДом может заболеть только наркоман или гомосексуалист, это давно перестало соответствовать реальной ситуации. ВИЧ-инфекция больше не служит маркером исключительно употребления наркотических препаратов, наличия беспорядочных гетеро- и гомосексуальных связей: распространенность вируса выявляется среди различных социальных слоев населения, возрастных групп вне зависимости от сексуальных предпочтений и пагубных склонностей. Профилактика ВИЧ-инфекции-Комплекс мероприятий, направленный на раннее выявление и снижение риска развития заболеваний, а также на снижение отрицательного воздействия на здоровье

факторов внутренней и внешней среды. Первичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции среди здорового населения. Сформировав активный, функциональный адаптивный жизненный стиль человека, можно тем самым укрепить здоровье и предупредить развитие болезни. Самым доступным и эффективным направлением осуществления первичного уровня профилактики ВИЧ-инфекции является нравственное воспитание подростков и молодежи, которое предполагает формирование социально безопасной модели поведения. Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на профилактическую работу в «группах риска» (инъекционные потребители наркотиков, гомосексуалы, безнадзорные подростки, осужденные, лица, занимающиеся коммерческим сексом). Третичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Всегда нужно понимать, что избежать заражения совсем несложно. А так как вирус на сегодняшний день является неизлечимым, то стоит прилагать максимальные усилия, чтобы это страшное заболевание миновало вас и ваших родных. Профилактика в этом деле – самый важный момент, который поможет сохранить жизнь.

### **ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В**

Нурматова Н.Ф., Иноятова Ф.И.

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

Целью явилось выявить особенности клинического течения лямблиоза и состояние микробиоценоза кишечника у детей, больных хроническим гепатитом В (ХГВ). Материалы и методы. Обследованы 125 детей, больных ХГВ в возрасте от 3 до 18 лет, мальчиков 74,4% и девочек 25,6%. Диагноз ХГВ устанавливали на основании анамнеза, данных клинического обследования, ряда лабораторных и инструментальных исследований с использованием общепринятой классификации. Вирусологическую верификацию проводили методами: ИФА (HBsAg, HBsAb, HBeAg, HBeAb) и ПЦР (HBV-DNA). Использованные методы: клинико-биохимический анализ, ИФА - определение антигена G. Lambliа в фекалиях («Биотек», США); ПЦР определялись DNA G. Lambliа в фекалиях («Master-Cycler», Германия), микроскопии осадочных компонентов фекалий. Микробиота кишечника оценивалась классическим методом с использованием коммерческих тест-систем. Результаты. При комплексном обследовании установлено, что в структуре ХГВ встречаемость G.lambliа регистрировалась у 40 детей, больных ХГВ (32,0% случаев). Причем, в большинстве – 85,0% (34 детей) случаев, эти дети были с умеренной (60,0%) и выраженной (25,0%) активностью ХГВ. Особенности клинического течения ХГВ на фоне лямблиоза у детей является стойкое преобладание астеновегетативного (92,5%), диспепсического (85,0%), внепеченочных признаков (92,5%) и гепатоспленомегалии (85,0%). Характерными условно-специфическими признаками лямблиоза кишечника явились - наличие депигментированных участков кожи с акцентом на лице (100%) и плечах (80,0%), бруксизма (42,5%) и заедов в углах рта (25,0%), энуреза (25,0%) и урчание в животе (72,5%). Ведущими биохимическими синдромами являлись: эндотоксемии (85,0%), цитолитический (87,5%) и гепатопривный (80,0%). Исследование микробиоценоза кишечника позволило установить преобладание (в чем 3,5 раза) более выраженных степеней дисбактериоза, соответственно IV(42,5%) и III(35,0%). Видовой пейзаж микрофлоры кишечника характеризовался фазой агрессии аэробной флоры, снизились количества анаэробов по отношению к аэробам, наличием дефицита бифидобактерий и лактобактерий, или полным их отсутствием, на фоне значительного роста факультативной флоры (St. aureus (25,0%) et St.epydermidis (27,5%), протей (15,0%)) и их токсических метаболитов. Однако, выявлялись и парные сочетания условно-патогенные микроорганизмы (20,0% случаев), в которых наиболее значимыми оказались сочетания Candida+Staphilococcus aureus и Candida+Staphilococcus epydermidis. Присутствие у более половины (57,5%) детей грибов рода Candida, позволило рассматривать как патогномичный признак нарушения кишечной микрофлоры лямблиозной этиологии у детей, больных ХГВ. Заключение. Установлено, что лямблиоз кишечника у детей, больных ХГВ приводит к прогрессированию течения основного заболевания с характерным развитием двух взаимоусугубляющих патологических процессов. Это предопределяет необходимость профилактики, раннего выявления лямблиоза, с использованием разработанных информативных диагностических (клинических и лабораторных) критериев для элиминации G.lambliа у детей, больных ХГВ.

### **НАБЛЮДАТЕЛЬНАЯ НЕИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ПРОГРАММА «ЭРМИТАЖ» В ЛЕЧЕНИИ ОРВИ И ГРИППА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОП В УЗБЕКИСТАНЕ**

Нурмухамедова Р.А., Садирова М.А.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), включая грипп, относятся к наиболее распространенным заболеваниям в детской и взрослой популяциях. Несмотря на широкий выбор средств, для лечения данной патологии актуальным остается поиск препаратов, сочетающих в себе универсальную противовирусную активность, доказанные эффективность и безопасность, а именно возможность применения у пациентов из групп риска, в т.ч. при аллергических заболеваниях. Обработаны данные 8411 человек, наблюдавшихся амбулаторно на протяжении эпидемиологического сезона 2016–2017 гг.; врач – участник программы – переносил данные пациентов в индивидуальную регистрационную карту (ИРК). В наблюдательной программе приняли участие 519 врачей общей практики (педиатры, терапевты

и семейные врачи) из 8 стран: Азербайджана, Армении, Грузии, Казахстана, Киргизии, Монголии, Таджикистана и Узбекистана. Набор пациентов производился в произвольной демографической и национальной пропорции. Цель исследования состояла в изучении практики применения препарата Эргоферон в условиях амбулаторной практики и получении дополнительных данных по эффективности и безопасности препарата Эргоферон в лечении гриппа/ ОРВИ у взрослых и детей в амбулаторных условиях, в том числе при позднем начале терапии (через 48 и 72 ч от начала заболевания). Материалы и методы исследования. В исследование включались данные детей от 6 месяцев до 18 лет и взрослых пациентов старше 18 лет с диагнозом грипп/ОРВИ, температурой выше 37,4 °С, наличием как минимум одного симптома интоксикации и/ или катарального симптома длительностью от 12 ч до 3 сут, к моменту обращения к врачу, для лечения которых был назначен препарат Эргоферон. Продолжительность терапии препаратом Эргоферон определялась непосредственно врачом общей практики на основании опыта применения препарата, общего клинического впечатления и переносимости лечения в соответствии с зарегистрированными показаниями, в терапевтической дозировке, указанной в инструкции по медицинскому применению. Результаты исследования. Все пациенты, участвовавшие в программе, получали Эргоферон. Средняя длительность приема Эргоферона составила 5,48±1,32 дня и значимо не различалась у детей и взрослых. У 49,1% больных ОРВИ (n=4129) препарат назначался в виде монотерапии, у 50,9% (n=4282) – совместно с другими средствами. Монотерапия Эргофероном чаще назначалась пациентам без аллергии, а также с легкой и средней тяжестью заболевания. Вывод. Препарат Эргоферон эффективен для лечения гриппа и ОРВИ любой этиологии, во всех возрастных группах, в том числе у пациентов с сопутствующими аллергическими заболеваниями, что терапевтическая эффективность Эргоферона, обладающего комбинированным противовирусным, противовоспалительным и антигистаминным действием, проявляется в быстром купировании симптомов ОРВИ и гриппа при любых сроках начала терапии независимо от возраста пациентов.

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА

Облокулов А.Р., Вахабов А.А.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино,*

*Бухарская областная инфекционная больница*

Лечение лямблиоза представляет не менее трудную задачу, чем его диагностика. При этом целью терапии является не только эрадикация паразита, но и уменьшение клинических проявлений—абдоминального синдрома, интоксикации, аллергических и вегетативных нарушений. За последние годы создана целая серия препаратов нитроимидозола, производные нитрофурана, производные бензимидазола характеризующихся высокой эффективностью, липофильностью, хорошей всасываемостью и небольшой токсичностью. Несмотря на широкий спектр этиотропных препаратов, по-прежнему на повестке дня сохраняется совершенствование терапии лямблиоза. Цель нашей работы—изучить эффективность применения препарата албендазол (ребен) и диворм у больных, страдающих лямблиозом. Под наблюдением находились 50 пациентов с лямблиозом в возрасте от 20 до 48 лет. Диагностика лямблиоза проводилась с помощью метода микроскопии: непосредственно перед микроскопией готовили тонкий мазок с окраской 1% раствора Люголя. Серологическое исследование включало определение АТ к лямблиям в крови с использованием набора реагентов «Лямблия—антитела-ИФА-Бест», предназначенный для выявления иммуноглобулинов классов G, M к антигенам лямблий в сыворотке крови человека. Все обследуемые больные разделены на основную и контрольную группы. Основная группа (50 больных) получили альбендазол (ребен) с диворм, больные контрольной группы (50 больных) получили альбендазол 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. Албендазол назначали по схеме: 1 таблетка 400 мг дважды в сутки на протяжении 5 дней. Больные основной группы вместе с албендазолом получали Диворм по 3 таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды. Вместе со специфической терапией мы назначили соответствующий диетический режим, по показаниям—энтеросорбентов (дюфалак), ферментов (креон), желчегонных, антигистаминных средств, противогрибковые и антиоксиданты. Положительный эффект основной группы был достигнут у 92% пациентов, а контрольной группы у 76% пациентов. Отмечалась хорошая переносимость препаратов, побочные явления отмечены у 7,9% больных контрольной группы. Таким образом, диворм с ребеном является эффективным и хорошо переносимым средством для лечения больных с лямблиозом.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СТРЕПТОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ

Одилова Г.М.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Стрептококковые инфекции продолжают оставаться в числе наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах мира. Сложность лабораторной диагностики и эпидемиологические данные циркуляции

стрептококков в лечебно-профилактических учреждениях дают основания для совершенствования методов лабораторной диагностики стрептококковых инфекций. Эти данные свидетельствуют о необходимости совершенствования микробиологической диагностики стрептококковых инфекций. Цель исследования. Повышение эффективности выделения возбудителей стрептококковых инфекций из исследуемого материала. Материал и методы исследования. С этой целью 2013-2015 году мы провели исследование среди больных лечившихся с диагнозом «Стрептококковая инфекция. Скарлатина», «Стрептококковая инфекция. Фолликулярная ангина» в Самаркандской областной инфекционной больнице. Диагноз поставлен на основании клинических, эпидемиологических и бактериологических методах. Результаты исследования. На основании изучения антибиотикограмм сопутствующей микрофлоры стрептококковым инфекциям выявить антибиотик, обладающий бактерицидным действием на сопутствующую микрофлору, но не влияющим на снижение репродуктивной активности стрептококков. Добавление данного антибиотика в питательную среду для роста стрептококков позволит разработать способ получения изолированных колоний стрептококков. При бактериологическом исследовании содержимого из зева выделена сопутствующая микрофлора стрептококковой инфекции. Для определения чувствительности выделенной сопутствующей микрофлоры к антибиотикам использовали диско-диффузионный метод. В опытах использовано 16-20 часовых культур бактерий. Концентрацию бактерий доводили по стандарту мутности до 0,5 ед. по McFarland на физиологическом растворе хлорида натрия (рН 7,2-7,4). Приготовленную взвесь вносили на чашки Петри с 5% кровяным МПА в количестве 0,2 мл и равномерно распределяли на поверхности питательной среды. Через 15 минут на поверхность питательной среды наносили диски с антибиотиками. Посевы инкубировали при 37°С в течение 24 часов с последующим определением задержки роста бактерий вокруг дисков с антибиотиками. В качестве уничтожения сопутствующей микрофлоры мы использовали следующие антибиотики: стрептомицин, эритромицин, гентамицин, амикацин, бензилпенициллин, цефаклор, цефуросим, цефатоксим, цефалексин. Результаты исследований показали, что в мазках из зева сопутствующая микрофлора была чувствительна к гентамицину в 90-96% случаев, а выделенные культуры стрептококков были резистентны к гентамицину. На основании результатов анализа антибиотикограмм сопутствующей микрофлоры стрептококковой инфекции предложен способ выделения изолированных колоний стрептококков из смешанных микробных популяций. По сравнению с традиционными методами микробиологической диагностики стрептококковых инфекций предложенный способ позволяет уменьшить расход питательных сред, повысить процент выделения стрептококков из исследуемого материала, что позволяет своевременно и в более полном объеме проводить противозидемическое расследование. Следует отметить, что сложность и низкая эффективность выделения стрептококков из исследуемого материала при диагностике инфекционных заболеваний связана с тем, что сопутствующая микрофлора по сравнению со стрептококками более устойчива во внешней среде, неприхотлива к питательным средам, как правило, обладает антагонистическими свойствами и поэтому при инфекционных заболеваниях выделенную микрофлору от больных часто выделяют и идентифицируют преимущественно из группы условно-патогенной сопутствующей микрофлоры. Заключение. Таким образом, стрептококки, в отличие от условно-патогенной микрофлоры и стафилококков, менее устойчивы во внешней среде, часто обладали анаэробными свойствами и медленнее размножались на питательных средах. Поэтому не всегда удается выделять чистую культуру стрептококков традиционными микробиологическими методами. Предложенный способ позволил повысить процент выделения стрептококков из исследуемого материала, сократить время проведения микробиологических исследований по выделению изолированных колоний стрептококков, уменьшить количество ложноотрицательных результатов исследований и снизить расход питательных сред в процессе лабораторной диагностики стрептококковых инфекций. Сокращение сроков проведения лабораторных исследований позволяет в ранние сроки и в более полном объеме проводить противозидемические мероприятия при стрептококковых инфекциях.

## **БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КИШЕЧНЫХ ПАЛОЧЕК, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ КОЛИИНФЕКЦИЕЙ**

Одилова. Г.М., Шайкулов Х. Ш., Болтаев К. С.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель исследований. Выделить гемолитических кишечных палочек при колибактериозе и изучить их биологические свойства. Материалы и методы исследования. Было исследовано 98 детей, из которых большинство (57) страдали желудочно - кишечными расстройствами. Контрольная группа состояла из 75 человек. От больных было выделено 146 культур, а от находившихся в контрольной группе детей 100 штаммов кишечной палочки. Материал засеивали на среды Эндо с кровью для ускоренной идентификации гемолитических эшерихий и на среду Плоскирева. Посевы инкубировали в термостате при 37° С в течение 18 - 24 часов, иногда 48 часов. Из этих сред отбирали характерные для *E. coli*. колоний по 20 - 30 штук и засеивали точечным способом на 5% кровяной агар и через 18 - 24 часа после инкубации в термостате отбирали по 3 - 5 колоний, давшие гемолиз и 2 - 3 негемолитические колонии и отсеивали на скошенной агар. Идентификацию энтеропатогенных сероваров эшерихий проводили в реакции микроагглютинации на стекле с ОК эшерихиозными сыворотками. При положительных результатах реакции микроагглютинации на стекле ставили объемную реакцию агглютинации в разведении от 1:50 до 1:6400 с живой и прогретой культурой. О - антиген получали путем 2х часового прогревания в водяной бане при 100° С. в 1 мл диагностикума находились до 5 млрд. м/ клеток. Результаты. Энтеропатогенные кишечные палочки были обнаружены

у 22 больных (40%) и 15 (34%) здоровых детей. Частота обнаружения ЭПКП у больных и здоровых детей почти неотличается. В наших наблюдениях чаще всего гемолитическими свойствами обладали серовары O55, O26, O20 и редко O111, O126. Из 57 больных детей с кишечными расстройствами (ОКЗ) гемолитические кишечные палочки были выделены у 28 больных (49,2%). Из 41 обследованных здоровых детей у 8 (20%) были обнаружены гемолитические эшерихии, почти 2,5 раза реже выделялись гемолитические эшерихии чем у больных детей. Выводы. Таким образом, при ОКЗ гемолитические эшерихии высеваются 3 - 4 раза чаще, чем от здоровых детей. Нами замечено, что у 60% больных детей гемолитической эшерихии выделялись в чистой культуре. А из 40 - 50 колоний эшерихий, посеянных на кровяной агар 35 - 50 колоний были гемолитически активными. Данные говорят о том, что: 1. Причиной колиинфекции у детей в 50 - 60 % случаев являются гемолитические кишечные палочки; 2. В этиологии колиинфекции энтеропатогенные кишечные палочки играют решающую роль, если они обладают гемолитической активностью.

## ЗНАЧЕНИЕ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Орипов Р.А., Ахмедов Ш.К., Жумаева Д.Х.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Изучение Эффективности взаимодействия иммунокорректирующего препарата иммуномакс с противопротозойными препаратами в комплексном лечении кожного лейшманиоза. Материалы и методы. Исследование проводилось в Обл. и ГорКВД где наблюдали 38 больных кожным лейшманиозом в возрасте от 15 до 67 лет. Из них мужчин-25 (68,4%), женщин-13 (31,6%) Больным с одиночным очагом зоонозного кожного лейшманиоза проводили обкалывание вокруг очагов раствором глюкантима из расчета 20 мг на кг веса. 1 р. в день. 10 дней. Иммуномодулятор иммуномакс применяли по 100 ЕД 1 раз в сутки внутримышечно, на курс 6 инъекций (1,2,3,8,9,10 день) Помимо этого в течении 10 дней больные получали лидазу 64 ЕД в\м 1 р. в день. Больным с антропонозным, диффузно-инфильтративным и множественными лейшманиомами кожного лейшманиоза проводили обкалывание вокруг очагов раствором глюкантима из расчета 20 мг на кг веса 1 р. в день. 15 дней. Помимо этого, в течении 15 дней больные получали лидазу 64 ЕД в\м 1 р. в день. Эффективность данного метода оценивали клинико-лабораторными исследованиями. Результаты и обсуждения. Наблюдения показали, что через 9- дней после начатого лечения отмечался регресс воспалительного инфильтрата. При осмотре края язвы у большинства больных были выворочены наружу. К 13-дню признаки лимфангита исчезли полностью. К 20-дню инфильтрат в очагах поражения резко уплостился. Размер язвы по-прежнему был без изменения. Лимфатические железы не прощупались. Полное рассасывание инфильтрата и формирование рубцов в очаге наступило у 26 больных к 30 дню лечения. Только у 5-больных с множественными очагами поражения и диффузно- инфильтративной формой кожного лейшманиоза клиническое выздоровление наступило к 46-дню. Выводы. Проведённые исследования показали, что значение выбора препаратов для комбинированного лечения показала эффективность и рациональность при терапии всех типов кожного лейшманиоза которое способствовало быстрому купированию воспалительных явлений в очаге и формированию рубцов в более короткие сроки.

## АНТИБИОТКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ ПО ДАННЫМ ШГИБ

Отарбаева А.П.<sup>1</sup>, Айнабек Г.А.<sup>2</sup>, Кулжанова К.Ж.<sup>2</sup>

*Международный казахско – турецкий университет им. Х.А.Ясауи<sup>1</sup>, ШГИБ<sup>2</sup>, г. Шымкент, Республика Казахстан*

Цель исследования - провести анализ антибиотикочувствительности штаммов из различных биоматериалов и определить чувствительность выделенных штаммов к антибактериальным препаратам, применяемым в практическом здравоохранении. Материалы и методы исследования. Материалом для исследования служили гемокультура, мазки из зева и носа, мокрота, биоптат легкого, плевральная жидкость, промывные воды, мазок из уха, уринокультура, копрокультура, отделяемое из раны, спинномозговая жидкость. Идентификацию выделенных микроорганизмов и чувствительность выделенных микроорганизмов к 70 антибактериальным препаратам различных групп осуществляли с помощью анализатора MicroScan Walk Away-40. Результаты и обсуждение. В результате бактериологического обследования было идентифицировано 11 культур и выделен следующий спектр микроорганизмов: грамположительные микроорганизмы, как правило, являлись представителями рода *S.aureus* (42%), среди стрептококков -*St.pneumoniae* (2%). Доля грамотрицательных бактерий составила 55%. В основном это были микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae: *Shigella* (24%), *Salmonella* (9%), *Kl. Ozanae* (8%), *Kl.pneumoniae* (4%), *P.aeruginosa* (4%), *Sh.sonnei* (3%), *Y. pseudotuberculosis* (2%), *Y. enterogroup* (1%), *S.choleraesuis* (1%). Выделенные штаммы *S.aureus* в 100 % случаев были чувствительны к норфлоксацину, в 94% - офлоксацину, линезолиду, пиперациллин-тазабактаму, в 71%-клиндамицину. В 95% были устойчивы к пенициллину и ампициллину. Штаммы *Shigella* sp. чувствительны на 98-97 % к тазоцину и тигециклину, резистентны в 93% к тетрациклину, 91% к левомицетину, ампициллину. К амикацину были чувствительны клебсиеллы и иерсинии энтероколитика (92 и 100% соответственно). Высокую чувствительность в 100% к цефокситину и цефепиму отмечалось у штаммов *Y. Enterogroup*. Тогда как штаммы *Y. pseudotuberculosis* высокочувствительными оказались в 100% к таким препаратам, как амоксициллин/клавуналат, цефтриаксону, азтреонаму. И та и другая группа иерсиний была высокочувствительна в 100% к эртапенему, гентамицину и имипенему. Штаммы *Y.*

Enterogroup оказались высокорезистентными к таким препаратам, как ампициллину в 100%, ципрофлоксацину 67%, тогда как *Y. pseudotuberculosis* резистентны к цефтазидину 75%. Выделенные штаммы *Kl. pneumoniae* были устойчивы к цефалотину и чувствительны к эртапенему (100%), цефтриаксону (83%), штаммы *Kl. Ozae* были чувствительны к пиперациллину/тазабактаму (100%) и устойчивы к триметаприму (100%). Изоляты *P. aeruginosa* обладали высокой чувствительностью к пиперациллину/тазабактаму (100%), меропенему (90%) и не чувствительны к цефтазидин клавуналату (40%). Штаммы *Salmonella* оказались чувствительными к тигециклину в 100%, эртапенему в 94% случаях, имипенему, меропенему в 90%, ципрофлоксацину в 86%. Следует отметить и отсутствие чувствительности большинства штаммов сальмонелл к цефуросиму, цефазолину (100%), хлорамфениколу (55%), цефтриаксону 50%. Изоляты *S. choleraesuis* показали высокую чувствительность (100%) к амоксициллину/клавуналату, цефтазидину, ципрофлоксацину, цефтазидин/клавуналату, эртапенему, имипенему. Выводы. Таким образом, установлено, что штаммы *S. aureus* устойчивы к пенициллину и ампициллину; штаммы *Shigella* sp. резистентны к тетрациклину, 91% к левомицетину, ампициллину; штаммы *Kl. Ozae* устойчивы к триметаприму; *P. aeruginosa* не чувствительны к цефтазидин клавуналату; *Y. Enterogroup* оказались высокорезистентными к ампициллину, ципрофлоксацину, тогда как *Y. pseudotuberculosis* резистентны к цефтазидину; *Salmonella* полностью нечувствительна к цефуросиму, цефазолину и половине случаев к хлорамфениколу и цефтриаксону; Штаммы вышеуказанных бактерий обладают различным спектром антибиотикорезистентности и они не должны включаться в схему этиотропной терапии до определения антибиотикочувствительности возбудителей, выделенного от больного.

### ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ДИСБИОЗА МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА С ПАРАЗИТОЗАМИ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Поляруш С.В., Мусаходжаева Д.А., Арипова Т.У., Хасанова Л.Н., Масенцова Н.А., Камалов З.С., Саибназаров А.Ш., Рыскулов Ф.Т., Насриддинов У.К., Файзуллаева Н.Я., Худойберганов Я.К., Ташмухамедова М. Р.

*Республиканский научный центр Иммунологии МЗ РУз, и Клиника «Саховат», Ташкент*

Микрофлора кишечника играет важную роль в физиологическом развитии ребенка. Существенные нарушения нормальной микрофлоры и значительное повышение патологической микрофлоры приводит к нарушениям не только желудочно-кишечного тракта, но к системным нарушениям, в том числе к поражению дыхательной и иммунной систем. Целью данного исследования стало определение сочетания ряда негативных факторов при дисбиозе кишечника с паразитарными инвазиями и изучение влияния данного сочетания заболеваний дыхательных путей, иммунологические и аллергические изменения. При этом проведена оценка влияния ряда различных представителей патологической микрофлоры детей, а именно бактерии группы клебсиелл, сальмонелл, хеликобактерий и клостридий; грибковой микрофлоры (группы кандид и группы аспергилл); паразитарной микрофлоры на иммунологическую и дыхательную систему ребенка. Материал и методы исследования. Были условно подобраны 3 группы детей-пациентов: I группа-85 детей в возрасте от 0,5 года до 10 лет, с подозрением на выраженный бактериальный дисбактериоз ЖКТ, в анамнезе которых имелось пребывание в стационаре по причине осложненного ОРВИ или ОКИ. II группа-170 детей с подозрением на аспергиллез и кандидоз, в возрасте 0,5-12 лет, обследовавшийся у педиатров, аллергологов, пульмонологов. При рентгенологическом исследовании у 48 детей выявлена воспалительная инфильтрация в виде овальных или округлых очагов, с диссеминацией и образованием инфильтративного вала. У 109 детей на рентгенограмме четкие очаги воспаления не выявлены и в основном представлены диффузные изменения в легких. У 13 детей какие-либо рентгенологические изменения в легких отсутствовали. III группа- 700 детей в возрасте от 3 до 15 лет, у которых наряду с нарушениями пищеварения за последние 2 года к моменту обследования регистрировались рецидивирующие трахеиты, бронхиты и воспаление легких. Во всех группах было проведено расширенное лабораторное исследование. Результаты. Установлено, что наиболее выраженными изменениями в иммунологической и дыхательной системах наблюдались во II и в III группе. Так во второй группе в 2,9% случаев выявлены случаи инвазивного аспергиллеза, у 7,05% установлен инвазивный кандидоз, у 10% детей обнаружены аспергиллы, однако инвазивные процессы подтверждены не были. При этом у 49,41% пациентов данной группы имели кандидоз, обусловленный *Candida albicans*, в 7,05% наблюдалось повышение содержания других дрожжей (*S. cerevisiae* и *K. lactis*). Наиболее характерными нарушениями в данной группе пациентов стало выраженное повышение IgE, а также отклонения в ряде иммунологических показателей. В значительной мере грибковое поражение вызывало стоматит, эзофагит, профузный понос новорожденных и детей. В трех случаях у детей до 5 лет инвазивный кандидоз привел к генерализации процесса, появлению кандид в крови и к летальному исходу. В третьей группе, особое внимание заслуживает сочетание таких факторов, как выявление нематод с миграционным циклом развития, и повышение патологической микрофлоры кишечника, например клебсиелл, аспергилл, кандид, что в ряде случаев приводит к серьезным иммунологическим и легочным осложнениям. Выводы. у 37% пациентов с кандидозной инфекцией различной локализации имеется повышение IgE в среднем 520 Ед/мл и как правило сочетается с «синдромом раздраженного кишечника» и проявляется в периодических поносах. Инвазивный кандидоз может привести к летальному исходу. Сочетание аскаридоза и наличие аспергилл в кишечнике является фактором риска в развитии легочного аспергиллеза.

## ПАЗАРИТАРНЫЕ СИСТЕМЫ ЛЕЙШМАНИОЗОВ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ

Понировский Е.Н., Баранец М.С.<sup>1</sup>, Коваленко Д.А.<sup>2</sup>, Морозова Л.Ф.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова  
Министерства Здравоохранения Российской Федерации;

<sup>2</sup> НИИ Медицинский паразитологии им. Л.М. Исаева Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

В Европейский регион ВОЗ входят 53 страны, из которых 27 считаются эндемичными по лейшманиозам. На этой территории регистрируются три нозологические формы лейшманиозов: антропонозный кожный лейшманиоз (АКЛ), зоонозный кожный лейшманиоз (ЗКЛ) и висцеральный (средиземноморский, детский) лейшманиоз (ВЛ). Учитывая весьма разнообразные ландшафтно-климатические и социальные условия эндемичных по лейшманиозам стран, паразитарные системы этих инфекций также имеют свои специфические особенности, что в конечном итоге сказывается на структуре паразитарных систем лейшманиозов и уровне эпидемического проявления заболеваний. АКЛ - распространен в некоторых странах Центральной Азии (Узбекистан, Таджикистан), в странах Южного Кавказа (Азербайджан, Армения, Грузия), в Турции, Израиле, Греции. Паразитарная система этого заболевания на большей части ареала в Европейском регионе ВОЗ состоит из трех компонентов: возбудитель (*Leishmania tropica*), переносчик (*Phlebotomus sergenti*), резервуар (человек, собаки). По составу переносчиков очаги АКЛ этих регионов можно отнести к моно векторным. Однако в Израиле обнаружили природный резервуар возбудителя - даманов. Также в этой стране выявлен, кроме *P. sergenti*, еще один переносчик возбудителя - *P. arabica* (поли векторные очаги). ЗКЛ - распространен в странах Центральной Азии (за исключением Кыргызстана) и в Израиле. Паразитарная система состоит из четырех компонентов и включает: возбудитель (*L. major*), резервуар - различные виды песчанок, переносчик возбудителя (*P. papatasi*), восприимчивое население. В странах Центральной Азии основным резервуаром возбудителя является большая песчанка (*Rhombomys opimus*), дополнительным - краснохвостая песчанка (*Meriones libycus*). На территории Израиля основным резервуаром возбудителя считается *Psammomys obesus*. По составу переносчиков очаги ЗКЛ относятся к моно векторным. ВЛ - имеет весьма широкое распространение и разнообразие структуры паразитарной системы, которая состоит из четырех компонентов: возбудитель (*L. infantum*), переносчик (виды комаров, относящиеся к под родам *Larroussius* и *Adlerius*), резервуар (собаки, различные дикие млекопитающие), восприимчивое население. По составу переносчиков очаги ВЛ подразделяются на моно векторные (страны Центральной Азии) и поли векторные (страны Южного Кавказа, Юго-Восточной и Юго-Западной Европы, Турция). В зависимости от участия в качестве резервуарных хозяев возбудителя очаги можно разделить на природные, в которых основным резервуаром выступают дикие животные (шакалы, лисицы, корсаки...), и синантропные, где основным резервуаром являются собаки. Характерной особенностью ВЛ в странах Юго-Западной Европы является увеличение возраста больных за счет лиц-носителей ВИЧ-инфекции. Также в странах этого региона ВЛ чаще проявляется с поражением кожных покровов. На фоне ВИЧ-инфекции увеличивается концентрация лейшманий в крови и кожных покровах. Таким образом средиземноморский ВЛ из типичного зооноза превращается в антропоноз.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Раббимова Н.Т., Сувонкулов У.Т., Данияров Б.Э.

НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева

Кожные лейшманиозы являются одними из наиболее широко распространенных трансмиссивных заболеваний в мире. По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно регистрируется от 0,7 миллиона до 1,3 миллиона новых случаев кожного лейшманиоза. Различные формы лейшманиозов распространены в 82 странах мира, около 350 миллионов человек проживают в зонах повышенного риска заражения. Эпидемическая ситуация по кожным лейшманиозам зависит от климато-географических особенностей эндемичных территорий. Поэтому изменения условий окружающей среды (изменение среднегодовой температуры, влажности воздуха) могут влиять на интенсивность распространения заболевания. Цель исследования. Выявление закономерностей изменения медико-географической обстановки на территории Узбекистана по кожным лейшманиозам путем моделирования ситуации в настоящем и прогнозирования на будущее с использованием биоинформационных методов. Материалами и методами исследования явились 916 лабораторно подтвержденных случаев кожного лейшманиоза, зарегистрированных в республике. В результате обработки базы данных по случаям кожного лейшманиоза с использованием метода моделирования, получена карта по заболеваемости кожного лейшманиоза с 2013 по 2015 годы. Моделирование ситуации на будущее было выполнено основываясь на настоящую ситуацию по распространению кожного лейшманиоза, с учётом изменения климата. Результаты и обсуждение: из 12 административных областей кожный лейшманиоз зарегистрирован в 10. Большинство случаев заболевания приходится на южные регионы республики – Сурхандарья, Кашкадарья, Бухара. При этом, наибольшая заболеваемость отмечена в городе Термез Сурхандарьинской области. В Бухарской области заболевание распространено в районе Жандар, при этом количество случаев из года в год имеет тенденцию к увеличению. А в последние годы наряду со случаями кожного лейшманиоза в южных районах отмечено учащение случаев заболевания и в Навоийской, Самаркандской и Хорезмской областях, то есть продвигаться в северные широты республики,

ранее считавшимися благополучными. В результате обработки данных по полученным прогностическим картам риска на будущее (2041-2060 г.) можно прогнозировать, что будет наблюдаться увеличение уровня заболеваемости в Кашкардарьинской, Сурхандарьинской, Ферганской областях и в Хорезме. Кроме того, ожидается появление риска заболеваемости по кожному лейшманиозу в Навоийской области и Каракалпакстане. Вывод. Созданная пространственно-временная карта на ближайшие 50 лет показала возможность увеличения риска случаев заболевания в очагах, а также распространение заболеваемости на северные широты с 39° с.ш до 44° с.ш. в связи с климатогеографическими изменениями.

### ЗНАЧЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Арзиев И.А., Умиров Х.А., Аззамов Ж.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Введение. Современное состояние хирургии эхинококкоза легких нельзя признать удовлетворительным, поскольку после первично выполненных операций наблюдается значительное число рецидивных форм, приводящих к повторным операциям. По данным разных авторов, частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза различной локализации составляет примерно 10% и колеблется в пределах 3 – 54%. Наиболее сложную проблему представляют повторные и многократные рецидивы эхинококкоза, при которых возможен летальный исход. Материал и методы. Данные за последние годы показывают, что в 1-клинике Самаркандского государственного медицинского института ежегодно по поводу эхинококкоза оперируют более 120 больных, в том числе более 100 человек с эхинококкозом легких и с каждым годом отмечается тенденция к росту частоты этого заболевания. Не уменьшается и число повторных вмешательств по поводу эхинококковой болезни. Анализу подвергнуты результаты лечения 427 больных, оперированных в отделении хирургии. По поводу первичного эхинококкоза легких оперировано 366 (85,7%) больных. Доля первично-множественного эхинококкоза составила 33,9% (n = 124). Повторно по поводу эхинококкоза легких и органов брюшной полости оперировано 48 больных: по поводу рецидивного - 24 (50,0%), резидуального - 8 (16,7%), диссеминированного эхинококкоза брюшной полости - 2 (4,2%), по поводу имплантационного эхинококкоза - 12 (25,0%), по поводу реинвазивного эхинококкоза - 2 (4,2%). Из них 15 ранее были оперированы в нашем отделении, т.е. на 366 первичных операций частота рецидива составила 4,1%. Остальные 33 больных, поступивших на повторное оперативное лечение, были ранее оперированы в других хирургических учреждениях. Настоящее исследование преследовало цель провести анализ результатов использования производных альбендазола в комплексном лечении 139 больных с эхинококкозом легких. Показанием к применению антипаразитарной медикаментозной терапии были: 1 я группа - мелкие множественные эхинококковые кисты легких, не подлежащие оперативному лечению - 7 больных; 2 я группа - а) резидуальные кисты малого размера у больных, оперированных по поводу эхинококкоза легких (n = 4); б) множественные мелкие рецидивные кисты (n = 2); в) с диссеминированным эхинококкозом органов грудной полости (n = 2); 3 я группа - профилактика рецидива после различных видов эхинококкэктомий из легких и органов грудной полости (n = 124). Во всех группах применяли альбендазол в дозе 10-12 мг/кг/сут, рекомендованной ВОЗ (1983). Препараты назначали прерывистыми курсами (1 мес лечения и 15 дней - перерыв). Число курсов лечения в каждом наблюдении подбирали строго индивидуально в зависимости от размера, числа и характера кист. Контроль за состоянием эхинококковых кист осуществлялся путем динамического УЗИ и КТ. Выполняли КТ легких и органов грудной полости до лечения и через 1-3 мес. В некоторых ситуациях проведена также МРТ. Инструментальные исследования в дальнейшем повторяли каждые 3 мес в течение 1 года наблюдения и каждые 6 мес в последующие годы. Во время лечения регулярно (1 раз в 15 дней) проводили клинические, лабораторные исследования. Противопоказанием к химиотерапии считали беременность, печеночную, почечную, гемопоэтическую недостаточность, активный гепатит, цирроз печени, другие тяжелые сопутствующие заболевания. Следует отметить, что оперированные больные предпочитали медикаментозное (химиотерапевтическое) лечение, а среди тех, кто не был оперирован, преобладала склонность к хирургическому вмешательству. Результаты лечения оценивали по 3 критериям, разработанными экспертами ВОЗ (1983): - успешное лечение - исчезновение или значительное уменьшение размера кист, позволяющее предположить их резорбцию или кальцификацию; - благоприятный эффект - заметное уменьшение размера кист или исчезновение некоторых из них при множественных поражениях; - безуспешное лечение - отсутствие видимых изменений формы, размера и морфологии кист по результатам УЗИ и КТ. Дополнительно, чтобы получить достоверные данные о целесообразности удаления фиброзной капсулы и использования обширных резекционных технологий, из группы повторно оперированных была сформирована группа из 35 больных исключительно с первично-солитарным эхинококкозом и твердо посегментарно установленной локализацией первичной кисты. В этой группе проведен сравнительный анализ локализации повторно появившихся кист с первичными кистами. Результаты и их обсуждение. Из 15 больных, изолированно пролеченных альбендазолом и наблюдавшихся не менее 12 мес, у 6 (40%) были получены успешные результаты, у 5 (33,3%) больных результаты были отнесены к категории "благоприятный эффект", и у 4 (26,7%) больных изменений не было. Результаты изолированного лечения альбендазолом оценивали по данным динамического КТ после каждого курса химиотерапии. Ультразвуковую картину состояния кист оценивали с исходной (до лечения), во время курса химиотерапии и после прекращения приема препарата. Изменения эхинококковой кисты в динамике, расцененные как дегенеративные повреждения, после проведенных 2-3 курсов химиотерапии показывали наличие эффекта, что говорило о

выраженных в различной степени нарушениях жизнедеятельности паразитов. Мелкие кисты исчезали, на их месте при КТ выявлены уплотненные, рубцово-измененные ткани. При кистах размером до 4 см отмечалось отсутствие роста кисты в течение от 6 мес и более, уменьшение объема, вплоть до исчезновения, нарушение четких округлых контуров. Цель профилактической химиотерапии - санация организма больного эхинококкозом производными альбендазола для предотвращения рецидива заболевания. Из всей группы первично оперированных, 162 пациента оперировано с первичными формами эхинококкоза легких без дополнения химиотерапии. У всех остальных 204 первично оперированных больных химиотерапия проведена в полноценном объеме и с ультразвуковым контролем у 124 больных. Частота рецидива в 1-й группе составила 8,6% (n = 14). Рецидивы во 2-й группе отмечен лишь у 1 (0,5%) пациента. В остальных наблюдениях после проведенного курса послеоперационной химиотерапии в сроки наблюдения от 1 года до 5 лет рецидива заболевания не отмечено. Хотим обратить внимание на раздел исследований, в котором мы провели анализ взаимосвязи локализации рецидивных кист с местом первичного поражения. Была набрана группа из 30 больных исключительно с первичным солитарным эхинококкозом, с уверенно и посегментарно установленной локализацией первичной кисты. При этом локализация рецидивной кисты лишь у четверти больных совпала с посегментарной локализацией первичной кисты, что позволило исключить абсолютное доминирование роли фиброзной капсулы в генезе рецидивного течения заболевания. С учетом изложенного выше вряд ли можно решить проблему профилактики рецидивов эхинококкоза только путем расширения показаний к резекции и перицистэктомии. Заключение. Первичная операция по поводу эхинококкоза легких без вспомогательной профилактической химиотерапии, проведенная даже в условиях современного высокотехнологического хирургического учреждения, не гарантирует от рецидива заболевания. Применение противорецидивной химиотерапии в послеоперационном периоде производными бензимидазольных карбаматов (альбендазол) позволяет свести к минимуму частоту рецидивов заболевания. Показанием к применению лечебной изолированной химиотерапии при эхинококкозе как альтернативе хирургическому лечению могут быть эхинококковые кисты до 5 см в диаметре. Рецидивный эхинококкоз легких, строго связанный с областью первичной локализации паразитарной кисты, составил 26,6% от всех рецидивных форм. Большая доля рецидивных эхинококковых кист в удаленных от первичного очага сегментах (43,4%) и даже поражение другой доли (20%) ставят под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты как основного фактора рецидива заболевания, а значит, и целесообразность совершенствования методов ее термической обработки, перицистэктомии и широкого использования резекционных технологий.

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Рахматуллаева Ш.Б., Динмухаммадиев Н.А., Турдалиев Ш.

*Ташкентская медицинская академия*

Респираторный тракт при ВИЧ-инфекции является одной из главных мишеней для разнообразных инфекций и опухолей. По данным различных авторов, удельный вес поражений органов дыхания в общей заболеваемости СПИД составляет от 41 до 50%. Цель исследования. Изучить этиологическую структуру патологии дыхательной системы у ВИЧ-инфицированных детей. Материалы и методы исследования. Нами были изучены амбулаторные карты 48 детей с ВИЧ-инфекцией, находившиеся на диспансерном наблюдении в Республиканском Центре по борьбе со СПИДом. Диагноз ставился на основании клинико-лабораторных данных, с верификацией методом ИФА, с последующим подтверждением в иммуноблоте (согласно требованиям ВОЗ). Степень иммунодефицита определялась по уровню CD4+ лимфоцитов (согласно классификации ВОЗ от 2012г.), а также определяли уровень РНК ВИЧ. Медиана возраста составила 12,2±1,9. Результаты и обсуждения. По результатам анализа карточек, у 38 детей была поставлена III стадия ВИЧ-инфекции, у 7- II стадия и у 3 детей- IV соответственно. Исследования показали, что у ВИЧ-инфицированных детей в 58% случаев (у 28 детей) в анамнезе рецидивирующие заболевания верхних дыхательных путей. Из них наиболее часто диагностировался бронхит – в 16,6% случаев, туберкулез в 25% (у 12 детей), хронический тонзилит и ларингит в 8,3% случаев (p<0.05). У 2 детей был установлен диагноз-пневмоцистная пневмония. Выводы. У ВИЧ-инфицированных детей чаще выставляется сопутствующий диагноз «рецидивирующие заболевания верхних дыхательных путей», при этом не всегда раскрывается о каком конкретно заболевании идет речь.

## КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Рожкова С.Н., Назарова И.Д., Салихова М.З.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Лямблиоз относится к паразитарным заболеваниям, возбудители которых ведут зависимый образ жизни и существуют за счет человека. Распространенность лямблий значительна и в некоторых районах инвазивность достигает до 40-50%. Учитывая образ жизни этих паразитов в ЖКТ, у ребенка развивается воспаление тонкой кишки с субатрофическими изменениями и повреждениями щеточной каймы, что приводит к нарушениям процессов пищеварения и всасывания пищевых веществ. В результате длительной персистенции лямблии, воздействия их метаболитов на организм, формируется синдром эндогенной интоксикации, сенсibilизации организма и вторичной иммунной недоста-

точности. Целью работы явилась оценка эффективности комплексного лечения хронической формы лямблиоза с включением противопаразитарного препарата альбендазол (гелмадол), который уничтожает как вегетативные формы лямблии, так и цисты. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 25 детей в возрасте от 3 до 10 лет с кишечной формой заболевания. Диагноз подтвержден лабораторным исследованием кала у 12 (48%) детей, и реакцией ИФА у 13 (52%) детей. Результаты исследования. Длительность болезни была от 3 до 6 месяцев, что позволило рассматривать лямблиоз как хроническую форму. 18 (72%) детей пролечились в инфекционном стационаре, где и были обнаружены лямблии. В анамнезе дети амбулаторно получали метронидазол и зентел, но при повторных обследованиях цисты лямблии вновь обнаружены в кале. В клинике наблюдаемых нами детей отмечались гастроинтестинальный комплекс у всех детей, небольшие признаки интоксикации у 5 (22%), проявления дерматита у 12 (48%) и у 16 (64%) больных трофологические нарушения (снижение массы тела, полигиповитаминозы, анемия). У детей школьного возраста были проявления вегетососудистой дистонии. Энтероколит характеризовался рецидивирующими абдоминальными болями вокруг пупка в правом подреберье, неустойчивым стулом с примесью слизи и зелени. Лечение детей проводилось альбендазолом (гелмадолом), в возрастных дозах на 7 дней в сочетании с хофитолом и энтеросгелем на 10 дней на фоне диетотерапии. Диета строилась на базе 4-го стола по Певзнеру с исключением цельного коровьего молока, продуктов с грубой клетчаткой, копченостей, солений, жирных, жареных блюд и ограничением сладостей. Через 2 недели лечение повторялось только альбендазолом (гелмадолом) на 5 дней. Параллельно дети получали антигистаминные препараты. После проведенного лечения 3хкратно через 3-4 дня дети обследовались, и результаты у 22 (88%) детей были отрицательными. У 3х детей повторно были обнаружены паразиты и дети направлены на госпитализацию в стационар. Клиническая эффективность отмечалась у всех детей, улучшился аппетит, настроение, исчез болевой синдром, стул нормализовался у 22 детей. Катанез проводился в течение 3х месяцев с ежемесячным осмотром клинически и обследованием лабораторных данных. Проводился 2-й этап лечения лямблиоза с применением иммуностимулирующей терапии, витаминно-минеральных комплексов, антигистаминных препаратов второго поколения и при необходимости пробиотиков, пребиотиков и ферментов. За время наблюдения дети оставались в удовлетворительном состоянии, лабораторные исследования кала были отрицательными, а в сыворотке крови отмечалась нормализация содержания иммуноглобулина М. Таким образом, комплексная терапия кишечной формы лямблиоза с включением противопаразитарного препарата альбендазола (гелмадола), желчегонных и сорбентов приводила у детей к элиминации лямблии и выраженному клиническому эффекту.

### **ОЦЕНКА ПРОДУКЦИИ ИНТЕРФЕРОНА- $\alpha$ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В УЗБЕКИСТАНЕ**

Розумбетов Р.Ж., Исмаилова А.А., Петрова Т.А., Долимов Т.К.\*, Касимова М.С., Рахимжанов А.А., Сайдалиев А. Э., Адылов Д.Г.

*Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз,*

*\*Клиника НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Цель. Оценить уровень спонтанной и индуцированной продукции интерферона- $\alpha$  у больных хроническими вирусными гепатитами В и С. Материал и методы исследования. Нами были взяты пробы крови у 29 больных (среди них 12 мужчин и 17 женщин) с хроническими вирусными гепатитами В и С (ХВГВ и ХВГС) (8 ХВГВ; 21 ХВГС). Диагноз был установлен на основе клинико-лабораторных исследований в стационаре. Кровь больных собирали в стерильную пробирку, центрифугировали для отбора сыворотки, и определяли уровень интерферона- $\alpha$  (ИФН- $\alpha$ ) используя ИФА наборы «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия). Для определения спонтанной и индуцированной продукции ИФН- $\alpha$  кровь больных собирали в 2 стерильные пробирки с антикоагулянтом. В первую пробирку добавляли питательную среду 199 и оставляли на 24 часа в термостате при +37°C. Во вторую пробирку добавляли питательную среду 199 и митоген (вирусные частицы), и также оставляли на 24 часа при +37°C. Через сутки, пробирки с кровью центрифугировали, собирали супернатант и определяли в нем содержание ИФН- $\alpha$ . Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных ХВГС и В отмечается угнетение выработки ИФН- $\alpha$  по сравнению с группой здоровых лиц в 4 и 2 раза и составляет:  $63,4 \pm 13,9$  и  $119,7 \pm 63,2$  соответственно. Однако данные не достоверны ( $p > 0,05$ ). Исходя из этого можно предположить, что у больных с хроническими вирусными гепатитами, как и ожидалось, резервы продукции ИФН- $\alpha$  относительно истощены, так как хронически протекающая вирусная инфекция в организмах больных приводит к уменьшению потенциала иммунного ответа, в особенности плазматических дендритных клеток, которые являются основными продуцентами ИФН- $\alpha$ . Что касается спонтанной продукции ИФН- $\alpha$ , то надо отметить, что ни в одной из экспериментальных групп увеличение ее уровня не отмечалось. Так, в контрольной группе содержание ИФН- $\alpha$  находилось на уровне  $14,7 \pm 3,5$  пг/мл, у больных ХВГС  $14,1 \pm 0,8$  пг/мл, и у больных ХВГВ  $14,2 \pm 1,2$  пг/мл, что ( $p < 0,001$ ) не отличалось от сывороточной продукции ИФН- $\alpha$ , которая составила у здоровых  $17,85 \pm 4,7$ , у больных ХВГС  $12,7 \pm 0,3$  пг/мл, и у больных ХВГВ  $15,7 \pm 2,1$ . Выводы. Угнетение выработки ИФН- $\alpha$  у больных ХВГС и В дает основание предположить об истощенности резерва синтеза ИФН- $\alpha$  лейкоцитами периферической крови больных в результате длительной активации организма вирусной инфекцией.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ

Рустамов М.И., Дусяяров М.М.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени и качества жизни оперированных больных путём оптимизации существующих и разработки новых методов эхинококкэктомии печени. Материалы и методы исследования. Лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности была предпринята у 25 больных с солитарными неосложненными гидатидными кистами печени. С самого начала работы первостепенное значение придавали отбору больных. Помимо размеров кист (до 10 см) и их доступной локализации (сегменты печени III, IV, V, VI, частично VII), важным в плане эффективной пункции и эвакуации содержимого гидатидной кисты является период жизнедеятельности паразита. Локализация и расположение кисты в ткани печени имеют важное значение при планировании и выборе способа лечения. Важным этапом нашей тактики является лапароскопическая ревизия брюшной полости, после определения точной локализации и оценки состояния кисты предпринимали дальнейшую тактику. Все манипуляции по эвакуации содержимого и введению антипаразитарных растворов в полость кисты осуществляли переключением двухходового краника, прикрепленного к пункционной игле. Кроме того, важным моментом являлась возможность проведения закрытой антипаразитарной обработки полости кисты, что позволяло в последующем безопасно переместить кутикулярную оболочку паразита из остаточной полости в эндоконтэйнер. Антипаразитарную обработку проводили 100% глицерином. После пункции, эвакуации содержимого, антипаразитарной обработки кисты удаляли хитиновую оболочку. Для ревизии остаточных полостей, полного удаления кутикулярной оболочки и выявления желчных свищей во всех случаях проводили эндовидеоскопию остаточной полости печени, иногда используя для этого дополнительный лапароскоп. Ликвидация остаточной полости печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Больным, оперированным эхинококкозом печени, выполнены различные варианты эхинококкэктомии. Использованы 3 типа операций: закрытая эхинококкэктомия, открытая эхинококкэктомия, оментопломбировка по Аскерханову. При локализации кист у ворот печени, или из-за возможности повреждения внутрипеченочных протоков вынужденным методом операции является открытая эхинококкэктомия - абдоминализации остаточной полости, которая выполнена у 9 (39,13%) больных. Ликвидация остаточной полости инвагинацией вворачивающими швами по нашей методике выполнена у 6 (26,09%) больных (рац. предложение № 1508). Результаты. Весьма эффективным и простым методом закрытия остаточной полости являлась пломбировка сальником на питающей ножке, которая выполнена у 8 (34,78%) больных. Выраженные репаративные свойства сальника способствовали быстрой облитерации остаточной полости. Препятствием к выполнению этой операции являлись недостаточное развитие сальника, большие полости, множественные кисты, спаечный процесс брюшной полости. Выводы. Лапароскопическая эхинококкэктомия отличается минимальной травматичностью. Интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии не отмечали. Однако технические трудности, связанные с удалением хитиновой оболочки и других включений при их наличии в кисте, препятствовали широкому применению этой операции. Конверсия при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии проведена в 2 случаях с переходом на минилапаротомию.

## ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Рустамов М.И., Юнусов О.Т., Шодмонов А.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время эхинококкоз печени и легких являются одним из частых заболеваний человека и продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, особенно в эпидемиологически неблагополучных регионах. Республики Центральной Азии - один из регионов, где частота заболеваемости достигает высоких цифр, примерно 9 человек на 100000 населения. В последние годы осложненное течение эхинококкоза по данным различных авторов составляет от 25 до 45%. Одним из важных проблем является высокая заболеваемость лиц молодого возраста. Летальность при эхинококкозе достигает 2,5-7%. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с эхинококкозом легких. Материалы и методы. Приводим анализ результатов диагностики и хирургического лечения 132 больных эхинококкозом легких (86 больных с неосложненным и 46 – с осложненным эхинококкозом легких). В целях диагностики было произведено инструментальное исследование: 46 больным – рентгеноскопия, 49 больным – КТ и 37 больным МРТ. Из них 118 (90,28%) произведены миниинвазивные оперативные вмешательства. При не осложненном эхинококкозе легких, только у 14 (87,5%) пациентов из 16 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомию чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 2 (12,5%) случаях интраоперационные технические трудности потребовали перехода на миниторакотомию. В 61 случаях выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. При двусторонней локализации кист у 7 (63,64%) больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях – одномоментная эхинококкэктомия. 11 (12,79%) больным эхинококкэктомия из легкого произведена из широкого торакотомного доступа. Результаты. У всех больных применена переднебоковая торакотомия. В основном у 84 (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (1,52%) больных

при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой. С сочетанным эхинококкозом легких и печени были оперированы 10 больных. 6 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через отдельные доступы одновременно. Выводы. Таким образом, ранняя диагностика заболевания позволила улучшить результаты хирургических вмешательств. Проведение эхинококэктомии из легких через малоинвазивные доступы было возможным более чем у 2/3 пациентов и применение эндовизуальной технологии позволило сократить число послеоперационных осложнений с 35,71% до 4% и сроки лечения с 14,2 до 6,4 дней.

### ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ПАЗИТОЛОГОВ В ТАШКЕНТСКОМ ИНСТИТУТЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Саидалиев С.С., Искандарова Г.Т., Рахманова Ж.А., Зоирова Н.Т.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей*

По данным Всемирной организации здравоохранения в текущем столетии показатели смертности от малярии значительно снизились в глобальном масштабе благодаря значительному расширению и улучшению качества мероприятий по борьбе с рассматриваемым паразитозом и его профилактики. В системе разрабатываемых проводимых противомалярийных мероприятий особое значение придается подготовке медицинских кадров. Ташкентский институт усовершенствования врачей является базовым методическим центром по подготовке и переподготовке медицинских кадров, где подготовка врачей – паразитологов возложена на кафедру «Эпидемиология». Одним из механизмов решения поставленных задач, предусмотренных приоритетными направлениями развития образовательной системы Республики Узбекистан, является введение в систему непрерывного профессионального образования унифицированных учебных программ, построенных на основе блочно-модульного подхода. Профессорско-преподавательским составом кафедры эпидемиологии разработаны унифицированные учебные программы по «Медицинской паразитологии» с учетом мирового зарубежного опыта рассчитанные на 144 часа (1 месяц), 504 часа (3,5 месяца) и 288 часов (2,0 месяца). В унифицированной учебной программе существенное значение придается вопросам: познания роли и совершенствования эпиднадзора в программах элиминации малярии; эпидемиологическому обследованию и классификации случаев малярии; эпидемиологическому обследованию и классификации очагов малярии; маляриологическому районированию: методы и подходы, географии малярии; выборочному изучению наиболее типичных примеров (например: экспресс-методы выявления малярии, метеорологические данные в отношении элиминации малярии, фенологические индикаторы, социоантропологическая информация, фазы и вехи элиминации малярии, эпидемиологическая классификация случаев малярии с основами доказательной медицины и др.). Учебная программа составлена по блочно-модульному обучению. Конструктивность модульного подхода заключена в том, что он отражает в каждом блоке все его структурные единицы, а также единство теории и практики. Практические занятия проводятся на базе паразитологического отдела РесЦГСЭН и Таш.Обл. ЦГСЭН согласно заключенному договору о совместной деятельности. В учебной программе предусмотрен входной контроль базовых знаний слушателей, лекции с элементами семинара, организация самостоятельной работы на компьютерах – обработка статистических данных, работа в учебной лаборатории. По окончании цикла проводятся заключительное тестирование, устный или письменный экзамен, после чего выдается сертификат специалиста. Анализ результатов обучения слушателей по блочно-модульной унифицированной учебной программе цикла «Медицинская паразитология» показал следующие Результаты. возрастает эффективность самостоятельной работы обучаемых; обеспечивает индивидуальный подход к особенностям обучаемых; у слушателей вырабатываются объективные навыки самоконтроля и самооценки; значительно повышается прочность формируемых знаний и умений; увеличивается объективность итоговой оценки. Каждый из названных показателей обеспечивает в совокупности формирование профессиональной компетенции – способность и готовность врачей-паразитологов решать сложные задачи по борьбе и профилактике малярии. В заключение хотелось бы отметить, что профессорско-преподавательский состав кафедры эпидемиологии ТашИУВ заинтересован заключить договор о совместной научной, методической и преподавательской деятельности с Самаркандским научно-исследовательским институтом медицинской паразитологии им.Л.М.Исаева.

### ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАЗИКВАНТЕЛЯ В СОЧЕТАНИИ С АЛЬБЕНДАЗОЛОМ ПРИ ТЕРАПИИ ЭХИНОКОККОЗА У ЛЮДЕЙ

Саидахмедова Д.Б., Качугина Л.В., Мамедов А.Н., Сайфиев Ф.А.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева*

Эхинококкоз является одним из трудно излечимых гельминтозов с хроническим рецидивирующим течением. Вопросы совершенствования терапии эхинококкоза являются актуальными на современном этапе. Материалы и методы исследования. 52 больных с эхинококкозом были разделены на две группы: I группа – 30 человек получали альбендазол из расчета 15 мг/кг в сутки, 3 курса по 28 дней с интервалом 15 дней. Общий курс лечения – 112 дней. II группа – 22 человека получали альбендазол из расчета 15 мг/кг в сутки в течение 20 дней + 10 дней празиквантель из расчета 25 мг/кг в сутки. Всего 3 курса с интервалом 15 дней. Общий курс лечения – 120 дней. Лечение проходило в течение 2-х лет под контролем общего анализа крови и биохимических показателей крови (уровень аминотрансфераз, билирубина и тимоловой пробы). Эффективность лечения оценивалась по снижению титров антител в крови в реакции

непрямой гемагглютинации с эхинококковым диагностикумом (РНГА), изменению размера кист, по состоянию жидкого содержимого в кистах (по данным УЗИ), общему состоянию больного. РНГА с эхинококковым диагностикумом проводили до и после обследования. Результаты. После лечения в 1 группе отмечалось улучшение состояния у 21 (70,0%) больного. Снижение титров антител в РНГА отметились у 22 (73,33%) больных. У двух (6,67%) больных – наблюдалось рецидивирование процесса, увеличение размеров цист, увеличение антител в крови при РНГА с эхинококковым диагностикумом. У 3 (10,0%) больных с эхинококкозом – размеры кист (остаточная полость не изменилась), титр антител в крови снизился незначительно. У одного (3,33%) больного с эхинококкозом печени появилась новая киста. У 3 (10,0%) больных с эхинококкозом позвоночника положительной динамики не наблюдалось. Во II группе у 3 (13,63%) больных размеры кист не изменились, а антитела в крови у 20 (90,91%) – снизились на второй год после лечения. Улучшение состояния отмечалось у 19 (86,36%) больных. Было отмечено, что при терапии эхинококкоза в сочетании альбендазола + празиквантела повышается эффективность лечения, несмотря на одинаковые сроки курса двух видов терапии. Гемодинамические показатели серьезных различий в проявлениях не выявили. В обеих группах было отмечено незначительное повышение уровня трансаминаз и тимоловой пробы. По окончании курса лечения больным назначался силимарин по общепринятым дозировкам в течение 2-3-х недель. Этого было достаточно для нормализации показателей. Выводы. Таким образом, при сочетанном применении альбендазола с празиквантелом эффективность лечения по сравнению с монотерапией альбендазолом по показаниям РНГА составила 90,91% к 73,33%, а по улучшению состояния – 86,36% к 70,0%. Отсюда следует, что метод комбинированного назначения альбендазола с празиквантелом можно предложить в качестве лечения эхинококкоза человека.

### **МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПОЯВЛЕНИЯ МУТАНТНЫХ ФОРМ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В ХОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

Сайдалиева М.<sup>1</sup>, Алиев Б.Р.<sup>2</sup>, Хидирова М.Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Научно-инновационный центр информационно-коммуникационных технологий при Ташкентском университете информационных технологий имени Мухаммада аль-Хорезми, г. Ташкент

<sup>2</sup>НИИ Вирусологии МЗ РУз

Проблема вирусных гепатитов В (ГВ), по-прежнему, остается одной из центральных для здравоохранения всего мира и Узбекистана в связи с относительно высокой заболеваемостью, хронизацией, летальности и появлением мутантных форм вируса гепатита В (ВГВ). Раскрытие регуляторных механизмов мутагенеза ВГВ поможет разработать эффективные диагностические системы при отсутствии HBsAg и анти-HBs и оптимизировать тактики лечения при хронических ГВ. Материал и методы исследования. Анализ регуляторных механизмов возникновения HBV вариаций и возможностей использования различных типов вакцин был проведен на основе методов математического моделирования на базе систем функционально-дифференциальных уравнений с запаздывающими аргументами, бифуркационного и фрактального анализа, технология построения фазовых и параметрических портретов. Результаты. Установлено, что развитие инфекционного процесса при гепатите В определяется не только свойствами ВГВ, но и индивидуальными генетически детерминированными особенностями печени человека и взаимосвязанного функционирования молекулярно-генетических систем ВГВ и ГЦ. В ходе количественных исследований системы «печень–вирус гепатита В» с учетом влияния вакцин (увеличение антител) на базе компьютерной программы и результатов качественного анализа, нами показана возможность существования следующих сценариев инфекционного процесса на клеточном уровне, при ГВ: подавление активности вируса ГЦ и действиями вакцин; подавление активности печени вирусом; симбиотическое сосуществование ГЦ и вирусов; периодическое возбуждение вирусного поражения печени; хаотическое взаимодействие молекулярно-генетических систем печени и вируса ГВ. Область хаотических колебаний характеризуется возникновением спонтанных хромосомных aberrаций и патологических аллелей при ВГВ мутагенезе. При этом могут наблюдаться случаи малых *g-windows*, как адаптивного регуляторного механизма выживания ВГВ с увеличением числа мутаций в случае хронической HBV инфекции на стадии обострения прогрессирующего заболевания печени. Выводы. Таким образом, выявленные регуляторные механизмы возникновения мутагенеза ВГВ, сохранения ДНК ВГВ в геноме гепатоцита у выздоровевших пациентов и закономерностей реактивации ВГВ дают возможность разработать методы ранней диагностики наступления фазы непредсказуемых изменений регуляторики печени и начало перехода в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному при ГВ.

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА ПРИ TORCH ИНФЕКЦИИ**

Самиев А.С., Хакимова С.З., Мамурова И.Н.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

В структуре инфекционной патологии человека значительное место принадлежит хламидийной инфекции. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн. новых случаев хламидийной инфекции. Некоторые исследователи показывают высокую частоту серологического обнаружения хламидий при церебральных нарушениях - мозговом инсульте и транзиторной ишемии мозга. Цель работы. Определить особенности клинического течения, оптимизация ди-

агностики и лечения у инсультных больных при TORCH инфекции. Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 45 больных, из которых - 17 больных (1 группа) с мозговым инсультом, которые развились на фоне TORCH инфекции и 28 больных (2 группа) с мозговым инсультом сосудистого генеза. По полу преобладали мужчины - 65%, женщин-35%. По возрасту: от 40 до 50 лет - 15,4%; от 50 до 60 лет - 38,5%; старше 60 лет - 46,1%. Результаты и обсуждения. Результаты лабораторного исследования у обследуемых больных выявило хламидийную инфекцию. При анализе полученных нами данных у больных в 1 группе было выявлено: 10 пациентов с гемипарез в сочетании глазодвигательными и бульбарными расстройствами, у 3 больных мозжечковый в сочетании глазодвигательными расстройствами и у 4 больных наблюдался монопарез со зрительными расстройствами. Биохимические сдвиги выявленные у пациентов с мозговым инсультом сочетались с морфологическими изменениями, которые были зарегистрированы при контрастном МРТ, и на которых отмечены несколько ишемических зон очагов. Выводы. Полученные результаты показывают целесообразность использования МРТ диагностики у инсультных больных при TORCH инфекции. Лечение предусматривает назначение нейропротекции, антиоксидантную и гармональную терапии.

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Саъдинов П.О, Жураев Ш.А.

*НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз*

Несмотря на проведение широкомасштабных профилактических мероприятий диарейные заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей раннего возраста. Известно, что тяжелые формы заболевания и различные осложнения при диареях чаще развиваются у детей с отягощенным преморбидным фоном. В связи с вышеизложенной целью настоящего исследования явилось анализ диагностических и лечебных мероприятий при тяжелых и осложненных диареях у детей с отягощенным фоном на догоспитальном этапе. Было изучено диагностическая и лечебная тактика на догоспитальном этапе у 60 детей раннего возраста с тяжелой формой и развитием осложнения диареи, протекающая на отягощенном фоне (анемия, рахит, нарушения питания и др.). Анализом время поступления больных в стационар выявлено, что все обследуемые дети поступили в стационар существенно позже с момента начало заболевания (в среднем на  $6,5 \pm 2,4$  день болезни). При этом причиной позднего поступления у 29 (48,3%) детей явилось попытка самостоятельного лечения диареи у детей в домашних условиях. Зачастую такие попытки были обусловлены тем, что диарея у вышеупомянутого контингента детей, в отличие от детей с отсутствием фоновой патологии преимущественно начиналась постепенно, без ярких клинических признаков, что не настораживало об утяжелении состоянии больных. Также установлено, что у 23 (38%) детей при обращении учреждения первичного здравоохранения (семейные поликлиники и СВП) диагностика и лечения диареи проводилось без учета имеющегося место у этих детей фоновой патологии. Это привело к ошибке диагностики и неэффективности лечения, проводимого и только лишь у 8 (13,3%) детей с диареей причиной позднего поступления в стационар явилось неэффективное лечение в условиях стационара, что тоже обусловлено недооценкой тяжести состояния детей с диареей протекающей на отягощенном фоне. Упомянутое привело к допущению серьезных просчетов в построении индивидуальной схемы комплексного лечения этих больных. Таким образом, к развитию тяжелых форм и осложнений при диареи у детей раннего возраста наряду с отягощенным преморбидным фоном способствуют и их позднее поступление в стационар, ошибки в диагностике и, следовательно, в составлении плана комплексного лечения диареи в указанном контингенте детей в догоспитальном этапе.

## ФИЛЯРИОЗ – СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

<sup>1</sup>Сейдулаева Л.Б., <sup>1</sup>Егембердиева Р.А., <sup>1</sup>Оспанбекова Н.К., <sup>2</sup>Утаганова Т.К., <sup>3</sup>Шабдарбаева Г.С., <sup>4</sup>Шапиева Ж.Ж.

<sup>1</sup>*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,*

<sup>2</sup>*Городская клиническая инфекционная больница им. И.С. Жекеновой,*

<sup>3</sup>*Казахский Национальный аграрный университет,* <sup>4</sup>*Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга, г.Алматы, Республика Казахстан*

Филяриозы (филяриатозы, филяриидозы) – трансмиссивные биогельминтозы, вызываемые нематодами семейства Filariidae, характеризуются длительным хроническим течением. В острой стадии преобладают токсико-аллергические реакции вследствие миграции микрофилярий в периферической крови, в хронической стадии клинические проявления зависят от вида возбудителя и локализации паразита. Географическое распространение: в странах центральной Африки, юго-восточной Азии, Индии, на северо-востоке Южной Америки и на острове Мадагаскар. Приводим случай из практики: осенью 2017г. в приемное отделение Городской клинической инфекционной больницы им.И.С.Жекеновой (г.Алматы) обратился больной И., 31год с жалобами на отек в области левого бедра, с зудом, жжением и умеренной болью. При осмотре: отек и инфильтрация мягких тканей в области нижней трети бедра слева с переходом на внутреннюю поверхность и околосуставную область коленного сустава. Кожа в области отека не изменена. Общее

состояние пациента удовлетворительное, температура в пределах нормы, по внутренним органам патология не выявлена. Со слов пациента с середины 2016 г. отмечал недомогание, боли и дискомфорт в области левой нижней конечности, увеличение мошонки, выделения из уретры. Отеки и инфильтрация в области левого бедра мигрировали с нижней трети вверх с захватом паховой области, мошонки, полового члена. Отек самостоятельно исчезал, затем вновь появлялся в области правого бедра, правого голеностопного сустава. Было рекомендовано обследование на урогенитальные инфекции (хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз), консультация уролога, фтизиатра, ревматолога, травматолога и сосудистого хирурга. Получил лечение по поводу урогенитальных инфекций (ИФА-IgG положительные). После детального обследования консультанты исключили патологию со своей стороны. На основании КТ и МРТ коленных суставов специфический процесс исключен (08.12.2017г.); ОАК, ОАМ, биохимические анализы крови без отклонений от нормы. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей слева патологию вен не выявило. На основании тщательно изученного эпидемиологического анамнеза (путешествовал автостопом по Ирану, Турции, Индии, Непалу с периода 2010г по 2017г., ночевал иногда в открытых местностях), клинических данных (отеки и инфильтрация мягких тканей нижних конечностей, увеличение мошонки) было высказано мнение о тропическом филяриозе. В мазках крови, взятых в ночное время, обнаружены микрофилярии. Пациенту 13.01.18г. назначен албендазол 400 мг х 2 раза в день в течение 7 дней. После лечения албендазолом отеки и инфильтрация в области левого бедра значительно уменьшились. Дальнейшее лечение было продолжено дитразином по инструкции в течение 14 дней. В области внутренней поверхности верхней трети левого бедра отек значительно уменьшился. Пальпируется паховый лимфатический узел слева, размером 2,5х 3,0 см. В ОАК от 26.01.18г. эритроциты -  $4,56 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин-140г/л, тромбоциты -  $216 \times 10^9/л$ , лейкоциты-  $6,7 \times 10^9/л$ , с-43%, э-7%, м-5%, л-45%, СОЭ- 9мм/ч. ОАМ- в норме. Биохимический анализ без особенностей. В контрольных мазках крови (ночные препараты), от 28.01. и 29.01.18г. микрофилярии не обнаружены. Таким образом, подробное изучение клинико-эпидемиологических данных и микроскопическое исследование мазков крови позволили поставить правильный диагноз и успешно провести лечение.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Сергалиева А.Ш., Мурзагалиева Г.К.

*Центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Астана, Республика Казахстан*

В последние годы в структуре инфекционной патологии увеличилась частота микст-гепатитов В и С и ВИЧ-инфекции, что связано с общностью путей передачи инфекции. По литературным данным (Канестри В.Г., Кравченко А.В.) 80-90% ВИЧ-инфицированных пациентов имеет маркеры гепатита В и С. Поскольку гепатиты у ВИЧ-инфицированных больных протекают в основном в виде хронической инфекции, клинические проявления у них крайне скудные. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинического течения хронических вирусных гепатитов у больных ВИЧ-инфекцией. Материал. Исследования проводились на базе Центра по профилактике и борьбе со СПИД г. Астаны. Обследовано 50 больных (28 муж. и 22 жен. в возрасте от 22 до 49 лет): 8 больных с хроническим вирусным гепатитом В, 19 больных с хроническим вирусным гепатитом С и 23 больных с хроническим вирусным гепатитом В и С. Методом ИФА выявлены маркеры вирусных гепатитов В и С, методом иммуноблотинг верифицирован диагноз ВИЧ-инфекция. Всем больным проведены биохимические исследования крови, состояние иммунной системы организма и вирусная нагрузка методом ПЦР. В клинике у таких больных, как правило, преобладали жалобы на снижение аппетита (24 %), слабость (88 %), периодические боли в правом подреберье (40 %), суставные боли (24 %), отмечалась гепатомегалия до 1,5-2,0-3,0 см (68 %), с умеренной плотностью. Выражены воспалительные и фибротические процессы в ткани печени, в два раза повышена активность АлАТ ( $2,55 \pm 0,12$  ммоль/л) и в полтора раза АсАТ ( $1,5 \pm 0,17$  ммоль/л), в два раза увеличен уровень тимоловой пробы ( $9,7 \pm 1,23$  ед.), в то же время показатели общего билирубина ( $12,9 \pm 1,5$  мкмоль/л) находились в пределах нормы. При исследовании иммунного статуса были выявлены следующие изменения: снижения показателей CD4-клеток менее 200 в 1 мкл (10,9%), уменьшен показатель соотношения CD4/CD8 ( $0,37 \pm 0,22$ ), при определении вирусной нагрузки повышен уровень РНК ВИЧ более 1000000 копий в 1 мл. Таким образом, в патологии вирусных гепатитов у больных с ВИЧ-инфекцией превалирует маловыраженная клиническая симптоматика, умеренный или низкий уровень активности инфекционного процесса.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПРОДУКТ

Собирова Д.Р., Нуралиев Н.А.

*НИИ Санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз,*

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино*

Целью было изучение морфологических показателей экспериментальных животных при добавлении в их рацион соевой муки №24 (генно-модифицированный продукт). Материал и методы. Для изучения морфологических показателей, использовали макроскопический метод исследования. Суть метода заключается в том, что после вскрытия

животных визуально обследуют органы грудной и брюшной полости. Оценку полученных результатов макроскопических исследований проводили в сравнительном аспекте с контрольной группой - интактными животными того же вида, возраста, пола и веса. Животные были распределены на 2 группы: опытная группа - белые беспородные крысы, которым в общевиварный рацион питания была включена соевая мука №24 в дозе 0,02-0,03 грамм на 1 крысу в течение 30 дней (n=52); контрольная группа - белые беспородные крысы, которых кормили общевиварным рационом, без добавления соевой муки №24 (n=17). Все вовлеченные в эксперимент лабораторные животные (n=69) были репрезентативны по возрасту, полу, весу, условиям содержания и кормления. Результаты исследований. На 31 день наблюдения всех лабораторных животных умерщвляли гуманным способом, затем проводили вскрытие традиционными методами. При умерщвлении и вскрытии лабораторных животных соблюдали правила биологической безопасности и этические принципы работы с лабораторными животными. Сердце и легкие животных при визуальном осмотре были без видимых изменений, состояние этих органов были практически идентичными в сравниваемых группах. При макроскопическом исследовании печени животных были обнаружены отличающиеся показатели между опытной и контрольной группой. Так у 55,7±6,9% животных опытной группы обнаружено увеличение размера печени, тогда как у животных контрольной группы размеры печени оставались на границах нормы. Отличие между сравниваемыми группами были и по среднему весу печени, в контрольной группе этот параметр был в 1,3 раза меньше опытной (P<0,05). Отличие также касались таких показателей как «изменение структуры печени» (P<0,001) и «изменение цвета печени» (P>0,05), где показатели опытной группы были больше, чем параметры контрольной группы. На основании полученных результатов мы предлагаем использовать показатель «увеличение веса печени» как биомаркер эффекта для определения загрязнения организма ГМО. Параметры селезенки отличались между опытной и контрольной группой. Сравнительные изменения касались размеров, структуры и цвета селезенки. Если у животных контрольной группы увеличение, изменение структуры и цвета селезенки не было отмечено, то в опытной группе эти параметры были достоверно больше. При макроскопическом исследовании тонкого и толстого кишечника контрольной группы видимые патологические изменения не обнаружены, а в опытной были обнаружены видимые изменения в структуре этих органов, но результаты были не достоверными. Проведенные морфологические исследования лабораторных животных опытной и контрольной групп показали, что у них практически обнаружены видимые опухолевидные образования. Это указывает на отсутствие канцерогенного влияния изучаемой соевой муки №24 на животных сравниваемых групп первого поколения. Таким образом, при макроскопическом исследовании печени животных были обнаружены отличающиеся параметры между опытной и контрольной группой, эти отличия касались размеров печени, среднего веса печени, таких показателей как «изменение структуры печени» и «изменение цвета печени», где данные опытной группы были достоверно выше, чем в контроле. В опытной группе животных отмечаются видимые изменения в селезенке, характеризующиеся сравнительным увеличением размера, среднего веса, изменением структуры и цвета данного органа.

### **КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ**

Сувонкулов У.Т., Ачилова О.Д., Муратов Т.И., Садиков З.Ю.

*НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева*

Проблема лямблиоза является одной из наиболее актуальных в детском возрасте. По данным ВОЗ его распространенность в детской популяции составляет примерно 20% в мире. В Узбекистане в 2016 году зарегистрировано 253 515 случаев обнаружены кишечных паразитозов, из них у 9 380 (3,7%), обследованных копроскопическим методом был выявлен лямблиоз. При этом распространенность лямблиоза среди детского населения в 4–8 раз превышает таковую у взрослых. Особенность лямблиоза у детей во многом обусловлена тем, что его клинические проявления часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологическими, аллергологическими и дерматологическими патологиями, что в свою очередь осложняет своевременную диагностику и лечение. Цель. Сравнительная оценка эффективности копроскопического метода с иммунологическими и молекулярно-биологическими методами (ПЦР) для диагностики лямблиоза. Материалы и методы исследования. На базе клиники НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева нами было обследовано 308 детей в возрасте от 4 до 17 лет, из них 172 (55,8 %) девочек и 136 (44,2%) мальчиков. В ходе исследования были выбраны следующие методы диагностики: трехкратная копроскопия с окраской 1% раствором Люголя, определения антител к лямблиям в крови методом ИФА, определения антигена лямблий в кале методом ИФА, определения ДНК лямблий в кале методом ПЦР. У 160 детей диагностирован лямблиоз (53,3%). Сравнительная оценка информативности методов диагностики лямблиоза показала, что чувствительность копроскопии составляет 60,1%, ПЦР – 78,8%, ИФА кала – 23,5%, ИФА крови – 36,5%. На фоне лямблиоза отмечено повышение IL-8, IL-10 в СО ДПК, выявлен дисбаланс противовоспалительных цитокинов, соотношение IL-10/IFN- $\gamma$ . Достаточно высокую чувствительность и специфичность показал метод ПЦР: 78,8% и 88,8% соответственно. Прогностическая значимость положительного результата данного метода составила 95,3%, отрицательного – 59,2%. Метод ИФА крови продемонстрировал высокую специфичность – 93,5%, но низкую чувствительность – 36,5%. Прогностическая значимость положительного результата составила 97%, отрицательного – 22%. Сходные с предыдущим методом данные получены при проведении ИФА кала: специфичность – 93,5%, чувствительность – 20,4%. Прогностическая значимость положительного результата составила 83%, отрицательного – 42,6%. Как видно из выше указанных данных, наиболее точными

методами обнаружения лямблий является, метод трех кратной копроскопии с окраской Люголем в комплексе с ПЦР копрофильтратом на лямблии. ИФА копрофильтрата и ИФА крови обладают высокой специфичностью, но низкой чувствительностью. Вывод. Таким образом эффективность диагностики лямблиоза повышается при комплексном применении трех кратной копроскопии кала с окраской Люголя и ПЦР копрофильтрата.

## ПОВЫШЕНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ПРОТЕКТИВНЫЙ АНТИГЕН СИБИРЕЯЗВЕННОГО МИКРОБА

Сулейманов С.Ф., Мансурова М.Х., Аплаева А.Н., Козимов Ю.А.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Цель работы. Изучить способы усиления иммунного ответа на протективный антиген (ПА) сибиреязвенного микроба (СЯМ) с помощью адъювантов в эксперименте у мышей. Материалы и методы исследования. В экспериментах использовали мышей-гибридов (СВАхС57Вl/6)F1 с массой 18-24 г. В качестве иммунизирующего материала для мышей использовали ПА СЯМ. ПА растворяли в 0,9% р-ре NaCl. Мышей иммунизировали либо ПА, либо в комплексе с сульфатом декстрана (СД), либо эмульсией ПА в полном адъюванте Фрейнда (ПАФ, «Calbiochem», Германия) подкожно в основание хвоста. Спустя 1 месяц повторяли иммунизацию, которая была аналогична первичной, из расчёта 1 мкг ПА/мышь. Доза СД составляла 300 мкг/мышь. Количество специфических к ПА IgG и IgM определяли в сыворотках мышей методом иммуноферментного анализа (ИФА). Результаты. Динамика IgG и IgM-ответов к ПА в составе комплексов ПА+СД имела заметные отличия от таковых значений к ПА. После двукратной иммунизации ПА+СД уровень специфических к ПА антител класса G достигал высоких значений на 1 нед (1: 290828), затем ещё более возрастал до максимума на 2 нед. – 1: 342035 сохранялся на высоком уровне вплоть до 4 нед. исследования – 1: 118586. Примирование мышей эмульсией ПА в ПАФ приводило к усилению синтеза специфических к ПА IgG-антител при первичном гуморальном иммунном ответе – 1: 33241, значительно превышая показатели средних значений уровней титров IgG в других группах (группа ПА – 1: 290; группа ПА+СД – 1: 2074). При анализе уровня и динамики вторичных иммунных ответов смесь ПА+СД обладала более высокой иммуногенной активностью, нежели чем ПА+ПАФ на 1 и 2 нед. иммунного ответа. Однако в более отдаленные сроки – 3 и 4 нед. вторичного иммунного ответа – рассматриваемые показатели в группе ПА+ПАФ (ИФА-титры IgG) были в два раза выше по сравнению с группой мышей, иммунизированных ПА+СД. Стоит выделить, что двукратное введение мышам только полианиона СД (без ПА) не индуцировало у них ни первичного, ни вторичного специфического антительного ответа. В своих экспериментах мы продемонстрировали, что ПА СЯМ обладает низкими иммуногенными свойствами. Уровни специфических по отношению к ПА-IgG и IgM-антител оказались очень низкими в сыворотке мышей, иммунизированных ПА СЯМ. Использование СД в качестве иммуноадъюванта к антигену ПА приводило к положительному эффекту, что выражалось в увеличении М-антителогенеза в 3-5 раз после первичного и вторичного гуморального иммунного ответа/ов и G-антителогенеза в 10 раз по сравнению с контрольной группой (ПА). Выводы. Таким образом, применение СД в качестве иммуноадъюванта к ПА резко стимулирует его иммуногенную активность. Он стимулировал специфическую продукцию IgM и IgG к ПА в несколько раз. СД по своему действию в отношении к ПА был практически одинаков с ПАФ. Полученные теоретические данные могут быть использованы в изготовлении эффективных вакцин против СЯМ.

## ИЗУЧЕНИЕ АНТИГЕННЫХ СВОЙСТВ ГИАЛУРОНИДАЗЫ ГЕЛЬМИНТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Сулейманов С.Ф.<sup>1</sup>, Сулейманова Г.С.<sup>2</sup>, Халимова Ф.М.<sup>2</sup>, Холлиева Д.Х.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино,*

<sup>2</sup>*Бухарский государственный медицинский университет,*

<sup>3</sup>*Бухарский Академический лицей №1 при БухГосМИ*

Цель работы. Экспериментальное изучение антигенных свойств и усиление иммунитета на гиалуронидазу (Hyal.) из организма гельминтов при помощи адъювантов. Материалы и методы исследования. В экспериментах использовали мышей-гибридов (СВАхС57Вl/6)F1 с массой 18-24 г. В качестве антигена использовали Hyal. («Serva Finebiochem», Германия). Hyal. растворяли 0,9% р-ре NaCl. Мышей примировали в следующих вариантах: Hyal., Hyal. + полиоксидоний (ПО), Hyal. + сульфат декстрана (СД) («Sigma Chem. Co», США), эмульсией Hyal. в полном адъюванте Фрейнда (ПАФ, «Calbiochem», Германия) подкожно в основание хвоста. Спустя 1 месяц повторяли иммунизацию, которая была аналогична первичной, из расчёта 10 мкг Hyal./мышь. Доза СД составляла 300 мкг, ПО - 200 мкг/мышь. Количество специфических к Hyal. антител классов М и G их изотипов определяли в сыворотках мышей методом иммуноферментного анализа (ИФА) по A. Voller (1980). Результаты. Hyal. обладала низкими иммуногенными свойствами (ИФА-титры в динамике: 1: 100 до 1: 300). Иммунизация мышей комплексом Hyal.+СД приводила к индукции антителогенеза, специфического к Hyal., в десятки раз более интенсивного, нежели при введении одного лишь антигена Hyal. После однократной иммунизации синтез ИФА-титры составляли 1: 900. Вторичная продукция антител ((в основном IgG-типа)

повышалась в 90 раз – 1: 25000 с пиком на 1 нед. после реиммунизации). Спектр изотипов антител к Hya1. был следующим: IgG1 (ИФА-титр до 1: 12000) > IgG2a (ИФА-титр до 1:5000) > IgG2b (ИФА-титр до 1: 2000) > IgM (ИФА-титр до 1: 200). Одновременное введение мышам Hya1. в составе ковалентного комплекса с поликатионом ПО (Hya1. + ПО) стимулировало только вторичный антителы ответ - от 5 до 20 раз (ИФА-титры до 1: 2000 – 1: 6000). При этом доминировали антитела изотипа IgG1 (ИФА-титр до 1: 2000). Использование в качестве репера положительного контроля ПАФ к Hya1. индуцировало у мышей интенсивную продукцию антител уже при первичном иммунном ответе - ИФА-титр до 1: 4000 с достижением пика ответа на 4 нед. При этом наблюдали 200-кратное увеличение специфического синтеза IgG по сравнению с ответом на антиген Hya1. (ИФА-титры – 1: 25000 – 1: 52000). В данной группе был выявлен следующий спектр изотипов антител к Hya1.: IgG2a (ИФА-титр до 1: 12000) > IgG1 (ИФА-титр до 1: 7000) > IgG2b (ИФА-титр до 1: 3000) > IgM (ИФА-титр до 1: 700). Выводы. Таким образом, в отличие от поликатиона ПО полианион СД оказался более эффективным иммуoadъювантом к Hya1. Он индуцировал высокий уровень антител иммунной реакции у мышей, специфичной в отношении к Hya1. По своим иммуногенным характеристикам СД приближался к действию, оказываемому ПАФ. Полученные теоретические данные могут быть использованы в практическом здравоохранении и в ветеринарии, например, при создании эффективной защиты против паразитов-гельминтов.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ОРОФАСЦИАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

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

*Харьковский национальный медицинский университет, Украина*

Как известно, современная медицина не располагает методами лечения, которые позволили бы удалить вирус простого герпеса из организма человека, но существует реальная возможность влияния на патогенетические звенья активации герпетической инфекции и тем самым уменьшить клинические проявления заболевания и увеличить межрецидивный период. Известно, что в патогенетическом плане существенную роль в развитии и прогрессировании многих инфекционных и неинфекционных болезней играет формирование синдрома эндогенной интоксикации, лабораторным критерием которого является уровень так называемых «средних молекул» (СМ) в биологических жидкостях организма. Исходя из вышесказанного, наше внимание привлекла возможность применения современных энтеросорбентов в лечении больных рецидивирующей орофасциальной герпетической инфекцией РОФГИ. Цель работы - изучение эффективности энтеросорбции при лечении больных РОФГИ. Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 66 больных с наличием РОФГИ в возрасте от 20 до 50 лет, из них 32 мужчины и 34 женщины. У обследованных больных регистрировался очередной эпизод обострения рецидивирующего герпеса, который характеризовался наличием общетоксического синдрома и герпетической сыпи. Все обследованные больные были разделены на две рандомизированные группы (основную и сопоставления) по 33 пациента в каждой. Пациенты обеих групп получали общепринятую терапию, которая включала назначение ацикловира. В основной группе больных назначали дополнительно энтеросорбент «Белый уголь» по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 5-6 суток подряд. Кроме общепринятого клинико-лабораторного обследования у больных обеих групп определяли уровень СМ в сыворотке крови методом Николайчика В.В. и соавт. Результаты. Клиническая эффективность лечения ОФГ оценивалась по результатам повторных визитов к врачу на 2 и 5 дни лечения. Большинство пациентов основной группы (32 больных, 96,9%) отметили отсутствие появления новых элементов, прекращение зуда и жжения в местах локализации пузырьков и регресс имеющихся высыпаний уже на 2 день лечения, тогда как все пациенты группы сравнения отмечали «подсыпание» новых пузырьков до 4 дня лечения. На 5 день после проведенной терапии у 17 пациентов основной группы (51,5% случаев) на месте локализации вируса простого герпеса сохранились проявления ОФГ в виде незначительных участков гиперпигментации, а в остальных 16 случаях (48, 5%) было документировано полный регресс имеющихся проявлений заболевания, в то время как у пациентов группы сопоставления только в 7 случаях (21,2%) на 5 сутки лечения было отмечено регресс симптоматики с сохранением локальной гиперпигментации, у остальных 26 человек (78,8%) отмечено подсыхание пузырьков с формированием корочек. Таким образом, важным преимуществом применения энтеросорбента «Белый уголь» является предупреждение дальнейшего развития и прогрессирования патологического процесса, что значительно улучшает самочувствие, качество жизни пациента и самооценку своего внешнего вида (особенно для женщин). При проведении специального биохимического исследования до начала лечения позволило установить наличие повышенной концентрации СМ в сыворотке крови больных ОФГ в среднем в 3,7 раза относительно нормы в основной группе ( $P < 0,001$ ), и в 3,63 раза ( $P < 0,001$ ) - в группе сравнения. При дополнительном биохимическом обследовании на момент завершения курса лечения было установлено, что концентрация СМ в крови больных основной группы снизилась до нормы -  $(0,53 \pm 0,03)$  г / л ( $P > 0,1$ ), в то время как в группе сравнения этот показатель составлял  $(1,54 \pm 0,04)$  г / л, то есть было в 2,96 раза выше нормы ( $P < 0,01$ ) и в 2,9 раза выше соответствующего показателя в основной группе ( $P < 0,01$ ). Полученные данные позволяют считать патогенетически обоснованным и клинически перспективным включение энтеросорбента «Белый уголь» в комплекс лечения больных РОФГИ.

## ВЛИЯНИЕ АНТИБЛАСТОЦИСТНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Тойчиев А.Х.<sup>1</sup>, Наврузов Б.С.<sup>2</sup>, Пазылова Д.У.<sup>3</sup>, Ибрагимов А.Ю.<sup>3</sup>, Бадалова Н.С.<sup>1</sup>, Осипова С.О.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний,

<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия,

<sup>3</sup>Республиканская клиническая больница

Актуальность. Этиопатогенез язвенного колита (ЯК) остается неясным, но роль иммунных отклонений и изменений микробиоты кишечника, очевидна. Мы установили, что у больных ЯК достоверно чаще, чем у здоровых лиц диагностируются *V.h.* (*Blastocystis hominis*), что предполагает их роль в воспалительном процессе [Тойчиев А. и др. 2016]. Цитокиновый профиль, характеризующий воспалительные заболевания кишечника, является ключевым элементом патофизиологии, обуславливающим инициацию прогресс/разрешение патологического процесса [Karczewski J et al. 2015]. Цель. Оценка влияния моно- и комбинированной антибластицистной терапии (АБТ) на клинико-иммунологический статус больных ЯК. Материалы и методы. Проспективное, двойное слепое исследование была проведена на базе НИИЭМИЗ и 1-РКБ в период 2015-2017гг. Диагноз ЯК был подтвержден на основании Монреальской классификации. 20 больных ЯК инфицированные *V.h.* (1-я группа) принимали таб. нитазоксанид (Нз) по 1,0 гр/сут. в течение 14 дней. 20 больных ЯК инфицированные *V.h.* (2-я группа) принимали таб. Нз по 1,0 гр/сут. и таб. месалазина (Мз) по 3гр/сут. в течение 14 дней. Все пациенты соблюдали диету. Микроскопия была проведена до и после терапии у всех больных ЯК средней активности (n=40) методом трехкратной копроскопии. Иммунологическая диагностика больных ЯК инфицированных *V.h.* была проведена до и после курса терапии на  $\gamma$ -ИНФ, ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6, ИЛ-4 методом ИФА, тест-система «Вектор-Бест», Россия. Мониторинг проводился до и после приема препаратов. Активность заболевания до и после терапии оценивали шкале Mayo Clinic. Статистическая обработка выполнена программой Origin 6.1. Результаты. Средний возраст больных ЯК (n=40) составляет 33.6 (мужчин 42%, женщин 58%). Локализация пораженного участка распределилась следующим образом: у 25% проктит, 30% левосторонний колит и 45% тотальный колит. В 1-ой группе низкая, средняя и высокая интенсивность *V.h.* до начала терапии составил 25%, 55% и 20% соответственно. После АБТ *V.h.* не определялись. Снижение активности как минимум на 30% по шкале Mayo Clinic и ремиссия заболевания наблюдалась у 25% и 20% больных ЯК соответственно. Средний показатель цитокинов до начала и после АБТ: ИЛ-6 21,5 (1,2-126,9) и 17,2 (0,0-47,8) пг/мл; ФНО- $\alpha$  41,5 (0,0-178,1) и 32,1 (0,0-115,3) пг/мл; ИНФ- $\gamma$  11,2 (0,0-49,0) и 9,8 (0,0-42,1) пг/мл; ИЛ-4 1,1 (0,0-6,25) и 0,8 (0,0-1,7) пг/мл. СРБ до и после терапии: 6,4 мг/л (в норме 0,8 мг/л) и 4,1 мг/л. Во 2-й группе низкая, средняя и высокая интенсивность *V.h.* до начала терапии составила 15%, 70% и 15% соответственно. После приема Нз в комбинации с Мз *V.h.* не определялись. Снижение активности как минимум на 30% по шкале Mayo Clinic и ремиссия заболевания наблюдалась у 60% и 40% больных ЯК соответственно. Средний показатель цитокинов до начала и после АБТ: ИЛ-4 1,8 (0,0-4,3) и 0,7 (0,0-2,1) пг/мл; ИЛ-6 32,7 (0,0-76,0) и 9,1 (0,0-26,2) пг/мл; ФНО- $\alpha$  29,0 (0,0-98,5) и 15,6 (0,0-40,0) пг/мл; ИНФ- $\gamma$  7,2 (0,0-58,1) и 3,2 (0,0-4,9) пг/мл. СРБ до и после АБТ составил 7,1 мг/л (в норме 0,8 мг/л) и 3,7 мг/л. Обсуждения. В обеих группах элиминация *V.h.* составило 100%. Положительная динамика клинических проявлений наблюдалась у 45% и 100% больных 1-ой и 2-ой группы соответственно. Результаты указывают на наличие роли *V.h.* в инициации обострения и рефрактерности к базисной терапии ЯК и более высокую эффективность комбинации Нз с Мз. Заключение. Элиминация *V.h.* приводит к улучшению клинических показателей и положительной динамике цитокинового статуса.

## СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПИЩЕВЫМ БОТУЛИЗМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОГО ПРОЦЕССА

Ташпулатов Ш.А.<sup>1</sup>, Кузьменко Т.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Самаркандский государственный медицинский институт,

<sup>2</sup>Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Анализ причин летальных исходов ботулизма, описанных в литературе, показывает необычно высокую частоту возникновения вторично-бактериальных осложнений, среди которых ведущее место принадлежит пневмонии. Несмотря на это в имеющейся литературе недостаточно освещены причины возникновения этих осложнений, а также особенности течения последних в зависимости от степени тяжести основного процесса. В тоже время многочисленными работами показано клинико-патогенетическое значение иммунной системы при заболевании бактериального генеза, поэтому заинтересованность иммунной системы в возникновении вторично-бактериальных осложнений пищевого ботулизма представляется несомненной. Однако до настоящего времени отсутствуют целостные исследования, посвященные изучению состояния иммунной системы на уровне популяций и субпопуляций лимфоцитов при ботулической интоксикации. Целью настоящего исследования изучить состояние клеточного и гуморального иммунитета у больных пищевым ботулизмом в зависимости от степени тяжести основного процесса. Материал и методы исследования. У 48 больных с различной степенью тяжести пищевого ботулизма, (тяжелая форма 18 (37,5%), среднетяжелая -

16 (33,3%) и легкая - 14(29,2%).) получивших одну дозу ПБС внутривенно однократно, были изучены некоторые лабораторные показатели периферической крови, а также состояние клеточного и гуморального иммунитета в динамике заболевания: в момент поступления, в период максимального развития основной неврологической симптоматики и в период реконвалесценции. Определение показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных пищевым ботулизмом и здоровых доноров проводилось в лаборатории клинической иммунологии (Всероссийский центр по токсоплазмозу МЗ РФ зав.лаб.к.м.н. доц. Т.Н.Кузьменко) при помощи лимфоцитотоксического теста (ЦТТ) с использованием: МАТ (института иммунологии МЗ РФ (СД5, СД4, СД8, ЗФ), сывороточных иммуноглобулинов и фагоцитарной активности нейтрофилов. При изучении функциональной активности клеточного и гуморального иммунитета в зависимости от степени тяжести основного процесса установлен ряд особенностей у больных легкой формой ботулизма на момент поступления отмечается достоверное снижение количества Т-клеток с рецепторами CD5, CD4 и В-клеток с рецепторами ЗФ3(CD22), а также уровня сывороточных иммуноглобулинов классов А и G. В период реконвалесценции функциональная активность клеточного и гуморального звена иммунитета у этих больных нормализуется. У больных среднетяжелой формой ботулизма на момент поступления отмечается достоверное снижение количество Т-клеток с рецепторами CD5, CD4 и В-клеток с рецепторами ЗФ3(CD22), а также уровня иммуноглобулинов класса А и G. Кроме того, наблюдается достоверное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. В период реконвалесценции у больных среднетяжелой формой ботулизма имела место почти полная нормализация показателей как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета у этой группы больных. У больных тяжелой формой ботулизма функциональная активность Т и В звеньев иммунитета была достоверно снижена как в момент поступления так и в период максимального развития основной неврологической симптоматики. В период реконвалесценции у больных тяжелой формой ботулизма остается достоверно сниженным количество Т-клеток с мембранными маркерами CD5, CD4, а также В-клеток с мембранным маркером ЗФ3(CD22). ИРИ и фагоцитарная активность нейтрофилов у этих больных во всех периодах заболевания были достоверно снижены. Таким образом полученные результаты, показывают, что при специфической интоксикации ботулотоксином наблюдается выраженное изменение со стороны клеточного и гуморального звеньев иммунитета у больных тяжелой формой ботулизма, что создает повышенную угрозу развития осложнений вторично-бактериального характера.

### КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЩЕВОМ БОТУЛИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Ташпулатов Ш.А. Хужакулов Д.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Отсутствие на сегодняшний день в практическом здравоохранении объективных критериев для определения степени тяжести основного процесса при ботулизме приводит к высокому проценту ошибок в оценке состояния больных. Целью настоящего исследования является выявление особенностей внешнего дыхания при ботулизме у детей и выработка объективных критериев для определения степени тяжести этого заболевания. Материалы и методы. Было исследовано состояние внешнего дыхания у 31 больных детей с различным по степени тяжести течением ботулизма у детей, находившихся на лечение в Самаркандской областной клинической инфекционной больнице №1 за период 2012-2017 гг. Средний возраст их составил с колебаниями от 6 до 14 лет. Анализ основных неврологических симптомов и степень их выраженности в период максимального разгара заболевания при различном по тяжести течении ботулизма у детей показал, что по этим критериям далеко не всегда можно было дифференцировать легкие от среднетяжелых, средне-тяжелые от тяжелых. Учитывая, что тяжесть этого заболевания в конечном итоге зависит в основном от глубины дыхательных нарушений, объективными критериями тяжести процесса могут явиться изменения показателей внешнего дыхания. В этой связи нами было изучено состояние внешнего дыхания в динамике основного процесса по таким параметрам, как: частота дыхания (ЧД), минутный объем дыхания (МОД), дыхательный объем (ДО), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), которые определялись с помощью волюметра 45009 производства Германской Федеративной Республики и Валуемед-2 производства Россия. Из 31 обследовавшихся больных с легким течением ботулизма было 11 (35 %), со средне-тяжелым течением - 13 (42%), с тяжелым- 7 (23 %). Распределение групп больных по степени тяжести основного процесса проводилось по общепринятой методике с учетом выраженности паралитического синдрома (т.е. по выраженности неврологической симптоматики), а затем корректировалось с учетом показателей внешнего дыхания. Контрольную группу составили 12 практически здоровых детей. Анализ полученных данных показывают, что у детей с легким течением ботулизма практически отсутствовали нарушения со стороны внешнего дыхания. Показатель ЖЕЛ у всех детей с легким течением ботулизма был равен или превышал 45 см<sup>3</sup>/кг массы тела ( в среднем был равен 35,27±0,67см<sup>3</sup>/кг). При среднетяжелом течении ботулизма у всех детей происходило угнетение резервных возможностей внешнего дыхания на 20-40 % от должного, т.е. показатель ЖЕЛ снижался до 15-25 см<sup>3</sup>/кг массы тела, что составило в среднем 19,61±0,63см<sup>3</sup>/кг. Показатели МОД и ДО практически не отличались от таковых у лиц контрольной группы и детей с легким течением ботулизма (P≥ 0,05). При тяжелом течении ботулизма происходило резкое снижение резервов внешнего дыхания величина ЖЕЛ снижалась до 15 см<sup>3</sup>/кг и ниже ( в среднем была равной 11,57±0,57см<sup>3</sup>/кг.). Показатели внешнего дыхания (ЧД, МОД, ДО), за исключением ЖЕЛ у детей с тяжелым течением ботулизма относительно не отличались от соответствующих показателей при средне-тяжелом течении заболевания и

не могут являться надежными критериями в определении степени тяжести ботулизма у детей. Следовательно, показатель ЖЕЛ с большой степенью достоверности ( $P \leq 0,05$ ) можно использовать в качестве объективного критерия для определения тяжести состояния больного. Так, при величине ЖЕЛ, равной или превышающей 30-40 см<sup>3</sup>/кг массы тела, следует диагностировать легкое течение ботулизма; при величине ЖЕЛ от 15 до 25 см<sup>3</sup>/кг массы тела, следует думать о средне-тяжелом течении ботулизма; при тяжелом течении болезни величина ЖЕЛ снижается до 10-15 см<sup>3</sup>/кг массы тела и ниже. Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что величина ЖЕЛ является одним из важнейших объективных критериев в определении степени тяжести ботулизма у детей и может быть рекомендован в практическом здравоохранении.

## ПСОВЫЕ – ИСТОЧНИКИ ПАЗАРИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Турицин В.С.<sup>1</sup>, Сувонкулов У.Т.<sup>2</sup>, Садиков З.Ю.<sup>2</sup>, Муратов Т.И.<sup>2</sup>, Мамедов А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный аграрный университет,

<sup>2</sup> НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева

Цель работы. Изучить гельминтофауну псовых млекопитающих Самарканда и окрестностей и установить зараженность гельминтами, имеющими медицинское значение. Материал и методы исследования. При изучении паразитофауны собак были использованы метод неполного паразитологического вскрытия животных (12 собак и 4 корсака), погибших по разным причинам. При вскрытии соблюдали соответствующие меры безопасности, чтобы избежать возможного заражения эхинококком. Также использовали метод диагностической дегельминтизации бромидом ареколина (8 собак). В последнем случае проводили также копроскопические исследования. Видовую принадлежность обнаруженных гельминтов после камеральной обработки устанавливали по соответствующим определителям. Была установлена интенсивность инвазии (ИИ) и экстенсивность инвазии (ЭИ). Результаты. Установлено, что у собак и корсаков встречается 8 видов гельминтов, принадлежащих к Типу Плоские черви (6 видов) и типу Круглые черви (2 вида). Трематода *Alaria alata* были обнаружены в кишечнике 2 корсаков (ЭИ – 50%) в числе 15 и 4 экземпляров. У собак этот вид гельминта не обнаружен. Собачий (тыквовидный) цепень (*Dipylidium caninum*) – наиболее часто встречающийся гельминт у собак и корсаков. Так, ЭИ собак составил 80% (ИИ 2-56 экземпляров), корсаков соответственно 50% и 3-9 экземпляров. Такой высокий уровень зараженности собачьим цепнем обусловлен тем, что промежуточные хозяева паразита – блохи – присутствовали практически на всех животных в значительном количестве. Близкий к предыдущему вид - *Diplopylidium nollerii* – был отмечен лишь у 10% собак в количестве 1 и 2 особи. Цепень *Taenia hydatigena* был обнаружен у 45% собак, при этом интенсивность инвазии составила от 1 до 4 экземпляров. Промежуточными хозяевами цепня служат мелкие копытные, на серозных покровах органов брюшной полости которых формируются ларвоцисты - *Cysticercus tenuicollis*, размером с куриное яйцо и более. Цестоды *Mesocostoides lineatus* были отмечены у 50% лисиц (ИИ – 2 экз.) и у 15% собак (ИИ – 1-2 экз.). Более 300 цепней *Echinococcus granulosus* было найдено в тонкой кишке 1 собаки (ЭИ – 5%). Нематоды власоглавы (*Trichocephalus vulpis*) обнаруживались в слепой кишке всех вскрытых собак с интенсивностью инвазии от 5 до 20 экземпляров. Также в фекалиях всех собак, подвергшихся диагностической дегельминтизации, были найдены яйца этого паразита. Нематоды *Toxocara canis* были обнаружены в тонкой кишке трети вскрытых собак (ИИ – 2-3 особи), а их яйца - в фекалиях 25% животных. Таким образом, из 8 видов обнаруженных гельминтов 5 видов имеет эпидемиологическое значение – *A. Alata*, *D. Caninum*, *M. Lineatus*, *E granulosus* и *T. Canis*. Наибольшую опасность представляет, несомненно, *E granulosus*. По данным литературы среди гельминтов псовых млекопитающих Узбекистана медицинское значение имеют *Alveococcus multilocularis*, *Dirofilaria repens* и *Diocetophyme genale*. Следует также указать, что яйца *T. Hydatigena* и *T. Vulpis* морфологически схожи с яйцами соответственно цепня бычьего и человеческого власоглава, и это необходимо иметь в виду при проведении санитарно-паразитологических исследований.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 3 г. САМАРКАНДА

Уралов Ш.М., Жураев Ш.А., Исраилова С.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По официальным данным ВОЗ, в мире аскаридозом ежегодно поражается около 1,2 миллиард человек, анкилостомидозами более 900 млн, трихоцефалезом до 700 млн. В нашей стране в последние годы наблюдается тенденция к увеличению пораженности некоторыми гельминтозами, прежде всего нематодозами: аскаридами (*Ascaris lumbricoides*), острицей (*Enterobius vermicularis*) и трихинеллезом (*Trichocephalus trichiurus*), растет число больных токсокарозом. Цель. Изучение распространенности гельминтозов у детей различных возрастных групп и повышение качества лечебно-профилактической помощи данной категории больных. Материалы и методы. Распространенность гельминтозов среди детей от 3 до 18 лет изучалась в семейной поликлинике №3 города Самарканда. Были обследованы 164 детей. Средний возраст составил 6,8±1,1 лет. Методом изучения было – проведение копрологического исследования на наличие простейших и яйца гельминтов. Обсуждение результатов. Как показали результаты

наших работ, исследование кала на простейшие и яйца гельминтов позволило выявить наличие некоторых видов кишечных паразитов. В общей сложности у 122 (74,4%) детей были обнаружены простейшие и яйца гельминтов. Среди поражённых наиболее часто выявляемыми паразитами были круглые черви, или нематоды (*Ascarislumbricoides*, *Necator americanus*) - у 66,4%, *Enterobiusvermicularis* -29,0%, ленточные черви -3,8%, и в 0,8% случаях -*Trichocephalustrichiurus* и *Giardialamblia*. Следует отметить, что у 11 детей были выявлены ассоциации сразу 2 и более гельминтов. Среди исследованных 96 (78,6%) детей посещают ДДУ или являются школьниками. Врачи СП проводили комплексное лечение данным детям. В комплекс оздоровительных мероприятий входили: противогельминтная терапия, симптоматическое лечение и общеукрепляющая терапия. Одновременно проводили разъяснительную работу среди родителей обследуемых детей. После проведенного курса терапевтических мероприятий было проведено повторное обследование детей на наличие гельминтов. Эффективность проводимого лечения в среднем составило – 97,2%. У 3 (2,8%) детей дошкольников было повторно отмечено наличиегельминтов в кале, что, по нашему мнению, было обусловлено несоблюдением рекомендаций врача и повторным заражением гельминтами из-за нарушения гигиенических правил со стороны детей. Выводы. Таким образом, среди обследованных нами детей в возрасте от 3 до 14 лет заражённость простейшими гельминтозами составляет 75,7%, что требует от ВОП врачей повышения качества лечебно-профилактической помощи данной категории заражённых.

### ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ТИПОЛОГИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Утегенова С.К., Байжанов А.К.

*НИИ Вирусологии МЗ РУз, Самаркандская областная клиническая инфекционная больница*

ВИЧ-инфекция является одной из актуальных медико-социальных проблем современного общества всего мира. В последнее время возрос интерес к изучению психопатологической характеристике ВИЧ-инфицированных больных в плане осторожности развития психических нарушений. На сегодняшний день несмотря на наличие ряда научно-исследовательских работ, посвященных к реакции больных на факт заражения и диагноза, недостаточно уделяется внимание на распространенность случаев психических расстройств среди больных ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфицированные больные подвергаются повышенному риску развития симптомов нейрокогнитивных нарушений, что соответственно отрицательно влияет на специфическое лечение ВИЧ-инфекции. Проблемы психического здоровья, такие как депрессия и употребление наркотических веществ, могут иметь серьезные последствия. Психопатология, включая депрессию, может приводить к риску распространения ВИЧ среди населения. Поэтому важно разработать оптимальный план лечения ВИЧ-инфицированных пациентов с проблемами психического здоровья. Целью нашего исследования явилось определение типов нейрокогнитивных расстройств у больных ВИЧ-инфекцией, и их роль в эффективности высокоактивной антиретровирусной терапии. Материал и методы. Нами обследованы 29 ВИЧ-инфицированных больных, госпитализированных с целью наблюдения больных в динамике специфической терапии. Среди больных мужчин было 17, а женщин – 12. Средний возраст обследованных больных составил 27,9 лет. Все обследованные нами ВИЧ-инфицированные больные в момент госпитализации в клинику находились во II, III и IV-стадиях ВИЧ-инфекции. Больные с I-клинической стадией инфекции не было. Обсуждение. Как показали результаты исследований, среди обследованных нами больных у 15 (51,7%) были диагностированы расстройства аддиктивного характера (в 27,6% случаях психические расстройства были связаны с частым приемом алкоголя, 37,9% – с длительным употреблением наркотиков в анамнезе и 20,7% – с сочетанием двух факторов). Выявлено, что средний промежуток времени от установления диагноза «ВИЧ-инфекция» до начала высокоактивной антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных больных, употреблявших наркотиков в анамнезе в среднем составил 7 лет, у всех остальных больных в среднем 2 года ( $P < 0,05$ ). 24,1% обследованных больных имели признаки расстройства личности. Среди всех обследованных ВИЧ-инфицированных больных 20,7% имели бессимптомное течение ВИЧ-инфекции. 34,5% обследованных ВИЧ-инфицированных пациентов имели жалобы к специалисту – психиатру, однако обращались к нему в течение жизни лишь 13,8%, причем никто – по поводу основного заболевания – ВИЧ-инфекции. Выводы. Таким образом, нейрокогнитивные расстройства достаточно широко распространены среди ВИЧ-инфицированных больных, однако по ряду причин больные не получают всесторонней квалифицированной помощи. Поэтому все врачи, занимающиеся с проведением антиретровирусной терапии, должны быть обучены распознавать проблемы психического здоровья у ВИЧ-инфицированных пациентов, что естественно может потребовать дальнейшего изучения этой проблемы.

### АНАЛИЗ ПАРАЗИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ

Утепбергенова Г.А.<sup>1</sup>, Аккошкарова А.О.<sup>2</sup>, Калкабаева С.А.<sup>3</sup>, Сагитова С.С.<sup>1</sup>, Шерметова М.Б.<sup>1</sup>

*Международный казахско – турецкий университет им. Х.А.Ясави<sup>1</sup>, НАЦЭКС АО ЮКО<sup>2</sup>,*

*Южно-Казахстанский государственный университет им. М.Ауэзова<sup>3</sup>, г.Шымкент, Республика Казахстан*

На территории Южно-Казахстанской области существуют благоприятные природно-климатические условия для ряда некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний, которые являются одной из актуальных проблем в

системе эпидемиологического надзора за ними. Цель работы. Оценить состояние эпидемиологической ситуации по паразитарным заболеваниям и гельминтозам в Южно-Казахстанской области за 2016-2017 гг. Материалы и методы исследования. Проанализированы отчетные данные Департамента общественного здоровья ЮКО и Национального Центра экспертизы и сертификации (НАЦЭКС АО по ЮКО.). Результаты исследования. Для снижения паразитарной заболеваемости медицинские работники руководствуются санитарными правилами «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний». По области не зарегистрированы случаи малярии, но по показаниям обследуется кровь на плазмодии малярии в толстой капле и мазках крови. Выявление больных малярией и паразитоносителей проводят медицинские работники по клинико-эпидемиологическим показаниям путем опроса и исследования крови при: 1) обращении лиц в медицинские организации; 2) медицинских осмотрах; 3) обследовании доноров. Лица, выезжающие в эндемичные территории, предупреждаются туристическими фирмами, ведомствами и организациями об опасности заражения малярией, особенно ее хлорохинустойчивой тропической формой, и проходят курс химиопрофилактики против тропической малярии в случае выезда. Ежегодно с 1996 года по ЮКО регистрируются случаи заболевших кожно-зоонозным лейшманиозом. По ЮКО регистрируются два рода москит - *Ph. longiductus* и *Ph. Paratasi*. Многолетний анализ заболеваемости населения Южно-Казахстанской области эхинококкозом показал, что 93,38% зарегистрированных заболеваний биогельминтозами на территории области приходится на долю эхинококкового цепня – *Echinococcus granulosus*. По области за 2017 год зарегистрировано случаев заболеваний эхинококкозом, на 29,5% ниже чем в 2016 году, показатель на 100 тыс. населения в среднем составил 4,48 и 6,36 соответственно. Удельный вес детей до 14 лет в структуре заболеваемости составил за анализируемый период 41 % и 34%, показатель заболеваемости у детей до 14 лет - 5,31 и 6,43 на 100 тыс. детского населения соответственно. Заболеваемость аскаридозом за 2017 год по сравнению с 2016 годом снизилась на (-8,12%); гименолепидозом – на (-48,7%); энтеробиозом – на (-23,7%); лямблиозом – на (-36,7%). Выводы. Снижение паразитарной заболеваемости (протозоозов и гельминтозов) в Южно-Казахстанской области связано с тем, что проводятся комплексные медико-ветеринарные мероприятия: дегельминтизация, плановые профилактические обследования на контактные гельминтозы и кишечные протозойные заболевания в соответствии с Правилами проведения обязательных медицинских осмотров, утверждаемыми Правительством Республики Казахстан, скрининговые обследования промежуточных и окончательных хозяев методом ИФА на эхинококк, органы госсанэпидслужбы осуществляют надзор за санитарным состоянием населенных пунктов, животноводческих хозяйств разного типа, работой предприятий общественного питания, за мероприятиями по уничтожению грызунов и бродячих животных; проводятся совместные расследования случаев и обследование очагов паразитарных болезней; широко проводится санитарно-просветительная работа среди населения.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЭРГОФЕРОН

Утепбергенова Г.А.<sup>1</sup>, Жанибекова М.П.<sup>1</sup>, Масабава А.Т.<sup>2</sup>, Тажибаева А.Б.<sup>2</sup>

*МКТУ им.Х.А.Ясауи<sup>1</sup>, ЮКМА<sup>2</sup>, г. Шымкент, Республика Казахстан*

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости ОРВИ по Южно-Казахстанской области за 2015 год и дать оценку клинической эффективности препарата Эргоферон в комплексной терапии при ОРВИ у детей. Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городской инфекционной больницы г.Шымкента (ШГИБ). Проведен анализ 30 историй болезни детей в возрасте от 3 до 12 лет, находившиеся с диагнозом - острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Диагноз заболевания выставлялся с учетом эпидемиологического анамнеза, клинических данных. С целью оценки клинической эффективности лекарственного препарата больные были разделены на две группы, которые были сопоставимы по основным параметрам, влияющим на течение заболевания и эффективность проводимой терапии. Первую основную группу составили 30 детей, которые наряду с базисной терапией получали Эргоферон®. Вторую контрольную группу составили 30 детей, в лечении которых использовали только базисную терапию. Результаты и обсуждение. По ЮКО в 2015 году зарегистрировано 17080 случаев ОРВИ, из них 12164 – у детей, что на 1% меньше у взрослых и 3,6% больше у детей по сравнению с 2014 годом. Зарегистрированных случаев гриппа в 2015 году возросло в 2,2 раза у взрослых - 83 и 38 случаев в 2014 году, у детей в 3,02 раза - 44 и 14 соответственно. За период с ноября 2014 г. по сентябрь 2015г. за стационарной помощью с диагнозом: ОРВИ обратилось 6102 больных. По возрастному составу: от 0-4 лет – 3462, 5-14 лет – 711, 15-29 лет – 1184, 30-64 г.-658, 65 и старше – 87 больных. Клиническая картина у 30 наблюдавшихся детей протекала в виде повышения температуры, ринита, кашля, симптомов интоксикации. У 63% детей ОРВИ протекало в тяжелой форме. Заболевание началось остро и большинство детей поступили в стационар в первые сутки заболевания. Основными параметрами, используемыми для оценки эффективности препарата, являлись продолжительность температурной реакции и основных симптомов интоксикации, а также длительность катаральных явлений. Применение Эргоферон® приводило к сокращению периода лихорадки, интоксикации, катаральных явлений. Симптомы интоксикации при приеме Эргоферона® купировались быстро и составили в среднем 2,3±0,18 (p<0,05) дня. Длительность интоксикации, астеновегетативного синдрома в виде слабости, вялости, снижения аппетита была достоверно более продолжительной при использовании только базисной терапии в среднем на 1,2 дня. Сокращение продолжительности лихорадки у больных с ОРВИ после приема Эргоферона® до 2,3±0,21 (p<0,05). Длительность лихорадки при использовании только базисной терапии составила 3,7±0,33 (p<0,05) дней. При

ОРВИ в группе больных, получавших Эргоферон® имело место достоверное купирование катаральных симптомов. Сокращалось соответственно: длительность заболевания в 1,3 раза, кашля 1,4, ринита 1,2 дня. В ходе исследования не было зарегистрировано ни одного случая ухудшения течения заболевания, не отмечено развития осложнений, не было выявлено ни одного побочного явления, имеющего достоверную связь с приемом исследуемого препарата, не было отклонений лабораторных показателей. Выводы. Таким образом, острыми респираторными вирусными инфекциями в 2015 году чаще болело детское население -74%, а заболеваемость гриппом возросла у детей в 3,02 раза по сравнению с 2014 годом. Включение в комплексную терапию препарата Эргоферон® при острых респираторных вирусных инфекциях у детей способствовало более быстрому регрессу симптомов интоксикации и местных воспалительных проявлений, сокращению длительности температурной реакции и сроков лечения.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСНЫХ ПОЛИМЕРНЫХ ПОДЛОЖЕК ДЛЯ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ СИСТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Хайбуллина З.Р., Садыков Р.А., Ким О.В., Азимова М.Т.

ГУ «РСПМЦ Хирургии им.ак. В.Вахидова»

В Республике Узбекистан имеются разработки отечественных сорбентов на основе КАУ и АУЛ, которые могут быть использованы при создании отечественных систем для экстракорпоральной детоксикации (ЭД); важной задачей при этом является разработка фильтра для систем ЭД. Наличие фильтра позволит избежать попадания частиц сорбента в кровяное русло и таким образом предотвратить побочные эффекты сорбции. Присутствие дополнительных дезинтоксикационных свойств у фильтра будет способствовать снижению синдрома эндогенной интоксикации. Цель: испытание комплексных полимерных подложек из отечественного сырья - производных целлюлозы и полипропилена в качестве основы для создания фильтра для систем ЭД с дополнительными дезинтоксикационными свойствами. Материалы и методы. Образцы модифицированной хлопковой целлюлозы (МЦ) и полипропилена были предоставлены Институтом химии и физики полимеров АН РУз. Полимерные подложки для фильтров из полипропилена имели вид мембран со средним диаметром пор 5-100 мкм, химической стойкостью при диапазоне pH 3-14; устойчивы к действию кислот, оснований и сильных окислителей, а по механической прочности близки к лавсановым тканям. Модификация хлопковой целлюлозы проводилась путем функционализации целлюлозы с включением карбоксильных групп. Дополнительные дезинтоксикационные свойства определяли по способности полимерной подложки снижать уровень средних молекул плазмы (СМП), концентрацию фактора некроза опухоли альфа (ФНО-а), билирубина. Все субстраты определяли в плазме крови до и после пропускания через подложку: СМП по методу Габриэлян; ФНО-а – ИФА методом реактивами ЗАО «Бектор-Бест», Россия; билирубин, общий белок, альбумин, глюкозу, электролиты - на полном автоматическом биохимическом анализаторе VITROS-350 (США). Результаты. Было выявлено, что наилучшие показатели по удержанию частиц сорбента выявлены у МЦ при размере пор 10-16 мкм, что, однако уступает полипропилену. В тоже время, подложка из МЦ обладает дополнительными дезинтоксикационными свойствами: уровень билирубина после пропускания через нее снижается на 22% ( $p < 0,05$  относительно данных до фильтрации); СМП – на 25,4% ( $p < 0,05$ ); ФНО-а на 18,5% ( $p < 0,05$ ). Достоверных изменений концентрации глюкозы, общего белка, альбумина, электролитов после фильтрации не выявлено. Ранее нами были проведены тесты на гемосовместимость, коагуляцию, которые подтвердили биосовместимость по этим параметрам подложки из МЦ. Т.о., полимерная подложка из МЦ не оказывает влияния на гемокоагуляцию и периферическую кровь, морфологию эритроцитов, выгодно отличается тем, что имеет дополнительные дезинтоксикационные свойства (способность адсорбировать билирубин, СМП, ФНО-а). Учитывая, что МЦ является мелкодисперсной субстанцией, для предотвращения попадания микрочастиц МЦ в русло предложено сочетать МЦ и полипропилен для получения фильтра с заданными свойствами. В процессе работы установлено, что комплексная подложка из модифицированной целлюлозы + полипропилен обладает биологической инертностью, может подвергаться газовой стерилизации без разрушения структуры и свойств; обладает дополнительными дезинтоксикационными свойствами и способностью удерживать частицы сорбента. Проведенные доклинические испытания показали, что морфология эритроцитов, тромбоз, гемокоагуляция при использовании комплексной полимерной подложки в составе полипропилен+модифицированная целлюлоза не нарушаются. Вывод. Производные хлопковой целлюлозы являются не только дешевым легкодоступным материалом, но и обладают рядом дополнительных полезных свойств для фильтра в системе ЭД. Комбинация МЦ + полипропилен может быть предложена для дальнейших испытаний в качестве фильтра для систем для экстракорпоральной детоксикации.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

Хакимова С.З., Шарипова Г.К.

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Обосновать клинические особенности поражения нервной системы при хроническом бруцеллезе. Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 91 больной в период с 2016-2017гг, которые были госпитализированы в городскую клиническую больницу с диагнозом хронический радикулит. Всем больным было про-

ведено клинико-эпидемиологическое обследование со специфической лабораторной диагностикой (иммуноферментный анализ с определением антител к возбудителям бруцеллеза класса IgG и IgM, пластинчатая реакция агглютинации Хеддльсона. Результаты исследования. По полу преобладали женщины - 85%, мужчин - 15%. По возрасту: от 24 до 30 лет - 11,5%; от 30 до 40 лет - 19,2%; от 40 до 50 лет - 15,4%; от 50 до 60 лет - 38,5%; старше 60 лет - 15,4%. пациентов проживали в городе: 43,3%, в сельских районах области - 56,7%. У большинства пациентов (61,5%) установлен профессиональный характер заболевания: 38,5% - работники мясокомбината, 7,7% - ветеринарные врачи; 11,5% - доярки. У 38,5% больных алиментарный путь заражения: употребление в пищу некипяченого молока и сырых молочных продуктов (брынза, сливки, сметана и др.). В результате клинического обследования диагноз нами был установлен у 65,4% пациентов хронический бруцеллез с сочетанным поражением костно-суставной и нервной систем, а у 34,6% - с преимущественным поражением костно-суставной системы. Изменения крестцово-подвздошных сочленений, крестцовых и седалищных нервов являлись диагностически значимыми. Диагноз подтверждался результатами специфической лабораторной диагностики: методом ИФА у 46,1% пациентов определялись антитела к возбудителям бруцеллеза (*Bg. abortus*, *Bg. melitensis*) класса IgG и IgM, у 57,7% - положительной реакцией агглютинации Хеддльсона, у 46,1% - положительной реакцией агглютинации Райта в титре от 1/200 до 1/800; у 34,6% больных наблюдались одновременно положительные результаты и в ИФА и в реакции агглютинации Райта и Хеддльсона. Выводы. При диагностике хронического бруцеллеза следует учитывать эпиданамнез, преобладание латентных и первично-хронических форм низкой активности с поражением суставов и нервной системы (с характерной полиочаговостью), вегетативных реакций, наличием фиброзитов, длительного субфебрилитета, определяющих клиническую дифференциальную диагностику.

### **ИНФИЦИРОВАННОСТЬ БРУЦЕЛЛЕЗОМ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

На протяжении последнего десятилетия в Узбекистане ежегодно регистрируется от 400 до 700 больных с впервые диагностированным бруцеллезом. Нарушения со стороны нервной системы при хроническом бруцеллезе являются одними из часто встречаемых, при этом выявляются поражения как центральной нервной системы, клиника которых укладывается в синдромы арахноидита, менинго-энцефалита, миелита, так и периферической нервной системы в виде полинейропатий, радикулопатий, плекситов, невритов. Материалы и методы исследования. Были исследованы на предмет инфицирования бруцеллезом 103 пациента с различными моно- и полиневропатиями. Диагноз устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, клинических и неврологических проявлений, результатов специальных методов исследования (реакция Хедельсона, реакция Райта, РПГА с бруцеллезным антигеном, проба Бюрне). Результаты и обсуждение. В случаях, где был выявлен бруцеллез, начало заболевания сопровождалось лихорадкой неясной этиологии, ОРВИ, с обострением таких хронических заболеваний, как бронхит, тонзиллит. Положительная реакция Хедельсона и Райта была выявлена у 51 пациента с диагнозом: полирадикулоневропатия (29), невропатия лицевого нерва (13), невралгия тройничного нерва (9). Заболевания периферической нервной системы исследуемой группы от контрольной группы отличались длительностью течения, и устойчивостью к базисной терапии, обычно проводимого в таких случаях. Только при подключении иммунокоррекции и этиотропной терапии у больных наблюдалась тенденция к выздоровлению. Полученные данные следует обсуждать с двух позиций: 1) роль бруцеллезной инфекции в генезе неврологического заболевания; 2) бруцеллезная инфекция как индикатор исходного иммунного дефицита организма. Выводы. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что бруцеллезная инфекция чаще сопутствует вторичным аутоиммунным формам поражения нервной системы, и это позволяет думать, что бруцеллезная инфекция наряду с другими инфекционными факторами может инфицировать аутоиммунные процессы в нервной системе.

### **ПОСЛЕРОДОВАЯ БАКТЕРИУРИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ**

Хамидова Н., Хотамова М.Т.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Цель исследования. Оценка послеродовой бактериурии на фоне лечения амоксициллином. Материалы и методы обследования. Сравнить частоту истинной бактериурии при анализе средней порции мочи и образцов, полученных с помощью надлобковой пункции мочевого пузыря, а также оценить эффективность кратковременной терапии амоксициллином. Из 10 909 родильниц у 881 (8,1%) обнаружен рост микробов. Повторное исследование мочи, взятой путем надлобковой аспирации, проведено у 731 женщины и только у 48% из них бактериурия была подтверждена. Частота «загрязнения» средней порции мочи по данным различных авторов составляет 46-69%. Результаты обследования. Авторы считают надлобковую пункцию простым, безопасным и информативным методом. Риск бактериурии в послеродовом периоде увеличивается после оперативных родов, эпидуральной анестезии катетеризации мочевого пузыря. Только 27% женщин с бактериурией жаловались на расстройства мочеиспускания, у большинства из них про-

изводили катетеризацию мочевого пузыря. 230 родильниц получали лечение амоксициллином: 114 родильниц в течение 3 дней по 1,5 г/сут, 116 родильниц - в течение 10 дней по 750 мг/сут. Эффективность 2 режимов введения антибиотиков составила 96 и 98%. Выводы. Таким образом, родильницам с инфекцией мочевых путей может быть рекомендован короткий курс терапии антибиотиками, чтобы избежать длительного воздействия лекарственных препаратов на кормящую мать.

## МОДЕЛИРОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ HBV ЭТИОЛОГИИ С УЧЕТОМ МИКРО РНК РЕГУЛЯТОРОВ

Хидирова М.Б.<sup>1</sup>, Алиев Б.Р.<sup>2</sup>, Сайдалиева М.<sup>1</sup>, Абдукадырова М.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-инновационный центр информационно-коммуникационных технологий при Ташкентском университете информационных технологий имени Мухаммада аль-Хорезми, г. Ташкент,

<sup>2</sup>НИИ Вирусологии МЗ РУз

Гепатит В представляет одну из основных проблем здравоохранения, может приводить к развитию хронической болезни печени и гепатокарциноме. К настоящему времени основные регуляторные механизмы возникновения рака печени HBV этиологии не полностью выявлены. Раскрытие их существенно поможет определению механизмов гомеостаза организма и формирования инфекционного процесса при вирусных гепатитах В на молекулярно-генетическом уровне, разработать средства ранней диагностики опухолевого процесса и позволит найти эффективные пути целенаправленного лечебного и профилактического воздействия на молекулярно-генетическую систему клеток. Цель работы. Математическое моделирование регуляторных механизмов функционирования печени в норме и раковых новообразованиях HBV этиологии с учетом специфики взаимного функционирования генетических систем вирусов гепатита В (ВГВ) и гепатоцитов (ГЦ), временных взаимоотношений в цепи их регуляции и нелинейности эффекторно-репрессорных взаимодействий генов. Материал и методы исследования. Для моделирования регуляторных механизмов печени с учетом временных взаимоотношений использованы дифференциально-разностные уравнения с запаздывающими аргументами, методы теории бифуркационного и фрактального анализа, технология построения фазовых и параметрических портретов. Результаты. Результаты проведенных исследований математической модели регуляторики транскрипции и трансляции в молекулярно-генетической системе ГЦ и ВГВ с учетом микроРНК - регулятора экспрессии генов на посттранскрипционном уровне показывают возможность сложного поведения взаимосвязанной молекулярно-генетической системы гепатоцитов и ВГВ, включая механизмы взаимного подавления активности и симбиотического функционирования. При регулярных и нерегулярных колебаниях наблюдается периодическая активация систем ГЦ и ВГВ с последовательным чередованием доминирования и интенсивной экспрессией HBsAg и HBcAg. Выявлено, что развитие и прогрессия злокачественной опухоли печени HBV этиологии связано с нарушением регуляции функционирования генов и обусловлено эпигенетическими изменениями геномов под действием микроРНК регуляторов. Выводы. Таким образом, микроРНК являются осцилляторами-регуляторами (ОР) молекулярно-генетических процессов взаимного функционирования генетических систем ВГВ и гепатоцитов, различные степени нарушения ОР могут выступать как диагностические показатели для выявления злокачественных новообразований печени HBV этиологии на самых ранних стадиях, когда болезнь во многих случаях излечима.

## КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНЫХ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хикматуллаева А.С., Абдукадырова М.А., Жураева Д.Э.

НИИ Вирусологии МЗ РУз

Клинические проявления ЦП весьма разнообразны от минимальных до выраженных признаков заболевания. Кроме того, у 60–70% пациентов с хроническим вирусным гепатитом и циррозом печени (ЦП) течение заболевания вообще бессимптомное. В ряде случаев заболевание может проявляться в стадии декомпенсации ЦП. Все это значительно затрудняет возможность диагностики и выявления больных, инфицированных HBV, HCV, HDV (Ивашкин В.Т. и др., 2014). Существенное значение для улучшения прогноза качества жизни пациентов, имеют раннее выявление хронических заболеваний печени и исключение факторов риска развития ЦП, а также своевременная этиопатогенетическая терапия (Сторожаков Г.И. и др., 2009). Цель исследования. Определить клинические аспекты и лабораторные характеристики вирусных циррозов печени различной этиологии. Материалы и методы. Проведено комплексное клиничко - лабораторное обследование 357 больных ЦП, из них 67 с ЦП HBV этиологии (мужчин 37 - 55,2%, женщин 30 - 44,8%), 140 с ЦП HDV этиологии (мужчин 75 - 53,6%, женщин 65 - 46,4%), 150 больных ЦП HCV этиологии (мужчин 80 - 53,3%, женщин 70 - 46,7%). Средний возраст составил 46,9±5,6%; 34,2±3,8 и 52,5± 2,5 лет соответственно. Использовались: клинические, биохимические, серологические, молекулярно-биологические методы исследования, данные УЗИ, эластографии, МРТ. Результаты исследования. Распределение больных по тяжести патологического процесса было следующим: при ЦП HBV этиологии – к классу А отнесены 28 (41,8%) больных, классу В - 35 (52,2%), классу С - 4 (6,0%) больных. При HDV ЦП к классу А отнесены 52 (37,1%), классу В 77 (55,0%), классу С 11 (7,9%) пациентов. При HCV ЦП к классу А отнесены 40 (26,7%), классу В 100 (66,7%), классу С 10 (6,7%) пациентов. Очень трудно диагности-

ровать начальные стадии формирования ЦП, который может протекать бессимптомно или с минимальными признаками, что затрудняет их диагностику. В результате происходит несовпадение клинического, гистологического диагнозов и показателей инструментальных методов исследования. Симптоматика ЦП HBV, HDV и HCV этиологии примерно одинакова, но при HDV инфекции наблюдаются более выраженные симптомы. Наблюдалась прямая зависимость между длительностью болезни и тяжестью клинических проявлений. При ЦП любой этиологии уровень вирусной нагрузки уже не имел решающего значения, он не коррелировал с тяжестью процесса. При ЦП уровень вирусной нагрузки имел тенденцию к нарастанию с увеличением длительности заболевания. Выводы. 1. Вирусные ЦП различной этиологии по клиническим и биохимическим показателям мало отличаются друг от друга. 2. У большинства больных ЦП заболевание протекало латентно или со скудной симптоматикой, чаще только с астеновегетативными проявлениями. 3. Выраженность клинических проявлений не во всех случаях сочетались с морфологическими изменениями. При незначительных клинических проявлениях иногда наблюдаются выраженные морфологические изменения. Выявление клинико-морфологических вариантов болезни позволяет не только диагностировать, но и прогнозировать исход болезни.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ HBsAg, СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Хикматуллаева А.С., Абдукадырова М.А.

*НИИ Вирусологии ИЗ РУз*

В мире проводятся ряд научных исследований с целью достижения высокой эффективности ранней диагностики, прогнозирования и клиники цирроза печени HBV, HDV этиологии. В связи с этим, особое внимание уделяется оценке масштабов распространения хронических диффузных заболеваний печени вирусной этиологии, их осложнениям и неблагоприятным исходам, таким как ЦП. Цель исследования. Оценка социального бремени, обусловленного вирусами гепатита В в Республике Узбекистан. Материал и методы исследования. Для диагностики и оценки масштабов распространения вирусного гепатита В проведены выборочные скрининговые исследования в различных регионах Республики Узбекистан. Для диагностики гепатита В произведен забор крови в 5 регионах Республики Узбекистан – это Ташкент и Ташкентский вилоят, Восточный регион, куда вошли Наманганский и Ферганский вилояты, Северный и Западный регионы, куда вошли Навоинский, Хорезмский вилояты и Республика Каракалпакстан, Южные и Юго Западные регионы в составе Кашкадарьинского, Сурхандарьинского, Бухарского вилоятов, Центральные регионы с Джизакским и Сырдарьинским вилоятами. Всего на наличие HBsAg в крови обследовано 1645 образцов крови условно здоровых лиц, которые не обращались по поводу заболеваний печени в прошлом и не имели жалоб по поводу других заболеваний. Этиологический диагноз устанавливали на основании результатов иммуноферментного анализа (ИФА). В качестве тест-систем использовались диагностические наборы «ДС» (Нижний Новгород) для выявления HBsAg в сыворотке крови. Результаты исследования. Положительные образцы выявлены в 8,3% образцов сыворотки крови. Наибольший процент HBs-антигемии был в Южных и Юго-Западных регионах, где из 530 образцов – положительных было 9 (12,4%), Центральном регионе из 274 образцов 33 (12,0%) положительных, реже в Восточном регионе, котором из 133 образцов 14 (10,5%) положительных, в Северном и Северо-Западных регионах из 313 образцов 32 (10,2%) положительных. Самая низкая частота встречаемости из 500 образцов 9 (1,7%) положительных отмечены на территории Ташкента и Ташкентского вилоята. Выводы. Таким образом, представленные данные дают основание считать, что осуществление полноценного персонализированного учета больных ХГВ и эффективное наблюдение за ними в настоящее время невозможно без скринингового обследования практически здоровых лиц на HBsAg и наблюдение за больными с HBs-антигемией. Отсутствие единого регистра больных вирусными гепатитами не позволяет получить должный объем информации в масштабах страны в целом и по регионам в отдельности. По полученным данным они составили соответственно 8,3% среди «здорового» населения.

## ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Хотамова М.Т.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Цель работы. Проведение бактериологического исследования после преждевременного разрыва плодных оболочек. Материалы и методы обследования. Обследовано 243 ребенка, рожденных после преждевременного излития вод, у 20 из них масса тела была менее 2000 г. Контрольную группу составили 100 новорожденных. Кроме того, исследование проведено у 131 ребенка без преждевременного излития вод, но имеющего факторы риска развития инфекции. Проведено бактериологическое исследование артериальной крови плаценты, мекония и содержимого наружного слухового прохода. Результаты обследования. У 26% новорожденных основной группы из всех 3 источников получены одинаковые бактерии: *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Enterococcus*, *Streptococcus* группы В. Из 131 ребенка в группе без излития вод, но имевшего риск развития инфекции, положительные культуры получены у 7% детей. Частота инфекционных осложнений при длительности безводного промежутка в пределах 24 ч составила 10%, при длительности

более 24 ч - 30%. В контрольной группе из 100 новорожденных только у 5 были положительные культуры крови, посев мекония и содержимого наружного слухового прохода был отрицательным. Выводы. клиническая картина сепсиса у 50% детей развилась в 1-е или 2-е сутки жизни. Наиболее специфичным ранним диагностическим признаком сепсиса является положительная культура крови. Все виды бактерий, выделенных из крови, кроме энтерококков, были чувствительны к цефотаксиму и гентамицину.

### **HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ И АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Худайберанова Н.Х.

*Ташкентская медицинская академия*

Как указано в литературе, инфекция *Helicobacter pylori* проявляется различными неожиданными симптомами внегастральных заболеваний. Одна из них - железодефицитная анемия в период полового созревания. Мы провели контролируемое исследование среди детей в возрасте от 10 до 17 лет, периода полового созревания, с железодефицитной анемией и сосуществующей инфекцией *Helicobacter pylori*. Эрадикация *Helicobacter pylori* в указанной группе привела к разрешению дефицита железа. У 58 детей (32 мальчиков и 26 девочек), были измерены гемоглобин, уровень железа в сыворотке, сывороточный ферритин и IgG-антител к *Helicobacter pylori*. Уровни гемоглобина, сывороточного железа, и сывороточный ферритин были измерены в группе с наличием и отсутствием инфекции *Helicobacter pylori*. Распространенность анемии, дефицита железа, железодефицитной анемии и инфекции *Helicobacter pylori* составила 26,9%, 15,8%, 23,1% и 27,3% соответственно. Положительные показатели *Helicobacter pylori*, сопутствующей анемии, гипoferритинемии и дефицита железа были соответственно 34,2%, 19,5% и 35,3% соответственно, по сравнению с 19,6% в группе где нет анемии и 12,2% в группе где нет гипoferритинемии и 19,4% в группе, не содержащей железа. Положительная частота *Helicobacter pylori* составила 44,8% по сравнению с 23,7% в группе, не содержащей анемии. Уровень ферритина в сыворотке был значительно ниже у инфицированной *Helicobacter pylori* группы ( $p = 0,0002$ ). Ассоциации между статусом железа и *Helicobacter pylori* были явными в основном группе девочек. Мы предполагаем, что это связано с тем, что подростки-девочки более уязвимы к дефициту железа. *Helicobacter pylori* может влиять на метаболизм абсорбции железа в желудке и усугублять дефицит железа у подростков, особенно девочек.

### **HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ И ОТСТАВАНИЕ В РОСТЕ У ДЕТЕЙ**

Худайберанова Н.Х.

*Ташкентская медицинская академия*

Считается, что инфекция *Helicobacter pylori* может повлиять на темпы роста у детей. Целью этого исследования было оценить распространенность *Helicobacter pylori* инфицированных и неинфицированных субъектов. Материалы и методы. 116 детей в возрасте от 9 до 17 лет были обследованы на инфицированность *Helicobacter pylori* с помощью теста на дыхание <sup>13</sup>C-мочевинной. Проводили мониторинг роста по стандартной шкале. Тридцать из 116 детей (25,8%) были положительными *Helicobacter pylori*. Распространенность инфекции увеличивалась с возрастом. Восемь среди 30 пациентов с положительным *Helicobacter pylori* (16,8%) имели показатели роста ниже чем 25 центилей, по сравнению с 6-ю среди 86 *Helicobacter pylori* отрицательными детьми (7,1%). Такое явное различие наблюдалось в группе у детей в возрасте от 9 до 14 лет. Выводы. Таким образом, инфекция *Helicobacter pylori* была связана с задержкой роста у детей старшего возраста. Инфекция *Helicobacter pylori* является одним из факторов окружающей среды, способных влиять на рост.

### **ВИЧ - ИНФЕКЦИИ И ХЕМОКИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ CCR-5**

Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Кадилов Ж.Ф., Эрматов Б.С.

*Ташкентская медицинская академия, Ташкентский государственный стоматологический институт*

Известен успешный случай трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) периферической крови в 2007 году в Германии ВИЧ- инфицированному пациенту с острым миелоидным лейкозом о донора с генотипом CCR5 delta32/delta32. При этом вирусная нагрузка в плазме крови и в биоптатах различных органов, включая кишечник, печень, лимфоузлы, остается на неопределяемом уровне по настоящее время. Однако, несмотря на успешность проведенного лечения, это был лишь единичный случай, и в последующем ни одной трансплантации ГСК для лечения ВИЧ-инфекции проведено не было. Данное обстоятельство связано не только с редкой встречаемостью полиморфизма CCR5 Delta 32, но и с необходимостью строгой совместимости донора и реципиента по системе HLA, что создает значительные сложности для подбора соответствующего реципиента в регистре доноров ГСК костного мозга и периферической крови. Также некоторые авторы отмечают уменьшение встречаемости рассматриваемого полиморфизма с севера на юг Европы. Так, наибольшая частота носительства делеционного аллеля обнаружена в финской и мордовской популяциях – 16%, наименьшая частота – на Сардинии (4%). Также высокая распространенность данного полиморфизма выявлена во Франции (13,6%) и Дании (12,3%). В южных странах отмечено снижение встречаемости полиморфизма: у итальянцев – 5,6%, у португальцев – 5,2%, у корсиканцев – 1,2%. Высокая частота носительства наблюдается

у российских поморов – встречаемость полиморфизма в гомозиготном состоянии достигает 3,1%, гетерозиготами являются 30,2%. Также высокая встречаемость отмечена у гагаузов (2,1% гомозиготное носительство, 19,9% - гетерозиготное носительство) и у западных украинцев (2,1% гомозиготное носительство, 20,8% - гетерозиготное носительство). У гомозигот CCR5del32 отмечается значительная, практически полная устойчивость к ВИЧ-инфекции. Среди инфицированных пациентов, гомозигот по CCR5del32 выявлено не было, а частота гетерозигот была ниже на 35% по сравнению с группой контроля. Анализ выживаемости указывает на то, что у гетерозигот по делеции отмечено более медленное прогрессирование заболевания. По данным американских ученых, исследовавших 1635 пациентов европейского происхождения и 215 – африканского, аллель CCR5del32 на 31% снижает риск развития и на 39% риск смерти от СПИДа. Хемокин RANTES (regulated on activation, normal T expressed and secreted) является основным лигандом для CCR-5. Повышенный уровень RANTES был выявлен у людей, избежавших заражения при контакте с ВИЧ-инфицированными, а также у пациентов с замедленным развитием заболевания. Один из семи полиморфизмов, найденных в CCL5 (ген, кодирующий RANTES), расположен в регуляторной области первого интрона и приводит к различиям в способности связывания аллелей с ядерными белками, что вызывает уменьшение транскрипционной активности в четыре раза. Снижение скорости синтеза RANTES у носителей этого аллеля ведет к быстрой прогрессии СПИДа, по-видимому, из-за увеличения количества рецепторов CCR-5, не занятых лигандом и доступных для репликации вирусных частиц. Таким образом, в литературе имеется ряд исследований по изучению роли хемокинового рецептора в патогенезе ВИЧ-инфекции. Однако данные о зачастую противоречивы, возможно, в связи с тем, что различные хемокины могут оказывать различное воздействие на репликацию вируса или их действие может быть подавлено вирусными факторами. Это диктует необходимость проведения дальнейших исследований по изучению роли генетических факторов в патогенезе ВИЧ-инфекции.

### **ЗНАЧЕНИЕ ДИЕТОЛОГИИ АВИЦЕННЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ**

Худойдодова С.Г.

*Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али Ибн Сино*

Суть Восточной медицины «Лечить заболевание, а не симптомы, весь организм, а не отдельный орган». Восстановить баланс энергии и запустить механизмы самоисцеления. Восточная медицина рассматривает организм человека во взаимосвязи с окружающим миром. Выздоровление – это достижение баланса между всеми системами человеческого тела. Лечение больных при заболеваниях печени Восточной медицины состоит из трех этапов. Первым этапом является предварительные меры для излечения, то есть подготовка полноценному лечению. Например, если для излечения, болезни необходимо дать слабительное средство и очистить организм, прежде всего дать средство, доводящее сырые материи до степени их созревания и готовности их к выведению из организма. В этом заключается первый этап лечения. Спустя некоторое время дают слабительное. Это будет второй этап лечения, то есть непосредственное лечение. После больному дают определенную пищу и питье, то есть назначают диету и это является третьим этапом лечения. Исходя из этих принципов нами было рекомендовано больным с хроническим гепатитом различной этиологии, ежедневный план приёма пищи по принципам Авиценны. Было отмечено положительный эффект. Диетология Авиценны при печеночных патологиях рекомендует нежирные сорта мяса говядины без фасции и сухожилий, суп с кислым незрелым виноградом (гурабо), кислая пища с добавлением барбариса, вареная сыворотка из кислого молока, свежий салат, персик, ячмень, сок гранаты, настой изюма, фундук. Было исключено из рациона жирные сорта мяса, белый свежий хлеб, слоёное и сдобное тесто, требуха, жареные блюда, сладости, спиртные напитки. При соблюдении выше изложенной диеты у больных с хроническим гепатитом наступило улучшение пищеварения, исчезновения вздутия живота, улучшение функции печени. Исходя из выше изложенного можно сделать следующие Выводы. Соблюдение диеты и приём диетических продуктов у больных хроническим заболеваниями печени способствует улучшению функции органов пищеварения, снижает развитию дальнейшего патологического процесса в печени и приводит к быстрому эффекту консервативных лечения.

### **ТЕЧЕНИЕ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ**

Хужакулов Д.А., Худаярова Г.Н.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Одной из характерных черт инфекционной патологии последних лет является значительный рост острых кишечных инфекций (ОКИ), вызванных условно-патогенными микроорганизмами (УМП). В основном пищевые токсикоинфекции (ПТИ) вызываются одним возбудителем, редко – одновременно двумя и более (микст-инфекция). Целью нашей работы явилось выявление динамики, структуры и особенности распространения ПТИ, вызванных двумя условно-патогенными микроорганизмами, выяснение эпиданамнеза, изучение особенностей клинического течения кишечных инфекций и спектра возбудителей по результатам бактериологического посева. Материал и методы исследования. Нами было проанализировано 54 историй болезни больных в возрасте от 12 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении ЦРБ Пайарикского района в Самаркандской области на 3 г. В период с 2015 по 2018 г. с диагнозом ПТИ. Результаты. При выяснении эпидемиологического анамнеза установлено, что заражение

происходило при употреблении продуктов с нарушенными сроками хранения, недостаточной термической обработкой. Факторами передачи ПТИ в 38% случаев явились различные салаты, овощи, фрукты; в 26% – мясные продукты; в 28% – молочные продукты (кефир, молоко, йогурт); в 8% – кондитерские изделия. По результатам нашего исследования в клинике доминировали симптомы гастроэнтерита (87%). Основными симптомами были: боли в животе (67%), тошнота, рвота (81%), жидкий стул (93%), повышение температуры тела (62%). Продолжительность диарейного синдрома составило в среднем 2–3 дня. Преобладало среднетяжелое течение ПТИ – 22 больных (40,74%), легкое течение у 23 больных (42,59%) и тяжелое у 9 (16,6%). Результаты бактериологических анализов показали, что высеив возбудителей из испражнений наблюдался в 42 (77,7%) случаях, из промывных вод желудка – в 12 (22,2%), наиболее частыми возбудителями были *V. Klebsiellae* + *St. aureus*, выделены – у 7 больных (12,9%). Выводы. Таким образом, установлено, что факторами передачи ПТИ часто явились салаты, мясные и молочные продукты. По клиническому течению доминировал легкое и среднетяжелое формы ПТИ. Результаты бактериологических анализов показал, что большой удельный вес среди ОКИ занимают заболевания, вызванные УПМ.

### КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шавази Н.М., Закирова Б.И., Атаева М.С., Карджавова Г.А., Рашидова М.В.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель работы. Изучение взаимосвязей между показателями микробиоты кишечника и тяжестью клинико-лабораторных показателей при остром обструктивном бронхите у детей. Материал и методы исследования. Обследованы 60 больных детей раннего возраста с острым обструктивным бронхитом. Изучение микробиоты кишечника и выделение бактерий проводилось по общепринятой методике посева испражнений, разработанной Р.В. Эпштейн–Литвак в модификации М.А. Ахтамова с соавторами. Результаты. Изучение корреляционных взаимосвязей при остром обструктивном бронхите показало, что имеется тесная обратная корреляция между тяжестью состояния больного и уровнем облигатной микрофлоры, т.е. чем тяжелее было состояние больных, тем меньше была концентрация бифидобактерий и лактобактерий ( $r=-0,710$  и  $r=-0,693$ ). Слабые корреляционные связи наблюдались между степенью тяжести заболевания и уровнем лактозопозитивных эшерихий ( $r=-0,462$ ). Такая же слабая корреляция была при изучении тяжести состояния больных с острым обструктивным бронхитом и условно-патогенной флорой - клебсиеллой и цитробактером, но связь здесь носила прямой характер ( $r=+0,521$  и  $r=+0,502$  соответственно). У больных детей с острым обструктивным бронхитом выявлена тесная прямая взаимосвязь между тяжестью состояния и уровнем патогенной флоры кишечника. Так, корреляционный показатель при сопоставлении золотистого стафилококка и гемолитической кишечной палочки составил  $r=+0,704$  и  $r=+0,711$  соответственно. Прямая средней степени взаимосвязь выявлена между тяжестью состояния больных детей с острым обструктивным бронхитом и уровнем грибов *Candida* ( $r=+0,602$ ). Кроме того, исследования показали, что чем тяжелее обструктивный синдром, тем ниже была концентрация бифидобактерий и лактобактерий ( $r=-0,655$  и  $r=-0,623$ ), то есть, выявлена обратная корреляционная взаимосвязь. При остром обструктивном бронхите имело место повышение IgE до 45 кЕ/л всего у 40,0% больных детей, что подтверждалось эозинофилией до 8,3% в 36,7% случаях. Анализ результатов обследования детей с острым обструктивным бронхитом и микробиоты кишечника показал, что уровень IgE у этих детей отражается на состоянии кишечного микробиоценоза. Так, отмечена обратная корреляционная взаимосвязь между уровнем IgE и количеством бифидо- и лактобактерий, которая носила тесный характер ( $r=-0,803$  и  $r=-0,788$  соответственно), а также прямая взаимосвязь между уровнем условно-патогенной и патогенной флоры и уровнем IgE ( $r=+0,608$  и  $r=+0,589$ ). В тоже время, корреляционные связи между эозинофилией и количеством облигатной флоры были менее тесны ( $r=-0,535$  и  $r=-0,552$ ), в отличие от IgE. Анализ корреляционных взаимосвязей между основными клиническими симптомами острого обструктивного бронхита и микробиотой кишечника показал, что изменение состава микрофлоры кишечника отражается на функциональной способности желудочно-кишечного тракта, нарушая процессы всасывания, и способствует росту сенсibilизации и бронхоконстрикции, утяжеляя состояние больного ребенка. Выводы. Таким образом, у детей с острым обструктивным бронхитом тяжесть клинико-лабораторных проявлений тесно взаимосвязана с дисбиотическими нарушениями микрофлоры кишечника.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АТОПИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

Шавази Н.М., Закирова Б.И., Ибрагимова М.Ф., Алланазаров А.Б., Турсункулова Д.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский Филиал*

*Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи*

Цель работы. Анализ и выявление особенностей течения респираторных инфекций на фоне атопических реакций у детей. Материал и методы исследования. Изучены результаты мультифакторного анамнестического и клинико-статистического обследований 60 детей с острой респираторной инфекцией на фоне атопических реакций, находившихся на стационарном лечении в отделениях детской реанимации и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП. I группу составили 30 больных детей с респираторными инфекциями без признаков атопии, II группу - 30 больных детей с

респираторными инфекциями, имевшие признаки аллергических реакций. Результаты. 10,0% больных госпитализированы в течение первых суток от начала заболевания, 56,7% – на 2-3 сутки и остальные 33,3% – в течение более 3 суток. Наблюдения показали, что родители больных II группы, в 2,8 раз чаще (33,3% против 11,7%) поздно (на 3 сутки и позже от начала заболевания) обращались за медицинской помощью. В отличие от больных I группы, во II-ой отмечалась более (в 2,5 раз) высокая частота встречаемости одышки (соответственно 18,3% и 46,7%), с усилением ее при незначительной физической нагрузке во всех случаях и у каждого третьего ребенка в ночное время. У больных II-ой группы дыхательная недостаточность 1-2 степеней выявлена в 31,7% случаях и 3 степени - у 8,3% больных, которые были госпитализированы в отделение детской реанимации. Исследования показали, что факторы риска, объясняющие рост и распространение аллергических реакций переменны. У большинства больных детей выявлен ряд факторов риска, предрасполагающих развитие аллергических реакций. Анамнестическое обследование больных детей с респираторными инфекциями показало, что факторы, способствующие появлению атопии, у больных II группы встречались чаще, чем в I группе. Так, в неонатальном периоде обнаружены наличие вирусно-бактериальных инфекций матери (63,3% и 25,0%), в том числе, бактериальный вагиноз и мастит (11,7% и 5,0%), осложненное течение беременности и родов (20,0% против 8,3%), оперативное родоразрешение (13,3% и 5,0%), позднее прикладывание к груди матери (15,0% и 1,7% соответственно). В постнатальном периоде во II группе также чаще, чем в I группе выявлены диспепсические явления (28,3% и 11,7%), раннее искусственное вскармливание (31,7% и 8,3%), рахит (30,0% и 13,3%), анемии (70,0% и 33,3%), атопический дерматит (50,0% и 90,0%), изменения в психоневрологическом статусе ребенка (58,3% и 15,0%); а также инфекционные и соматические заболевания (25,0% и 6,7%), частые респираторные инфекции (86,7% и 28,3%), нерациональное использование антибиотиков (46,7% и 15,0%), нестероидных противовоспалительных препаратов (18,3% и 3,3%), гормонотерапия (11,6% и 1,7%). Первопричиной лихорадки, насморка, дерматита, неврологических расстройств, диареи и других патологических реакций зачастую являлась атопия. Выводы. Таким образом, острое течение респираторной инфекции, сопровождающееся выбросом медиаторов воспаления, определяет развитие атопических реакций в детском возрасте. Больные дети с атопией, ввиду снижения противовирусной и противомикробной защиты более предрасположены к рецидивированию респираторных инфекций, несмотря на соответствующее лечение. В связи с этим, с целью снижения детской заболеваемости, контингент больных детей с респираторными заболеваниями на фоне атопии, должен находиться на диспансерном учете.

## ВЛИЯНИЯ МНОГОКРАТНЫХ ПЕРЕСЕВОВ КУЛЬТУР ЭШЕРИХИЙ НА ПРОДУКЦИЮ ИМИ ГЕМОЛИЗИНА

Шайкулов Х.Ш., Вахидова А.М., Муратова З.Т.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Было изучено 15 гемолитических культур *E. coli*, хранившиеся в течение 3-5 мин в лаборатории при +4°C. Культуры пересевались от 3 до 6 раз с интервалом через день на 5% кровяной агар. В итоге они восстановили свои гемолитические свойства: при пересеве из 100 изученных колоний от 8 до 80 давали гемолиз. Для определения гемолитической активности культуры засеивались точечным способом на чашки с мясопептонным агаром, содержащим 5% кроличьих, бараньих, куриных, лошадиных, говяжьих, собачьих эритроцитов и эритроцитов человека. Через 18-24 часа инкубирования при 37°C вокруг колоний образовались зоны просветления, если они образовали гемолизины. После этого у всех штаммов определяли титр гемолизина. Результаты. В процессе наблюдений нами было установлено, что некоторые гемолитические штаммы *E. coli* при длительном хранении в лабораторных условиях теряют гемолитическую активность. При многократном пересеве (3-6 раз) на 5% кровяном агаре они восстанавливали гемолитические свойства. Результаты определения гемолитических культур до и после хранения в лабораторных условиях в течение 3-5 лет, установлено, после многолетнего хранения гемолитических культур в лабораторных условиях почти у всех штаммов отличается снижение продукции гемолизина. Выводы. 1. Эшерихии продуцируют 2 типа гемолизина –  $\alpha$  гемолизин зеленой зоной гемолиза и  $\beta$  – гемолизин со светлой зоной гемолиза. 2. Гемолизины эшерихий имеют белковую природу. 3. Эшерихии, выделенные, при кишечных расстройствах у детей грудного возраста хорошо лизируют эритроциты человека, кролика и барана; эритроциты лошади, коров, кур, лизируются слабо и не всегда. 4. При длительном хранении (до 2-х лет) лабораторных гемолитических культур эшерихий, выделенных при кишечных расстройствах у детей грудного возраста штаммы теряют гемолитическую активность. Гемолитическая активность восстанавливается после 3х 6 кратного пересева на 5% кровяной агар, однако титр гемолизинов снижается в 2 – 3 – 4 раза.

## ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ПОНОСАХ У ДЕТЕЙ

Шайкулов Х. Ш., Хужакулов Д. А., Юсупов М. И.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель работы. Изучение количественного и качественного состава микрофлоры кишечника при его воспалительных заболеваниях и у практически здоровых людей. Материал и методы исследования. Обследовано 118 больных острыми кишечными заболеваниями недизентерийной этиологии и 193 здоровых (119 - детей, 74 - взрослых) лиц. Стерильным тампоном и зондом брали исследуемый материал и готовили суспензию, высевали на питательные

среды Эндо для выделения кишечной палочки, желточно – солевой агар (ЖСА) – для выявления стафилококков, Сабуро – дрожжевых грибов. Гемолитические формы изучали на кровяном агаре. Культивировали бактерии в условиях инкубатора при температуре 37°C в течение 24 – 72 часов. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы Microsoft Excel. Результаты. Установлено, что у практически здоровых детей кишечные палочки высеваются в 100% случаев. Несколько реже (84,5 ± 3,3%) высеваются энтерококки. Сравнивая гемолитическую флору кишечника больных детей с данными от здоровых выяснили, что гемолитические стафилакокки обнаруживаются у 54,9% больных, что в четыре раза превышает цифры, полученные от здоровых только золотистые стафилакокки высевались у 14,4% больных, а у здоровых вообще не были обнаружены. Гемолитические энтерококки в пять раз чаще высевались у больных по сравнению с данными от контрольной группы. Дрожжевые и дрожжеподобные грибки у здоровых высевались в 5,1% случаев, а у больных они обнаруживались более, чем в 3,5 раза. То же самое наблюдалось в отношении высеваемости бактерий группы протейной палочки. При острых кишечных заболеваниях дизентерийной этиологии в подавляющем большинстве случаев высевались флоры в ассоциации трех, четырех видов микроорганизмов. (32,4 и 42,3%). При этом наиболее часто регистрировались ассоциации из кишечной палочки + энтерококка + стафилакокка + протейная палочки. При хронических колитах и энтероколитах гемолитические энтерококки выделялись в восемь раз чаще, чем у практически здоровых, а у больных с хронической дизентерией в три раза. Дрожжевых и дрожжеподобных грибков выделялись почти у половины (47,4%) обследованных больных с хроническими колитами и у 25% детей, больных затяжной и хроническими формами дизентерии. В то время у практически здоровых лиц они выделялись в 5,1 – 5,7% случаев. Выводы. 1. При поносах у детей резко увеличивается количество микроорганизмов с признаками патогенности (гемолитические кишечные палочки 85%, гемолитические стафилакокки 54,9%, гемолитические энтерококки 62%, дрожжевые грибки 25% случаев). 2. Гемолитические эшерихии высокой частотой (85,0 ± 1,7) выделяются от больных детей и низкой частотой (8,2 ± 1,5) от здоровых детей, что необходимо учитывать при лабораторной диагностики диареи.

### ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНЫЙ РЕТИНИТ В ПРАКТИКЕ ИНФЕКЦИОНИСТА

Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Галимов Р.Р., Латыпова Г.Р., Старостина В.И.

*Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Российская Федерация*

В настоящее время отмечается повышение количества ВИЧ-инфицированных больных, имеющих клинические проявления заболевания и находящиеся на стадии развития синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Непростая ситуация и в нашей Республике Башкортостан, где регистрация ВИЧ – инфекции началась с 1994 года. На начало 2017 года в Республике Башкортостан выявлено ВИЧ-инфицированных – 2420 чел., из них мужчин – 1527 (63,1%), женщин – 893 (36,9%). Показатель заболеваемости по РБ составляет 59,5 на 100 000 населения. По сравнению с аналогичным периодом 2016 года регистрируется снижение заболеваемости на 1,86 % (с 60,63 до 59,5 на 100 000 населения). Поражение глаз при цитомегаловирусном ретините при ВИЧ инфекции чаще носит двусторонний характер. Постановка диагноза осуществляется вследствие обнаружения совокупности изменений серологических данных, ПЦР крови с обнаружением ДНК вируса, при возможности с исследованием ПЦР внутриглазной жидкости, в также КТ-глаза с обнаружением выраженных изменений- отслойки сетчатки, отека. В клинической практике по данным ГБУЗ РБ ИКБ №4 г. Уфы мы наблюдали развитие цитомегаловирусного ретинита у пациентов на фоне иммуносупрессии (как с ВИЧ- инфекцией, так и без ВИЧ-инфекции). Пациент Б., 39 лет, поступил в октябре 2017 года с жалобами на головную боль, бессоницу, снижение остроты зрения на оба глаза в течение трех недель. При осмотре пациента выявлено наличие мелкопятнистой сыпи на туловище пациента, инъекции склер, расширение зрачков, умеренная гиперемия зева, кандидоз языка, ротовой полости, ослабление дыхания, увеличение печени (ниже края реберной дуги на +1,0, +2,0, +2,0). При опросе пациента выявлены следующие эпидемиологические данные - в семье 4 человека, со слов больного – все здоровы, пациент употреблял наркотические препараты до 1999 года, периодически отмечает употребление алкоголя, беспорядочные половые связи; в настоящий момент болен ВИЧ - инфекцией (с 2003 года), состоит на учете в Центре СПИД и ИЗ, от терапии ВААРТ отказывается. Учитывая данные был поставлен предварительный клинический диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия вторичных проявлений: цитомегаловирусная инфекция: мононуклеозоподобный синдром, хориоретинит. По лабораторным данным: СОЭ – 18 мм/час, б/х анализ крови: мочевины и креатинин в норме, кровь ИФА на ВИЧ-антитела ВИЧ - обнаружены; ИФА на ЦМВ - IgM не выявлены, IgG 3,0, при индексе авидности 29%; ИФА на вирус простого герпеса 1 и 2 типа - IgM не выявлены, IgG 1:100 коэффициент позитивности 1,9; ПЦР в крови на ДНК ЦМВ – ДНК ЦМВ обнаружена. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости – диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы. Внутрибрюшной лимфаденит. Больной был консультирован офтальмологом в Уфимском НИИ глазных болезней. На основании результатов обследования: визометрия – VOD = 0,4, VOS = 0,5; оптическая когерентная томография – OD: Перипапиллярные нервные волокна утолщены в височном, верхнем и носовом сегментах, в нижнем – норма, OS: Перипапиллярные нервные волокна истончены во всех сегментах. Заключительный диагноз: Цитомегаловирусная инфекция: цитомегаловирусный хориоретинит, мононуклеозоподобный синдром. Соп: V20, стадия вторичных заболеваний IV B стадия. Наиболее часто ретинит цитомегаловирусной этиологии характеризуется появлением участков некроза сетчатки, распространяющихся вдоль сосудов от периферии к центру, в процесс могут вовлекаться как один, так и оба глаза. Частота отслойки сетчатки при ВИЧ- инфекции (ЦМВИ-

ретените) составляет от 24 до 58% и является причиной развития слепоты. Таким образом, необходимым условием сохранения качества жизни ВИЧ-инфицированных пациентов является динамическое наблюдение, которое должно осуществляться не только инфекционистом, но и офтальмологом, что может повысить выживаемость пациентов в случае прогрессирования ВИЧ и развития ЦМВИ - ретинита.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЯМЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ПЕРВОМ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ

Шамсивалиева К.А., Имамбаева Г.Г., Колос Е.Н., Бектаева Р.Р.

АО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан

Цель работы. Широко используемое на современном этапе лечение хронического гепатита С (ХГС) пегилированными интерферонами и аналогами нуклеозидов характеризуется плохой переносимостью препаратов и низким уровнем устойчивого вирусологического ответа. Эффективность и безопасность противовирусной терапии ХГС может быть улучшена за счет использования безинтерфероновых режимов лечения новыми противовирусными препаратами прямого действия (ПППД). В данном исследовании оценивалась эффективность и безопасность использования комплексного препарата паритапревир/ритонавир, омбитасвир и дасабувир у пациентов с ХГС, инфицированных HCV 1b генотипа. Методы и материалы. 12 больных ХГС, инфицированных HCV 1b генотипа, получали паритапревир 75 мг/ритонавир 50 мг, омбитасвир 12,5 мг в один прием и дасабувир 250 мг 2 раза в сутки в течение 12 недель в городском гепатологическом центре г.Астаны. У всех пациентов отмечались абсолютные противопоказания к назначению пегилированных интерферонов при наличии тяжелой сопутствующей патологии: декомпенсированные заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипотиреоз) - 25,0%; состояние после комплексного лечения онкологических заболеваний - 16,7%; врожденные пороки сердца с сердечной недостаточностью - 16,7%; эпилепсия - 16,7%; тяжелая макулодистрофия сетчатки - 8,3%; неконтролируемая депрессия - 8,3%; состояние после перенесенного туберкулеза - 8,3%. При фибросканировании печени у 5 пациентов определялся фиброз F2 с плотностью печени от 7,8 до 8,9 кПа; у 4 пациентов – F3 (от 10,4 до 12,2 кПа); у 3 пациентов – F4 (от 16,9 до 46,4 кПа). Оценка вирусной нагрузки проводилась методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени (CFX 96, BIORAT, США) с пределом чувствительности 15 МЕ/мл. Количественная оценка виремии оценивалась до лечения, далее на 4, 8, 12 неделях лечения, затем - через 12 и 24 недели по окончании курса терапии. Начальный уровень виремии в исследуемой группе пациентов отмечался в пределах от  $1,4 \cdot 10^5$  МЕ/мл до  $3,5 \cdot 10^7$  МЕ/мл. Клинико-лабораторные показатели регистрировались до, вовремя и после лечения. Исследования уровней гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, проводимые до начала противовирусной терапии, были в пределах нормативных величин. Функциональные пробы печени до начала лечения демонстрировали наличие минимальных синдромов цитолиза (АЛТ от 5 до 109 Ед/л, АСТ от 13 до 91 Ед/л) и холестаза (общий билирубин 51,2 ммоль/л, прямая фракция 9,9 ммоль/л). Результаты. В процессе лечения отмечалась 100% приверженность пациентов к проводимой терапии. Прерывания лечения из-за нежелательных явлений не регистрировалось. У всех пациентов определялись побочные симптомы легкой или средней тяжести: головная боль у 12 больных (100%); общая слабость, утомляемость у 11 (91,6%); тошнота у 2 (16,7%); диарея и снижение аппетита у 1 (8,3%), артралгии у 1 (8,3%), повышение артериального давления у 1 (8,3%). Таким образом, наиболее частыми побочными явлениями были слабость и головная боль. На фоне лечения нормализация показателей функциональных проб печени регистрировалась на 4-й неделе лечения, изменений общего анализа крови не отмечалось. При исследовании сыворотки крови в ПЦР через 12 и 24 недели после завершения терапии HCV не определялся. Частота устойчивого вирусологического ответа составила 100%. Резюме. Применение комплексного препарата паритапревир/ритонавира, омбитасвира и дасабувира без рибавирина является эффективным и безопасным лечением даже у пациентов, имеющих сложную сопутствующую патологию, в условиях реальной клинической практики в Астане. После эрадикации вируса имело место улучшение клинико-лабораторных показателей.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЦИСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Шамсиев А.М.<sup>1</sup>, Садиков З.Ю.<sup>2</sup>, Сувонкулов У.Т.<sup>2</sup>, Муратов Т.И.<sup>2</sup>, Ачилова О.Д.<sup>2</sup>, Саттарова Х.Г.<sup>2</sup>, Мамедов А.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 2-клиника СамМИ, <sup>2</sup> НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева

Эхинококкоз одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в Центральном – Азиатском регионе. На ранних стадиях развития заболевание не имеет своих специфических клинических проявлений. В связи с этим данная патология чаще всего диагностируется случайно на стадиях, когда единственным эффективным методом лечения является хирургический. Диагностика эхинококкоза на ранних стадиях, когда диаметр кист не превышает 3 см, позволило бы эффективно лечить больных консервативно, не доводя их до хирургического вмешательства. Существующие коммерческие наборы для серологической диагностики цистного эхинококкоза в условиях Узбекистана не оказались достаточно чувствительными и специфичными. Цель. Разработка эффективного способа ранней серологической диагностики путем выделения эхинококкового антигена из паразитарной кисты местных больных овец. Методы и Результаты

исследования. В НИИ Медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева в 2016 получен эхинококковый антиген из паразитарных кист местных больных овец для постановки реакции ELISA. Для изучения чувствительности нового диагностикума реакция была поставлена на сыворотках 100 больных, наличие кист у которых была подтверждена методами визуализации (УЗИ, рентгенография), в том числе и интраоперационно. В результате положительными на наличие антител оказались 74 (чувствительность - 74%). Специфичность метода определена у 250 людей не страдающих эхинококкозом и составила 89,2%. Было обследовано 1300 клинически здоровых людей из эндемичного по эхинококкозу району Самаркандской области, из которых 182 (14%) оказались положительными. В дальнейшем у 8 (4,39%) из серопозитивных обследованных при помощи ультразвукового исследования были обнаружены паразитарные кисты. Вывод. Используемый нами метод постановки ELISA для диагностики цистного эхинококкоза у людей, при котором используется антиген, выделенный из цистных жидкостей местных больных овец, может быть рекомендован для ранней комплексной диагностики цистного эхинококкоза.

### ЭХИНОКОККОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Боймурадов Н.С., Бобомурадов А.Н.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококкоз человека остается актуальной проблемой здравоохранения эндемичных регионов. В виду отсутствия патогномичных симптомов, а также длительного бессимптомного течения эхинококкоз диагностируется в ряде случаев случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Нередко заболевание распознается при присоединении к нему различных осложнений, частота которых колеблется от 15 до 52%, что значительно ухудшает течение заболевания и сказывается на результатах хирургического лечения. Цель. Повысить эффективность диагностики и хирургического лечения эхинококкоза редкой локализации. Материал и методы. Во 2 - клинике СамМИ за период 2000-2017 гг. пролечено 61 больной в возрасте от 5 до 18 лет с редкой локализацией эхинококкоза. Комплекс обследования больных включал УЗИ, МРТ, рентгенографию, РНГА и АСЛ. Мальчиков было 32 (52,5%), девочек 29 (47,5%). Больных из сельской местности было 58 (95,1%), городских-3 (4,9%). Изолированная локализация эхинококкоза была следующей: брюшная полость - 11 (18,0%), почка - 9 (14,7%), селезенка - 6 (9,8%), поджелудочная железа - 3 (4,9%), бедро - 2 (3,3%). Сочетанные локализации диагностированы у 30 (49,2%) больных: печень и селезенка - 8 (13,0%), печень и брюшная полость - 5 (8,1%), легкое и селезенка - 1 (1,7%), печень и поджелудочная железа - 1 (1,7%), печень и головной мозг - 1 (1,7%), печень и молочная железа - 1 (1,7%), легкое и передняя поверхность шеи - 1 (1,7%), селезенка и брюшная полость - 1 (1,7%), печень и почка - 5 (8,1%), печень, легкое и почка - 3 (4,9%), печень, легкое и селезенка - 1 (1,7%), печень, легкое, почка и правое бедро - 2 (3,3%). Оперированы 59 (96,7%) больных, в 2 (3,3%) случаях, учитывая малый размер паразита (до 2см), проведена химиотерапия альбендазолом в возрастной дозировке 28 дневным курсом. Рецидив заболевания отмечен у 2 (3,3%) пациентов, которым проведена повторная операция. Выводы. Таким образом, эхинококкоз редкой локализации встречается в основном у больных из сельской местности. Диспансерное обследование первичном звене здравоохранения дает возможность своевременно диагностировать заболевание на ранних стадиях развития паразита и провести необходимое лечение.

### ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Суванкулов У.Т., Рузиев Ж.А., Ибрагимов О.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Среди паразитарных заболеваний человека эхинококкоз занимает особое место в связи с обширностью и тяжестью поражения, большим числом больных и существованием эндемических районов. Эпидемиология и клиника эхинококкоза в настоящее время хорошо известна. Однако вопросы ранней диагностики и эффективного хирургического лечения остаются недостаточно изученными. Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, на сегодняшний день проблема оперативного лечения данного заболевания у детей еще далека от своего окончательного решения. Цель. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени у детей. Материал и методы. За последнее 5 лет во 2 - клинике СамМИ пролечено 127 больных детей с эхинококкозом печени. Возраст больных колебался от 3 до 18 лет. Мальчиков было 68 (53,5%), девочек 59 (46,5%). Чаще поражалась правая доля печени 112 (88,2%), левая доля значительно реже 11 (8,7%), поражение обеих долей диагностировано у 4 (3,1%) больных. Основным методом диагностики эхинококкоза печени у детей было ультразвуковое исследование (УЗИ). Также в диагностике учитывались анамнестические данные, результаты физикального и клиничко - лабораторного обследования. Больные в основном оперированы открытым путем по методике клиники и методом эндовидеохирургической операции являющемся особо привлекательным в педиатрической практике. В ходе операции для обработки остаточной полости использовался подогретый до 70° глицерин с экспозицией до 3х минут. При маленьких размерах кист и труднодоступной локализации, а также при нагноении содержимого кисты дополнительно использовалась низкочастотная ультразвуковая кавитация с видеоассистированием. Остаточная полость ликвидировалась наложением вворачивающих швов. После выписки из стационара, с целью профилактики рецидива заболевания, назначался курс химиотерапии альбендазолом в возрастной дозировке. После выписки из стационара все

больные находились под диспансерным наблюдением. При изучении ближайших и отдаленных результатов 112 больных после хирургического лечения и 3 курсов химиотерапии с альбендазолом рецидива заболевания не выявлено. Вывод. Основным методом диагностики эхинококкоза печени у детей является ультразвуковое исследование. Применение разработанного в клинике методики эхинококкэктомии с последующей химиотерапией позволяет значительно снизить развитие рецидива заболевания.

### СОЧЕТАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Давранов Б.Л., Тогаев И.У., Данияров Э.С.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Лечение сочетанного эхинококкоза связана с трудностью определения последовательности операций, выбора доступа и объема оперативного вмешательства при одновременном поражении легких, печени и других органов, особенно при осложненных формах заболевания. Цель. Повышение эффективности хирургического лечения сочетанного эхинококкоза у детей. Материал и методы. Во 2 - клинике СамМИ за период 2000-2017 гг. сочетанные локализации эхинококкоза диагностированы у 35 больных: обеих легкого и печени 2 (5,6%), легкого и печени 2 (5,6%), обеих легкого и почки 1 (2,9%), печень и селезенка - 8 (22,9%), печень и брюшная полость - 5 (14,3%), легкое и селезенка - 1 (2,9%), печень и поджелудочная железа - 1 (2,9%), печень и головной мозг - 1 (2,9%), печень и молочная железа - 1 (2,9%), легкое и передняя поверхность шеи - 1 (2,9%), селезенка и брюшная полость - 1 (2,9%), печень и почка - 5 (14,3%), печень, легкое и почка - 3 (8,5%), печень, легкое и селезенка - 1 (2,9%), печень, легкое, почка и правое бедро - 2 (5,6%). Комплекс обследования больных включал УЗИ, МРТ, рентгенографию, РНГА и АСЛ. Все больные после полного клинико-лабораторного обследования, при отсутствии противопоказаний, были оперированы поэтапно в зависимости от степени поражения органа. Всем оперированным больным с целью профилактики рецидива в послеоперационном периоде проводилось 3 курса химиотерапии альбендазолом 10-12 мг/кг в течении 28 дней. После выписки из стационара все больные находились под диспансерным наблюдением. При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения рецидива заболевания не выявлено. Вывод. Таким образом, своевременная ранняя диагностика, адекватное хирургическое лечение и послеоперационная химиотерапия с альбендазолом детей с сочетанным эхинококкозом позволяет улучшить результаты лечения и снижает риск рецидива заболевания.

### О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПИСТОРХОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Шатаева Н.Т.<sup>1</sup>, Дусмагамбетов М.У.<sup>2</sup>, Дусмагамбетова А.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Департамент охраны общественного здоровья г. Астана,

<sup>2</sup>АО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан

Описторхоз – один из наиболее распространенных природноочаговых гельминтозов человека. В структуре биогельминтозов на территории Российской Федерации на долю описторхоза приходится 74,4% заболеваемости. Наиболее неблагополучными являются Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа, Тюменская, Томская, Омская, Новосибирская области, Республика Алтай. В 2010 году было зарегистрировано 33657 случаев заболевания описторхозом среди взрослого населения, среди детей до 17 лет – 4571 случай. Стало известно, что в Республике Казахстан, в частности на территории Северо-Казахстанской области в течении последних лет отмечался высокий уровень заболеваемости людей описторхозом (2014 год – 18 случаев, показатель на 100 тысяч населения – 3,12; 2015 год – 29 случаев, показатель -5,1; 2016 год – 19 случаев, показатель 3,3). Причем, в основном, причиной заболевания описторхозом послужила рыба, привезенная из соседней Тюменской области Российской Федерации. В течение последних трех лет в Республике Казахстан и в том числе в г. Астана эпидемиологическая ситуация по паразитарной заболеваемости в целом характеризуется как относительно стабильная. Но вместе с тем, в структуре глистных инвазий одно из ведущих мест в развитии паразитарных заболеваний для г. Астана занимает описторхоз. Так, в Казахстане описторхоз встречается в Акмолинской, Карагандинской, Восточно - Казахстанской, Костанайской, Павлодарской и Северо-Казахстанской областей. Заболевание регистрируется у взрослого населения и преимущественно среди мужчин. Цель исследования – проведение ретроспективного анализа заболеваемости паразитарными болезнями в республике Казахстан и в г. Астане. Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ паразитарной заболеваемости в Республике Казахстан и г.Астане за период 2015 – 2017 годы. Результаты. При анализе паразитарной заболеваемости в Республике Казахстан за период 2015 – 2017 гг. выявлено, что в целом на фоне снижения общереспубликанских показателей паразитарной заболеваемости отмечается рост паразитарных инвазий по г.Астане почти на 50% (в 2015г. – 1255 случаев, в 2017 г. – 1881 случаев). Аналогичная ситуация складывается по заболеваемости описторхозом: заболеваемость. Если общереспубликанский уровень заболеваемости описторхозом снижается с 17424 случаев в 2015 году до 15494 случаев в 2017 году (на 11%), то заболеваемость описторхозом по г. Астана увеличивается на 39% (2015 год – 975 случаев, 2017 г – 1572 случая). В комплексе мер борьбы и профилактики первостепенное значение имеют мероприятия по обеспечению безопасности рыбной продукции для здоровья человека, что подразумевает обеспечение режима обработки речной рыбы семейства карповых, гарантирующего ее обезвреживание от возбудителей описторхоза. В исследованных водоемах к видам рыб с возможным заражением описторхозом, относятся - язь, елец,

плотва, жерех, лещ, линь и т.д. Выводы. Т.о., на фоне снижения общесреспубликанских показателей паразитарной заболеваемости, в т.ч. заболеваемости описторхозом, отмечается рост паразитарных инвазий по г. Астане почти на 50%, описторхоза – на 39%, что может быть связано с применением в г. Астане более совершенных технологий и методик исследования по сравнению с регионами.

### **ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**

Шербек У.А., Байсариев Ш.У., Шеркулов К.У.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Возможности современной хирургической техники значительно расширили варианты обработки остаточной полости в целях ее радикальной ликвидации, однако до конца не решили проблему возникновения осложненных остаточных полостей. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 86 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Рецидивный эхинококкоз печени выявлен у 67 больных, у 11 – рецидивы с диссеминацией эхинококкоза печени. Из них 7 (8,1%) больных ранее оперировались у нас, остальные 79 (91,9%) перенесли ранее оперативные вмешательства по поводу первичного эхинококкоза печени в других лечебных учреждениях. Мужчин – 32, а женщин – 54. Всем больным были проведены целенаправленные клинико-лабораторные исследования, в том числе рентгенография органов грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ и МСКТ. Результаты. У 46 больных были использованы верхнесрединный, у 40 – косой право подреберный. Косой доступ был использован у больных с локализацией кист в 7–8 сегментах печени – после неоднократных срединных лапаротомий. Остаточную фиброзную полость у 32 больных обработана бетацином и у 54 больных 5% йодом. При ликвидации остаточной полости чаще использовали капитонаж по Дельбе – у 36, инвагинация фиброзной капсулы в просвет остаточной полости по методике нашей клиники – у 44, для уменьшения ее размеров резецировали свободную часть фиброзной капсулы – у 6. Полузакрытая эхинококкэктомия с проточным дренированием - выполнена у 62 больных. Тампонада большим сальником произведена у 20 больных, тампонада полости кисты круглой связкой печени – у 4 больных. Осложнения общего характера были у 6 больных, осложнения местного характера имели место у 4 больных. Выводы. Таким образом, улучшение результатов хирургического лечения и профилактика рецидивов зависят от выбора доступа, метода ликвидации остаточной полости, обнаруженных анатомических изменений и осложнений эхинококковых кист.

### **ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАДИНА ДЛЯ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ**

Шербек У.А., Сайдуллаев З.Я., Шодмонов А.А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. В настоящее время существуют различные методы ликвидации остаточных полостей после открытой эхинококкэктомии. Однако ни один из предложенных методов не может удовлетворить ожидания хирургов, так как при их использовании возникают различного рода осложнения. Поэтому решение данной проблемы должно идти по пути стимуляции образования соединительной ткани в остаточных полостях. Материалы и методы. Разработан новый способ облитерации остаточной полости после операции по поводу эхинококкоза. После клинической апробации данный способ был применен у 32 пациентов с эхинококкозом печени. Результаты. Возраст больных варьировал от 21 до 68 лет. Мужчин – 12, а женщин – 20. Всем больным после операции устанавливали дренажные трубки в полость кисты для ее промывания 10% разведенным раствором Бетадина. Введение препарата в полость кисты производили каждый день – однократно с экспозицией 5 мин. Длительность введения препарата зависела от сроков облитерации полости кисты, что подтверждалось результатами УЗИ и КТ. У исследуемой группы больных облитерация наступила в среднем на 10–15-е сутки после операции. В послеоперационном периоде проведенный клинический лабораторный анализ показал повышение уровней АЛТ и АСТ в крови. Их нормализация наступала на 5–6-е сутки после операции, что доказывает не токсичность данного препарата на печень. Все больные поправились. Послеоперационный койко-день составил 12,5. Выводы. Бетадин в силу присущих ему химических свойств оказывает стимулирующее действие на образование соединительной ткани в остаточной полости. Как лекарственный препарат – не токсичен, не вызывает побочных эффектов. Использование Бетадина как стимулятора облитерации остаточной полости приводит к сокращению послеоперационного койко-дня и сроков временной нетрудоспособности больных с эхинококкозом.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ТАМПОНАДЫ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ КРУГЛОЙ СВЯЗКОЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ**

Шеркулов К.У., Байсариев Ш.У., Дусяяров М.М.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Введение. Несмотря на определенные успехи в лечении, проблема эхинококкоза остается достаточно актуальной. Связано это в первую очередь с тем, что во многих странах мира, особенно в эндемичных зонах, к которым

относится и Узбекистан, заболеваемость эхинококкозом не только не снижается, но и продолжает расти. Экономические потери от эхинококкоза, связанные с длительной нетрудоспособностью и инвалидностью больных, возводят эту проблему до уровня социальной. Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени путем разработки методов ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии печени. Материалы и методы. За период с 2013 по 2018 г. на базе кафедры общей хирургии Самаркандского государственного медицинского института по поводу эхинококковой болезни печени оперировано 86 больных с эхинококкозом печени. Наиболее часто эхинококкоз печени диагностирован в возрасте 25–45 лет – 49 (56,9%). Значительный контингент составили больные в возрасте 46–59 лет – 21 (24,4%). При этом в молодом возрасте частота данного заболевания составила 14 (16,4%), а в пожилом – 2 (2,3%). В комплекс дооперационного обследования включали помимо тщательного изучения анамнеза как общепринятые, так и специальные методы исследования, в том числе рентгенографию органов грудной клетки и органов брюшной полости, УЗИ и по показаниям МРКТ. Анализ распределения больных по сегментарному расположению кист показал, что наиболее часто имели место поражения VII–VIII сегментов печени – 41 (47,6%) больных. Значительную часть составило комбинированное поражение (III–IV и VII–VIII) сегментов – 45 (52,4%). Во время операции наиболее часто диаметр эхинококковой кисты печени составлял 6–10 см у 51 (59,4%) больных, 11–20 см – у 19 (22,1%). Относительно редко встречались кисты диаметром до 5 см – 11 (12,7%) и более 21 см – лишь в 5 (5,8%) случаях. Закрытая эхинококкэктомия выполнена у 24 больных. Из них с капитонажем – у 16 (66,6%) больных и инвагинация фиброзной капсулы – у 8 (33,4%). Полузакрытая эхинококкэктомия с проточным дренированием выполнена у 62 больных. Вместе с тем тампонада полости эхинококковой кисты большим сальником – у 20 (23,2%) больных, тампонада полости кисты после эхинококкэктомии с круглой связкой печени – у 4 (4,6%) и комбинированные методы – у 62 (72,2%) больных. Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 6 (6,9%) больных. Из них осложнения общего характера диагностированы у 2 (2,3%) больных. Осложнения местного характера имели место у 2 (2,3%) больных. После закрытой эхинококкэктомии местные осложнения наблюдались у 2 (2,3%) больных. Из них после капитонажа – у 1 (1,16%) и после применения инвагинационного способа – у 1 (1,16%). Выводы. Таким образом, метод тампонады круглой связкой доступен, менее травматичен, полученные отдаленные хорошие результаты позволяют рекомендовать его для широкого использования в практическом здравоохранении.

#### ВСТРЕЧАЕМОСТЬ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Эргашева З.Н., Мирвалиева Н.Р., Дустов Ф.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. При гнойных инфекциях повышается восприимчивость организма больного к инфекциям - чаще переносят ОРЗ, у них возникают тяжелые бактериальные, вирусные, грибковые инфекции. 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 больных с гнойной инфекцией обнаружено несколько видов грибов рода *Candida*. Цель работы - анализ распространенности кандидозной инфекции у больных с гнойными поражениями, получавших ранее антибиотикотерапию. Материалы и методы исследования - У 125 больных, обратившихся в бактериологическую лабораторию при кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии, была обследована микрофлора зева и кишечника. Метод исследования – традиционный бактериологический с выделением чистой культуры и идентификацией штаммов бактерий и грибов. Результаты - У 103 (82,4%) больных с гнойной инфекцией 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%), грамотрицательные 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 стафилококков 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%). 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 гнойных инфекциях. В данном исследовании они составили большую часть всех инфекций, встречающихся у пациентов с гнойной инфекцией. 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%). Полученные показатели показывают о необходимости углубленного изучения кандидоза у больных с гнойной инфекцией.

**КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ПОДМЫШЕЧНЫХ ВПАДИН  
У СТУДЕНТОВ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ**

Эргашева З.Н., Дустов Ф.А

*Ташкентская медицинская академия*

Актуальность. Основные представители микрофлоры кожи: коринеформные бактерии, плесневые грибы, спорообразующие аэробные палочки (бациллы), эпидермальные стафилококки, микрококки, стрептококки и дрожжеподобные грибы рода *Malassezia*. Коринеформные бактерии представлены грамположительными палочками, не образующими спор. Аэробные коринеформные бактерии рода *Corynebacterium* обнаруживаются в кожных складках - подмышечных впадинах, промежности. Цель работы. Характеристика количественного и качественного состава культивируемых микроорганизмов, выделенных с кожи подмышечных впадин у студентов лечебного факультета Ташкентской Медицинской Академии, общежитие №4<sup>А</sup>. Материалы и методы исследования. Взятие материала с кожи подмышечных впадин осуществляли с помощью стерильных одноразовых сухих тампонов. Доставка материала производилась в течение 2 часов с момента обследования пациентов с соблюдением температурного режима. Для стандартизации количественной оценки роста микроорганизмов клинический материал с тампона засеивали по Голду тампоном на 0.5 чашки с 20% агаром с кровью крупного рогатого скота в качестве агаровой основы использовали сухой питательный агар. Посев осуществляли плотными непрерывными штрихами и рассевом калибровочной петлёй 10 мкл на сектора I, II и III. Все посевы культивировали по стандартной температуре 37 градус в течении 24-28 часов. Для оценки качественного состава микробиоты кожи подмышечных впадин клинически материал также засеивали на несколько питательных сред: кровяной агар с добавлением 20% крови крупного рогатого скота, кровяно-теллуритовый агар с добавлением 10% крови крупного рогатого скота, уриселект ("Bio-Rad", США), желточно-солевой агар (на основе солевого агара) и агар Сабуро ("HiMedia", Индия). Все посевы также культивировали по стандартной методике при температуре 37 градус в течении 24-28 часов. Идентификацию микроорганизмов проводили по культурально-морфологическим, тинкториальным и биохимическим свойствам. Тинкториальные свойства изучали путём окраски по Граму по общепринятой методике. Обследованы 77 практических здоровых лиц в возрасте от 20 до 28 лет. Видовую идентификацию микроорганизмов проводили по культурально-морфологическим, тинкториальным и биохимическим свойствам. Результаты. С целью установления количественного состава микрофлоры обследованы 77 практически здоровых человека в возрасте от 20 до 28 лет в период с февраля по апрель 2017 г. Из них 47 (60.6%) были женщины и 30 (39.4%) – мужчины. Количественная оценка микробного состава микробиоты кожи подмышечных впадин у большинства практически здоровых лиц варьировала в интервале 4-5 lg КОЕ/мл, в то время как обсеменённость кожи данной микробиоты в концентрации 8 lg КОЕ/мл не обнаружено. Из них большинство (68,9%) микроорганизмов принадлежало к роду *Corynebacterium*, 21.6% микроорганизмов к роду *Staphylococcus*, 7,6% микроорганизмов к роду *Mikrococcus* и 1,9% микроорганизмов *Candida albicans*. Выявлено коринебактерий с преобладанием *C. tuberculostearicum* (40.3%), *C. amycolatium* (18.4%) и *C. ureicelervivans* (14.8%) микроорганизмов. У большинства (77.9%) обследованных лиц микробный пейзаж представлен ассоциацией микроорганизмов. Вывод. Впервые охарактеризован количественный и качественный видовой состав культивируемых микроорганизмов, выделенных из биотопа кожи подмышечных впадин у студентов лечебного факультета Ташкентской Медицинской Академии, общежитие №4<sup>А</sup>.

**ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ И СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ  
ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОЗНЫМ МЕНИНГИТОМ**

Эргашева М.Я.

*НИИ Вирусологии МЗ РУз*

Цель работы. Определить частоту обнаружения энтеровирусов у больных, поступивших с диагнозом серозным менингитом с последующей характеристикой спектра серотипов и видового распределения неполиомиелитных энтеровирусов. Материал и методы. Был применен метод ПЦР диагностики и реакции нейтрализации. Результаты исследования. При исследовании 92 проб кала больных с серозным менингитом собранных в Областной клинической инфекционной больнице г. Ташкента №1 и 30 проб ликвора больных с серозным менингитом находившихся на стационарном лечении в областной клинической инфекционной больнице г. Самарканда выявлено, что у 32 (34,7%) больных в пробах кала и у 9 (30%) больных в спинномозговой жидкости результаты на выявление РНК ЭВ было положительным. При проведении реакции нейтрализации с определенным набором антигенов вирусов ЕСНО и Coxs, было выявлено, что наиболее часто встречаемым штаммом у больных с серозным менингитом энтеровирусной этиологии был ЕСНО 30 – 18 случаев из 32 (56,25%), у 2 (6,25%) был выявлен штамм CoxsB, в одном случае (3,1%) был диагностирован ЕСНО 12. При проведении реакции нейтрализации в остальных положительных пробах ПЦР, точный возбудитель был не определен – 11 случаев (34,3%). При определении штаммов ЭВИ в условиях Самаркандской области было выявлено, что во всех случаях был выявлен положительный результат, при этом был выделен штамм ЕСНО 6 – 4 случая из 9 (44,4%), Coxs B (44,4%), и всего в одном случае ЕСНО 7 (11,1%). Следует отметить, что из наблюдаемой выборки положительных ответов по выявлению подвидовой принадлежности, в последующих серологических исследованиях в парных сыворотках почти 2/3 исследования дали положительный результат, из 41 количество наблюдений

в 29 случаях (70,7%) наблюдалось нарастание титра антител, в 11 случаях (26,8%) данный метод мы не смогли провести из-за не выясненной подвидовой характеристики данных штаммов, но это не исключает данные случаи расценивать как ЭВИ, так как ЭВИ при ПЦР зачастую был обнаружен в спинномозговой жидкости. Только в 1 случае (2,4%) серологическая реакция дала отрицательный ответ, в случае с ЕСНО 12, наблюдаемого в г. Ташкенте. Выводы. Таким образом наши данные и мировыми данные свидетельствовали о том, что наиболее частым штаммом, вызывающим серозный менингит энтеровирусной этиологии, является ЕСНО 30 и ЕСНО 6. При этом одной из особенностей серозного менингита энтеровирусной этиологии явилось то, что в г. Ташкенте так и в г. Самарканде наблюдались случаи менингита вызванного штаммом Coxs В1, В3, В6, которые на современном этапе редко выявляются при серозном менингите. Но если сравнить наши данные с результатами наших отечественных ученых проведенных в 70 годах 20 века, то можно сказать что в нашем регионе и 30-40 лет назад, Coxs В1, В3, В6, и ЕСНО 6, выявлялись нашими учеными, и считались как одной из причиной спорадических случаев асептических менингитов (Максумов, Запрометова 1975 год). Таким образом, Coxs В1, В3, В6, и ЕСНО 6 можно считать, постоянным обитателем нашего ареала, в почве, воде, где они также были найдены, и вызывающие спорадические случаи заболеваемости ЭВМ, тогда как ЕСНО 30, возможно является привезенной инфекцией, учитывая то, что он встречался только в г. Ташкенте, где наблюдается большой приток граждан из-за рубежа.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОЗИНА ПРАНОБЕКСа ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

Юлдашев С.Ж., Ибрагимова Э.Ф.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Проблема профилактики и лечения острых респираторных инфекций (ОРИ) у детей остается актуальной и в настоящее время. Иммунная система ребенка, относящегося к категории часто и длительно болеющих детей, характеризуется напряженностью процессов иммунного реагирования, недостаточностью резервных возможностей, что является результатом длительного антигенного воздействия на организм. Часто болеющие дети (ЧБД) в настоящее время составляют одну из самых многочисленных групп диспансерного наблюдения - от 15 до 50% всех детей. Данные литературы свидетельствуют о необходимости использования иммуномодулирующих средств для лечения и профилактики широкого круга инфекционных заболеваний, в первую очередь ОРИ. Материалы и методы исследования. Изучен литературный обзор оценки клинической и иммунологической эффективности инозина пранобекса при респираторных инфекциях. Проанализированы 10 опубликованных исследований, где инозин пранобекс использовался с лечебно-профилактической целью. Результаты. В многочисленных исследованиях установлено, что инозин пранобекс активизируя функцию иммунокомпонентных клеток, опосредованно подавляет синтез вирусной РНК, что сопровождается ингибированием вирусной репродукции. Доказана противовирусная активность в отношении герпесвирусов, а также в отношении вирусов гриппа А и В. Лечебно-профилактическое действие препарата было продемонстрировано при изучении частоты эпизодов гриппа и респираторных инфекций в широкомасштабном исследовании. Эффективность инозина пранобекса проявляется снижением частоты новых эпизодов ОРИ при профилактическом режиме приема, уменьшением тяжести и длительности проявлений ОРИ при назначении препарата в лечебном режиме. Так как применение данного препарата в комплексном лечении снижало частоту повторных эпизодов ОРЗ у часто болеющих детей практически в 2 раза по сравнению с контрольной группой. Кроме того, использование инозина пранобекса в составе комбинированной терапии сократило не только продолжительность основных клинических симптомов, и среднюю продолжительность заболевания, но и частоту госпитализаций в отличие от группы сравнения. А также, введение инозина пранобекса в схему лечения приводило к более легкому течению заболевания за счет увеличения удельного веса легких и неосложненных форм ОРЗ. Полученные результаты клинико-иммунологического исследования сравнительной эффективности и переносимости данного препарата для лечения ОРЗ в группе ЧБД доказывают, что инозин пранобекс отвечает клиническим требованиям противовирусной и иммунокорректирующей терапии. Данный препарат уравнивает баланс клеточного и гуморального звена иммунитета и таким образом выстраивает противовирусную защиту организма у часто болеющих ОРЗ детей с нарушениями в иммунной системе. Препарат может назначаться в комплексной терапии в сочетании с антибиотиками, противовоспалительными и другими средствами. Выводы. Таким образом, инозин пранобекс является эффективным препаратом с комбинированным иммуномодулирующим и противовирусным действием для применения у детей, часто болеющих ОРИ. Низкая токсичность, хорошая переносимость позволяют рекомендовать этот препарат для широкого использования в педиатрической практике с лечебной и профилактической целью.

### **ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА**

Юльчибаев М.Р., Мулладжанова К.А.

Частота септических заболеваний среди недоношенных зависят от целого ряда факторов, среди которых особое значение придается состоянию иммунологической реактивности организма. Многие авторы рассматривают сепсис

как следствие прорыва иммунологического барьера, и тот факт, что все новорожденные и недоношенные встречаются с бактериальными агентами, а болеет только часть из них, подтверждает это предположение. Цель исследования. Вышеизложенное требует усовершенствование иммуномоделирующей терапии при сепсисе у детей до одного года. Материалы и методы. В отделении острых кишечных инфекции детей до одного года были проведены исследования иммунологической реактивности и неспецифических факторов защиты у детей. Были выявлены характерные особенности клеточного и гуморального иммунитета в зависимости от фазы заболевания, что выражалось в снижении Т-лимфоцитов, относительной стабильности В-лимфоцитарной системы активной продукции всех трех классов сывороточных иммуноглобулинов (А, М, G<sub>2</sub>) в разгаре сепсиса. Данный моноцитогамма и показатели титра лизоцима свидетельствовали о значительном снижении неспецифических факторов защиты. Такое изменение иммунологического статуса, по вероятности, и определяет у детей до одного года тяжелое течение септического процесса. Результаты исследования позволили нам внести коррекции в базисную терапию этого заболевания и предложить использование иммуномодуляторов, в частности полиоксидоний. Полиоксидоний средство обладающее иммуномодулирующим и дезинтоксикационным свойством. Повышает сопротивляемость организма к различным инфекционным заболеваниям. Под его действием активизируется клетки-киллера и фагоцитарная функция крови. Повышается образование антител. Он способен нормализовать иммунный статус при тяжелых формах иммунодефицита, в том числе и вторичного иммунодефицита. Снижает токсичность медикаментозных препаратов и различных токсичных веществ, повышая устойчивость клеточных мембран к цитотоксическому действию этих веществ. Не обладает мутагенным, тератогенным, аллелирующим и канцерогенным действием. Результаты и обсуждение. Использовался препарат 3 мг содержащий лиофилизированная пористая масса во флаконах. Растворили содержимого флакона изотонического раствора натрия хлорида. лечение проводилось на фоне базисной терапии у 45 детей с различными формами сепсиса по 1,5 мл в/м три дня подряд, затем по 1,5 мл через день 3 дня. Проводились один курс лечения. Аллергических проявлений выявлено не было. Препарат обладал достаточной эффективностью у большинства леченных детей, что выражалось в уменьшении септикопиемических форм болезни, улучшении прогноза и снижении времени пребывания ребенка в стационаре на 4-5 койка-дней. Положительная динамика клинических симптомов сопровождалась улучшением иммунологических показателей-повышением титра лизоцима, продукцией зрелых моноцитов и увеличением уровня Т-лимфоцитов. Выводы. Проведенные исследования позволяют нам рекомендовать включение в базисную терапию сепсиса у детей до одного года препарата полиоксидоний.

### ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Иноятова Ф.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Министерства здравоохранения РУз, г. Ташкент

Актуальность. Одной из наиболее актуальных в педиатрической гепатологии является проблема хронических диффузных заболеваний печени, основную долю которых составляют вирусные поражения. Хронические гепатиты В, С, D по-прежнему привлекают к себе постоянное внимание, так как их основная причина – острые вирусные гепатиты, относящиеся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний у детей. Материалы и методы. Комплексное ультразвуковое исследование выполнялось на ультразвуковых диагностических аппаратах SSD – 630 “Алока”, “Sterling Philips” в РСНПМЦ педиатрии, “Sonoscape 5000” в клинике ТашПМИ, «ISTYL-TOSHIBA» с использованием мультисекторных конвексных и линейных датчиков. Оценивали УЗ признаки изменений в печени при ХВГ у детей сопоставляя их с клинико-лабораторными показателями. Нами было обследовано 270 детей, больных хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), у 207 (76,5%) детей установлен ХГВ, у 43 (16,0%) ХГС, у 20 (7,5%) ХГD. Диагноз основывался в первую очередь на данных клинического и лабораторного обследования. У 61 детей изучена нормальная комплексная эхографическая анатомия печени и селезенки (контрольная группа). Все больные находились в РСНПМЦ педиатрии в отделении гепатологии и в клинике ТашПМИ в плановом хирургическом отделении. Учитывая гемодинамические показатели чревного ствола, общей печеночной артерии, селезеночной артерии. Измеряли максимальную или систолическую скорость ( $V_{max}$ ) в м/сек, минимальную или конечно – диастолическую скорость ( $V_{min}$ ) в м/сек, пульсационный индекс (PI), равный  $V_{max} - V_{min}/V_{max}$ , резистивный индекс (RI), равный разности  $V_{max} - V_{min}$ . Диагноз ХВГ устанавливали на основании комплексных клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Сравнивались и анализировались показатели кровотока при минимальной, умеренной и выраженной степени активности хронических вирусных гепатитов у детей. Изучалось состояние печени, селезенки, желчного пузыря и билиарных протоков. Был проведен корреляционный анализ между данными, полученными при применении различных видов эхографического исследования. Результаты. Для постановки диагноза хронических вирусных гепатитов у детей применялся комплекс исследований, включающий в себя клинические, лабораторные и инструментальные методы исследований. Особый интерес представляли данные ультразвукового исследования и доплерографии печени, позволяющие непосредственно оценить её состояние и сопоставить результаты инструментального и клинико-лабораторного исследования.

При оценке данных УЗ – исследований выявлено, что изменения эхографических признаков печени и селезёнки по всем параметрам у больных детей при ХВГ минимальной степени активности были в пределах нормы, при этом со стороны желчного пузыря отмечалось утолщение стенок у 56%, неоднородное содержимое у 40 %. Перегибы в области дна, тела и шейки визуализировались у 62 %. По результатам ДФ установлено, что у детей больных ХВГ с минимальной активностью процесса при отсутствии значимых изменений в диаметре чревного ствола, достоверное снижение было обнаружено в следующих гемодинамических показателях: максимальная скорость ( $V_{max}$ ), усреднённое значение максимальной скорости (TAMX), пульсативный индекс (PI), резистивный индекс (RI) и объёмный кровоток ( $V_{vol}$ ). Анализ кровотока по общей печёночной артерии выявил достоверные отклонения в максимальной и минимальной скорости кровотока, а также в объёмном кровотоке. Для селезёночной артерии и резистивный индекс. По данным УЗ – исследований при ХВГ с умеренной активностью у 64% больных отмечалась гепатомегалия, уплотнение капсулы печени у 32% больных, изменения паренхимы в виде мелкоочаговой структуры было обнаружено у 36%, мелко – и среднеочаговой у 40%, средне-очаговой разноплотной структуры у 20%, изменение сосудистого рисунка выявлено у 52%, увеличение диаметра портальной вены у 32%, увеличение диаметра селезёночной вены у 24% и сплено-мегалия была определена у 36% исследованных больных. У детей больных ХВГ с умеренной активностью по данным ДФ отмечалось достоверное снижение в следующих гемодинамических показателях чревного ствола:  $V_{max}$ , TAMX, PI,  $V_{vol}$  и  $V_{min}$ . По общей печёночной артерии обнаружены достоверные отклонения в максимальной и минимальной скорости кровотока, существенное снижение диаметра общей печёночной артерии и усреднённое значение максимальной скорости, и в объёмном кровотоке. Для селезёночной артерии по данным ДФ достоверные отклонения были выявлены по всем гемодинамическим показателям. При исследованиях был установлен факт отсутствия полного параллелизма между клинико-биохимическими и ультразвуковыми изменениями. При индивидуальной оценке результатов ДФ выявленные изменения сосудистого русла позволяли отнести ряд больных ХВГ умеренной активности, классифицированных по данным клинико – лабораторного и УЗ – исследований, в группу с более высокой активностью ХВГ, что имело принципиальное значение для тактики врача. 15 % больных детей из группы с минимальной активностью по данным ДФ были отнесены в группу ХВГ умеренной активности. 35,7 % больных детей из группы с умеренной активностью вошли в группу с выраженной активностью патологического процесса. При выраженной активности ХВГ отклонения показателей в чревном стволе от нормальных величин были более интенсивными. При анализе кровотока по общей печёночной артерии у больных с выраженной активностью изменения определялось по всем параметрам, за исключением резистивного индекса (RI), то есть если по данным серошкальных УЗ – исследований портальная гипертензия была выявлена у 53% больных, то по данным ДФ она присутствовала у всех больных. Для селезёночной артерии прослеживались те же закономерности – наиболее интенсивные сдвиги, охватывающие все параметры, наблюдались у больных с выраженной активностью патологического процесса в печени. Выводы. Комплексная эхография является ценным методом обследования детей, больных ХВГ, позволяющим расширить диагностические и прогностические возможности клинициста в дополнении к диагностическому комплексу, включающему клинические, биохимические, иммунологические и данные серошкальных ультразвуковых исследований, оценить активность патологического процесса в печени и своевременно выявить гемодинамические нарушения в висцеральных сосудах. Широкое внедрение в педиатрию методов эхографии с доплерографией позволит провести раннюю своевременную терапию и улучшит исход заболевания у детей.

## ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Имамов Д.О., Давранов Б.Л.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Эхинококкоз - хроническое заболевание, характеризующееся развитием в легких и печени, реже других органах, солитарных или множественных кистозных образований. Цель. Применение химиотерапии в комплексном лечении эхинококкоза легких у детей. Материалы и методы. Во 2-клинику СамМИ за период с 2012 по 2017 гг. обратились, с предварительным диагнозом эхинококковая киста легких, 81 больной. При этом было выявлено, что у 76 (93,8%) больных отмечался изолированный эхинококкоз легких, а у остальных 5 (6,2%) мелся сочетанный эхинококкоз (с поражением печени и почки). Больные были в возрасте от 1-го до 18 лет, мальчиков было больше 50 (62%), чем девочек – 31 (38%). По расположению кист больные разделились следующим образом: в правом легком - 44 (54,3%) больных, в левом - 32 (39,5%), двухстороннее поражение диагностировано у 5 (6,2%) больных. Результаты исследования. Основными субъективными признаками заболевания являлись тупые боли в грудной клетки и кашель. Диагноз установлен на основании комплексного обследования: обзорная рентгенография грудной клетки, РНГА с эхинококковым антигеном и ультразвуковая сонография. Тактика комплексного лечения заключалась в том, что всем больным в послеоперационном периоде, проводилась химиотерапия с помощью препарата альбендазол 28 дневным курсом, после которого производилось контрольное УЗИ. Больным, имеющим тенденцию к уменьшению в размерах эхинококковой кисты, продолжали химиотерапию в течение 3 месяцев. Больным, у которых тенденция к уменьшению не наблюдалась, проводилось хирургическое лечение. Хирургическое лечение во всех случаях придерживалось органосохраняющей операции и заключалось в эхинококкэктомии с обработкой остаточной полости подогретым до 700 раствором глицерина. Всем оперированным больным в послеоперационном периоде проведено 2-3 курса химиотерапии в каче-

стве предотвращения рецидива заболевания. При анализе ближайших и отдаленных результатов рецидива заболевания не отмечено. Выводы. Таким образом, применение химиотерапии в комплексном лечении эхинококкоза легких у детей уменьшает рецидив заболевания и улучшает послеоперационные результаты.

### ХАРАКТЕРИСТИКА НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВПЧ

Ядгорова Н.Т., Бочкарева Н.Н., Рахимжонова Г.А.

*Ташкентская медицинская академия*

В странах с оппортунистическим скринингом, как например, в Румынии, заболеваемость и смертность от рака шейки матки находятся на высоком уровне (300/0000 и 210/0000 соответственно), а распространенность ВПЧ высокого онкогенного риска достигает 60,7%. В литературе появились упоминания об определении ВПЧ инфекции в моче. Этот факт раскрывает горизонты изучения эпидемиологии ВПЧ среди девочек вакцинального возраста. Цель. Оценить диагностическую эффективность не инвазивного метода определения инфицированности ВПЧ среди девочек для эпидемиологических исследований. Материалы и методы. Предмет исследования: моча и соскоб из цервикального канала женщин фертильного возраста, инфицированных и не инфицированных ВПЧ, моча девочек 12-13 лет. Материалы для исследования были получены на базе поликлиники НИИ Вирусологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан. 96 женщин из разных районов города Ташкента и 50 соматически здоровых девочек 12-13 лет, без гинекологических заболеваний. Для исследования мы взяли чистую, сухую, стерильную посуду (пластиковый стаканчик с завинчивающейся крышкой на 50 мл), на которой указали данные о пациенте (фамилия, имя, возраст). Брали утреннюю первую порцию мочи без предварительного туалета наружных половых органов. Непосредственно, сразу под струю пациент подставлял стаканчик и наполнял в объеме 15-25 мл. Завинчивается крышка и стаканчик отправляется в лабораторию. Образцы мочи можно транспортировать и хранить: - при комнатной температуре – в течение 6 часов; - при температуре от 2 до 8 С – в течение 1 суток. Мы в нашей научной работе использовали новейший метод ПЦР и работали по инструкции «Инструкция по применению комплекта реагентов для экстракции ДНК экспресс-методом «ЭДЕМ» Москва 2010». Результаты нашего исследования показали, что в выбранной группе девочек вакцинального периода (12-13) лет не отмечается инфицированность ВПЧ. И данный возраст является наиболее экономически рентабельным для проведения вакцинации. При тестировании образцов мочи было выявлено 80 положительных образцов среди образцов положительных на ВПЧ. Результаты исследования показали, что частота выявления вируса папилломы человека 16 и 18 типов среди лиц младше 20 лет составляет у 17 (33,3%) женщин, и с возрастом снижается. До 30 лет частота выявления вируса папилломы человека 16 и 18 типов у наших пациентов составила у 16 (31,37%). Среди лиц старше 30 лет частота выявления самых опасных типов ВПЧ достоверно ниже по сравнению с более молодыми возрастными группами 13 (25,49%). У 5 женщин старше 40 лет частота выявления самых опасных типов ВПЧ достоверно ниже – 9,8 %. Показатель чувствительности составил 83,3% 95%ДИ (74,3-90,1), специфичность теста составила 100,0% 95%ДИ (96,3-100). Выводы. Для определения инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ) простой анализ мочи методом ПЦР, может быть альтернативой скрининговому методу, используемый в настоящее время и заключающийся в исследовании мазка из цервикального канала, то есть инвазивностью.

### ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В

Якупова Ф.М., Фазылов В.Х.

*ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань*

Вирусный гепатит В, в том числе в сочетании с дельта-агентом, представляет серьезную проблему для здравоохранения России. Возросшая трудовая и туристическая миграция населения, разнообразие естественных путей передачи поддерживает высокую частоту инфицирования лиц молодого репродуктивного возраста и сохраняет вертикальную передачу вируса. В России частота выявления HBsAg среди беременных составляет до 3,0%. Самым тяжелым последствием инфицирования женщины вирусом гепатита В (ВГВ) признано вертикальное инфицирование ребенка, у 90% инфицированных детей развивается хронический гепатит В (ХГВ), при этом клиническая манифестация его прогрессирующего течения и/или осложнений наступает у них уже во взрослой жизни. Для оценки частоты вертикального инфицирования и эффективности активно-пассивной иммунопрофилактики у новорожденных от HBsAg+ матерей, не получавших противовирусную терапию было проведено обследование 77 семейных очагов ХГВ на базе консультативно-диагностического отделения Республиканской клинической инфекционной больницы г. Казани. Результаты. В изучаемых семьях проживали 229 человек, из них у 69% (n=197) были выявлены маркеры ВГВ. ХГВ различной степени активности установили у 86%, в том числе с исходами в цирроз печени (1,2%) и рак печени (0,6%). У больных в семейных очагах превалирует D-генотип ВГВ–93,0%, генотип А - у 7,0% больных. Одинаковые генотипы выявили в 94,6% семей, и в 88,3% семей – одинаковые субтипы ВГВ, что подтверждает инфицирование членов семьи от одного источника с реализацией множественных путей передачи, в том числе и вертикального. У детей (n=58) доля вертикального пути составила 42,6%, ятрогенный путь–8,8%, гемокontakt в быту–10,3%. У 44,1% детей путь инфицирования не установлен, нет данных материнского анамнеза. За время исследования в изучаемых семейных очагах родилось 73 ребенка. Детям от HBsAg-положительных матерей с неопределённым уровнем ДНК HBV, или из семей, где мама здорова,

но инфицированные ВГВ другие члены семьи (n=29), была проведена только вакцинация против гепатита В. При динамическом наблюдении за новорожденными из этих семейных очагов HBV-инфекции зарегистрированы здоровые дети (100%) с защитным титром антител к HBsAg >10 Ме/мл. Детей от матерей с ХГВ с уровнем ДНК HBV более  $10^{3-8}$  МЕ/мл (n=44) и имеющих высокий риск вертикального инфицирования разделили на 3 группы. Группа 1 (n=16) – дети, получившие в первые 2 часа жизни пассивно-активную иммунизацию с использованием специфического внутривенного иммуноглобулина (ВВИГ) Неогепатект и вакцину. Группа 2 (n=16) – дети, получившие после рождения только вакцинацию против гепатита В. Группа 3 (n=12) – дети, не получившие после рождения никакой иммунопрофилактики по причине отсутствия вакцины (дети 1997-2000г.р.) и/или наличия противопоказаний к вакцинации; с отсутствием пассивной иммунопрофилактики ВВИГ (историческая группа). В 1 группе (получивших ВВИГ Неогепатект + вакцина) – все дети здоровы, с защитным титром антител к HBsAg. Все дети из 3 группы (не получившие иммунопрофилактику) и 69 % детей 2 группы, которым проведена только вакцинация, были инфицированы с формированием в последующем ХГВ различной активности. Таким образом, в семейных очагах высока частота вертикального пути инфицирования ВГВ 42,6%, внутрисемейное заражение подтверждается выявлением одинаковых генотипов в 94,6% и субтипов вируса в 88,3% семей. Введение специфического ВВИГ Неогепатект с последующей вакцинацией позволило предупредить инфицирование в 100% случаев новорожденных детей от матерей с репликативной активностью ВГВ, не получавших противовирусную терапию.

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА

Ярмухамедова Н.А., Орипова П.О., Раббимова Н.Т., Муминова Ш.Ш.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Пневмококковые менингиты занимают ведущее место в структуре бактериальных менингитов неменингококковой этиологии. В Республике Узбекистан пневмококковые менингиты по частоте встречаемости занимают второе место после менингококковых. Материалами и методами исследования послужили истории болезни больных, получавших лечение в областной клинической инфекционной больнице г.Самарканда за период с 2008 по 2018 годы. Для идентификации *S.pneumoniae* из ликвора использовали микроскопический метод, бактериологический посев и иммунохроматографический тест. Из анамнеза заболевания развитию пневмококкового менингита предшествовали поражение органов дыхания - пневмонии, острый и хронический бронхиты в 39% случаев, заболевания ЛОР-органов в виде отита, синусита, риносинусита в 13%, черепно-мозговая травма в 2,6%, ОРИ 10,5% случаев. Основные клинические проявления инфекции заключались в остром, даже бурном начале заболевания и выраженном синдроме интоксикации. Температура тела повышалась до 38-38,5 °C у 41% (16), 39-40°C у 50% (18), выше 40 °C повышалась у 2,6% (1) больных и лишь у одного больного температура тела оставалась субфебрильной. У большинства больных 95% (36) отмечались выраженные симптомы интоксикации, которые выражались слабостью, бледностью кожных покровов, сонливостью. Катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей присутствовали у 7,9% (3) в виде сухого и продуктивного кашля, выделений из носа. В 1 (2,6%) случае была отмечена мелкоочечная геморрагическая сыпь, которая локализовалась по всему телу, кроме этого у этого больного наблюдалась кровоточивость из мест инъекций, носовые кровотечения. 89% больных жаловались на интенсивные головные боли, распирающего характера, не имеющие определенной локализации. Рвота, не связанная с приемом пищи наблюдалась у всех наблюдаемых больных. Поражение нервной системы пневмококковой этиологии сопровождалось появлением осложнений в виде менингоэнцефалита и отека головного мозга по 15,7%, выраженной легочно-сердечной недостаточности в 5,2% случаев, тромбгеморрагического синдрома на фоне поражения ЦНС в 2,6% случаев, окклюзионной гидроцефалии в 5,2%, глухота, атаксия, неврологические и психические дефициты наблюдались в 7,6% случаев. Показатель летальности при пневмококковом менингите составил 21%. При исследовании ликвора выявлена мутность ликвора, повышение давления, цитоз до 13 400 клеток в 1 мкл, с преобладание в цитогамме нейтрофилов до 60-80%, повышение белка до 3,6г/л, резкоположительные белковоосадочные пробы, снижение сахара до 2,50 ммоль/л у всех больных. При исследовании общего анализа крови выявлялся нейтрофильный лейкоцитоз, В общем анализе крови у всех больных в разгар заболевания преобладал лейкоцитоз от 10,4 до 25,5 x 10<sup>9</sup>/л со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и повышением СОЭ до 25 мм/час. Вывод. Таким образом, особенностями течения менингита пневмококковой этиологии явились наличие первичного очага локализации возбудителя, тяжелое течение заболевания при несвоевременной диагностике, которое сопровождается стабильно высокими показателями летальности.

### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Ярмухамедова Н.А., Ярмухамедова М.К., Мустафаев А.

*Самаркандский государственный медицинский институт*

По данным ВОЗ 2017 года у значительного числа лиц с вирусным гепатитом С развивается цирроз или рак печени, и примерно 399 000 человек ежегодно умирают. В этой связи нами была поставлена цель оценить течение и прогноз заболевания, а также обосновать рациональную терапевтическую тактику. Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 71 больных с ХВГС на различных стадиях заболевания. Все больные обращались

для углубленного обследования в связи с обнаружением в крови антигена к ВГС. В большинстве случаев (88%) сыровоточные маркеры выявлялись случайно при полном обследовании по поводу каких-либо других заболеваний, участия в дежурстве или диспансеризации. Комплексные обследования больных включало клинико-лабораторное обследование с использованием биохимического, иммуноферментного молекулярно-биологические исследования исследование крови. Распределение больных по стадии ХГС проводилось на основании выявленного при проведение эластографического исследования печени выраженности плотности паренхимы в соответствии со стандартизированной системой "METAVIR" (F0-отсутствие фиброза, F1- слабый/ портальный фиброз, F- умеренный/ порто-портальными септами, F3-тяжелый/ портоцентральный септами, F4- цирроз печени). Результаты исследования. Из общего числа обследованных больных соотношение районных и городских больных составило 58:13. Распределение по полу выявило преобладание женского пола (69%). Среди больных ХГС на стадии F1 были выявлены 31(44 %) пациентов, на F2- 19 (27%) пациентов, на F3- 21 (29%) пациентов. При глубоком сборе эпидемиологического анамнеза среди возможных путей инфицирования преобладали множественные медицинские манипуляции. При сравнительном изучении предположительного периода инфицирования составило от 2 до 20 лет. При изучении жалоб больных с ХГС установлено, что чаще встречались жалобы на общую слабость (83%), снижение аппетита (50,8%), чувство тяжести в правом подреберье и тошноту (73,4%), кровоточивость десен (18,9%). Основным объективным клиническим синдромом являлась: незначительная гепатомегалия (42,3%), спленомегалия (12,7%). При исследовании крови выявлены низкие показатели гемоглобина (80г/л)-71,8%, эритроцитов 3,3-4,1(70,4%) и тромбоцитов 110-130(18,3%), меньше количество лейкоцитов 3,2 (11,3%), усиление палочкоядерного нейтрофиллеза и ускорение СОЭ. Изучение показателей общего анализа мочи, значительных изменений не выявлено. У всех больных с HCV инфекцией наблюдались признаки цитологического синдрома разной степени, параметры белкового обмена отмечались в пределах нормы, показатели креатинина, мочевины были в пределах нормы. Общий белок от 68 до 80 г/л, уровень глобулинов сравнительно был выше нормы. Антигены к ВГС определились в крови у всех пациентов. РНК ВГС методом ПЦР выявились у всех пациентов. Активность вирусной репликации оценивались с помощью оценки в ПЦР. От 1,6\*03 МЕ до 7,5 \*06 МЕ. Среди изученных пациентов преимущественно встречались больные с первым генотипом у 70,4%, а с третьим и вторым генотипом значительно реже 21,9:7,7% соответственно. Репликативная активность ВГС до начала противовирусной терапии у больных с первым генотипом HCV составляла от 2,2+03 до 6,2+06 МЕ, у пациентов со вторым генотипом от 2,8+02 МЕ до 7,3+0,6 МЕ и третьим генотипом от 5,4+02 до 6,6+06 МЕ. В последние годы препаратами выбора становятся средства узконаправленного воздействия на функциональные белки самого вируса - препараты прямого противовирусного действия, что значительно повышает эффективность и безопасность лечения. В этой связи, всем обследованным больным была назначена стандартная схема терапия софосбувира и ледипасвира, общей продолжительностью от 12 до 24недель. В зависимости от данных фиброскана назначение было 12 недель и 24 недель 1 раз в день. Все пациенты были "наивными". Больные с генотипом был назначен препарат «Вирпас», больным с 2 и 3 генотипами «Софосбувир+ дактасвир. У больных с 1 генотипом, где применялся «Вирпас» (софосбувир+ледипасвир) эффективность была высокой, с частотой достижения устойчивым вирус ответом 96%. Комбинация софосбувир+дактасвир при 2 и 3 генотипах обеспечивало частоту устойчивого вирус ответа сходную с таковой как при лечении пациентов с первым генотипом. У больных с 1б генотипом у двух и с третьим генотипом у одного пациента был рецидив.

#### АДЕНОВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАРДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИ

Абдуллаев У.М., Алиев Ш.Р., Мирвалиева Н.Р.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Муаммонинг долзарблиги. ЖССТ маълумотларига қараганда ер юзида ҳар йили ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) билан миллиардга яқин киши касалланади, шундан 45-55 % ни 1-3 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Ер юзининг кўпгина давлатларида бўлгани каби Ўзбекистон Республикасида ҳам ЎИИ билан касалланиш кўрсаткичлари юқориликка қолмоқда. Вирус этиологияли ЎИИлари орасида 15-20 % ни аденовирусли инфекциялар (АВИ) ташкил этади. Мазкур ишда 116 нафар бемор текширилиб, ичак микрофлораси бактериологик усулда ўрганилди, аденовирус антигенларини нажас намуналаридан ИФА ҳамда Экспреес тест усулида аниқланди. Натижалар ва муҳокама. Бир ёшгача соғлом болаларда индиген флоралардан *Bifidobacterium* ва нормал ферментацияловчи *E.coli* нинг учраш кўрсаткичлари юқори (100%) бўлди ва ҳамма ёшдаги болаларда бир биридан фарқ қилмади. Лекин, *Lactobacillus* 1 ёшли соғлом болаларда 92,3% аниқланган бўлса, 1-3 ёшли болаларда 83,3% ни ташкил қилди. Пептострептококклар эса 1 ёшгача болаларда 38,4% учраса, 1-3 ёшли болаларда бу кўрсаткич 58,3% ташкил қилди. Шундай ҳолат лактоза негатив *E.coli* L (-), *Streptococcus* (D) ва *Proteus* sp. ларга ҳам тааллуқли бўлди. Бу кўрсаткичлар аденовирусли диарея касалликларида кўрилганда ичак микрофлорасининг учраш даражаси 1 ёшли болаларда, соғлом шу ёшдаги болаларга нисбатан ишонарли ўзгаришлар борлигини кўрамади. Айниқса бу кўрсаткичлар ичакнинг болалар учун энг зарур бўлган индиген бактериялари кўрсаткичида намоён бўлди. Масалан *Bifidobacterium* sp., *Lactobacillus* sp. лар назорат гуруҳига нисбатан АВИ да 16,7%, 29% камайган. Шундай кўрсаткичлар факультатив *E.coli* L (+) ва *Streptococcus* (D) га ҳам тааллуқлидир. Шу билан бир қаторда шартли патоген микроорганизмлар кўрсаткичлари соғлом болалар кўрсаткичларига нисбатан ишонарли юқори эканлиги аниқланди. Ҳар иккала текширилган гуруҳларда ҳам анаэроб бактериялари

ичакдаги умумий миқдорини таққослов гуруҳига солиштирилганда мос равишда ( $P < 0,001$ ) камайганлиги аниқланди, лекин шуни алоҳида қайд қилиш зарурки АВИ билан оғриган 1 ёшгача болалардаги ичак микрофлорасининг дисбиотик ўзгаришлари иккинчи гуруҳ (1-3 ёшли) болалардаги дисбиотик ўзгаришларга нисбатан ўзининг чуқурлиги билан ажралиб турди. Айниқса бу курсаткичлар лактобактерия ва бифидобактерияларда ишонарли бўлди ( $P < 0,001$ ) мос равишда. Йўғон ичак таркибидаги лакто- ва бифидобактерияларни бунчалик камайиб кетиши ўз навбатида бошқа қатъий анаэроблардан *Peptostreptococcus*ларнинг кўпайишига сабаб бўлган. Хулоса. Олинган натижалардан маълум бўлдики, АВИ бор 1 ёшгача бўлган болаларда ичак микрофлорасидаги дисбиотик ўзгаришлар 1-3 ёшдаги бемор болалар курсаткичларидан ишонарли фарқланди. Юқоридаги натижаларни тасдиқланиши, бу болаларда дибактериоз индекси (ДИ), даражасини аниқлаганимизда ҳам маълум бўлди. АВИ бор 1 ёшгача болаларнинг микрофлорасидаги дисбактериоз даражаси аниқланганда ДИ-I даража-26,7%, ДИ-II эса 46,4% ташкил қилди. Умумий гуруҳ учун 73,1%. Иккинчи гуруҳда эса бу курсаткич (23,2-26,3%) мос равишда аниқланди. Умумий курсаткич эса 49,5% ташкил қилди.

## КАНАЛИ ҚАЙТАЛАМА ТЕРЛАМА КАСАЛЛИГИ ЎҚОҚЛАРИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭНТОМОЛОГИК НАЗОРАТ

Абидов З.И.<sup>1</sup>, Ахмедова М.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Наманган вилоят давлат санитария эпидемиология назорат маркази,

<sup>2</sup> Тошкент тиббиёт академияси

Канали қайталама терлама касаллиги Республикада қайд этилаётган паразитар касалликлар ўртасида асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Бу касалликни асосий ташувчиси ва резервуари аргас каналар туркумига кирувчи *Ornithodoros papillipes* канасидир. Фарғона водийси вилоятларини айниқса Наманган вилоятининг аксарият худудларининг табиий жойлашиши, иқлими ушбу канани ривожланишига, кенг тарқалишига мўътадил бўлган шароит мавжуд. Тоғ ва тоғ олди худудларида олиб борилган энтомологик текширувлар натижалари шуни кўрсатдики, касаллик ташувчиси бўлган *Ornithodoros papillipes* каналарининг спирохета билан зарарланганлар сонини кўплиги аниқланган. Ўзбекистон Республикасида канали қайталама терлама касаллигининг тарқалиш мезони яшаш, ёрдамчи хонадонларини *Ornithodoros papillipes* канаси билан зарарланганлиги даражаси билан характерланади. *Ornithodoros papillipes* канасини аҳоли пунктларида интенсив тарқалиши хонадонларни санитар-техник ҳолатига, қурилиш материалларини физикавий, кимёвий хусусиятларига боғлиқ. Наманган вилоятида ҳар йили 10-15нафар шу касаллик билан оғриган беморлар рўйхатга олинади. Канали қайталама терлама касаллигини аниқлашни асосий усули қалин қон томчи препаратидида касаллик қўзғатувчи боррелийларни топилишидир. Бунинг учун касаллик бўйича эпидемик бўлган худудлардаги барча иситмали беморлар ўз вақтида аниқлаш ва лаборатория йўли билан текширилиши лозим. Даволаш профилактика муассасаларини юқори малакали мутахассислар билан таъминлаш. Айниқса, клиник-диагностик лабораториялардаги врач лаборант ва лаборантларни канали қайталама терлама касаллигини лаборатория диагностикаси бўйича мунтазам равишда билим савияларини ўқув машғулотлари ўтказиш йўли билан ошириб бориш мақсадга мувофиқ хисобланади. Канали қайталама терлама касаллигига кураш ва олдини олиш тадбирлари касалликни қатор ўзига ҳос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда олиб борилиши тавсия қилинади. Касалликни олдини олишни радикал усулларидан бири касалликни асосий ташувчиси ва резервуари бўлган *Ornithodoros papillipes* каналарига қарши кураш олиб боришдир. Каналарга қарши кураш микроўчоқ ва касаллик қайд этилган аҳоли пунктларида кўп маротаба (камида 2-3 йил давомида) олиб бориш ва сифатини назорат қилиш лозим. Каналарга қарши кураш катта ҳажмларда ҳар йили касаллик қайд қилинган микроўчоқларда, *Ornithodoros papillipes* каналари билан зарарланган барча хонадонлар ҳамда канаси бўлмаган қўшни хонадонларда олиб борилиши керак. Қўлланилган кимёвий модда (инсектицид) ни таъсир қилиш доираси 3-4 ой бўлса бир йилда икки марта, 6 ойгача бўлса йилда бир марта ўтказилади. Аҳоли пунктларида режали равишда каналарга қарши кураш олиб бориш йилнинг илиқ ойларида (март-ноябр) олиб борилади. Аҳоли пунктларни *Ornithodoros papillipes* каналари билан зарарланганлигини аниқлаш мақсадида сифатли энтомологик текширувлар ўтказиш ва уларни соғломлаштирилганлигини баҳолаб бориш лозим. Касаллик эндемик бўлган худудларда касалликдан тўла соғломлаштириш учун аҳоли пунктларида ободонлаштириш тадбирларини ўтказиш мақсадга мувофиқ хисобланади.

## ВГВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ОИВ КОИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Аладова Л.Ю.<sup>1</sup>, Эргашев Б.М.<sup>1</sup> Бегматов Б.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Тошкент тиббиёт академияси, <sup>2</sup>ТДСИ

Болалар орасида вирусли гепатитлар муаммоси ҳанузгача долзарблигича қолмоқда. Бу вирусли гепатитлар билан касалланишнинг юқори даражада эканлиги ва унинг ноҳуш оқибатлари билан асосланган. Сўнгги йилларда вирусли гепатитлар билан асосан мактаб ёшидаги болалар касалланмоқда, шунингдек ўсмирлар орасида парентерал гепатитлар билан касалланиш ортиб бормоқда. Бир ёшгача бўлган болалар ҳам вирусли гепатитлар билан касалланади, аммо улар алоҳида гуруҳни ташкил этади, чунки уларда энтерал ва парентерал юқиш йўлидан ташқари, гепатит

В вируси билан перинатал зарарланиш мумкин. Кенг миқёсдаги эпидемиологик текширувлар натижаси чақалоқларнинг ГВ вируси (HBV) билан перинатал зарарланиши юқори даражада эканлигидан далолат беради, бу ҳолат Москвада 26,1%, Ўзбекистонда -39,2%га тенгдир. ОИВ билан зарарланганларда гепатит В оғир кечади, ҳамда бундай беморлар орасида жигар асоратларидан ўлим ҳолатлари сезиларли даражада юқори. ОИТСнинг (MACS) кўп марказли когортли текширувлари маълумотларига асосан, аралаш инфекциялар билан касалланган беморлар орасида жигар асоратларидан ўлим ҳолатлари HBsAg аниқланмаган ОИВ билан зарарланганлардан 8 мартага ва HBsAg аниқланмаган ОИВ билан зарарланмаганлардан 15 мартага юқори. Иммуниетнинг сусайиши ва гепатит В вируси репликациясининг интенсивлиги орасида бевосита боғлиқлик мавжуд. ОИТС билан касалланган беморларда, қолган беморларга нисбатан, гепатит В вируси репликациясининг маркерлари (HBeAg, HBsAg ва вирус ДНКаси) кўпроқ аниқланади. Иммунотанқисликнинг ривожланиши гепатит В билан олдин касалланган ва унга қарши иммунитет шаклланган шахсларда ҳам гепатит Внинг реактивациясига олиб келиши мумкин (бу ҳақда қонда HBeAg ва HBsAg қарши антитанчаларнинг мавжудлиги ва вирус ДНКасининг йўқлиги далолат беради). Гепатит Внинг ОИВ-инфекцияси кечишига таъсири ўрганилган кўпгина тадқиқотларда беморлар ҳаёт давомийлигининг қисқариши аниқланмаган. Гепатит В CD4+ лимфоцитлар миқдорининг камайишини тезлаштирмайди ва оппортунистик инфекциялар учрашини оширмайди. Бироқ ОИВ-инфекциясидан ўлим ҳолатларининг камайиши фонида жигар асоратларидан ўлим ҳолатларининг кўпайиши кузатилади. Бундан ташқари, сурункали гепатит В билан касалланган ОИВ билан зарарланганларда – юқори фаолликдаги антиретровирусли терапиянинг (ВААРТ) гепатотоксик таъсири 3 марта кўпроқ намоён бўлади. ВААРТ ва гепатит В ни даволаш аралаш инфекциялар билан касалланган беморлар тақдирига таъсири қилишини ҳали аниқлаш керак.

### СУВ ОМБОРЛАРИ СУВИНИ МИКРОБИОЛОГИК ВА КИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Алматов Б.И., Нуралиева Х.О.

*ЎзР ССВ Санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ, Тошкент фармацевтика институти*

Мақсад Ўзбекистоннинг турли типдаги баъзи сув омборлари суви микробиологик ва кимёвий таркибини текширишнинг ўзига хос хусусиятларини аниқлаш бўлди. Тадқиқотлар 2009-2014 йиллар давомида Ўзбекистоннинг турли типдаги - ўзанли (Чорвоқ), тўлдирилувчи (Каттақўрғон) ва аралаш (Туямўйин) сув омборларида ўтказилди. Бунинг учун анъанавий бактериологик усуллардан фойдаланилди. Улар ёрдамида *Escherichia spp*, *Staphylococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Salmonella spp*, *Shigella spp* мавжудлиги, мезофил аэроб ва факультатив - анаэроб микроорганизмлар (умумий микроб сони - УМС) умумий сони, умумий колиформ ва термотолерант колиформ бактериялар (УКБ ва ТКБ) сони аниқланди. Шунингдек, сувнинг органолептик кўрсаткичлари, кимёвий таркиби ҳам ўрганилди. Натижалар умум қабул қилинган статистик усуллар ёрдамида ишланди. Ёз мавсумида қирғоқдан 1 метргача узоқликда ва 20 см гача чуқурликкача бўлган намуналардан *Escherichia spp*, *Staphylococcus spp*, *Enterococcus spp* унди, *Salmonella spp* ва *Shigella spp*, сув намуналарининг олинган жойидан қатъий назар, сув омборлари ва уларни тўлдирувчи манбаларидан идентификация қилинмади. Маълум бўлишича, *Enterococcus spp* ва *Staphylococcus spp* сув омборлари қирғоқидан 1 метргача масофада рекреацион зона ёки мол боқиладиган жойлардан унди. Қирғоқдан 5 метр масофа ва ундан узоқда, шунингдек 20 см ва ундан чуқурликда барча микроорганизмлар, шу жумладан *Enterococcus spp* ва *Staphylococcus spp* лар унади. *Enterococcus spp* ва *Staphylococcus spp* униши сув омборлари рекреацион зоналарининг микроорганизмлар билан ифлосланганлик хавф омили сифатида қаралиши мумкин. Туямўйин сув омбори суви намуналарида УКБ ва ТКБ меъёр кўрсаткичларидан 4,5-26,0 мартагача кўп бўлди ( $P < 0,001$ ), фақат Султон Санжар сув омбори суви намуналарида бу кўрсаткич меъёрдан ошмади. Микробиологик кўрсаткичлар бўйича Туямўйин сув омбори суви намуналари сифати Каттақўрғон ва Чорвоқ сув омборлари шу кўрсаткичларидан ишонарли равишда паст бўлди ( $P < 0,05$ ). Барча типдаги сув омборлари суви намуналари органолептик кўрсаткичлари ва кимёвий таркибини ўрганишда қуйидаги хусусиятлар аниқланди: барча кўрсаткичлар бўйича сув намуналари, олинган жойидан қатъий назар, танланган меъёр (O'zDSt 950-2011) чегараларида бўлди; ўрганилган кўрсаткичлар бўйича энг яхши сифатли сув Чорвоқ сув омборида, энг ёмон сифатлиси Туямўйин сув омборида бўлди; тадқиқотлар учун танланган сув омборларида сув намуналарининг кимёвий таркиби меъёр кўрсаткичларининг (O'zDSt 950-2011) юқори чегараларидан ишонарли паст бўлди; келтирилган кўрсаткичлар бўйича энг сифатсиз параметрлар сув омборлари тўғонларидан юқори ва пастда, чиқиб кетувчи канал намуналарида аниқланди; антропоген ва иқлимий омилларнинг энг кучли таъсири микробиологик ҳамда кимёвий нуқтаи назардан Туямўйин сув омборларига бўлди. Тадқиқотлар якунида шу ҳудудларда доимий истиқомат қилувчи аҳоли саломатлиги ҳолатига таъсир қилиши мумкин бўлган, сув омборлари борлиги билан боғлиқ асосий омиллар (ижтимоий омил, иқлимий омил, биологик омил, ер ости сувларининг кўтарилиши омили, сувнинг минераллашуви омили, анафелогенлик омили) аниқланди. Шундай қилиб, микробиологик кўрсаткичлар бўйича Туямўйин сув омбори суви намуналари сифати Каттақўрғон ва Чорвоқ сув омборлари шу кўрсаткичларидан ишонарли равишда пастлиги аниқланди. Ёзги мавсумда сув кимёвий таркибининг ўзгариши ва сув намуналарида УМС, УКБ, ТКБ кўрсаткичларининг ишонарли камайиши орасида корреляцион боғлиқлик борлиги аниқланди ( $\rho = -0,8$ ).

## СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахмедова М.Д., Абдулхаков С.С., Ташпулатова Ш.А.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Тадқиқот мақсади. Сурункали вирусли гепатит В билан оғриган беморларда ичак микробиоценози ҳолатини ўрганиш. Тадқиқот материал ва усуллари. Олдимишга қўйилган мақсадни бажариш учун 2016-2017 йиллар мобайнида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигига қарашли эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий текшириш институти (ЭМЮКИТИ) клиникасида сурункали вирусли гепатит В ташхиси билан даволанган 22 нафар беморлар кузатилди. Беморларнинг ўртача ёши  $42,4 \pm 0,9$  бўлди. Беморларнинг 59,0% аёллар, 41,0% эркеклар ташкил қилди. Кузатувдаги 22 нафар беморларнинг 18,2% (4) сурункали жараён максимал фаолликда, 54,5% (12) – ўртача фаолликда ҳамда 27,3% (6) – минимал фаолликда кечди. Кузатувдаги беморларнинг 12 (54,5%) нафарида постгепатитли спленомегалия, 2 (9,1%) нафарида қизилўнғач веналарини варикоз кенгайиши ҳамда 1 (4,5%) – асцит каби асоратлар аниқланди. Беморлар динамикада клинко-лаборатор текширувдан ўтказилди, ЎзР ССВ қарашли ЭМЮКИТИ нинг коллекция лабораториясида (лаборатория мудирини т.ф.н. Г.К.Абдухалилова) нажаснинг микробиологик тахлили ўтказилди. Олинган натижалар. Беморлар нажасининг микробиологик тахлили натижаларига кўра, кузатувдаги сурункали вирусли гепатит В билан оғриган беморларнинг барчасида (100,0%) ичак дисбиозини аниқланди, яъни бифидобактериялар етишмовчилиги, Кандида оиласига мансуб замбруфлар, лактозанегатив ичак таёқчалари миқдорини ошиши, шу билан бир қаторда лактозапозитив ичак таёқчалари миқдорини пасайиши, бошқа шартли патоген микроорганизмларнинг миқдорий ва сифатий ўзгаришлари билан характерланди. Ушбу ўзгаришларнинг даражасига кўра, ичак дисбиозини ҳам даражаларга ажратилди: кузатувдаги беморларнинг 9,1% (2) I даражали дисбактериоз, 40,9% (9) II даражали, 36,4% (8) III даражали ҳамда 13,6% (3) IV даражали дисбактериоз кузатилди. Чуқур дисбактериоз ҳолатида эса патоген микроорганизмлар ҳам ажратиб олинди. Ичак дисбиозини сурункали инфекция жараён фаоллиги билан қиёсланганида маълум бўлдики, минимал фаолликда бўлган 6 нафар беморларнинг 33,3% да I даражали, 66,7% II даражали дисбактериоз хос бўлди. Сурункали вирусли гепатит В ўртача фаолликда кечган 12 нафар беморларнинг 41,7% - II даражали ҳамда 58,3% III даражали дисбактериоз аниқланган бўлса, максимал фаолликдаги 4 нафар беморларнинг 1 тасида (25,0%) - III даражали, 3 (75,0%) – IV даражали дисбактериоз аниқланди. Асцит ҳамда қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши каби асоратлар кузатилган беморларда ичак дисбактериозининг IV даражаси хос бўлди. Ичак дисбиозини даражаси беморларнинг жинсига боғлиқлиги ўрганилганида, тадқиқот гуруҳидаги аёлларнинг катта қисмида (61,5%) III даражали дисбактериоз кузатилди, шу билан бир қаторда кузатувдаги беморларда аниқланган IV даражали дисбактериознинг 66,7% (2) аёллар ташкил қилди. Эркекларнинг ҳам 66,7% II даражали дисбактериоз хос бўлиб, кузатувдаги беморларда аниқланган I даражали дисбактериознинг 100,0% (2) эркеклар ташкил қилди. Хулоса. 1. Сурункали вирусли гепатит В билан оғриган 100,0% беморларнинг ичак микрофлорасида дисбиотик ўзгаришлар кузатилади ҳамда ушбу ўзгаришлар беморлар жинсига боғлиқ бўлиб, аёлларга чуқур дисбиотик ўзгаришлар кўпроқ хос. 2. Ичак микрофлорасидаги дисбиотик ўзгаришлар сурункали инфекция жараён фаоллиги билан боғлиқ бўлиб, максимал фаолликдаги беморларнинг 75,0% дисбактериозининг IV даражаси аниқланиб, ушбу беморларда асоратлар ривожланиш даражаси ҳам юқори бўлди.

## НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ИЧКИ ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ахмедова М.Д.<sup>1</sup>, Абидов З.И.<sup>2</sup>, Ғайбуллаев Ф.Х.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Тошкент тиббиёт академияси,*

<sup>2</sup>*Наманган вилоят Давлат санитария эпидемиология назорат маркази*

Республикада ички лейшманиоз касаллигининг қишлоқ ўчоқлари 1965 йилда йўқотилган. Охириги йилларда Республиканинг айрим вилоятларида табиий ўчоқларни фаоллашуви антропоургик (қишлоқ) ўчоқларини шаклланишига олиб келди. Наманган вилоятининг Поп туманида ички лейшманиознинг фақат “Ўрта Ер денгизи” тури учрайди. Поп туманида 1987 йилдан бошлаб ички лейшманиоз касаллиги рўйхатга олина бошланган. Касаллик асосан туманнинг Чодак, Чоркесар, Янгиобод, Олтинкон, Янгиер, Хонобод, Гулистон қишлоқларида қайд қилиниб, охириги йилларда эпидемиологик ҳолат кескинлашиб бормоқда. Бунинг асосий сабаби бу қишлоқлар касаллигининг табиий ўчоқлари бўлган тоғли худудларда яъни денгиз сатҳидан 900-1100 метр баландликда жойлашганлиги ва иқлими *Phlebotomus* авлодига мансуб ископтопарларнинг ривожланиши учун мўътадил шароит мавжудлиги ҳамда касаллигининг асосий манбаи бўлган итлар ўртасида ушбу касаллик бўйича эпизоотологик ҳолатни кескинлашганлигидир. 2010-2016 йиллар мобайнида ушбу худудларда 82 нафар ички лейшманиоз билан оғриган беморлар рўйхатга олинди. 2010-йилда-18 нафар, 2011-йилда-15 нафар, 2012-йилда-16 нафар, 2013-йилда-5 нафар, 2014-йилда-5 нафар, 2015-йилда-13 нафар, 2016-йилда-10 нафар беморлар қайд қилинди. Ушбу йиллар давомида Чодак қишлоғида 20 нафар, Чоркесар қишлоғида

12 нафар, Янгиобод қишлоғида 17 нафар, Олтинкон қишлоғида 6 нафар, Янгиер қишлоғида 9 нафар, Хонобод қишлоғида 11 нафар, Гулистон қишлоғида 2 нафар ички лейшманиоз билан оғриган беморлар рўйхатга олинди. Барча беморлардан тўш суягидан суртма олиниб Романовский-Гимза усулида лаборатория йули билан теширилиб ташхис тасдиқланган. Касаллик асосан 0 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар ўртасида рўйхатга олиниб, умумий касалланишнинг 40 фоизи 1 ёшли, 36 фоизи 2 ёшли, 10 фоизи 6 ёшли, 6 фоизи 3 ёшли, 4 фоизи 4 ёшли, 4 фоизи 5 ёшли болалар ўртасида қайд қилинди. Касалликни ойлари бўйича қайд қилиниши унинг яширин даврига мос равишда асосан январь-май ва ноябрь, декабрь ойларида қайд этилди. Беморларни касаллик тарихлари ўрганилганда касалликни бошланиш даврида беморларда холсизлик, иштахани пасайиши, тери ва шиллик каватларни оқариши, талокни аста секинлик билан катталашуви белгилари кузатилди. Бир неча кундан сунг дастлаб тана хароратини субфебрил ҳолда қутарилиши кейин эса жуда ҳам юқори бўлиб 1 кунда 2-3 марта такрорланиши мумкин. Шу билан бирга аксарият беморларда бронхит, майдаучокли зотилжам белгилари ҳам намоён бўлганлиги, жигар айниқса талокни катталашуви, аксарият ҳолларда талокни кичик чанок сохасигача тушиши, айрим ҳолларда эса периферик лимфа тугунларини катталашганлиги аниқланди. Умумий қон таҳлилида гипохром камқонлик яъни эритроцитлар сонини 1-2 млнгача камайиши, лейкопения (лейкоцитлар сони-2000тагача ва ундан ҳам камайиши), тромбоцитопения белгилари кузатилди. Беморлар УЖССТнинг томонидан тавсия этилган даволаш стандартрига асосан "Глюкантим" препараты билан 28-30 кун давомида махсус даволаш курслари ўтказилди. Беморлар ўртасида ўлим ҳолатлари рўй бермади. Беморлар шифохонадан чиққандан сўнг ҳудудий даволаш муассасалари томонидан диспансер назоратига олинди. Касаллик аниқланган ҳудудларда эпидемиологик ҳолатни барқарорлаштириш мақсадида тиббиёт ходимларини билим савияларини ўқув кенгашлар ўтказиш йўли билан ошириш, аниқланган беморлар устидан диспансер назоратини олиб бориш, искаптопарларни кўпайишига йўл қўймаслик мақсадида санитария тозалов, ободонлаштириш ҳамда искаптопарларга қарши юқори самарали перитроид препаратлари билан сифатли дезинсекция ҳамда ҳудуддаги уй итларини лаборатория йули билан текшириш, дайди итларни эса йўқотиш, кемирувчиларга қарши дератизация тадбирларини мунтазам ўтказиб бориш тавсия этилади.

## МИКОПАЗМА ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР ПНЕВМОНИЯДА БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАР ТАҲЛИЛИ

Ахранова С.Т.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Мавзунинг долзарблиги. Охириги йилларда хорижий адабиётларда болалар ўртасида пневмониянинг ривожланишида микоплазманинг аҳамияти ишонarli кўпайгани таъкидламоқда. ЖССТ нинг маълумотига кўра, ҳар йили 8-15млн. инсонда шу касаллик аниқланади. Бу инфекция 5 ёшдан катта болалар (1-3 ёшли 13%) ва ўсмирларда (40-50%) кўпроқ кузатилади. Ишнинг мақсад. Микоплазмали юқори нафас йўллари касалликларида бактериологик кўрсаткичларни ўрганиш. Материал ва текшириш усуллари. Илмий изланиш 2016-2017 йилларда ТТА 1-клиникасини болалар пульмонология бўлимининг поликлиникасига, стационарига мурожаат қилган 1-5ёшли юқори нафас йўлларининг касалликлари билан оғриган 41 нафар болаларда олиб борилди. Микоплазма антигенини аниқлашда иммунофлюорисценция ва иммунофермент анализ (ИФА) усулларида фойдаландик. Олинган натижалар ва уларни таҳлили. Серологик усулда микоплазма аниқланган 11 нафар ва аниқланмаган 17 нафар ўткир пневмония билан оғриган болаларнинг нафас йўллари микрофлораси ўрганилди. Назорат гуруҳига 13 та соғлом бола киритилди. Текширув ўтказилган 41 боладан 149 та микроб штамлари, назорат гуруҳида 43 микроб штамми ажратиб олинди. Булардан коринобактериялар 11,6%, Streptococcus spp. 18,6%, Streptococcus spp. 44,2%, Moraxella catarrhalis ва анаэроб кокклар 4,6% дан, Neisseria spp., 9,3 %, Haemophilus spp. авлоди вакиллари 7,0% ҳолларда учради, Enterobacteriaceae spp. оиласи вакиллари назорат гуруҳида рўйхатга олинмади. Streptococcus spp. авлоди вакиллари сапрофит нормал стрептококкларнинг назорат гуруҳига нисбатан 1,7 маротаба камайиши ҳисобига патоген ва шартли-патоген стрептококкларнинг учраши ва миқдорий кўрсаткичлари юқори бўлди. Агар микоплазмали ўткир пневмонияда Streptococcus spp. вакиллари 27,3% ҳолларда, микоплазмасиз ўткир пневмонияда бу кўрсаткич 52,6%, биринчи гуруҳ билан солиштирсак 1,9 маротаба кўпроқ, яъни бу гуруҳда Streptococcus spp. авлоди вакиллари микоплазмасиз ўткир пневмония ни келтириб чиқаришган. Микоплазмали ўткир пневмонияда микст инфекция 63,6% ҳолларда учради, бу кўрсаткич солиштириш гуруҳи нисбатан 2,8 маротаба кўп. Нормал стафилококклар ва стрептококклар, нейссерия авлодига мансуб бактерияларни учраш кўрсаткичлари ва миқдорида камайишлар кузатилди. Хулоса. Микоплазма этиологияли ўткир пневмония билан оғриган болаларда шартли-патоген бактерияларнинг касаллик этиологиясига қўшилиши, организм иммун системаси резистентлигининг кескин сустлашуви оқибатида, нормал микрофлора вакиллари учраш даражасини ва миқдорий кўрсаткичларини камайишига сабаб бўлди. Микоплазма этиологиясиз ўткир пневмония билан оғриган болаларда нафас йўллари микрофлораси ўзининг хилма-хиллиги ва миқдорий жиҳатдан ишонarli кўп учраши билан ажралиб турди ва касаллик этиологиясида асосан St.pneumoniae, St.pyogenes, S.aureus ва H.Influenzae аҳамиятли бўлди.

## КЛЕБСИЕЛЛА ВА ЦИТРОБАКТЕР ШТАММЛАРИНИНГ СУВДАГИ ЦИРКУЛЯЦИЯСИ

Бердимуродов Б. П.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Муаммонинг долзарблиги. Бизнинг планетамизнинг турли иқлимий зоналарида яшовчи микроорганизмлар турли экологик бўшлиқларда дарё, денгиз туби чўкмаларида учраши мумкин. Микроорганизмлар ўзларида антибиотикларга чидамли кўпгина генларни олиб юрадilar. Дунёнинг барча давлатларида антимикроб препаратларга микроорганизмларнинг чидамлилигини сезиларли ўсиши кузатилмоқда. Охириги йилларда бу муаммо нафақат касалхона ичи инфекцияси учун, балки касалхонадан ташқари инфекциялар учун ҳам долзарб эканлиги маълум бўлмоқда. одамларнинг касалхона ичи ва касалхонадан ташқаридаги инфекцияларда энтеробактериялар ахамиятли микдорга эга бўлиб, бу текшириш объекти худди микроорганизмлар танлаб олинишига асослаган, бунда клебсиллалар ҳам антибиотикларга чидамлилик хусусиятига эга бўлиб бу ҳам йетакчи ўринни эгаллайди. Антибактериал препаратларни ўрганиш сифатида иккита синф антибиотиклари танлаб олинди инфекцияларни даволашда клиник амалётда кўпроқ талабга эга булган грамманфий флора келтириб чиқарган беталактамлар ва фторхинолонлар. Тадқиқот мақсади. Сувдаги клебсиелла ва цитробактер штаммларининг сувдаги циркуляциясини ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Республика давлат санитария эпидемиология хизмати мутахассислари билан биргаликда Тошкент шаҳри очиқ сув ҳавзаларидан сув наъмуналари олинди (18) ва санитар-бактериологик (тегишли озуқа муҳитларга экиб, *Klebsiella* spp., *Citrobacter* spp. ларнинг соф культураси) усули ёрдамида ажратиб олинди. Тадқиқот натижалари. Тошкент шаҳрининг Бузсув канали, Кора-камиш канали, Бўртжар сув ҳавзаларидан олинган намуналар натижаси қуйидагича намоён бўлди. Сувнинг микрофлорасида *E.coli.*(31%), *Klebsiella* spp.(20%), *Citrobacter* spp. (20%), қолган шартли-патоген микроорганизмлар (*Enterobacter* spp., *Yersinia enterocolitica*, *Providencia rettgeri*, *Rahnellia aquatilis*) ва бошқалар аниқланди, улардан оксидазамусбат микроорганизмлар 25-35%ни ташкил қилди. Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, ҳозирги кунда Тошкент шаҳридан оқиб ўтувчи очиқ сув ҳавзаларини текширишлар натижасига кўра, шартли-патоген микроорганизмлар *E.coli.*, *Klebsiella* spp., *Citrobacter* spp. фоизи юқори даражада эканлиги сув ҳавзаларининг ифлосланганлигини кўрсатади. Бу антропоген ва техник ифлосланганликлари натижаси бўлиши мумкин.

## АЙРИМ АҲОЛИ ҚАТЛАМЛАРИ ОРАСИДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В КАСАЛЛИГИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Джўраева К.С., Муминова Ш.Ш.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Вирусли гепатитларни ўрганиш муаммоси бу касалликнинг кенг тарқалганлиги, кўпинча сурункали гепатит, жигар циррози ривожланиши билан ногиронликка олиб келиши, айрим ҳолларда летал тугаши билан боғлиқдир. Вирусли гепатит В касаллиги айрим ҳолларда сурункали турга тезда ўтиб, жигар циррозига олиб келади. Тадқиқот мақсади. Айрим аҳоли қатламлари орасида сурункали гепатит В касаллиги клиничко эпидемиологик кечиш хусусиятларини таҳлил этиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Айрим аҳоли қатламлари орасида сурункали гепатит В касаллиги клиничко эпидемиологик кечиш хусусиятларини таҳлил этиш учун биз Самарқанд вилоят Юқумли касалликлар клиничко шифохонасида “Сурункали вирусли гепатит В” инфекцияси билан хасталанган 80 беморни кузатув остига олдик. Беморларга «Сурункали вирусли гепатит В» ташхиси (СВГВ) эса беморлар қон зардобиди ИФТ усулида HbsAg аниқланиши ва ПЗР усулида қон зардобиди вирус ДНК сини аниқлаш усулида қўйилди. Тадқиқот муҳокамаси. Беморларда касаллик кечиш хусусиятларини ўрганиш учун 2 гуруҳга ажратилди. Бунда асосий гуруҳни 40 киши ташкил этиб, зарарли одатлардан холи беморлар саралаш усулида танлаб олинди. Назорат гуруҳини ҳам 40 киши ташкил этиб, беморларнинг анамнезидан неча йиллардан буён зарарли одатларга ружу қўйганлиги аниқланилди. Назорат гуруҳидаги беморларнинг эпидемиологик анамнези сўраб суриштирилганда 13,2% СВГВ касаллиги билан касаллангунча спиртли ичимликларни мунтазам қабул қилиб юрганлиги аниқланилди. 25,8 % беморлар касаллик ташхиси тасдиқлангандан сўнг ҳам мунтазам равишда нос қабул қилиб юриши маълум бўлди. 19,8 % беморлар касаллиги аниқ бўлгандан сўнг ора сирада спиртли ичимликларни (вино, коньяк, пиво ва б.) қабул қилишини айтиб ўтишди. 18,9 % беморлар эса касаллиги аниқ бўлгандан сўнг ҳам бу зарарли одатлардан ўзларини тия олишмаганлигини таъкидлашди. 22,3 % беморлар эса касаллик ташхиси тасдиқлангандан сўнг ҳам тамаки чекиб юришини маълум қилишди. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 66,4% ни эркаклар, 33,6 % ини аёллар, назорат гуруҳида эса 93,7 % ни эркаклар, 6,3 % ни аёллар ташкил этади. Асосий гуруҳдаги беморларнинг ёшлари бўйича таҳлил этганимизда, 18-25 ёш 36,1% ни, 25-40 ёш 45,9% ни, 40-60 ёшдагилар 12 % ни, 60 ёшдан катталар 6 % ни ташкил этди. Назорат гуруҳида эса 35 ёш ва ундан ошганлар салмоқли ўринни эгаллайди. Беморларнинг ижтимоий ҳолати таҳлил этилганда, асосий гуруҳдагиларнинг аксарияти олий маълумотли (54,5%) ва ўрта маълумотли (19,3%), қолган қисмини талаба ёшлар ташкил этиши маълум бўлди. Назорат гуруҳидагиларнинг аксарият қисмини мигрантлар (43,7%), ишсизлар (31,7%), хизматчилар ташкил этиши аниқланилди (24,6%). Назорат гуруҳида талаба ёшлар учрамайди. Асосий гуруҳдаги беморларда касаллик давомийлиги ўртача 7-10

йилни ташкил этган. Назорат гуруҳида эса бу муддат 10 ойдан 5 йилгача бўлган муддатни ташкил этади. Беморларда СВГВ касаллиги клиник кечиб хусусиятларини ўрганишда СВГВ касаллиги фаоллик даражасини эътиборга олиш лозим. Асосий гуруҳдагиларнинг 32,4 % изида касалликнинг минимал фаоллик, 24,2% изида касалликнинг паст фаоллик даражаси, 29,5% касалликнинг ўртача фаоллик, 13,9 % касалликнинг юқори фаоллик даражаси ташхиси қўйилган. Назорат гуруҳида эса минимал ва паст фаоллик даражаси 23,5 % ни ташкил этгани ҳолда, касалликнинг ўртача фаол ва юқори фаол даражаси 76,5 % ни ташкил этиши маълум бўлди. Бундан ташқари, бу гуруҳдаги беморларнинг 29,8 % “Жигар циррози” ташхиси қўйилган. Касаллик клиникасида барча беморларда иш қобилиятининг пасайиши аниқланди. Назорат гуруҳдагиларда касалликнинг барча кўринишларида уйқусизлик, ҳолсизлик, асабийчанлик, иштаҳанинг пастлиги аниқланди. Ўнг қовурға равоғи остида оғриқ (100%), кўнгил айниши (93,0%), қусиш (88,3%), адинамия (91,2%), толиқиш (87,7%) қоринда оғриқ ва дамлаш (78,0%), тери қичиши (64,8%), гепатомегалия (89,7%), спленомегалия (45,6%). Асосий гуруҳдагиларда бу белгилар минимал даражада ифодаланганлиги (3-4 баравар кам) маълум бўлди. Асосий гуруҳдагиларнинг аксарият қисми (65,7%) йилига 1-2 марта профилактик кўриқдан ўтиб даволаниши аниқланди. Назорат гуруҳдагиларнинг салмоқли қисми (78,8 %) йилига 3-4 марта шифохона ёки уй шароитида амбулатор даволанишини маълум қилди. Асосий гуруҳдагиларда ҳамроҳ касалликлардан 14,5 % да ОИВ инфекцияси, 78,9 % камқонлик, 21,6 % панкреатит, 17,8 % холецистит, 9,6 % ошқозон яра касаллиги, 13,5 % артериал гипертония, 7,8 % ҳолда сил, 4,5 % қандли диабет касаллиги аниқланди. Назорат гуруҳдагиларда эса 34,5% изида ОИВ инфекцияси, 24,6 % ошқозон-ичак яра касаллиги, 100 % камқонлик, 23,6 % ҳолда сил, 34,7 % ҳолда артериал гипертония касаллиги, 36,7 % ЮИК, 45,6 % ошқозон ичак тракти яллиғланиш касалликлари аниқланди. Хулоса. Вирусли гепатит В касаллигига чалинган беморларнинг зарарли одатларга ружу қўйиши нисбатан давомли интоксикация, узоқ муддатли гепатоспленомегалия, мунтазам равишда меҳнатга лаёқатсизлик билан ифодаланади. Шунингдек, бу ҳолатлар нафақат СВГВ касаллигининг кучайишига, балки бемор умрининг қисқаришига ва яшаш сифатининг пасайишига олиб келишини унутмаслигимиз зарур.

## ТОШКЕНТ ШАХРИДА ИСТИҚОМАТ ҚИЛУВЧИ БОЛАЛАРНИНГ ИЧАК МИКРОФЛОРАСИНИ БАҲОЛАШ

Ёдгорова. Н. Т.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ичак микрофлорасининг сифат ва миқдорий таркиби доимо турли жараёнлар назорати остида бўлади, ичак микрофлораси намоёндалари эса хўжайин организмда ҳаётнинг турли даврларида турлича кўрсаткичларга эга бўлиб ҳимоя ҳамда бошқа тизимларнинг ҳолатини бевосита намоён қилади. Ичак микрофлораси жаҳоннинг турли мамлакатларида кўпгина олимлар томонидан ўрганилган бўлишига қарамасдан, улар таклиф қилган меъёрий ҳужжатлар орасида тафовут мавжуд бўлиб ичак микрофлорасининг ягона меъёрий ҳужжати ишлаб чиқилмаган. Олимларнинг фикрича турли иқлим шароитида, турли ёш кўрсаткичларида, овқатланиш таркиби турлича бўлган ўлкаларда ичак микрофлораси сифат ва миқдор таркиби турлича бўлади. Шунинг учун ҳам олимлар таклиф қилаётган меъёрий кўрсаткичлар бир – бирига солиштирилганда фарқлар кузатишмоқда. Ўзбекистон республикасининг ҳам эколого – географик шароитларини инобатга олган ҳолда ичак микрофлорасининг меъёрий ҳужжатини ишлаб чиқиш зарур. Шунинг учун ҳам биз Тошкент шаҳри мактабгача ёшдаги болаларнинг (3 – 6 ёш) ичак микрофлорасини ўрганишни олдимизга мақсад қилиб қўйдик. Изланиш вазифаси Тошкент шаҳрининг 4 та туманида истиқомат қилувчи болаларнинг ичак микрофлорасини 4 фасл давомида бактериологик текширувдан ўтказиш ва Тошкент шаҳри мактабгача ёшдаги болалар учун меъёрий ҳужжат тақдим этиш. Ушбу ишда Юнус-Обод тумани 544-сонли нутқида нуқсонли бўлган болаларни мактабгача тарбиялаш муассасасидаги 80 боланинг (40 та ўғил бола, 40 та қиз бола ) қузги ичак микрофлорасини бактериологик текширув натижалари тақдим этилган. Текширувга охириги 1 йил ичида ҳеч қандай юқумли касалликлар билан оғриманган, ҳамда айни вақтда ҳеч қандай антибиотиклар қабул қилмаётган соғлом 3 – 7 ёшли болалар олинди. Текширув учун материал (нажас) стерилланган идишларда 2 соат ичида тажрибахонага етказилиб келинди ва озиқа мухитларига экилди. Олинган натижалар ичак микрофлораси меъёрий ҳужжат (Йўғон ичак дисбактериозини аниқлаш усуллари тақомиллаштириш, маълумот учун хат, Санкт-Петербург, 2002 й.) билан солиштирилди. 60 болада нисбатан меъёрий ҳолат, 20 та болада турли силжишлар аниқланди. 60 та меъёрий ҳолат аниқланган боладан 8 тасида (13,3%) ферментатив хусусияти меъёрда бўлган ичак таёқча ва лактоза манфий ичак таёқча борлиги аниқланди. Турли силжишлар аниқланган 20 та боладан (100%) 9 та болада эса (45%) ферментатив хусусияти меъёрда бўлган ичак таёқча ва гемолиз хусусиятли лактоза манфий ичак таёқча аниқланди, 4 та болада (20%) энтеробактер, 3 та болада (15%) протейя, 2 та болада (10%) клебсиелла, 1 та болада (5%) гемолитик стафилококк, 1 та болада (5%) цитробактер аниқланди. Меъёрий ичак микрофлорасига эга бўлган 60 та боладан 54 тасида (90%) ичак таёқча миқдори меъёрда (меъёр  $10^7$ - $10^8$  кл/г), 6 та болада (10%) меъёрий ичак таёқча миқдори  $10^5$  –  $10^6$  гача камайган. Бифидобактериялар миқдори 33 та болада (55%) меъёрда (меъёр  $10^8$ - $10^{10}$  кл/г), 27 та болада эса (45%) улар миқдори  $10^5$  –  $10^6$  кл/г гача пасайган. Лактобактериялар миқдори 56 та болада (93%) меъёрий миқдорда (меъёр  $10^6$ - $10^7$  кл/г), 4 та болада эса (7%)

улар миқдори  $10^5$  кл/г гача пасайган. Текширишлар шуни кўрсатадики атиги 75 % соғлом болаларда ичак микрофлорасининг сифат ва миқдорий кўрсаткичлари меъёрга яқин, қолган 25 % болада эса аэроб ёки анаэроб флора танқислиги кузатилди.

### «ҚУРУҚ ҚОН ТОМЧИ» УСУЛИНИНГ ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ТАШХИСИДАГИ РОЛИ

Ёдгорова Н.Т., Жумамуродов С.Т., Мурадова И.А., Рахимжонов Г.А.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ҳозирги вақтда Ўзбекистонда ҳар йили 4000 гача ОИВ ҳолати қайд қилинади. Республикада бугунги кунда 30000 нафар ОИВ-инфекцияси билан зарарланганлар яшаб келмоқда. Агар улар АРВТ олмасалар, ОИТС сабабли тез ҳалок бўлишлари мумкин. Ушбу мақолада ОИВ резистентлигини молекуляр-генетик текшириш мақсадида “қуруқ қон томчи” усулини диагностик самарадорлиги баҳоланди. Ишнинг мақсади. ОИВ резистентлигини молекуляр-генетик текшириш мақсадида “қуруқ қон томчи” усулини диагностик самарадорлигини баҳолаш. Материал ва усуллар. Тадқиқот олиб бориш учун Ўзбекистон Республикаси ССВ Вирусология ИТИ нинг ОИВ бўлимидаги ОИВ мусбат бўлган 52 нафар даволанаётган беморлардан қон олинди. Булардан 52 нафари “қуруқ қон томчи” усулда ва 52 нафари билан венасидан қон олиб ананавий усулда текширилди. Дориларга нисбатан резистентликни чақирувчи ОИВ генетик мутациясини аниқлаш мақсадида ўтказилган молекуляр-генетик анализ учун клиник ашёни йиғиш, сақлаш, транспортировка қилиш учун биринчи мартаба альтернатив усул “қуруқ қон томчи” (фильтр қоғоз, Whatman № 3, расм 1) фойдаланилди. Беморлардан альтернатив ва ананавий усулда йиғилган қон намуналари Ўзбекистон Республикаси ССВ Вирусология ИТИ нинг Референс лобораториясида текширилди. Шунингдек ПЗРда плазмани текшириш учун РНК ни ажратишда NucliSENS easyMAG тест системасидан, амплификация учун ПЗР-комплект вариант FRT тест системасидан ва Rotor-Gene 1.8.17.5 сериали анализатордан фойдаланилди. “Қуруқ қон томчи”ни текшириш учун плазмада вируслар юкломаси 1 мл қонда 1000 вирус нусхасидан кўп бўлган ОИВ инфекцияси билан зарарланган беморлар қони олинди (Приказ Росздравнадзора 12.10.12 №1897 пр112, Россия). РНК ни ажратиш учун “РИБО-преп” тест системасидан амплификация учун ПЗР-комплект вариант FRT тест системасидан ва Rotor-Gene 1.8.17.5 сериали анализатордан фойдаланилди. Олинган натижалар. Беморларнинг асосий қисмини ўрта ёшдагилар ва болалар ташкил этди. Умумий гуруҳдаги 0-5 ёшдаги беморлар 15.4/±5, 6-10 ёшдаги беморлар 53.8/±6.9, 11-15 ёшдаги беморлар 17.3/±5.2, 25-35 ёшдаги беморлар 13.5/±4.7 ни ташкил этди. Беморларнинг 24 нафарини (46.2%) эркаклар ташкил этса, 28 нафарини (53.8%) аёллар ташкил этди. АРВТ ўтқазилган олдин бемор қонида вируслар юкломасини текширилди. Олинган қон намуналарини “Қуруқ қон томчи” усулда ПЗР да текширилганда, 52 нафар бемордан 39 нафариди (75%) вируслар юкломаси юқори чиқди. 13 нафар (25%) беморда вируслар юкломаси кам чиқди.  $10^3$  даражасидаги вируслар юкломасида 13 нафар бемордан 7 тасида вируслар сони юқори чиқди.  $10^4$  даражасидаги вируслар юкломасида 24 нафар бемордан 19 тасида вируслар сони юқори чиқди.  $10^5$  даражасидаги вируслар юкломасида 13 нафар бемордан 11 тасида вируслар сони юқори чиқди.  $10^6$  даражасидаги вируслар юкломасида 2 нафар бемордан 2 тасида қондаги вируслар сони юқори чиқди. Хулоса қилиб айтсак, Вируслар юкломаси 1мл қонда 1000 вирус нусхаси бўлган намуналар альтернатив (қуруқ қон томчиси) усулда текширилганда сезувчанлиги -98,07% чиқди, махсуслиги 100% ташкил қилди. Демак, бу усулни беморлар қонини олиш, ташиш учун амалиётда қўллаш мумкин.

### ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Ёдгорова Н.Т., Муродова И.

*Тошкент тиббиёт академияси*

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 чидамлиги сабаб бўлмоқда. Антибиотикларга чидамли микроорганизмларнинг пайдо бўлиши юз-жағ соҳаси йирингли яллиғланиш касалликларининг қийин даволанишига ва жиддий асоратларнинг пайдо бўлишига замин яратади. Ишнинг мақсади. Юз-жағ соҳасидаги йирингли яллиғланиш касалликларида микроорганизмларнинг тўпламини ўрганишдан иборат. Материал ва усуллар. Текширув учун ТТА 2-клиника юз-жағ жарроҳлиги, ва нейрохирургия бўлимларидан турли юз-жағ соҳасидаги йирингли касалликлари билан даволанаётган 35 нафар беморлар танлаб олинди. Улардан 15 нафари (41%) аёл, 20 нафари (59%)эркак бўлиб, уларнинг ёши 19-60 (ўртача 32) ташкил қилади. Улардан 5 нафари кўз ости ва қовоқларда, 18 нафариди юқори ва пастки лабларда, 7 нафари пешона ва энса қисмида, 5 нафари пастки жағ соҳасида йирингли яллиғланиш жароҳатлари кузатилди, яъни абсцесс, флегмона, остеомиелит, периостит. Беморларнинг барчаси қабул вақтида клиник-лаборатор ва бактериологик текширувдан ўтказилди. Йирингли ўчоқлардан стерил тампон ёрдамида текширув учун материал олинди ва 2 соат ичида ТТА 2-клиникаси бактериологик лабораториясига олиб келинди. 5% Қонли агар, ТСТА, ШБ, Эндо, Сабуро мухитларига Гольд усулида экилди ва 24 соатга 37° 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 штамплар 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, вейлонеллар, 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 ажратиш олиш усулларини йўлга қўйиш зарур.

## ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ВА ГЕПАТИТ С ТАШХИСИДАГИ «ҚУРУҚ ПРОБИРКА» УСУЛИНИНГ РОЛИ

Ёдгорова Н.Т., Орынбаева З.Н., Рахимжонова Г.А.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ҳозирги даврда жаҳонда ва Ўзбекистонда ҳам энг долзарб тиббий-ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қолаётган ОИВ–инфекцияси ва парентерал йул билан юқувчи Гепатит С касаллиги инсониятнинг ҳаётига таҳдид қилаётган энг катта муаммо бўлиб келмоқда ва бу вирусологик касалликларга ташхис қўйишда энг замонавий усул бу ПЗР ҳисобланади. Охириги йилларда ОИВ-инфекцияси ва Гепатит С Ўзбекистонда турли ёш гуруҳлари орасида кўп учрамоқда. Шунга асосланиб, бу касалликларга лаборатория шароитида аниқ ташхис қўйиш, яъни энг замонавий усулларни қўллаш талаб қилинмоқда. Ишнинг мақсади. ПЗР усули ёрдамида «Қуруқ пробирка» усулининг диагностик самарадорлигини баҳолаш. Материал ва усуллар. Тадқиқот учун Ўзбекистон Республикаси ССВ Вирусология ИТИ нинг 2- ва 5- бўлимларда даволанаётган 39 нафар ОИВ-инфекцияси ва 11 нафар Гепатит С касаллиги билан оғриган беморлар танлаб олинди. Улардан олинган жами 50 та қон намуналари альтернатив усулда яъни «қуруқ пробирка» усулида йиғилиб (билак вена қон томиридан 1 мл қон намуналари махсус пробиркага олиниб камида 4 ҳафта давомида хона шароитида қуритилди) ПЦР усулида ва аънанавий усулда (янги қон намуналари) ПЦР усулида текширилди. Барча беморлар қони аввал ИФА усулида текширилган ва мусбат натижалари бўйича ажратиб олинган. Биз ПЗРда плазмани текшириш учун РНК ни ажратишда NucliSENS easyMAG тест системасидан, амплификация учун ПЗР-комплект вариант FRT тест системасидан ва Rotor-Gene 1.8.17.5 сериали анализатордан фойдаландик. «Қуруқ пробирка» усули бўйича текшириш учун плазмада вируслар юкломаси 1 мл қонда 1000 вирус нусхасидан кўп бўлган ОИВ инфекцияси ва Гепатит С билан зарарланган беморлар қони олинди. РНК ни ажратиш учун «РИБО-преп» тест системасидан амплификация учун ПЗР-комплект вариант FRT тест системасидан ва Rotor-Gene 1.8.17.5 сериали анализатордан фойдаландик. Олинган натижалар. Ушбу мақолада «Қуруқ пробирка» усулида текширилган 39 нафар ОИВ-инфекцияси ва 11 нафар Гепатит С билан касалланган беморларнинг (плазма) 1 мл қонда вирус юкломаси 1000дан кўп бўлган қон намунасида бу усулнинг сезувчанлик даражаси 97,8 % ни ташкил қилганлиги тўғрисида маълумотлар берилган. Беморларнинг асосий қисмини ўрта ёшдагилар ва болалар ташкил этди. Умумий гуруҳдаги 0-5 ёшдаги беморлар 6 нафар (12%), 6-20 ёшдаги беморлар 27 нафар (54%), 21-35 ёшдаги беморлар 3 нафари (12%) ни ва 36-53 ёшдаги беморлар 11 нафар (22%) ни ташкил этди. Беморларнинг 21 нафарини (42%) эркаклар ташкил этса, 29 нафарини (58%) аёллар ташкил этди. ОИВ–инфекцияси билан оғриган 39 нафар беморнинг қон плазмасини аънанавий ва «қуруқ пробирка» усулларида текширганимизда, улардан олинган натижаларни вируслар юкломаси бўйича тақсимлаганимизда, аънанавий усулда  $10^3$  даражасида 8 нафар (20,5%,  $\pm 6,5$ ),  $10^4$  даражасида 18 нафар (46,1%,  $\pm 8,0$ ),  $10^5$  даражасида 10 нафар (25,6%,  $\pm 3,8$ ),  $10^6$  даражасида 3 нафар (7,7%,  $\pm 4,3$ ) беморда аниқланди. «Қуруқ пробирка» усулда эса,  $10^3$  даражасида 26 нафар (66,6%,  $\pm 7,6$ ),  $10^4$  даражасида 12 нафар (30,7%,  $\pm 7,4$ ),  $10^5$  даражасида 1 нафар (2,5%,  $\pm 2,5$ ) беморда аниқланди.  $10^6$  даражаси беморларнинг ҳеч бирида аниқланмади. Хулоса қилиб айтсак, «Қуруқ пробирка» усулида 50 та ОИВ-инфекцияси ва Гепатит С билан касалланган беморлардан (плазма) вируслар юкломаси 1 мл қонда 1000 вирус нусхасидан кўп бўлган 50 та бемор қон намунасини ажратиш текширганимизда олинган натижаларга кўра бу усулнинг сезувчанлик даражаси 97,8 % ни ташкил қилди. (инструкция бўйича 90% ни ташкил қилади).

## ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ

Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Кутлиева Д.Б., Каримова Ф.У.

Муаммонинг долзарблиги. Ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) юқумли касалликлар орасида етакчи ўринни эгаллайди, шу билан бир қаторда иқтисодий ривожланган давлатларда ҳам кенг тарқалган ва ривожланаётган

давлатларда ўлим ҳолатларига сабаб бўлиб қолмоқда (Мирзаева М.А. ва бошқ., 2005; Юсупов Ш.Р., 2006). Яллиғла-ниш жараёнида фаоллашувчи турли хил оқсилларнинг протеолиз маҳсулотлари кўринишидаги ўртача молекуляр пеп-тидлар (ЎМП) ҳужайра рецепторларини блоклаш, регулятор пептидлар билан рақобатлашган ҳолда альбумин моле-куласи фаол маркази билан боғланиш орқали гуморал регуляция жараёнини бузади. Клиник симптомларни сўниш даври ижобий динамикасига параллел равишда қон зардобида ЎМП миқдорини статистик ишонarli равишда пасай-иши, реконвалесценция ёки патологик жараёни йўқотилиш даврига келиб меъёрга етиши кузатилди. Ишнинг мақсади: Ўткир ичак инфекцияларига эндоген интоксикация даражасини баҳолаш. Материаллар ва услублар. Кузатувдаги ЎИИ касалланган беморлар бактериологик текширув натижаларига кўра: 31(54,4%) нафариди сальмонеллез, 10 (17,5%) нафариди бактериал дизентерия, 5(8,8%) нафариди эшерихиоз ташхиси қўйилди. Кузатувдаги беморларнинг 11(19,3%) нафариди этиологик омил аниқланмади. Кузатувдаги ЎИИ эндоген интоксикация даражасини баҳолаш мақсадида ЎМП миқдори сўлақда аниқланди. Тадқиқат натижалари. Кузатувдаги 57 нафар ЎИИ беморларда эндоген интоксикация даражасини аниқлаш мақсадида ЎМП сўлақда аниқланди (асосий гуруҳ) назорат гуруҳи сифатида 15 нафар соғлом кишилар олинди ва уларнинг сўлаги таркибиди ЎМП миқдори аниқланди. Назорат гуруҳиди кишилар сўлаги таркибиди ЎМП миқдори ўртача  $0,340 \pm 0,04$  шартли бирликни ташкил қилади. Асосий гуруҳ беморларида ка-салхонага келиш вақти ЎМП ўртача  $1,8 \pm 0,034$  шартли бирликни ташкил қилди, бунда соғлом кишилар қийматига нисбатан 6 маротабага ошди, касалликни 3 куниди  $2,4 \pm 0,02$  шартли бирлик ( $\uparrow 8$ ), касалхонадан чиқишда  $1,5 \pm 0,24$  шартли бирликда ( $\uparrow 5$ ) бўлди. Хулоса қилиб айтганда, ўткир ичак инфекцияларида касалликнинг эрта давларида ЎМП миқдори ошади ва бу эндоген интоксикация ривожланганидан далолат беради. ЎМП миқдори касалликнинг эрта давр-ларида ошиб касалликнинг авж олиш давларида янада кўтарилади. Ўткир ичак инфекциясини даволаш жараёнида ЎМП қиймати аста секин пасая боради. Аммо ЎМП қиймати касалхонадан чиқиш даврида ҳам назорат гуруҳига нис-батан ишончли равишда юқорилигича қолади  $P \geq 0,05$ .

## БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЕЗНИ РИВОЖЛАНИШИ ВА АВЖ ОЛИШ ЭХТИМОЛИНИ ОЛДИНДАН КЎРСАТИБ БЕРУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ АНИҚЛАШ

Қодирова Н.Э., Ибадова Г.А.

*Тошкент врачлар малака ошириш институти*

Охири йилларда Ўзбекистонда аҳолини ўртасида бруцеллез билан касалланиш кўрсаткичини нисбатан пасай-иши атипик кечувчи шаклларни ривожланиши, ҳамда иситма билан кечувчи касалликларни даволашда стандарт ёнда-шувларни йўқлиги ва шу тўғрисида эрта ташхисот сифатини пасайиши сабаблидир. Дорихона муассасаларида антибак-териал препаратларни сотувда эркин туриши, кенг таъсир доирасига эга антибиотикларни шифохонагача иситмалаёт-ган беморлар томонидан бемалол қўлланишига олиб келмоқда. Бирламчи тармоқларда ишловчи шифокорларни ис-итмалаётган беморларни вақтида аниқлаб, уларни тўғри олиб бориш кўникмаларига етарлича эга бўлмадлиги, анти-биотико терапияни нотўғри қўлланилишига ва касалликни назоратдан ташқарида бўлиб қолишига олиб келяпти. Бу эса амалиётда эрта ташхисот алгоритмларини яратиш ва даволашга тўғри ёндашишга талаб қилмоқда. Олиб борила-ётган текширувдан мақсад болаларда бруцеллез касаллигининг клиник-эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш, кли-ник оқимини, оқибатларини ва асоратларини эндотоксемия даражаси, баъзи бир генотипик ва фенотипик хусусиятлари билан боғлиқлигини аниқлаш, уларда сурункали бруцеллезни ривожланишини ва авж олишига олиб келувчи хавф омилларни аниқлаш, профилактикаси, давосини дунё стандартлари ва тасдиқловчи тиббиёт асосида оптималлаш. Бажарилган вазифалар бошланғич текширув ишларини сифатли олиб боришни ташкиллаштирилди, болаларда бруц-еллез касаллигини хар хил клиник шаклларини учраш частотасини ва характерини аниқланди, клиник кечиш хусусият-ларини, асоратларини ва оқибатларини ацетилловчи фенотипини хисобга олган ҳолда ўрганилди. Бруцеллез билан ка-салланган 15 ёшгача бўлган болалар гуруҳини ташкил қилинди. Болаларда бруцеллезни клиник кечиш хусусиятларини эпизотик ўчоқдаги ҳолатга боғлиқлигини аниқланди. Бруцеллез билан касалланган болаларда серологик (Райта-Хе-дольсон), ҳамда бўғимлар, юрак, мия, жигар ва буйрак тўқима антигенларни боғлаб олувчи лимфацитлар текшириш ўтказилди, организмда интоксикация кўрсаткичларни аниқлаш ва уларни ацетилловчи фенотип, стигма дисэмбриоген-ез билан боғлиқлигини ўрганилди. Кўрилган натижалар Бажарилган ишлар натижасига кўра биз томондан шу аниқландики беморлардаги бруцеллезни турли шакллари ацетиллаш даражаси билан боғлиқ. Бруцеллезнинг ўткир шаклларига тез ацетиллаш реакцияси, кучли эндотоксемия характерли бўлиб, жараён сурункали шаклларига эса секин ацетиллаш реакцияси хос. Хулоса. Болаларда бруцеллез касаллигининг клиник-эпидемиологик хусусиятларини ўрга-нилиб, клиник оқимини, оқибатларини ва асоратларини эндотоксемия даражаси, баъзи бир генотипик ва фенотипик хусусиятлари билан боғлиқлигини кўрсатувчи критерияларни ишлаб чиқилди. Изланиш олиб борилаётган турли гуруҳ-ларда олинган натижаларни солиштирилиб, сурункали бруцеллезни ривожланиши ва авж олишига сабабчи хавфли омилларни маълум бир қонунчилик асосида аниқлаш орқали касалликни клиник кечиш хусусиятлари, асоратлари, ҳамда оқибатини эрта ташхисоти тўғрисида алгоритм яратилди.

**ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ АҲОЛИСИНИНГ РАДИАЦИОН ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ  
МАВЗУСИДАГИ ИЛИМИЙ ТАДҚИҚОТ ИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ**

Кудияров И.А., Садуллаева Х.А., Алланазаров А.А.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ҳозирги даврда радионуклидлар ва ионлантирувчи нурланишлардан саноатда, илмий тадқиқотларда, тиббиётда, қишлоқ хўжалигида, космик техника ишлаб чиқариш ва фойдаланишда ва бошқа соҳаларда кенг миқёсда фойдаланилмоқда. Радиациядан ҳар қандай фойдали қўлланишда хавфсизлик қоидаларига риоя этилиши лозим. Радиацион хавфсизлик миллий хавфсизликнинг муҳим элементларидан биридир ва у ҳозирги ва келажак авлоднинг радиациянинг зарарли таъсиридан муҳофазалашни назарда тутди. Радиацион хавфсизликни таъминлаш – бу биринчи навбатда давлат олдида турган вазифадир. Ўзбекистонда ядровий ва радиацион хавфсизликни таъминлашга йўналтирилган бир қатор қонунлар ҳамда санитар меъёрлар ва қоидалар ишлаб чиқилган ва ишламоқда. РХМ (НРБ) – 2006 талабларига жабов берувчи инсонларнинг ҳаёти фаолияти шароитини яратиш билан; радиацион назоратни ташкил этиш билан, жумладан, назорат остидаги ҳудудда ташқи муҳит объектларининг табиий радиоактивлиги ва глобал ядровий ёғинларга боғлиқ ҳолда радиоактивлик ҳолатини назорат қилиш ва мазкур нурланиш манбаларини аҳолига берадиган юктамаларини гигиеник баҳолаш орқали (ДСЭНМ радиологик бўлими иши тўғрисида Низом, Тошкент, 1999); радиацион гигиена масалалари буйича радиацион ҳолат ва санитар–оқартув ишлари ҳақида ахборотлар тизимини ташкил этиш орқали (ДСЭНМ радиологик бўлими иши тўғрисида Низом, Тошкент, 1999) таъминланади. Ионлантирувчи нурланиш манбаларидан фойдаланиш улар билан ишлаш бўйича санитар қоидаларига мос равишда санитар–эпидемиологик ҳулоса берилгандан кейин рухсат этилади. Шунга боғлиқ ҳолда ҳар бир ИНМга мувофиқ тарзда ДСЭНМларда хавфсиз шароитда ишлайдиган ва мулоқотда бўлиши мумкин бўлган шахсларни ҳисобга олишга асоси бўлиб хизмат қилади. Тадқиқотнинг мақсади. Қорақалпоғистон Республикаси аҳолисининг радиацион хавфсизлиги таъминотини ташкил этилиши ва унинг сифатини баҳолаш. Тадқиқот мақсадига эришиш учун Қорақалпоғистон Республикаси аҳолисининг радиацион хавфсизлиги таъминотини назорат қилувчи органларнинг тузилмасини ўрганиш; аҳоли ўртасида нурланувчи шахсларни тоифаларга ажратилганлигини ўрганиш (тоифага ажратилганлар сони); Республикасида қўлланидиган ИНМларни ўрганиш ва умумий тавсиф бериш; Қорақалпоғистон Республикаси ДСЭНМ радиацион гигиена бўлимининг моддий базаси ва кадрлар таркибини ўрганиш ва баҳолаш; бўлимнинг иш режаси бўйича радиацион хавфсизлик масалалари қамровининг тўлиқлигини ўрганиш ва баҳолаш (3 йиллик); радиологик бўлимнинг ишини самардорлигини меъёрий ҳужжатларга мувофиқлиги нуқтаи назаридан баҳолаш ҳамда аҳоли турар– жойлари ва ДПМлар ҳудудларида радиацион фон қийматларини аниқлаш каби вазифалар қўйилган. Ҳулоса қилиб айтганда олинган маълумотлар Қорақалпоғистон Республикаси аҳолисининг радиацион хавфсизлиги таъминотини ташкил этилиши ва сифати ҳолатини объектив баҳолашга; аҳолининг радиацион хавфсизлигини таъминлаш бўйича чора–тадбирларни такомиллаштириш бўйича тавсиялар ишлаб чиқишга имкон беради.

**АНДИЖОН ШАҲАРИДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРНИ АҲОЛИ САЛОМАТЛИК  
КЎРСАТКИЧ ИНДЕКСИГА ТАЪСИРИ**

Маматхужаев А.С., Джураев М.Г.

*Андижон давлат тиббиёт институти*

Саломатликни сақлаш, мустаҳкамлаш, соғлом авлодни шакллантириш, оналар ва болалар саломатлигини асраш, ҳар томонлама баркамол авлодни тарбиялаш. Давлат сиёсатининг устивор вазифаларидан бири сифатида қабул қилинган. Болалар ва ўсмирлар саломатлигига, жисмоний тараққиётига, организмнинг функционал ҳолатига ва фаолиятига таъсир кўрсатувчи атроф-муҳитни паразит кўзғатувчилари билан ифлосланишига, инсонларда учрайдиган паразитлар касалликларни аҳоли ўртасида тарқалишини олдини олиш, қайд қилинган паразитар касалликларни ўз вақтида даволаш муолажаларини олиб юбориш катта аҳамиятга эга. Андижон шаҳри аҳолиси ўртасида паразитар касалликларни аҳоли саломатлик кўрсаткич индексига таъсирини ўрганиш мақсадида атроф-муҳитни паразит кўзғатувчилари билан ифлосланиш даражасини ва паразитларни тарқалишидаги эпидемиологик қонуниятларни ўрганиб, замонавий даволаш ва прорфилактика тадбирларини олиб бориш учун ташқи муҳит объектлари ва мактабгача таълим муассасалари устида санитар-гельминтологик текширувлар олиб борилди. Андижон шаҳрида уюшган ва уюлмаган аҳоли ўртасида олиб борилган санитар-гельминтологик текширувлар натижаларининг солиштирма таҳлили шуни кўрсатдики, тупроқни паразитлар билан зарарланиш индексини аниқлаш учун жами олиб борилган текширув намуналари 620 ни ташкил этиб, зарарланиш индекси 0,65 % га тенглиги. Сабзавот ва меваларни паразитлар билан зарарланиш индексини аниқлаш учун олиб борадиган текширувлар сони 350 бўлиб зараланиш индекси 0,4% турли объектлардан олинган суртмалар сони 486 бўлиб зарарланиш индекси 1.07% мактабгача таълим муассасаларида (МТМ) олинган суртмалар сони 470 бўлиб зарарланиш индекси 1.23%га тенг бўлиб энг кўп мусбат натижа МТМ ларига тўғри келди (ўйинчок, идишлар, чойшаб, унитаз, тувак ва бошқалар). Санитар гельминтологик текширув натижалари

2016 йил баҳор-ёз ойларида олиб борилди. Юкорида ўрганилган маълумотлар шундан далолат берадики объектларни паразитлар билан зарарланиши индекси МТМ ларида юқорилиги маълум бўлди. Бизнинг фикримизча олинган натижалар паразит қўзғатувчиларнинг реализациясида ижобий омилларнинг улуши юқорилиги. Мева ва сабзавотлардан фойдаланиш қатъиян амал қилиш ва тарғибот ташвиқот ишларини кучайтириш. Болалар шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш кўникмаларини доимо ошириб бориш. МТМ дезинфекция ишларини мунтазам тўғри жорий этиш, профилактика ва даволаш учун уюшган ва уюлмаган болаларга паразитар касалликлар қайт қилинганда ДСЭНМ билан ҳамкорликда санитария ишларини тўғри ташкил этиш мақсадга мувофиқ бўлар эди.

### **ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛГИОК ХУСУСИЯТЛАРИ**

Матназарова Г.С., Неъматова Н.Ў.

*Тошкент тиббиёт академияси*

ОИВ инфекцияси – одам иммунтанқислиги вируси (ОИВ) қўзғатадиган юқумли касаллик бўлиб, организмни химиялайдиган иммун тизимини ишдан чиқаради. Ҳозирги даврда ОИВ-инфекцияси дунё бўйича соғлиқни сақлаш ва тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Болалар, ўсмирлар, ёшлар, соғлиқни сақлаш тизими ходимларининг ва жамиятдаги барча кишиларнинг саломатлиги ҳамда ҳаётини хавф остига қўймоқда. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг Орттирилган иммунтанқислик синдроми касаллиги бўйича берган маълумотига кўра, ҳозирги кунга қадар касалланганлар сони 35 миллиондан зиёдроқ кишини ташкил этади. ОИВ инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичларининг кўтарилиш ҳолатлари Ўзбекистон Республикасида ҳам қайд этилмоқда. Тадқиқотнинг мақсади. ОИВ/ОИТС касаллигининг эпидемиологияси ва профилактикасининг замонавий хусусиятларини ўрганиш. Тадқиқот материали ва услублари. Ўзбекистон Республикаси ССВ ва ОИТС маркази расмий статистик маълумотлари эпидемиологик таҳлил қилинди. Ушбу тадқиқотни бажаришда эпидемиологик ва статистик тадқиқот усулларидан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида Ортирилган иммунтанқислик вируси келтириб чиқарган инфекцияси дастлаб 1987 йилда қайд этилган ва 1999 йилгача фақат аҳолининг “хавфли” гуруҳларида аниқланган. 2000-2001 йиллардан бошлаб, аҳолининг турли қатламларида бу касаллиқнинг юқтириб олинishi сезиларли даражада кузатилди. Ўзбекистон Республикасида 2014 йилгача ОИТС билан касалланишлар сони 36108 кишини ва ОИВ инфекцияси билан яшовчилар сони 29833 кишини ташкил этиши қайд этилган. 2014 йилга келиб ОИВ инфекцияси билан касалланган беморлар эракалар орасида 55,4%, аёллар орасида 44,6% ташкил қилади. Ўзбекистон ОИВ/ОИТС нинг аҳамиятига кўра етакчи ўринда бўлган юқиш йўли - инфекциянинг жинсий мулоқат орқали юқишидир. ОИВ/ОИТС нинг ушбу йўл орқали юқишига тарибсиз жинсий алоқалар, хусусан, мамлакатнинг айрим шаҳарларида тарқалган тижорат секс сабаб бўлмоқда. Тезкор баҳолаш натижаларига кўра, Тошкент, Самарқанд, Фарғона, Термез, шунингдек, Тошкент вилояти шаҳарларида секс хизмат кўрсатувчилар (СХК) сони ҳар 1000 кишига 2 тадан 4 нафаргача тўғри келади, демак, республика бўйича 30 000 нафар СХК бор, деб айтиш мумкин. Хулоса. Шундай қилиб, ОИВ-инфекциясининг юқиш ва тарқалиш ҳафини камайитириш учун мазкур инфекция ҳақида иложи борича кўпчилик тўла ва чуқур маълумотга эга бўлиши зарур. Ушбу соҳа бўйича бажариладиган ишларни жадаллаштириш замон талаби ҳисобланади.

### **ШАРТЛИ ПАТОГЕН ФЛОРА ТОМОНИДАН ҚЎЗҒАТИЛАДИГАН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КЕЧИШИ**

Матякубова Ф.Э., Раббимова Н.Т., Тиркашев О.С

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Мавзу долзарблиги. Эрта ёшдаги болалар орасида ўткир ичак инфекциялари билан касалланиш кенг тарқалганлиги билан муҳим аҳамиятга эга. Кўпчилик муаллифлар томонидан ўткир ичак инфекциялари орасида шартли патоген флора қўзғатувчилари томонидан қўзғатиладиган ичак касалликлари сони ортганлиги қайд этилмоқда (Абдухалилова Г.К., Ахмедова М.Д., 2014; Жеребцова Н.Ю., 2007; Подколзин А.Т., 2004). Тадқиқот мақсади. Эрта ёшдаги болаларда шартли патоген флора томонидан чақириладиган ичак касалликларининг кечиш хусусиятларини аниқлашдан иборат. Тадқиқот усуллари ва материаллари. Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига 2012-2017 йилларда “Ўткир ичак инфекцияси” ташхиси билан мурожаат этган 1235 бемор кузатув остига олинди. Текширув предмети-қон, сийдик, ахлат тахлили ва ахлат бактериологик тахлили, текширилган беморларнинг протоколлари ҳисобланади. Тадқиқот натижалари. Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига 2012-2017 йилларда мурожаат этган беморларда утказилган кузатув натижалари асос қилиб олинган. Беморларнинг 73,7 % бир ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Анамнезидан беморларнинг 21% овқатдан касалланганлиги, 28,2% қўпол равишда сунъий овқатлантиришга ўтказилганлиги (эчки сути, мол сути, печенье берганлиги), 15,1 % беморлар овқат рационига янги маҳсулотларни қўшишганлиги (мевалар, овқатлар, сабзавотлар), 16,8 % беморларда эса бошқа касалликлар фонидида ўткир ичак инфекцияси келиб чикканлиги маълум бўлди. 18,9 % беморларда касаллик сабаби аниқла-

нилмади. Беморларда қуйидаги хамрох касалликлар кузатилган: камқонлик 96,7 % холда, стоматит-23,7 % холда, рахит-32,6 % холда, гипотрофия-49,2 %, ЭҚД-24,5 % холда, бронхит-32 %, бронхопневмония-18,9 %, соннинг туғма чиқиши-7,8%, болалар церебрал фалажлиги-2,3%, Даун синдроми-1,2 %, паратрофия-4,5 % холда аниқланган. Шунингдек, охири йилларда айрим холларда TORCH инфекция аниқланаётганлиги маълум бўлди. Кузатувларда аниқланишича, 18,9 % беморларда TORCH инфекция (цитомегаловирус, герпетик инфекция, токсоплазмоз) аниқланган. Беморларда хамрох касалликлар қуйидагича қўшилиб келган холатлар ҳам учраган. Рахит + камқонлик, аллергия дерматит + камқонлик; камқонлик + бронхопневмония + ЭҚД; камқонлик + гипотрофия; камқонлик + гипотрофия + ЭҚД; камқонлик + гипотрофия + рахит; ЎРВИ + ўткир бронхит + камқонлик; камқонлик + яралли стоматит + дисбактериоз каби хамрох касалликларнинг бирга қўшилиб келиши кузатилади. Касаллик 33,5 % беморларда оғир, 54,8% беморларда ўрта оғир шаклда, 11,7 % холатда енгил шаклда кечган. Беморларнинг бактериологик ахлат тахлилида қуйидаги манзарани кўриш мумкин: Klebsiella 19,1%, Citrobacter – 16,2%, Proteus 18,7 %, Pseudomonas aeruginosa – 3,6%, Enterobacter 4,8%. 26,3% холда бир неча шартли патоген флора қўзғатувчиларининг биргаликда қўшилиб келган холда касаллик чақирганлиги маълум бўлди. Хаста болаларнинг онасида хомилдорлик ва туғруқ жараёни қандай кечганлигини тахлили қилганимизда қуйидагилар маълум бўлди: 33,5 % беморларнинг оналарида хомилдорлик ўткир респиратор вирусли инфекциялар фонида кечганлиги аниқланди, 17,5 % беморларнинг оналарида хомилдорлик даврида ошқозон ичак тракти томонидан турли патологиялар кузатилган(жумладан, гастрит, жигар ва ут пуфаги касалликлари), 8,3 % беморларнинг оналари хомилдорлик даврида сурункали пиелонефрит ташхиси билан қайта қайта даволанишган, 21,2% беморларнинг оналарида гестоз, хомила тушиши хавфи, аниқланган. Шунингдек, охири йилларда айрим холларда TORCH инфекция аниқланаётганлиги маълум бўлди. Кузатувларда аниқланишича, 18,9 % беморларда TORCH инфекция (цитомегаловирус, герпетик инфекция, токсоплазмоз) аниқланган, 39,6 % холларда сурункали урогенитал инфекция аниқланди. Хулоса. Касаллик анамнезидан сунъий овқатлантиришда бўлган гўдакларда касаллик кўпроқ учради. Эрта ёшдаги болаларда шартли патоген флоранинг кузатилиши онанинг хомилдорлик даврида ўтказган касалликлари билан чамбарчас боғлиқдир. Шартли патоген флора томонидан кузатилган ичак инфекциялари кўпинча хамрох касаллиги бор болаларда учраган.

## СТАФИЛОКОКК ЭТИОЛОГИЯЛИ ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИНИ БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА КЕЧИШИ

Мулладжанова К.А.

*Анджон давлат тиббиёт институти*

Охири йилларда бир ёшгача бўлган болалар ўртасида стафилакокк этиологияли ичак инфекциялари кўп учраётди. Бу касаллик болага кўпроқ она организмидан хомилдорлик вақтида, туғиш, туғишдан кейин эса ёрилган кўкрак орқали эмизиш вақтида ўтганлиги маълум. Катта ёшдаги болалар кўпинча оилавий, гурух-гурух тарзида стафилакокк билан зарарланган овқатларни-сметана, сариеғ ва кремларни истеъмол қилиш натижасида учради. Стафилакоккларни 2 тури мавжуд: Staphilococcus aureus ва Staphilococcus epidermis. Стафилакоккни биринчи тури патоген, иккинчи тури эса кучсизланган организмда патологик процессларни чала туғилган болаларда ва чақалоқларда чақиради. Мақсади. Бир ёшгача бўлган болаларда стафилакокк этиологияли ичак инфекциясини кечиш хусусиятини ўрганиш. Текширув методлари. Бизнинг кузатувимизда бир ёшгача бўлган болаларнинг 130 таси бўлди. Бу беморлар Анджон вилоят юқумли касалликлар шифохонасининг 1 ёшгача бўлган ўткир ичак касалликлари бўлимига ётқизилган. Беморларда асосий клиник симптомлардан юқори иситма, ичнинг суюқ кетиши- патологик аралашмалар билан, боланинг яхши ривожланмаганлиги ва анамнезидан кўп марта шифохонада ётиб даволанганлигини маълум бўлди. Барча беморлардан бактериологик текширув учун қон ва нажас олинди. Қўшимча қоннинг умумий тахлили қилинган. Текширув натижалари. Беморларнинг 40 таси ўрта оғир холатда 3 таси 3 кундан сўнг оғирлашган, қолган 90 таси эса ўрта оғир холатда шифохонага ётқизилган. Кузатувимиздаги 12 беморнинг қон экмасида Staphilococcus aureus, 28 тасида Staphilococcus epidermis ва 90 та бемор нажасида Staphilococcus топилган. Стафилакокклар ташқи муҳитга чидамли бўлиб, 60°C хароратди 1 соат давомида, фенол эритмасида-10-30 минут, қуритилган холатда 6 ойгача, ўрин-чайшабларида, ўйинчоқларда ва чангда 2-3 хафта сақланади. Улар кенг ишлатиладиган антибиотикларга сезгирлигини камайтиради. Беморларнинг 90% бир неча бор шифохоналарда даволаниб хар хил антибиотиклар қабул қилишганлиги маълум бўлди. Қон экмасида Staphilococcus aureus ва Staphilococcus epidermis топилган беморларнинг умумий қон тахлилида қуйидагилар аниқланди: камқонлик 2-чи даража, лейкопения, нейтрофилез, ЭҚТ нинг тезлашуви. Оғир холатларда анэозинофилия ва тромбоцитопения ҳам кузатилди. Беморларга даво муолажаларини тавсия қилганда сезгирлигига қараб антибиотиклар, патогенетик даво учун суюқликлар эхтиёжга қараб, нитрофуран препаратларидан эрсефурил ва стопдиар ишлатилди. Оғир холатларда гормонлар ишлатилди. Фақат нажасда топилганларга эса нитрофуран препаратлари билан стафилакоккли бактериофаг тавсия қилинган. Барча беморлар оғир-енгиллига қараб шифохонада 5 кундан 10 кунгача даволанишди. Даволанган сўнг эса 6-12 ойгача диспансер назоратда бўлиши тайинланди. Хулоса. Бир ёшгача бўлган болаларда стафилакокк этиологияли ичак инфекциялари бирмунча ўзига хос кечиши

кузатилди. Қон экмасыда *Staphilacoccus aureus* ва *Staphilacoccus epidermis* чиққан беморларда касаллик оғир кечган. Нажасида *Staphilacoss* чиққан беморларда эса бирмунча енгил кечганлигига қарамасдан, нотўғри даво олиб борилиши натижасида касаллик чўзилган характерда кечган. Этиотроп давони яхши танлаш, нитрофуранлар ва унга стафилакоккли бактериофаг берилиши билан, патогенетик давони ўз ўрнида ишлатиш натижасида беморларда яхши натижа олинди.

### **РОТАВИРУСЛИ ДИАРЕЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА КАСАЛЛИК РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР**

Муминова М.Т., Эргашов О.И., Қурбонов Б.Ш.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Муаммонинг долзарблиги. Бола ҳаётининг биринчи 2-3 ойлигида ротавирусли гастроэнтерит билан кам ҳолларда касалланади, чунки уларда трансплацентар ва она сutiдан ўтган антитаначалар касаллик ривожланиши олдини олади (В.Н. Тимченко, 2011). Шунинг учун 2014 йилдан бошлаб Ўзбекистонда ЖССТ тавсияларига асосан 2 ва 3 ойлик болаларни ротавирусга қарши эмлаш дастури миллий эмланиш календарига киритилди. Тадқиқот мақсади. Ротавирусли диарея билан касалланган бир ёшгача болаларда касаллик ривожланишига таъсир этувчи омиллар ўрганиш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот Тошкент шаҳар 4-сон болалар юқумли касалликлари шифохонасида диарея билан касалланган 0-6 ойлик – 8 нафар (1-гурух), 6-12 ойлик – 17 нафар (2-гурух) болаларни текшируви асосида ўтказилди. Ташҳис объектив ва лаборатор текширувлари асосида қўйилди. Тадқиқот натижалари. 1-гурухдаги болаларнинг 62,5%и (5 нафар) фақат она сuti билан овқатланган бўлса, 25%и (2 нафар) аралаш овқатланишда, яъни она сuti билан биргаликда турли таркибли сutiли аралашмалар билан овқатланади. Бир нафаргина бемор бола (12,5%) қатъий сунъий овқатланишда бўлган. 6 ойликдан бошлаб болага қўшимча овқатланиш бошлаганлиги сабабли 2-гурухдаги болаларнинг 17,6%и (3 нафар) она сuti ва қўшимча овқат билан боқилган. Аралаш овқатланишдаги болалар 23,5% ни (4 нафар), сунъий овқатланишдаги болалар эса 58,9%ни (10 нафар) ташкил этди. Эмланганлик даражаси бўйича 1-гурухда 50% (4 нафар) бемор болалар ротавирусга қарши умуман эмлаш олмаган. Бир маротаба эмланган бемор болалар 37,5%ни (3 нафар) ташкил этган бўлса, икки марта эмланган бир нафар (12,5%) бемор болада касаллик ривожланиши кузатилган. Ота-онасининг хоҳишига кўра, эмлаш вақтида боладаги турли соматик касалликларнинг мавжудлиги туфайли ва қисман турли тиббий қарши кўрсатмаларга 2-гурухдаги бемор болаларнинг 58,9%и (10 нафар) ротавирусга қарши эмланмай қолган. Бир маротаба эмланган болалар 23,4% (4 нафар) ташкил этди. 17,6%ни (3 нафар) икки маротаба эмланган болаларнинг преморбид фони ўрганилганда уларда касаллик вақтида турли фон касалликларнинг борлиги аниқланди, шунингдек мазкур болаларнинг 2/3 қисми сунъий овқатланишда бўлган. Хулоса. Ротавирусли диарея билан касалланган бир ёшгача бўлган болаларда касаллик ривожланишига боланинг овқатланиши, эмланиш даражаси, ҳамда мавжуд фон ва соматик касалликларнинг мавжудлиги бевосита таъсир кўрсатади.

### **ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИ БЎЛГАН СИЛ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИНИНГ КЕНГ ТАРҚАЛИШ САБАБЛАРИ**

Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С., Разиков Ф.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ҳозирги кунда сил касаллиги глобал муаммога айланиб, нафақат ривожланаётган ва балки ривожланган давлатлар ҳам унинг таъсиридан азият чекмоқда. Сил билан зарарланган беморларни даволаш муддатининг давомийлиги ва дориларнинг бошқа дорилар билан бирга қўлланиши натижасида сил микобактерияларнинг дориларга чидамли турлари ортиб бормоқда. Охириги 10 йил ичида бутун дунёда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам дориларга чидамли бўлган сил қўзғатувчиси билан зарарланганлар сони 5-4% ортганлиги аниқланган. Сил қўзғатувчисининг дориларга чидамли бўлган қўйидаги турлари фарқланади: дориларга монорезистентли, мултирезистентли, полирезистентли турлари. Шулардан мултирезистентли турини назорат қилиш қийинлик туғдирмоқда. Силнинг мултирезистентли тури бўйича 2013-2015 йилги ўтказилган эпидемиологик тахлиллар натижасига кўра республикамызда янги аниқланган бактерия ажратадиган беморлар ичида 14,0%, мултирезистентли турлари ташкил этмоқда. 2012 йилдан 2015 йилнинг охириги саккиз ойигача бўлган давр ичида дориларга чидамли сил касаллиги 2 млндан ошганлиги қайд этилган. Африка қитасида мамлакатлар учун жиддий муаммолардан бири миксинфекция яни (ОИВ+сил) ҳисобланиб, ОИВ инфекцияси билан зарарланганлар ҳисобига Африка аҳолиси ўртасида сил билан касалланиш даражаси 3 марта ошган. ЖССТнинг маълумотларига қараганда, бутун ер юзида 15 ёшгача бўлган болаларнинг 180 миллиони сил микобактериялари билан зарарланиб, сил касаллигидан ҳар йили 170 минг бола нобуд бўлмоқда. Силга қарши курашиш, даволаш ва уни эпидемиологик назоратини ўтказиш республикамыз мутахассислари олдида турган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади. Тадқиқотнинг мақсади. Сил касаллигининг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ва ушбу маълумотлар асосида сил касаллиги қарши қўлланиладан профилактик чора-тадбирларни такомиллаштириш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ўзбекистон ва Қорақолпағистон Республикалари ДСЭНМ нинг сил

билан касалланиши бўйича расмий ҳисоботлари. Сил касаллиги бўйича эпидемик ўчоқларда ўтказилган эпидемиологик текширув ҳариталари асосидаги маълумотлар. Тадқиқатда эпидемиологик, санитар-гигиеник ва статистик тадқиқот усуллардан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари. Ўрганилган статистик маълумотларга асосан, Республикамиз аҳолисининг сил билан касалланиш кўрсаткичи охириги ўн йил ичида 100000 кишига нисбатан 76 нафар кишини ташкил қилган бўлса, шундан 14 ёшгача бўлган болалар ўртасида 106.8 га тенг бўлган. Сил касалликлари ижтимоий-иқтисодий ва экологик ночор минтақалар, жумладан Орол бўйича ҳудудларида кўп тарқалганлиги қайд этилган. Қорақалпоғистон Республикасида бирламчи юқтириш даражаси 2.2%, Хоразм вилоятида 2.4%, Самарқанд вилоятида 2.9% ни ташкил қилган. Сил касалликларининг тарқалиши ва даволашни назорат қилиш этарлича эмаслиги сил касалликлари кўпайишига олиб келмоқда. Хулоса. Ўзбекистон ва Қорақалпоғистон Республикаларида сил билан касалланиш кўрсаткичлари юқори даражада кузатилиши сақланиб қолмоқда, бу эса ўз навбатида сил билан касалланишни эпидемик тус олиши эҳтимолига олиб келиши мумкинлиги ва силга қарши чора-тадбирлар тизимини такомиллаштириш зарурлигини талаб қилмоқда. Ушбу ҳолат, Қорақалпоғистон Республикаси ҳудудларида ОИВ инфекцияси аҳоли орасида кенг тарқалиш сабабларидан бири бўлиши мумкин. Шунинг учун сил тарқалишга сабаб бўлган омилларни ўз вақтида аниқлаш ва эпидемиологик ҳолатни тўлиқ баҳолаш мақсадида бу ҳудудларда сил билан касалланиш ҳолатларини тўлиқ ўрганишни тақозо қилади.

### СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ

Мустанов Ж.А., Расулов Ш.М.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Лейшманиоз дунё бўйича 98 та давлатларда эндемик ҳолда учрайдиган, тропик касаллиқдир. Висцерал зооноз турдаги лейшманиозининг ўчоқлари тропик ва субтропик иқлимли мамлакатларда тарқалган. Марказий ва жанубий Америка давлатларида, ҳамда Чаде, Уганде, Кения, Сомали, Эфиопия, Судан, Ўрта ер денгизи атрофидаги давлатлар оролларда, Туркия, Ироқ, Эрон, Бангладеш, Ҳиндистон, Хитой давлатларида фаол ўчоқлари мавжуд. Лейшманиоз: Ўрта Осиё (Туркменистон, Ўзбекистон), Кавказорти, Афғонистон, Яқин Шарқ ва Африка давлатларида тарқалган. Лейшманиоз туризм ривожланиши билан нафақат эндемик ҳудудларда балки бошқа географик ҳудудларда ҳам тез-тез учрамоқда. ЖССТ нинг маълумотига кўра 350 миллион киши бу касаллик билан касалланган. Ҳар йили 14 миллион киши ушбу касаллик билан касалланади. Ўзбекистонда зооноз лейшманиоз ва тери лейшманиози тарқалган. Ўзбекистон республикаси вилоятлари орасида лейшманиоз касаллигининг энг кўп тарқалган вилоятлардан бири Сурхондарё вилоятидир. Ишнинг мақсади. Сурхондарё вилоятида лейшманиоз касаллигининг тарқалганлигини эпидемиологик таҳлилини ўтказиш. Тадқиқот текшириш материаллари ва усуллари. Сурхондарё вилояти ДСЭНМининг Лейшманиоз билан касалланиш бўйича 2010-2016 йиллардаги расмий ҳисоботлари. Ушбу иш бажарилишида эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари. Сурхондарё вилоятида 2010 йилдан 2016 йилгача 975 нафар кишида касаллик қайд қилинган, касаллик кўрсаткичлари йиллар бўйича таҳлил қилинганда 2011 йилда энг кам 78 нафар кишида касаллик қайд қилинган яъни 100 минг аҳолига интенсив кўрсаткич 3,7га тенг, 2016 йилда энг кўп қайд қилинган яъни 248 нафар кишида интенсив кўрсаткич 10,3га тенг бўлган. Лейшманиоз касаллигини йиллар бўйича эпидемиологик таҳлил ўтказилганда даврийлик йўқлиги аниқланди. Касалликнинг вилоят туманлари ва термиз шаҳри бўйича тарқалганлигини таҳлил қилганимизда ҳудудлар бўйича нотекис тарқалганлиги аниқланди. Термиз шаҳри, Термиз тумани, Жарқўрғон туманларида энг кўп, Ангор тумани, Музработ тумани, Ангор туманларида кам даражада, Узун туман, Сарийосиё туман, Денов туман, Олтинсой туман, Шурчи туман, Қизириқ туманларида умуман қайд қилинмаган. Хулоса. Ўзбекистон республикаси вилоятлари орасида лейшманиоз касаллиги Сурхондарё вилоятида кўп тарқалган бўлиб Сурхондарё вилояти туманлари орасидан Термиз шаҳри, Термиз тумани, Жарқўрғон туманларида кўп тарқалган. Касаллик йиллир ва ҳудудлар бўйича нотекис тарқалган, бундай эпидемиологик хусусият касаллик қузғатувчиси манбаларининг ҳар хил ҳудудларда турлича эканлиги билан боғлиқ бўлса керак. Бундай ҳолат ушбу касаллик эпидемиологиясини чуқур ўрганиш бўйича махсус илмий-тадқиқотлар ўтказишни тақозо қилади. Сурхондарё вилоятида касаллик манбасини аниқлаш учун илмий тадқиқот ишларини олиб бориш мақсадга мувофиқ.

### ЎЗБЕКИСТОНДА ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ

Мустанов Ж.А., Расулов Ш.М.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Лейшманиоз Ўрта осий, Европа давлатларида, Кавказ орти ва Туркияда учрайди, касалланишнинг 75% Грузия, Италия, Албания ва Испания давлатларига тўғри келади. Тери лейшманиози 80% ҳолларда Ўзбекистон, Туркменистон ва Туркия давлатларида рўйхатга олинади. ЖССТ нинг маълумотига кўра 350 миллион киши бу касаллик билан касалланган. Ҳар йили 14 миллион киши ушбу касаллик билан касалланади. Ўзбекистонда тери лейшманиози ва висцерал

лейшманиоз тарқалган. Ишнинг мақсади. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида лейшманиоз касаллигининг қайд қилиниш ҳолатининг эпидемиологик таҳлилини ўтказиш. Тадқиқот текшириш материаллари ва усуллари. Ўзбекистон Республикаси ва вилоят ДСЭНМ ларининг Лейшманиоз билан касалланиш бўйича 2001-2016 йиллардаги расмий ҳисоботлари. Ушбу иш бажарилишида эпидемиологик, паразитологик ва статистик усуллардан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари. Ўзбекистон Республикаси ҳудудида 2001 йилдан 2016 йилгача 5231 нафар кишида касаллик қайд қилинган, касаллик кўрсаткичлари йиллар бўйича таҳлил қилинганда 2007 йилда энг кам касаллик қайд қилинган бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткич 0.2 га тенг бўлган, 2016 йилда эса касаллик энг кўп ҳолларда қайд қилинган ва интенсив кўрсаткичда 2.6 ни ташкил этган. Лейшманиозни йиллар бўйича эпидемиологик таҳлили ўтказилганда, касалликда даврийлик кўрсаткичи йўқлиги аниқланди. Касаллик ҳудудлар бўйича нотекис тарқалган. Андижон вилоятида 2001 йилдан 2016 йилгача касаллик умуман қайд қилинмаган бўлса, аксинча ҳолатлар Сурхондарё вилоятида - 1566 нафар, Қашқадарё вилоятида - 679 нафар, Бухоро вилоятида - 1159 нафар, Навои вилоятида - 394 нафар ва Қорақалпоғистон Республикасида 732 нафар касаллик қайд қилинган. Бунга сабаб ушбу вилоятларда касаллик табиий ўчоқларининг мавжудлиги, касаллик ташувчиси-искаптопарларнинг ва касаллик манбаи бўлмиш катта қум сичқоннинг мавжудлиги. Лекин Сурхондарё вилоятида касаллик кўп қайд қилингани билан, ушбу ҳудудда катта қум сичқон кўп тарқалмаган, Термиз шаҳрида умуман аниқланмаган. Хулоса. Ўзбекистонда лейшманиоз касаллиги нисбатан кўп тарқалган. Касаллик йиллар ва ҳудудлар бўйича нотекис тарқалган, бундай эпидемиологик хусусият касаллик қўзғатувчиси манбаларининг ҳар хил ҳудудларда турлича эканлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу ҳолатга ушбу касаллик эпидемиологиясининг ўрганилмаган қирраларини аниқлашга махсус илмий-тадқиқотлар аниқлик киритиши мумкин.

## ЎТКИР БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАР МИКРОБ ПЕЙЗАЖИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ ҚИЁСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Нуралиева Х.О., <sup>1</sup>Курбанова С.Ю., <sup>2</sup>Султонова Ф.А.

*Тошкент фармацевтика институти, <sup>1</sup>Тошкент Давлат стоматология институти,*

*<sup>2</sup>Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали*

Илмий иш мақсади ўткир бактериал конъюнктивитлар қўзғатувчилари пейзажини беморлар ёшига боғлиқ қиёсий кўрсаткичларини баҳолаш бўлди. Материал ва усуллар. Ўткир конъюнктивит ташҳиси қўйилган 15 ёшгача бўлган болалар (n=38) ва 18-75 ёшли катта ёшдаги беморлар (n=86) кўз чиқиндиларидан биологик намуналар бактериологик текширишдан ўтказилди. Қўзғатувчилар идентификацияси Bergey's Manual Systematic Bacteriology (1997) бўйича амалга оширилди. Натижалар. Бемор болалардан жами 38 та қўзғатувчи унган бўлиб, уларнинг барчаси монокультура сифатида намоён бўлди, микроорганизмлар ассоциациялари учрамади. Қўзғатувчилар орасида етакчи ўрин Staphylococcus epidermidis га (31,6±10,6%) тааълуқли бўлди. Кейинги ўринда Streptococcus pyogenes бўлиб, унинг 10 та штамми (26,3±10,1%) қўзғатувчи сифатида унди, Escherichia coli бўлса 15,8±8,2% ҳолатда идентификация қилинди. Ўткир бактериал конъюнктивитлар қўзғатувчилари орасида типик бўлмаган Escherichia coli учраши бола кўзи конъюнктивасига унинг яқин қариндошлари, айниқса онаси организмдан тушган, деган мулоҳаза юритдик, чунки бу грамманфий бактерия фақат 3 ёшгача бўлган болалардан ажратиб олинди. Катта ёшдагилар орасида етакчи қўзғатувчилардан бири бўлган Staphylococcus aureus нинг болалар орасида нисбатан кам фоизларда (10,5±7,0%) униши, Staphylococcus epidermidis дан ишонарли даражада кам идентификация қилиниши эса диққатни жалб қилади. Candida spp (10,5±7,0%) ва Proteus spp (5,3±5,1%) қўзғатувчи сифатида учраши эса бола организми иммун тизими фаолиятининг пасайганидан далолат берди, чунки соғлом болаларда меъёردа уларнинг ўткир бактериал конъюнктивитлар чақириш эҳтимоли жуда паст. Катта ёшдаги беморларда ҳам болалар кўрсаткичларига ўхшаш фақат монокультура ажратиб олинди (n=86), микроорганизмлар ассоциациялари аниқланмади, аммо қўзғатувчилар этиологик таркибида фарқ қилувчи хусусиятлар аниқланди. Етакчи қўзғатувчи сифатида ҳамон Staphylococcus epidermidis (37,2±7,3%) аниқлансада, кейинги ўринда Staphylococcus aureus (32,6±7,1%) қайд қилинди. Қўзғатувчилар орасида Streptococcus pyogenes учраш фоизи (20,9±6,2%) бемор болалар кўрсаткичлари (26,3±10,1%) сингари юқори бўлди. Болалардан олинган патологик материалда Streptococcus pyogenes унмагани ҳолда, катта ёшли беморларда кам бўлса ҳам (4,7±3,2%) идентификация қилинди. Эътиборли жойи шуки, Escherichia coli катта ёшли беморлар ашёларидан унмади, ваҳоланки, болаларда бу кўрсаткич 15,8±8,2% ни ташкил этган эди. Proteus spp ва Candida spp ўткир бактериал конъюнктивитлар учун тасодифий қўзғатувчи эканлиги катта ёшли беморлар натижалари бўйича ҳам бемор болалар кўрсаткичлари сингари ўз тасдиғини топди. Шундай қилиб, болаларда ташҳисланган ўткир бактериал конъюнктивитлар асосий этиологик агентлари монокультура сифатида учраган Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pyogenes ва Escherichia coli бўлди, уларнинг аниқланиш фоизи бошқа қўзғатувчиларга нисбатан юқорилиги кўрсатиб берилди. Candida spp ва Proteus spp ўткир бактериал конъюнктивитлар касалланган беморларда асосий қўзғатувчилар, деб ҳисобланмади, улар ушбу биотопга тасодифан тушган транзитор микроорганизмлар сифатида баҳоланди. Катта ёшли бе-

морлардан ундириб олиш фоизлари бўйича қўзғатувчилар қуйидаги кетма кетликда жойлашди: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Proteus spp, Candida spp. Катта ёшлиларда барча қўзғатувчиларнинг 95,4% и граммусбат коккларга тегишли бўлди. Болаларда учрамаган Streptococcus pyogenes этиологик агент сифатида катта ёшлиларда пайдо бўлган бўлса, Escherichia coli нинг биронта ҳам штамми ажратиб олинмади.

### ТАЖРИБАВИЙ ИЧАК ТУТИЛИШИ МОДЕЛЛАРИДА ЭКСТРАИНТЕСТИНАЛ АЪЗОЛАРДАН УНГАН МИКРООРГАНИЗМЛАР МАНЗАРАСИ

Нуралиев Н.А., Сувонов К.Ж.

*Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти,*

*ЎзР ССВ санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ*

Мақсад тажрибавий ўткир ингичка ва йўғон ичак тутилишлари моделларида лаборатория ҳайвонлари ички аъзоларидан (мезентериал лимфа тугунлари - МЛТ, жигар, талоқ, ўпка) унган микроорганизмлар манзарасини ўрганиш бўлди. Материал ва усуллар. Тадқиқотларга 368 та оқ зотсиз сичқонлар жалб қилинди. Тажрибавий ўткир ингичка ва йўғон ичак тутилишлари моделларини шакллантиришда Круглянский Ю.М. (2007) таклиф этган ўткир обтурацион ичак тутилиши тажрибавий моделларидан фойдаландик. Тажрибага жалб қилинган ҳайвонлар 4 гуруҳга бўлинди: 1 гуруҳ - ўткир ингичка ичак тутилиши (ЎИИТ) чақирилганлар; 2 гуруҳ - ўткир йўғон ичак тутилиши (ЎИИТ) чақирилганлар; 3 гуруҳ - таққослаш гуруҳи (қорин бўшлиғи очилиб, ичак тутилиши чақирилмаганлар); 4 гуруҳ - назорат гуруҳи (интакт ҳайвонлар). Обтурация муддати 24, 48, 72 соатни ташкил этди. Микроорганизмлар идентификацияси Bergey's (1997) бўйича, статистик ишлаш анъанавий вариацион статистика усуллари ёрдамида амалга оширилди. Олинган натижалар. Тажрибавий ЎИИТ моделида тажриба муддатларига боғлиқ ҳолда МЛТ дан унган штаммлар орасида Escherichia spp кўп учради. Агар 24 соатдан сўнг ассоциация шаклида унган штаммларнинг 45,6±7,3% и Escherichia spp га тегишли бўлса, кейинги ўринларда Proteus spp, Enterobacter spp, Staphylococcus spp, Citrobacter spp, Enterococcus spp бўлишди. 48 соат ўтгач, миқдор жиҳатдан микроорганизмлар ундириб олиниши кўпайган бўлса ҳам, аммо, юқоридагига ўхшаш тенденция сақланиб қолди. Тажрибанинг кейинги муддатида (72 соат) микроорганизмлар миқдор жиҳатдан янада кўпроқ ажратиб олиниши баробарида уларнинг бир бирига бўлган нисбати ҳам ўзгарди. Тажриба муддатларидан қатъий назар Enterococcus spp ва Bacteroides spp миқдори ўзгармади. Фикримизча, ЎИИТ да бу микроорганизмларнинг транслокацияга қодирлик қобилияти бошқа грамманфий тайёқчалар ва граммусбат коккларга нисбатан паст. Тажрибавий ЎИИТ моделида обтурациядан кейинги 24, 48, 72 соат ичида униш жигарда МЛТ дан бир мунча фарқли бўлгани ҳолда ўзгаришлар тенденцияси сақланиб қолди. Талоқ бўйича олинган натижалар микроорганизмларнинг миқдори жиҳатидан фарқ қилса ҳам, уларнинг бир бирига бўлган нисбати бўйича сезиларли тафовут аниқланмади. Бу аъзодан монокультура шаклида асосан Escherichia spp ундириб олинди. Ўпкадан бажарилган экмаларда ҳам Escherichia spp кўп ундирилиши билан фарқланди. Тажрибавий ЎИИТ моделида ҳам МЛТ дан микроорганизмлар штаммлари унишида ЎИИТ каби етакчилик Escherichia spp да бўлди. Тажрибавий ЎИИТ дан асосий фарқ Enterococcus spp нинг кўп идентификация қилинишидир. 48 соатдан сўнг тажрибавий ЎИИТ га нисбатан ЎИИТ да штаммлар умумий сони 1,5 мартага кам идентификация қилинди. 72 соатдан кейин ЎИИТ да шу муддатда ассоциация шаклида жами 131 штамм унган бўлса, ЎИИТ да бу кўрсаткич 1,2 мартага кўп бўлди. Тажрибавий ЎИИТ да жигардан унган микроорганизмлар пейзажи бўйича натижалар МЛТ кўрсаткичларига ўхшаш бўлди. Талоқдан идентификация қилинган микроорганизмларда ҳам миқдор бўйича устунлик Escherichia spp да бўлди, ЎИИТ да Enterococcus spp миқдори ошиши диққатни жалб қиладиган ҳолат сифатида қаралиши мумкин. Шундай қилиб, тажрибавий ЎИИТ моделида тажрибанинг барча муддатларида Escherichia spp униш миқдори барча штаммларнинг ярмини ташкил этди. Транслокация бўлиш қобилияти грамманфий бактерияларда граммусбат коккларга нисбатан 3-4 баравар юқори. Анаэробларнинг (Bacteroides spp) транслокацияга қодирлик даражаси паст ва тажриба муддатларига мос миқдорий жиҳатдан ўзгармади. Тажрибавий ЎИИТ га нисбатан ЎИИТ да Staphylococcus spp ва Enterococcus spp ундирилиши орасида катта тафовут борлиги асосий микробиологик мезон сифатида эътироф этилди.

### ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАРДА ЛАБОРАТОРИЯ ҲАЙВОНЛАРИ БИЛАН ИШЛАШНИНГ ЭТИК ТАМОЙИЛЛАРИ АСОСЛАРИ

Нуралиев Н.А., Эргашев В.А.

*Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти,*

*ЎзР ССВ Санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ*

Тадқиқот мақсади. Микробиологик, иммунологик ва гигиеник экспериментал тадқиқотларни ташкил қилиш ва ўтказишда тадқиқотларга жалб қилинган лаборатория ҳайвонлари билан ишлашнинг анъанавий этик тамойилларини асослаш. Материал ва усуллар. Микробиологик, иммунологик ва гигиеник мавзуларга оид илмий ишларни бажариш бўйича экспериментал тадқиқотлар ўтказиш мақсадида жами 240 та оқ зотсиз сичқонлар ва 160 та оқ зотсиз



spp.  $10^6$  КХҚБ /г, Candida  $>10^7$  КХҚБ /г, ҳамда патоген гемолитик E. coli, Streptococcus spp., S. aureus қўзғатувчиларининг миқдори анча кўпайганлиги аниқланди. Хулоса. 1. ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларнинг ичак микрофлорасида II-даражадаги дисбактериоз, касалликнинг барча босқичларида кузатилди. 2. Беморларда индиген микрофлора вакилларининг умумий миқдорини камайиши, айниқса бифидо-, лактобактериялар, бактериоидлар ва шартли-патоген микроорганизмлар миқдорининг 2-3 баровар ошиши кузатилди.

### ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИДА ИФА ТАШХИСИНИНГ РОЛИ

Нурузова З.А., Мирвалиева Н.Р.

*Тошкент тиббиёт академияси*

БЖССТ 2010 йил 28 июн кунини «Гепатит С га қарши кураш куни» деб эълон қилди. 2012 йилда Бутун жаҳон гепатитга қарши курашиш куни учун «Сиз ўйлагандан яқин» шиори танланди. Бу ташкилот барча давлат ҳукуматларини ҳар йили тахминан 1 миллион инсоннинг умрига зомин бўлаётган вирусли гепатит – жигар яллиғланишига қарши курашишни кучайтиришга давъат этмоқда. Бугунги кунда дунё миқёсида тахминан 500 миллион киши юқумли гепатит касаллигидан азият чекмоқда. Ушбу хасталик жигар саратони ва жигар циррози касалликларини келтириб чиқармоқда. Ўзбекистон республикасида ҳам Гепатит С ни диагностика қилиш усуллари йўлга қўйилган бўлиб, касалликни олдини олиш бўйича самарали ишлар олиб борилмоқда. Ташхис учун ПЦР, РИА, Иммуноблотинг усулларидан фойдаланилади. Ўзбекистонда ИФА усули кенг йўлга қўйилган. Мақсадимиз. Гепатит вирусининг ИФА усули орқали ташхисотининг олти ойлик натижалари асосида ретроспектив таҳлил қилиш. Усуллар. Гепатит С га ташхис қўйишда 2 та усул қўлланилди: ИФА-Анти-НСV тести ва Бест анти-ВГС. Вирус юққанидан сўнг 3 ой ўтиб бемор қонидида специфик антителалар аниқланиши мумкин. Бемор қон зардоби ИФА нинг қаттиқ фазали «сендвич» вариантда 96 та чуқурчали маҳсус полистерол планшеткада текширувдан ўтказилди. Титр эса фотохронометр Stat Fax 300 plus (Америка) аппаратида аниқланди. Натижалар. Тошкент тиббиёт академиясининг 2-клиникаси қонни биокимёвий таҳлилини амалга ошириш лабораториясига мурожат қилан беморларнинг ИФА текширувидан ўтган олти ойлик (Январ-Июн 2017) натижалари таҳлил қилинди. Тест натижаси бўйича титр НCV-2.7-3.00 бўлганда гепатит С вирусига гумон қилинди. Россияда ишлаб чиқарилган ИФА тест тўпламидан фойдаланилди. Маълумотларига кўра шу йилнинг биринчи ярим йиллигида 2154 нафар одам гепатит С анализига қон таҳлили учун топширган. Шундан 144(6.68%) кишида гепатит С вируси аниқланган. Шундан 57% (67 киши) эркактар, 87% (87 киши) аёлларни ташкил қилади. Январ ойида 5.28% (17 киши), февраль ойида 8.04% (21 киши), март ойида 7.12% (23 киши), апрель 6.51% (26 киши), май 8.81% (41 киши), июнь 4.17% (16 киши) беморларда гепатит вируси билан касалланганликлари маълум бўлди. Асосан касалликка чалинган беморлар ўртача 20-35 ёшдаги инсонлардир. Беморлар асосан «Оилавий 2 маслаҳат поликлиникаси»дан, «Гинекология» бўлимидан, «Хирургия» бўлимида даволанаётганлар орасида аниқланган. Беморлардан сўраб - суриштирилганда охириги 6 ой ичида стоматолог қабулига, аёллар гинеколог кўригига борганликлари аниқланди. Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, 6 ой давомида касалликни ташхис қилиниши қиш ойидан ёзга қадар кўтарилиб борди. Касаллик аёлларда эркактарга нисбатан 0.2 % кўп эканлиги аниқланди. 50% беморларда стоматолог ва гинеколог қабулидан сўнг (3-8ой) касалланишган. Уларнинг қонидида специфик антителалар аниқланди.

### ЖИГАРНИНГ ВИРУСЛИ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭТИОЛОГИК ТИЗИМИ

Облокулов А.Р., Элмуродова А.А., Облоқулова С.А., Абдуллаев Т.У.

*Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти*

Ишнинг долзарблиги. Жигарнинг вирусли сурункали диффуз касалликлари (ЖВСДК) кенг тарқалганлиги, уларнинг меҳнатга лойиқ ёшли одамлар орасида кўпайиши, аксарият ҳолларда цигар циррозига айланиши ҳозирги замон гепатологиясининг долзарб муаммоси эканлигидан далолат беради. Кейинги пайтларда уларнинг этиологик тизими ва фиброгенез ва яллиғланишга боғлиқ синдромлар ҳақида таъсуротлар кенгая борапти. Материал ва услублар. Бухоро вилоятида 943 нафар ЖВСДКга чалинган беморларда касалликнинг этиологик тизими ўрганилди. Барча беморлар клиник таҳлиллар (қон, сийдик ва нажас), биокимёвий синдром индикаторлари (цитолитик, холестатик, гепатодепрессив, мезенхимал -яллиғланиш) ҳамда вирусларнинг серологик маркёрлари (HBsAg, IgM-antiHBc, IgM-antiHDV, antiHCV) ни иммунофермент таҳлили (ИФТ) усули ёрдамида аниқлаш, УТТ маълумотлари асосида ўрганилди. Барча беморлар қон зардобидида вирус нуклеин кислоталари (РНК ва ДНК), уларнинг миқдори ҳамда сифатий кўрсаткичлари занжирли полимераз реакцияси (ЗПР) ёрдамида, жигар тўқимаси ҳолати ва фиброзланиш даражаси Фиброскан (Fibroscan) аппарати ёрдамида эластография усулида баҳоланди. Олинган натижалар. Кузатув остидаги беморларнинг 234 (26%) нафарида В вирусли гепатити (ВВГ) ДНКси, 383 (41%) да С вирусли гепатити (СВГ) РНКси, 102 (11%) нафарида В вирусли гепатити (ВВГ) ДНКси ва С вирусли гепатити (СВГ) РНКси, 17 (2%) В вирусли гепатити (ВВГ) ДНКси ва D вирусли гепатити (ДВГ) РНКси биргалиқда аниқланди. 198 (21%) нафарида эса ЗПР ёрдамида вируслар нуклеин кислоталари аниқланмади. Беморлар ёш бўйича таҳлил қилинганда, ВВГ 15-19 ёшдаги 17 нафар (7 %), 20-29 ёш 36 нафар (15%), 30-39 ёш

86 нафар (37%) ва 40 ёш ва ундан катталар 95 нафарни (41%)ни ташкил қилган бўлса, СВГда мос ҳолда 13 (3%), 52 (14%), 107 (28%), 211 (55%)ни, ДВГда эса барча беморлар 15-19 ёшга қайд этилди. Микстинфекция (В+С) таҳлил қилинганда, 15-19 ёшдаги 12 нафар (12%), 20-29 ёш 17 нафар (17%), 30-39 ёш 46 нафар (45%) ва 40 ёш ва ундан катталар 27 (26%) қайд қилинди. Беморларнинг 526 (56%)ни эркаклар, 417 (54%)ни аёллар ташкил қилди. ЗГП таҳлил натижалари ва фиброскан маълумотлари асосида ЖВСДҚга чалинган кузатув остидаги беморларнинг 215 (84%) нафарида ВВГ, 295 (77%) нафарида эса СВГ, 38(37%) нафарида микстинфекция (В+С), 10 (59%)нафарида ДВГ; В вирусли этиологияли 28 (16%), С вирусли этиологияли 88 (23%) нафарида, микстинфекция (В+С) 64 (63%) нафари, D вирусли этиологияли 7 (41%) жигар циррози ташхислари қўйилди. Шундай қилиб, ЖВСДҚ чалинган барча беморларни фиброскон текшируви, ҳамда вирусларнинг серологик маркёрлари ИФТ усулида аниқланган беморлар ЗГП текширувидан ўтказилиши мақсадга мувофиқ. Бу эса ўз навбатида беморларни этиотроп даволашга тўғри йўналтиради.

## ОХИРГИ ЙИЛЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Орзиқулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Охирги йилларда вирусли гепатит А (ВГА) билан касалланиш пасайиш тенденциясига эга бўлса-да, бу касалликнинг айрим ҳудудларда эпидемик портлаш тарзида учраб туриши қайд этилмоқда. Замоनावий этапда ВГА касаллигининг клиник кечиш хусусиятлари ўзгарганлиги боис, бу касаллик кечиш хусусиятларини ўрганишни тақозо қилади. Тадқиқот мақсади. Замоनावий этапда “Вирусли гепатит А” касаллигининг ўзига хос кечиш хусусиятларини ўрганишдан иборат. Тадқиқот усуллари ва материаллари. Ушбу муаммони ўрганиш учун 2017 йилда Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасида «Вирусли гепатит А» ташхиси билан даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилдик. Бу шифохонага тушган жами беморларнинг 9,2 % ини ташкил этади. Текширув предмети-қон, сийдик, қон зардоби, текширилган беморларнинг протоколлари ҳисобланади. Текширув усулларидан клиник, лаборатор-умумий қон таҳлили, биокимёвий, серологик, ИФА, ва статистик усуллар қўлланилди. Инструментал текширувлардан – жигар ва қорин бўшлиғи бошқа аъзолари УТТ текшируви қилинди. Тадқиқот муҳокамаси. Таҳлил чоғида биз замоनावий этапда ушбу касалликнинг эпидемиологик омилларига, ҳамроҳ касалликлар билан бирга кечиш хусусиятларига, ёшга ва жинсга боғлиқ ҳолда кечишига асосий эътиборни қаратдик. Кузатувдаги барча беморларга касаллик ташхиси иммунофермент таҳлил асосида тасдиқланган. Таҳлил натижаларига кўра, ёш бўйича ушбу касаллик болаларда 4-7 ёшгача – 1,2 % бемор, 8-14 ёшгача 17,8% бемор, 15-17 ёшгача – 35,7 %, 18-24 ёшгача -37,3 %, 25-ёшдан катталар 8 % беморни ташкил қилади. Тадқиқот давомида вирусли гепатит А касаллигининг асосан 15-25 ёшдаги беморлар орасида кўп учраши аниқланилди. Охирги 5 йил ичидаги маълумотлар таққослаганда, бу касалликнинг катталар орасида учраш тезлиги кўпайганлиги сезилади (36,5% га ошган). Эпидемиологик анамнез таҳлилларига кўра, кузатувдаги беморлардан 43% изи бемор болалар билан мулоқотда бўлганлигини аниқ билади. Қолган 57 % бемор контактда бўлганлигини билмайди. Нафақат болалар орасида, балки катталар орасида ҳам касаллик узатилиш механизмлари орасида контакт маиший узатилиш йўли ўз аҳамиятини йўқотмаган. Беморлардан 65,5% Самарқанд шаҳридан, 34,5 % туманлардан мурожаат этишган. Тумандан мурожаат қилган беморлар асосан Самарқанд тумани, Иштихон, Ургут, Пайариқ, Пастдарғом туманларидан эканлиги аниқланилди. Касалликнинг тадқиқот давомида эркак жинсидагиларда кўп учраши маълум бўлди (58,9%). Беморларнинг койка куни бўйича 1 -7 кунгача-16,3% бемор, 8-10 кунгача-23,2%, 11-14 кунгача- 27,5%, 15-20 кунгача - 22,4%, 20 кундан ортиқ-10,3% ётиб даволанган. Кузатувдаги беморлардан 14 ёшдан катталарда койка кунининг чўзилиши қайд этилди (32,7%). Касаллик мавсумийлиги бўйича январь -6,8%, феврал -12,9%, мартда-8,6%, апрел -8,6%, май – 5,1%, июн – 5,1%, июл – 8,6%, август – 13,7%, сентябр – 10,3%, декабрь-11,2% беморлар мурожаат этишган. Тадқиқот давомида касаллик мавсумийлигида вирусли гепатит А касаллигига хос бўлган мавсумийлик аниқланилмади. Касаллик 56% беморда энгил, ўрта оғир шакли 5,1% беморда, касалликнинг оғир шакли 9,4% беморда, 4,3% беморларда касалликнинг фульминант шакли аниқланилди. Агар охирги йилларни нисбатан таққосласак, касалликнинг фульминант шаклининг учраш тезлиги 3,3 % га кўпайганлигини кўриш мумкин. Касаллик фульминат шакли 4-5 ёшдаги беморларда, оғир шакли 18-25 ёшдаги беморларда кузатилди. Касалликнинг типик шакли -94,8% беморда, атипик шакли – 5,2 % беморда аниқланилди. Беморларда касаллик атипик шаклидан фақат субклиник шакли аниқланилди. Улар ҳам поликлиникага фарзандини профилактик кўрик мақсадида олиб келганлиги маълум бўлди. Бу ҳолатни касаллик белгилари яққол намоён бўлганда, беморларнинг шифохонага мурожаати билан боғлаш мумкин. Касаллик барча беморда ўткир бошланган. Беморларнинг 28,5 % да продромал даврда диспептик белгилар, 35,5 % астеновегетатив белгилар, 22,2 % беморларда катарал белгилар кузатилган. 6,8 % беморларда продромал даврда артралгик белгилар кузатилган. Продромал даврнинг артралгик белгилар билан кечиши 25 ёшдан ошган беморларда қайд этилган. 7 % беморлар продромал давр белгиларини деярли сезишмаган. Касаллик клиникасида қоринда оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, ичининг суюқ ҳолда 1-2 марта ўтиши, тери қопламлари ва кўз

склерасининг иктериклиги, жигар ўлчамларининг катталашганлиги аниқланилди. 25 ёшган ошган беморларда сплено-мегалия кузатилди (7,8%). Беморларда сариқликнинг давомийлиги қуйидагича кузатилди: 48,6% ҳолда 5-7 кунгача, 27,9% ҳолатда 10-15 кун, 23,5% изида эса 20 кундан ортиқ кузатилган. Лаборатор таҳлиллар: Умумий қон таҳлилида барча беморларда Hb миқдорининг пасайганлиги, лимфоцитоз, ЭЧТнинг сезиларсиз равишда ўзгариши аниқланилди. Қон биокимёвий таҳлилида умумий билирубин миқдори 70 мкмолгача 56 % беморда, 80-150 мкмолгача 5,1%, 13,7% беморда 170-200 дан зиёд кўтарилган. Умумий сийдик таҳлилида эса барча беморларда ўт пигментлари аниқланилди. Беморларнинг барчасига дезинтоксикацион, витаминотерапия ва симптоматик терапия ўтказилган. Хулоса. Замонавий этапда “Вирусли гепатит А” касаллигининг катта ёшлиларда учраши салмоқли ўринни эгаллайди (80,2%). Уларда касалликнинг оғир кечиши ва касаллик давомийлигининг чўзилиши аниқланилди. Шунингдек, катта ёшлиларда продромал давр кечиш хусусиятлари ҳам болалардан айрим жиҳатлари билан фарқ қилади. Охириги йилларда ВГА касаллигининг фульминант кечиши нисбатан кўпайганлиги қайд этилди.

## МЕТАБОЛИК СИНДРОМЛИ ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В КАСАЛЛИГИДА ОВҚАТЛАНИШ ЭКОЛОГИЯСИ

Осланов А.А.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Долзарблиги. Вирусли гепатитлар патогенези замирида метаболик ўзгаришлар ётиши, метаболик синдром катта ёшдаги аҳоли ўртасида 25-35% ҳолатда учраши, ҳозирги вақтда 55% катта ёшдаги аҳоли ортиқча вазнга эгаллиги, репродуктив ёшдаги аёлларда эса ортиқча вазн 50% ҳолларда аниқланиши, охириги 10 йилларда ҳомиладор аёлларнинг 16,8-20%да патологик семириш ташхисланиши, қайта туққанларда бу кўрсаткич икки марта кўп учраши кузатилмоқда. Метаболик синдроми бўлган ҳомиладор аёлларда сурункали вирусли гепатитларнинг кечиши биринчи навбатда уларни овқатланишини тўғри ва самарали стратегияси ҳамда тактикасини ишлаб чиқиш бугунги кунда муҳим муаммолардан биридир. Текшириш материали ва усуллари. Метаболик синдроми бўлган ҳомиладор аёлларда сурункали вирусли гепатит В нинг интегротив фазасини кечишига ўзга иқлим шароитларида тайёрланган ва етиштирилган озиқ овқат маҳсулотлари таъсирини ўрганиш мақсадида 19 та ҳомиладор аёл кузатувда бўлди. Кузатув остига олинган ҳомиладор аёлларнинг ёши 18-25 ёшни ташкил этди. Кузатувда бўлган ҳомиладор аёллар 2 гуруҳга тақсимланди. Ҳомиладорликнинг III-триместрида биотрансформация жараёнининг кучайиши муносабати билан айнан шу даврдаги ҳомиладор аёллар ҳамда биринчи ва иккинчи ҳомиладорлиги бўлган аёллар текширилди. Биринчи клиник гуруҳга экологик жиҳатдан тоза экзотик озиқ овқат маҳсулотлар истемол қилиш чекланмаган метаболик синдроми бор сурункали вирусли гепатит В ни интегротив фазаси, минимал фаоллик даражасида бўлган 10 та аёллар киритилди. Иккинчи клиник гуруҳга экологик жиҳатдан тоза экзотик озиқ овқат маҳсулотлари истемол қилиш чекланган метаболик синдроми бор сурункали вирусли гепатит В нинг интегротив фааси, минимал фаоллик даражасида бўлган 9 та аёллар киритилди. Натижалар. Биринчи клиник гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда 2 ойдан кейин беморларни 3 тасида биокимёвий таҳлиллардан АлАТ ва АсАТ 2 баравар ошганлиги, 4 нафариди метаболик синдромга хос белгиларнинг кучайиши (ТМИ >30), 1 нафар ҳомиладор аёлда ўзини ёмон ҳис қилиш кузатилиб, 2 нафар ҳомиладор аёлнинг умумий аҳволида ўзгариш кузатилмади. Иккинчи клиник гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда 2 ойдан кейин беморларни 2 нафариди биокимёвий кўрсаткичлардан АлАТнинг 1,5 баравар ошиши, 2 нафариди метаболик синдромга хос ўзгаришлар (ТМИ >28) кузатилди, ҳомиладор аёлларнинг биттасида ўзини ёмон ҳис қилиш ҳолати кузатилиб, 4 нафарининг умумий аҳволида салбий ўзгаришлар кузатилмади. Хулосалар. 1. Метаболик синдроми бўлган ҳомиладор аёллардаги сурункали вирусли гепатитлар парҳезида фақат Ўзбекистон иқлим шароитида етиштирилган ва тайёрланган озиқ овқат маҳсулотларини истемол қилиш ҳомиладорлардаги сурункали вирусли гепатитларнинг кечишига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатмайди. 2. Метаболик синдроми бўлган ҳомиладор аёллардаги сурункали вирусли гепатитлар парҳезида ўзга иқлим шароитларида етиштирилган ва тайёрланган озиқ овқат маҳсулотларини истемол қилиш ҳомиладорларда вирусли гепатитларнинг кечишига сезиларли даражада салбий таъсир кўрсатади – метаболик касалликларга хос ўзгаришларни келтириб чиқаради.

## СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В КАСАЛЛИГИДА ВИРУС ЮКЛАМАСИНИНГ КЛИНИК ВА БИОКИМЁВИЙ КўРСАТКИЧЛАР БИЛАН АЛОҚАСИ

Осланов А.А., Байжанов А.К.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти,*

*Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонаси*

Долзарблиги. ЖССТ нинг 2017 йил апрел ойидаги расмий маълумотида кўра дунё бўйича 257 миллион киши “Сурункали вирусли гепатит В” касаллиги билан касалланган бўлиб, йилига 686000 киши сурункали вирусли гепатит В замирида ривожланадиган жигар циррози ёки саратон оқибатида нобуд бўлаётганлиги маълум қилинган. Касаллик

асоратларини таҳлил этишда вирус юкламаси билан клиник ва биокимёвий кўрсаткичларнинг боғлиқлигини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Тадқиқотнинг мақсади. Сурункали вирусли гепатит В касаллигида вирус юкламасининг миқдори билан касалликнинг клиник ва биокимёвий кўрсаткичларининг ўзаро боғлиқлиги ва касаллик ривожланишидаги аҳамиятини ўрганишдан иборат. Текшириш материали ва усуллари. Сурункали вирусли гепатит В да вирус юкламасининг миқдори юқори бўлган беморларни клиник белгилар ва биокимёвий кўрсаткичларнинг вирус юкламаси миқдори паст бўлган беморлар билан қиёслаб ўрганиш мақсадида 13 та бемор кузатувда бўлди. Кузатув остига олинган беморларнинг ёши 18-45 ёшни ташкил қилди. Кузатувдаги беморлар 2 гуруҳга бўлиниб 3 ой давомида кузатиб борилди. Биринчи клиник гуруҳга гепатит В вируси ДНК си юкламаси  $< 7,5 \cdot 10^2$  нусха/мл ( $< 3,6 \cdot 10^2$  МЕ/мл) бўлган 7 та (4 та аёл ва 3 та эркак) беморлар киритилди. Иккинчи клиник гуруҳга гепатит В вирусининг ДНК си юкламаси  $> 10^5$  нусха/мл ( $2 \cdot 10^4$  МЕ/мл) бўлган 6 та (3 та аёл ва 3 та эркак) беморлар киритилди. Натижалар. Биринчи клиник гуруҳдаги беморларнинг 4 нафаридида умумий аҳволларида чарчаш, кунгил айнаши, қорин дамлаши, ич қотиши каби клиник симптомлар ва белгилар кузатилиб, биокимёвий кўрсаткичларда эса цитолитик ва мезенхимал яллиланиш синдромларига хос лаборатор белгилар кузатиб турилди. Беморларни 3 нафаридида эса кузатишлар давомида бирор бир клиник белги ва симптом ҳамда биокимёвий кўрсаткичларда салбий ўзгаришлар кузатилмади. Иккинчи клиник гуруҳдаги беморларни 4 нафаридида бирор бир клиник белги ва симптомлар ҳамда биохимик кўрсаткичларда салбий ўзгаришлар кузатилмади. Беморларни 2 нафаридида эса цитолитик синдромга, мезенхимал яллиланиш синдромига хос лаборатор белгилар кузатилиб турилиб, беморларни умумий аҳволлари нисбатан қониқарли бўлиб, қорин дамлаши, ич қотиши (қабзият), тез чарчаш чарчаш, иштаҳасининг ёмонлиги каби клиник симптомлар ва белгилар кузатилиб турилди. Хулосалар. 1. Сурункали вирусли гепатит В да вирус юкламасининг юқори бўлиши билан касалликнинг клиник белгилари ва биокимёвий кўрсаткичлари ўртасида ўзаро боғлиқлик аниқланмади. 2. Сурункали вирусли гепатит В нинг кечишида клиник белгилар ва биокимёвий кўрсаткичларнинг муҳим аҳамиятга эгаллиги аниқланди.

## ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А НИ НВ - ИНФЕКЦИЯ БИЛАН ЎТУВЧИ МИКСТ ТУРЛАРИНИ КЕЧИШ КУРСАТКИЧЛАРИ

Пулатов М.Э.

*Анджон давлат тиббиёт институти*

Муаммонинг долзарблиги. Вирусли гепатит А дунё соғлиқни сақлаш тизимининг ўта долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра, жаҳонда ҳар йили 1,4 млн ўткир гепатит А қайд қилинмоқда. Вирусли гепатитлар ўзларининг учраш кўламига кўра ўткир респиратор вирусли инфекциялар ва ўткир ичак юқумли касалликларидан кейин учинчи ўринда туради. Кейинги йилларда болаларда ВГА ни НВ вирусли инфекция билан бирга кечувчи микст шакллари кўп учраб турибди. Вирусли гепатитларни умумий тизимида вирусли гепатит А ни НВ-инфекция билан микст турини ўсиб бориши, оғирлиги, нотекис кечиши тўғрисида адабиёт маълумотларини камлиги ушбу муаммони тўлароқ хартомонлама ўрганишни тақозо қилади. Текшириш мақсади. Анджон вилояти юқумли касалликлар шифохонаси маълумотларига кўра болаларда вирусли гепатит А ни гепатит В ўтувчи микст турларини кечиш курсаткичларини ўрганиш. Материал ва текширув усуллари. Болаларда вирусли гепатит А ни НВ инфекция билан ўтувчи микст турларни лаборатор, кўрсаткичларни аниқлаш учун Анджон вилояти юқумли касалликлари шифохонасида вирусли гепатит ташхиси билан бир йил мобайнида даволанган 1ёшдан 14 ёшгача бўлган 40 нафар болада вирусли гепатитларнинг этиологик тизими ўрганилди. Хамма беморлар қон зардоблари анти – HAV Ig M, HBsAg, анти – Hbcor Ig M, анти – HDV Ig M, анти – HCV, анти – HEV Ig M га текширилди. Текширув натижалари. Беморларда олиб борилган ёппасига текширув натижаларига кўра вирусли гепатит А 33,8% ни, вирусли гепатит В 14,8% ни, вирусли гепатит Д 4,3% ни, вирусли гепатит С 4% ни, вирусли гепатит Е 2,5% ни ташкил қилди. Йўлдош ўтувчи вирусли гепатитлар (вирусли гепатит Д кўшилган холда) 33,4% ни ташкил қилди. Шу билан бирга йўлдош ўтувчи вирусли гепатитлар ичида вирусли гепатит А ва вирусли гепатит В ни бирга ўтувчи тури энг кўп қисми 51,2% ни ташкил қилди. Колган 28,8% холларда вирусли гепатит В ва вирусли гепатит С ҳисобига, 21,2% ни эса вирусли гепатит В ва вирусли гепатит Д (коинфекция ва суперинфекция) ҳисобига тўғри келди. Кузатувимизда ўткир вирусли гепатит ташхиси билан шифохонада булган 40 нафар бемордан 15 тасида (36,4%) вирусли гепатит А аниқланди. 7 нафар беморда (16,6%) вирусли гепатит В, 6 нафар беморда (15,1%) вирусли гепатит А ни HBV инфекцияни турли шакллари билан бирга ўтиши аниқланди. 2 та беморда (4%) вирусли гепатит С, 1 та бемор болада (2,5%) вирусли гепатит Е аниқланди. 4 нафар бемор болаларда (10%) вирусли гепатитларни хар хил этиологик турлари бирга ўтиб, уларда турли хил вирусли гепатитлар маркерлари конда биргалиқда аниқланди. 5 нафар бемор болаларда (11,5%) ҳозирда маълум вирусли гепатитларни маркерлари аниқланмади. Хулоса. Бизни кузатишларимизга кура юқоридаги маълумотлардан куришиб турибдики, вирусли гепатит А ва вирусли гепатит А ни НВ инфекция билан кушилиб ўтувчи микст турлари вирусли гепатитларни этиологик тизимида анча уринни эгаллайди. Касалланганларнинг асосий қисми болалар ҳисобига тўғри келган ва касаллик болаларни ёши ортиши билан камая борган.

**ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ  
ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

Расулов Ш.М., Матназарова Г.С., Разиков Ф.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Эхинококкоз дунё бўйича кенг тарқалган касалликдир. Статистик маълумотлар бўйича энг кўп зарарланадиган аҳоли ва ҳайвонлар жанубий мамлакатлар: Жанубий Америка, Австралия ва Янги Зеландия, Шимолий Африка, Жанубий Европа кейингилари АҚШнинг жанубий қисми, Япония, Хиндистон ва Россиядир. Айниқса чорвачилик ривожланган барча ҳудудларда – Шимолий Кавказ, Казқазорти, Қозоғистон, Қирғизистон, Ўзбекистон, Молдовада касалланиш 100 минг аҳолига 1,37 – 5,85ни ташкил этади. Ўзбекистонда эхинококкоз бўйича йилига 1,5 мингдан ортиқ жарроҳлик амалиётлари ўтказилади. Энг кўп учрайдиган ва диагностика учун қийин бўладиган паразитар касалликлар ичида эхинококкозга ўхшаши йўқ. Тадқиқот мақсади. Эхинококкоз касаллигининг тарқалганлигини аниқлаш ва олдини олиш чора-тадбирларини такомиллаштириш. Тадқиқот материали ва усули. Республика ДСЭНМ паразитология бўлимининг расмий маълумотлари ва ҳисоботлари. Тадқиқот ишида эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари. Республикаимиз бўйича 1991 йили 455 нафар аниқланган бўлиб, 100000 аҳолига нисбатан (1,8) ни ташкил қилган, 1996 йили 370 (1,6), 2001 йили 1252 (5,0), 2006 йили 1518 (5,73), 2011 йили 1540 (5,7), 2016 йили 782 (2,5) рўйхатга олинган. Жами шу йилларда рўйхатга олинган касалланганларнинг энг кўпи Бухоро, Қашқадарё, Фарғона, Сурхондарё вилоятларига тўғри келди, Наманган, Самарқанд, вилоятларида ўртача, Сирдарё, Навоий, Андижон вилоятларида эса энг кам касалланиш кўрсаткичлари қайд этилган. Эхинококкознинг тарқалишида муҳим эпидемиологик омил аҳолининг зичлиги ва уй ҳайвонларининг кўплигидир. Аҳоли зич жойлашган ҳудудларда зарарланиш кўрсаткичи 30-150 ва ундан кўпроққа етади. Эхинококкознинг уй бекалари орасида тарқалиши кўпаймоқда. Чунки аёллар уй ҳайвонларини парвариш қилишда ва овқат тайёрлаш вақтида шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслиги натижасида касалликни юқтириб олади. Эхинококкоз билан касалланишнинг олдини олишда қуйдаги тадбирларни амалга ошириш керак: 1. Хизматчи ва хонаки итларни эхинококкозга текшириш. Эхинококкоз аниқланган ҳайвонларни даволаш, дайди итларни эса йўқотиш. 2. Моллар сўйилиши устидан ветеринария - санитария назоратини кучайтириш, эхинококк пуфакчалари топилган ҳайвонлар ички органларини йўқотиш. 3. Итларни эхинококк пуфакчалари бўлган жигар, ўпка каби гўшт маҳсулотлари билан овқатлантормаслик. Итлар билан бўлган мулоқотдан сўнг қўлларни яхшилаб совунлаб ювиш керак. 4. Одамларда аниқланган эхинококкоз ҳолатларини эпидемиологик текширувдан ўтказиш ва касаллик манбаларини аниқлаш. Хулоса. Аҳолини ҳаёт ва меҳнат шароитларини тўғри ташкил қилиш. Санитария-эпидемиологик осойишталигини таъминлаш, санитария-оқартирув ишларини ўтказиш бу кўрсаткичларни пасайишига ёрдам беради. Ўзбекистонда эхинококкоз бўйича эпидемиологик ҳолат етарли даражада ўрганилмаганлигича қолмоқда. Эхинококкознинг замонавий эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш республикада кейинги илмий изланишларни талаб қилади. Юқорида қайд қилинган маълумотлар эхинококкознинг эпидемиологик хусусиятларини ўрганишни тақозо қилади.

**ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ЭХИНОКОККОЗ ТАРҚАЛГАНЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ**

Расулов Ш.М., Миртазаева Ф.Б.

Зоонозларнинг эпидемиологик назорати, кўп қиррали бўлиб, касалликни динамик ўрганиш, касалликни фақатгина оператив назорат қилибгина қолмасдан, қўзғатувчининг экологияси, биологияси ва тарқалганлик ареалини чуқур текширишдир. Дунё бўйича умумий юқумли касалликлар ичида эхинококкоз касаллигининг тарқалганлиги 0,05% дан 1,5% гача ташкил қилади. Бу кўрсаткич географик-иқлим шароитига ҳамда санитария хизмати ва аҳолининг турмуш маданиятига боғлиқ. Эхинококкознинг тарқалиши ва даволаш усуллари ҳали ҳануз охиригача ечимини топмаган. Бу маълум даражада касалликда анамнестик маълумотларнинг камлиги, эрта клиник белгиларнинг йўқлиги билан боғлиқдир. Тадқиқот мақсади. Тошкент вилоятида эхинококкоз тарқалганлигининг эпидемиологик хусусиятларини аниқлаш. Тадқиқот материали ва усули. Тошкент вилояти ДСЭНМ паразитология бўлимининг расмий маълумотлари ва ҳисоботлари. Тадқиқот ишида эпидемиологик ва статистик усуллардан фойдаланилди. Тадқиқот натижалари. Касалланишнинг ҳудудлар бўйича тарқалганлигини аниқлаганимизда рўйхатга олинган эхинококкознинг таҳлили шуни кўрсатадики, касалланиш барча ҳудудларда бир хил тарқалмаган. Касалланиш энг кўп рўйхатга олинган ҳудудлар бу Паркент, Юқоричирчиқ ва Бекобод туманлари бўлди. Эхинококкоз тоғ ва тоғ олди ҳудудларида кенг тарқалган. Паркент, Юқоричирчиқ ва Бекобод туманларида касалланиш энг кўп учрашига сабаб бу ҳудудлар тоғ ва тоғ олди ҳудудларига киради. Тошкент вилоятида эхинококкоз билан касалланганларни ойма-ой таҳлилида май, август ва ноябр ойларида касалланганлар кўпроқ аниқланди, қолган ойларда беморлар деярли бир хилда аниқланган, бу маълумотлар касалликнинг мавсумга боғлиқ эмаслигини кўрсатади. Аниқланган беморларнинг жинси бўйича таҳлилида эркеклар (48%)ни, аёллар (52%)ни ташкил қилди. Тошкент вилоятида касалланиш кўрсаткичларини ёшлар бўйича таҳлил қилганимизда 14-20 ёшлилар-14%, 21-28 ёшлилар-30%, 29-36 ёшлилар- 20%, 37-44 ёшлилар-12% ни ташкил қилди. Демак,

аҳолининг асосан ишга яроқли ёшларида касаллик энг кўп қайд қилинмоқда. 2016 йили Тошкент вилоятида эхинококкоз билан касалланиш эҳтимоли юқори бўлган шахслар текширилганда ҳеч қаерда ишламайдиган ва уй бекалари орасида касаллик энг кўп тарқалганлиги аниқланди. Иккинчи ўринда ишчи ва ўқувчилар орасида аниқланди, қолган касбадагилар орасида касаллик камроқ аниқланди. Тошкент вилоятида 2016 йилдаги эхинококкоз билан касалланганларнинг эпидемиологик карталаридаги юқиш йўллари таҳлили жами аниқланган 58 нафар касалдан энг кўпи яъни 32 таси (55,17%) касалликни итлардан юқтирган, 10 нафари (17,24%) кўкатлардан, 7 нафари (12,06%) шахсий гигиена қоидаларига амал қилмаслик оқибатида юқтирган, 8 нафарида (13,8%) юқиш йўллари аниқланмаган. Хулоса. Юқоридаги натижалардан кўриниб турибдики касаллик Тошкент вилояти туманларида бир хилда тарқалмаган, энг кўп тоғ ва тоғ олди ҳудудларида тарқалган. Касалликнинг тарқалганлигида жинс ва мавсумийликнинг аҳамияти йўқлиги аниқланди. Касалликнинг тарқалишида итларнинг роли биринчи ўринда турибди, шунинг учун ҳам итларни рўйхатга олинишини ва уларнинг текширилиш даражасини оширишимиз керак. Эпидемиологик ва ветеринария назоратининг сусайиши, аҳолининг бу касалликнинг оқибатлари ҳақида етарли маълумотга эга эмаслиги касалланиш ҳолатларининг кўпайишига сабаб бўлмоқда.

## САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ОМИЛЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Рустамова Ш.А., Орзиқулов А.О., Караматуллаева З.Э.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Вирусли гепатит А (ВГА) касаллигининг юқори эпидемиологик ва иқтисодий – ижтимоий аҳамияти, бу касалликнинг аҳоли орасида кенг тарқалганлиги, бошқа вирусли гепатит турларига нисбатан касалликнинг бу тури билан касалланиш сонининг кўплиги, ушбу инфекция тури сув ва алиментар йўл билан тарқаладиган йирик эпидемиологик портлашлар бериши, вирусли гепатит А касаллигида эпидемик жараёнга аҳолининг ишга лаёқатли қатлами чалиниши бу касаллик келиб чиқиш сабабларига чуқур ёндашиш кераклигини кўрсатади. Тадқиқот мақсади. Замонавий этапда “Вирусли гепатит А” касаллигининг эпидемиологик омилларини таҳлил этишдан иборат. Тадқиқот усуллари ва материаллари. Ушбу муаммони ўрганиш учун 2017 йилда Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасида «Вирусли гепатит А» ташхиси билан даволаниб чиққан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив ва перспектив таҳлил этилди. Бу шифохонага тушган жами беморларнинг 9,2 % ини ташкил этади. Текширув усулларида клиник, эпидемиологик ва статистик усуллар қўлланилди. Тадқиқот муҳокамаси. Таҳлил чоғида биз ушбу касалликнинг эпидемиологик омилларига, ёшга ва жинсга боғлиқ ҳолда кечишига асосий эътиборни қаратдик. Кузатувдаги барча беморларга касаллик ташхиси иммунофермент таҳлил асосида тасдиқланган. Таҳлил натижаларига кўра, ёш бўйича 4-7 ёшгача – 1,2 % бемор, 8-14 ёшгача 17,8% бемор, 15-17 ёшгача – 35,7 %, 18-24 ёшгача -37,3 %, 25-ёшдан катталар 8 % беморни ташкил қилади. Тадқиқот давомида вирусли гепатит А касаллигининг асосан 15-25 ёшдаги беморлар орасида кўп учраши аниқланилди. Эпидемиологик анамнезига кўра, кузатувдаги беморлардан 43% бемор болалар билан мулоқотда бўлганлигини аниқ билади. Қолган 57 % бемор контактда бўлганлигини билмайди. Тадвиёт давомида вирусли гепатит А касаллигининг узатилишида маиший мулоқот йўли етакчи ўринни эгаллаши маълум бўлди. Нафақат болалар орасида, балки катталар орасида ҳам касаллик узатилиш механизмлари орасида контакт маиший узатилиш йўли ўз аҳамиятини йўқотмаган. Шунингдек, беморларнинг ота ёки онасидан суриштирув натижасида шу нарса маълум бўлдики, бемор болалардан ҳеч қайсиси ВГА вакцинаси билан эмланмаган. 43,2 % беморларнинг яқинлари бу вакцинадан беҳабарлигини билдиришди. Суриштирувлар натижасида яна шу нарса маълум бўлдики, айнан шифохонага тушган беморларнинг 23,4% укалари ёки сингиллари боғча ёшида бўлганлиги сабабли бу вакцина билан эмланган. Мактаб ёшидаги беморлар анамнези таҳлил этилганда, улар синфида ёки мактабида ВГА билан касалланган беморлар борлигини маълум қилишди. Демак, бу ҳолат мактабда инфекция манбаининг касаллик тарқалишида иштироки борлигини билдиради. Мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчилари орасида олиб борилган суриштирув ишларидан маълум бўлишича, боғча болалари орасида ВГА касаллиги аниқланилганда шу гуруҳ ўз фаолиятини тўхтатмасдан ёки бирон бир эпидемияга қарши чора тадбирларни қўлламастан давом эттирганлиги аниқланилди. Шунингдек, 23,7% ҳолатда айрим боғча тарбияланувчилари тарбияланаётган гуруҳда болалар туваги умумий эканлиги маълум бўлди. Мактаб ёшидаги болалар орасида олиб борилган сўров натижасида уларнинг 11,4 % ҳожатдан сўнг қўлларини ювиши, 23,2 % эса намланган салфеткалардан фойдаланиши маълум бўлди. Бу ҳолат оддий шахсий гигиена қоидалари оқсаётганлигини билдиради. Юқори синф ўқувчилари ва коллеж талабалари орасида олиб борилган сўров натижасида шу нарса маълум бўлдики, уларнинг 76,5 % ВГА касаллиги юқиш йўллари ҳақида деярли ҳеч нарса билишмайди. Коллеж талабаларининг ҳаммаси ўқув муассасасида бу ҳақида маъруза ўқилганини инкор этишди. Беморлардан 65,5% Самарқанд шаҳридан, 34,5 % туманлардан мурожаат этишган. Тумандан мурожаат қилган беморлар асосан Самарқанд тумани, Иштихон, Ургут, Пайариқ, Пастдарғом туманларидан эканлиги аниқланилди. Беморларнинг аксарият қисми шаҳар аҳолисига тўғри келади. Беморларнинг 73,2% йўлланма асосида Самарқанд вилоят Юқумли

касалликлар клиник шифохонасига мурожаат этишган. Йўлланма асосида мурожаат этган беморларнинг асосий қисми шаҳар аҳолисига тўғри келади. Бу ҳолатни шаҳар аҳолисининг тиббий муассасаларга тез мурожаат қилиши билан боғласа бўлади. Беморларнинг жинсини таҳлил этиш чоғида касалликнинг эркак жинсидагиларда кўп учраши маълум бўлди (58,9%). Касаллик мавсумийлиги бўйича январь -6,8%, феврал -12,9%, мартда-8,6%, апрел -8,6%, май - 5,1%, июн - 5,1%, июл - 8,6%, август - 13,7%, сентябр - 10,3%, декабрь-11,2% беморлар мурожаат этишган. Тадқиқот давомида касаллик мавсумийлигида вирусли гепатит А касаллигига хос бўлган мавсумийлик аниқланилмади. Хулоса. Охириги йилларда “Вирусли гепатит А” касаллигининг катта ёшларда учраши салмоқли ўринни эгаллайди (80,2%). Демак, ҳозирда вирусли гепатит А касаллигининг тарқалишида катталар ҳам муҳим рол ўйнайди. Эпидемик жараёнда касаллик узатилиш йўллари орасидан касалликнинг контакт маиший узатилиш йўлининг устунлик қилиши, инфекция ўчоқларида эпидемияга қарши чора тадбирларнинг етарли самара бермаслигини кўрсатади. Бу жараёнда санитар оқартирув ишлари ҳам оқсаётганлигини эътироф этиш мумкин.

## САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ НУРОБОД ТУМАНИ МИСОЛИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ОҚИБАТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Рустамова Ш.А., Зикиров Э.Ш.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Бруцеллез билан касалланиш ва у билан курашиш ҳозирги вақтда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг асосий муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Кўпчилик ҳолларда аҳолининг меҳнатга лаёқатли қатлами, яъни 15-39 ёшли одамлар касалланиб, улар умумий касалланганларнинг 75% ини ташкил қилади. Бу эса бруцеллез касаллигининг ижтимоий-иқтисодий зарари қанчалик юқори эканлигини кўрсатади. Тадқиқот мақсади. Самарқанд вилояти Нуробод тумани бўйича бруцеллез касаллиги оқибатларини чуқурлаштирилган таҳлил этишдан иборат. Тадқиқот усули ва материаллари. Самарқанд вилояти Нуробод туманида бруцеллез билан касалланган беморларда касаллик оқибатларини таҳлил этиш учун кузатув остига Нуробод туман шифохонасида 2015-2017 йил давомида даволанилган беморлар олинди. Бу шифохонага тушган жами беморларнинг 47,8 % ини ташкил этади. Ушбу иш жараёнида эпидемиологик, аҳоли орасида сўровнома ўтказиш, клиник, лаборатор усуллар (умумий, биокимёвий, бактериологик), инструментал (ЭКГ, УТТ, рентгенография) қўлланилди. Тадқиқот муҳокамаси. Кузатувдаги беморларнинг 78,3 % ини эркаклар, 21,7 % ини аёллар ташкил этади. Беморлар ёши бўйича, 14 ёшгача бўлган болаларда-6,5 %, фертил ёшдаги аёлларда-16,8 %, 15-45 ёшдаги меҳнатга лаёқатли аҳоли қатлами орасида-54,8%, 46-60 ёшлиларда эса 21,9 % ҳолда учраши аниқланилди. Кузатувдаги беморлар ташхиси Райт агглютинация реакцияси орқали 86,6% ҳолда аниқланилиб, қуйидаги титрлар асосида ташхис қўйилган: 1:50-4,6 %, 1:100-21,7%, 1:200-29,9%, 1:400-26,7%, 1:800-17,1%. Беморларда бруцеллез ташхиси Хеддельсон реакцияси усулида 84,5% ҳолда лаборатор, 57,3 % ҳолда бактериологик усулда тасдиқланган. Беморларнинг 11,8 % изида касалликнинг ўткир шакли, 88,2 % изида касалликнинг сурункали шакли ташхиси қўйилган. 97% ҳолда бу беморлар бошқа ташхис асосида даволаниб юрганлиги боис, касаллик давомийлиги 6 ойдан ошиб кетган. Шу тариқа беморларда касаллик сурункали кўринишни олган. Ўтказилган тадқиқотлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, бруцеллез касаллигига мойил хавф гуруҳидагиларга нафақат эркаклар, балки уй бекалари ҳам (28%), шунингдек, болалар ва ўсмир ёшдагилар ҳам киради (30%). Мактаб ёшидаги болаларнинг бу касалликка чалиниши (15,3%) болаларнинг турли ўйинлар, чорва молларини парваришlash чоғида ёки оғилхонани тозалаш вақтида моллар билан жуда яқин мулоқотда бўлганлигини билдиради. Самарқанд вилояти Нуробод туманининг жуғрофий тузилиши, иқлимий ва ландшафт хусусиятлари чорва хўжалиқларини олиб бориш учун қулай имконият туғдиради. Шу боис, Нуробод тумани аҳолисининг 68,2% шахсий чорва моллари билан шуғулланади. Кузатувдаги беморлар 74,4 % ҳолда касалликнинг кечки муддатларида шифохонага мурожаат этишган. Касалланган беморлардан 35,6 % такрорий равишда шифокор кўригига мурожаат этиб турган. Сўровномада иштирок этган беморларни суриштирув натижасида шу нарса маълум бўлди. Ўсмир ёшдагиларда қуйидаги қолдиқ ўзгаришлар аниқланилган: асаб руҳий тизимнинг ўзгариши (3,4%), асабийчанлик (12,1%), артралгия (9,6%), ўғил болаларда мояк зарарланиши (5,7%), ўсмир қизларда тухумдоннинг зарарланиши (4,5%) аниқланилган. Фертил ёшдаги аёлларда аниқланилган касаллик оқибатлари: ҳомилдор аёлларда спонтан аборт (19,8%), ҳомиланинг ўлик туғилиши (6,4%), муддатидан олдин юз берган туғруқлар (15,3%), бола ташлаш ҳолати (12,3 %). Аёлларнинг 22,4 % да бепуштлик аниқланиб, гинеколог назорати остида даволаниши маълум бўлди. 15-45 ёшдаги меҳнатга лаёқатли аҳоли қатлами орасида бўғимлар деформацияси (15,7%), анкилозлар (8,8%), юракдаги ўзгаришлар (19,8%) аниқланилди. Сурункали бруцеллез ташхиси қўйилган беморлардан 19,6 % касаллик оқибатлари қайтмас бўлганлиги ва беморнинг иш фаолиятига ўз таъсирини кўрсатганлиги боис, ногиронлик нафақасига чиқарилган. 46-60 ёшлиларда эса спондилез (12,3%), асаб тизимининг шикастланиши (25,6%), бўғимлар деформацияси (24,5%), юракдаги ўзгаришлар (12,3%) қайд этилди. Шунингдек, сўровномада иштирок этганлар таҳлилидан маълум бўлишича, ушбу касаллик билан оғриган беморлар ўртача 40 кунгача меҳнатга лаёқатсиз ҳисобланишади. Хулоса. Нуробод туманида бруцеллез касаллиги хусусияти шундаки,

аҳоли бу касалликда узоқ муддатга меҳнатга лаёқатсиз бўлиб қолади. Шунингдек, меҳнатга лаёқатли аҳоли қатлами орасида спонтан абортлар, ҳомиланинг ўлик туғилиши, муддатидан олдин юз берган туғруқлар, бола ташлаш ҳолати, бепуштлиқ, бўғимлар деформацияси, анкилозлар салмоқли ўринни эгаллайди. Демак, бруцеллез касаллигидан давлатга нафақат сиёсий ва маънан зарар, балки ижтимоий ва иқтисодий ҳам зарар етказилади.

## **TORCH-ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ТАШХИСИДА ИММУНОФЕРМЕНТ АНАЛИЗНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАХЛИЛИ**

Самадова Х.С., Матчонова Б.Б., Муродуллаев А.А.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Тиббиётда TORCH-инфекциялар ўзининг юқумлилиги, табиий абортлар, бепуштлиқ каби асоратларининг кўплиги, онадан ҳомиллага ўтиши, чақалоқлар касалланиши ёки ўлим кўрсаткичининг ўсишига олиб келиши билан бошқа инфекциялардан фарқ қилади. Ушбу касалликлар диагностикасини ҳар бир шифокор билиши зарур. Ушбу касалликлар юзага келганда кўриладиган умумий ва махсус чора-тадбирларни вақтида ўтказиш, шифокорлар текшириш учун бемордан материал олишни тўғри танлай билиш катта аҳамиятга эгадир. Кейинчалик эндоцервицит, оофорит, сальпингит, кольпит, ой-кунига етмай туғиш, ҳомила тушиши, ўлик туғиш, бўйида бўлмаслик, уретрит, везикулит каби касалликларнинг юзага келишида ҳам TORCH-инфекциялар таъсири борлиги аниқланган. TORCH-инфекциялар кўзғатувчиларини ташхисида вирусологик, бактериологик ва серологик усуллар қўлланилади. Вирусологик ва бактериологик текширувлар кўп вақт талаб қилганлиги учун серологик усуллар самарали ҳисобланади. Улардан бири ИФА усулидир. Ишнинг мақсади TORCH-инфекцияларнинг ИФА ёрдамида аниқланган 6 ойлик натижаларини тахлилини ўрганишдан иборат. Материал ва усуллар. Текширув учун ТТА 2-клиникасининг клиник лабораториясида 2016-2017 йил давомида ИФА анализи натижалари (умумий-426) танлаб олинди. Уларнинг 272 нафари (64%) аёл, 154 нафари (36%) эркак бўлиб, уларнинг ёши 19-60 (ўртача 32) ташкил қилди. Улардан текшириш учун 5 мл миқдорида билан вена-сидан қон олинди. ИФА текширувлари Россияда ишлаб чиқарилган тўпламларда амалга оширилди. Қон центрифуга (1000/с) қилиниб пазмаси ажратиб олинди ва TORCH-инфекциялардан асосан Герпес вирус, Цитомегаловирус, Хламидия, Микоплазма (*Ureaplasma urealuticum*), Токсоплазмозга (IgG, IgM) теширув амалга оширилди. Олинган натижалар. 426 нафар беморлардан 32157та инфекция кўзғатувчилари мусбат натижа берди. Уларда 5 % - моноинфекция, қолган 95 % -аралаш инфекция аниқланди. TORCH-инфекцияларнинг асосий кўзғатувчилари бўлиб, беморларнинг 86% да Цитомегаловирус, 63% да эса герпес вирус мусбат натижа берди. Асосан Герпес вирус, Цитомегаловирус бир-галикда юқори фоизни ташкил қилди. Ассоциацияда 4 та кўзғатувчи-5% (Цитомегаловирус, герпес, Хламидия, *Ureaplasma urealuticum*), 3 та кўзғатувчи-30% (Цитомегаловирус, герпес, *Ureaplasma urealuticum*) ва 2 та-65% (Цитомегаловирус, герпес) кўзғатувчилар аниқланди. Хулоса қилиб айтсак, қон палазмасида микроб ва вируслар ассоциацияларини ошиши касаллик этиологиясида асосий ролни Аралаш инфекциялар ўйнаган. Натижалар шуни кўрсатдики, таноил касалликларининг этиологиясида TORCH-инфекцияларнинг асосий кўзғатувчилари муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун беморларни даволашда бу кўрсаткичларга эътибор бериш зарур.

## **ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ БОЛАЛАР ОРАСИДА ТИББИЙ КЎРИК НАТИЖАЛАРИ**

Санадова Ж, Абсаттарова В.К.

*Тошкент педиатрия тиббиёт институти Нукус филиали*

Долзарблиги. Болалар ва ёш ўсмирларни ақлий ва жисмоний ривожланишни баҳолаш, соғлом бўлишини таъминлаш энг аҳамиятли масалаларнинг биридир. Сабаби болалар ва ёш ўсмирлар орасида учрайдиган ҳар хил соматик ва юқумли касалликларнинг пайдо бўлиши, тарқалишининг олдини олган бўламиз. Организмда функционал силжишлар бор болаларни ўз вақтида аниқлаш ва уларга қарши чора-тадбирларни ишлаб чиқаришни ташкиллаштириш энг асосий вазифалардан биридир. Тадқиқоднинг мақсади. 2017 йил мобойнида Қорақалпоғистон Республикасида болалар ва ёш ўсмирлар орасида учрайдиган соматик ва юқумли касалланиш даражасини аниқлаш ва ўтказиладиган чора-тадбирларни такомиллаштириш йўллари ишлаб чиқиш. Тадқиқот текшириш материали ва усуллари: Республика Давлат санитария эпидемиология назорати марказининг болалар ва ўсмирлар гигиенаси бўлимида мавжуд бўлган 2017-йилдаги йиллик ҳисобатлари, оператив эпидемиологик таҳлил усулидан фойдаланилди. Текшириш натижалари. Қорақалпоғистон Республикасида 2017 йил мобойнида 312 мактабгача таълим муассасаларида, 692 умумтаълим мактабларида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2012 йил 12 апрелдаги «О совершенствовании медико-санитарной помощи детям организованного контингента в Республике Узбекистан» 99-сонли буйруғи асосида ташкиллаштирилган болалар жамоатида чуқирлаштирилган тиббий кўрик ўтказилади. Тиббий кўрик учун мактабгача таълим муассасаларидан 51345 болалар, умумтаълим мактабларидан 287199 болалар олинди. Шунинг натижасида мактабгача таълим муассасаларида 22129 (43,1%) болаларда соматик касалликлар аниқланди. Текшириш натижасида нафас олиш тизими 8,3%, ҳазм қилиш тизими 1,5%, асаб тизими 4,1%, юрак-қон томир тизими 0,3%, сидик ажратиш

тизими 1,7%, нутқ бузилиши 0,2%, кўриш қобилиятининг бўзилиши 2,8% ташкил қилди. Мактабгача таълим муассасаларининг болалар орасида 407 нафар болаларда юқумли касалликлар аниқланди. Ўлардан: ўткир дизентерия 9 (2,2%), ўткир ичак касалликлари 37 (9,1%), вирусли гепатит 37 (9,1%), сувчечак 229 (56,2%), босқи (скарлатина) 6 (1,5%), эпид паротит 8 (2,0%), ГРИПП ва ўткир респиратор касалликлар 68 (16,7%), туберкулёз 4 (0,9%), қичимиқ (чесотка) 1 (0,2%), тери касалликлари 8 (2,0%) ташкил этган. Умумтаълим мактабларидан 111433 (38,8%) нафар ўқувчиларда соматик касалликлар аниқланди. Текшириш натижасида нафас олиш тизими 4,4%, ҳазм қилиш тизими 1,1%, асаб тизими 2,3%, юрак-қон томир тизими 0,3%, сидик ажратиш тизими 1,1%, нутқ бузилиши 0,2%, кўриш қобилиятининг бўзилиши 5,1% ташкил қилди. Умумтаълим мактабларининг ўқувчилари орасида 1438 нафар болаларда юқумли касалликлар аниқланди. Ўлардан: ўткир дизентерия 12 (0,8%), ўткир ичак касалликлари 84 (5,8%), вирусли гепатит 285 (19,8%), сувчечак (ветрянная оспа) 249 (17,3%), босқи (скарлатина) 11 (0,8%), эпид паротит 21 (1,5%), менингит 3 (0,2%), ГРИПП ва ўткир респиратор касалликлар 492 (34,2%), туберкулёз 40 (2,8%), қичимиқ (чесотка) 61 (4,2%), тери касалликлари 180 (12,5%) ташкил этган. Хулоса. Тахлил кўрсаткичлари билан солиштирилганда болаларда соматик касалликлардан нафас олиш тизими, асаб тизими ва кўриш тизими қобилиятларининг бўзилиши ва юқумли касалликлардан вирусли гепатит, ГРИПП ва ўткир респиратор, сувчечак касалликлари юқори эканлиги аниқланди. Касалликларнинг ўз вақтида аниқланмаганлиги болаларнинг иш қобилиятининг пасайишига, кун тартиби ва саломатлик ҳолатининг бузилишига олиб келиши мумкин.

### БУРУН ВА УНИНГ ЕНДОШ БУШЛИКЛАРИ ЗАМБУРУГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

Сафарова Н.И., Лутфуллаев Г.У., Ортиков А.А., Рустамов У.Ж.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Бурун ва унинг ендош бушликлари микозлари асосан икки турда: юзаки ва чуқур – инвазив, яъни шиллик пардадан ташкари суяк усти пардаси ва суякнинг остеомиелитик зарарланиши қуринишида учраб, кузгатувчилари могор замбуруги: *Penicillium*, *Aspergillus*, *Mucor*, *Alternaria* ва ачиткилардан *Candida* булиши мумкин. Бурун ендош бушликларидан купрок юқори жағ бушлиги замбуруг билан зарарланиб, клиник белгилари аллергик касаллик сифатида намоён бўлади. Инвазив жараён аспергиллез, мукорозда, ноинвазив эса – кандидоз, пенициллезда кузатилади. Бурун ендош бушликлари микозларида клиник симптомлар бош оғриши, бурун битиши, бурундан ажралма келиши ва умумий интоксикация билан намоён бўлади. Характерли белгилардан буруннинг тулик ва доимий битиши, ажралмалар миқдори жуда кўп, даврий равишда, ачитки замбуруглар чакирган кандидозларда эса – оқимтир пишлоксимон масса қуринишида, могор замбуруги чакирган микозларда ажралма зич, буткасмон, баъзан бадбуй хидли бўлади. Бурун бушлиги замбуругли жараённинг энг кўп учрайдиган локализацияси бурун тусигининг олдинги еки урта қисми бўлиб, шу соҳада чегараланган, четлари нотекис, юзаси оқиш-қулранг еки сарғиш қараш билан копланган яралар пайдо бўлади. Бурун бушлиги микози катта ешларда купрок учрайди. Бунга замбуруглар усиши ва ривожланиши учун қулай шароит яратадиган шиллик қаватларнинг инволютив узғаришлари сабаб бўлади. Диагностика. Замбуруг касалликлари диагностикаси бошқа ЛОР аъзолари ва инфекция касалликлар сингари комплекс микологик тахлиллар асосида утказилади. Лаборатор тахлиллар асосан патологик ажралмани микроскопик текшириш ва озик мухитларига экишдан иборат бўлиб, замбуруг тури ва қуриниши тугрисида маълумот беради. Даволаш. ЛОР аъзолари замбуругли касалликларини даволашда, касаллик юзага келган барча шароитларни ҳисобга олиб, антибиотикларни ман этиш, комплекс умумий қувватлаштирувчи ва витаминотерапия утказилади. Замбуруг касалликлари патогенезида ахамиятга эга омилларни аниқлаш ва ҳисобга олиш керак (қандли диабет, қон касалликлари, иммунодефицит ҳолатлар). Замбуруглар кучли аллергик хусусиятга эга бўлгани учун десенсибилизирувчи терапия ҳам утказиш керак. Ҳозирги вақтда махсус антимикотик терапия учун қатор умумий ва маҳаллий дори воситалари кенг қуламда қулланилади. Замбуругга қарши медикаментоз терапия замбуругларнинг тури ва айнан қайси дори воситасига чидамлилиги баландлигини ҳисобга олган ҳолда утказилиши керак. Умумий даво терапияси микотик учоққа маҳаллий таъсир билан бир вақтда утказилиши янада яхши натижаларни беради. Бурун ва унинг ендош бушликлари замбуругли касалликлари рецидивларининг олдини олиш мақсадида қайта даво курслари утказиш керак. Беморларнинг тузалганлиги нафакат умумий аҳвол ва маҳаллий статуснинг яхшиланиши, балки қайта микологик текшириш натижаларига боғлиқ.

### ЭХИНОКОККОЗНИ ЭНДЕМИК ҲУДУДЛАРДА ЭРТА АНИҚЛАШДА “МАҲАЛЛИЙ АНТИГЕН”ЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Сувонкулов У.Т.<sup>1</sup>, Шамсиев Ж.А.<sup>2</sup>, Саттарова Х.Г.<sup>1</sup>, Мамедов А.Н.<sup>1</sup>, Садиков З.Ю.<sup>1</sup>, Муратов Т.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Л.М. Исаев номидаги Тиббий паразитология ИТИ,

<sup>2</sup>СамМИ 2 клиникаси

Долзарблиги. Эхинококкоз кенг тарқалган паразитар касаллик бўлиб, Ўрта Осиё мамлакатлари, шу жумладан Ўзбекистон учун ҳам эндемик ҳисобланади. Касаллик Республиканинг барча ҳудудларида рўйхатга олинган. Эхинококкоз билан касалланганлар асосан чорвачилик ривожланган вилоятларда кўп учрайди. РесДСЭНМ

маълумотларига кўра, 2017 йилда Ўзбекистонда 100% аҳоли ичида эхинококкоз билан зарарланганлар сони 2.1% ни, 14 ёшгача бўлган болалар орасида ушбу кўрсаткич 100 000 кишига яъни 1.2%ни ташкил этади. Мақсад. Эхинококкозни олдини олишга доир тиббиёт тадбирлари мажмуасида эпидемик туманларда аҳолини оммавий равишда иммунологик текширувдан ўтказиш, касалликни эрта аниқлаш, маҳаллий қўйларнинг эхинококк пуфагидаги суюқликлар асосида тайёрланган антигенларни қўллаш йўли билан иммуноташхислашда усул кўрсаткичи сифатини оширишдир. Тадқиқот усуллари ва материаллари. Л.М.Исаев номидаги тиббий-паразитология илмий текшириш институти ходимлари 2017 йил Самарқанд вилоятидаги эхинококкознинг эндемик ҳудуди ҳисобланган Пайариқ туманининг Чопарошли (1000 та), Ўрта сайдов (1067 та), Қумчуқ(877 та) ва Қўл (1010 та) қишлоқларида касалликни эрта аниқлаш учун тадқиқот олиб боришди. Умумий сони 3954 та бўлган аҳолидан оммавий равишда эхинококкозга иммуноташхислаш учун қон зардоби олинди ва бир вақтда қўшимча равишда УТТ (ултратовуш текшируви) ўтказилди. Иммуноташхислаш учун маҳаллий қўйларнинг ўпка ва жигаридаги эхинококк киста суюқликларида оқсил миқдори юқори бўлганлари танлаб олиниб ва уларни аралаштириб тайёрланган микс антиген асосида, ИФА (ELISA) усули қўлланди. Олинган натижалар. Тадқиқот ўтказиш вақтида, УТТ усули билан 15(0.38%) кишининг турли органларида эхинококк пуфаги борлиги аниқланди. Аҳолидан йиғилган қон зардобларида “маҳаллий антиген”ларни қўллаб ИФА усулида иммуноташхислаш ўтказилганда 19(0.48%) одамда мусбат кўрсаткич ҳосил бўлди. Шундан 11(58%) таси УТТ текширувида аниқланганлар бўлса, 5(26%) таси эхинококк пуфаги ўлчами 1x2 смдан кичик бўлганлар ва 3(16%) жарроҳлик йўли билан эхинококк пуфагини олдирган беморлардир. УТТ текширувида эхинококк пуфаги бор деб топилган 15(0.38%) бемордан 4(0.11%) тасида “маҳаллий антиген”лар қўлланилганда ҳам антитаналар аниқланмади. Хулоса. Натижалардан келиб чиқиб маҳаллий қўйларнинг эхинококк пуфаги суюқликларида оқсил миқдори юқори бўлганлари асосида тайёрланган “маҳаллий антиген”ларнинг сезгирлиги ва махсуслигини 76% ни ташкил қилди. Фирмаларда тайёрланган тест-системаларида текширувлар ўтказилганда ушбу кўрсаткич 61% га тўғри келган эди. Чунки фирмаларда тест системаларни шакллантиришда қўлланилган антигенларнинг генотиби бизда учрайдиган эхинококк генотипларига мос келмаслиги мумкин.

## ГЕРПЕС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ГИСТОМОСЛИК АНТИГЕНЛАРИНИ ТАХСИМЛАНИШИ

Темирова С.Ё., Ахмедова Х.Ю.

*ЎзР ССВ Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар ИТИ*

Герпес инфекцияси билан оғриган 35 нафар бемор таҳлил қилинди. Ўрганилган беморларнинг жинсий шерикларини 56% нинг анамнезида генитал герпес мавжудлиги, уларда касаллик клиник намоён бўлган шаклда кечганлиги, қолган 44% нинг жинсий шериклари анамнезида генитал герпес клиникаси кузатилмаганлигини эътиборга олиб, текширилганлар қуйидагича тақсимланди: герпес вирусли инфекцияси клиник намоён бўлган 55 беморлар ва 15 нафари мулоқотдагилар (анамнезида касаллик белгилари мавжуд бўлмаган). Назорат гуруҳини анамнезида герпесвирус инфекцияси белгилари кузатилмаган, соғлом 27 нафар соғлом кишилар ташкил этди. Тадқиқот натижалари умумий қабул қилинган статистик усулларда компьютер дастуридан фойдаланилган ҳолда ишончлилик мезони ( $\chi^2$ ), нисбий хавф мезони кўрсаткичи (RR) аниқланиб статистик ишлов берилди. HLA-антигенлар (одамда гистомослик антигенларнинг энг кўпини лейкоцитлар тутгани учун уларни одамнинг лейкоцит антигенлари тизими (ингл. Human leucocytes antigen-HLA) деб номланган. Статистикада  $\chi^2$  нинг қиймати 3,841 дан ошса ( $P < 0,005$  га мос келади) одатда солиштирилаётган гуруҳлар ўртасидаги фарқлар ишончли кўрсаткич сифатида қаралди. Статистик ишончлиликдан ташқари, ассоциация кучи тушунчаси мавжуд. Унинг кўрсаткичи нисбий хавф катталиги - RR (relative risk) ҳисобланади. RR катталиги 2 га тенг бўлса, ассоциация мавжуд эмаслигини кўрсатади (яъни, беморлар ва соғлом кишиларда антигеннинг такрорланиши бир хил),  $RR > 2$  (ижобий ассоциация) бу ҳолат антиген беморларда кўпроқ учрашини билдиради, агар  $RR < 2$  (салбий ассоциация) бўлса, беморларда антигенлар тез-тез такрорланишини камайганлигини билдиради. Назорат гуруҳидаги ва герпесвирусли инфекция билан оғриган касалликнинг клиник белгилари намоён бўлган ва намоён бўлмаган беморларда HLA антигенларини тақсимланишининг такрорланиши таҳлил қилинганда назорат гуруҳида гистомослик, HLA антигенларининг A2, A3, B13 и B35 (25,3; 29,63 ва 22,22%, мос равишда) кўпроқ учрашини кўрсатди. Касаллик клиник намоён бўлган герпетик вирусли инфекция билан оғриган беморлар ва соғлом кишиларда гистомослик антигенларини тақсимланиши солиштирилганда, айрим HLA антигенларнинг учраш даражасида ўзгаришлар бир хил эмаслиги маълум бўлди. HLA A9, B7, B8 ва B18 антигенлари кўпроқ учради (ўртача 30%дан юқори). Аммо, статистик таҳлил юқори ишончли фақатгина HLA B7 ва B18 (43,59 ва 30,77% билан, мос равишда назорат гуруҳидаги бир хил частотадаги шу антигенларга қарши - 7,41%;  $\chi^2 - 5,62$  ва 4,35, RR - 5,59 ва 4,69, мос равишда) HLA антигенларини ажратиш имконини берди. Беморлар гуруҳида ва статистик таҳлили бўйича HLA B35 антигени энг кам учради (2,56%, соғлом кишиларда эса 22,22%;  $\chi^2 - 9,66$ ). Шундай қилиб, касалликнинг клиник белгилари намоён бўлган генитал герпес билан оғриган беморлар ва назорат гуруҳидагиларда HLA антигенларининг тақсимланишининг таҳлили кўрсатишича,

фенотипида HLA A9, B8, B18 ларга эга бўлган кишилар маълум бир мойилликка, HLA B35 га эга бўлганлар эса бу касалликнинг манифест шаклига чидамликка эга.

## БОЛАЛАРДА КҮКЙЎТАЛ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ЖИХАТДАН КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Тиркашев О.С., Раббимова Н.Т., Юлдашев С.Ж.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Болаларда кечадиган юқумли касалликлар орасида кўкйўтал касаллиги билан касалланиш долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Ҳозирги кунда кўкйўтал касаллиги яхши ўрганилганига, касалликка қарши эмлаш календарига мувофиқ бир-неча марта эмлаш ишлари ўтказилишига қарамадан ташхис қўйиш ва даволашда ҳатоликлар учраб турибди. Кўкйўтал билан касалланиш структурасида бир ёшгача бўлган болаларнинг асосий ўрин тутишининг сабаби бўлиб туғма иммунитетнинг бўлмаслиги ва вакцинациядан кейинги иммунитетнинг кеч шаклланишидир. Текширув мақсади. Самарқанд вилояти Юқумли касалликлар клиник шифохонаси (ВЮККШ) материаллари асосида “Кўкйўтал” касаллигининг болаларда эпидемиологик жиҳатдан кечиш хусусиятларини ўрганишдан иборат. Тадқиқот усули ва материаллари. Шу мақсадда ВЮККШ да стационар шароитда даволанилган 97 беморнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлил этилди. Текширув натижалари ва муҳокамаси. Кузатувимиздаги 97 бемор болалар ёш бўйича тақсимланиши: 0 – 6 ойликгача – 37,5 %, 6 ойликдан бир ёшгача – 34,45 %, бир ёшдан 3 ёшгача -18,75 %, 3 ёшдан 13 ёшгача бўлган болалар –9,3 % ни ташкил қилди. Ўз РССВ Сан Пин 0239-07 эмлаш календарига мувофиқ юқумли касалликлар махсус профилактикасига асосан касалланган болаларнинг – 68,3% қисмида профилактик эмлаш календарини бўйича тўлиқ режали эмлаш ишлари ўтказилган. Болалардан – 31,7% қисмида эмлаш муддатига кўра ревакцинацияларнинг айрим муддатларида нисбий қарши кўрсатмаларнинг бўлганлиги туфайли нотўлиқ равишда эмлаш ўтказилганлиги аниқланилди. Кузатувимиздаги беморларнинг 61,1% Самарқанд вилояти туманларидан мурожаат этган фуқаролар, 38,9 % шаҳар аҳолиси ташкил қилди. Тадқиқот давомида ўғил бола ва қиз бола жинсидаги вакилларимизда касалланиш сони деярли тенг ҳолда учраши аниқланилди (51 ва 49% нисбатда). Анамнезидан беморларнинг 16 % бизнинг шифохонага келгунга қадар пневмония ва ўткир бронхит ташхиси билан бошқа шифохоналарда даволанганлиги маълум бўлди. Бу беморлар бошқа шифохоналардан боланинг умумий аҳволининг оғирлашуви натижасида ВЮККШ га ўтказилган. Натижада беморларга касаллик ташхисини ўз вақтида қўйилмаслиги ва даво муолажаларининг кечиктирилиши касалликнинг оғир кечиши ва асоратлари ривожланишига сабаб бўлди. Шунингдек, бу ҳолат касаллик манбаининг болалар орасида маълум муддат давомида туришига ва касаллик тарқалиш жараёнининг кўпайишига, болалар орасида касалланиш сонининг ортишига олиб келади. Хулоса. Тадқиқот натижаларига кўра, эпидемик жараён асосан икки ёшгача бўлган болалар орасида кузатилиши маълум бўлди. Кўкйўтал касаллиги кўпича туман аҳолиси орасида учрайди. Эрта ёшли болаларда касаллик белгилари етарлича ифодаланмаслиги касалликка ўз вақтида ташхис қўйилмаслигига ва эпидемик жиҳатдан атрофдаги болалар учун хавф туғдиришига олиб келди. Касалланиш ҳолатининг эмланган болалар орасида ҳам учраб туришини ҳисобга олган ҳолда кўкйўтал касаллигининг эрта ташхислаш усуллари ва махсус профилактикасининг устида узлуксиз равишда ишлашимиз кераклигини кўрсатди.

## САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА СИЛ ВА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИНИНГ КО-ИНФЕКЦИЯ ТАРЗИДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Тиркашев О.С., Раббимова Н.Т., Ачилова М.М., Матякубова Ф.Э.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Сил билан касалланган беморларда ко-инфекция тарзида сурункали вирусли гепатит С (СВГС) касаллигининг кенг тарқалганлиги касалликнинг клиник кечишининг оғирлашувига ва айрим жиддий асоратларнинг эрта ривожланишига олиб келиши бугунги куннинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади (Добин В.И., Оськин Д.Н., Гринюк И.Л). Текшириш мақсади. Беморларда сил ва СВГС касаллигини ко-инфекция тарзида кечиш хусусиятларини ўрганиш. Текшириш усули ва материаллари. Биз текширувимизга 2015-2017 йиллар давомида вилоят сил касалликлари диспансерида (ВСКД) нафас аъзолари сил касаллиги ва СВГС ко-инфекция тарзида кузатилган беморларнинг касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилдик. Барча беморларга ташхис умумий клиник, бактериологик, гистологик ва серологик текширувлардан кейин қўйилган. Текширув муҳокамаси. Биз СВГС ва сил касаллиги ко-инфекция тарзида кечганда ўзига хос хусусиятларини ўрганиш учун асосий гуруҳда 40 киши, назорат гуруҳига СВГС билан касалланган 40 киши олинди. Сил касалликлари диспансерида 2015-2017 йиллар давомида нафас аъзолари сил касаллиги билан касалланган жами беморлардан 9,8% қисмида ко-инфекция тарзида ВГС касаллиги учраши аниқланилди. Касалланишни йиллар бўйича тақсимлаганимизда: 2015 йилда-212 (24,6 %), 2016-йилда-321 (37,2 %), 2017 йилда-328 (38%) ташкил қилди. Касалланиш ёши ЖССТ томонидан белгиланган кўрсаткичга кўра тақсимлаганимизда: 1-14 ёшдагиларда ко-инфекция ҳолатида касалланиш кузатилмади, 15-25 ёшдагилар-2,55%, 25-45 ёшдагилар-31%, 45-60 ёш-26,2%, 60-75 ёш-30%, 75-90 ёш-

10,25% ташкил қилди. Беморларнинг 63,4%-эркаклар, 36,6%-аёллар ташкил этади. Беморлар манзилига кўра: Самарқанд шаҳри аҳолиси – 24, 5%, туманлардан келган беморлар эса 75,5% ташкил қилди. Кузатувимиз натижаларига кўра, касаллик ко-инфекция тарзида кечганда асосий касаллик кечишининг оғирлашиши: интоксикация симптомлари назорат гуруҳидагиларга нисбатан устунлик қилди. Беморларнинг барчасида кўнгил айниши, қусиш, бош оғриғи, қўл ва оёқларда титраш- 87,4% аниқланди. Беморларнинг-24,8% изида назорат гуруҳига нисбатан сариқликнинг сезиларли равишда ошиши аниқланилди (+++). Тери қичиши-37,8%, гепатомегалия-87,3%, спленомегалия-48,9% ҳолатда аниқланди. Ҳамроҳ касалликлардан касаллик ко-инфекция тарзида кечган беморларда замбуруғли касалликларнинг ривожланиши, оқсил-дистрофик ўзгаришлар, инфекцион-алиментар камқонлик ҳолатини устунлиги аниқланилди. Беморларда назорат гуруҳига нисбатан жигар циррози кўп учраши қайд этилди (12,4%). Назорат гуруҳи орасидагиларда леталлик учрамади. Касаллик ко-инфекция тарзида кечганда леталлик 2,4% ни ташкил этди. Лаборатор таҳлил натижаларида: умумий қон таҳлилида 88,2% ҳолатда Нв миқдорининг кескин пасайиши (30 г/л гача), ЭЧТ нинг сезиларли равишда ошиши (20-30 мм/соат) аниқланди. Қон биокимёвий таҳлилида 78,3% ҳолатда гиперпротеинемия, 18,4% ҳолатда гипербилирубинемия (умумий билирубин миқдорининг 135 мк/молгача), 22,8% ҳолатда АЛТ фаоллигининг ошиши кузатилди (3,40 мк/молгача). Хулоса. Сил ва СВГС касаллигини ко-инфекция тарзида кечиши кўп учрайди. Аёлларга нисбатан эркак жинсдагиларда касалланиш ҳолати кўпроқ. Касалланишни ко-инфекция тарзида учраши бевосита ижтимоий омилларга боғлиқ. ВГС ва сил ко-инфекция ҳолатида кечганида касалликнинг клиник кечишининг оғирлашиши кузатилади.

### АҲОЛИНИНГ ЭНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ

Тошбоев Б.Ю., Азизова Ф.Л.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ушбу илмий ишнинг мақсади аҳоли ўртасида энтерал вирусли гепатитлар билан касалланиш ҳолатини баҳолаш ҳисобланади. Вирусли гепатитлар ўртасида энг кўп тарқалгани Вирусли гепатит А ҳисобланади. Вирусли А гепатит юқумли сариқ касаллиги бўлиб қадим замонлардан ўрганиб келинмоқда. А гепатити юқумли ичак инфекциялари гуруҳига кирадиган антропоноз, фекал-орал механизм билан юқадиган кенг тарқалган вирусли касалликдир. А гепатит вируси энтеровируслар турига ва пикорнавируслар оиласига мансуб бўлиб, диаметри бўйича 27 нм га тенг бўлади. А гепатит вирусининг юқори ҳарорат, эфирлар, дезинфекцияловчи воситаларга чидамлилиги уни ташқи муҳитда узоқ сақланиб қолишини таъминлайди. Паст ҳароратда ойлаб, баъзан йиллаб сақланиши мумкин. Шу дезинфекцияловчи воситаларга чидамлилиги натижасида баъзи ҳолларда сув тозалаш иншоотларидаги тўсиқлардан ўтиб кетиб водопровод тармоқларига вирусларнинг ўтиб кетиши кузатилади ва касалликка сабаб бўлади. Олдимизга қўйилган мақсадга эришиш учун биз Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 2012 йил 5-январда чиқарилган “Республикада вирусли гепатитларга қарши курашни янада такомиллаштириш чора тадбирлари” тўғрисидаги буйруғидан фойдаландик. Шу билан бир қаторда ЎзРес “Аҳолини санитар эпидемиологик осойишталигини таъминлаш” тўғрисидаги қонунда ҳам аҳоли ўртасида вирусли гепатитлар каби юқумли касалликларга қарши моддалар белгилаб қўйилган. Юқоридагилар билан бирга текшириш объекти сифатида Яшнобод туманида истиқомат қилувчи аҳолини олдик. 2013-2015 йиллар динамикасида уларда тарқалган касалликка чалиниш ҳолатларини текширдик ва қуйидаги натижалар олинди. 2013 йил умумий касалланган аҳоли сони 396 нафар бўлиб, улардан 79 таси (19,9%) катта ёшдагилар, 317 (80 %) таси эса болалар ҳисобланади. 2014 йилги текширишлар бўйича қуйидаги натижалар олинди: умумий касалланганлар сони 395, улардан: 83 таси катта ёшдагилар, 312 таси (78,9%) болаларни ташкил этди. 2015 йилда қуйидаги натижалар олинди: умумий касалланиш ҳолати 179 тани ташкил этиб, улардан 57 (31,8 %) таси катталар, 122 (68,1%) таси болалар ҳисобланади. Юқорида олинган текшириш натижаларидан шуни хулоса қилиш мумкин: болалар ўртасида катта ёшдагиларга нисбатан касалланиш ҳолати кўп кузатилди ва ушбу касалланиш ҳолатини камайтиришда шахсий гигиенага қатъий риоя қилиш муҳим аҳамият касб этади. Шу билан бир қаторда аҳоли ўртасида тиббий маданиятни ўстириш ҳам вирусли А гепатит нинг профилактикаси ҳисобланади. Бу касалликнинг фекал-орал йўли билан юқишини ҳисобга олинса, асосий профилактик чора- тадбирлар шу юқиш механизмини бартараф қилишга қаратилган бўлади. Бунинг учун қуйидагиларга алоҳида эътибор қаратиш лозим: аҳолини сифатли ичимлик суви, ҳавфсиз озиқ-овқат билан таъминлаш. Озиқ-овқат тайёрлаш, ташиш, сақлаш, ишлов бериш жараёни ва сотишда, болалар муассасаларида санитария гигиеник қоидаларига риоя қилиш. Касаллик тарқалиши учун қулай бўлган катта-катта корхона ва озиқ - овқат саноатлари ва корхоналари устидан санитария назорати ўрнатилиши. Ташқи муҳит объектлари устидан санитария-бактериологик, санитария-вирусологик усулларни қўллаб лаборатория назоратини кенг қўламда олиб бориш. Ретроспектив ва оператив таҳлил натижаларига асосланиб А гепатитнинг профилактикаси режаси тузилади ва ҳокимиятлар томонидан тасдиқланади. Вирусли А гепатитга қарши махсус профилактикаси, махсус – вакцина HAVRIX, мулоқотда бўлганларга иммуноглобулино профилактика ҳисобланади. Касалликни юқтириш хавфи юқори бўлган болалар ва катталарга касалликка қарши иммуноглобулин юбориш эпидемиологик нуқтаи назардан асослидир.

**ОХИРГИ ЙИЛЛАРДА МЕНИНГОКОККЛИ ИНФЕКЦИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ  
КЛИНИК ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Узакова Г.З., Джўраева К.С., Жумаева Н.С., Орипова П.О.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Менингококкли инфекция эпидемияси ҳар 15, 20, 30 йилларда кузатилиб туради. Ўзбекистон ҳудудида охирги эпидемия 1971-1972 йилларда кузатилган. Шундан буён касалланиш спорадик ҳолларда учраб туради. Шу боис, бу касалликнинг охирги йилларда клиник эпидемиологик кечиш хусусиятларини ўрганиш муҳим хусусиятга эга. Тадқиқот мақсади. Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонаси материаллари асосида охирги йилларда менингококкли менингит касаллигининг клиник ва эпидемиологик кечиш хусусиятларини ўрганишдан иборат. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасида 2007-2017 йиллар давомида даволаниб чиққан 690 беморнинг касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилдик. Тадқиқот муҳокамаси. Ўтказилган кузатувлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, охирги йилларда “Менингококкли инфекция” касаллиги билан касалланиш сони ортмоқда. Жумладан: 2007 йил – 6,2%, 2008 йил – 6,7%, 2009 йил – 7,6%, 2010-йил – 6,0%, 2011 йил – 7,8%, 2012 йил – 8,4%, 2013 йил 9,8%, 2014 йил – 10,4%, 2015 йил – 12,3%, 2016 йил – 11,2%, 2017 йил – 13,6% беморлар мурожаат қилган. Юқорида кўрсатиб ўтилганлардан кўриниб турибдики, бу касаллик охирги йилларда кўпайиш тенденциясига эга. Ушбу беморлардан шахар аҳолиси – 48,2%, қишлоқ фуқаролари – 51,8% ни ташкил этади. Жумладан, Қўшработ – 1,7%, Булунғур – 1,9%, Самарқанд тумани – 24,2%, Нуробод – 3,6%, Ургут – 13,8%, Пайариқ – 3,6%. Бошқа вилоятлардан 1,4% киши мурожаат этган. Касаллик мавсумийлиги: январь – 7,4%, феврал – 7,5%, март – 6,8%, апрел – 9,6%, май – 10,6%, июн – 11,9%, июл – 11,7%, август – 8,0%, сентябрь – 6,9%, октябрь – 7,2%, ноябрь – 6,7% та, декабрь – 5,7% беморлар мурожаат қилишган. Адабиётлардан маълумки, менингококкли инфекция асосан феврал-март ойларида учрайди, бироқ бизнинг кузатувимизда бундай мавсумийлик кузатилмасдан, касалликнинг йил бўйи учраши қайд этилди. Ёш жиҳатидан: 1 ёшгача – 29,6% та, 1 - 3 ёш 21,6%, 3 - 7 ёш 12,9%, 7 - 14 ёш 10,7%, 14 - 25 ёш 11,6%, 25 ёшдан катталар 13,6% ни ташкил этди. Тадқиқотчиларнинг кўрсатиб ўтишича, касаллик асосан бир ёшгача бўлган болаларда учрайди. Бу бизнинг маълумотларимиз билан тўғри келади, бироқ охирги йилларда бу касалликнинг катта ёшлилар орасида ҳам нисбатан кўпайганлигини қайд этиш мумкин. 45,6% беморларнинг оила аъзоларидан олинган суртма бактериологик текширилганда *N.meningitidis* топилди. Бироқ уларда касаллик клиникаси аниқланмади. 19,8% беморларнинг оила аъзоларидан олинган суртма бактериологик текширилганда *N.meningitidis* топилди ва уларда юқори нафас йўллари яллиғланишига хос белгилар мавжуд бўлганлиги боис, уларга “Менингококкли назофарингит” ташхиси қўйилди ва амбулатор шароитда даволанилди. Касалликнинг “Бактерия ташувчанлик” ва “Ўткир назофарингит” шакли айнан охирги йилларда учраганлиги қайд этилди. Беморлар шифохонага қуйидаги йўлланма ташхислар билан мурожаат этган: ЎРВИ – 71,6%, церебрал арахноидит – 2,5%, серозли менингит – 3,6%. Қолган беморлар (22,3%) «Менингит» ташхиси билан мурожаат этишган. Адабиётларда келтирилишича, бу касалликдан рецидивлар сони 12% гача қайд этилади, бизнинг кузатувимизда такрорий мурожаатлар сонининг нисбатан кўпайганлиги қайд этилди (22,4%). Касалликнинг 1-2 кунлари 38,8% бемор, 3-4 кунлари – 41,4% бемор, 5-6 кунлари 11,0% бемор, 7-8 кунлари 6,2% бемор мурожаат қилган бўлса, 10-20 кунлари 2,6% беморнинг кечикиб мурожаат қилиш ҳоллари ҳам учраган. Шифохонага кеч мурожаат этган беморларда касаллик асоратлари кузатилган (45,5%): гипертензион гидроцефал синдром – 6,3%, мия шиши – 7,4%, менингоэнцефалит – 8,3%, инфекцион токсик шок – 7,4%, гемипарез – 4,3%, кўзларнинг кўрмай қолиши – 4,5%, монопарез – 7,3%, гайморит – 2,9%, ўрта қулоқ отити – 3,6%, фронтит – 2,6% беморда аниқланилди. Касаллик аксарият беморларда оғир шаклда кечган (94,7%). Тадқиқот давомида касалликнинг энгил шакли қайд этилмади. Ҳамроҳ касалликлардан камқонлик деярли барча мурожаат қилган беморларда, арахноидит – 0,1%, гипотрофия – 5,1%, рахит – 1,7%, гидроцефалия – 0,3% беморда кузатилди. Менингиал симптомлар интоксикациянинг кучайиши фонида келиб чиққан. 3 ёшгача бўлган беморларда қуйидаги менингиал белгилар мусбатлиги аниқланди: юқори Брудзинский 66,9%, энса мушаклари ригидлиги 87,6%, Керниг белгиси 65,0%. Қолган менингеал белгилар суст ифодаланган. Бир ёшгача бўлган беморларда эса Лессаж симптоми, катта лиқилдоқнинг таранглиги ва пульсацияси кузатилган. Патологик рефлекслар кузатилмаган. Катта ёшлиларда эса менингеал симптомлардан ташқари, 14,5% ҳолда артериал қон босимининг ҳам кўтарилиши қайд этилди. Менингиал симптомлар касалликнинг 2-3 кунидан келиб чиқиб, 10-15 кун давомида сақланиб турган. Орқа мия суюқлиги эса динамикада касалликнинг 3-5 ҳафтасида ўз холига қайтиши маълум бўлди. Периферик қон таҳлилида Нв миқдорининг пасайиши, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши аниқланган. Менингококкли менингит билан хасталанган барча беморларда орқа мия суюқлиги таркибининг ўзгариши аниқланди. Ликворда хужайраларнинг нейтрофиллар ҳисобига (серозли менингитда эса лимфоцитлар ҳисобига) 1600 тагача ошиши, оқсиллар миқдорининг 3-4 г/л гача кўпайиши, хлоридлар миқдорининг кўпчилик ҳолларда силжимасдан қолиши аниқланилди. Панди, Нонне Аппельта синамаларининг мусбатлиги (++++) гача кузатилди. Ликвор таркиби хира бўлганлиги боис, аксарият беморларда глюкоза миқдори аниқланилмаган. Хулоса. Охирги йилларда менингококкли инфекция учраш тезлиги кўпайиш тенденциясига эга. Шунингдек, бу касалликнинг катта ёшли-

ларда учраши ҳам нисбатан кўпайган. Тадқиқот давомида бу касалликка хос мавсумийлик аниқланилмасдан, касалликнинг йил давомида учраб туриши кузатилди. Катта ёшлиларда қуйидаги асоратлар аниқланилди: мия шиши, гемипарез, кўзларнинг кўрмай қолиши, монопарез, инфекциян токсик шок, менингоэнцефалит.

## НЕЙРОБРУЦЕЛЛЁЗ ФОНИДА КЕЧАДИГАН ЭНЦЕФАЛОПАТИЯЛАР ДИАГНОСТИКАСИ

Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Нейробруцеллез билан касалланишнинг тинимсиз ўсиб бориши, дунё бўйлаб глобал муаммолардан бири бўлмоқда. Хар йили 450 тадан 750 тагача бруцеллёзнинг янги ҳолатлари қайд этилади, сўнги ўн йилликда бруцеллёзнинг бирламчи сурункали турлари кўпайиб бормоқда. Тадқиқот мақсади. Нейробруцеллёз билан хасталанган беморларда энцефалопатия кечишининг ўзига хослигини ўрганиш. Тадқиқот материали ва турлари. Бизнинг назоратимизда 68 та бемор бор эди, шулардан 1-гурух 38-та (56%) -дисциркулятор энцефалопатия ташхиси билан (ДЭ), 2-гурух эса - 30 та бемор (44%) - энцефалопатия белгилари бор эди ва сурункали бруцеллёз (СБ) билан. Барча беморларнинг анамнези ўрганилди. АҚБ, қонда қанд микдори текширилди, УТТ ва бош мия МРТ текшириш усуллари ўтказилди. Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. ДЭда кўп учрайдиган синдромлардан бири - бош оғриқ-80 % беморда кузатилди, сурункали бруцеллёз билан хасталанган беморларда эса бош оғриқ кам учрайди (23%). 1-гурухдаги 35 бемор хотира (92%) ва эътибор (50%) пасайишига шикоят қилди, бундан ташқари 72,2% беморларда нарсаларни топиш қийинлиги, нотаниш муҳитда мослашув қийинлиги, мулоқотга киришиш қийинлиги қузатилди. 2-гурух беморларида эса касаллик эмоционал лабиллик, қўрқув, ваҳима ҳисси (45,8) ва депрессия (50%) ҳолати билан кечганлиги қузатилди. ДЭ билан хасталанган беморларда қўрув майдони бузилиши (74%) қузатилди. Аниқ моторика ва қўлларда ҳаракатларнинг кетма-кетлигини текширганда, ДЭ билан хасталанган беморларда СБга нисбатан 34% га яхшилиги аниқланди. ДЭ бор беморлар клиник-неврологик текширилганда асаб соҳасида майда ўчоғли неврологик ўзгаришлар борлиги аниқланди: кон-вергенция сустлиги, нистагм, лаб-бурун бурмаси текисланиши, рефлексларнинг фарқланиши  $D \leq S$ , ноаниқ патологик рефлекслар, юриш фаолиятининг бузилиши, дизартрия. Бруциллёзли энцефалопатияларда эса сабабсиз депрессия ҳолатлари қузатилди. 1-гурухдаги беморларда интракраниал қон айланиши УТ текшируви ўтказилганда ўрта базал вена ўрта сегментида ва тўғри синусда ўртача ЛСК-ДЭ билан хасталанган беморларда сезиларли юқори кўрсаткичлар аниқланди. 2-гурухдаги беморларда эса бош миядан веноз қон оқими бузилиши белгилари қузатилди. МРТ-да ДЭ да ташқи (субарахноидал бўшлиқлар кенгайиши) ва ички (қоринчалар системаси кенгайиши) гидроцефалия белгилари, бош мия атрофияси ва лейкоареоз аниқланди. 2-гурух беморларида эса перифокал реактив шишлар қузатилди, бруцеллёз гуммаларида контраст модда йиғилиши натижасида гематоэнцефалик барьерда ўзгаришлар борлиги аниқланди. Хулоса. Ўтказилган текширишлар натижасида бруцеллёзли энцефалопатияси бор беморларда кўпроқ эмоционал ва инсомник ўзгаришлар қузатилади. Улар сабабсиз депрессия ва қўрқув –ваҳима ҳисси кўринишида бўлади. Интракраниал веноз қон айланиши УТТ текширишда бош мияда веноз қон айланиши бузилиши қузатилади. УТТда-перифокал реактив шиш аниқланади. Гематоэнцефалик барьердаги ўзгаришлар эса, бруцеллёз гуммаларида контраст моддалар йиғилиши натижасида аниқланди.

## ЛЯМБЛИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДАН ГЕМОЛИТИК ИЧАК ТАЁҚЧАЛАРИНИНГ АЖРАЛИШИ ВА УЛАРНИНГ АНТИБИОТИКЛАРГА СЕЗГИРЛИГИ

Шайкулов Ҳ.Ш., Одилова Г.М., Юсупов М. И.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Текширув материаллари ва услублари. “Лямблиоз” ташхиси тасдиқланган ва Ю. Ю. Елисеева (2004) таснифига кўра 4 та клиник гуруҳдаги: ичак, ичакдан ташқари, гепатобилиар, аралаш шаклилар билан касалланган 134 нафар болаларнинг ахлатидан ажратилган 286 штамм, ҳамда 30 нафар соғлом болалардан ажратилган 96 штамдаги ичак таёқчалари урганилди. Ичак таёқчаларининг гемолитик фаоллиги 5% ли қонли агарда, нўқта усулида экиб, 37° С ҳароратда уч сутка мобойинида аниқланди. Ажратилган штаммларнинг ампициллин (Amp), цефазолин (Czn), цефепразон (Crg), цефуроксим натрия (Cuf), цефтазидим (Ctz), стрептомицин (Str), гентамицин (Gm), канамицин (Km), тетрациклин (Te), хлорамфеникол (Cl), ципрофлоксацин (Cip), налидиксовая кислота (NA), ко – тримоксазол (Sxt) каби антибиотикларга муносабати диск – диффуз ва кетма-кет суюлтириш усулларида 2 – 10 кун давомида аниқланди. Олинган натижалар NCCLS стандарти ва МУК 4.2.1890 – 04 услубий кўрсатмасига мувофиқ баҳоланди. Олинган натижалар. 134 нафар лямблиоз билан касалланган ва клиник гуруҳи бўйича ичак шаклидаги 47 нафар боладан 41 нафари (87,2%)дан – 32 штам; ичакдан ташқари шаклидаги 37 нафар боланинг 34 нафари (91,9%)дан – 24 штам; гепатобилиар шаклидаги 29 нафар боланинг 27 нафари (93,1%)дан 18 штам ва аралаш шакли 21 нафар боланинг 18 нафари (85,7%)дан – 17 штам, жами текширилган 286 штамдан 91(31,8%) штамдаги гемолитик ичак таёқчалари ажратилди. Назорат гуруҳидаги 30 нафар боланинг (96 штаמידан) 7 нафари (26%)дан (25 штамдаги) гемолитик ичак таёқчалари

ажратилди. Лямблиоз билан касалланган болалардан ажратилган 91 штамдаги ва соғлом болалардан ажратилган 25 штамдаги гемолитик ичак таёқчаларининг антибиотикларга қуйидагича сезгирлиги аниқланди: Amp – 53%; Czn – 74%; Cpr – 79; Cug – 64%; Ctz – 83%; Str – 51%; Gm – 67%; Km – 62%; Te – 81%; Cl – 77%; Cip – 87%; NA – 76%; Sxt – 85%. Хулоса. Шундай қилиб, лямблиоз касаллигининг ичақдан ташқари клиник шакли билан касалланган болалардан гемолитик ичак таёқчалари кўп (91,9%) ажралиши, қолган клиник шакилларида нисбатан кам, аммо куплаб (90%) лактозаманфий ичак таёқчаларининг ажралиши аниқланди. Ажратилган гемолитик ичак таёқчалари штаммларнинг ципрофлоксацин, ко – тримоксазол, цефтазидим каби антибиотикларга нисбатан сезгирлиги аниқланди.

### БОЛАЛАРДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ

Шеркузиев Г.Ф., Курбанова Ш.И.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ушбу илмий ишнинг мақсади болаларнинг паразитар касалликлар, хусусан острица, лямблилар, аскаридоз ва теннидлар билан касалланиш ҳолатини баҳолаш ҳисобланади. Инсониятда учрайдиган касалликлар ўртасида энг кўп тарқалгани гельминтозлар ҳисобланади. Бутун дунё Соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотларига кўра Осиё, Африка ва Лотин Америка давлатларининг 90% аҳолиси ушбу кассаликка чалинган. Олдимишга қўйилган мақсадга эришиш учун биз “Республикаимизда паразитар касалликлар профилактикаси бўйича чора тадбирлар такомиллаштириш тўғрисида” ги Ўзбекистон Республикаси ССВнинг 25.03.2005 йилдаги № 121, Ўзбекистон Республикаси Давлат Эпидемиологик назорати марказларида ўтказиладиган лаборатория текширишлар номенклатуралари тасдиқлаш тўғрисида” ги №34 буйруқ ва УҚ №012-3/0134 “Гельминтозлар ва протозоозларнинг лаборатория диагностикасида паразитологик усуллар” услубий қўлланмасидан фойдаландик. Юқоридагилар билан бирга текшириш объекти сифатида Яшнобод туманидаги ташкиллаштирилган болалар муассасалари тарбияланувчиларини олдик ва 2015-2017 йиллар динамикасида уларда тарқалган касалликка чалиниш ҳолатларини текширдик ва қуйидаги натижалар олинди. 2015 йил умумий текширилган аҳоли сони 24970 бўлиб, улардан 7546 та (30%) болалар муассасалари тарбияланувчилари 15532 (62,2%) таси эса мактаб ўқувчилари ҳисобланади. Қолганлари эса бемор билан мулоқотда бўлганлар. Умумий острица гельминти билан мусбат (+) натижа берган лаборатория таҳлиллар сони- 345 та бўлиб, улардан 140 (1,8%)таси мактабгача болалар муассасаси тарбияланувчилари, 205 (1,3%) таси эса мактаб ўқувчилари ҳисобланади. Копрологик текшириш усулида эса қуйидаги натижалар олинди: умумий текширилган аҳоли- 1349, улардан 551 (40.8%) таси мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчилари, 798 таси (59.1%) таси мактаб ўқувчилари. Мактабгача тарбия муассасалари тарбияланувчиларида 11 (1.9%)та, мактаб ўқувчиларида эса 13 (1.6%) “мусбат” (+) натижа берди. 2016 йилги текширишлар бўйича қуйидаги натижалар олинди: умумий текширилган сони 19421, улардан: 9272 таси мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчилари, 8500 таси (43.7%) таси мактаб ўқувчилари. Улардан 138 (1.4%) та мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчиларида ва 181 (2.1 %) та мактаб ўқувчиларида “мусбат” (+) натижалар олинди. Копрологик усул билан текширилганда эса умумий текширилганлар сони- 1238, улардан 574 (46,3%)таси мактабгача таълим муассасалари тарбияланувчилари, 664 таси (53.6%) таси мактаб ўқувчилари бўлиб, улардан ҳар иккала муассасада 7 тадан “мусбат” натижалар 1.2% МТМ ва 1,0% мактаб ўқувчиларини ташкил этди. 2017 йилда қуйидаги натижалар олинди: умумий текширилганлар сони 16938 тани ташкил этиб, улардан 7115 (42,0%) таси МТМ, 6369 (37,6%) таси мактаб ўқувчилари, қолганлари эса беморлар билан мулоқотда бўлганлар ва бошқалар ҳисобланади. Текширилган болалардан 120 (1,6%)тасида МТМ тарбияланувчилари ва 137 (2,1%) мактаб ўқувчиларида “мусбат” (+) натижалар олинди. Копрологик текшириш усулида эса 1169 текширилганларнинг 297 (25,1%)та МТМ тарбияланувчилари, 812 (74.5%) мактаб ўқувчилари ҳисобланади. МТМ тарбияланувчиларидан 13 (4,3%)та, мактаб ўқувчиларидан эса 9 та (1,0%) “мусбат” (+) натижалар олинди. Юқорида олинган текшириш натижаларидан шуни хулоса қилиш мумкин, болалар ўртасида острицага боғлиқ гельминтологик касалланиш (энтеробиоз) ҳолатини камайитиришда шахсий гигиенада қатъий риоя қилиш муҳим аҳамият касб этади. Шу билан бир қаторда аҳоли ўртасида тиббий маданиятни ўстириш ва гигиеник чора- тадбирларни қўллаш мақсадга мувофиқ саналади.

### АТРОФ МУҲИТ ОМИЛЛАРИНИНГ САНИТАР- ПАРАЗИТОЛОГИК ҲОЛАТИ

Шеркузиева Г.Ф., Курбанова Ш.И.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Ҳозирги илмий – техника тараққиёти даврида ҳаётнинг турли соҳаларида кимё саноати маҳсулотлари ва турли микроорганизмларга асосланган препаратлардан фойдаланиш кенг қўлланмоқда. Ўзбекистоннинг серқуёш табиати ва ўзига ҳос иқлим шароитлари қишлоқ хўжалик маҳсулотларини етиштириш ва ҳосилдорликни ривожлантириш учун қулайлик яратиш билан бирга қишлоқ хўжалик экинларига зарар етказувчи ҳар хил ҳашаротлар ва замбуруғли касалликларнинг кўпайишига ҳам имкон беради, катта меҳнатлар эвазига етиштириладиган қишлоқ хўжалик экинларига ҳар хил каналар, бактериялар, замбуруғлар, вируслар, гельминтлар ва бошқа бир қатор заракуналлар

жуда катта зарар етказиш қобилиятига эга. Жаҳоннинг кўпчилиги мамлакатларида халқ бошига очарчилик ва вайроғарчиликларни келтирадиган оғир офатларнинг сабақларидан бири ўсимлик зараркундалари ва турли бактериялар табиатга эга касалликлардир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг берган маълумотларига қараганда, дунё бўйича қишлоқ хўжалигига ҳар турдаги зараркундалар етказётган зарар ҳар йили 75 млрд долларга ошади. Бактериялар ифлосланишлар ташқи муҳит омиллари, хусусан тупроқ, сув ва бошқаларни ҳам турли даражада ифлослантириб, аҳоли саломатлигига ва санитария турмуш тарзига салбий таъсир кўрсатади ва бунинг натижасида паразитар касалликларнинг кўпайишига сабаб бўлади. Шу сабабли биз ташқи муҳит омилларини: тупроқ, сув ва озиқ-овқат маҳсулотларини йиллар динамикасида санитар паразитологик текшириш олиб бордик. Бунда Ўзбекистон Республикасида яратилган кучли қонунчилик ҳужжатларидан фойдаландик. Хусусан ЎзРес ССВ “Республикада паразитар касалликлар профилактикаси бўйича чора-тадбирларни такомиллаштириш тўғрисида” ги 25.03.2015 йилдаги №121 буйруқ, “Ўз Республика санитар эпид. назорат маркази лабораторияларида ўтказилган текширишлар номенклатурасини тасдиқлаш тўғрисида” ги буйруқ ҳамда мева-сабзавот, мева-чева ва ўсимлик маҳсулотларини санитар- паразитологик текширишлар бўйича услубий қўлланмадан фойдаландик. Текшириш объекти сифатида Яшнобод туманидаги тупроқ ва сув муҳитлари ҳамда сабзавотлар олинди. 2015-2017 йиллар динамикасида қўйидаги натижалар олинди. 2015 йилда умумий намуналар сони- 2440 бўлиб, 40 та болалар муассасаларидан олинди, шулардан 6 та (0,13%) намуна гигиеник талабга жавоб бермайди. 2016- йил умумий намуналар сони 1470 та бўлиб, 32 та болалар муассасасидан олинган, улардан- 4 та (0,27%), 2017- йилда олинган намуналар- 1670, улардан 6 та (0,35%) гигиеник талабларга жавоб бермайди. Гигиеник талабларга жавоб бермайдиган жойларда соғломлаштириш чора-тадбирлари ўтказилгандан сўнг олинган барча намуналар гигиеник талабларга жавоб берди, бу эса соғломлаштирувчи чора-тадбирларнинг катта самарасига эга эканлигини кўрсатди ва атроф муҳитнинг санитар паразитологик ифлосланишини олдини олиш ва аҳоли ўртасида унга боғлиқ касаллиш камайишига олиб келди.

## ЭПИДЕМИК ПАРОТИТНИНГ ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Шермухамедов Т.Т.

*Тошкент тиббиёт академияси*

Мавзунинг долзарблиги. Ҳозирги кунга келиб юқумли касалликларга қарши иммунопрофилактика тадбирларининг фаол олиб борилишига қарамасдан болалар ўртасида айрим юқумли касалликларнинг ўсиши кузатилмоқда. Сўнгги йилларда Ўзбекистонда эпидемик паротит инфекциясининг 2015 йилга нисбатан (777 ҳолат), 2016 йилда (1617 ҳолат) 2,1 баробарга ортганлиги аниқланди. Тадқиқотнинг мақсади. Эпидемик паротит инфекциясининг замонавий босқичларида клиник кечиш хусусиятларини ўрганиш. Тадқиқотнинг материаллари ва услублари. Текширув 2016-2017 йиллар мобайнида 1-шаҳар юқумли касалликлар клиник шифохонасида эпидемик паротит ташҳиси билан касалланган 50 нафар 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган беморларда ўтказилди. Эпидемик паротит ташҳиси эпидемиологик маълумотлар, клиник белгилар асосида қўйилиб, серологик жуфт зардобларда антитаналар титрини аниқлаш йўли орқали тасдиқланди. Тадқиқот натижалари. Эпидемик паротит инфекцияси билан касалланган болаларни ёш бўйича қўйидагича тақсимланди 1-3 ёшдаги болалар 3 нафарни (6%), 3-5 ёшдаги болалар 5 нафарни (10%), 5-7 ёшдаги болалар 16 нафарни (32%), 7-14 ёшдагилар 19 нафарни (36%) ва 14-18 ёшдагилар 7 нафарни (14%) ташкил этди. Улардан 18 нафарини (36%) қиз болалар ва 32 нафарини (64%) ўғил болалардан иборат. Эпидемиологик маълумотларга асосан текширувдаги 50 нафар бемордан 38 нафари (76%) эпидемик паротит билан касалланган беморлар билан мулоқотда бўлганлиги, қолган 12 нафар (24%) беморлар мулоқотни инкор этганлиги аниқланди. Эпидемик паротит инфекциясига қарши эмланганлик даражасига кўра 2 марта эмланганлар 8 нафарни (16%), 1 марта эмланганлар 18 нафарни (36%), эмланганлик ҳақида маълумотга эга бўлмаганлар 12 нафарни (24%), ташкил этди. 8 нафар (16%) бемор бола айрим сабабларга асосан умуман эмланмаганлиги аниқланди. Касалхонага мурожаат этган беморларда касаллик асосан клиник типик шаклларда кечганлиги аниқланди. Улардан безли шакли – 43 нафар беморда (86%), асаб шакли – алоҳида марказий асаб тизимининг шикастланиши – 2 нафар (4%), ҳамда 5 нафар беморда (10%) эпидемик паротит инфекцияси комбинирланган, яъни марказий асаб тизимининг ва безли аъзоларнинг шикастланиши билан кечиши аниқланди. 43 нафар касалликнинг безли шакли билан касалланган беморларнинг 17 нафариди (39.5%) қулоқ олди сўлак безининг бир томонлама (чап ёки ўнг томонлама паротит), ҳамда 26 нафариди (60.5%) қулоқ олди сўлак безининг 2 томонлама зарарланиши бошқа безли аъзолар (субмаксиллит, сублингвит, панкреатит, орхит) шикастланиши билан бирга кечганлиги аниқланди. Эпидемик паротит инфекциясининг фақатгина асаб шакли касалланган 2 нафар беморда касаллик сероз менингит кўриниши намойён бўлди. Касалликнинг комбинирланган, асаб+безли шакллари билан касалланган беморларнинг барчасида (5 нафари) қулоқ олди сўлак безининг 2 томонлама шикастланиши ва сероз менингит белгилари кузатилган. Ушбу гуруҳдаги беморларда субмаксиллит, панкреатит ва орхит белгилари 20%дан ҳолатларда учраганлиги аниқланди. Шундай қилиб, эпидемик паротит инфекцияси замонавий шароитларда 5-7 ёшда (32%) ва 7-14 ёшдаги (36%) ўғил болаларда (64%), асосан тўлиқ эмланмаганлар (84%) орасида учради. Бунда эпидемик паротит

инфекциясининг безли шакли комбинирланган (асаб-безли) шаклига нисбатан 8.6 баробар кўпроқ ҳолларда (86%; 10% мос равишда) аниқланди. Касалликнинг безли шакли 60.5% ҳолларда қулоқ олди сўлак безининг 2 томонлама зарарланиши бошқа безли аъзолар (субмаксиллит, сублингвит, панкреатит, орхит) шикастланиши билан бирга кечганлиги аниқланди.

### САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ

Шодиева Д.А., Жумаева Н.С., Узакова Г.З.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Охирги йилларда дунё бўйича гепатит С касаллигининг ноқулай эпидемиологик ҳолати юзага келган бўлиб, ушбу инфекция билан касалланиш кўрсаткичининг сезиларли даражада ўсиши ижтимоий- иқтисодий ва муҳим тиббий муаммо ҳисобланмоқда. Вирусли гепатит С билан касалланиш ҳолати ҳақидаги маълумотларни йиғиш, унинг эпидемиологик аспектларини ўрганиш бу касаллик билан кураш ва олдини олиш бўйича профилактик чора тадбирларни ишлаб чиқишда муҳим қадам ҳисобланади. Тадқиқот мақсади. 2012-2017 йилларда бўлган даврда Самарқанд вилояти бўйича вирусли гепатит С касаллигининг эпидемиологик аспектларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Иш жараёнида эпидемиологик текширув усулларида тасвирий баҳолаш қўлланилди. Шунингдек, Самарқанд давлат санитария эпидемиология маркази маълумотларидан фойдаланилди. Тадқиқот муҳокамаси: бизнинг кузатувимизда Самарқанд вилояти бўйича биринчи марта “Вирусли гепатит С” касаллиги ташхиси билан рўйхатга олинган беморлар кузатув остига олинди, шу аҳоли истиқомат қилаётган манзиллар, яъни касаллик ўчоғи ўрганилди. **Сўровнома орқали тўпланган** маълумотлар статистик қайта ишланди. Тадқиқотда асосан Самарқанд вилоят юқумли касалликлар клиник шифохонасига 2015-2017 йилларда мурожаат этган беморларда ўтказилган кузатув натижалари асос қилиб олинган. Йиллар бўйича Вирусли гепатит С касаллиги билан касалланиш ҳолатини таҳлил этганимизда, касаллик шаклига кўра, “Вирусли гепатит С” ташхиси билан биринчи марта рўйхатга олинган беморлар сонининг камайиб борганлигини, сурункали вирусли гепатит С касаллиги билан касалланиш ҳолати пасайиш тенденциясига эга эмаслиги аниқлаш мумкин. Беморларнинг манзилгоҳлари таҳлил этилганда қуйидагилар маълум бўлди. Беморларнинг асосий қисмини Самарқанд шаҳридан (46 %) ва туманларидан келган беморлар ташкил этди. Касаллик 26-50 ёш орасида бўлган беморларда кўп учраган – 90%. Беморларнинг ўртача ёши – 25-40 ёшни ташкил қилди. Кузатувдаги беморлар жинсини таҳлил этганимизда ВГС инфекцияси асосан эркакларда учраганлиги аниқланилди (74 %). Беморларнинг эпидемиологик анамнези таҳлил қилинганда қуйидагилар маълум бўлди: 30,5 % беморларнинг охирги йилларда хорихда ишлаб келганлиги, 23,2 % беморларнинг инъекцион муолажаларни қабул қилганлиги, 19,4 % беморлар бошидан тиббий муолажаларни ўтказганлиги, 15,8 % беморларга қон қуйилганлиги, 11,1 % беморларда юқиш йўли аниқланилмади. Инъекцион муолажаларни беморларнинг аксарият қисми қабул қилган бўлиб, уларнинг манзиллари Самарқанд шаҳридан эканлиги аниқланилди. ВГС касаллиги узатилиш механизмини йиллар бўйича таҳлил этганимизда қуйидагилар аниқланилди: 1. Бизнинг кузатувимизда ВГС касаллигининг онадан болага узатилиши, яъни вертикал узатилиш механизми қайд этилмади. Адабиётларда ҳам ВГС касаллигининг вертикал ўтиш йўли жуда паст бўлиб, 1–5% ни ташкил этади. 2. Парентерал узатилиш механизми орқали касалликнинг узатилиши охирги йилларда сезиларли равишда камайган. Бу ҳолат тиббий муассасаларда стерилизация ва дезинфекция ишлари йўлга қўйилганлиги, бир марталик ишлатиладиган стерил асбоблар ва шприцлар қўлланилиши билан боғлиқ. 3. Шунга қарамасдан, охирги йилларда инъекцион гиёҳвандлик ва жинсий йўл орқали билан касалликнинг узатилиш сони ортган. Бу ҳолат аҳоли орасида етарлича санитар оқартирув ишлари олиб борилмаётганлигини билдиради. Шу мақсадда, беморлар орасида ўтказилган сўровнома натижаларига кўра қуйидагилар аниқланилди: \*Беморлардан 15,7 % ушбу касаллик ҳақида биров бўлса-да, маълумотга эга; \*Беморларнинг 12,9 % бу касалликнинг юқиш йўллари ҳақида билишади; \*Беморларнинг 9,8 % бу касалликнинг олдини олиш бўйича бирон бир маълумотга эга эмас; \*Қолган беморлар бу касаллик ҳақида бирон бир маълумотга эга эмас. ВГС инфекцияси касаллигига чалинган беморларнинг касб-корларини таҳлил қилганимизда, беморларнинг асосий қисмини вақтинча ишсизлар ташкил қилиши аниқланилди. Бундан ташқари, вақтинча ишсизларнинг 12,9 % маълум сабабларга кўра қамалганлар ташкил этиши аниқланилди. Беморларнинг 31,7 қисмини тиббиёт ва лаборатория соҳасида ишлаганлар ташкил этиши маълум бўлди. Охирги йилларда ўткир вирусли гепатит С касаллигининг учраш тезлиги пасайганлиги аниқланилди. Бироқ сурункали вирусли гепатит С касаллиги билан касалланиш сони пасайиш тенденциясига эга эмас. Хулоса. Вирусли гепатит С билан касалланиш асосан катталар орасида, яъни 18 ёшдан катталар орасида кўпроқ учраши аниқланилди. Охирги 5 йил ичида Ўзбекистон республикасида вирусли гепатит С касаллиги ўткир шакли билан беморларнинг рўйхатга олиниши пасайиш тенденциясига эга. Бундан ташқари, давлатдаги эпидемиологик вазиятни эътиборга олган ҳолда аҳоли орасида санитар оқартирув ишлари олиб бориш ва олиб борилаётган чора тадбирларни тўғри баҳолаш олиш лозим.

**БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА БАКТЕРИАЛ ЭТИОЛОГИЯЛИ  
ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА БИОПРЕПАРАТЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ**

Шодиева Д.А., Жумаева Н.С., Одилова Г.М.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Мавзу долзарблиги. Охириги йилларда клиницистлар бактериал этиологияли ўткир ичак инфекцияларини даволашда ичак биоценозини сақлашда яхши ёрдам берувчи биопрепаратларга касалликнинг илк кунларидан эътибор қаратишмоқда. Тадқиқот мақсади. Бир ёшгача бўлган болаларда бактериал этиологияли ўткир ичак инфекцияларида биопрепаратларни қўллаш самарадорлигини аниқлашдан иборат. Текширув усуллари ва материаллари. Шу мақсадда кузатув остига 2015-2017 йилларда Самарқанд вилоят Юқумли касалликлар клиник шифохонасида “Ўткир ичак инфекцияси” ташхиси билан мурожаат этган бир ёшгача бўлган 30 бемор кузатув остига олинди. Тадқиқот муҳокамаси. Беморларнинг 67,3 % 6 ойликкача бўлган болалар, 32,7% 6 ойликдан катталар ташкил этади. Беморлар шифохонага асосан (83,3%) касалликнинг биринчи кунлари мурожаат этишган, 11,7% ҳолатда эса касалликнинг 3-куни келишган. Барча беморларда касаллик ўткир, 41,7% ҳолатда тана ҳароратининг 37,2- 38,0 С гача, 45% ҳолатда 38,1-39,0 С гача, 13,3% ҳолатда бундан ҳам баландроқ кўтарилиши аниқланилган. Ичининг суюқ ҳолда патологик аралашмалар билан ўтиши 3-5 мартагача 28,3% беморларда, 6-12 мартагача 50% беморларда, суткасига 15 марта ва ундан зиёд ўтиши 21,7% беморларда кузатилган. Шулардан 26,7% беморларда ахлатда қон ва қон лахталари аниқланилган. 39,4% беморларда 3-5 мартагача қусиш, 60,6% ҳолда 10-12 мартагача қусиш, 39,4% беморларда қоринда оғриқ, ёки чап ёнбош соҳада оғриқ, 41,7% беморларда метеоризм белгилари аниқланилди. Беморларнинг ахлати бактериологик текширилганда 35,6 % ҳолатда қўзғатувчи аниқланилди. Асосий гуруҳда ЎИИ билан касалланган беморларда сальмонелла (12,3%), стафилококк (14,5%), шигелла (19,5%), 25,6 % ҳолатда шартли патоген флора ташкил этди (клебсиелла, энтеробактер ва протей), 28,1 % касаллик қўзғатувчиси аниқланилмади. Айрим турли ассоциацияли микроблар ташкил этди (протей+клебсиелла, протей+тилларанг стафилококк). Иккала гуруҳда ҳам ошқозон ичак тизими локал шикастланиши бир хил миқдорда учради (50%). Аксарият беморларда касалликнинг (91,7%) гастроэнтероколит типда кечиши аниқланилди. Назорат гуруҳида эса қўзғатувчилардан стафилококк (16,9%), шигелла (13,4%), салмонелла (15,6%) шартли патоген флорадан клебсиелла (7,6%), протей (5,9%), цитробактер (5,8%), энтеробактер (4,8%). 30% ҳолда касаллик қўзғатувчиси топилмади. Кўпчилик ҳолларда биопрепаратлар ЎИИ касаллигида реконвалесценция давридан бошлаб буюрилади. Бизнинг кузатувимизда этиотроп терапия самарадорлигини аниқлаш учун беморлар икки гуруҳга бўлиниб ўрганилди: (ҳар бир гуруҳда 15 кишидан мавжуд); 1-гуруҳ асосий гуруҳ ҳисобланиб, касалликнинг 1-кунидан бошлаб патогенетик терапия таркибида *saccharomyces boulardii* сақловчи пробиотик *per os* ёшига мос дозаларда 5-7 кунлик курс билан берилди. 2-гуруҳ назорат гуруҳи ҳисобланиб, биопрепаратлар касалликнинг 3-кунидан муолажага киритилди. Шунингдек, барча беморларга умумий базис терапия буюрилди: рационал диета, орал регидратация, антибиотиклар (гентамицин ёки амикацин, айрим ҳолларда цефалоспоринлар гуруҳи) 5-7 кунлик курс билан, фермент препаратлар, адсорбентлар ва симптоматик воситалар (иситма туширувчи ёки қусишга қарши воситалар). Кузатув давомида пробиотик биринчи кундан буюрилган асосий гуруҳда - ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, иситма касалликнинг 2-3 кунлари назорат гуруҳига нисбатан тезроқ бартараф бўлди. Асосий гуруҳда даво муолажалари бошланганининг 2-куни 43,3% ҳолатда диарея симптомлари тўлиқ бартараф этилди, 80% ҳолда иштаҳа тикланди, 83,3% ҳолатда тана ҳарорати меъёрлашди. Назорат гуруҳида бу симптомларнинг бартараф этиши 66,7% ҳолда кузатилди. Даво муолажаларининг 3-куни иккала гуруҳда ҳам тана ҳарорати меъёрлашуви, иштаҳанинг тикланиши юз берган бўлса-да, иккала гуруҳдаги беморларнинг умумий аҳволи қуйидагича баҳоланди: назорат гуруҳида 46,7% ҳолда ўрта оғир дея баҳоланди, асосий гуруҳдагиларнинг 13,3% беморлар умумий аҳволи ўрта оғир дея баҳоланди. Асосий гуруҳда даво муолажаларининг 2 кун қусиш ва оғриқ синдроми тезроқ бартараф бўлди (91,6%). Айнан шу белгилар назорат гуруҳида 73,7% ҳолда бартараф бўлди. Даво муолажаларининг 3 кун асосий гуруҳдагиларда метеоризм белгилари 66,7% ҳолда бартараф бўлди. Муолажанинг 4-куни барча беморларда бартараф бўлди. Назорат гуруҳида биопрепаратлар муолажанинг 3-4 кунлари қўшилганлиги боис, бу ҳолат 7 кунгача чўзилди. 13,4 % ҳолда касалликнинг 8 кун бартараф бўлди. Асосий гуруҳда муолажанинг 3-куни 46,7% беморларда ахлат шаклининг меъёрлашуви, 5-куни эса барча беморларда (90%) бартараф бўлди. Назорат гуруҳида эса муолажанинг 5 кун 56,7% беморларда ахлатнинг меъёрлашуви кузатилди. Шу тариқа, муолажанинг 5 кун асосий гуруҳдагиларнинг 90 % клиник соғайиш кузатилди. Назорат гуруҳида эса 56,7% беморларда аниқланилди. Хулоса. Бир ёшгача бўлган болаларда бактериал этиологияли ЎИИ да касалликнинг биринчи кунидан муолажага пробиотикнинг киритилиши ошқозон ичак трактидаги функционал ўзгаришларнинг тезда бартараф бўлишига олиб келади. Анъанавий усулда даво муолажаларини қабул қилаётган назорат гуруҳида эса бундай ўзгаришлар муолажанинг 7-8 кунлари аниқланади. Шу боис, ЎИИ да пробиотиклар касалликнинг реконвалесценция даврида эмас, балки касалликнинг биринчи куниданоқ киритилиши дисбиоз белгиларини тезда бартараф қилади.

**ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ ФАРҒОНА ТУМАНИДА КАНАЛИ ҚАЙТАЛАМА ТИФ КАСАЛЛИГИНИ**

**КАМАЙТИРИШ БУЙИЧА ЎТКАЗИЛГАН ЧОРА ТАДБИРЛАР**

Шокиров М. К. Махмудов А.Х. Мухидинова Ш.Б. Шеркулова Г.С.

*Фарғона вилоят давлат санитария эпидемиология назорат маркази,*

*Тошкент тиббиёт академияси Фарғона филиали*

Канали қайталама тиф касаллиги Ўзбекистонда тоғ ва тоғолди туманларида тарқалган бўлиб, асосий тарқатувчиси *Ornithodoros papillipes* (O.p.) каналари ҳисобланади. Ҳозирги даврда касаллик асосан Фарғона водийсининг Фарғона (96%) ва Наманган (4%) туманларида қайд этилмоқда. Фарғона вилояти канали қайталама тиф (ККТ) ёки Боррелиоз касаллиги буйича эндемик зона ҳисобланади ва бир неча йиллардан буён қайд этилади. Вилоятимизда ККТ касаллигини тарқатувчи маҳаллий учоқдаги Орнитадорис папиллепис ва табиий учоқдаги Алекторобус толозани каналари шаҳар ва туманларимизда кенг тарқалган. Ўтган 2017 йилда вилоятимизда 62 нафар ККТ касаллиги қайд этилди. Улардан 20 нафари 14 ёшгача бўлган болалардир ёки жами касалланишни 32,2 % ни ташкил этади. Интенсив курсаткич 1,7 ни ташкил этади. Фарғона туман Фарғона водийсининг жанубий ғарбий қисмида жойлашган бўлиб тоғ, тоғ олди ва адирлардан иборат майдони 6.11 минг кв. км ташкил этади. Маъмурий ҳудудий бўлиниши қуйдагича: 72 та қишлоқ аҳоли пунктларидан иборат. Туманда 2018 йил 1 январь ҳолатига 213.6 минг нафар аҳоли истиқомат қилиб шундан 53.472 нафари 14 ёшгача 4.234 нафари 1 ёшгача бўлган болалар, 102.3 нафари эркаклар 99.1 нафари аёллардир. Аҳоли зичлиги 1 км га 329.6 нафар кишини ташкил этади. 1980-йилдан 2017-йилгача 1025 та қайталама кана терламаси касаллиги қайд этилган. Аниқланган касб касалликлари буйича энг кўп мактаб ўқувчилари (252 нафар) ва кишлоқ хужалик ишчилари (200 нафар) касалланган. Ёшлари буйича таҳлил қилинганда 25-30 ёшгача (250 нафар) ва 31-50 ёшгача (159 нафар) бўлган аҳоли касалланган. Касаллик сон чўққиси, Май, Июл, Август ойига тўғри келади. Касалликни олдини олиш учун канага қарши дорилаш ва режали текшириш ишлари мунтазам равишда олиб борилади. 1980 йилдан 1988 йилгача дориланган майдон 554.635 кв м дорилаш ишлари узоқ қолдиқли таъсир этувчи 6% Г.Х.Ц.Г Хлорорганик инсектициди билан ҳар бир м<sup>2</sup> 45-50 гр миқдорда олиб борилади. 1999 йилдан 2017 йилгача канага қарши дорилаш ишлари 772.784 м<sup>2</sup> майдонда олиб борилган. Дорилаш ишлари фосфорорганик препаратлар, Карбофос 100 м<sup>2</sup> га 6 гр. Акаридецис 100 м<sup>2</sup> га 20 гр миқдорда. Пиретроидлар: Циперметрин, Цитрин 100 м<sup>2</sup> га 5 гр, Далате, Элнур "Д", Ламдок, Циклор 100 м<sup>2</sup> га 10 гр ҳисобида ишлатилди. Канага қарши дорилаш ишлари ҳар бир кишлоқда ва касаллик ўчоғида 3 йил кетма кет олиб борилган. Ишлатилган дорини таъсирини, ҳамда каналарни ўша жойларда қай даражада камайганлигини аниқлаш мақсадида канага режали текширишлар олиб борилди. 1980 йилда 14 та қишлоқда олиб борилган, 2016 йилда 8 та қишлоқда олиб борилган, 2017 йилда 7 та қишлоқда олиб борилган. 1980 йилдан 2017 йилгача жами 95 та қишлоқда ва касаллик ўчоқларида канали қайталама тиф касаллигини тарқатувчи каналарга қарши дезинсеция ишлари ўтказилди. 1980 йилдан 2017 йилгача кана билан зарарланган энг юқори фоиз 73, 56.9, 52.2, 48.3, 44.6, 40, 38 % ни ташкил қилган бўлса инсектицидлар билан ишлов бериш натижасида бу кўрсаткич 10, 9, 5, 2, 1 % гача камайган. қайталама кана терламаси касаллигини олдини олиш борасида канага режали текширилган касаллик чиққан қишлоқларда оммавий дорилаш натижасида, аниқланган касаллик 72 тадан охириги йилларда 3-4 тагача қайд этилган бундан қуриб турибдики каналарга қарши олиб борилган узоқ йиллар дорилашлар ўз натижасини бермоқда. Хулоса. Фарғона туманида кўп йиллик канали қайталама тиф касаллигига қарши ўтказилган комплекс чора тадбирлар натижасида аҳолини канали қайталама тиф касаллиги билан касалланиши ва касаллик тарқатувчи *Ornithodoros papillipes* каналарининг кескин камайишига эришилди.

**ОСТЕОМИЕЛИТЛАР ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИ МИКРОБ МАНЗАРАСИНИНГ**

**ДИНАМИКАДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИГА ТАЪРИФ**

Эргашев В.А.

*ЎзР ССВ Санитария, гигиена ва касб касалликлари ИТИ*

Мақсад остеомиелитлар кузатилган болалар ва катта ёшлилар биологик намуналаридан унган қўзғатувчилар манзарасини касаллик кечиш динамикасида ўрганиш. Материал ва усуллар. Барча микробиологик тадқиқотлар оператив аралашувгача, ундан 1, 3, 7, 14 кун ўтгач ўтказилди. Ўткир остеомиелит кузатилган 9 нафар бола, 14 нафар катта ёшли, сурункали остеомиелит кузатилган 17 нафар бола, 28 нафар катта ёшли беморлар натижалари таҳлил қилинди. Бактериологик тадқиқотлар ва улар натижаларини статистик ишлаш анъанавий усулларда олиб борилди. Олинган натижалар. Ўткир остеомиелит кузатилган болалар ва катта ёшлиларда динамикада ўрганилган қўзғатувчилар униши кам миқдорда кузатилди. Униш динамикаси болаларда қуйидагича бўлди - оператив аралашувгача 100%, 1 кун ўтгач униш йўқ, 3 кун ўтгач 11,1±10,5%, 7 кун ўтгач 11,1±10,5%, 14 кун ўтгач униш йўқ. Катта ёшлиларда ҳам шунга ўхшаш натижа кузатилди - оператив аралашувгача 100%, 1 кун ўтгач униш йўқ, 3 кун ўтгач 7,1±6,8%, 7 кун ўтгач 14,3±9,3%, 14 кун ўтгач униш йўқ. Сурункали остеомиелит кузатилган болалар ҳамда катта ёшлиларда динамикада қўзғатувчилар

униш фоизи ўткир кўринишга нисбатан ишонarli юқори бўлди ( $P < 0,001$ ). Униш динамикаси болаларда қуйидаги кетма кетликда учради - оператив аралашувгача 100%, 1 кун ўтгач униш йўқ, 3 кун ўтгач  $58,8 \pm 11,9\%$ , 7 кун ўтгач  $64,7 \pm 11,6\%$ , 14 кун ўтгач  $88,2 \pm 7,8\%$  униш. Катта ёшлиларда мос равишда 100%;  $14,3 \pm 6,6\%$ ,  $71,4 \pm 8,5\%$ ,  $82,1 \pm 7,2\%$ , 100%. Сурункали остеомиелитда динамикада аниқланиш фоизлари ошиб борганлиги, кузатув даври охирига келиб (14-кун), аниқланиш кўрсаткичларининг энг баланд чўққига чиққанига гувоҳ бўлдик. Катта ёшли беморларда бу ошиш тенденцияси яққол намoён бўлиб, болалар кўрсаткичларидан сезиларли юқорилиги билан ажралиб турди. Шу давр мобайнида даволаш тадбирларининг клиник ва микробиологик самараси кузатилмагани жараённинг ўткирдан сурункали кўринишга ўтиш хавфи ошгани, касаллик якуни истиқболи номақбул эканлигини билдирди. Кечиш давомида қўзғатувчилар униш фоизларининг ошиб бориши жараённинг ўткирдан сурункали кўринишга ўтиши истиқболини белгилловчи микробиологик мезонларидан биридир. Ўткир остеомиелитларда касаллик кечиш давомида қўзғатувчилар алмашинуви бўйича болаларда динамикада қуйидаги натижалар кузатилди: 3 кун ўтгач *S.aureus S.saprophyticus* га алмашди; 7 кун ўтгач *S.aureus S.saprophyticus* га алмашди. Катта ёшлиларда: 3 кун ўтгач *S.aureus S.saprophyticus* га алмашган; 7 кун ўтгач *S.aureus* ва *E.coli S.saprophyticus* га ( $n=2$ ) алмашган. Сурункали остеомиелитларда болаларда қўзғатувчилар алмашинуви бўйича динамикада қуйидаги натижалар олинди: 3 кун ўтгач *S.epidermidis P.aeruginosa* билан, *Proteus spp Klebsiella spp* билан алмашди ( $n=2$ ); 7 кун ўтгач 2 ҳолатда алмашинув аниқланди (*S.epidermidis S.aureus* билан, *Proteus spp P.aeruginosa* билан); 14 кун ўтгач 3 ҳолатда алмашинув (*E.faecalis E.coli* билан, *Enterobacter spp P.aeruginosa* билан, *Proteus spp Klebsiella spp* билан) аниқланди. Катта ёшлиларда: 3 кун ўтгач *E.faecalis P.aeruginosa* билан, *S.epidermidis S.pyogenes* билан, *S.saprophyticus Klebsiella spp* билан, *Enterobacter spp S.hemolyticus* билан ( $n=4$ ); 7 кун ўтгач *S.epidermidis S.aureus* билан, *S.saprophyticus P.aeruginosa* билан ( $n=4$ ); 14 кун ўтгач *E.coli S.aureus* билан, *S.epidermidis S.aureus* билан, *E.faecalis P.aeruginosa* билан ( $n=3$ ) алмашди. Шундай қилиб, сурункали остеомиелитда динамикада қўзғатувчилар униш фоизи ўткирга нисбатан ишонarli юқори бўлди, сурункали остеомиелитда униш динамикаси болаларда ҳам катталарда ҳам кўпайиб борди. Кечиш давомида қўзғатувчилар униш фоизлари ошиб бориши патологик жараённинг ўткирдан сурункали кўринишга ўтиши истиқболини белгилловчи микробиологик мезонларидан бири сифатида тавсия этилди. Ҳар иккала кўринишда ҳам касаллик кечиш давомида қўзғатувчилар алмашинуви кузатилди.

## ЭНТЕРОБИОЗ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ШАХСИЙ ГИГИЕНАНИНГ АХАМИЯТИ

Юсупова М.Ю.

*Анджон давлат тиббиёт институти*

Энтеробиоз келтириб чиқарувчи қўзғатувчи, *Enterobios vermicularis*, ёки нематодалар оиласига мансуб паразитлар туркумига киради, бу ҳолат кўпроқ болалар ва ўсмирлар орасида учрайди, катта ёшлиларни айна касаллик билан касалланиши кам рўйхатга олинган, уларни бундай ҳолатга учраши иммунитетнинг кескин тушиб кетиши, қўзғатувчини аэроген йўл билан организмга тушиш ҳолатларида кузатилиши мумкин. Узунлиги 12 мм бўлган нематодалар ингичка ичакнинг насткис қисмида ёки йўғон ичақда яшайди. Отрицалар узоқ яшамайди, атига 3-4 ҳафта яшайдиган паразитлар ташқи мухитнинг айрим омиллари таъсирига чидамли, улар хона хароратида 35 кунгача, чанг хаво таркибида эса 2-3 ҳафта ўз фаоллигини сақлаши мумкин. Дезинфекцияловчи моддалардан 0,5 %ли гипохлорид кальций, 5% ли фенол, 10% ли лизол эритмаларига сезгир. Энтеробиоз билан касалланиш таҳлил қилинганда қуйидаги ҳолатлар аниқланди: 1. Кўпроқ болалар ва ўсмирлар касалланади; 2. Шахарга нисбатан қишлоқ аҳолиси; 3. Жамланган болаларга нисбатан жамланмаган болалар, ривожланишдан орқада қолган болалар; 4. Ўғил болаларга нисбатан қизлар кўпроқ касалланади. Қўзғатувчи организмга алиментар, аэроген йўл билан (чанг хаво) тушади, кириш дарвозаси оғиз бўшлиғидир. Ташқи мухитга острица тухумлари ахлат билан тушади, острица тухумлари организмга тушгач 5-6 соатда етилади, майда личинкалар пайдо бўлади, улар асосан тунда орқа чиқарув тешиги, (анус) атрофига чиқади ва тухум қўяди, бу жараён терини таъсирлаши натижасида болалар қаттиқ қичишиш сезадилар, қашлаш ва шунинг натижасида тери ва шиллиқ қаватлар бутунлиги бузилади, болалар тирноғи орасига острица тухумлари кириб олади, ифлосланган қўл орқали тухумлар оғизга тушади, "Аутоинвазия" натижасида болалар айна касалликни ўзларига қайта юқтирадилар, бундай ҳолат бир неча йиллар чўзилиши мумкин. Острица тухумлари билан турли маиший буюмлар, оқликлар, ўйинчоқлар, кийим-кечаклар, ўқув қуроллари ифлосланиши мумкин. Энтеробиозни профилактикасида қуйидаги тадбирлар амалга оширилса мақсадга мувофиқ бўлади: 1. Энтеробиоз билан зарарланган болалар ва ўсмирларни эрта аниқлаш, уларни ажратиш, даволашни ташкил қилиш; 2. Санитария ҳолатни сақлаш, намли тозалашни ювиш воситалари ва зарарсизлантирувчи моддалар билан ўтказишни ташкил қилиш. 3. Болалар ва ўсмирларни санитария йўналиши бўйича тарбиялашни ташкил қилиш, шахсий гигиена қоидаларига эътибор беришга ўргатиш, тери, қўл, соч, тирноқ гигиенаси шартлари бўйича тушунча бериш, индивидуал шахсий гигиенаси воситалари ва улардан фойдаланиш тартиб, қоидалари бўйича маслаҳат ва тушунчалар бериш. уларда тозалик ва саломатлик ҳақида дастлабки тушунчаларни онгига сингдириш, кўникма пайдо қилиш. Энтеробиозни олдини олиш мумкин, турли гигиеник муолажалар, тадбирлар ўтказиш билан, тозалikka ва шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш билан қутилган натижага эришса бўлади. Ҳозирги замон

тиббиёти энтеробиозни даволашда кучли таъсир доирасига эга воситаларга бой, улар яхши самара ҳам беради, лекин улар қўлланилганда айрим аъзо ва тўқималар фаолиятига салбий, захарли таъсирлар кузатилиши мумкинлигини асло унутиб бўлмайди, шундай экан “касалликни даволашдан кўра, унинг олдини олиш мумкин” дейилган эпидемиологик ақидага амал қилинса мақсадга мувофиқ бўлади.

## САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ЁШГА ХОС КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ярмухаммедова Н.А., Рустамова Ш.А., Муминова Ш.Ш.

*Самарқанд давлат тиббиёт институти*

Амалиётда бруцеллёз касаллигини ёшга хос кечиш хусусиятларини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Бруцеллез касаллиги болаларда, ўсмирларда, ўрта ёшда ва кексаларда ўзига хос кечиш хусусиятига эга. Инсон ёшига мос ушбу касалликда ички аъзо ва тизимларнинг шикастланиши ҳам ўзгариб боради. Тадқиқот мақсади. Самарқанд вилояти Юқумли касалликлар клиник шифохонаси материаллари асосида бруцеллёз касаллигининг ёшга хос кечиш хусусиятларини таҳлил қилишдан иборат. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Шу мақсадда кузатув остига Самарқанд вилояти Юқумли касалликлар клиник шифохонасида 2015-2017 йиллар давомида “Бруцеллёз” ташхиси билан даволанган беморлар олинди. Бу шифохонага тушган жами беморларнинг 9,5 % ини ташкил этади. Ушбу иш жараёнида эпидемиологик, клиник, лаборатор (бактериологик, серологик), инструментал диагностика усуллари қўлланилди. Тадқиқот муҳокамаси. Кузатув остига 15 - 64 ёшдаги беморлар олинди. Беморлар ёши халқаро таснифга асосан қуйидагича тақсимланди: 14-19 ёш (11,5%), 20-29 ёш (20,3%), 30-44 ёш (32,3%), 45-59 ёш (28,8%), 60-64 ёш (7,1%). Ушбу беморлардан шаҳар аҳолиси – 11,2%, қишлоқ фуқаролари – 88,8% ни ташкил этади. Ўз.респ. Соғлиқни сақлаш вазирлиги йўриқномасига асосан касаллик шакллари қуйидаги таснифга асосан қўйилган: ўткир (24,6%), ўткир ости (17,4%), сурункали бруцеллёз (43,5%), резидуал бруцеллёз (14,5%). Касаллик мавсмилигига кўра, ўсмирлар, ёшлар ва ўрта ёшда касаллик май-июнь ойларида асосан учраган бўлса, кексаларда касалликнинг қиш ойларида кўпроқ учраганлиги аниқланилди. Бу ҳолат ёшларнинг шу ойларда маълум фаолият турига шўнғиши, кексаларда декабрь ойидан апрель ойигача касалликнинг қўзғалиши билан боғлиқ. Ўткир бруцеллёз 20-44 ёшлилар орасида кўп учраган (46,1%). Бу ҳолатни бу ёшдаги қатламнинг касбий фаолияти билан боғлаш мумкин. Ёшлар орасида касалликнинг энгил шакли 20,6%, ўрта оғир шакли 53,9%, оғир шакли 25,5% ҳолда қайд этилди. 15-19 ёшлилар орасида 45,5% ҳолда касалликнинг энгил кечиши қайд этилган. Касалликнинг ўткир бошланиши ўрта ёшлиларда-46%, ўртача интоксикация белгилари намён бўлиши билан (25,7%), секин аста бошланиши эса асосан кексаларда аниқланилган (28,3%). Субфебрил ҳарорат кексаларда (44,8%), камроқ ёшларда (21,9%), ўрта ёшлиларда (33,3%) аниқланилган. Иситманинг узоқ давом этиши (2 ойдан зиёд) кексаларда -24,5%, ўрта ёшлиларда-16,9%, ўсмирларда-7,9%, ёшларда -50,7% қайд этилган. Артралгия асосан ўсмирларда (26,4%), ёшларда (33,2%), ўрта ёшлиларда (18,4%), кексаларда (22%) учраган. Бўғимларнинг шикастланиши 45 ёшгача бўлган беморлар орасида метастатик хусусиятга эга бўлиб, кексаларда инфекцион-аллергик артрит тарзида намён бўлди. Ўткир бруцеллёзда радикулит ўрта ёш ва кексаларда ёшларга нисбатан 2 баравар кўп учради. Ўткир ости бруцеллёз асосан ёшларда ва ўрта ёшлиларда аниқланли (61,3%) Кексаларда касалликнинг бу шакли қайд этилмади. Ўткир ости бруцеллёз оғир шакли ўсмирларда (31,7%), ўрта оғир шакли ўрта ёшлиларда (32,8%) ва ёшларда (35,5%) учраб, энгил шакли қайд этилмади. Таянч ҳаракат тизимининг шикастланиши ёш ўтиши билан ортиб борди: ёшларда 66,3%, ўрта ёшда 72%, кексаларда 90% гача учради. Ўрта ёшда ва кексаларда ўчоқли ўзгаришлар аниқланиши бўғимлардаги дегенератив ўзгаришлар билан боғлиқ. Ички аъзоларнинг шикастланиши ёшларда 35,9%, ўрта ёшлиларда 30,2%, ўсмирларда 8,6% ҳолда аниқланилди. Гепатомегалия ёш ўтиши билан нисбатан кўп учради (84%), спленомегалия эса кексаларда нисбатан камроқ учради (12%). Касалликнинг сурункали шакли 45 ёшдан сўнг кўпроқ учраши аниқланди (60%). Сурункали бруцеллез 54,5% беморларда мўътадил ҳарорат, 43,6% субфебрил, 0,7% -ремиттирловчи, 1,2% тўлқинсимон иситма билан кузатилди. Ўрта ёш ва кексаларда умуртқа поғонасининг дегенератив-дистрофик ўзгаришлари (спондилез, остеохондроз-32,3% аниқланилди. Сурункали бруцеллёзда ўсмирларда умуртқа поғонасининг шикастланиши учрамади. Резидуал бруцеллёз ўрта ёшлиларда 30,3%, кексаларда 69,7% ҳолда қайд этилди. Резидуал бруцеллёзда таянч ҳаракат тизимининг шикастланиши ўрта ёшлиларда 72,6%, кексаларда 91,3% ҳолда учради. Шунингдек, резидуал бруцеллёзда юрак қон томир тизими томонидан ўзгаришлар ўрта ёшлиларда 72,6%, кексаларда 91,3% кузатилди. Резидуал бруцеллезда юрак қон томир ва таянч ҳаракат тизими шикастланиши ёш ўтиши билан кучаяди. Хулоса. Ўткир бруцеллез асосан ёшларда учраб, иситма ва йирик бўғимларнинг шикастланиши билан характерланди. Ўрта ёшлиларда бруцеллёз давомли субфебрилитет билан кузатилди. Кексаларда асосан сурункали жараён аниқланилиб, таянч ҳаракат тизимининг шикастланиши дегенератив-дистрофик жараёнлар билан аниқланилди. Резидуал бруцеллез асосан ўрта ёш ва кексаларда учраб, таянч ҳаракат ва юрак қон томир тизимининг дегенератив-дистрофик ўзгаришлари билан кузатилди.

ASPECTS OF FUNCTIONAL CHANGES IN THE GASTROINTESTINAL TRACT

Askaryants V.P. Sa'dinov P.O, Omonova Ch.P.

*Tashkent Pediatry Medikal Institute*

Annotation. The digestive system has always interested physicians of any direction and therefore in our work aspects of functional shifts of this system are reflected on the basis of the literary analysis. New economic conditions changed ideology of the relations between subjects of a medical care. The satisfaction of needs of consumers of medical services and introduction few expensive technologies of diagnostics and treatment of pathological states were added to problems of decrease in indexes of incidence and mortality, traditionally priority for domestic health care, new, including. In spite of the fact that the health care is on the advanced positions in any state, and pediatricians and therapists work professionally and with the complete devotion, there is a dissatisfaction of a particular part of the population with a medical care. Larger expenses of time and funds for consultations and inspection have important social and economic value. As authors of literature note that the role of pediatricians and general practitioners in treatment of many widespread diseases is underestimated that contradicts integrated approach to formation of health of children and adult population, the modern concept of health care. As authors of references note that at the same time it is conventional that these states often have the functional nature, their roots lie in family, a way of life and nourish. Excess inspection in these cases not only does not promote establishment of the truth, it often hides the reasons of diseases under masks of numerous diagnoses. Also the dyspepsia syndrome which though is considered mainly functional is not an exception of this row, in the course of inspection, as a rule, finds shape of the combined gastrointestinal pathology. Static data showed that the peptic ulcer is one of the most often found digestive tract diseases. It is supposed that suffer from it about 10% of the population of the earth. Clinical physicians, physiologists and pathophysiologists note in the researches that the clinical picture and pathogenetic mechanisms of formation of a peptic ulcer of a stomach do not depend on a floor and are characterized: a polymorphism of a pain syndrome, communication of emergence of pains with quality of food in 50% of men and women have 41,6%, acid production as basal, and after stimulation by Pentagastrinum, a regulation of basal secretion, reaction of parietal cages to a stress, realization of its influence on parietal cages does not differ from the data obtained in control group. The revealed increase in maintenance of a somatostatin in a gastric juice in the conditions of an insulinic hypoglycemia can matter in decrease in protective function of a somatostatin in conditions a stressful situations; change of a hormonal hum noise testifies to dysfunction of the hypophysial and adrenal system which is shown in violation of system of the inverse communication - secretion of AKTG is reduced in a stage of aggravation and increases in a stage of remission of a disease, and secretion of Oestradiolum, sensitivity of somatotrof to a stressful situation (insulinichypoglycemias) - secretion of STG increases less, than in control group increase in activity of processes is promoted by the FLOOR, to deterioration in microcirculation and decrease of the activity of reparative processes in a stomach mucosa; at a histologic research of all patients in antral and fundal departments of a stomach chronic gastritis, with an intestinal metaplasia in antral department is revealed. Also analyzing data of references it is possible to note that I understand those cases of a dyspepsia when at careful gastrointestinal inspection, its reason does not manage to be established as the functional. By the researches conducted in recent years it is shown that two groups of factors are the cornerstone of clinical manifestations of the functional dyspepsia: motive gastric disturbances and duodenum and also visceral hypersensitivity. Clinical physicians noted that by means of express research techniques at patients with a dyspepsia violation of accommodation and a rhythm of a peristalsis of a stomach, antroduodenal coordination and delay of evacuation from a stomach was revealed. These works are interesting from the point of view of studying of the functional condition of a stomach at a dyspepsia, but they do not open the syndrome reasons. From here one more name of the functional dyspepsia - essential, that is an unknown etiology. References also reflect that now diagnostic actions at a diabetes mellitus are directed, generally on specification of a character of defeat of a mucosa of the top departments of a digestive tube. However such approach does not promote studying out of the gastrointestinal mechanisms of a dyspepsia and allows to carry out mainly expected treatment that causes a relapsing current of this state. Meanwhile a circle of the pathological states capable due to humoral and neuro-reflex influences to cause the functional frustration of the top departments of a digestive tube. Numerous data on a dyspeptic syndrome at depressions, vegetative violations are provided in literature, food allergy, infections. Also there are enough bases to believe that treatment of these diseases in a complex with symptomatic tools, will promote permanent knocking over of manifestations of a dyspepsia. So far as domestic authors note that in domestic medical practice in the presence at the patient with a dyspepsia, it is accepted to think first of all of the diagnosis of chronic gastritis or the gastroduodenit. It as a rule is exposed according to the subjective data found at a scopy research and is a peculiar criterion at the dyspeptic manifestations any an etiology However according to the Sydney classification, chronic gastritis is the morphological diagnosis and is verified only on the basis of studying of a mucosa of a stomach. Especially as endoscopic and morphological changes at gastritis do not correlate with clinical manifestations of a dyspepsia in any way. And the diagnostic and medical approaches which are carried out on the basis of such representations one-sided and often inaccurate, take away the doctor from searching and elimination of the true reasons of a syndrome of a dyspepsia, causing excess and unreasonable drug treatment. Thus, summing up the result of the literary analysis it is possible to come to a conclusion that the gap between the modern ideas of the nature and treatment the dyspeptic of frustration and traditional, the stereotypes accepted in medical practice. They find expression in excess gastrointestinal inspection of patients to the detriment of broad clinical approach that promotes the considerable expenses. Introduction of the modern technologies of maintaining in broad clinical practice will promote to upgrading of the provided medical care and will bring the considerable economic effect. Thus,

summing up the result of the literary analysis it is possible to come to a conclusion that there is a gap between the modern ideas of the nature and treatment the dyspeptic of frustration and traditional, the stereotypes accepted in medical practice. They find expression in excess gastrointestinal inspection of patients to the detriment of broad clinical approach that promotes the considerable expenses. Introduction of the modern technologies of maintaining in broad clinical practice will promote upgrading of the provided medical care and will bring the considerable economic effect.

## **INNOVATIVE AND HYBRID TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF ENDOTOXICOSIS IN PURULENT CHOLANGITIS**

Davlatov S.S., Alieva S.Z.

*Samarkand State Medical Institute*

**Introduction.** The frequency of septic complications of inflammatory diseases of the biliary tract, despite the attention of researchers to this issue remains highly relevant. Suppurative cholangitis - is one of the most frequent and severe complications of benign and malignant diseases of the biliary tract. The aim of the study. Improvement of treatment results biliary sepsis and severe biliary sepsis using an improved method of plasmapheresis. **Materials and methods.** The study was conducted in the clinic Samarkand medical institute. The basis of the study were 217 patients with hyperbilirubinemia, acute cholangitis, biliary sepsis and severe sepsis benign biliary origin, complicated by suppurative cholangitis. Most of the patients were women 136, men were 81. The mean age was  $65,3 \pm 8,7$  years. In this paper, for the diagnosis of acute cholangitis and biliary sepsis, we defined the basic laboratory findings possible to calculate the degree of organ failure on the scale of SOFA (Sepsis organ failure assessment) and the severity of the systemic inflammatory response criteria for SIRS (Systemic inflammatory response syndrome). **Laboratory and Diagnostics** in addition to accepted clinical blood and urine tests included the following methods. On the function of the liver was assessed by bilirubin and its fractions in the blood serum, the activity of serum transaminases, alkaline phosphatase, protein content and its fractions, cholesterol levels, prothrombin, indicators thymol and sublimate samples as well as on the content of electrolytes in the blood serum. Noninvasive preoperative diagnosis of acute cholangitis, biliary sepsis and pathology hepatopankreatoduodenal zone, against which they were spent, in addition to physical examination, including a review of X-rays of the abdomen, ultrasound, computed tomography. Endoscopic studies included holedohoskopi, fibrogastroduodenoscopy, laparoscopy, retrograde cholangiopancreatography. As seen in the chart, the most common cause of cholangitis and biliary sepsis is choledocholithiasis 64%, followed by acute pancreatitis is 9.7%, the third place is some breakthrough hydatid cysts in choledoch 8.3%, the fourth and fifth accounted for stricture of the terminal and stricture of the major duodenal papilla, respectively 5.5% and 5.5%. **The results of the study.** All patients were divided into four groups. In 53 patients with biliary sepsis and severe biliary sepsis used plasmapheresis, after preliminary minimally invasive decompression of the biliary tract. After the improvement of the patients and normalization of peripheral blood counts made surgery. Of these, 27 patients with a combination of indirect electrochemical detoxication plasma sodium hypochlorite at 26 with additional plasma ozonation and subsequent reinfusion detoxify plasma. The number of sessions of plasmapheresis ranged from 1 to 3 (of 103 sessions). Rejection of plasma reinfusion due to lack of detoxification was in 3 cases (methodological and laboratory error). Otherwise reinfusion provided 85-90% of circulating plasma total replenishment autoprotein components in small volumes (600-800 ml) of plasmapheresis. Additionally, with was poured fresh frozen plasma (1doza from one donor) and albumin 10% 100-150 ml, and the solution Infukoll 6% - 500.0 and crystalloids. Complications during the sessions of plasmapheresis were observed in 7 cases and were cropped adequate therapy. Contraindications for transfusion to adequately detoxify autoplasma unknown. Detoxify plasma before transfusion were taken out of the container 10 ml plasma biochemical studies. Make sure it is sufficient detoksikated, the question of the possibility of reinfusion autoplasma as plasma-protection during a subsequent session programmed plasmapheresis. Criteria determined the detoxicated of plasma by Fodorov N.M. (2004). If the final control and laboratory research and detoxify through IEDP and IEDP additional ozonation plasma revealed a significant increase in endotoxemia (see above criteria in the table), the reinfusion of this plasma is not recommended. **Conclusions.** Thus, extracorporeal IEDP and our proposed method is highly effective preoperative preparation of patients with severe holeremic endotoxemia against jaundice, helps stabilize the activity of cytolytic and cholestatic process, improves the protein-synthetic function of the liver, as well as allowing to eliminate the major clinical manifestations in this heavy contingent of patients, thus greatly expand the indications for surgical treatment.

## **APPLICATION OF WHITE COAL IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS ACUTE INTESTINAL INFECTION**

Davydenko O.M., Myronik O.V.

*Bukovinian State Medical University*

**Purpose.** The purpose of the study was to study the clinical effectiveness of the use of white coal in the complex therapy of patients with acute intestinal infections. **Material and methods of the study.** Under the supervision were 23 patients aged 18 to 62 years. Of these men - 10, women - 13. All patients are hospitalized in the hospital mainly on the 2nd-3rd day of the disease with an average degree of severity. Bacteriologically confirmed diagnosis: Salmonella (*S. enteritidis*) - in 8 patients, *S. typhi*

murium - in 2; food poisoning caused by conditionally pathogenic flora (tsitrobakter, klebsiella, pathogenic staphylococcus) - in 13 patients. Results. The beginning of the disease is acute. All the subjects complained of nausea, a single or multiple vomiting, which brought relief, abdominal pain and frequent liver abscesses. In 8 patients (34.7%), emptying contained pathological impurities of mucus. In 17 (73.9%) patients, pain was observed in the epigastrium, in 6 (26.1%) - and around the navel and in the right iliac region. All patients received baseline therapy, which included diet, detoxification, rehydration therapy (trisil, reosorbilact, rehydron), enzyme preparations, antispasmodics, antibacterials (enterofuryl, norfloxacin, nifuroxazide), and white coals, orally 2 tablets 3 times a day 5 days for 1-1.5 hours before or 2 hours after eating, drinking a glass of water. Adverse reactions in the application of white coal have not been noted. The evaluation of the efficacy was based on clinical criteria, taking into account the duration and severity of the main clinical symptoms. As a result of clinical observation, it was found that in patients who received white coal, the symptoms of intoxication disappeared more quickly: already on the 2nd day of stay in the hospital, appetite improved, general weakness decreased, vaginal discharge decreased, and abdominal pain almost disappeared for the 3rd day the syndrome, rather, recovered, on average, on  $1,1 \pm 0,03$  days, which received only basic treatment. Conclusion. The use of white coal as an enterosorbent, in the complex therapy of patients with acute intestinal infections, is effective.

## PILOT CONTROL PROGRAM OF ECHINOCOCCOSIS IN SAMARKAND, UZBEKISTAN

Kyu-Jae Lee, M.D, PhD

*Department of Environmental Medical Biology, Wonju College of Medicine, and Institute for Poverty Alleviation and International Development, Yonsei University, Korea*

Uzbekistan is the endemic region of the very dangerous human disease - echinococcosis. Special sharpness to the problem gives significant socially-economic damage, applied by echinococcosis to the economy of the country, and it comes to millions sums per year. All these conditions dictate the need of organization and carrying out wide front of complex medico-veterinary and public utility events on fight and prevention of echinococcosis morbidity among groups of high risk and inadmissibility of distribution of the disease among agricultural and wild herbivorous, omnivores and carnivore's animals. This problem is very actual because in the number of villages not only population, but medical, veterinary and municipal services insufficiently understand the problem of echinococcosis. Intermediate hosts such as cow and sheep become infected by echinococcosis in result of swallowing these ovals with food, water. In human infection of echinococcosis basic role plays contact with invasive dog, on wool and tong of which can be ovals of parasite. Infection can also occur at using of dirty vegetables, berries, fruit, contaminated by echinococcosis ovals; at cutting skins of hunted wild carnivores and fur animals; at drinking of crude water from natural reservoirs. Echinococcosis cysts often develop in liver or in lungs. Practical introduction of the maintenance will help early identification of the echinococcosis patients and their treatment, prevention of dog, cattle infection by echinococcosis. To eradicate of echinococcosis and develop infectious control model in Uzbekistan we started echinococcosis control program in Samarkand in 2015. We conducted several program regarding diagnosis, treatment, prevention, and education on echinococcosis to improve sustainable and self-help skill. Programs are conducted for patient management including education, control of domestic animals and control of final host such as dogs and other carnivore animals. Specially we focused the weak point of the echinococcosis control and now the member of the control team can do all of the program by themselves. The incidence of new cases is decreasing at project site and can be diagnosed early by sonography and ELISA. New technique of surgical method using laparoscopy to reduce of surgical complication was set up at the hospital. Most of the people living in the project site know what is echinococcosis and how to prevent through public broadcasting and education program. We expect this pilot program extend other region to control echinococcosis and other infectious disease in Uzbekistan.

## EFFECTIVENESS OF "HEPADIF" HEPATATROTECTOR APPLICATION IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS CHRONIC HEPATITIS C

Myronik O.V., Davydenko O.M.

*Higher education institution in Ukraine "Bukovinian State Medical University" (Chernivtsi, Ukraine)*

The purpose of the work. To analyze the effectiveness of the use of the drug "Hepadif" in the complex treatment of patients with chronic hepatitis C. Material and methods of research: 43 patients with chronic hepatitis C with a moderate-severe course of 25-55 years old were examined. Male persons were 18, female - 25. By simple blind method all patients were randomized into two groups. Patients received baseline therapy. Patients of the main group received "Hepadif" intravenously at the rate of 8.625 mg / kg of body weight - contents of 1 vial of the drug dissolved in 400-500 ml of 5% glucose solution for 5 days followed by taking 2 capsules 2 times a day, regardless of meal during a month Patients in the control group received Essentsial® forte H per capsule 3 times a day. All patients performed a complex clinical and laboratory examination with an assessment of the functional state of the liver. Data processing was performed statistically: the average arithmetic and its error were calculated. The average difference between the study groups was estimated using a two-way unpaired criterion of the Student. Results. Under the influence of complex treatment with the use of "Hepadif" the positive dynamics of clinical symptoms was noted. Thus, on the 7th day of treatment, complaints of general weakness were reported by 31.5% of the patients in the main group, appetite decreased - 32%, nausea - 15.8%, feeling of heaviness in the epigastrium and right hypochondrium -

24.2%. At the end of the course of treatment of nausea and feeling of heaviness, no patients noted, whereas in 12.3% of patients in the control group these symptoms persisted. Under the influence of treatment, the overall bilirubin values in both groups were likely to improve. The dynamics of changes in the activity of AlAt was likely to be positive in patients receiving Hepatype. It should be noted that the normalization of biochemical parameters occurred faster in the main group of patients. Conclusion. The use of the drug "Hepadif" contributes to a possible improvement in biochemical parameters of blood, a faster regression of clinical symptoms.

### BACTERIOLOGICAL INDEXES OF INTESTINAL MICROFLORA CHANGES IN HIV PATIENTS

Nuruzova Z.A.

*Tashkent Medical Academy*

In recent years the trends of fast spreading of HIV infections have been observed. Annually from, 4, 3 to 6, 6 million people influence with HIV infection and more than 2 million people die from this disease. One of the main clinics of silent period of HIV infection is a syndrome of prolonged diarrhea, which it can lead to dehydration and loss of weight of organism. In HIV infection the connection of gastro – intestinal system to pathologic process occurs different terms of the disease. It can be developed not only morphological disorders of the walls intestine but the decreasing of its resistance, development of intestinal dysbacteriosis, severe course and development of infectious process that is capable to recurrence. The purpose of research. To study the condition of dysbacteriosis of intestinal microflora in HIV patients. Scientific novelty. It has been studied for the first time the large intestine microbiocenosis of HIV patients in Uzbekistan. The tasks of research. To reveal the degrees of colon microbiocenosis condition and intestinal dysbacteriosis in patients with HIV. Material and methods. For investigation the material were taken the results of patients, who have been admitted to the clinic of specific infectious diseases under the Republican center of fighting against the AIDS and bacteriologic investigations were performed in bacteriologic laboratory of this clinic. 17 patients with diarrhea syndrome II-III-IV sub clinic degree were selected for investigation and the degrees of disease were marked on the basis of order № 81, March 4, 2015 of the Health Ministry of the Republic of Uzbekistan. From them 8(47%) – men, 9(53%) – women, the age of them from 18-30(average 25). Patients faeces were diluted with physiologic solution in 1:10 and Endo, blood agar, blood agar for bacterioids, MRE-4 (selective environment for reduction of milk) for lactobacteria, Blaurocco for bifidobacteria, Saburo for fungi, Kitta-Tarotstsi for clostridia, Vilson-Bler conditions were planted by Gold method and put into thermostat to 37° C, 18-24, 48-72 hours. Identification of microorganisms was carried out by general standard methods. The results of research. After the bacteriologic investigation of II-degree patients' faeces of dysbacteriosis was revealed in patients. *E. coli* 10<sup>5</sup> CMU/g, quantity of lactose negative *E. coli* >10<sup>6</sup>, *Lactobacillus* spp.> 10<sup>4</sup> CMU/g, *Bifidobacterium* spp. >10<sup>3</sup> CMU/g, *Bacteroid* spp. >10<sup>4</sup> CMU/g, *Enterococcus* spp. decreased than in norm, condition – pathogen microbes: *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Citrobacter* spp., *Proteus* spp. 10<sup>6</sup> CMU / g, *Candida* >10<sup>7</sup> CMU /g, and also the quantity of pathogen hemolytic *E. coli*, *Streptococcus* spp., *S. aureus* agents were determined. Conclusion. 1. II-degree of dysbacteriosis of intestinal microflora was observed in all stages of disease in patients with HIV infection. 2. The decrease of general quantity of indigene microflora in patients, especially the quantity of bifido-, lacto bacteria, and bacterioids and conditional-pathogen microorganisms decreased more than 2-3 times.

### INFECTION STATUS OF ECHINOCOCCUS GRANULOSUS IN DOMASTIC AND WILD ANIMALS IN THE SAMARKAND AREA, UZBEKISTAN

Tae-Soon Yong<sup>1</sup>, Kyu-Jae Lee<sup>2</sup>, Myeong Heon Shin<sup>1</sup>, Hak Sun Yu<sup>3</sup>, Suvonkulov U.T.<sup>4</sup>,

Turicin V.S.<sup>4</sup>, Sadikov Z.Y.<sup>4</sup>, Gab-Man Park<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup>*Department of Environmental Medical Biology and Institute of Tropical Medicine,*

*Yonsei University College of Medicine, Seoul 03722, Korea;*

<sup>2</sup>*Department of Environmental Medical Biology, Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju, 26426, Korea;*

<sup>3</sup>*Department of Parasitology and Tropical Medicine, School of Medicine, Pusan National University, Yangsan 50612, Korea;*

<sup>4</sup>*Isaev Research Institute of Medical Parasitology, Ministry of Health, Republic of Uzbekistan;*

<sup>5\*</sup>*Department of Environmental Medical Biology,*

*Catholic Kwandong University College of Medicine, Gangneung 25601, Korea*

Abstarct. Echinococcosis in humans occurs as a result of infection by the larval stages of taeniid cestodes. We surveyed the distribution and relative densities of echinococcosis in dogs (with stray dogs), foxes and Jackal in four collection sites (Kumchuk, Chaparashli, O'rta Saydov and Nurobod) of the Sarmarkant area Uzbekistan from 2015 to 2017. The purpose of this study is to ascertain the actual condition of this disease associated with echinococcosis in animal hosts. We also examined intestinal parasites that contain these animals. This experiment was performed from fecal samples collected from dogs or from directly caught animals. A total of 1761 dogs and wild animals were examined in the four study sites. The eggs and adult worms of 658 *Echinococcus granulosus* were found in dogs (28/1755) and Jackal (1/1). However, in foxes (0/5) were not found. And,

endoparasites were also collected directly from dogs and jackal by using fine forceps. A total of 216 worms from 6 stray dogs were collected, including 7 *Taenia hydatigena*, 124 *Dipilydium caninum*, 3 *Diplopylidium nolleri*, 10 *Mesocestoides lineatus*, 42 *Toxocara canis*, 30 *Trichocephalus vulpis*; 46 worms from 5 foxes, including 3 *Taenia hydatigena*, 4 *Toxoscaris leonine*, 24 *Alaria alata*, 5 *Uncinaria stenocephale*, 6 *Dipilydium caninum*, 4 *Mesocestoides lineatus*; 5 worms from jackal including 2 *Diplopylidium nolleri* and 3 *Mesocestoides lineatus*. The distribution of reservoir hosts is important aspects of understanding the epidemiology of the echinococcosis as well as the potential impacts of health risks. And, physical contact with wild stray dogs and jackals or accidental contact with wild canid faeces was considered to be a risk for echinococcosis infection.

#### **ABOUT THE POSSIBLE TRANSMISSION OF DIFFERENT PATHOGENS BY TICKS DURING BLOOD SUCKING AND RELATIONSHIP OF BACTERIA WITH THE ORGANISM TICKS-VECTORS**

Podboronov V.M.<sup>1</sup>, Samsonova A.P.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Gamaleya State Research Centre for Epidemiology and Microbiology, MOH, Moscow, Russia*

<sup>2</sup>*The First Moscow State Setchenov Medical University MOH, Moscow, Russia*

Natural focal human and animal diseases occupy an important place in the regional infectious diseases of many regions, including the Republic of Kazakhstan and Central Asia. Problems of natural focal diseases of people and animals in the territories of Kazakhstan and the republics of Central Asia (Turkmenistan, Uzbekistan, Tajikistan, Kyrgyzstan) in the USSR were studied for many years. For example, in 1928 in the territory of Tajikistan the expedition of the USSR Academy of Sciences began working under the leadership of E. N. Pavlovsky. During the years of the USSR's existence, there have been great changes in the economic and social situation in these territories and certain successes have been achieved in the study of various theoretical and applied aspects of natural foci. After the collapse of the USSR there are independent states in this region. The creation of the Euro-economic Community opens up new prospects for cooperation in this area. A large group of natural focal diseases in this region are those, whose pathogens are transmitted by arthropods, in particular, ticks (Grokhovskaya I. M. et al., 1979; Klebanov E. A. et al., 1979; Rapoport L. P., 1964-1979; Amridinov K. N., Korenberg E. I., 1989; Berdyev A., 1989; Burenkova L. A., 1989; Genis D. E., 1989). In our experiments (V. M. Podboronov, A. A. Pchelkina, 1989) the possibility of transmission of *Rickettsia sibirica* from *Rickettsia*-infected ticks *Ornitorodoros papillipes* (adult individuals, larvae and nymphs) to white mice was shown. It was found that mice react with a specific immune response to the sucking of infected ticks on them, and antibody titers are directly proportional to the infecting doses of rickettsias. At the same time, specific antibodies were not detected in the control group mice, on which uninfected ticks fed. Although ticks as carriers and reservoirs of pathogens of various infections are of great epidemiological importance, especially in the spread of natural focal diseases (tick-borne encephalitis, tick-borne borreliosis, ehrlichiosis), there are a number of works on the natural contamination of ticks by other microorganisms. In the experiments of a number of authors, including ours (V.M. Podboronov et al., 1993, 2004, 2016, 2017), on the one hand, the ability of ticks to perceive and preserve *Salmonella* and *Listeria*, as well as to infect susceptible animals and transmit bacteria during metamorphosis and on the other - the ability of *Salmonella* to cause pathological changes in the organs of ticks-carriers (research methods described in detail earlier, for example, Podboronov VM, Samsonov AP, 2015-2018 gg.). Some differences in the indicators characterizing the relationship between argasid (*Ornitorodoros moubata*) and ixodic (*Hyalomma asiaticum*) ticks and *Listeria monocytogenes* (strain 9-127) were revealed. Probably, these differences depend mainly on their ecological features: *O. moubata* feed on a small number of animal species, while *H. asiaticum* affects a wider range of animals (large and small cattle, small mammals of various species). This data may indicate about a very significant role of ticks in the transmission of pathogens of salmonellosis and listeriosis and in maintaining foci of infections. The mechanisms of the relationship between ticks and pathogens require further study with the involvement of modern research methods both in the experiment and in the conditions of natural foci.

#### **TO A PROBLEM OF A CHRONIC HEPATITIS AT PREGNANT WOMEN**

Rakhmatullaeva M.M.

*Bukhara state medical institute, Bukhara, Uzbekistan*

Material and methods. Scientific data on hepatitis problem in pregnant women have been studied. Results and discussions. Chronic hepatitis is diffuse multiaetiology inflammatory process in a liver, proceeding without improvement throughout 6 months. Noncarrying of pregnancy at hepatitis observe at 30 %. The heaviest complication according to many authors is the bleeding in afterbirth stage and early postnatal periods (3-5%). Bleedings are connected with infringement of components of blood curtailing and anticoagulant systems (hypocoagulation, clotplastic activity). It is established that at a heavy current of hepatitis can develop DIC (Disseminated Intravascular Coagulation) syndrome at which before hemorrhagic hypercoagulation precedes. As a result of oppression of cellular metabolic reactions there are morphological ultrastructural changes in a placenta that in turn leads to infringement of phetoplacental blood circulation. As a result malnutrition, hypoxia of the fetus and asphyxia of the newborn develops. Considerable frequency of a castling children birth is at the bottom of high perinatal death rate (10-15%). Tactics of the doctor depends on aetiological factor and disease stage. Planned hospitalization of pregnant women is spent at stages of remission of disease in each trimester (preventive maintenance of aggravations of activation of process and treatment of fetus hypoxia). In aggravation stages off-schedule hospitalization is spent to a specialized hospital. Terms of

planned hospitalization: - in term of 10-12 weeks for carrying out full clinical laboratory research and the decision of a question of prolongation of pregnancy. General health-improving treatment is spent; - in term of 17-19 weeks repeated inspection and preventive maintenance of complications; - in term of 26-28 weeks repeated inspection, treatment of accompanying pathologies and pregnancy complications; - in term of 37-38 weeks for patrimonial preparation. For the prevention of infection of newborns all pregnant women should be surveyed on presence of HBs Ag on early terms and in 32 weeks of pregnancy. Pregnant women with a chronic hepatitis and HBs Ag carrier should give birth in specialized branches of maternity homes, with strict observance of against epidemiology actions. Conclusion. According to WHO recommendations woman with a chronic hepatitis B and C can nurse children. It is thus important to watch integrity of nipples and mucous membranes of a mouth of the child. Thus the hepatitis at pregnant women is considered as serious extragenital pathology which demands in due time to solve a question of prolongation of pregnancy or its termination in interests of the woman.

### SCORING IN THE CHOICE OF TACTICS FOR THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Rakhmanov K.E., Suyarova Z.S., Alieva S.Z., Umirov H.A.

*Samarkand State Medical Institute*

Successful radical echinococcectomy (EE) largely depends on the right surgical approach, which significantly affects the course of the operation, has a certain significance in the outcome of surgical treatment, is reflected in the course of the rehabilitation period. When choosing an access, we were guided by the results of preoperative topical diagnostics. Multispiral computed tomography was combined with ultrasound data. Considered the number of cysts, their size, as well as the nature and severity of complications. We used a point system to solve the set tasks. On the basis of the received data individually, each patient was assessed on a point system. Estimating by the ball system, we operated on 139 patients. All patients were divided into 3 main groups. Patients of the 1 st group with a total of up to 5 scored laparoscopic echinococcectomies (LEE). This group consisted of patients who, as a rule, had small, uncomplicated cysts with an edge location and no marked adhesions of the abdominal cavity, and there were no concomitant diseases. Such patients underwent abdomination or only drainage of the residual cavity after treatment with hot glycerin heated to 70 °C. In the 2 nd group with a score of 6 to 10, we performed an echinococcectomy from the mini-access. In particular, with liver damage, depending on the location of the cysts, we used topical mini-access in the right upper quadrant, in the left hypochondrium and the median mini-access. Thus, the indication for right-sided mini-access was the lesion of segments of the right lobe and segment IV of the left lobe of the liver. This incision was used in 83 (84.7%) patients. In 13 (13.3%) patients with lesion of the left lobe and V segment of the right lobe of the liver, echinococcectomy was performed through the median mini-access. In one (1.0%) case, we had to resort to a left-sided subcostal mini incision when the cyst was located in the second segment of the liver. In another case, when we were dealing with a combined echinococcosis of the VII segment of the liver and spleen, we gradually performed a mini laparotomy in both hypochondria. In relapsed, large echinococcal cysts located in hard-to-reach segments of the liver (VIII, VII, I), a wide laparotomy was used from the median or oblique subcostal access. These patients scored the number of points from 11 to 20 entered the 3 rd group. To compare the results obtained, 134 patients who were operated on for liver echinococcosis were routinely taken into account as a control group, without taking into account the scoring. The same methods were used as in the main groups. Results. We analyzed long-term results in 238 (87.2%) of 273 operated patients for liver echinococcosis. To assess long-term results, patients were subjected to a thorough questionnaire, outpatient and in-patient examination. Long-term results were studied in terms of 1 year to 9 years. At the same time, 172 (72.2%) patients could be tracked in terms of more than 3 years, sufficient for the final formation of a clinically significant relapse of the disease. Of the 238 patients who were examined at a later date, relapse of echinococcosis was noted in 10 (4.2%). Thanks to the application of the above innovations and preventive measures, the frequency of recurrence of the disease was reduced to zero in the main group. Thus, a scoring of the factors influencing the choice of surgery in patients with liver echinococcosis allows choosing the optimal method of EE taking into account the individual characteristics of the organism and improving the results of treatment.

### STUDIES ON LEPTOSPIROSIS IN CENTRAL ASIA REGION

Samsonova A.P.<sup>1,2</sup>, Petrov E.M.<sup>1</sup>, Savelyeva O.V.<sup>1</sup>, Ananyina Yu.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Gamaleya State Research Centre for Epidemiology and Microbiology, MOH, Moscow, Russia*

<sup>2</sup>*«The First Moscow State Setchenov Medical University MOH, Moscow, Russia*

In the previous decades on the territory of Cenral Asia Republics natural foci and cases of human and animal leptospirosis were found and investigated (Glinenko V.M. et al., 1983; Jalilov K.D. et al., 1983; Tynaliev T.A. et al., 1983; Peregudov T.A. et al., 1983; Chernukha Yu.G., Ananyina Yu.V., 1970, 1983). For example a large epidemic outbreak of leptospirosis was registered in Tadgikistan (Lukyanov N.B. et al., 1990). Pair blood sera of 138 patients were investigated in microagglutination and passive hemagglutination tests. Antibodies to Moskva V strain were revealed (serogroup Grippotyphosa). Their titres in dynamics varied in the ranges 1:40 – 1:5120 and 1:200 – 1:3200 respectively. Leptospirosis among humans and live-stock was registered in Turkmenia since 1969, while data on the epizootics among wild rodents are absent. In 1987-1989 search for the infection was carried out in the most irrigated region of the desert. The leading signs attributed to the emergency and intensity of the epizootics were humidity of soil, abundance of rodents – potential carriers and amount of grasers – possible sources of

the agents. 810 blood serum specimen of rodents from humified biotops – *Mus musculus* and *Meriones tamariscinus* were studied and analysed in four parts of the region differing in the mentioned above characteristics. Only in autumn of 1989 a slack epizootics of leptospirosis *Grippytyphosa* of *M. musculus* (9,3% of infected animals; titres 1:20 – 1:400) were found in the most irrigated territory included the rice fields. Epizootics was running despite low density of mice. No epizootics were registered in the other parts of the region where the density of mice and grasses were essentially larger but amount of fresh water was lower. 2-3% of animals with antibodies (titres 1:20) to leptospire of serogroups Pomona, Sejroe, Icterohaemorrhagiae, Tarassovi, Grippytyphosa, Autumnalis, Cynopteri were found there (Bokshstein F.M. et al. 1990). Diversity of serogroups and low titres of antibodies testify to the supposition that contacts of mice with agents existed but they did not turn the former into carriers of the infections. Probability of emergence of epizootics depends on combination of intensive irrigation with pastures of cattle. The strain Bairam-Ali (*Leptospira biflexa*) was isolated from irrigation channel water in Turkmenia in 1970. The slide antigen was prepared from this strain for using in one-point serodiagnosis of human leptospirosis – Bairam Ali slide agglutination test (BASA). BASA was simplest and became very useful to perform a diagnosis in the early stages of leptospirosis and for screening epidemiological surveys of leptospirosis infection (Petrov E.M. et al., 1990). Bairam Ali is *L. biflexa* on the basis of phenotype properties (Ananyina Yu.V., 1983) and some genotype tests – DNA fingerprinting (Shaginyan I.A. et al., 1990, 1991) and PCR (Samsonova A.P. et al., 1994-2008). In last years DNA of this strain was studied in MLST and whole genomic sequencing (Voronina O.L. et al., 2015) and was found, that it some signs similar to pathogenic leptospire.

### **INTESTINAL MICROFLORA OF NEWBORN NEONATES OF NEWBORNS DEPENDING ON THE FEEDING**

Seitkhanova B.T., Shapambayev N.Z., Omarova G.S., Kurmanbekova Sh.Zh., Doltayeva B.Z., Shapambayeva A.N.

*South Kazakhstan Medical Academy "AO", Kazakhstan. Shymkent*

Formation and functional development of the gastrointestinal ecosystem of the newborn begins with the moment of birth and dynamically changes with the age of the person. In the first hours and days the intestine of a newborn is inhabited by micrococci, staphylococci, enterococci, clostridia., then enter the *E. coli*, lacto- and bifidobacteria. A large influence on the function of the gastrointestinal tract of newborns is associated with the course of pregnancy, childbirth and the early neonatal period, the nature of nutrition, various diseases and many medications. Objective. To study the intestinal microflora of newborn infants aged 3 to 8 days. By age, during the neonatal period and depending on nutrition, all interviewed children were divided into 2 groups. Group 1 includes newborns aged 3 to 8 days who were immediately attached to the breast (natural food). 2 groups are children aged from 3 to 5 days, who for various reasons were fed with expressed breast milk. All mothers of the examined children had a pathological course of pregnancy (toxicosis, gestosis, the threat of interruption in the early and late periods, anemia, infections - SARS, gardnerelez, ureaplasmosis, water shortage). Prematurely, 14 (12.5%) children were born (32-36 weeks of gestation), 83 (74.1%) children independently, and 15 (13.4%) children in rapid delivery (caesarean section). The study of the intestinal microflora in children included sowing on selective nutrient media and the isolation of pure cultures of 32 species of microorganisms with further determination of their microbiological properties. Results and discussion. All the children studied showed signs of decompensated dysbiosis, manifested with regurgitation after each feeding, bloating, flatulence, intestinal colic, unstable fast stool with inclusions of undigested lumps, mucus. In the dynamics of breastfeeding in group 1, the regression became less common, mucus in the stool decreased, the consistency condensed, intestinal colic was rarely observed. All the children interviewed had a positive body mass index. In the comparative analysis in the qualitative and quantitative composition of the intestinal microflora, in both groups of children, some differences were found. In children in the second group, the incidence of bifidobacteria was only 50%, which was significantly lower ( $p < 0.05$ ) than in children of the 1<sup>st</sup> group (80%). Quantitatively no significant differences were observed. The incidence and number of lactobacilli in children of groups 1 and 2 did not differ significantly (56.9% and 48.5%, respectively) and were significantly lower than normal. In dynamics (on the 8th day), a significant ( $p < 0.05$ ) increase in the incidence of bifidobacteria in children of the 2<sup>nd</sup> group was observed from 80% to 100%. In addition, the children of both experimental groups showed a significant increase in the quantitative level of bifidobacteria. The frequency of detection of lactobacilli in children in the dynamics significantly increased and was in both groups 94.6% and 87.3%, respectively. The quantitative and qualitative level of other groups of obligate-anaerobic bacteria did not undergo statistically significant changes in dynamics. Conclusion. Thus, as a result of studies it was shown that breast milk effectively restores the optimal qualitative and quantitative indices of bacterial flora, primarily bifido- and lactobacilli in newborns.

### **FENOTYPE OF THE EXCITER *Y. ENTEROCOLITICA* AND ITS IMPORTANCE FOR DIAGNOSTICS**

Seitkhanova B.T., Shapambayev N.Z., Omarova G.S., Alimzhanova G.T., Kurmanbekova Sh.Z.,

Abdramanova A.A., Shapambayeva A.N.

*"AO" South Kazakhstan Medical Academy, Kazakhstan, Shymkent*

The problem of the formation, the presence of multidrug resistance to a wide range of biological preparations, involves many unresolved issues. Objective. To study phenotypic signs of virulent and antibiotic-resistant pathogens of intestinal yersiniosis. Material and methods of investigation. To measure the morphological features of the antibiotic-resistant *Y. enterocolitica* of the virulence plasmid, we took 14 isolates grown in broth and viewed under a microscope. In normal cultivation (27 ° C), these cultures are like the cultures of the control group (28 strains of *Y. enterocolitica*) without the virulence plasmid, but

antibiotic-resistant, are located under the microscope as separate rods, and at 37 ° C, the virulent (PYV +) *Y. enterocolitica* short chains of rods, whereas those lacking a virulence plasmid (control) are arranged in the form of separate rods. When culturing, it was noted that antibiotic-resistant pathogens of intestinal yersiniosis show associated pYV signs of calcium-dependent growth, which consists in limiting growth with a deficiency of calcium ions in the medium with a deficiency of calcium ions in the medium at 37 ° C. It is known that *Y. enterocolitica*, and in general pathogens yersiniosis, much slower than the rate of reproduction, in the vast majority of cases, colonies are formed on the second day of growth on physical nutrient media. Virulent cells of the causative agents of intestinal yersiniosis (28 strains) during cultivation at 37 ° C on the medium formed colonies, whereas the cells for the virulence plasmids (14 strains) exhibited a calcium dependence of growth, this phenomenon disappeared in the environment of exogenous nucleotide triphosphates (containing calcium) and especially when the incubation temperature (27 ° C) is lowered, which is usually used in conventional practical laboratories. In our studies it has been shown that one of them can be changed, because it is characteristic only of pathogens of yersiniosis, which at 37 ° C on native nutrient media of the colony is significantly smaller than at 27 ° C and not more than 1 mm in diameter. When cultivated on basic nutrient media, antibiotic sensitive strains of *Y. enterocolitica* that did not contain plasmid (28 strains) formed larger, transparent flat colonies at 37 ° C and they exhibited reduced virulence: culturing on the same media at 27 ° C to similar dissociation leads. In contrast, the strains of the experimental group (pYV +) formed colonies of significantly smaller diameter (at 37 ° C) than at 27 ° C growth and not exceeding 1 mm in diameter. Results. It has been established that the phenotypic features of Yersiniosis pathogens can be distinguished from the cultural and morphological properties of antibiotic resistance and sensitivity of *Y. enterocolitica*, which play an important role in the diagnosis of diseases. So, antibiotic-resistant strains of *Y. enterocolitica* can be recognized under a microscope, which can be obtained as separate rods. Antibiotrocoresistant strains of *Y. enterocolitica*, in contrast to non-resistant strains, exhibited growth, formed colonies of significantly lesser dimension, not exceeding 1 mm in diameter. These properties are more evident when the strains studied are cultivated at 37 ° C.

#### DIAGNOSTIC AVAILABILITY OF IGG ELISA IN HUMAN HYDATIDOSIS IN SAMARKAND, UZBEKISTAN

Suvonkulov Uktamjon Toirovich<sup>1</sup>, Dmitriy Kovalenko<sup>1</sup>, Tai-Soon Yong<sup>2</sup>, Yoon-Soo Jang<sup>2</sup>, Myeong Heon Shin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Isaev Research Institute of Medical Parasitology, Ministry of Health, Republic of Uzbekistan,*

<sup>2</sup>*Department of Environmental Medical Biology, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea*

Hydatidosis caused by *Echinococcus granulosus sensu lato* (s.l.) is a public health problem in endemic countries including Uzbekistan. Hydatid cysts in humans are located usually in the liver. This study was performed to investigate diagnostic availability of ELISA in liver cystic echinococcosis. By ELISA using cystic fluid antigen obtained from sheep, IgG titers in 20 sera from patients (median age 11) operated in Second Clinic of Samarkand between 2016 and 2017, and in sera from 22 non-infected persons (median age 17) were analyzed. Cut off of OD (mean+2SD) was 0.19. The present ELISA recognized 85.0% sensitivity and 100.0% specificity. Absorbance (Mean±SD) of operated patient sera and non-infected control sera was 1.5±0.32 and 0.09±0.05, respectively. Next, 3960 residents of 3 villages including Urta Saydov, Choporashli, and Kumchuk were screened for abdominal ultrasonography (US) and IgG ELISA. 3955 residents were found to be US negative in the abdomen, and 5 residents were found to be cyst in the liver. Among 3955 US negative persons, only 11 persons were found to be positive by IgG ELISA. In contrast, among 5 US positive persons in liver, 4 persons showed high titer of IgG (OD range from 0.24 to 1.17). These results suggest that IgG ELISA is useful for confirmation and screening in diagnosis of liver hydatid cyst in Samarkand area, Uzbekistan.

#### PAST AND PRESENT SITUATION OF PARASITIC INFECTIONS IN KOREA

Tai-Soon Yong

*Environmental Medical Biology, Institute of Tropical Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea*

Objectives. To review the situation of human parasitic infections in Korea. Results. In Korea, intestinal helminths' infections were major control targets among parasitic infections historically. Almost all the people were infected at the time of the Japanese colonial period (1910-1945), after liberation (1945), and during the Korean War (1950-53). This high rate of prevalence is a natural phenomenon in the past when the main industrial base in Korea was agriculture, and the manure was used as the main fertilizer to sustain agriculture. In addition, most parasitic infections were chronic with a low mortality and asymptomatic, so they were classified as tasks of no priority to other acute infectious diseases. Even after the war, it was unable to carry out an effective parasite control in Korea. In 1966, the Korean government established the "Prevention Law of Parasitic Diseases", and started the mass parasite control campaign in 1969 on the legal basis. Since 1970s, the stool examination and treatment was conducted twice a year for students. Since 1971, the survey on the intestinal parasite infection was performed of the whole nation every 5 to 8 years. The most recent national statistical data was obtained from the eighth survey in 2012. According to this data, the infection rate of intestinal parasites in Korea is 2.6%. Malayan filariasis was declared to have been eliminated in 2007. Liver fluke (*Clonorchis sinensis*) control has become possible since the 1980s when the effective anthelmintic (praziquantel) was developed and marketed. In 2004, it was confirmed that the infection rate in Korea was 2.4% showing

high infection rate remained until recently. In 2005, the Center for Disease Control, Korea started treatment for the infected people in endemic areas along major rivers. In Korea, there is a variety of intestinal parasites (for example, *Metagonimus yokogawai*) that are prevalent next to *Clonorchis sinensis*. Vivax malaria was believed to have been almost eliminated in South Korea in the early 1980s, but since 1993 it has become a re-emerging infectious disease. Currently, there are between 500 and 1,000 cases a year in the army and civilian population, bordering the demilitarized zone. The reservoir is believed to be the north of the demilitarized zone, and spread by mosquitoes from the north. In addition, anisakiasis, trichinellosis, sparganosis, taeniasis, cysticercosis, giardiasis and amebiasis etc. have been reported. In recent years, imported parasitic infections have been reported occasionally, and Uzbekistan echinococcosis is one of them. Since the late 1990s, the Korean government's ODA projects were launched, including NTD controls in Southeast Asia, Africa and Central Asia. Conclusions. Although the importance of parasitic infections in Korea decreased nowadays, some of the remaining parasitic infections need to be controlled. It is necessary to watch parasitic/infectious diseases from outside the country and to participate in global parasite/infectious disease control activities using past parasite control experience in Korea.

### GENOTYPIC AND PHYLOGENETIC CHARACTERISTICS OF ECHINOCOCCUS GRANULOSUS SENSU LATO IN UZBEKSTAN

Hye-Jin Kim, <sup>1,2</sup>Tae-soon Yong, <sup>3</sup>Gyu-Jae Lee, <sup>4</sup>Gab-Man Park, <sup>5</sup>Myeong-Hyeun Shin,  
<sup>3</sup>Uktamjon Suvonkulov, <sup>6</sup>Dmitriy Kovalenko, <sup>6</sup> Hak Sun Yu<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Parasitology, School of Medicine, Pusan National University,  
Yangsan-si, Gyeongsangnam-do 626-870, Rep. of Korea.*

<sup>2</sup>*Immunoregulatory therapeutics group in Brain Busan 21 project.*

<sup>3</sup>*Department of Environmental Medical Biology and Institute of Tropical Medicine,  
Yonsei University College of Medicine, Seoul 03722, Rep. of Korea.*

<sup>4</sup>*Department of Environmental Medical Biology, Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju, 26426, Rep. of Korea.*

<sup>5</sup>*Department of Environmental Medical Biology and Institute for Clinical and Translational Research,  
Catholic Kwandong University College of Medicine, Gangneung 25601, Rep. of Korea.*

<sup>6</sup>*Isaev Research Institute of Medical Parasitology, Ministry of Health, Republic of Uzbekistan*

Objective. Echinococcosis occurs mainly in industrial areas based on stock-farming such as Central Asia, America, and Australia. *Echinococcus* sp. infection causes echinococcosis in intermediate hosts such as sheep, cattle, goats, camels, and horses. There are many cases of echinococcosis in Uzbekistan that the stock-farming is a primary industry. Although the epidemiological and genetic studies on *Echinococcus* sp. are very important in terms of public health and economics, there is no study on genotyping of *Echinococcus* sp. in Uzbekistan. Materials and Methods. In this study, the isolated parasites from patients (52 hydatid cysts), jackal (1 adult worm), sheep (6 hydatid cysts), and dog (1 adult worm) in Uzbekistan were analyzed by sequencing of mitochondrial DNA (*cox1* and *nad1*). Results. The G1 (G1-G3) types was dominant in human cases in Uzbekistan. One isolate was identified as G4 type from human samples, which was first human case. We also found only G1 type was identified from isolates of jackal, sheep, and dog. The genotypes among G1-G3 were not significantly different between each type, and the genotypes according to infected organs were also not significantly different. Conclusion. As a result, those genotypes were also G1 (G1-G3) types as that of humans, suggesting that jackal, sheep, and dog may be involved in the infection route of human case in Uzbekistan. The first identification of genotypes of *Echinococcus* sp. in Uzbekistan will help perform the genetic analysis and epidemiological studies of *Echinococcus* sp. in Uzbekistan.

«СОДЕРЖАНИЕ»

<b>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Тогаев И.У., Бургутов М.Д.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ .....	5
<b>Абдиев Т.А., Махмудова Л.Б., Саидахмедова Д.Б., Раббимова Н.Т.</b> НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА .....	5
<b>Абдукадырова М.А., Хикматуллаева А.С., Шарапов С.М.</b> ВЫЯВЛЕНИЕ anti-HCV СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН .....	5
<b>Абдуллаева Ф.Г., Иноятова Ф.И.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ HBsAG-СТАТУСА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ HBV-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ .....	6
<b>Абдуллаева О.И., Таджиев Б.М., Каримова З.К., Даминова М.Н., Расулова З.Д., Даминова Х.М.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ВИЧ ИНФЕКЦИИ .....	7
<b>Абдурахимова А.Ф., Худоярова Г.Н., Муратова З.Т., Балаян Э.В.</b> ЭХИНОКОККОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕЦИЛОМИКОЗОМ .....	7
<b>Абдухалилова Г.К., Ким Л., Ахмедова Д.Р.</b> ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В НАЦИОНАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ АНТИМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СТАНДАРТА ИСО 15189:2012 .....	8
<b>Акалаев Р.Н., Арипходжаева Ф.А., Арипходжаева Г.З., Рузметов Д.В., Абдуллаев А.Н., Рашидова С.А.</b> ПРОБЛЕМЫ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В, С И D В ОТДЕЛЕНИЯХ ГЕМОДИАЛИЗА .....	9
<b>Алиев Б.Р.</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И D .....	9
<b>Алиев А.Ш., Алиев Ш.Р., Абдурахмонова К.Р.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНИЧКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОЖИ .....	10
<b>Альтаева А.Ж.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН С 2007 ПО 2017 ГОДЫ .....	10
<b>Амиреев С., Саттаров А.И., Кусаинова А.Ж.</b> ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА В КАЗАХСТАНЕ: ДОСТИЖЕНИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ, НОВЫЕ ВЫЗОВЫ, УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ .....	11
<b>Анваров Ж.А., Ахмедова М.Д., Абдиев Ф.Т.</b> ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА .....	12
<b>Мамедов А.Н., Сувонкулов У.Т., Саттарова Х.Г., Садилов З.Ю., Ачилова О.Д., Муратов Т.Д.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ECHINOCOCCUS GRANULOSUS .....	12
<b>Арипова Т.У., Поляруш С.В., Хасанова Л.Н., Саибназаров А.Ш., Рыскулов Ф.Т., Насриддин У.К., Ташмухамедова М. Р.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОБЛОТИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ БАКТЕРИОЗОВ (НА ПРИМЕРЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА, МИКОБАКТЕРИОЗА, КЛОСТРИДИОЗА И БРУЦЕЛЛЕЗА) .....	13
<b>Арипходжаева Г.З., Рашидова С.А.</b> ЗНАЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С .....	13
<b>Ахмедов И.Ф., Абдухалилова Г.К., Бектимиров М.Т.</b> ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ШТАММОВ E. COLI ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗ ПРОБ ОТ ТУШЕК КУР .....	14
<b>Ахмедов Ш.К., Орипов Р.А., Жураева Ф.Ф.</b> СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК .....	14

<b>Ахмедов Ш.К., Алиева Ш.И., Нуруллаева А.А.</b> МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ЧЕСОТКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	15
<b>Ахмедов Ш.К., Нуруллаева А.А., Курбонов Ш.И.</b> НЕКОТОРЫЕ СВЕДЕНИЯ О КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗАХ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ .....	15
<b>Ахмедова Д.Р., Абдухалилова Г.К., Ташпулатова М.К.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ .....	16
<b>Ахынбекова Ә., Абдрахманова Ж., Ауезханов С., Юсупова А., Есемурат Н., Раимкулов Г., Абдухаимов Б.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ БРУЦЕЛЛЕЗА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ .....	17
<b>Ачилова М.М., Раббимова Н.Т., Тиркашев О.С., Матякубова Ф.Э., Муминова Ш.Ш.</b> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ .....	17
<b>Ачилова О.Д., Сувонкулов У.Т., Саидахмедова Д.Б., Садиков З.Ю.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ У ДЕТЕЙ .....	18
<b>Ачилова О.Д., Сувонкулов У.Т., Муратов Т.И., Саттарова Х.Г.</b> НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕЧЕНИ .....	18
<b>Бабажанов А.С., Ахмедов А.И., Тоиров А.С.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗОСА .....	19
<b>Бабажанов А.С., Тухтаев Ж.К., Ахмедов А.И., Худойназаров У.Р.</b> ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ .....	19
<b>Баешева Д.А., Шайдаров М.З., Адекнов С.М., Тулегенова Г.К., Махамбетов К.О., Тулеуова Г.Х.</b> ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРЕПАРАТА «САУСАЛИН» В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВООПИСТОРХОЗНОГО СРЕДСТВА .....	20
<b>Байжанов А.К., Утегенова С.К., Осланов А.А.</b> НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ .....	21
<b>Бегишева Р.Р., Меркушкина Т.А., Сафиуллин А.И., Залялиева М.В.</b> ПОКАЗАТЕЛИ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА И СВОБОДНОГО ТИРОКСИНА У ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ .....	21
<b>Бобоева Н.Т.</b> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ОТ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ .....	22
<b>Бобокулов Н.А., Гафаров Р.Р.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗОСА МОЧЕВОГО ТРАКТА .....	23
<b>Бондаренко И.Г.</b> БИОХИМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ АНТИГЕЛЬМИНТНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА У ЧЕЛОВЕКА .....	23
<b>Н.К. Валиева, Ф.И. Иноятова</b> РЕПЛИКАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ВИРУСОВ В ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ МИКСТ ГЕПАТИТОВ В+С И В+С+D У ДЕТЕЙ .....	24
<b>Валиева Н.К., Лутфуллаев У.Л., Гулямова З.Р., Хотамова Г.Б.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОТОМИКОЗОВ .....	24
<b>Валишин Д.А., Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Галимов Р.Р., Дмитриев А.С., Галиева А.Т.</b> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ .....	25
<b>Вахобов Т.А.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХИНОКОККОВОЙ ЖИДКОСТИ КИСТ И СЫВОРОТКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЮДЕЙ И ЖИВОТНЫХ .....	25

<b>Вахобов Т.А., Саидахмедова Д.Б., Абдиев Т.А., Качугина Л.В., Файзиев Ш.М., Куркина Т.Н.</b> ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНЫХ ИНВАЗИЙ НА ТЕЧЕНИЕ КОЖНЫХ ПАТОЛОГИЙ .....	26
<b>Гулямов Н.Г., Мирзажоннова Д.Б., Ахмедова М.Д.</b> ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ БРЮШНОГО ТИФА С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЭ .....	26
<b>Гулямов Н.Г., Долимов Т.К., Мухитдинова Д.С., Назаров Э.У.</b> ПОДХОДЫ К НАЗНАЧЕНИЮ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ .....	27
<b>Гулямов Н. Г., Садикова Н.М., Мирзажанова Д.Б.</b> ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ ПРИ СЛАБОМ И ВЫРАЖЕННОМ ИММУНОГЕНЕЗЕ В ОТВЕТ НА ВОЗДЕЙСТВИЕ БРЮШНОТИФОЗНОГО АНТИГЕНА .....	27
<b>Даминова М.Н., Таджиев Б.М., Расулова З.Д., Абдуллаева О.И., Даминова К.М., Каримова З.К.</b> РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ТЕРАПИИ .....	28
<b>Дильмурадова К.Р.</b> РЕЗЕРВ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ .....	29
<b>Дильмурадова К.Р., Саидмурадова Р.С.</b> ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ .....	29
<b>Дусияров М.М., Шеркулов К.У., Шодмонов А.А.</b> ЭНДОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ .....	30
<b>Дустова Н., Хотамова М.Т.</b> УГРОЖАЮЩИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ВЫЗВАННЫЕ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ .....	31
<b>Дусчанов Б.А., Нуралиев Н. А., Садуллаев О.К.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МИКРОБИОЦЕНОЗОВ КИШЕЧНИКА ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЯХ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ И В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ .....	31
<b>Егембердиева Р.А., Сейдуллаева Л.Б., Дуйсенова А.К., Утаганова Т.К., Шапиева Ж.Ж.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАВОЗНОЙ МАЛЯРИИ В Г.АЛМАТЫ .....	32
<b>Егорова С.А., Кафтырева Л.А.</b> ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВОЗБУДИТЕЛЯ БРЮШНОГО ТИФА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОГО НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2005-2017 гг. ....	32
<b>Еремушкина Я.М., Кускова Т.К., Мигманов Т.Э.</b> КОРЬ, КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	33
<b>Жахонгиров Ш.М., Саттарова Х. Г., Эшимова Ш.К.</b> О ВИДОВОМ СОСТАВЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОСКИТОВ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА .....	34
<b>Жумаева З.Ж., Очиллова Д.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА ЗУБОВ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ .....	34
<b>Жумаева З.Ж., Жумаева А.А.</b> ОСОБЕННОСТИ РАСПРАСТРАНЕННОСТИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ .....	35
<b>Жураева Ф. Ф., Ахмедов Ш. К., Абдуллаев Х. Д.</b> КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕКОТОРЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ АССОЦИИРОВАННЫХ С ЛЯМБЛИОЗОМ .....	35
<b>Зикиров Э.Ш., Ташпулатов Ш.А., Жураев Ш.А.</b> ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ У БОЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА .....	36
<b>Зубайдуллаева М.Т., Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Каримова Ф.У., Кадирова Д.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА .....	36
<b>Ибадова Г.А.</b> ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА .....	37

<b>Ибадуллаева Н.С., Норбаев И.М., Локтева Л.М., Жолдасова Е.А., Казакова Е.И.</b> НЕСТРУКТУРНЫЙ БЕЛОК NSP3 В ДИАГНОСТИКЕ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ .....	38
<b>Ибрагимова Э.Ф., Качалиев Х., Узакова Г.З.</b> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ .....	38
<b>Имамбаева Г.Г., Атыгаева С.К., Абдрахманова Ж.У., Дауленова С.К.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА АСТАНА .....	39
<b>Иноятова Ф.И., Иногамова Г.З., Кадырходжаева Х.М., Ахмедова А.Х.</b> ЗНАЧЕНИЕ ГЕННЫХ МОДИФИКАЦИЙ HFE В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПЕРЕГРУЗКИ ЖЕЛЕЗА .....	39
<b>Иноятова Ф.И., Икрамова Н.А., Иногамова Г.З., Кадырходжаева Х.М.</b> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГЕМОГРАММЫ В ТЕЧЕНИИ АНЕМИИ ВОСПАЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В .....	40
<b>Ирсимбетова Н.А., Сейтханова Б.Т., Алтынбекова А.М.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И АНАЛИЗ ВЫВЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ЗА 4 МЕСЯЦЕВ 2018 ГОДА ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ЮКО) .....	41
<b>Ирсимбетова Н.А., Долтаева Б.З., Тулендиева К.А.</b> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ЮКО) .....	41
<b>Искандарова Г.Т., Юсупхужаева А.М.</b> САНИТАРНО ГЕЛЬМИНТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОЧНЫХ ВОД И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ НА ОЧИСТНЫХ СООРУЖЕНИЯХ ГОРОДА ТАШКЕНТА .....	42
<b>Исламова Ж.И., Хушбактова З.А., Сыров В.Н.</b> ВИТАНОЛИДЫ В КАЧЕСТВЕ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ АНТИГЕЛЬМИНТИКОВ .....	43
<b>Кадамов Д.С.</b> К ИЗУЧЕНИЮ ЗАРАЖЕННОСТИ КОМАРОВ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ТРАНСМИССИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ .....	43
<b>Казакова Е.И.</b> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ВАЖНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛЬЦЕВОЙ КОВАЛЕНТНО ЗАМКНУТОЙ ДНК У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ .....	44
<b>Каландаров М.К., Маматхужаев А.С.</b> ПОКАЗАТЕЛИ СРЕДНЕГО ДИАМЕТРА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В ПРИ СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ .....	44
<b>Камалова М.К.</b> ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ .....	45
<b>Каримов Н., Одилова Г.М.</b> МИКРОФЛОРА ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ .....	45
<b>Кафтырева Л.А., Егорова С.А.</b> ГЛОБАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕНДЕНЦИИ БРЮШНОГО ТИФА .....	46
<b>Кобилова Ш.Ш., Лутфуллаев Г.У., Лутфуллаева Г.У., Ортиков А.А.</b> ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИОННОГО НАРУЖНОГО ОТИТА В ЛЕТНИЕ МЕСЯЦЫ .....	47
<b>Кадирова Н.Э., Ибадова Г.А.</b> ОСНОВЫ ДЕРМАТОГЛИФИКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ ПРИМЕНЕНИЯ В ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ .....	47
<b>Круглова О.В., Высоцкая А.Л., Сацута С.В., Бондаренко Я.В., Самарцев В.Н., Саламадзе О.А., Нужный Р.А., Козлова А.Г.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАБЛЕТИРОВАННОЙ ФОРМЫ КРЕМНИЯ ДИОКСИДА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАРЕЕЙ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ .....	48
<b>Кудратова М.П., Эшболтаева Б.С., Тухтаева Ф.И.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОБСТРУКТИВНЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХИТОВ НА ФОНЕ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА .....	48

<b>Кулжанова Ш.А., Конкаева М.Е., Смагулова З.К.</b> ОПИСТОРХОЗ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН .....	49
<b>Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Азимов Р.Р., Умиров Х.А., Вохидов Ж.Ж.</b> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ .....	50
<b>Курчиев М.Ю.</b> ИКСОДОВЫЕ КЛЕЩИ И ИХ РОЛЬ В ПЕРЕНОСЕ КРЫМСКАЯ-КОНГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ТАДЖИКИСТАНЕ .....	51
<b>Кусаинова А.Ж., Амиреев С., Саттаров А.И.</b> ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННАЯ РАБОТА О РОЛИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ КАК ЧАСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ .....	52
<b>Локтева Л.М., Шарапов М.Б., Алиева Л.Е.</b> ПАРВОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЛИЦ С ИММУНОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....	53
<b>Лутфуллаев Г.У., Валиева Н.К., Хотамова Г.Б., Султонова Н.Ф.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИНОЛИЗАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИНОМИКОЗОВ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ .....	53
<b>Лутфуллаев Г.У., Неъматов У.С., Хамраев Ф.Х., Толипов С.У.</b> РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	54
<b>Лутфуллаев У.Л., Хамраев Ф.Х., Неъматов У.С., Хайдаров Г.З.</b> НОЗОКОМИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ .....	54
<b>Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш., Лутфуллаева Г.У., Рустамов У.Ж.</b> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАПИЛЛОМАМИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ .....	55
<b>Макарова М.А., Матвеева З.Н., Кафтырева Л.А.</b> ЭНТЕРОГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ <i>ESCHERICHIA COLI</i> , ВЫДЕЛЕННЫЕ В 2010-2015 гг. ОТ ПАЦИЕНТОВ С ДИАРЕЙНЫМ СИНДРОМОМ .....	56
<b>Максудова З.С., Ахмедова М.Д., Ниязова Т.А., Ташпулатова Ш.А.</b> КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ БОТУЛИЗМОМ ПРОШЕДШИХ В КЛИНИКЕ НИИЭМИЗ .....	56
<b>Маматкулов И.Х., Дусчанов Б.А., Косимов О.Ш., Акбаров А.А.</b> НОВЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ БРУЦЕЛЛЕЗА В СТРАНАХ С ОТГОННЫМ ЖИВОТНОВОДСТВОМ .....	57
<b>Маматкулов И.Х., Атабеков Н.С., Игнатов П.Е., Бердиева З.И., Маматкулов А.И.</b> УРОВЕНЬ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ПРЕПАРАТ «ИММУН-5» НА ФОНЕ АРВТ .....	58
<b>Мамедов А.Н., Сувонкулов У.Т., Саттарова Х.Г., Садиков З.Ю., Ачилова О.Д., Муратов Т.Д.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ <i>ESCHINOCOCCUS GRANULOSUS</i> .....	58
<b>Махмудова Л.Б., Абдиев Ф.Т., Нарзиева Г.Ж., Дусчанов Б.А.</b> ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЯХ .....	59
<b>Мигманов Т.Э., Еремушкина Я.М., Кускова Т.К.</b> РЕОРГАНИЗАЦИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ И МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ .....	59
<b>Миррахимова Н.М., Ибрагимов А.А., Гулямов Н.Г., Ахмедова Х.Ю.</b> ЗНАЧЕНИИ ГЕНОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МАКРООРГАНИЗМА В ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО БРУЦЕЛЛЕЗА .....	60
<b>Муковозова Л.А., Смаил Е.М., Оспанова Ж.М., Садвакасова А.К., Исабаева Э.К., Кузнецова М.В.</b> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭНТЕРОБИОЗА В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ .....	61
<b>Мулладжанова К.А.</b> ПОСТДИАРЕЙНЫЙ СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	61

<b>Муратов Т.И., Ачилова О.Д., Садилов З.Ю., Саттарова Х.Г., Раббимова Н.Т., Мамедов А.Н., Сувонкулов У.Т.</b>	
НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА .....	62
<b>Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я.</b>	
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЁГКИХ .....	62
<b>Муртазаев З.И., Рустамов М.И., Юнусов О.Т.</b>	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ .....	62
<b>Мустаева Г.Б.</b>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ .....	63
<b>Мустапаева А.А.</b>	
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЦИСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА В ЭНДЕМИЧНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН .....	64
<b>Насирова А.Р.</b>	
К ВОПРОСУ О ЗНАЧЕНИИ ПИТАНИЯ, КАК ОСНОВНОГО ФАКТОРА, ВЛИЯЮЩЕГО НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ .....	64
<b>Неъматова Н.Ў.</b>	
ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ. ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА .....	65
<b>Нурматова Н.Ф., Иноятова Ф.И.</b>	
ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В .....	66
<b>Нурмухамедова Р.А., Садирова М.А.</b>	
НАБЛЮДАТЕЛЬНАЯ НЕИНТЕРВЕНЦИОННАЯ ПРОГРАММА «ЭРМИТАЖ» В ЛЕЧЕНИИ ОРВИ И ГРИППА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОП В УЗБЕКИСТАНЕ .....	66
<b>Облокулов А.Р., Вахабов А.А.</b>	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА .....	67
<b>Одилова Г.М.</b>	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СТРЕПТОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ .....	67
<b>Одилова Г.М., Шайкулов Х.Ш., Болтаев К.С.</b>	
БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КИШЕЧНЫХ ПАЛОЧЕК, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ КОЛИИНФЕКЦИЕЙ .....	68
<b>Орипов Р.А., Ахмедов Ш.К., Жумаева Д.Х.</b>	
ЗНАЧЕНИЕ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА ....	69
<b>Отарбаева А.П., Айнабек Г.А., Кульжанова К.Ж.</b>	
АНТИБИОТКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОСНОВНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ ПО ДАННЫМ ШГИБ .....	69
<b>Поляруш С.В., Мусаходжаева Д.А., Арипова Т.У., Хасанова Л.Н., Масенцова Н.А., Камалов З.С., Саибназаров А.Ш., Рыскулов Ф.Т., Насриддинов У.К., Файзуллаева Н.Я., Худойбергандов Я.К., Ташмухамедова М. Р.</b>	
ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ДИСБИОЗА МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА С ПАРАЗИТОЗАМИ И ИХ РОЛЬ В РАЗВИТИИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ .....	70
<b>Понировский Е.Н., Баранец М.С., Коваленко Д.А., Морозова Л.Ф.</b>	
ПАРАЗИТАРНЫЕ СИСТЕМЫ ЛЕЙШМАНИОЗОВ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ .....	71
<b>Раббимова Н.Т., Сувонкулов У.Т., Данияров Б.Э.</b>	
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН .....	71
<b>Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Арзиев И.А., Умиров Х.А., Аззамов Ж.А.</b>	
ЗНАЧЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ .....	72
<b>Рахматуллаева Ш.Б., Динмухаммадиев Н.А., Турдалиев Ш.</b>	
ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ .....	73
<b>Рожкова С.Н., Назарова И.Д., Салихова М.З.</b>	
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ .....	73

<b>Розумбетов Р.Ж., Исмаилова А.А., Петрова Т.А., Долимов Т.К., Касимова М.С., Рахимжанов А.А., Сайдалиев А. Э., Адылов Д.Г.</b> ОЦЕНКА ПРОДУКЦИИ ИНТЕРФЕРОНА- $\alpha$ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С В УЗБЕКИСТАНЕ .....	74
<b>Рустамов М.И., Дусияров М.М.</b> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ПЕЧЕНИ .....	75
<b>Рустамов М.И., Юнусов О.Т., Шодмонов А.А.</b> ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ .....	75
<b>Саидалиев С.С., Искандарова Г.Т., Рахманова Ж.А., Зоирова Н.Т.</b> ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ-ПАЗАРИТОЛОГОВ В ТАШКЕНТСКОМ ИНСТИТУТЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ .....	76
<b>Саидахмедова Д.Б., Качугина Л.В., Мамедов А.Н., Сайфиев Ф.А.</b> ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАЗИКВАНТЕЛЯ В СОЧЕТАНИИ С АЛЬБЕНДАЗОЛОМ ПРИ ТЕРАПИИ ЭХИНОКОККОЗА У ЛЮДЕЙ .....	76
<b>Сайдалиева М., Алиев Б.Р., Хидирова М.Б.</b> МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ ПОЯВЛЕНИЯ МУТАНТНЫХ ФОРМ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В ХОДЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА .....	77
<b>Самиев А.С., Хакимова С.З., Мамурова И.Н.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА ПРИ TORCH ИНФЕКЦИИ .....	77
<b>Саъдинов П.О, Жураев Ш.А.</b> ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ДИАРЕЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ .....	78
<b>Сейдулаева Л.Б., Егембердиева Р.А., Оспанбекова Н.К., Утаганова Т.К., Шабдарбаева Г.С., Шапиева Ж.Ж.</b> ФИЛЯРИОЗ – СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ .....	78
<b>Сергалиева А.Ш., Мурзагалиева Г.К.</b> КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ .....	79
<b>Собирова Д.Р., Нуралиев Н.А.</b> МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ПРОДУКТ .....	79
<b>Сувонкулов У.Т., Ачилова О.Д., Муратов Т.И., Садиков З.Ю.</b> КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С ЛЯМБЛИОЗОМ .....	80
<b>Сулейманов С.Ф., Мансурова М.Х., Аллаева А.Н., Козимов Ю.А.</b> ПОВЫШЕНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ПРОТЕКТИВНЫЙ АНТИГЕН СИБИРЕЯЗВЕННОГО МИКРОБА .....	81
<b>Сулейманов С.Ф., Сулейманова Г.С., Халимова Ф.М., Холлиева Д.Х.</b> ИЗУЧЕНИЕ АНТИГЕННЫХ СВОЙСТВ ГИАЛУРОНИДАЗЫ ГЕЛЬМИНТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ .....	81
<b>Терешин В.А., Меркулова Н.Ф., Могиленец Е.И., Екимова Н.А.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНТЕРОСОРБЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ОРОФАСЦИАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ .....	82
<b>Тойчиев А.Х., Наврузов Б.С., Пазылова Д.У., Ибрагимов А.Ю., Бадалова Н.С., Осипова С.О.</b> ВЛИЯНИЕ АНТИБЛАСТОЦИСТНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ .....	83
<b>Ташпулатов Ш.А., Кузменько Т.Н.</b> СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПИЩЕВЫМ БОТУЛИЗМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОГО ПРОЦЕССА .....	83
<b>Ташпулатов Ш.А. Хужакулов Д.А.</b> КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ОСНОВНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПИЩЕВОМ БОТУЛИЗМЕ У ДТЕЙ .....	84

<b>Турицин В.С., Сувонкулов У.Т., Садиков З.Ю., Муратов Т.И., Мамедов А.Н.</b> ПСОВЫЕ – ИСТОЧНИКИ ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧЕЛОВЕКА .....	85
<b>Уралов Ш.М., Жураев Ш.А., Исраилова С.Б.</b> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ СЕМЕЙНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ № 3 г. САМАРКАНДА .....	85
<b>Утегенова С.К., Байжанов А.К.</b> ВСТРЕЧАЕМОСТЬ И ТИПОЛОГИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ .....	86
<b>Утепбергенова Г.А., Аккошкарова А.О., Калкабаева С.А., Сагитова С.С., Шерметова М.Б.</b> АНАЛИЗ ПАРАЗИТАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЮЖНОМ КАЗАХСТАНЕ .....	86
<b>Утепбергенова Г.А., Жанибекова М.П., Масабава А.Т., Тажибаева А.Б.</b> КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОВИРУСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЭРГОФЕРОН .....	87
<b>Хайбуллина З.Р., Садыков Р.А., Ким О.В., Азимова М.Т.</b> ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА КОМПЛЕКСНЫХ ПОЛИМЕРНЫХ ПОДЛОЖЕК ДЛЯ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ СИСТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА .....	88
<b>Хакимова С.З., Шарипова Г.К.</b> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ .....	88
<b>Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С.</b> ИНФИЦИРОВАННОСТЬ БРУЦЕЛЛЕЗОМ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ .....	89
<b>Хамидова Н., Хотамова М.Т.</b> ПОСЛЕРОДОВАЯ БАКТЕРИУРИЯ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АМОКСИЦИЛЛИНОМ .....	89
<b>Хидирова М.Б., Алиев Б.Р., Сайдалиева М., Абдукадырова М.А.</b> МОДЕЛИРОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ HBV ЭТИОЛОГИИ С УЧЕТОМ МИКРО РНК РЕГУЛЯТОРОВ .....	90
<b>Хикматуллаева А.С., Абдукадырова М.А., Жураева Д.Э.</b> КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРУСНЫХ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ .....	90
<b>Хикматуллаева А.С., Абдукадырова М.А.</b> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ HBsAg, СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ....	91
<b>Хотамова М.Т.</b> ОСОБЕННОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО РАЗРЫВА ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК .....	91
<b>Худайберанова Н.Х.</b> HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ И АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА .....	92
<b>Худайберанова Н.Х.</b> HELICOBACTER PYLORI ИНФЕКЦИЯ И ОТСТАВАНИЕ В РОСТЕ У ДЕТЕЙ .....	92
<b>Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Кадиров Ж.Ф., Эрматов Б.С.</b> ВИЧ - ИНФЕКЦИИ И ХЕМОКИНОВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ CCR-5 .....	92
<b>Худойдодова С.Г.</b> ЗНАЧЕНИЕ ДИЕТОЛОГИИ АВИЦЕННЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ .....	93
<b>Хужакулов Д.А., Худаярова Г.Н.</b> ТЕЧЕНИЕ ПИЩЕВЫХ ТОКСИКОИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ .....	93
<b>Шавази Н.М., Закирова Б.И., Атаева М.С., Карджавова Г.А., Рашидова М.В.</b> КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА .....	94
<b>Шавази Н.М., Закирова Б.И., Ибрагимов М.Ф., Алланазаров А.Б., Турсункулова Д.А.</b> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АТОПИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ .....	94

<b>Шайкулов Х.Ш., Вахидова А.М., Муратова З.Т.</b> ВЛИЯНИЯ МНОГОКРАТНЫХ ПЕРЕСЕВОВ КУЛЬТУР ЭШЕРИХИЙ НА ПРОДУКЦИЮ ИМИ ГЕМОЛИЗИНА .....	95
<b>Шайкулов Х.Ш., Хужакулов Д.А., Юсупов М.И.</b> ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ПОНОСАХ У ДЕТЕЙ .....	95
<b>Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Галимов Р.Р., Латыпова Г.Р., Старостина В.И.</b> ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНЫЙ РЕТИНИТ В ПРАКТИКЕ ИНФЕКЦИОНИСТА .....	96
<b>Шамсивалиева К.А., Имамбаева Г.Г., Колос Е.Н., Бектаева Р.Р.</b> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЯМЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В ПЕРВОМ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ .....	97
<b>Шамсиев А.М., Садиков З.Ю., Сувонкулов У.Т., Муратов Т.И., Ачилова О.Д., Саттарова Х.Г., Мамедов А.Н.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЦИСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА .....	97
<b>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Боймуратов Н.С., Бобомуратов А.Н.</b> ЭХИНОКОККОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ.....	98
<b>Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Суванкулов У.Т., Рузиев Ж.А., Ибрагимов О.А</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ .....	98
<b>Шамсиев Ж.А., Шамсиев А.М., Давранов Б.Л., Тогаев И.У., Данияров Э.С.</b> СОЧЕТАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ У ДЕТЕЙ .....	99
<b>Шатаева Н.Т., Дусмагамбетов М.У., Дусмагамбетова А.М.</b> О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОПИСТОРХОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН .....	99
<b>Шербеков У.А., Байсариев Ш.У., Шеркулов К.У.</b> ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ .....	100
<b>Шербеков У.А., Сайдуллаев З.Я., Шодмонов А.А.</b> ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАДИНА ДЛЯ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ .....	100
<b>Шеркулов К.У., Байсариев Ш.У., Дусияров М.М.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ТАМПОНАДЫ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ КРУГЛОЙ СВЯЗКОЙ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ .....	100
<b>Эргашева З.Н., Мирвалиева Н.Р., Дустов Ф.А.</b> ВСТРЕЧАЕМОСТЬ КАНДИДОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ....	101
<b>Эргашева З.Н., Дустов Ф.А.</b> КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОБИОТЫ ПОДМЫШЕЧНЫХ ВПАДИН У СТУДЕНТОВ ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ .....	102
<b>Эргашева М.Я.</b> ЧАСТОТА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ И СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОЗНЫМ МЕНИНГИТОМ .....	102
<b>Юлдашев С.Ж., Ибрагимова Э.Ф.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОЗИНА ПРАНОБЕКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ .....	103
<b>Юльчибаев М.Р., Мулладжанова К.А.</b> ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СЕПСИСЕ У ДЕТЕЙ ДО ОДНОГО ГОДА .....	103
<b>Юсупалиева Г.А., Иноятова Ф.И.</b> ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ .....	104
<b>Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Имамов Д.О., Давранов Б.Л.</b> ПРИМЕНЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ .....	105
<b>Ядгорова Н.Т., Бочкарева Н.Н., Рахимжонова Г.А.</b> ХАРАКТЕРИСТИКА НЕИНВАЗИВНОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ ВПЧ ...	106

<b>Якупова Ф.М, Фазылов В.Х.</b> ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОГО ПУТИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В .....	106
<b>Ярмухамедова Н.А., Орипова П.О., Раббимова Н.Т., Муминова Ш.Ш.</b> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОГО МЕНИНГИТА .....	107
<b>Ярмухамедова Н.А., Ярмухамедова М.К., Мустафаев А.</b> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С .....	107
<b>Абдуллаев У.М., Алиев Ш.Р., Мирвалиева Н.Р.</b> АДЕНОВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАРДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИ .....	108
<b>Абидов З.И., Ахмедова М.Д.</b> КАНАЛИ ҚАЙТАЛАМА ТЕРЛАМА КАСАЛЛИГИ ЎЧОҚЛАРИДА ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА ЭНТОМОЛОГИК НАЗОРАТ .....	109
<b>Аладова Л.Ю., Эргашев Б.М., Бегматов Б.Х.</b> ВГВ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ОИВ КОИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ .....	109
<b>Алматов Б.И., Нуралиева Х.О.</b> СУВ ОМБОРЛАРИ СУВИНИ МИКРОБИОЛОГИК ВА КИМЁВИЙ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ .....	110
<b>Ахмедова М.Д., Абдулхаков С.С., Ташпулатова Ш.А.</b> СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ ХУСУСИЯТЛАРИ .....	111
<b>Ахмедова М.Д., Абидов З.И., Ғайбуллаев Ф.Х.</b> НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ИЧКИ ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ .....	111
<b>Ахранова С.Т.</b> МИКОПАЗМА ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН ЎТКИР ПНЕВМОНИЯДА БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАР ТАҲЛИЛИ .....	112
<b>Бердимуродов Б. П.</b> КЛЕБСИЕЛЛА ВА ЦИТРОБАКТЕР ШТАММЛАРИНИНГ СУВДАГИ ЦИРКУЛЯЦИЯСИ .....	113
<b>Джўраева К.С., Муминова Ш.Ш.</b> АЙРИМ АҲОЛИ ҚАТЛАМЛАРИ ОРАСИДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В КАСАЛЛИГИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ .....	113
<b>Ёдгорова Н. Т.</b> ТОШКЕНТ ШАХРИДА ИСТИҚОМАТ ҚИЛУВЧИ БОЛАЛАРНИНГ ИЧАК МИКРОФЛОРАСИНИ БАҲОЛАШ .....	114
<b>Ёдгорова Н.Т., Жумамуродов С.Т., Мурадова И.А., Рахимжонова Г.А.</b> «ҚУРУҚ ҚОН ТОМЧИ» УСУЛИНИНГ ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ТАШХИСИДАГИ РОЛИ .....	115
<b>Ёдгорова Н.Т., Муродова И.</b> ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ЙИРИНГЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ .....	115
<b>Ёдгорова Н.Т., Орынбаева З.Н., Рахимжонова Г.А.</b> ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ВА ГЕПАТИТ С ТАШХИСИДАГИ «ҚУРУҚ ПРОБИРКА» УСУЛИНИНГ РОЛИ .....	116
<b>Каримова М.Т., Ниязова Т.А., Кутлиева Д.Б., Каримова Ф.У.</b> ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ЭНДОГЕН ИНТОКСИКАЦИЯ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ .....	116
<b>Қодирова Н.Э., Ибадова Г.А.</b> БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ БРУЦЕЛЛЁЗНИ РИВОЖЛАНИШИ ВА АВЖ ОЛИШ ЭХТИМОЛИНИ ОЛДИНДАН КЎРСАТИБ БЕРУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ АНИҚЛАШ .....	117
<b>Кудияров И.А., Садуллаева Х.А., Алланазаров А.А.</b> ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ АҲОЛИСИНИНГ РАДИАЦИОН ХАВФСИЗЛИГИНИ ТАЪМИНЛАШ МАВЗУСИДАГИ ИЛИМИЙ ТАДҚИҚОТ ИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ .....	118
<b>Маматхужаев А.С., Джураев М.Г.</b> АНДИЖОН ШАҲАРИДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАРНИ АҲОЛИ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧ ИНДЕКСИГА ТАЪСИРИ .....	118
<b>Матназарова Г.С., Неъматова Н.Ў.</b> ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛГИОК ХУСУСИЯТЛАРИ .....	119

<b>Матякубова Ф.Э., Раббимова Н.Т., Тиркашев О.С.</b> ШАРТЛИ ПАТОГЕН ФЛОРА ТОМОНИДАН ҚЎЗҒАТИЛАДИГАН ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА КЕЧИШИ .....	119
<b>Мулладжанова К.А.</b> СТАФИЛОКОКК ЭТИОЛОГИЯЛИ ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИНИ БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА КЕЧИШИ .....	120
<b>Муминова М.Т., Эргашов О.И., Қурбонов Б.Ш.</b> РОТАВИРУСЛИ ДИАРЕЯ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БИР ЁШГАЧА БОЛАЛАРДА КАСАЛЛИК РИВОЖЛАНИШИГА ТАЪСИР ЭТУВЧИ ОМИЛЛАР .....	121
<b>Мустанов А.Ю., Матназарова Г.С., Разиков Ф.</b> ДОРИЛАРГА ЧИДАМЛИ БЎЛГАН СИЛ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИНИНГ КЕНГ ТАРҚАЛИШ САБАБЛАРИ .....	121
<b>Мустанов Ж.А., Расулов Ш.М.</b> СУРХОНДАРЁ ВИЛОЯТИДА ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ .....	122
<b>Мустанов Ж.А., Расулов Ш.М.</b> ЎЗБЕКИСТОНДА ЛЕЙШМАНИОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ .....	122
<b>Нуралиева Х.О., Курбанова С.Ю., Султонова Ф.А.</b> ЎТКИР БАКТЕРИАЛ КОНЪЮНКТИВИТЛАР МИКРОБ ПЕЙЗАЖИНИНГ ЁШГА БОҒЛИҚ ҚИЁСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ .....	123
<b>Нуралиев Н.А., Сувонов К.Ж.</b> ТАЖРИБАВИЙ ИЧАК ТУТИЛИШИ МОДЕЛЛАРИДА ЭКСТРАИНТЕСТИНАЛ АЪЗОЛАРДАН УНГАН МИКРООРГАНИЗМЛАР МАНЗАРАСИ .....	124
<b>Нуралиев Н.А., Эргашев В.А.</b> ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАРДА ЛАБОРАТОРИЯ ҲАЙВОНЛАРИ БИЛАН ИШЛАШНИНГ ЭТИК ТАМОЙИЛЛАРИ АСОСЛАРИ .....	124
<b>Нурузова З.А.</b> ОИВ БЕМОРЛАРИДА ИЧАК МИКРОФЛОРАСИНИ ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ БАКТЕРИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИ .....	125
<b>Нурузова З.А., Мирвалиева Н.Р.</b> ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИДА ИФА ТАШХИСИНИНГ РОЛИ .....	126
<b>Облокулов А.Р., Элмуродова А.А., Облоқулова С.А., Абдуллаев Т.У</b> ЖИГАРНИНГ ВИРУСЛИ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ЭТИОЛОГИК ТИЗИМИ .....	126
<b>Орзиқулов А.О., Рустамова Ш.А., Караматуллаева З.Э.</b> ОХИРГИ ЙИЛЛАРДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ .....	127
<b>Осланов А.А.</b> МЕТАБОЛИК СИНДРОМЛИ ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В КАСАЛЛИГИДА ОВҚАТЛАНИШ ЭКОЛОГИЯСИ .....	128
<b>Осланов А.А., Байжанов А.К.</b> СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ В КАСАЛЛИГИДА ВИРУС ЮКЛАМАСИНИНГ КЛИНИК ВА БИОКИМЁВИЙ КЎРСАТКИЧЛАР БИЛАН АЛОҚАСИ .....	128
<b>Пулатов М.Э.</b> ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А НИ НВ - ИНФЕКЦИЯ БИЛАН ЎТУВЧИ МИКСТ ТУРЛАРИНИ КЕЧИШ КУРСАТКИЧЛАРИ .....	129
<b>Расулов Ш.М., Матназарова Г.С., Разиков Ф.</b> ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ .....	130
<b>Расулов Ш.М., Миртазаева Ф.Б.</b> ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ЭХИНОКОККОЗ ТАРҚАЛГАНЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАҲЛИЛИ ....	130
<b>Рустамова Ш.А., Орзиқулов А.О., Караматуллаева З.Э.</b> САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК ОМИЛЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ .....	131

<b>Рустамова Ш.А., Зикиров Э.Ш.</b> САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ НУРОБОД ТУМАНИ МИСОЛИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ОҚИБАТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ .....	132
<b>Самадова Х.С., Матчонова Б.Б., Муродуллаев А.А.</b> TORCH-ИНФЕКЦИЯЛАРНИНГ ТАШХИСИДА ИММУНОФЕРМЕНТ АНАЛИЗНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҲЛИЛИ .....	133
<b>Санадова Ж., Абсаттарова В.К.</b> ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ БОЛАЛАР ОРАСИДА ТИББИЙ КЎРИК НАТИЙЖАЛАРИ .....	133
<b>Сафарова Н.И., Лутфуллаев Г.У., Ортиков А.А., Рустамов У.Ж.</b> БУРУН ВА УНИНГ ЕНДОШ БУШЛИКЛАРИ ЗАМБУРУГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ .....	134
<b>Сувонкулов У.Т., Шамсиев Ж.А., Саттарова Х.Г., Мамедов А.Н., Садиков З.Ю., Муратов Т.И.</b> ЭХИНОКОККОЗНИ ЭНДЕМИК ҲУДУДЛАРДА ЭРТА АНИҚЛАШДА “МАҲАЛЛИЙ АНТИГЕН”ЛАР САМАРАДОРЛИГИНИ АНИҚЛАШ .....	134
<b>Темирова С.Ё., Ахмедова Х.Ю.</b> ГЕРПЕС ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ГИСТОМОСЛИК АНТИГЕНЛАРИНИ ТАХСИМЛАНИШИ .....	135
<b>Тиркашев О.С., Раббимова Н.Т., Юлдашев С.Ж.</b> БОЛАЛАРДА КЎКЙЎТАЛ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ЖИҲАТДАН КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ .....	136
<b>Тиркашев О.С., Раббимова Н.Т., Ачилова М.М., Матякубова Ф.Э.</b> САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА СИЛ ВА СУРУНКАЛИ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИНИНГ КО-ИНФЕКЦИЯ ТАРЗИДА КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ .....	136
<b>Тошбоев Б.Ю., Азизова Ф.Л.</b> АҲОЛИНИНГ ЭНТЕРАЛ ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ А БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ .....	137
<b>Узакова Г.З., Джўраева К.С., Жумаева Н.С., Орипова П.О.</b> ОХИРГИ ЙИЛЛАРДА МЕНИНГОКОККЛИ ИНФЕКЦИЯ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ВА ЭПИДЕМИОЛОГИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ .....	138
<b>Хакимова С.З., Мамурова И.Н., Самиев А.С.</b> НЕЙРОБРУЦЕЛЛЁЗ ФОНИДА КЕЧАДИГАН ЭНЦЕФАЛОПАТИЯЛАР ДИАГНОСТИКАСИ .....	139
<b>Шайкулов Ҳ.Ш., Одилова Г.М., Юсупов М. И.</b> ЛЯМБЛИОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДАН ГЕМОЛИТИК ИЧАК ТАЁҚЧАЛАРИНИНГ АЖРАЛИШИ ВА УЛАРНИНГ АНТИБИОТИКЛАРГА СЕЗГИРЛИГИ .....	139
<b>Шеркузиев Г.Ф., Курбанова Ш.И.</b> БОЛАЛАРДА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТИ .....	140
<b>Шеркузиева Г.Ф., Курбанова Ш.И.</b> АТРОФ МУҲИТ ОМИЛЛАРИНИНГ САНИТАР- ПАРАЗИТОЛОГИК ҲОЛАТИ .....	140
<b>Шермухамедов Т.Т.</b> ЭПИДЕМИК ПАРОТИТНИНГ ЗАМОНАВИЙ ШАРОИТЛАРДА КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ .....	141
<b>Шодиева Д.А., Жумаева Н.С., Узакова Г.З.</b> САМАРҚАНД ВИЛОЯТИ БЎЙИЧА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ С КАСАЛЛИГИ ЭПИДЕМИОЛОГИК АСПЕКТЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ЭТИШ .....	142
<b>Шодиева Д.А., Жумаева Н.С., Одилова Г.М.</b> БИР ЁШГАЧА БЎЛГАН БОЛАЛАРДА БАКТЕРИАЛ ЭТИОЛОГИЯЛИ ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИДА БИОПРЕПАРАТЛАРНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ .....	143
<b>Шокиров М. К.Махмудов А.Х. Мухидинова Ш.Б. Шеркулова Г.С.</b> ФАРҒОНА ВИЛОЯТИ ФАРҒОНА ТУМАНИДА КАНАЛИ ҚАЙТАЛАМА ТИФ КАСАЛЛИГИНИ КАМАЙТИРИШ БЎЙИЧА ЎТКАЗИЛГАН ЧОРА ТАДБИРЛАР .....	144
<b>Эргашев В.А.</b> ОСТЕОМИЕЛИТЛАР ҚЎЗФАТУВЧИЛАРИ МИКРОБ МАНЗАРАСИНИНГ ДИНАМИКАДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИГА ТАЪРИФ .....	144

<b>Юсупова М.Ю.</b> ЭНТЕРОБИОЗ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ШАХСИЙ ГИГИЕНАНИНГ АХАМИЯТИ .....	145
<b>Ярмухаммедова Н.А., Рустамова Ш.А., Муминова Ш.Ш.</b> САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА БРУЦЕЛЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ЁШГА ХОС КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ .....	146
<b>Askaryants V.P. Sa'dinov P.O, Omonova Ch.P.</b> ASPECTS OF FUNCTIONAL CHANGES IN THE GASTROINTESTINAL TRACT .....	147
<b>Davlatov S.S., Alieva S.Z.</b> INNOVATIVE AND HYBRID TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF ENDOTOXICOSIS IN PURULENT CHOLANGITIS .....	148
<b>Davydenko O.M., Myronik O.V.</b> APPLICATION OF WHITE COAL IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS ACUTE INTESTINAL INFECTION .....	148
<b>Kyu-Jae Lee</b> PILOT CONTROL PROGRAM OF ECHINOCOCCOSIS IN SAMARKAND, UZBEKISTAN .....	149
<b>Myronik O.V., Davydenko O.M.</b> EFFECTIVENESS OF "HEPADIF" HEPATATROTECTOR APPLICATION IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS CHRONIC HEPATITIS C .....	149
<b>Nuruzova Z.A.</b> BACTERIOLOGICAL INDEXES OF INTESTINAL MICROFLORA CHANGES IN HIV PATIENTS .....	150
<b>Tae-Soon Yong, Kyu-Jae Lee, Myeong Heon Shin, Hak Sun Yu, Suvonkulov U.T., Turicin V.S., Sadikov Z.Y., Gab-Man Park</b> INFECTION STATUS OF ECHINOCOCCUS GRANULOSUS IN DOMASTIC AND WILD ANIMALS IN THE SAMARKAND AREA, UZBEKISTAN .....	150
<b>Podboronov V.M., Samsonova A.P.</b> ABOUT THE POSSIBLE TRANSMISSION OF DIFFERENT PATHOGENS BY TICKS DURING BLOOD SUCKING AND RELATIONSHIP OF BACTERIA WITH THE ORGANISM TICKS-VECTORS .....	151
<b>Rakhmatullaeva M.M.</b> TO A PROBLEM OF A CHRONIC HEPATITIS AT PREGNANT WOMEN .....	151
<b>Rakhmanov K.E., Suyarova Z.S., Alieva S.Z., Umirov H.A.</b> SCORING IN THE CHOICE OF TACTICS FOR THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS .....	152
<b>Samsonova A.P., Petrov E.M., Savelyeva O.V., Ananyina Yu.V.</b> STUDIES ON LEPTOSPIROSIS IN CENTRAL ASIA REGION .....	152
<b>Seitkhanova B.T., Shapambayev N.Z., Omarova G.S., Kurmanbekova Sh.Zh., Doltayeva B.Z., Shapambayeva A.N.</b> INTESTINAL MICROFLORA OF NEWBORN NEONATES OF NEWBORNS DEPENDING ON THE FEEDING .....	153
<b>Seitkhanova B.T., Shapambayev N.Z., Omarova G.S., Alimzhanova G.T., Kurmanbekova Sh.Z., Abdramanova A.A., Shapambayeva A.N.</b> FENOTYPE OF THE EXCITER Y. ENTEROCOLITICA AND ITS IMPORTANCE FOR DIAGNOSTICS .....	153
<b>Suvonkulov Uktamjon Toirovich, Dmitriy Kovalenko, Tai-Soon Yong, Yoon-Soo Jang, Myeong Heon Shin</b> DIAGNOSTIC AVAILABILITY OF IGG ELISA IN HUMAN HYDATIDOSIS IN SAMARKAND, UZBEKISTAN .....	154
<b>Tai-Soon Yong</b> PAST AND PRESENT SITUATION OF PARASITIC INFECTIONS IN KOREA.....	154
<b>Hye-Jin Kim, Tae-soon Yong, Gyu-Jae Lee, Gab-Man Park, Myeong-Hyeun Shin, Uktamjon Suvonkulov, Dmitriy Kovalenko, Hak Sun Yu</b> GENOTYPIC AND PHYLOGENETIC CHARACTERISTICS OF ECHINOCOCCUS GRANULOSUS SENSU LATO IN UZBEKSTAN .....	155

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Для направления статьи в редакцию необходимо представить:

Сопроводительное письмо от учреждения, в котором выполнена работа.

Распечатанный вариант статьи в двух экземплярах.

Электронный вариант статьи на CD диске.

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

На первой странице статьи должна быть виза руководителя и печать направляющего учреждения, на последней странице - подпись всех авторов с указанием фамилии, имени и отчества, ученой степени, звания, почтового адреса, контактного телефона и адреса электронной почты для переписки.

В начале статьи указывают: название, фамилии и инициалы авторов, наименование учреждения(й), где выполнена работа.

Текст печатается на одной стороне листа А4, шрифт Times New Roman, размер 14, с двойным интервалом между строк, ширина полей 2 см, в текстовом редакторе WORD.

Структура оригинальной статьи должна быть следующей: введение, материалы и методы, результаты и их обсуждение, заключение или выводы, список цитируемой литературы.

Таблицы должны иметь заголовок. В тексте следует указать ссылку на таблицу, не допускается повторение данных, приведенных в ней.

Иллюстрации (фотографии, рисунки, схемы) должны быть контрастными и четкими. На обороте фотографии обозначают верх и низ, ставится номер рисунка, фамилия автора и название статьи. Допускается оформление иллюстраций в формате JPEG. Подписи к ним оформляются в порядке нумерации на отдельной странице. В тексте следует указать ссылку на иллюстрацию.

Формулы (физические, математические, химические) визируются авторами на полях.

Сокращения, кроме общепринятых (физических, химических и математических) величин не допускаются. В статье должна использоваться система единиц СИ. Аббревиатуры в названии статей не допускаются, а в тексте они должны расшифровываться при первом упоминании.

К статьям необходимо приложить рефераты и ключевые слова на русском, узбекском и английском языках с указанием названия, авторов, организации как на первой странице. Текст реферата объемом не более 150 слов должен отражать основные положения статьи. Необходимо что бы было УДК. Для статей в рубрику "Обзор литературы" и "Случай из практики" реферат не обязателен.

В списке литературы цитируемые авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала на русском, затем на иностранных языках). Ссылки на авторов в тексте приводятся в квадратных скобках с указанием их порядкового номера, согласно списка. Ответственность за правильность и достоверность данных, приведенных в списке литературы возлагается на авторов. При составлении списка литературы указываются: для книг - фамилия, инициалы авторов, название книги, место, издательство, год издания, количество страниц; для журнальных статей - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название журнала, год, номер, страницы (от - до); для статей из сборников - фамилия и инициалы авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, страницы (от - до); для авторефератов диссертаций - фамилия и инициалы автора, название диссертации, докторская или кандидатская, место издания, год, количество страниц.

Объем статей для рубрик "Клинические исследования", "Экспериментальные исследования", "Обзор литературы" и "Лекции" не должен превышать 8-10 страниц, включая таблицы, иллюстрации и список литературы. Для рубрик "Обмен опытом" и "Случай из практики" - не более 4-5 страниц.

Редколлегия оставляет за собой право редактировать, исправлять и сокращать статьи, без искажения их сути. Статьи, ранее опубликованные или направленные в другие журналы не принимаются. Статьи, не соответствующие настоящим требованиям рассмотрению не подлежат. Рукописи авторам не возвращаются. Отправка статей по электронной почте допускается в порядке исключения - только по согласованию с редакцией.

---

ISSN 2181-5674



9 772181 567405