



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-

сти при легочно-плевральных осложнениях. Установлены некоторые различия в этиологии остеомиелита при различных формах его клинического течения. Так, в группе обследованных с локальной формой заболевания преобладал высеив монокультуры *St.aureus* у 29 (85%), микробная ассоциация выделена у 1 (2,8%) больного (*St. aureus* + *E.Coli*), у 4 (11,8%) больных посевы были отрицательными. При септикопиемической форме ОГО бактериальный пейзаж первичного гнойного очага у 128 (76,6%) больных был представлен монокультурой золотистого стафилококка. Эпидермальный стафилококк высеян у 1 (0,6%) пациента, кишечная палочка - у 8 (4,8%). У 28 (16,8%) больных высеяна микст-инфекция с кишечной, синегнойной палочкой и протеом. В 2 (1,2%) случаях посевы из первичного гнойного очага роста микрофлоры не дали. В посевах из метастатических очагов также преобладал *St.aureus*. Так, из пиемических очагов мягких тканей стафилококк высеян у 66,7%, из вторичных костных очагов - у 70%, из плевральной полости - у 51,5% больных. Всего из гнойных очагов золотистый стафилококк высеян в 71% случаев, эпидермальный стафилококк -

0,4%, кишечная палочка - 4,6%, в 14,2% - микст-флора, отрицательные посевы составили 9,9%. Бактериологическое исследование крови у 45 больных с септикопиемической формой заболевания дало положительный результат у 28 (62,2%) детей (золотистый стафилококк у 27, *E.coli* - у 1). В 17 (37,8%) роста микрофлоры не дали, что возможно связано с широким применением антибиотиков до поступления больных. Выделенная микрофлора обладала высокой чувствительностью к таривиду (100%), ципрофлоксацину (100%), цефтриаксону (98%), клафорану (92%), канамицину (86%), линкомицину (88%), гентамицину (80%). Таким образом, в настоящее время лидирующее место в этиологической структуре ОГО по-прежнему занимает монокультура золотистого стафилококка, который преобладает как в первичном очаге и в крови, так и в метастатических очагах. Ассоциации возбудителей остеомиелита чаще выявили у больных с развитием тяжелого сепсиса. Микробиологический мониторинг при ОГО позволяет идентифицировать этиологический фактор, объективно контролировать смену лидирующих групп микробов и является основой для построения рациональной программы антибактериальной терапии.

РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

Г. Ахмадалиев, О.В. Ефименко, Е.Д. Княжева, Э. Аблаева

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы. Изучение влияния наследственной отягощенности на формирование различных вариантов нарушений ритма сердца у детей. Материалы и методы исследования. Обследовались дети 7-14 лет (1733). Состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось с помощью ЭКГ исследования в 12 стандартных отведениях. Наследственная отягощённость оценивалась методом стандартного опроса (анкета Роуза) родителей на предмет выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы, случаев внезапной ненасильственной смерти у родственников, учет перенесенных заболеваний. Для изучения роли наследственности в патогенезе и формировании НРС нами, исследованы случаи семейной концентрации некоторых хронических заболеваний у родителей и родственников детей, у которых предварительно на ЭКГ были выявлены различные варианты нарушений ритма сердца (562). Собраны анкетные данные у 410 родственников I степени родства (родители, сибсы) и 451 родственников II степени родства (дедушки, бабушки, дяди, тети, племянники) у детей с НРС. Соответственно этому, была сформирована группа родственников I и II степени родства (496 и 520) здоровых детей. Результаты. Наши исследования показали, что среди родственников I степени родства у детей с НРС преобладали такие забо-

левания, как артериальная гипер- и гипотония, ИБС, инсульт, инфаркт миокарда (18,8%, против родственников здоровых детей 12,9%), ревматические болезни (16,8% против 8,8%), заболевание желудочно-кишечного тракта (19,3% против 13,7%), болезни эндокринной системы, такие как ожирение, сахарный диабет, эндемический зоб, тиреотоксикоз (23,9% против 10,5%), болезни почек (14,4% против 10,5%), нервно-психические расстройства (16,1% против 8,06%). Кроме этого, среди родственников первой степени родства у детей с НРС отмечались случаи внезапной необъяснимой скоропостижной смерти в 9,5% случаев. Такая же картина наблюдалась и среди родственников II степени родства (18,1%). Преобладающими хроническими заболеваниями среди родственников второй степени родства у детей с НРС явилось высокая концентрация заболеваний сердечно-сосудистой системы (37%), болезни эндокринной системы (31%) и нервной системы (34,8%). Вывод. Таким образом, на основании полученных результатов можно предположить, что формирование различных вариантов нарушений ритма сердца начинается в детском возрасте, прогрессирует с возрастом и часто становится причиной нетрудоспособности и внезапной смертности в более старшем возрастном периоде.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ДИЗМЕТАБОЛИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Н.И. Ахмеджанова, К.Р. Дильмурадова, Д.Х. Маматкулова

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: определение диагностически информативного комплекса показателей ЭИ и показателей функционального состояния почек у детей с хроническим пиелонефритом на фоне нарушения обмена веществ. Материалы и методы исследования: обследовано 55 детей в возрасте от 4 до 14 лет, 30 практически здоровых, 25 - с ХП на фоне ДН с оксалатно-кальциевой кристаллурией в стадии обострения. Клубочковая фильтра-

ция почек определялась по клиренсу эндогенного креатинина (Van Slayke), креатинин крови и мочи - по суммарному содержанию хромогенов, основанному на реакции ЯФФЕ (Е.Д. Пономарёва с соавт., 1969). Осмолярность мочи определялась криоскопическим методом на аппарате ОМК-1, Ц-01. Количественное определение оксалатов в моче проводилось по Н.В. Дмитриевой (1966). Расчёт суточной экскреции оксалатов проводился по формуле: (Кол-во перманганата калия ($KMgO_4$) \times 0,63) - $0,1 \times D/2 =$