

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 бронхитах (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,

находившихся на стационарном лечении по поводу ОБ, госпитализированных в детские отделения и отделение детской реанимации СФРНЦЭМП в 2012-2014 гг. Диагноз устанавливался по характерным для ОБ клиническим, физикальным, рентгенологическим данным. Для оценки степени дыхательных нарушений использовались такие показатели, как частота дыхания (ЧД), насыщение крови кислородом (SpO_2) и шкала респираторных нарушений - RDAI (по Lowell DI). В клинические критерии шкалы RDAI, показывающей степень бронхиальной обструкции, входили такие симптомы, как свистящие хрипы (во время вдоха и выдоха, а также число вовлеченных полей легких) и втяжения уступчивых мест грудной клетки (подключичные, межреберные, подреберные), интенсивность которых, выражалась в баллах (от 0 до 4). Каждый параметр (свистящее дыхание, втяжение грудной клетки), выявленный у больного суммировался, для получения общей оценки респираторных нарушений. Максимальное общее количество баллов за свистящие хрипы - 8 и для втяжений уступчивых мест грудной клетки составлял 9 баллов.

Обсуждение полученных результатов. Комплексную оценку степени бронхиальной обструкции проводили при поступлении больных в стационар и в динамике заболевания. У 17 (32,0%) больных ОБ при поступлении выявлены следующие показатели дыхательных расстройств: ЧД \leq 50 в минуту, SpO_2 91-94% и

оценке по шкале RDAI \leq 6 баллов, что соответствовала легкой степени бронхиальной обструкции. У 24 больных ЧД при поступлении отмечалась в пределах 50-60 раз в минуту, SpO_2 – 86-90% и оценка по RDAI составляла 7-9 баллов. Средняя степень бронхиальной обструкции отмечена у 45,4% больных ОБ. У 12 (22,6%) больных при поступлении ЧД составила более 60 в минуту, $SpO_2 \leq 85\%$ и более 10 баллов выявлено при оценке по шкале RDAI. Эти данные соотнесены к тяжелой степени бронхиальной обструкции. Результаты, полученные в ходе нашего исследования, диктуют о необходимости дифференцированного подхода к лечению дыхательных расстройств у больных ОБ в зависимости от степени бронхиальной обструкции. Так, при тяжелом течении ОБ с более выраженной степенью бронхиальной обструкции в комплекс лечения целесообразно включить бронхолитические препараты, оксигенотерапию, глюкокортикостероиды, противовирусные средства, антибиотикотерапию и проведение дополнительных ингаляций.

Выводы. Оценка степени бронхиальной обструкции у детей с ОБ по ЧД, уровень насыщения крови кислородом и применение шкалы респираторных нарушений - RDAI способствует к дифференцированному подходу в лечении БОС, которые позволят сократить длительность пребывания больных в стационаре и облегчить симптомы дыхательных расстройств у детей раннего возраста.

КЎКЎТАЛ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИ ПРЕМОРБИД ФОНГА ЭГА БЎЛГАН ВА ПРЕМОРБИД ФОНГА ЭГА БЎЛМАГАН БОЛАЛАРДА СОЛИШТИРМА ТАҲЛИЛИ

Ў.Ж. Умиров, Б.Х. Бегматов

Тошкент тиббиёт академияси

Муаммонинг долзарблиги. Ҳозирги давргача кўкўтал касаллиги жаҳон соғлиқни сақлаш жамиятининг олдидаги жиддий муаммолардан биридир. Кўкўтал бутун дунёда кўкрак ёшидаги болалар ичида моноинфекция сифатида 10,5% ҳолатларда летал оқибатга сабаб бўлади. Ўзбекистон Республикаси ва Тошкент шаҳри бўйича ДСЭНМ маълумотларига кўра, охириги 10 йилликда кўкўтал билан касалланиш тенденцияси аниқланди.

Тадқиқот мақсади: Кўкўтал касаллигининг преморбид фонга эга бўлган ва преморбид фонга эга бўлмаган болаларда клиник кечиш хусусиятлари солиштирма таҳлилини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Илмий тадқиқот 2013 йилдан 2014 йилгача бўлган даврда, Т.Т.А. III клиникаси Болалар юкуми касалликлари “Кўкўтал” бўлимида ўтказилди. Тадқиқотга кўкўтал билан касалланган 1 ёшдан 5 ёшгача бўлган 60 нафар болалар олинди. Барча беморлар икки гуруҳга бўлиб ўрганилди: асосий гуруҳга 35 та, назорат гуруҳига 25 та болалар киритилди. Бемор болаларда клиник-эпидемиологик, бактериологик, лаборатор ва инструментал текширишлар ўтказилди.

Натижалар ва уларни муҳокама қилиш. Касалликнинг оғирлик даражасига кўра кечишини асосий ва назорат гуруҳларда ўрганилганда енгил, ўрта оғир ва оғир