



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ
ЖУРНАЛ

4

(85)
2015

PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE

АКАДЕМИЯ НАУК
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ С КЛИНИЧЕСКОЙ
ПАТОФИЗИОЛОГИЕЙ»
(Самарканд, 10 - 11 ноября 2015 г.)**

Научный журнал по теоретическим и
практическим проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

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

Ответственный за выпуск номера: З.Б. Курбаниязов

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Академия наук
Республики Узбекистан
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

pbim.uz

e-mail

redaksiya@pbim.uz

sammi-xirurgiya@yandex.ru

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарров	(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.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 06.10.2015.

Сдано в набор 05.11.2015.

Формат 60x84 1/8

Усл. п.л. 21

Заказ 271

Тираж 200 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

2014 году было проведено 21100 бактериологических исследований по оценке микробиологического пейзажа отделений, из них на кишечную группу 12494, на биоматериалы - 1042, на стерильность - 390, проб воздуха - 290, мазки из отделений - 1360, на сальмонеллу - 3649, исследование мазков сотрудников из слизистой носовых путей - 995 и из кожи ладоней - 193 анализов. Полученные результаты и их обсуждение: В состав педиатрического блока Самаркандского филиала РНЦЭМП входят ОРИТ, I и II отделения экстренной педиатрии. Коечный фонд отделений педиатрического блока составляет в сумме 56 коек, в течении 2014 года было госпитализировано более 18 000 больных, больные находились на стационарном лечении в среднем в течении 3,6 дней. В отделении детской реанимации и интенсивной терапии для контроля внутрибольничных инфекций в течении года было проведено 33 исследования. Enterobacteriaceae был выявлен в 3 случаях, по одному случаю S.aureus и дрожжевые грибки. В отделении экстренной педиатрии №1 из 26 исследований также были выявлены единичные случаи обнаружения S.aureus и дрожжевых грибков. Проведенные 24 бактериологических исследования дали отрицательные результаты в отделении экстренной педиатрии №2. При исследовании особенностей антибиотикорезистентности госпитальных штаммов в ОРИТ СФРНЦЭМП была выяв-

лена множественная устойчивость к таким антибиотикам, как ампициллин, амоксициллин, цефотаксим, цефтазидим, гентамицин. Выводы: В целом, учитывая высокую обращаемость больных в центр экстренной медицинской помощи, огромную текучесть больных и высокий оборот педиатрических коек в году, огромную нагрузку на медицинский персонал и повышенную вероятность развития нозокомиальных инфекций, по сравнению с другими подразделениями СФРНЦЭМП, микробный пейзаж в отделениях педиатрического блока можно считать относительно спокойным. Проводимый постоянный контроль за бактериологическим фоном отделений, тщательное соблюдение и выполнение санитарно-гигиенических требований в отделениях педиатрии оказывают содействие профилактики внутрибольничных инфекций. В результате повысится эффективность проведения специализированного лечения в центре экстренной медицинской помощи и можно будет значительно уменьшить сроки пребывания больных на стационарном лечении. Служба клинической микробиологии стационаров должна обеспечивать постоянное информирование клиницистов о состоянии резистентности госпитальной флоры отделений, что будет способствовать адекватному выбору антибактериальных средств, с учетом особенностей госпитальных штаммов.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

М.С. Атаева, С.С. Умарова, Ш.М. Уралов, Ш.М. Ибагова, М.Р. Джаббарова, Д.Ю. Ахмедова, Н.К. Нажмиiddинова

Самаркандский филиал республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, Самаркандский государственный медицинский институт

Материалы и методы исследования. Методом ретроспективного анализа нами была проведена статистическая обработка 530 историй болезни детей в возрасте до 1 года, находившихся на стационарном лечении в отделении интенсивной педиатрии №1 СФРНЦЭМП за период 2012-2014 годов с диагнозом ВП. Все больные были условно разделены на 2 группы. Первую группу составили 319 (60,2%) обследованных, у которых степень тяжести ВП усугублялась наличием БОС, во II группу вошли 211 (39,8%) больных острой ВП. Обсуждение результатов: Диагноз пневмонии у больных устанавливался на основании клинико-anamnestических, лабораторных и рентгенологических данных, констатация БОС основывалась на характерных клинических симптомах: одышка с признаками обструкции, «свистящее» дыхание, наличие дистанционных хрипов и перкуторного звука над легкими с корочечным оттенком. У большинства пациентов наблюдались изменения в клиническом анализе крови в виде лейкоцитоза со сдвигом влево (71,4%), повышенной СОЭ (74,6%). Каждый третий ребенок I группы родился от беременности, протекавшей с токсокозом в первой половине, во II группе - каждый четвертый. На раннем искусственном вскармливании детей из I группы было 62,2%, во II - 47,1%. Отягощенный семейный анамнез по

атопии и ее проявления в виде атопического дерматита у детей I группы встречался в 48% случаев, во II группе - у 39% наблюдаемых детей. Умеренная эозинофилия (6-8%) отмечалась у детей I группы в 13% случаев, у детей II группы - в 10%. Стартовая этиотропная терапия пневмонии у детей обеих групп проводилась цефалоспорином II или III-поколения. В комплекс терапии детей I группы дополнительно включалась небулайзерная терапия салбутамолом. В единичных случаях при тяжелом течении БОС включались системные глюкокортикоиды на 2-3 дня с последующим переходом на ингаляционные. Тем не менее, бронхиальная обструкция у большинства детей имела склонность к затяжному характеру течения (до 3-5 дней), что свидетельствовало в пользу инфекционно-воспалительного генеза основного заболевания. Выводы: Таким образом, у половины детей первого года жизни, для которых характерен неблагоприятный преморбидный фон, с переходом на раннее искусственное вскармливание, ВП протекает с БОС, с развитием нарушений вентиляционно-респираторной функции легких. Бронхиальная обструкция, развившаяся на фоне ВП у детей раннего возраста, требует дополнительного проведения бронхолитической и противовоспалительной терапии.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Д.О. Атакулов, М.Д. Бургуттов, Н.И. Бойжигитов, О.Д. Турсунов, А.Р. Алиев

Самаркандский государственный медицинский институт

Нами анализированы результаты бактериологического исследования интраоперационно взятого гноя у 201 детей с ОГО, проведенных в микробиологической лаборатории 2-клиники СамМИ за период с 2000 по 2014 гг. Среди обследованных у 34 детей была локальная форма

течения, у 167 - септикопиемическая, из них у 115 больных одновременно исследовали микрофлору гноя метастатических очагов: пиемических очагов мягких тканей, вторичных костных очагов, выпота из плевральной поло-