

Эпидемиологическое исследование базировалось на данных ретроспективного эпидемиологического анализа (РЭА) с вычислением основных показателей заболеваемости ОКИ обусловленных бактериальной дизентерией.

Результаты: в целом общая заболеваемость бактериальной дизентерией населения Республики Казахстан на 2013год, составило 8,6 на 100 тысяч населения, среди детей до 14 лет она составила 20,47, а среди подростков 15-17 лет 6,36. Наибольшие показатели заболеваемости бактериальной дизентерией отмечены в Кызылординской (22,97), Жамбылской (18,68), Актюбинской (18,3), Западно-Казахстанской (17,59), Павлодарской (13,99), Мангистауской (8,88) областях.

Проведенный РЭА показывает, что в период с 2011-2013год в Республике Казахстан сформировалась положительная динамика снижения заболеваемости бактериальной дизентерией.

Среднепогодный уровень заболеваемости за 3 года составил 10,48 на 100 тысяч населения. Прогноз заболеваемости на 2014 год ожидается благоприятный. Среднегодовой темп снижения заболеваемости за этот период составляет 26,7%.

Анализ соотношения заболеваемости бактериальной дизентерией среди сельского и

городского населения за этот период составил 1:1,7 соответственно.

Анализ заболеваемости в 2013г по контингентам населения показывает, что детского население в 2,3 раза чаще болеют шигеллезами.

В общем числе выделенных от больных и носителей культур до 80 и более процентов составляют шигеллы Флекснера, что косвенно указывает на роль водоснабжения населения в эпидемической ситуации по этой инфекции. В мае-июне удельный вес шигелл Флекснера составляет 90,6%.

Представленные материалы исследование позволяют определить и выбрать основные направления противоэпидемической работы.

Выводы: В период с 2011-2013годы по Республике Казахстан отмечается положительная тенденция снижения заболеваемости бактериальной дизентерией.

Заболеваемость шигеллезами среди городского населения выше чем среди сельского населения. Заболеваемость шигеллезами детского населения выше чем среди взрослого населения.

В этиологической структуре заболеваемости шигеллезами шигелла Флекснера является доминирующей.

БАКТЕРИИ И РАК ТОЛСТОЙ КИШКИ

Б.Р. Карабаев, Ш.А. Назиров

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: изучить биохимические и морфологические особенности бактериальную флору. Поэтому поскольку диета определяет как концентрацию субстрата, так и бактериальную флору, действующую на этот субстрат, она будет определять и количество канцерогенов / активаторов и это должно объяснить связь между характером питания и канцерогенезом в толстой кишки.

Результаты и их обсуждение: Для проверки гипотезы необходимо получить ответы на 3 вопроса:

А) могут ли бактерии продуцировать канцерогены / активаторы *in vitro*?

Б) происходят ли эти реакции с участием бактерий *in vivo*?

В) существенна ли их роль развитию рака толстой кишки?

Большинство кишечных бактерий продуцируют в высокоактивную β -глюкозидазу. (*Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis*, *Lactobacillus spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*,

Bifidobacterium spp.) Подобные глюкозидазы, широко распространенным среди кишечных бактерий ферментом. Очевидно, в процесс этого гидролиза образуются промежуточные, существующие короткое время субстраты, так как ДНК, присутствующая во время гидролиза, алкилируют нуклеиновые кислоты. Продукция канцерогенов / активаторов *in vivo*.

Продукция большинства канцерогенов или активаторов опухолей, описанных в предущем разделе, была доказана также *in vivo*. Циказин, к примеру, является канцерогенным и гепатотоксичным веществом для обычных животных, но нетоксичным для стерильных животных. В кишечнике млекопитающих имеется β -глюкозидаза, но она неактивна в отношении циказина: специфичность действия бактериального фермента менее выражена, и он легко гидролизует циказин с высвобождением активного агликона-метилазоксиметанола. Циказин известен как гепатотоксичное вещество для человека и гидролизует бактериями

кишечника человека, но, кроме того, было показано, что он является канцерогеном для человека. Роль бактериальных метаболитов в развитии рака толстой кишки у человека отражена в обзоре Hill, который показал, что участие в этом процесса метаболитов аминокислот мало, а метаболитов желчных кислот, наоборот, значительно.

Резюмируя нашу работу, пришли к выводам: Роль бактерий в развитии экспериментального рака толстой кишки подтверждается тем, что у стерильных животных и у животных, леченных антибиотиками, число раковых опухолей много меньше чем у животных, получавших канцероген.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ САЛМОНЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

3.Э. Караматуллаева

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время изучение этиологической структуры и клинко-лабораторных характеристик инфекционных диарей у детей раннего возраста приобретает особое значение для усовершенствования диагностики этих заболеваний. В последние годы некоторые авторы отмечают возрастание тяжести клинических форм салмонеллёза и схожесть местных изменений в желудочно-кишечном тракте (энтероколит, гемоколит) с другими бактериальными кишечными инфекциями.

Цель исследования: Определить клинко-лабораторные особенности течения салмонеллёза у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 42 ребенка в возрасте до 1 года, у которых была диагностирована кишечная инфекция салмонеллёзной этиологии. У 15 из них выделена *salmonella typhi*. Верификация диагноза проводилась на основании результатов бактериологического исследования кала: при получении массивного роста бактерий в первые дни заболевания при трёхкратном исследовании. В возрастной структуре преобладали дети первого полугодия жизни - 22 (52,3%), из них в возрасте до 3 мес. - 13 детей (59%), в возрасте от 6 до 12 мес. - 7 детей (31,8%). На тяжесть и длительность инфекционного процесса при салмонеллезе в определенной степени влияли сроки поступления больных в стационар. Так, в первые 3 дня заболевания поступило лишь 17 детей (40,4%), у всех отмечались среднетяжелые формы заболевания. У большинства детей, поступивших в стационар в поздние сроки болезни, имела место тяжелая форма заболевания (57% случаев). Начало заболевания у большинства больных было острым, лишь у 3 детей с признаками недоношенности и гипотрофии мы отметили более постепенное начало заболевания: в первые 2 - 3 дня

наблюдались срыгивания, вялость, метеоризм, потеря массы тела и лишь затем присоединялся жидкий стул с примесью зелени и слизи. Фебрильная лихорадка была констатирована нами у 26 больных (61,9%), причем у 2 детей температура тела повышалась до 39-39,5°C. Субфебрильная температура тела была отмечена у 14 больных (33,3%), у 2 температура тела оставалась нормальной. Длительность лихорадки не превышала 1-2 дня независимо от степени тяжести процесса. Выраженность интоксикационного синдрома зависела от степени тяжести заболевания. Среднетяжелая форма салмонеллеза наблюдалась у 26 детей (61,9%). У них отмечались умеренные симптомы интоксикации в виде бледности кожных покровов, вялости, снижения аппетита. У 14 детей (33,3%) диагностирован токсикоз с эксикозом I - II ст., выражавшийся в потере массы тела до 5 - 6%, гемодинамических нарушениях («мраморность» кожных покровов, акроцианоз, холодные конечности), а также признаках дегидратации. Продолжительность синдрома интоксикации при данной форме салмонеллеза колебалась от 5 до 10 дней. Рвота отмечена у 14 больных (35%), преимущественно у детей с тяжелой формой заболевания в первые дни болезни и не более 1-3 раз в сутки. Поражение толстой кишки доминировало в клинике диарейного синдрома. При разных формах заболевания отмечалась диарея: стул до 5 раз в сутки был у 12 больных (28,5%), у 16 больных (38%) - от 6 до 9 раз в сутки, у 4 (31,2%) - более 10 раз в сутки. У 10 больных с тяжелой формой заболевания стул был 15-20 раз в сутки, с большим количеством слизи, прожилками крови; отмечалось зияние ануса. Явления гемоколита имели место у 20 детей (47,6%) с салмонеллезом. Наибольшая длительность диарейного синдрома различной этиологии колебалась от 10 до 20 дней. Гастроэнтероколитическая форма салмонел-