



**BERLIN-CHEMIE**  
**MENARINI**



ARTERIUM

**PRO.MED.CS**  
Praha a.s.

**LPS**  
LIFE PHARMA SYSTEMS



**Abbott**  
A Promise for Life

**MG**  
MURAD GROUP

LABORATOIRE  
**INNOTECH**  
INTERNATIONAL



**JURABEK**  
Laboratories Ltd

**S K S**  
Consulting

Интеллект на защите  
здоровья  
**polysan**

**ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACISI SOғLIҚNI SAҚLASH VAZIRLIGI  
TOШKENT TИBБИЁT AKADEMIЯСИ UРГАНЧ ФИЛИАЛИ  
TOШKENT TИBБИЁT AKADEMIЯCИНИНГ YҚУМЛИ VA БОЛАЛАР YҚУМЛИ  
KACАЛЛИKЛАРИ KAFEDPACИ**

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

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

**«ЗАМОНАВИЙ ИНФЕКТОЛОГИЯ: YҚУМЛИ ИЧАК, ВИРУСЛИ VA  
ПАРАЗИТАР KACАЛЛИKЛАРНИНГ ДАВОЛАШИГА ЗАМОНАВИЙ  
ЁНДАШУВ»**

Хорижий олимлар иштирокида республика илмий-амалий анжумани

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

Республиканская научно-практическая конференция с международным  
участием

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

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

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

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

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

Шайкулов Х.Ш., Юсупов М.И.

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

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

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

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

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

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ**

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

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан.*

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

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

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

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