

онистов. В настоящее время сальмонеллезы, получившие название «болезнь цивилизации», распространены настолько широко, что ни в одной стране мира не стоит вопрос об их ликвидации. За последние 10 лет основные параметры эпидемического процесса при сальмонеллезах в республике Узбекистан не изменились, а основными источниками возбудителя сальмонеллезозов продолжают оставаться сельскохозяйственные животные и в первую очередь птица. Кроме того, сальмонеллезы до сих пор преобладают среди кишечных групп инфекций по степени распространения среди людей и по выделению из объектов внешней среды.

Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологических особенностей сальмонеллезозов в современный период. Для достижения поставленной цели были использованы отчетные данные ГорЦГСЭН о заболеваемости сальмонеллезами и результаты проведенного оперативного и ретроспективного эпидемиологического анализа.

В динамике заболеваемости сальмонеллезами отмечается значительное снижение показателей заболеваемости в целом по республике и по г. Ташкенту. Если показатель заболеваемости по республике в 1991 году

составлял 34,6 на 100 тыс. населения, в 2007 году – 7,5, то есть заболеваемость за 17 летний период снизилась в 4,6 раз. По г.Ташкенту за этот период сальмонеллезы снизились в 3,6 раз. По административным территориям г.Ташкента отмечается неравномерное распределение заболеваемости. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечается в Бектемирском (53,8%), Шайхантахурском (24%), Чиланзарском (23,3%), Учтепинском (20,3%) районах. В этиологической структуре сальмонеллезозов в г. Ташкенте в 2011-2014 гг. было характерно преобладание *S. Enteritidis* (78,9%-83,2%). В очагах внутрибольничного сальмонеллеза характерными возбудителями являются *S. Typhimurium* и *S. Haifa*. Наиболее поражаемым контингентом по-прежнему являются дети раннего возраста. Наблюдается весенне-летняя сезонность. Наряду с *S. Typhimurium* и *S. Enteritidis* в последние годы отмечали выделение от больных и из объектов внешней среды *S. Agona*, которая раньше очень редко встречалась на территории г. Ташкента.

При организации и проведении мероприятий по борьбе с сальмонеллезами необходимо учесть вышеизложенные эпидемиологические особенности этой инфекции.

КИШЕЧНЫЙ АМЕБИАЗ

А.А. Ким, Б.Н. Кошера, Е.Л. Колмогорова, Н.Г. Маслова

Карагандинский государственный медицинский университет (Казахстан).

Амебиаз является паразитарной болезнью человека, вызываемой патогенными штаммами *Entamoeba histolytica*, представляет одну из важнейших проблем здравоохранения развивающихся стран и одну из наиболее частых причин летальных исходов при паразитарных болезнях кишечника. Заболевание имеет широкое распространение в странах с тропическим и субтропическим климатом, низким уровнем санитарии. В Республике Казахстан встречается исключительно в южных регионах. Однако значительное увеличение зарубежного туризма, в том числе в страны жаркого климата, послужило причиной заболеваемости амебиазом жителей других регионов Казахстана.

Так, в период с августа месяца 2013 года по февраль месяц 2014 года в Областную инфекционную больницу г. Караганды поступило четверо больных с предварительным диагнозом «Острая кишечная инфекция с синдромом энтероколита». При поступлении пациенты предъявляли жалобы на слабость,

недомогание, ноющие боли в нижних отделах живота, частый жидкий стул. Начало заболевания у двух пациентов острое, у двух других постепенное. По разным причинам (лечились самостоятельно амбулаторно, надеялись на самоизлечение) мы наблюдали позднее поступление больных - на 2-3 неделе от начала заболевания. У всех пациентов отмечался субфебрилитет, бледные кожные покровы, напряжение живота отсутствовало, но имели место отчетливые боли по ходу толстой кишки, пальпировалась спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. В начале заболевания определен энтероколитный характер стула - жидкий, обильный, каловый со слизью, прожилками крови с частотой до 4-6 раз, в последующем с тенденцией к уменьшению объема, увеличением патологических примесей, нарастанием частоты до 10 раз и более. У всех пациентов в общем анализе крови наблюдался выраженный лейкоцитоз, с преобладанием нейтрофилов, в копрограмме признаки воспа-

ления толстой кишки - большое количество слизи, лейкоцитов, эритроцитов. Однако бактериологическое исследование испражнений не выявило возбудителя заболевания. Так как в клинике заболевания преобладали симптомы дистального колита, пациентам выставлен диагноз «Острая дизентерия» клинически. Была назначена этиотропная антибактериальная (ципрокс, цефтриаксон), патогенетическая (детоксикационная, регидратационная, эубиотики), симптоматическая (но-шпа) терапия. Несмотря на комплексное лечение улучшения состояния, самочувствия не наступало. С учетом анализа характера заболевания, эпидемиологического анамнеза (пациенты выезжали на отдых и работу в Индию), решено дополнительное обследование - паразитологи-

ческое многократное (3-6 раз) исследование испражнений, не позднее 10-15 минут после дефекации. Таким способом были обнаружены вегетативные тканевые формы амебы. На основании данных эпидемиологического анамнеза, клинико-лабораторных данных верифицирован окончательный диагноз: «Кишечный амебиаз, острая фаза». У всех пациентов заболевание протекало в средней степени тяжести. Клинические симптомы болезни регрессировали после назначения метронидазола по 100,0 х 3 раза в/в №10.

Таким образом, с учетом клиники заболевания, эпидемиологического анамнеза необходимо сохранять бдительность в отношении кишечного амебиаза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ AMBISOME В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

Д.А. Коваленко, О.У. Абдуллаев, Г.Д. Нарзиева, Ф.А. Сайфиев

Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева МЗ РУз.

Цель работы: Апробирование применения препарата AmBisome для терапии больных висцеральным лейшманиозом.

Материалы и методы. Проведено лечение препаратом AmBisome 4 больным висцеральным лейшманиозом в клинике института. Из них 3 детей в возрасте 1 года и 11 месяцев, 6 и 11 лет и 1 пациент 25 лет. Диагноз был подтвержден на основании микроскопического исследования пунктата костного мозга. В соответствующие сроки (до, во время и после окончания лечения) проводились лабораторные анализы крови. У всех больных при поступлении отмечались увеличение печени и селезенки (до +1 - +2 см и до + 4,5 - +15 см соответственно), повышенная температура тела (до 39-40° С). По данным лабораторных анализов крови – анемия II-III степени. AmBisome вводился внутривенно, капельно из расчета 3,0 мг на кг массы тела в сутки в течение 10 дней согласно инструкции. В качестве дополнения к основному лечению больным назначались витамины В₆, В₁₂, С, гепатопротекторы (эссенциале), препараты железа (феррум-лек, тотема), дезинтоксикационные средства (инфузол, глюкоза) в соответствующих дозировках.

Результаты: Больная Н., 6 лет, поступила 9.07.2013 г. Болеет в течении 3-х месяцев, при поступлении температура тела – 40° С, при

физикальном обследовании печень + 1 см, селезенка - +4,5 см. Нб - 60 г/л, эритроц. - $2,5 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,71, лейкоц. - $3,6 \times 10^9/л$, п/я - 6, с/я - 32, эозин. - 1, лимфоц. - 43, моноц. - 18, СОЭ - 20 мм/час. При выписке: печень не увеличена, селезенка +1см, температура тела в норме. Анализы крови: Нб - 74 г/л, эритроц. - $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,65, лейкоц. - $4,0 \times 10^9/л$, п/я - 6, с/я - 41, эозин. - 0, лимфоц. - 38, моноц. - 15, СОЭ - 20 мм/час.

Больная У., 11 лет, поступил 12.07.2013 г. Болеет в течении 2-х месяцев, при поступлении температура тела - 39°С, при физикальном обследовании печень + 2 см, селезенка - +15 см. Нб - 60 г/л, эритроц. - $2,5 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,69, лейкоц. - $3,0 \times 10^9/л$, п/я - 7, с/я - 46, эозин. - 0, лимфоц. - 39, моноц. - 18, СОЭ - 58 мм/час. При выписке: печень + 1 см, селезенка +9, температура тела в норме. Анализы крови: Нб - 70 г/л, эритроц. - $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦП-0,7, лейкоц. - $4,0 \times 10^9/л$, п/я - 6, с/я - 44, эозин. - 1, лимфоц. - 36, моноц. - 13, СОЭ - 28 мм/час. Переносимость препарата была хорошей, побочных явлений не отмечалось.

Выводы: Таким образом AmBisome обладает достаточно высокой эффективностью, хорошо переносится больными, резко сокращает сроки лечения. Представляется перспективным дальнейшее использование препарата AmBisome в качестве выбора в терапии больных висцеральным лейшманиозом.