

Осы нөмірге КММҚХАҚ
«Антибиотиктер және антибиотикрезистенттілік»
Орта Азиялық
I конгресінің материалдары енді
2014 ж. 20-21 ақпан

В номер вошли
материалы I Среднеазиатского конгресса МАКМАХ
«Антибиотики и антибиотикорезистентность»
20-21 февраля 2014 г.

This issue of journal includes materials of
the 1st Central Asian congress of IACMAC
«Antibiotics and antimicrobial resistance»
20-21st of February, 2014

МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

2014, №1



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЕЖЕКВАРТАЛЬНОМУ НАУЧНОМУ ЖУРНАЛУ

MEDICINE AND ECOLOGY
2014, №1

МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ЭКОЛОГИЯ
2014, №1

Журнал основан в 1996 году

Журнал зарегистрирован
Министерством связи и информации
Республики Казахстан
1 апреля 2011 г.
Регистрационный номер 11306-ж.

Собственник:
Республиканское
государственное предприятие
«Карагандинский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан (г. Караганда)

Адрес редакции:
100008, Республика Казахстан,
г. Караганда, ул. Гоголя, 40, к. 137
Тел.: (721-2)-51-34-79 (138)
Сот. тел. 8-701-366-14-74
Факс: 51-89-31
e-mail: Serbo@kgmu.kz
Сайт журнала www.medjou.kgma.kz

Редакторы: Е. С. Сербо
Т. М. Ермакбаев
Компьютерный набор и верстка:
Г.З. Жакулова

Журнал отпечатан в типографии КГМУ
Адрес: г. Караганда,
ул. Гоголя, 40, к. 226
Тел.: 51-34-79 (128)

Начальник типографии
Г. С. Шахметова

ISSN 2305-6045 (Print)
ISSN 2305-6053 (Online)

Подписной индекс 74609

Тираж 300 экз., объем 7,5 уч. изд. л.,
печать Ризо. Формат 60x84x1/8
Подписан в печать 06.02.2014.

Главный редактор – доктор медицинских наук

А. А. Турмухамбетова

Зам. главного редактора – доктор медицинских наук,
профессор **И. С. Азизов**

Председатель редакционной коллегии – доктор меди-
цинских наук, профессор **Р. С. Досмагамбетова**

Редакционная коллегия

М. Г. Абдрахманова, профессор (Караганда, Казахстан)

К. А. Алиханова, профессор (Караганда, Казахстан)

Р. Х. Бегайдарова, профессор (Караганда, Казахстан)

С. К. Жаугашева, профессор (Караганда, Казахстан)

Н. В. Козаченко, профессор (Караганда, Казахстан)

Д. Б. Кулов, доктор медицинских наук (Караганда,
Казахстан)

Л. Е. Муравлева, профессор (Караганда, Казахстан)

В. Н. Приз, доктор медицинских наук (Караганда,
Казахстан)

В. Б. Сирота, профессор (Караганда, Казахстан)

И. А. Скосарев, профессор (Караганда, Казахстан)

Е. Н. Сраубаев, профессор (Караганда, Казахстан)

С. П. Терехин, профессор (Караганда, Казахстан)

Е. М. Тургунов, профессор (Караганда, Казахстан)

М. М. Тусупбекова, профессор, ответственный секретарь
(Караганда, Казахстан)

Ю. А. Шустеров, профессор (Караганда, Казахстан)

Редакционный совет

И. Г. Березняков, профессор (Харьков, Украина)

В. В. Власов, профессор (Москва, Россия)

А. Г. Курашев, доктор медицинских наук (Караганда,
Казахстан)

С. В. Лохвицкий, профессор (Караганда, Казахстан)

А. Мардофель, профессор (Лодзь, Польша)

Э. И. Мусабаев, профессор (Ташкент, Узбекистан)

К. Ж. Мусулманбеков, профессор (Караганда, Казахстан)

Н. В. Рудаков, профессор (Омск, Россия)

С. Табагари (Тбилиси, Грузия)

М. К. Телеуов, профессор (Астана, Казахстан)

Г. В. Тыминский, профессор (Ганновер, Германия)

Н. Щербак, профессор (Оrebro, Швеция)

поринам I и II поколений составила 76,5%; 52,9%, соответственно.

Таким образом, наиболее высокий уровень антибиотикорезистентности среди штаммов Enterobacteriaceae, полученных методом гемокультур, выявлен к цефалоспорином и аминогликозидам. Отсутствие резистентности к карбопенемам позволяет рассматривать их как препараты выбора при эмпирической терапии тяжелых инфекций.

Н.М. Ходжаева

91. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе*

Острые респираторные инфекции (ОРИ) и связанные с ними осложнения со стороны респираторного тракта продолжают оставаться актуальной проблемой педиатрии. Лидирующую позицию в структуре заболеваний нижних дыхательных путей занимает обструктивный бронхит (ОБ), требующий современных подходов к лечению с использованием противовоспалительных средств, тропных к эпителию дыхательных путей. Из последних наиболее показанным при бронхолегочных заболеваниях является Фенспирид гидрохлорид (Эреспал). Целью исследования явилось изучение клинической эффективности Эреспала в составе комплексной терапии ОБ.

Под наблюдением было 38 детей раннего возраста с проявлениями обструктивного бронхита на фоне ОРИ. Эреспал назначался больным с момента поступления в стационар, наряду с бронхолитиками и этиотропными средствами. Контрольную группу (КГ) составили больные, находившиеся на базисной терапии. При применении Эреспала достоверно чаще сокращались продолжительность обструкции ($2,1 \pm 0,4$ против $3,9 \pm 0,7$ дней в КГ), кашля ($1,81 \pm 0,37$ против $2,3 \pm 0,44$ дней соответственно), выраженность бронхиальной секреции, катара верхних дыхательных путей ($3,6 \pm 0,69$ и $4,9 \pm 0,8$ дней соответственно в КГ) ($p < 0,05$). Применение Эреспала в составе комплексной терапии ОБ давало более стойкий и выраженный бронхолитический эффект.

Н.М. Ходжаева, М.Г. Мамадярова

92. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ

*Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе*

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности комбинированного препарата

Ципфаст-TZ (ципрофлоксацин с тинидазолом) в лечении амебиаза у детей.

Под наблюдением находилось 108 детей в возрасте от 1 года до 14 лет с диагнозом «Амебиаз», верифицированный обнаружением в фекалиях вегетативных форм *Entamoeba histolytica*. Больным раннего возраста назначалась суспензионная форма, в более старшем возрасте – таблетки Ципфаст-TZ в суточной дозе 30 мг/кг массы тела в 2 приема. Продолжительность лечения 5-7 дней. Контрольную группу (КГ) составили 30 больных, получавшие в качестве этиотропной терапии препарат метронидазол. Критериями эффективности лечения являлись: наличие и продолжительность интоксикации, болевого синдрома, частота и характер стула, наличие осложнений.

При применении препарата Ципфаст-TZ наблюдалось достоверно более быстрое купирование симптомов интоксикации и болей в животе по сравнению с таковыми в КГ ($2,12 \pm 0,2$ и $2,27 \pm 0,21$ дн. против $3,44 \pm 0,33$ и $3,98 \pm 0,38$ дн. соответственно, $p < 0,05$), уменьшение частоты и продолжительности патологического стула ($3,24 \pm 0,32$ против $6,2 \pm 0,59$ соответственно, $p < 0,05$). Осложнений в основной группе не наблюдалось, в КГ рецидивы – в 16,6% случаев. Таким образом, препарат Ципфаст-TZ оказывает лучший клинический эффект в лечении амебиаза.

Т.А. Чумаченко, И.И. Несвижская

93. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОЗДУХА ПОМЕЩЕНИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ТЕРМОТРАВМЫ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ БАКТЕРИЦИДНЫХ ОБЛУЧАТЕЛЕЙ-РЕЦИРКУЛЯТОРОВ

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

Обеззараживание воздуха как фактора передачи госпитальных инфекций особенно важно в стационарах для ожоговых больных в связи с обширной площадью поверхности поврежденной кожи, что способствует как загрязнению воздушной среды микробами при проведении перевязок и других манипуляций, так и легкости контаминации раневой поверхности больных микроорганизмами, находящимися в воздухе.

Цель работы – оценка эффективности обеззараживания воздуха помещений отделения термотравмы в присутствии людей (больных и медицинского персонала) с помощью ультрафиолетовых (УФ) бактерицидных облучателей-рециркуляторов.

Источниками УФ излучения были облучатели-рециркуляторы производства фирмы «Медпромсервис» (Украина). Эффективность обеззараживания воздуха оценивали по показателям общей микробной обсемененности и количеству *Staphylococcus aureus*.

Установлено, что общая микробная обсемененность (КОЕ в 1 м^3 воздуха) после 4 часов непрерывной обработки воздуха перевязочной снизилась со

180 до 160, в палатах интенсивной терапии – с 330 до 130 и с 770 до 110, в операционной – со 140 до 20 КОЕ/м³ (эффективность обеззараживания от 11,1 до 85,7%); количество микроорганизмов *St. aureus* уменьшилось с 4-8 до 0 в 1 м³ (эффективность обеззараживания 100%).

Таким образом, для снижения риска возникновения госпитальных инфекций эффективным является обеззараживание воздуха помещений стационаров в присутствии людей при помощи УФ бактерицидных облучателей-рециркуляторов.

Ю.М. Шептунов¹, И.М. Дмитриев², В.В. Заркуа^{1,2},
С.В. Сундеев^{1,2}, Р.А. Бутов²

94. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ ГРЫЖ

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко¹,
Липецкая областная клиническая больница²*

Для предупреждения госпитальных инфекций у пациентов, оперированных по поводу грыж, в ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница» на протяжении многих лет применяется профилактическое введение антибиотиков.

Материалы и методы. В настоящей публикации представлен анализ результатов лечения за последние 10 лет (2004-2013гг.). Всего пролечено 2666 пациентов с различными грыжами передней брюшной стенки. Мужчины (48,8 %) и женщины разделились поровну. Около половины больных были в трудоспособном возрасте: от 15 до 40 лет – 11,2 %, 41-60 лет – 43,1 %, 61-90 лет – 45,7 %.

В плановом порядке оперировано 2212 больных (82,9 %), в экстренном – 454 человека. Плановые операции по поводу гигантских вентральных и после-

операционных грыж сделаны 809 пациентам (36,6 % от плановых грыжесечений), по поводу паховых, бедренных и пупочных грыж – 1403 больным (63,4 %). Экстренные вмешательства – у 102 (22,5 %) и 352 (77,5 %) соответственно.

При плановых операциях импланты из ППС были применены у 1587 пациентов (71,8 %), при экстренных – у 222 (48,9 %). У этих 1809 больных (67,9 % от общего числа пролеченных) и применяли профилактическое введение антибиотиков. Использовали цефалоспорины 2-3 генерации однократно внутривенно капельно, во время операции. Части больных с высоким риском развития инфекции (≈ 10 %) продолжали профилактическое внутримышечное введение антибиотиков в послеоперационном периоде (3-5 дней).

Результаты: Умерло после операций 9 больных (0,34 %). После плановых операций 2 пациентов (0,09 %) вследствие ТЭЛА, после экстренных – 7 (1,54 %).

Зарегистрированы следующие осложнения: гематомы и серомы у 12 больных (0,45 %), кровотечения – 6 (0,23 %), миграция импланта в 3 случаях (0,17 %), компрессия нерва – 2 (0,11 %), застойный орхоэпидидимит – 3 (0,17 %), некроз кожного лоскута – 4 (0,15 %), асептический флебит – 3 (0,11 %). Нагноение раны возникло у 4 пациентов (0,15 % от общего количества больных и 0,22 % от больных, получивших антибиотикопрофилактику), пневмония – у 2 пациентов (0,08 и 0,11 % соответственно).

Таким образом, инфекционные осложнения возникли у 0,33 % больных получавших профилактическое введение антибиотиков. Тяжелых осложнений антибиотикопрофилактики не было.

Выводы: Использование в современной герниологии сетчатых имплантов диктует необходимость предупреждения госпитальной инфекции обязательным профилактическим введением антибиотиков, что улучшает результаты оперативного лечения.

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Списаренко В.В., Цаль-Цалко Э.О. ПОЛИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ P.AERUGINOSA В ОРПТ..... | 45 |
| Срымбетов М.С., Ким А.А., Бейсенова Г.Р., Ермекова Г.Л., Кожанов Е.Т. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ..... | 46 |
| Сундеева Е.А., Тулеутаева Р.Е., Махагова А.Р., Чухиль М.А. АНАЛИЗ ТЕРАПИИ СОВРЕМЕННЫМИ АНТИМИКОТИКАМИ..... | 47 |
| Табриз Н.С., Кутулдукая Т.В., Нургазина Ж.Б., Кожамуратов М.Т. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ..... | 48 |
| Табриз Н.С., Шаймерденова А.К. РЕЗУЛЬТАТЫ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ..... | 48 |
| Таджиев Ф.С., Адылова Н.А. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ..... | 49 |
| Тайжанова Д.Ж., Гусейнова З.К., Тойнбекова Р.Ж., Пен Г.М., Бекмагамбетова Ж.Б. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ..... | 50 |
| Тайжанова Д.Ж., Бейсенбекова Ж.А., Толеуова А.С., Таушева З.Б., Мандыбасва М.К. АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ..... | 50 |
| Танкибасва Ж.Г., Сагимбасва Т.Б. К ВОПРОСУ ОБ УСТОЙЧИВОСТИ ГРИБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА..... | 51 |
| Тукбекова Б.Т., Дюсенова С.Б., Кизатова С.Т., Койшыбасва Л.М. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ..... | 51 |
| Тукбекова Б.Т., Жактасва К.Б., Дюсенова С.Б., Садвакасова С.М., Кунц Е.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ..... | 51 |
| Тулеутаева Р.Е., Сундеева Е.А., Мусина А.Е. ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ..... | 52 |
| Тургунов Е.М., Азизов И.С., Ихсануллах, Захарова Е.А. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОГО РАЗРЯДА НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ..... | 52 |
| Тургунова Л.Г., Ларюшина Е.М., Бейсембаева Г.А., Баландинская И.Г., Парахина В.Ф. РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ..... | 53 |
| Тургунова Л.Г., Умбеталина Н.С., Ларюшина Е.М., Канатчикова В.А. УРОВЕНЬ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ СЕМЕЙСТВА ENTEROBACTERIACEAE В ГЕМОКУЛЬТУРАХ..... | 53 |
| Ходжаева Н.М. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ..... | 54 |
| Ходжаева Н.М., Мамадиярова М.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ..... | 54 |
| Чумаченко Т.А., Несвижская И.И. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОЗДУХА ПОМЕЩЕНИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ТЕРМОТРАВМЫ ПРИ ПОМОЩИ УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫХ БАКТЕРИЦИДНЫХ ОБЛУЧАТЕЛЕЙ-РЕЦИРКУЛЯТОРОВ..... | 54 |
| Шептунов Ю.М., Дмитриев И.М., Заркуа В.В., Сундеев С.В., Бутов Р.А. АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ В ХИРУРГИИ ГРЫЖ..... | 55 |