



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. Останаккулов, 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

ЛПВП. Результаты. Результаты проведенного количественного ПЦР-анализа показывают, что у 7 детей (17,5%) больных ХГВ определялся высокий уровень вирусемии, который составил более $10^{8,93\pm 0,17}$ копий/мл, у 10 больных (25%) - умеренная степень вирусемии - $10^{8,3}$ копий/мл, у 15 (37,5%) больных низкий уровень вирусемии - $10^{4,37\pm 0,34}$ копий/мл, и у 8 (20%) больных - очень низкий уровень вирусемии - менее $10^{2,35\pm 0,19}$ копий/мл. Интересно, что цитолитический синдром был зарегистрирован только у трети больных. В эту группу вошли больные с активной репликацией вирусов, однако, активность трансаминаз в данной группе больных не превышала 3-4 норм (120-160 ммоль/л). Активность ЩФ, ГГТП, абсолютное содержа-

ние общего билирубина, белковых фракций, титр тимоловой пробы, у детей больных ХГВ достоверно превышали контрольное значение ($P < 0,001$). Сопоставляя показатели по определению липопротеинов высокой и низкой плотности в сыворотке крови детей с хроническим гепатитом Р, различной степени выраженности, выявлен существенный перекрест белковых фракций ЛПНП и ЛПВП в исследуемых группах, что свидетельствует о низкой диагностической ценности этих тестов в установлении тяжести и прогноза гепатитов. Выводы: Выраженность активности ХВГВ определяется уровнем вирусной нагрузки. Определена четкая взаимосвязь уровня вирусемии и степени метаболических сдвигов.

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Д.Т. Артикова

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель исследования. Оценить эффективность применения «Элюдрила» у больных с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формы I степени. Материал и методы исследования. В ЛОР клинике 1 городской клинической больницы в период 2013 – 2014гг было обследовано и пролечено 46 пациентов с хроническим тонзиллитом токсико-аллергической формы I степени. В ходе клинического исследования в зависимости от проводимого консервативного лечения были созданы две группы. В обеих группах применялось традиционное общее лечение (витаминотерапию, антигистамины, биостимуляторы, физиотерапевтическое лечение (тубус-кварц)). Первая группа состояла из 21 больного (средний возраст $10 \pm 0,5$, по полу: муж.- 11, жен.-14), получала местную терапию (промывание лакун небных миндалин 1% спиртовым раствором хлорфиллипта и 0,9% натрия хлорида 1:10 мл, смазывание поверхности миндалин 3% раствором Люголя 1 раз в день в течение 6-8 дней). Вторая группа - 25 больных (средний возраст $10 \pm 0,3$, по полу: муж.- 10, жен.-11), получавших предлагаемый способ местной консервативной терапии: промывание лакун небных миндалин раствором Элюдрила (хлоргексидин биглюконат 0,10 г, хлорбутанол 0,10 г, докрузат натрия 0,10 г, хлороформ 0,5 мл, гидроксibenзоат метила 0,10 г, гидроксibenзоат пропила 0,05 г, ароматизированный эксципиент, количество 100мл) и 0,9% натрия хлорида в соотношении 1:10 мл, смазывание поверхности миндалин 3% раствором Люголя 1 раз в день в течение 6 - 8 дней. В результате проведенного лечения больные обеих групп субъективно отмечали улучшение общего состояния, что выражалось в отсутствии жалоб больных. После проведенного лечения у 23 (89,8%) больных II группы уже после 4-го сеанса исчезли жалобы, тогда как у 18 (85,7%) больных I группы для этого потребовалось 6 промываний антисептическими растворами. Исследование больных через месяц показало, что гиперемия и инфильтрация

краев небных дужек исчезли у 8 (38%) больных I группы и у 14 (57,4%) II группы. Проведенное лечение не оказывало терапевтического действия в I группе у 10 (47,4%) больных, а во II группе только - у 3 (12,4%). Разрыхленность небных миндалин после проводимого лечения значительно уменьшилась у 7 (35,4%) больных I-ой группы, и у 20 (82,3%) II-ой группы. Изменений не наблюдалось в I группе у 8 (38,1%) и лишь у 3 (12,4%) - II группы. Непосредственно после лечения патологическое содержимое в лакунах небных миндалин отсутствовало в обеих группах больных. Через месяц после лечения у больных I группы - у 17 (82,1%), во II группе - у 22 человек (88,2%) не было отделяемого из лакун миндалин. Подчелюстной лимфаденит после лечения уменьшился в I группе у 6 (28,7%), тогда как во II группе - у 19 (75,9%) больных. Через месяц после лечения подчелюстной лимфаденит отсутствовал в I группе у 9 (40,2%), а во II группе - у 20 (78,9%). Проводимая терапия не оказывала никакого влияния на лимфаденит в I группе у 12 (59,8%) больных и во II группе - у 5 (20,4%) больных. Следует отметить, что у большинства больных II группы, получавших «Элюдрил», непосредственно после лечения купировались многие местные признаки хронического тонзиллита: лакуны небных миндалин очистились от казеозно-гнояных пробок, исчезла разрыхленность миндалин, явления инфильтрации, гиперемии, отека дужек отсутствовали. Больные отмечали улучшение самочувствия. Также у больных II группы подчелюстные узлы после проведенной терапии значительно уменьшились в размере, болезненность исчезла. Тогда как в I группе у большинства больных, леченных традиционным способом, сохранились лимфаденит и гиперемия дужек. Вывод. После проведенного лечения установлено ряд преимуществ местной терапии «Элюдрилом» по сравнению с принятыми традиционными к широкому применению его в местном лечении хронического тонзиллита.

О РЕЗУЛЬТАТАХ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО БЛОКА СФРНЦЭМП

М.С. Атаева, Ш.М. Уралов, Б.А. Турсунова, Ф.О. Турсунов,
Н.К. Нажмиддинова, Ф.Р. Шакаров

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

Цель работы: Провести оценку результатов микробиологического контроля по предупреждению нозокомиальных инфекций в педиатрических отделениях

СФРНЦЭМП. Материал и методы исследования: По данным службы клинической микробиологии межклинической лаборатории СФРНЦЭМП в общей сложности в

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 в 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. Нажмиддинова

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 цефалоспоридами 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-