

бактериальных ОКИ ($14,5 \pm 1,78$ мг/л), $p < 0,05$, превышая нормальные значения соответственно в 3 и 8,8 раза. При вирусных ОКИ имелись различия внутри возрастных групп. Так, у детей 0-12 мес. ($5,39 \pm 1,13$), 12-35 мес. ($4,87 \pm 0,74$) и 3-6

лет ($5,64 \pm 1,10$) уровень С-реактивного белка был выше ($p < 0,05$), чем у детей школьного возраста ($2,92 \pm 0,84$), что, вероятно, связано с большим процентом тяжелых форм у детей дошкольного возраста.

ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

О.А. Ким, З.Ф. Мавлянова

Самаркандский государственный медицинский институт

В настоящее время в результате широкого применения антибиотиков, а иногда и злоупотребления ими возникла проблема дисбактериоза - важнейшего патогенетического фактора в активации стафилококка, сальмонелл, кишечной палочки и другой условно-патогенной флоры. Острые кишечные заболевания (ОКИ) поражают преимущественно детей младшего возраста или детей, ослабленных другими заболеваниями. В связи с этим существует настоятельная необходимость разработки эффективного комплексного лечения острых кишечных инфекций с использованием методов физиотерапии.

Цель исследования: Обосновать применение методов физиотерапии, в частности электрофореза цинка и серы по 3-х электродной методике и СМВ-терапии в комплексном лечении больных острыми кишечными инфекциями.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 35 детей с диагностированной ОКИ. Все обследуемые получали наряду с этиопатогенетическим лечением физиотерапевтические методы лечения. При проведении физиотерапии целесообразно включать её в комплекс лечения после разворачивания специфической и симптоматической медикаментозной терапии, купирования симптомов интоксикации и обезвоживания, урежения стула, нормализации температуры тела, при отсутствии признаков наличия крови в кале и угрозы осложнений ОКИ. Физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) подбиралось на основании синдромно-патогенетического подхода в соответствии с патогенезом ведущих симптомокомплексов.

Результаты исследования. По результатам проведенного исследования применение в комплексной терапии больных острыми кишечными инфекциями электрофореза цинка и серы на проекцию печени и поджелудочной железы по 3-х электродной методике и сантиметроволновой терапии на два поля приводило к ликвидации клинических проявлений ОКИ и позволяло существенно повысить терапевтическую эффективность проводимого лечения. Сочетание электрофореза цинка и серы по 3-х электродной методике с медикаментозной терапией приводило к выраженной нормализации кишечного микробиоценоза у больных острыми кишечными инфекциями, что по видимому было связано со стимуляции роста бифидобактерий и лактобактерий, стимуляцией белок синтезирующей функции печени и возможным гепатопротекторным действием. А комплексное применение микроволновой терапии сантиметрового диапазона на два поля (область проекции желчного пузыря и пупочную область) с медикаментозной терапией улучшало процессы пищеварения в кишечнике и оказывало выраженный иммуностимулирующий эффект.

Выводы. Таким образом, внедрение в практику лечения острых кишечных инфекций таких методов физиотерапии, как электрофорез цинком и серы по 3-х электродной методике и СМВ-терапии на 2 поля, способствует снижению лекарственной нагрузки, ускорению восстановительных процессов и в комплексе с другими методами лечения повышает клинический эффект проводимой терапии, а также снижает стоимость лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАРЕЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА

М.Е. Красная, Г.Б. Мустаева

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель работы: Углублённый анализ эпидемиологической ситуации по острым диарейным заболеваниям.

Материалы и методы исследования: проанализирована заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Самаркандской

области по материалам итоговых данных за 2013 год. Сравнивались экстенсивные и интенсивные показатели заболеваемости в различных группах, сформированных по существующим формам отчётности: до 1 года, 1-3 года, 4 - 6 лет, 7-14 лет, 15- 19 лет и группа 20 лет и старше. Также проанализированы в различных возрастных группах коэффициенты сезонности - удельный вес числа заболевших в месяцы сезонного подъёма к общему числу заболевших. Пути и факторы передачи ОКИ определялись при эпид. расследовании очагов и опросе больных или их ухаживающих в стационарах.

Результаты: Наибольший удельный вес среди заболевших ОКИ занимали дети в возрасте 1-3 года – 36, 6% от общего числа, на втором месте - лица старше 20 лет – 29, 2% от общего числа заболевших. Наиболее высокий уровень заболеваемости ОКИ отмечался в возрастной группе до 1 года – 703,9 на 100 тыс. населения и в возрастной группе 1-3 года - 537,7 на 100 тыс.

Сезонный подъем диарейных заболеваний отмечался с июня по октябрь, за этот период зарегистрировано 64,8 % + 0,14% случаев от годовой заболеваемости. Наибольший коэффициент сезонности отмечался в возрастных группах 1-3 года (70,5% + 0,25% от общегодовой заболеваемости) и в возрастной группе 15-19 лет (77,7% + 0,77% от общегодовой заболеваемости). Подъём заболеваемости среди школьников и возрастной группы 15-19 лет отмечен несколько раньше – с мая месяца, что возможно указывает на высокую активность лиц этой группы. Коэффициент сезонности в возрастной группе до 1 года, а также в возрастных группах 4-6 лет и в возрастной группе старше 20 лет был существенно ниже, составив соответственно 58,3% + 0,33%, 55,3% + 0,49%, и 58,0% + 0,25%. Коэффициент сезонности указывает на роль сезонных факторов в формировании годовой заболе-

ваемости. Относительно низкий коэффициент сезонности диарейных заболеваний в возрастной группе до 1 года по-видимому обусловлен высоким риском заболевания детей этой группы на протяжении года за счёт бытового фактора, а также основного значения в развитии заболевания нарушений в характере вскармливания. Для детей возрастной группы 1-3 года сезонный фактор имел наибольшее значение, который резко увеличивал риск заболевания диареей в жаркие месяцы.

Наиболее распространённым путём заражения для диарейных заболеваний оставался пищевой, который наблюдался в 72,3 % случаев. Из пищевых продуктов наиболее часто в качестве фактора заражения предполагались фрукты и бахчевые (33,9 % от общего числа пищевых продуктов) молочные продукты были заподозрены в качестве фактора заражения в 22,6 % от общего числа пищевых продуктов. Водный путь был предположен в 9,8 % случаев ОКИ, бытовой путь отмечался в 17,9 % случаев диарей. У детей раннего возраста у 56,5% опрошенных незадолго (в течение недели) до заболевания отмечали изменения в характере прикорма или докорма, были введены дополнительные продукты, в 8,5% заболевание связывалось с нарушением диеты кормящей матерью.

Выводы: Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что основной удельный вес в заболеваемости острыми диареей составляет возрастная группа 1- 3 года - 36, 6% от общего числа заболевших. Роль сезонных факторов в формировании годовой заболеваемости существенно различается в различных возрастных группах. Наибольший риск заболевания для детей 1-3 лет отмечается в период с июня по октябрь месяц, за этот период зарегистрировано 70,5% от общего числа заболеваний, при общем коэффициенте сезонности 64, 8%.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИНФЕКЦИОННОГО НАРУЖНОГО ОТИТА

У.Л. Лутфуллаев, Ш.Ш. Кобилова, Э. Жабборов

Самаркандский государственный медицинский институт

Наружный отит (НО) – группа воспалительных заболеваний наружного уха (ушной раковины и наружного слухового прохода). По данным различных авторов частота НО составляет от 17% до 25% среди воспалительных заболеваний уха. Воспалительные заболевания наружного уха подразделяются на две группы: иммунологические и инфекционные. К инфекционным отитам относятся бактериальный

и грибковый наружный отит, фурункул наружного слухового прохода и экзематозный наружный отит.

Подъём заболеваемости инфекционным наружным отитом приходится на летние месяцы. Этому способствует тёплый влажный климат, купание в различных природных водоёмах.

Возбудителями наружного отита являются различные виды условно – патогенных