

Метод сочетанной деконтаминации кишечника включал в себя энтеросорбцию и селективную деконтаминацию кишечника пероральной антибиотикотерапией.

Для определения эффективности применения сочетанной деконтаминации в лечении сепсиса у младенцев использовались клинический анализ общего состояния больных, оценка результатов бактериологического и бактериоскопического анализа фекалий и показателей эндогенной интоксикации, фагоцитоз, показатели клеточного и гуморального иммунитета.

Результаты: Установлено лабораторное улучшение микробного пейзажа кишечника после применения сочетанной деконтаминации, которое клинически подтверждалось нормализацией сна, аппетита, психоэмоционального тонуса на 5–6-е сутки терапии у детей и тенденцией к восстановлению процессов кишечного всасывания (регресс аногенетального дерматита, мацерации и опрелостей в аноректальной области) на 9–10-е сутки — в группе сравнения. В результате исчезновения абдоминальной боли и явлений метеоризма улучшились общее состояние детей, сон и

аппетит. Кроме того, выявлено улучшение показателей фагоцитоза у пациентов после применения сочетанной деконтаминации. В работе клеточного иммунитета обращает на себя внимание равномерное повышение исходно сниженных показателей этого звена иммунной системы. В то же время уровень активированных лимфоцитов CD4 как показатель хронического раздражающего действия инфекционных агентов снизился. Это свидетельствует о снижении антигенной нагрузки на пациентов после лечения дисбактериоза кишечника, на что указывает снижение содержания IgM (показателя остроты воспалительного процесса) в сыворотке крови. Кроме того, возросла концентрация IgA, который служит субстратом для образования секреторного IgA — основного защитного элемента слизистых оболочек.

Выводы: Таким образом, доказанное улучшение иммунологических показателей (фагоцитоза, гуморального звена) во время лечения позволяет рекомендовать применение сочетанной деконтаминации для коррекции дисбиотических нарушений при сепсисе у детей раннего возраста с сопутствующими иммунными нарушениями.

КУ-ИСИТМАСИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ПРОФИЛАКТИК ЧОРА-ТАДБИРЛАРИНИ ЯНАДА ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ш.М. Расулов, Х.Р. Ҳасанов

Тошкент тиббиёт академияси

Ку-иситмаси коксиейеллар келтириб чиқарадиган, полиморф клиникали, табиий ўчоқли, зооноз, юқиш йўллари хилма-хиллиги билан характерланувчи юқумли касалликдир.

Ку иситмасининг эпидемик жараёни. Ку-иситмаси зооноз инфекция бўлиб, табиий ва антропоургик ўчоқлар мавжудлиги билан характерланади. Кўзгатувчининг асосий манбаи ЙШМ ва МШМ, бўғимоёқлилар ва қушлар ҳисобланади. 70 га яқин ёввойи сут эмизувчилардан Бернет коксиейеллари ажратилган. Кўпроқ кўзгатувчиси сийдик ва нажас орқали ажратилади.

Каналарда инфекция белгисиз кечадиган, ичак эпителий хужайралари ва бошқа тўқималарида жадал кўпаяди. Каналардан кўзгатувчиси ахлат, сўлак билан ажралиб туради.

Қушларнинг 72 турида кўзгатувчиси аниқланган. Қушлар зарарланган ҳайвонлар ва каналарнинг ажратмаларини, озуқа қолдиқларини истеъмол қилишганида ҳам ҳаво йўллари билан касалликни ўзларига юктириши аниқланган.

Инсон учун асосий эпидемиологик хавф бирламчи, яъни антропоургик ўчоқлар ҳисобланади. Табиий ўчоқлар бирламчи ўчоқларга нисбатан кенг тарқалган.

Касалликнинг олдини олиш чора-тадбирлари. Инфекция манбаи юқиш йўллари кўплиги ва хилма хиллиги сабабли Ку-иситмасининг профилактикаси мураккаб ва қийин муаммолардан ҳисобланади. У бошқа зооноз инфекцияларидек ветеринария ва тиббий ходимлари томонидан икки йўналишда ўтказилиши лозим.

1. Одам учун асосий инфекция манбаи бўлган уй ҳайвонлари ўртасида касалланишнинг олдини олиш. 2. Ишчилар ўртасида касалланишнинг олдини олиш.

Қишлоқ хўжалиги ҳайвонларини касалланишдан муҳофазалаш ветеринария-санитария хизмати зиммасига юкланади. Ҳайвонларни каналардан ҳимоялаш мақсадида ҳар 7-10 кунда уларга акарицидлар билан ишлов бериш зарур. Моллар орасида касаллик қайд этилганида эпизоотик ўчоқни чегаралаш ва йўқотиш учун қуйидагилар амалга оширилади:

1. Касалланган ҳайвонларни чегаралаш.
 2. Ҳайвонларни ажратмаларини, йўлдош, ем-хашак қолдиқларини зарарсизлантириш.
 3. Ҳайвонни турар жойини 3-5%ли фенол, 10-12%ли хлорли оҳак, 10% ўювчи натрий эритмаларида дезинфекция қилиш.
 4. Сут ва сут маҳсулотларидан 10 минут қайнатилганидан кейин фойдаланиш, чунки пастеризация коксигелларнинг тўлиқ ҳалок бўлишини таъминлай ололмайди.
 5. Касалланган ҳайвонлар жуни, териси, чарми тегишли ветеринария маълумотномаси билан 2 қаватли идишларда транспортировка қилинади ва кейинчалик махсус ишлов берилиши зарур.
- Одамларни Ку-иситмадан муҳофазалаш учун қуйидаги тадбирларни ўтказиш назарда тутилади:

1. Ҳайвонларни парваришlash учун касалланиб ўтган кишилар эмланган бўлиши шарт.
2. Чорвачиликда тегишли юмушлар махсус коржомеларда амалга оширилиши ва улар кейин зарарсизлантирилиши зарур.
3. Хавфли гуруҳга мансуб шахслар (эпидемиологик кўрсатмага асосан) эмланишлари зарур. Фаол эмлаш учун тирик М-44 вакцинаси тери устига қўлланилади. Қайта эмлаш икки йилдан кейин ўтказилади. Эмланганларга эмлашдан кейин 3 ҳафта ўтгач чорвачиликда ва чорва маҳсулотларга ишлов беришда ишлаш учун рухсат этилади. Эмлашга 14 ёшдан 60 ёшгача бўлган кишилар жалб этилади. Хомиладор аёллар ишлашга рухсат берилмайди.

МАКРОЛИДЫ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ И TORCH ИНФЕКЦИЙ

А.С. Расулов, Н.А. Расулова, М.М. Ахмедова

Самаркандский государственный медицинский институт

В последние годы вызывает беспокойство возрастание числа случаев заболеваний, передающихся половым путем. Ежегодно в мире болеет свыше 250 млн человек; 30% из них составляют люди моложе 25 лет и, в частности, женщины репродуктивного возраста. По данным ВОЗ, наиболее частыми возбудителями заболеваний, передающихся половым путем, как правило, являются *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae*. Доля хламидийной инфекции составляет 20% от всех заболеваний, передающихся половым путем.

Цель работы: С целью выявления микробного агента и определения его чувствительности к антибиотикам анализу подвергались отделяемое уретры, первую порцию мочи, секрет простаты и эякулят (у мужчин).

Материал и методы исследования: Мы приводим данные исследования Лорана О.Б. и соавт. (1994) по использованию джозамицина в комплексном лечении хронических неспецифических воспалительных заболеваний мочевого пузыря и уретры у 15 женщин, а также неспецифических уретритов и простатитов у 32 мужчин. Возраст больных был от 21 до 63 лет. Длительность заболевания колебалась от 1,5 до 13 лет. Использовали микроскопию, бактериологические тесты, для обнаружения хламидий - метод прямой иммунофлюоресценции, ультразвуковую диагностику мочевого пузыря и уретры, комбинированное уродинамическое исследование, цистоскопию и гистологическое исследование

биопсийного материала, взятого из различных участков стенки мочевого пузыря.

Результаты исследования: При бактериологическом исследовании мочи и соскобов с уретры были получены следующие результаты: у женщин - кишечная палочка - 6, грамположительные кокки - 4, хламидии - 3, протеи - 2; у мужчин - хламидии - 14, стафилококк - 9, стрептококк - 4, энтерококк - 5. Степень бактериурии колебалась от 1 000 000 до 10 000 000 000 микробных тел в 1 мл. Наибольшая чувствительность к препарату была обнаружена у микроорганизмов группы кишечной палочки и грамположительных кокков. Курс лечения джозамицином продолжался до 10 дней. Суточная доза препарата у женщин достигала 300 мг при банальных и 600 мг при хламидийных инфекциях. У мужчин джозамицин назначали в суточной дозе 1,5 - 2,0 г в 3 - 4 приема. Контрольные исследования проводились на следующий день после окончания приема препарата и спустя 3 - 4 недели. Все больные хорошо переносили препарат, побочных реакций и осложнений отмечено не было. Лишь в двух случаях к концу терапии больные отмечали умеренную тошноту. После проведения курса лечения симптомы полиурии и дизурии у всех больных исчезли, анализы мочи нормализовались. При контрольных посевах у женщин в 10 случаях роста микрофлоры не обнаружено, а в 3 - бактериурия не превышала 100 000 микробных тел в 1 мл. В 1 случае после лечения в соскобе эпителия уретры