МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СУБСТРАТ ЭНТЕРАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

Ж.Д. Туйчиев, Я.К. Худайбердиев

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУЗ.

Проблема кишечных бактериальных инфекций (БКИ) является одной из важных направлений инфектологической науки. Несмотря на всестороннее изучение БКИ, остаются вопросы, на которые требуются ответы, основанные на фундаментальном подходе к выяснению изучаемой проблемы.

Целью исследования явилось изучение структурного статуса слизистой оболочки толстой кишки у больных с бактериальными кишечными инфекциями.

Материал и методы. Методами эндоскопии (колонофиброскопии, ректороманоскопии, дуоденофиброскопии) с прицельной биопсией слизистой оболочки кишечника, светооптической микроскопии препаратов, окрашенных 1% -растворами пиронина и метиленовой сини проведено обследование больных с БКИ. Диагноз был верифицирован бактериологически и методом ПЦР. В разработку включены больные с сальмонеллезами, шигеллезами, эшерихиозами, кампилобактериозом и кишечным иерсиниозом. Исследование проводили в динамике болезни, в стадии разгара и реконвалесценции. В качестве контроля использованы аналогичные данные здоровых спортсменов, изъявивших желание получить информацию о состоянии кишечного тракта.

Результаты исследования. В разгаре заболевания эндоскопическая картина слизистой оболочки тонкого и толстого кишечника характеризовалась катаральной и катарально-геморрагической реакцией различной выраженности. При всех БКИ со стороны тонкого кишечника визуальные изменения характеризовались преимущественно катаральным воспалением и отличительных

признаков между нозологическими формами не выявлено. Изменения со стороны слизистой оболочки толстой кишки характеризовались очаговыми катаральными, катарально-геморрагическими изменениями. Такая же картина наблюдалась у части больных с эшерихиозами. Гистоструктурные изменения слизистой оболочки тонкого и толстого кишечника характеризовались утолщением базальной мембраны, застойными сосудами и повышением плотности клеток собственной соединительнотканной пластинки, увеличением числа интраэпителиальных иммунцитов, усилением экстрезии энтероцитов. Подсчет клеток эпителиального пласта и собственной соединительнотканной пластинки слизистой оболочки тонкого и толстого кишечника показал однонаправленный характер иммуноморфологических сдвигов при некотором качественном отличии мигрирующих иммунцитов. Естественной реакцией слизистой оболочки кишечника была мобилизация иммунцитов из микроциркуляторного русла. Подтверждением этого является наличие стаза в сосудах, резкое увеличение периваскулярного содержания иммунцитов по сравнению с контролем. Констатированы частые кооперации иммунцитов собственной соединительнотканной пластинки слизистой оболочки кишечника, что указывает на выраженную активацию местной иммунной реакции.

Вывод. Слизистая оболочка кишечника отвечает на воздействие патогенных энтеробактерий мобилизацией местного иммунитета, которая отражается в изменениях, выявляемых эндоскопическими и иммуноморфологическими методами.

К ВОПРОСУ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ У ДЕТЕЙ

С.И. Ульмасова, И.А. Касымов, М.С. Шоисломова, Н.Х. Отамуратова

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Острые кишечные инфекции (ОКИ) у детей продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения поскольку наносят большой ущерб здоровью детей и экономике страны. Существующая ситуация вызвана множеством факторов, из которых самыми существенными являются несвоевременно или

неправильно установленный условно – патогенный возбудитель как этиологический фактор ОКИ, неэффективное этиотропное лечение. Для предупреждения ОКИ отсутствует специфическая профилактика, и снижение показателей заболеваемости и смертности объясняется улучшением социально –

экономических условий как важнейшей детерминанты эпидемического процесса.

Целью настоящей работы явился анализ заболеваемости ОКИ у детей и выявление основных детерминантов развития эпидемического процесса.

Материалы и методы. Использованы статистические данные Республиканской ЦГСЭН, карты эпидемиологического исследования очагов (ф-орма 357у), результаты лабораторных обследований, акты проверок эпидемиологически значимых объектов. Использованы традиционные статические методы эпидемиологического анализа многолетней динамики заболеваемости ОКИ в РУз.

Результаты и обсуждение. Анализ общей заболеваемости бактериальными и вирусными ОКИ, зарегистрированными в республике за 2001-2010 гг., показал, что за указанный период заболеваемость варьировала в пределах показателей 159,3 – 121,9 на 100 тыс. населения. В состав ОКИ включены сальмонеллез – 8,8%, острая дизентерия, бактериологический подтвержденная – 20,7% и гастроэнтериты – 70,5%. Следует отметить, что максимальный уровень заболеваемости ОКИ был отмечен в 2001 г. (159,3 на 100 тыс. населения), а минимальный в 2009 г. – 119,4 на 100 тыс. населения. Заболеваемость тифо-паратифозными болезнями, иерсиниозом, кампилобактериозом не играет существенной роли в эпидемиологическом процессе ОКИ, уровень составляет 0,9%.

В годовой динамике, рассчитанной за 10 лет (2001-2010 гг.), ОКИ установленной и неустановленной этиологии в республике характеризуется достаточно выраженной сезонностью. Установлено, что сезонный рост

заболеваемости регистрируется в мае – сентябре. Среднемесячная доля от общего количества случаев заболеваний составила 12,1% в июле, 13,5% в июле, 9,1% в августе и 9,4% в сентябре. Максимальный уровень достигнут в июле (13,5%). Активизация механизма передачи в этот период определяется активизацией природных, социальных и биологических факторов, детерминирующих эпидемический процесс, в том числе употребление свежих овощей и фруктов, потенциально инфицированных, увеличением потребления воды, часто из необорудованных источников, купанием в инфицированных реках, арыках и других водоемах, чрезмерным размножением мух в этот период, нарушениями правил личной гигиены, ростом среднесуточной температуры, увеличением миграции, формированием эпидемических штаммов возбудителя, легкостью реализации фекально-орального механизма передачи.

Анализ путей, факторов и условий передачи ОКИ установленной и неустановленной этиологии в 2001-2010 гг. показал, что основным был пищевой путь – 66,8%, водный и бытовой пути передачи были установлены соответственно в 0,2 и 33% случаев.

Таким образом, на протяжении последних лет в Республике Узбекистан наблюдается рост заболеваемости ОКИ, обусловленный в основном острыми энтеритами неустановленной этиологии. Выявленные факторы влияют на интенсивность эпидемиологического процесса, прослеживается роль пищевого и контактно – бытового путей передачи как доминирующих.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОСТРЫМ БРОНХИОЛИТОМ

С.С. Умарова, Ш.М. Уралов, Л.М. Гарифуллина, Д.К. Шамсудинова

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. По данным статистических исследований, острые вирусные инфекции с поражением нижних дыхательных путей переносят 11-12 % детей первого года жизни, 6 % детей в возрасте от года до 2 лет и 3,5 % детей старше 2 лет. Среди младенцев в возрасте до 12 месяцев, болеющих ОРВИ, бронхи и бронхиолы вовлекаются в воспалительный процесс в 1/3 случаев, из них в 1/3 случаев развивается бронхообструктивный синдром (БОС). Летальность при острых бронхолитах (ОБ) составляет 0,3-1,0%. Этиологическим

фактором ОБ в большинстве (55-80%) случаев является респираторно-синцитиальный вирус (RSV).

Целью данной работы явилось комплексная оценка степени бронхиальной обструкции у детей с ОБ по частоте дыхания, насыщения крови кислородом и по шкале респираторных нарушений (RDAI - Respiratory Distress Assessment Instrument).

Материал и методы. В исследование были включены 53 ребенка (28 мальчиков и 25 девочек) в возрасте от 2 месяцев до 2 лет,