

зоитов. В регионе с первичной трехдневной малярией (*Pl. vivax*) мы наблюдали 231 человек и с рецидивами трехдневной малярии -29. Рецидив тропической малярии наблюдался в одном случае. Заражение у больных наступило вне территории Восточной Сибири. Завозные случаи по видовому составу возбудителей распределились следующим образом: *P. vivax* – 260 (92,5%), *P. falciparum* – 17 (6,1 %) и *P. ovale* – 3 (1,1 %), микст-форма (*Pl. vivax u falciparum*) – 1 (0,3%). На территории Иркутской области в последние годы отмечается снижение заболеваемости малярией: за период с 2002 по 2013 г. выявлено всего 7 завозных случаев. Завоз произошел из республик СНГ (Таджикистан, Азербайджан по 2 случая), Африки (Гвинея, Южный Судан) и Азии (Южная Корея). В 2-х случаях была завезена тропическая малярия, в 5 случаях (71%) трехдневная, в 3 случаях завоз малярии совпал с сезоном эффективной заражаемости комаров. В Иркутской области распространены малярийные комары вида *Anopheles messeae Fall.*, не исключено и обитание малярийных комаров вида *Anopheles beklemishevi Stegnii et Kabanova*. В области, по данным ТУ «Роспотребнадзора», в настоящее время, от 20 до 60% из числа обследованных водоемов на территории 16 районов Иркутской области являются анофилогенными. В связи с этим следует отметить, что в Иркутской области повсеместно распространены малярийные комары вида *An. messeae Fall.*, которые обитают как в городской, так и в сельской местности. В

связи с развитием садоводств значительная часть городского населения в летнее время находится в загородной зоне, где возрастает контакт населения с переносчиком, тем более, что в эти же сроки там находятся рабочие по найму из южных республик, которые могут быть паразитоносителями малярии. Следовательно, неблагоприятные факторы риска для передачи малярии в местных условиях наряду с завозными случаями малярии, будут способствовать развитию нестабильной эпидемиологической ситуации в регионе. На территории Иркутской области, особенно в юго-западных районах, существует вероятность возобновления местных случаев заболеваний трехдневной малярией. На территории Иркутской области с 1957 по 1998 гг. регистрировались только завозные случаи заболевания. Однако в 1998 г. была диагностирована трехдневная малярия у 2 жителей города Иркутска, в последующем в 2000 и 2001 гг. зарегистрировано еще 2 случая. При обследовании больных с местными случаями малярии был выявлен *P. vivax* – 4 (2,9%).

Выводы: данные наблюдений за переносчиками малярии на территории Восточной Сибири подтверждают, что на фоне благоприятных погодных условий сохраняются предпосылки для передачи малярии, в том числе местной. Это требует проведения активной профилактической работы как в лечебно-профилактических организациях области, так и среди населения.

## МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ МИКСТ- ПАРАЗИТОЗАМИ

Х.Е. Алимжанова, Т.А. Ниязова, З.С. Максудова, М.У. Каххаров

*Ташкентская медицинская академия.*

Кишечные паразитозы, как правило, сопровождаются дисбактериозами различной выраженности, а представители индигенной анаэробной микрофлоры: *Lactobacillus*, обладают антагонистической активностью в отношении бактерий *Pseudomonas*, *Escherichia*, *Staphylococci*, *Candida albicans* (Е.И. Ермоленко и соавт., 2004). Одним из направлений в лечении дисбактериозов является неспецифическая иммуностимуляция и иммунотерапия. Литературные данные утверждают о благоприятном воздействии иммуномодуляторов на дисбактериоз кишечника (И.Н. Ручкина, А.И. Парфенова, 2003).

Целью данной работы явилось изучение кишечной микрофлоры у больных с микст-паразитами и коррекция их.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 42 больных смешанными паразитами, которые получали амбулаторное лечение с 2011 по 2013гг. в консультативной поликлинике НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз. Состояние кишечного биоценоза у больных микст-паразитами определяли в динамике по методике Р.В. Эпштейн-Литвака, Ф.Л. Вильшанской (1977). Полученные данные были подвергнуты статистической обработке [Ойвин И.А., 1960]. Расчеты произведены на компьютере Pentium IV при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. У всех 42 обследованных больных с моно- (22 больных с

лямблиозом и 15 больных с гиенолепидозом) и микст-инвазиями (15 больных с лямблиозом+гиенолепидоз) был обнаружен дисбактериоз кишечника различной степени. Он характеризовался сдвигами в индигенной аэробной (количественные изменения эшерихий), анаэробной микрофлоре (снижением содержания лактобактерий и бифидобактерий), увеличением содержания дрожжеподобных грибов, в частности, *Candida*, и присутствием условно патогенной микрофлоры. У всех 37 обследованных больных с моно- (22 больных с лямблиозом и 15 больных с гиенолепидозом) и микст-инвазиями (15 больных с лямблиозом+гиенолепидоз) был обнаружен дисбактериоз кишечника. Всем больным (моно- и микст-паразитами) после дегельментации

включали в комплексную терапию тималин 3-5 мг (зависимости от возраста больных детей) x 1 раз в день внутримышечно в течение 10 дней и бифилакс кидс по 1 саше (пакетик) x 3 раза в день в течение 30 дней значительно улучшало количественный и качественный состав микрофлоры кишечника (65%), чем без назначения пробиотиков (37%) ( $P < 0,05$ ). Таким образом, после проводимой комплексной терапии у 87% с моно-паразитами общее состояние улучшалось, по сравнению с 55% больных детей с микст-паразитами ( $P < 0,05$ ).

Вывод: применение пробиотиков с иммуномодулирующими препаратами у больных с микст-паразитами способствуют восстановлению количественного и качественного состава микрофлоры кишечника.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭХИНОКОККОЗОМ

**Н.О. Алышева, Ф.М. Шайзадина, П.М. Брицкая, М.М. Бейсекова, С.Т. Мендибай**

*Карагандинский государственный медицинский университет (Казахстан).*

Эхинококкоз наносит экономический ущерб не только здоровью населения, но и народному хозяйству. Сельское хозяйство ежегодно недополучает огромные средства из-за низкой продуктивности домашних животных.

Цель работы: Проведение эпидемиологического и эпизоотологического анализа заболеваемости эхинококкозом в Карагандинской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения эхинококкозом с 2007-2013г.г., использована учетно-отчетная документация эпидемиологического отдела Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Карагандинской области, журналы регистрации инфекционных больных, карты эпидемиологического обследования очагов, карты гельминтоносителей, а также истории болезни больных.

Результаты: Анализ многолетней динамики заболеваемости населения за 2007-2013 годы показал, выраженные колебания активности эпидемического процесса с продолжительностью 2-3 года. Начиная, с 2010 года наблюдается рост заболеваемости. Самые высокие показатели регистрировались в 2010, 2011, 2012, 2013 году и составили с 2,1; 2,1; 2,3; 2,5 соответственно на 100 тыс. населения. Подъем заболеваемости связан с негативным влиянием социально-экономических процессов, касающиеся уровня и качества эпизоото-

логического надзора за этой инвазией, ухудшения санитарного благополучия, низкое качество и недостаточный объем медицинского обслуживания населения.

Между максимальной заболеваемостью (2,5), зарегистрированной в 2010 году и минимальной (0,8), зарегистрированной в 2007 году, существуют резкие различия (более чем в 3 раза), отражающие выраженные колебания активности эпидемического процесса. Для эпидемического процесса в период с 2007 по 2013 г.г. среднегодовой темп прироста составил 10% и характеризуется как выраженная тенденция к росту заболеваемости. Прогнозируемый уровень в 2013 году составил  $3,0^{0/0000}$  и если в этом году сохранится отмеченная за предыдущий период тенденция, то заболеваемость может принять любое значение в пределах  $3,2^{0/0000}$  до  $2,7^{0/0000}$ . Анализ заболеваемости по районам Карагандинской области и городам-спутникам показал, высокую заболеваемость эхинококкозом в г. Приозерске (5,0 на 100.000 населения); г. Жезказгане (2,9); г. Балхаше (2,2). Среди районов это Шетский (12,0 на 100.000 населения); Жанааркинский и Улытауский районы (4,2; 4,1 соответственно).

Вместе с тем, анализируя, пораженность животных за 1999-2007 мы выявили, что наиболее высокие показатели регистрируется среди крупного и мелкого рогатого скота (КРС, МРС), в то время как пораженность лошадей и свиней несколько ниже. В первую очередь