

достоверная ( $p < 0,05$ ) регрессия основных клинических проявлений дисбактериоза кишечника. Улучшились показатели микрофлоры кишечника. До лечения у пациентов основной группы отмечалось снижение бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов и рост количества представителей условно патогенной флоры (стафилококки, грибы рода *Candida*). После проведенной терапии отмечалась тенденция к нормализации или снижению степени ДК – увеличение уровня бифидо-и лактобактерий, снижение численности условно - патогенной флоры.

Выводы:

1. У пациентов с хроническими заболеваниями печени частота дисбиоза толстой кишки составляет 100%.
2. Проявления дисбиоза у пациентов с хроническими заболеваниями печени характеризуется диспепсическими проявлениями, метеоризмом, болевым синдромом, расстройствами стула.
3. Пробиотик «Энтерожермина» способствует нормализации микрофлоры толстой кишки и клинических проявлений диспепсии у пациентов с хроническими заболеваниями печени.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО АНКЕТИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ, ДЕТИ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ш.М. Уралов, А.А. Абдусаламов, Ш.М. Ибатова, С.С. Умарова

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность. Отношение населения к здоровью – фактор, определяющий продолжительность жизни и уровень заболеваемости.

Цель и задачи. Для выяснения отношения матерей к здоровью своих детей нами проведено анкетирование 100 респондентов по заранее подготовленным вопросам, которые характеризовали на наш взгляд их осведомленность в вопросах собственного здоровья и здоровья детей, практические знания по физиологии и патологических состояний детского возраста, уровень знаний принципов современной диагностики и лечения основных заболеваний и угрожающих состояний.

Обсуждение результатов. Поводом для обращения в стационар явились проявления нескольких серьезных симптомов острой респираторно-вирусной инфекции, среди которых чаще всего фигурировали повышение температуры тела, судорожный синдром, кашель, диарея. Несмотря на то, что у 58 детей были заметные нарушения в росте и отставание в психомоторном развитии, расстройства питания, анемия, рахит, мамы не включили в свои жалобы изменения в состоянии ребенка, связанные с этими заболеваниями.

На вопрос «Считаете ли Вы себя здоровой?» 83 матери ответили, что они считают себя здоровыми, 17 - предъявили жалобы, связанные с различными соматическими хроническими заболеваниями. Среди матерей, считавших себя здоровыми, у 42 была выявлена анемия различной степени, патология щитовидной железы, гастродуоденальная патология, заболевания зубов.

На вопрос «Какие факторы оказывают наибольшее влияние на здоровье Вашего

ребенка?» почти все (95) ответили, что связывают заболевание своего ребенка с метеофакторами (суточными перепадами температуры окружающей среды, переохлаждением, перегреванием и др.).

Выводы. Результаты анкетирования показали, что матери в недостаточной степени информированы о здоровом образе жизни, о причинах развития заболеваний, современных методах диагностики, принципов лечения и профилактики основных заболеваний и патологических состояний у детей. Все это диктует необходимость повышения эффективности проводимой санитарно-просветительской работы среди матерей и медицинской грамотности населения, а также активной пропаганды здорового образа жизни, для снижения уровня заболеваемости детей и населения в целом.

В заключении предлагаем следующие рекомендации по улучшению вышеуказанного положения:

- совершенствование проводимой санитарно-просветительской работы среди населения по повышению медицинской грамотности, а также активной пропаганды здорового образа жизни;
- внедрение в практику медицинского обслуживания детского населения эффективных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе современных достижений медицинской науки и техники;
- разработка вопросов по рациональному питанию больных с хроническими расстройствами питания, аномалиями конституции, анемией и рахитом;
- обеспечивать систематическое повышение квалификации врачей и среднего медицинского

персонала, работающего в детских дошкольных учреждениях, сельских врачебных пунктах и семейных поликлиниках.

## ЛИХОРАДКА КУ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Х.Р. Хасанов, А.В. Юлдашев

*Ташкентская медицинская академия*

Первые случаи заболевания людей лихорадкой Ку были зарегистрированы в 1950 г и до 1962 гг выявлялись единичные случаи (18 за 10 лет), а за период с 1962 по 2002 годы зарегистрирована уже 275 случаев коксиеллеза.

Отмечен подъем заболеваемости 1974-1997 гг и рост заболеваемости в последующие 5 лет (1997-2002 гг.) когда было зарегистрировано более половины всех выявленных случаев (56,2%).

Лихорадка Ку выявляется на всех административных территориях области, однако интенсивность эпидемического процесса на разных территориях неодинаково. Наиболее эндемичным являются такие районы, Охангаранский, Южно-Чирчикский, Пскентский, Среднее-Чирчикский, Кибрайский, Янгиюльский где заболеваемость составляет 71% от всех случаев регистрируемых районам.

Подъем заболеваемости начинается с марта и Пик заболеваемости приходится на май и июнь, а с июля регистрируется единичные случаи заболевания.

Наибольшая заболеваемость отмечается в возрастных группах 15-19 (10%), 20-29 лет (35%), 30-39 лет (20%), 40-49 лет (12%).

Лихорадкой Ку преимущественно болеют мужчины (75% и более), так как они чаще всего используются на сезонных работах в животноводческих хозяйствах.

Лица, постоянно работающие в животноводстве, болеют не чаще других профессий, хотя при исследовании сывороток в РСК с антигеном Бернете среди них выявляети значительное количество инфицированных. Так, за период с 1970-2000 годы при обследовании 31.200 работающих в животноводческих хозяйствах и на предприятиях по переработке сырья и продуктов животноводства выявлено 2,6%.

Уровень заболеваемости лихорадкой КУ изучаемой административной территории в значительной степени зависит от объема серологических исследований сывороток лихорадящих больных.

Следует обратить внимание, что обследование животных, как правило, проводится несвоевременно через 3-4 месяце после ПИК а заболеваемости людей и в большинстве случаев мало паомогает врачам эпидемиологам в поисках источника инфицирования людей.

Группам риске является 20-29 и 30-39 лет . Сезонность составляет летнее осенне период. Фактором передачи явились молоко и мясные продукты. В основном источником инфекции послужили МРС и КРС.

Механизм передачи – бытовой – 47,1%., алиментарный 44,5% контактно-алиментарный составил 8%. Чаще болеют рабочие и работники транспортных средств.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

Н. Хаятова, М.Я. Эргашева, Н.А. Ярмухамедова

*Самаркандский государственный медицинский институт*

Актуальность темы: В последние годы во всем мире отмечается четкая тенденция активизации энтеровирусной инфекции, о чем говорят постоянно регистрируемые в разных странах подъемы заболеваемости и вспышки ЭВИ (Лукашов А.Н.,2005). Одной из основных особенностей этих инфекций является вирусносительство, постоянно обуславливающее возникновение спорадических форм и массовых заболеваний, которое, как и заболеваемость, наблюдается не только среди

детей младшего и старшего возраста, но и среди взрослых. Эпидемиологические аспекты этой довольно новой инфекционной болезни, остаются плохо изученными. В литературе имеется описание только отдельных вспышек энтеровирусной инфекции в Узбекистане.

В связи с этим перед нами была поставлена цель: определить эпидемиологические особенности серозного менингита энтеровирусной этиологии у детей в период эпидемического подъема для оптимизации диагностики и лечения.