

зарегистрирован промежуточным хозяином для *Ornithobilharzia turkestanica*. Из водоёмов Каракалпакстана партениты и личинки *F. gigantea* обнаружены и у *L. tenera*, экстенсивность инвазий достигала 55,6%. В этом же районе выявлена заражённость моллюсков из семейства *Planorbidae*: *Anisus ladacensis*, *Planorbis tangitarensis* и *Pl. Planorbis* личиночными формами парафистомид (*C. colicoforum* и *Gastrothylax crunumifer*). Для юга Узбекистана эти же моллюски и *Pl. sieversi*, *A. pancongensis* отмечаны промежуточными хозяевами *C. colicoforum* и *C. erschovi*. Степень заражённости у них составляла от 1,6 до 5,05%. На территории Ферганской долины наиболее заражёнными партенитами трематод являются моллюски: *Valvatamnicola archangeliskii*, *L. truncatula*, *L. auricularia* и *L. bactriana*. У последнего вида найдены стилетные церкарии, дифинитивными хозяевами, которых являются земно-водные. Малый прудовик инвазирован партенитами *F. hepatica* на 4%. Экстенсивность заражения моллюсков партенитами и метацеркариями у

некоторых трематод сравнительно велика. Например, партенитами *Echinostoma revolutum* моллюск *A. albus* заражён на 82,3 %, *L. truncatula* на 25,2 %, *L. bactriana* – на 10%.

Выводы. Таким образом, основную роль в качестве промежуточных хозяев возбудителей природной – очаговых гельминтозов на территории Узбекистана из брюхоногих пресноводных моллюсков играют прудовики *L. Truncatula* и *L. bactriana*. В целом у обследованных моллюсков выявлено 43 вида партенитов трематод и одна взрослая трематода. Из них 27 заканчивают свое развитие в птицах, 4 – в рыбах и по 2 в амфибиях и млекопитающих. Выявлена множественная инвазия у *L. auricularia* (23 вида), *L. stagnalis* (11), и *Pl. planorbis* (10). Все вышеуказанные моллюски служат промежуточными хозяевами гельминтов, вызывающих серьезные заболевания как фасциоз, парафистомоз, орнитобильгарциоз человека и животных. Моллюски же, как важные компоненты биогеоценозов являются регуляторами в них численности трематод.

ЛЯМБЛИОЗ У ДЕТЕЙ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Н.А. Каримова, А.А. Каюмова

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность лямблиоза у детей во многом обусловлена тем, что его клинические проявления часто маскируются различными вариантами что в условиях йоддефицита приводит к дефициту всех необходимых ингредиентов роста и развития. При этом отсутствие верификации диагноза не позволяет проводить адекватную терапию.

Целью является диагностика и лечение лямблиоза у детей с гипотериозом.

Материалы и методы исследования нами было обследовано 62 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет с гипотериозом. Исследование с целью выявления цист лямблий проводилось после сбора материала в консервант Турдыева с использованием метода формалин-эфирного обогащения однократно (при выявлении высокого титра антител – 1:3200 – повторно). Серологическое исследование проводилось с

использование м тест-системы Вектор-Бест, У 32,2% детей серологические исследования были отрицательные, у остальных – положительные (у 29% в титре 1:100, у 25,8% в титре 1:400, у 3,2% – 1:800, у 6,4% – 1:1600, у 6,4% – 1:3200) . У одного ребенка с гастродуоденитом до госпитализации при исследовании кала с консервантом были выявлены цисты лямблий и при серологическом исследовании выявлен положительный титр антител – 1:100. После проведенного лечения албезолом в дозе 200 мг\сут, курс лечения 7 дней. Во время приема албезола больные не принимали гормоны щитовидной железы. Однако титр специфических антител составлял 1:1600, что определило необходимость повторного курса лечения. Таким образом лечение лямблиоза Албезолом эффективно при лечении резистентных к метронидазолу штаммов лямблий.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

И.А. Касымов, Г.М. Шарапова, Ш.А. Рахматуллаева

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

Известные более 100 лет заболевания, вызываемые многочисленными микроорганизмами, объединенными в род сальмонелл, до сих

пор привлекают к себе внимание исследователей многих стран и специалистов разного профиля – эпидемиологов, микробиологов, инфекци-

онистов. В настоящее время сальмонеллезы, получившие название «болезнь цивилизации», распространены настолько широко, что ни в одной стране мира не стоит вопрос об их ликвидации. За последние 10 лет основные параметры эпидемического процесса при сальмонеллезах в республике Узбекистан не изменились, а основными источниками возбудителя сальмонеллезов продолжают оставаться сельскохозяйственные животные и в первую очередь птица. Кроме того, сальмонеллезы до сих пор преобладают среди кишечных групп инфекций по степени распространения среди людей и по выделению из объектов внешней среды.

Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологических особенностей сальмонеллезов в современный период. Для достижения поставленной цели были использованы отчетные данные ГорЦГСЭН о заболеваемости сальмонеллезами и результаты проведенного оперативного и ретроспективного эпидемиологического анализа.

В динамике заболеваемости сальмонеллезами отмечается значительное снижение показателей заболеваемости в целом по республике и по г. Ташкенту. Если показатель заболеваемости по республике в 1991 году

составлял 34,6 на 100 тыс. населения, в 2007 году – 7,5, то есть заболеваемость за 17 летний период снизилась в 4,6 раз. По г.Ташкенту за этот период сальмонеллезы снизились в 3,6 раз. По административным территориям г.Ташкента отмечается неравномерное распределение заболеваемости. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечается в Бектемирском (53,8%), Шайхантахурском (24%), Чиланзарском (23,3%), Учтепинском (20,3%) районах. В этиологической структуре сальмонеллезов в г. Ташкенте в 2011-2014 гг. было характерно преобладание *S. Enteritidis* (78,9%-83,2%). В очагах внутрибольничного сальмонеллеза характерными возбудителями являются *S. Typhimurium* и *S. Haifa*. Наиболее поражаемым контингентом по-прежнему являются дети раннего возраста. Наблюдается весенне-летняя сезонность. Наряду с *S. Typhimurium* и *S. Enteritidis* в последние годы отмечали выделение от больных и из объектов внешней среды *S. Agona*, которая раньше очень редко встречалась на территории г. Ташкента.

При организации и проведении мероприятий по борьбе с сальмонеллезами необходимо учесть вышеизложенные эпидемиологические особенности этой инфекции.

КИШЕЧНЫЙ АМЕБИАЗ

А.А. Ким, Б.Н. Кошерева, Е.Л. Колмогорова, Н.Г. Маслова

Карагандинский государственный медицинский университет (Казахстан).

Амебиаз является паразитарной болезнью человека, вызываемой патогенными штаммами *Entamoeba histolytica*, представляет одну из важнейших проблем здравоохранения развивающихся стран и одну из наиболее частых причин летальных исходов при паразитарных болезнях кишечника. Заболевание имеет широкое распространение в странах с тропическим и субтропическим климатом, низким уровнем санитарии. В Республике Казахстан встречается исключительно в южных регионах. Однако значительное увеличение зарубежного туризма, в том числе в страны жаркого климата, послужило причиной заболеваемости амебиазом жителей других регионов Казахстана.

Так, в период с августа месяца 2013 года по февраль месяц 2014 года в Областную инфекционную больницу г. Караганды поступило четверо больных с предварительным диагнозом «Острая кишечная инфекция с синдромом энтероколита». При поступлении пациенты предъявляли жалобы на слабость,

недомогание, ноющие боли в нижних отделах живота, частый жидкий стул. Начало заболевания у двух пациентов острое, у двух других постепенное. По разным причинам (лечились самостоятельно амбулаторно, надеялись на самоизлечение) мы наблюдали позднее поступление больных - на 2-3 неделе от начала заболевания. У всех пациентов отмечался субфебрилитет, бледные кожные покровы, напряжение живота отсутствовало, но имели место отчетливые боли по ходу толстой кишки, пальпировалась спазмированная и болезненная сигмовидная кишка. В начале заболевания определен энтероколитный характер стула - жидкий, обильный, каловый со слизью, прожилками крови с частотой до 4-6 раз, в последующем с тенденцией к уменьшению объема, увеличением патологических примесей, нарастанием частоты до 10 раз и более. У всех пациентов в общем анализе крови наблюдался выраженный лейкоцитоз, с преобладанием нейтрофилов, в копрограмме признаки воспа-