



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN EPIDEMIOLOGIYA,
MIKROBIOLOGIYA, YUQUMLI VA PARAZITAR KASALLIKLAR ILMIY-
AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«ANTIMIKROB REZISTENTLIK: MUAMMONING HOLATI VA KLINIK
AMALIYOTDAGI AHAMIYATI»**

XALQARO ILMIY-AMALIY ANJUMAN MATERIALLARI

2022 yil 18 noyabr

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭПИДЕМИОЛОГИИ,
МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ
И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ**

**«АНТИМИКРОБНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И
ЗНАЧИМОСТЬ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»**

18 ноября 2022 года

Ташкент

30.	Налибаева Р.А., Ливерко И.В., Мухсинов Ф.М., Ниязова Ф.Н. ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА И СПЕКТРА УСТОЙЧИВОСТИ ШТАММОВ РЕСПИРАТОРНЫХ ПАТОГЕНОВ.....	39
31.	Налибаева Р., Ливерко И.В. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: РИСКИ И ПРОГНОЗЫ.....	41
32.	Неъматов А.С., Комилов Н.О. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ККГЛ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАН.....	41
33.	Ниязова Т.А., Джураева К.С. ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	43
34.	Ниязова Т.А., Бобожонов Ш.Ж. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ	44
35.	Ниязова Ф.Н. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ: МНЕНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ.....	45
36.	Ниязова Ф.Н., Мухсинов Ф.М., Гафнер Н.В., Ливерко И.В. МЕДИЦИНСКИЕ ПРАКТИКИ, ФОРМИРУЮЩИЕ РИСКИ РАЗВИТИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ.....	46
37.	Ниязова Ф.Н., Ливерко И.В., Гафнер Н.В. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ: МНЕНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПРАКТИКИ.....	48
38.	Вухра А.Н., Эргашов О.И. ТАЛАБА ЁШЛАРИЧАК МИКРОФЛОРАСИДА ИНДИГЕН ВА ФАКУЛТАТИВГУРУХ МИКРООРГАНИЗМЛАРИНИНГ УЧРАШ ЧАСТОТАСИ.....	49
39.	Отмуратова Н.Х., Абдухалилова Г.К. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКРОБНЫМ ПРЕПАРАТАМ <i>ACINETOBACTER SPP.</i> ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМИ АГЕНТАМИ.....	50
40.	Пашенко Л.И., Подкорытов Ю.И. ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ АНТИМИКРОБНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	51
41.	Раззакова Ш.О., Ахмедова Х.Ю. ДИАГНОСТИКА ПОЛИОРГАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ COVID-19.....	52
42.	Раззакова Ш.О. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ SARS-COV-2, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В КЛИНИКУ РСНПМЦЭМПЗ В 2021 ГОДУ.....	53
43.	Садикова Н.М., Каримова Н.Н., Нуралиева З.С. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....	55
44.	Таджиева Н.У., Шермухамедова Г.Т. БОЛАЛАРДА ИНФЕКЦИОН МОНОНУКЛЕОЗНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ВА КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИ.....	56
45.	Умаров С.К., Якубова М.М. ПРОТОМИКРОБНАЯ АКТИВНОСТЬ НАСТОЙКИ ПРОПОЛИСА, СОБРАННОГО ИЗ САНГВОРСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН.....	57

жалобы, связанные с поражением опорно-двигательного аппарата. Так, боли в суставах наблюдались у 100,0%, а боли в позвоночнике у 73,3% больных. Частота миалгий у больных хроническим бруцеллезом наблюдалась у 40,0% больных. Так, если боли в суставах у больных подострым бруцеллезом были связаны с артритами, то при хроническом бруцеллезе у 46,6 % больных суставной синдром был обусловлен развитием артрозов, подтвержденных рентгенологически. В таком же проценте случаев у больных хроническим бруцеллезом выявлялся поясничный и грудной остеохондроз. В то же время частота распространения внесуставных поражений при хроническом бруцеллезе достоверно не отличалась от подострой формы болезни ($P \geq 0,05$). Так, как у таких больных синовиты наблюдались у 33,3%, бурситы у 13,3 % случаев.

Жалобами со стороны вегетативной нервной системы в группе больных острым бруцеллезом были слабость (80,0%) и потливость (100,0%). Потливость была различной интенсивности - от дистального гипергидроза ладоней и стоп у 40,0% больных до профузного потоотделения у 60,0%. У части пациентов были отмечены астено-вегетативные проявления, которые характеризовались болями в области сердца – 20,0% больных, головной болью – 40,0%, нарушением работоспособности – 60,0%.

У больных с острым бруцеллезом вегетососудистая дистония по гипотоническому типу наблюдалась у 20,0% больных, а по гипертоническому у 40,0% больных. У больных хроническим бруцеллезом по сравнению с острым, жалобы на слабость (73,3%) и потливость (93,3%) встречались с одинаковой частотой. Такая же закономерность наблюдалась и в частоте возникновения вегетососудистой дистонии по гипертоническому (13,3%) и гипотоническому типу (20,0%). В то же время, у больных хроническим бруцеллезом достоверно чаще наблюдались жалобы на боли в области сердца (33,3%) и головную боль (46,7%). Поражение мочеполовой системы в группе больных острым бруцеллезом было выявлено в 20% случаев. У больных хроническим бруцеллезом поражение урогенитальной системы характеризовалось нарушением менструальной функции в 66,7% случаев, эндометритами в 33,3%, невынашиванием беременности в 26,6% и бесплодием в 20,0% случаев.

Выводы: 1. Анализ клинических проявлений бруцеллезной инфекции у женщин фертильного возраста показал, что в настоящее время бруцеллез протекает в более легкой форме по сравнению с данными прошлых лет.

2. Сравнение клинической картины бруцеллеза при различных формах болезни показал, что больше половины женщин с бруцеллезом отмечали общую слабость, лихорадку и озноб, имели лимфаденопатию, гепато- и спленомегалию.

3. У больных женщин с бруцеллезом боли в области сердца, артралгия и потливость также были частыми проявлениями бруцеллеза с частотой 40-50%.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ

Ниязова Т.А., Бобожонов Ш.Ж.

Ташкентская медицинская академия. Ташкент, Узбекистан

email: feruza.niyazova.89@bk.ru

Актуальность. Дизентерия занимает одно из ведущих мест среди острых кишечных инфекций, причем до 60-70% переболевших ею составляют дети. Более

высокая восприимчивость к дизентерии наблюдается у детей, от 2 до 7 лет, значительно реже заболевание встречается в первый год жизни ребенка. Проблемы снижения заболеваемости дизентерией среди детей, совершенствования методов диагностики, улучшения результатов лечения и реабилитации весьма актуальны для педиатрии и инфекционной патологии.

Методы исследования. Диагноз острая дизентерия верифицирован бактериологическим методом и ИЦР.

Результаты и обсуждение. Обследовано 52 (100%) больных детей с дизентерией от 6 месяцев до 10 лет. Из них мальчиков было 33 (63,5%) и девочек 19 (36,5%) больных детей. Изучение возрастного аспекта больных детей с острой дизентерией установило: больных от 6 мес. до 10 мес. было 13 (25%), от 15 мес. до 3 лет – 26 (50,0%), от 4 года до 5 лет - 5 (10,2%), от 6 лет до 10 лет – 8 (14,8%) больных. 44 (84,0%) госпитализированных пациентов были из сельской местности, 8 (16,0%) больных - из города Ташкент.

56,3% больных детей с острой дизентерией поступали на 5 день заболевания, 34,4% - на 7-16 день болезни, 9,4% - на 26-30 день заболевания. Позднее поступление детей обусловлено самолечением в домашних условиях (35,2% детей), амбулаторным и стационарным лечением по месту жительства (в областях) получали 54,4% детей.

При поступлении в стационар у детей отмечались следующие жалобы (со слов матерей): повышение температуры тела – у 39 (75,0%) больных детей, диарейный синдром – (100,0%), диспепсический синдром - (92,5%). У 13 (25,0%) больных детей на фоне диарейного синдрома отмечена нормальная или субфебрильная температура тела. Видимо, это обусловлено наличием не выраженной ответной реакции организма, за счёт ослабленного иммунитета детей.

У госпитализированных с острой дизентерией детей отмечены следующие осложнения: выраженный гемоколит – у 36,5% больных, эксикоз, токсикоз 1-2 степени – у 19,2%, белково-энергетическая недостаточность – у 13,5%, анемия смешанного генеза 1 степени – у 59,6%, анемия смешанного генеза 1 степени – у 30,7%, рахит – у 28,8, гипотрофия – у 3,1% больных детей. Осложнения в основном зафиксированы у детей с поздним поступлением в стационар, бесконтрольным получением антибиотикотерапии до данного заболевания, у детей с низким уровнем соблюдением их родителями санитарно-гигиенических норм.

Этиологическим возбудителем острой дизентерии при бактериологическом исследовании у 7,7% больных детей был *Shigella flexneri*, у 32,7% - *Shigella spp.* Низкая идентификация бактериального возбудителя возможно обусловлено получением антибактериальной терапии до поступления в стационар.

Выводы. 1. Отмечено преобладание больных острой дизентерией до 3-х летнего возраста. 2. У больных детей с острой дизентерией с более поздним поступлением в стационар, с бесконтрольным применением антибактериальной терапии до возникновения данного заболевания, с низким уровнем соблюдением их родителями санитарно-гигиенических норм более чаще фиксировались осложнения заболевания в виде гемоколита, анемии разной степени тяжести.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ: МНЕНИЯ, ВЗГЛЯДЫ И ПРАКТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМИ