

липолитических (атропин в каплях) или симпатолитических средств (изадрин, постепенно повышается его доза, чтобы предотвратить возникновение эктопических аритмий).

В нашем случае, наряду со стимулирующей терапией включающая ноотропы (пирацетам, церебролизин), психомоторный стимулятор (сиднокарб) был назначен 0,1% раствора атропина по 2 капли 2 раза в сутки. На 3-е сутки приемы атропина была снята ЭКГ (рис. 3).

Больные с синдромом слабости синусового узла, сопровождающимся резкой брадикардией, а-в блокадой II- III степени с частыми вы-

падениями, тахикардией- орадикардией, приступами синкопе или Морганье- Адамса- Стокса, проявлениями нарушения кровообращения, нуждаются в хирургической имплантации электрокардио стимулятора.

В нашем случае, наблюдение продолжается, монотерапию с атропином получает и приступы тахикардии не наблюдается.

Таким образом, данный случай подчеркивает, что слабость функции синусового узла может быть проявляться в любом возрасте, и не исключает период новорожденности.

Литература

1. Бокерия Л.А. Нарушение ритма сердца у новорожденных при гипоксически ишемической энцефалопатии. Рус. вестник перинатологии и педиатрии. 2001 №1. с- 19-20.
2. Воронцов И.М., Кельмансон И.А. Синдром внезапной смерти детей 1-го года жизни; биологическая зрелость и пограничные состояния. Педиатрия. 1990, № 1. с 84-90.
3. Недоступ А.В, Благова О.В. Как лечить аритмии. Нарушение ритма и проводимости в клинической практике. Изд. «МЕД пресс- информ». 2011- 368 с.
4. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. С-Пб, Питер 2000; 89-102.
5. Орлова Н.В., Парийская Т.В. Кардиология. Справочник педиатра. Изд. «Сова», 2009- 636
6. Самсыгина Г.А. Щербакова М.Ю. Кардиология и ревматология детского возраста. «Медпрактика- М», 2009. 812 с.
7. Яцук Г.В. Руководство по неонатологии. М; Мед. информ. Агентство, 1998. - с 400.

**Самибаева У.Х.,
Караматуллаева З.Э.**

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ НА ОПРЕДЕЛЕННОМ АРЕАЛЕ

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Менингит (термин состоит из древнегреческого *pn̄v̄iut* — «мозговая оболочка» и суффикса лат. *-itis* - обозначающего воспалительный процесс) воспаление оболочек головного и спинного мозга. В клинической практике под термином «менингит» обычно подразумевают воспаление мягкой мозговой оболочки. Менингит возникает как самостоятельное заболевание или как осложнение другого процесса. Наиболее часто встречающиеся симптомы менингита — головная боль, ригидность шеи одновременно с лихорадкой, изменённым состоянием сознания и чувствительностью к свету (фотофобией) или звуку.

Менингит, особенно при задержке с лечением, может вызывать серьёзные осложнения: глухоту, эпилепсию, гидроцефалию и проблемы с умственным развитием у детей.

Наиболее часто встречаются менингококковый и вторичные гнойные менингиты, на третьем месте по частоте стоит вирусный менингит.

Историческая справка. Некоторые учёные полагают, что Гиппократу было известно существование менингита. Другие врачи до ренессансного периода, например, Авиценна, скорее всего, знали об этой болезни. Первая документированная эпидемия произошла в Женеве в

1805 году. В течение последующих лет несколько эпидемий произошли в Европе и в США. первая эпидемия в Африке — в 1840. Африканские эпидемии участились в XX веке, начиная с эпидемий в Нигерии и Гане в 1905-1908 годах. Первая статья о бактериальной инфекции как причине менингита была написана австрийским бактериологом Антоном Вайксельбаумом (нем. *Anton Weichselbaum*), который в 1887 описал менингококк. В конце XIX века были также описаны многие клинические признаки менингита. В России наиболее достоверный признак болезни был описан в 1884 году врачом Обуховской больницы В.М. Кернигом. Он указал, что «симптом контрактуры коленных суставов» является ранним признаком воспаления мозговых оболочек. В.М. Бехтерев в 1899 году описал оболочечный скуловой симптом (болевая гримаса при постукивании молоточком по скуловой дуге). Позже польским врачом Юзефом Брудзинским были описаны четыре менингеальных симптома. До XX века смертность от менингита достигала 90% . В 1906 с помощью иммунизации лошадей, были получены антитела против возбудителей менингита, развитие этой идеи американским учёным Саймоном Флекснером (Simon

Flexner) позволило значительно сократить смертность от менингита.

Эпидемиология. Мировая распространённость менингококкового менингита (на 2009 г.) представлена следующим образом:



- 1 - пояс менингита
- 2 - эпидемические зоны
- 3 - спорадические случаи

Основные патоморфологические изменения при гнойном менингите затрагивают мягкую и паутинную оболочки с частичным вовлечением в процесс вещества головного мозга. Наиболее часто встречается менингит менингококковой природы¹.

Менингококковый эпидемический цереброспинальный менингит является первичным гнойным воспалением оболочек головного мозга, относится к острым инфекционным заболеваниям, имеющим тенденцию к эпидемическому распространению. В настоящее время это заболевание встречается в виде отдельных случаев, тогда как ранее оно принимало характер больших эпидемий, чему способствовали скученность населения.

Источником менингококковой инфекции является только человек, то есть больные менингококковым менингитом, больные с катаральными явлениями (назофарингитами) и здоровые носители. Факторами, влияющими на сезонную заболеваемость, являются климатические условия (резкие колебания температуры, повышенная влажность), изменение характера общения между людьми в зимнее время (длительное пребывание в закрытых помещениях, недостаточная вентиляция и т. д.). Периодически, через 10—15 лет, отмечаются эпидемические подъёмы частоты данной инфекции. Менингит распространён во всех странах мира. В Бразилии показатель заболеваемости бактериального менингита выше (45,8 случаев на 100000 жителей). В Африке, к югу от Сахары, в так называемом «поясе менингита» случаются крупные эпидемии менингококкового менингита (до 500 случаев на 100000 жителей). Заболеваемость менингитом циклически изменяется, существуют различные теории объясняющие подъёмы и спады заболеваемости.

Менингококковая инфекция (МИ) является значимой проблемой практического здравоохранения вследствие способности вызывать массовые вспышки, выраженной тяжестью течения, высокого

уровня смертности, сложностью диагностики. Актуальность данной проблемы для медицинской науки и практики определяется тем, что заболеваемость менингококковой инфекцией в стране в последние годы остается еще достаточно высокой.

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в Узбекистане в борьбе с управляемыми инфекциями, в частности и менингококковой инфекции, проблема по-прежнему остается весьма актуальной. Наблюдаемые подъёмы заболеваемости на определенном ареале с охватом населения младших возрастных групп и обусловленное этим относительное увеличение частоты более тяжелых клинических форм менингококковой инфекции и ее осложнений определяют необходимость усовершенствования существующей стратегии и тактики борьбы с менингококковой инфекцией, осуществления клинико-эпидемиологического мониторинга этой инфекции.

Вкладом в изучение заболеваемости является настоящее исследование, опирающееся на полноценной лабораторной диагностике, эпидемиологическом надзоре. Исследование уточняет эпидемиологическую обстановку на определенном ареале за 2004-2008 гг.

Оценка заболеваемости основана на ретроспективном выявлении числа случаев менингококковой инфекции на определенной территории и подсчет показателей заболеваемости, на основе лабораторно подтвержденных случаев. Проведен анализ 152 историй болезни больных менингококковой инфекцией, проходивших лечение в городской клинической инфекционной больнице №1.

Из 152 больных - 122 (80%) поступали из районов, остальные 30 (20%) - поступили из города. Из 122 больных были жители следующих районов:

Таблица 1

Частота поступления больных с менингококковым менингитом по месту жительства

№	Район, область, город	п	%
1	Ургутский	34	28
2	Самаркандский	22	18
3	Тайлякский	18	14
4	Нурабадский	11	9
5	Булунгурский	11	9
6	Пайарыкский	7	5,7
7	Пастдаргомский	7	5,7
8	Кошрабадский	2	1,6
9	Джамбайский	2	1,6
10	Каттакурганский	2	1,6
11	Кашкадарьинская область	2	1,6
12	Джиззакская область	3	2,4
13	Пенджикент	1	0,8
Всего		122	

Таблица 2

Распределение больных менингококковым менингитом по возрасту

Возраст	п	%
0 - 1 г.	8	23
1 - 5 лет	10	29
5-10 лет	3	8,8
10 -20 лет	9	26
20 и более лет	2	5,8
¹ Всего		

Выделение возбудителя осуществлялось путем бактериологического анализа носоглоточной слизи, СМЖ, крови. Из носоглотки выделен возбудитель у 4 больных (11,7%), из СМЖ - у 4 больных (11,7%) и из крови - у 1 больного (2,9%).

Из носоглотки возбудитель менингококкового менингита был выделен только у детей: 2 детей в возрасте от 1 года до 5 лет и 2 детей - в возрасте от 5 до 10 лет.

Менингококковая инфекция у преобладающего числа больных из Ургутского района - у 32 (94%) протекала в тяжелой и крайне тяжелой форме, и только у 2 - течение заболевания было среднетяжелым. Летальный исход отмечен у 4 (11,7%) больных. Во всех случаях заболевания был выявлен гнойный характер ликвора. По локализации процесса из 34 больных у 27 (79,4%) ставился диагноз Менингококковая инфекция, менингит, 6 больным (17,6%) ставился диагноз - Менингококковая инфекция, менингоэнцефалит, осложненный острым гнойным менингитом и одному больному (2,9%) был установлен диагноз Менингококковая инфекция, менингоэнцефалит, менингококцемия.

Территориями с относительным превалированием менингококковой инфекции являются Ургутский, Самаркандский, Тайлякский районы. По видимому распространению инфекции способствуют переуплотнение населения в этих предгорных районах с повышенной влажностью, относительно холодным климатом. Распределение больных по полу показало, что мужчины болеют в 3 раза чаще женщин. Возрастное распределение выявило, что менингит развивается у детей дошкольного и школьного возраста с выделением возбудителя из носоглоточной слизи у этих же больных.

Контингент больных от 1- 5 и от 5 - 10 лет являются категорией общающейся с наибольшим количеством лиц: в семье, детских дошкольных учреждениях, школах.

Выводы

1. Выявлены очаги инфекции с относительно высокими показателями заболеваемости: Ургутский, Самаркандский, Тайлякский районы.

2. Наибольшая заболеваемость менингококковым менингитом приходится на возрастные группы от 1 года до 5 лет и от 10 до 20 лет.

3. Выделение возбудителя из носоглоточной слизи отмечается у детей в возрасте от 1 года до 5 лет и от 5 до 10 лет.

4. Для улучшения анализа эпидемиологической ситуации необходимо проводить бак

териологическое обследование носоглоточной слизи у детей в ДДУ, школах при подъеме заболеваемости среди них острой респираторной вирусной инфекцией.

Литература

1. Черкаський Б.Л. Глобальна епідеміологія. - М. Практична медицина, 2008.
2. Демина А.А. Эпидемиологический надзор за менингококковой инфекцией и гнойными бактериальными менингитами/Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1999.
3. Королева И.С., Белошинский Г.В., Закроева И.М., Спирихина Л.В., Грачева А.М., Королева М.А. Совершенствование эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией и гнойными бактериальными менингитами.
4. Практическая эпидемиология Э.Н. Шляхов -Кишинев-1983 г.
5. Скрипченко Н.В., Вильниц А.А., Иванова М.В. и др. /Эпидемиология и инфекционные болезни.
6. Алексеева Л.А. Значение белков и пептидов цереброспинальной жидкости в клинической лабораторной диагностике и патогенезе нейронинфекционных заболеваний у детей.

**Таджиева Г.З.,
Маматкулова Ф.Х.,
Суванкулова А. И.**

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Заболевания органов дыхания и сегодня не теряют своей актуальности. В нашей республике они стабильно занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости и смертности, соответственно 48.9% и 55,9% [48]. Вместе с тем, отмечается тенденция к росту хронических заболеваний легких [24,44]. В структуре хронических неспецифических заболеваний легких 1/3 приходится на БА. На эту патологию приходится и наиболее интенсивный темп роста заболеваемости во всех странах мира [36,51].

Только в Узбекистане за последние 5 лет заболеваемость БА среди детского населения увеличилась в 20 раз [5,6], в экологически неблагоприятных районах-до 25 раз [26.6]. Наряду с повышением заболеваемости отмечается увеличение числа больных с тяжелым течением, резистентностью к проводимой терапии, более частым развитием астматических состояний, которые обуславливают глубокую социальную дезадаптацию уже в детском возрасте [34,64]. Несмотря на большие успехи, достигнутые в производстве и внедрении в практическое здравоохранение противоастматических препаратов, повсеместно наблюдается рост смертельных исходов от БА, особенно среди детей и лиц молодого возраста [2,52]. Можно привести целый ряд причин такого неумолимого роста заболеваемости БА. Это - быстрое развитие индустрии и увеличение контакта на производстве и в быту с широким спектром химических веществ, загрязнение окружающей среды промышленными отходами, рост потребления продуктов консервирования, использование бытовой химии, лекарственных препаратов. Массовая вакцинация также играет свою роль в усилении сенсибилизации [25,4,21]. Пыщкий

В.И. [31] большую роль в учащении заболеваемости БА отводит ликвидации эпидемических заболеваний, которая способствует снятию конкурентного торможения организма на аллергены окружающей среды. Ряд ученых считают международной проблемой, способствующей росту заболеваемости в целом, и тяжелых форм БА в частности, гиподиагностику и недостаточное лечение астмы и предастмы. особенно в раннем детском возрасте [9,15,16].

БА имеет сложную этиологию, обусловленную полигенно наследуемым характером заболевания, разнообразием неинфекционных, инфекционных, социальных, экологических факторов [5]. Этиологический фактор, реализующий БА, не раскрыт. Зато определены факторы риска, которые могут быть классифицированы как внутренние и внешние. Внутренние факторы включают генетическую предрасположенность к развитию болезни, гиперреактивность дыхательных путей, пол и расу. Внешние факторы непосредственно влияют на возникновение БА у предрасположенных к этому людей, а также ответственны за обострение БА и/или персистирование симптомов.

На сегодняшний день практически не вызывает сомнения тот факт, что БА является наследственным заболеванием [47,56]. Более предрасположены к аллергии дети из семей, в которых мать, отец или оба родителя имеют atopическое заболевание [12,20]. Кроме того,