

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БРЮШНЫМ ТИФОМ В УЗБЕКИСТАНЕ И МЕРЫ
ПРОФИЛАКТИКИ****Музафарова Сарвинисо Расулмухаммад кизи***sarvinisomuzaffarova@gmail.com**Ассистент преподавателя кафедры медицинских наук филиала Казанского федерального университета, Джизак.*

Аннотация: В настоящее время сохранение здоровья населения во всем мире является одной из актуальных проблем. В частности, важной задачей стала борьба с кишечными инфекциями и разработка эпидемиологических мер. В данной статье представлена информация о заболеваемости брюшным тифом в Узбекистане и мерах по его профилактике.

Ключевые слова: Брюшной тиф, Salmonella Typhi, паратиф, Узбекистан.

Abstract: Currently, maintaining the health of the population around the world is one of the pressing problems. The fight against intestinal infections and the development of epidemiological measures has become an important task. This article provides information on abdominal typhoid and measures to prevent it in Uzbekistan.

Key words: Typhoid fever, Salmonella Typhi, paratyphoid, Uzbekistan.

По данным Всемирной организации здравоохранения, брюшной тиф остается серьезной проблемой для служб здравоохранения многих стран. Ежегодно в мире регистрируют от 11 до 21 млн случаев заболеваний брюшным тифом, из них от 128 000 до 161 000 заканчиваются летальным исходом. Брюшной тиф широко распространен во многих странах Африки, Азии, Центральной и Южной Америки.

Брюшной тиф и паратифы А и В относятся к группе инфекций, вызванных семейством бактерий сальмонелл (Salmonella Typhi). Хотя инфекции кишечника и паратифы являются древними заболеваниями, их передача стала известна в XIX веке. С появлением этого периода клинические врачи смогли различить инфекции кишечника от других желудочно-кишечных заболеваний.

Данные о возбудителях инфекций стали известны лишь в XX веке. В XIX веке началось распространение инфекции кишечника. Основной причиной этого было недостаточное качество водоснабжения, отсутствие канализации и плохие санитарно-гигиенические условия в городах. Во многих городах брюшной тиф остался обычным

явлением. Большие эпидемии инфекции кишечника наблюдались во второй половине XIX - начале XX века в странах, находившихся в состоянии войны. Например, в Таджикистане в 1996-1997 годах было зарегистрировано тысячи случаев инфекции кишечника, и были приняты меры по предотвращению эпидемии.

Смертность от тифа и паратифа. В странах Европы и Америки смертность от тифа и паратифа составляет 0,1-0,7% на каждые 100 000 человек. В прошлом, в течение 100 лет, смертность от тифа и паратифа составляла 25-30% у пациентов, умерших во время эпидемии. К 30-м годам прошлого века этот показатель снизился до 10%. В настоящее время, то есть в период использования антибиотиков, эти показатели значительно снизились. В Узбекистане также зарегистрированы случаи этих заболеваний, преимущественно в регионах Кашкадарья, Сырдарья, Джизак и Сурхандарья, но смертность не фиксировалась. Заболеваемость брюшным тифом и его вспышки неоднократно наблюдались, особенно в Джизакской области. Например, в Пахтакорском районе массовые случаи заболевания наблюдались в 1985, 2000, 2005 годах, в Ш.Рашидовском районе-в 2005 году. Причиной этому является неправильное потребление питьевой воды.

Эпидемиология. Бактерии из рода *Salmonella* являются граммотрицательными, фиксированными, имеют длину от 1 до 3 мкм и ширину от 0,5 до 0,06 мкм. По морфологии они не различаются друг от друга. Источником заражения являются внешние условия окружающей среды, а также они могут продолжать свою жизнь вне организма человека на протяжении длительного времени. При холодильной температуре они могут выживать несколько месяцев, при 25°C – 2 часа. В пищевых продуктах они могут жить от 5 до 30 дней, в кале – от 30 до 50 дней, в воде – до 2 недель, на сухих поверхностях – до 80 дней, в пыли – несколько месяцев. В оставшейся воде они могут выживать до полугода, в кипяченой и охлажденной воде – до года, в хлорированной воде – до 3 месяцев. Оптимальной средой для их жизни считаются пищевые продукты. Они развиваются при температуре 18°C.

Источники инфекции. Источниками инфекции являются больные и носители бактерий. Передача инфекции происходит через внешнюю среду через выделения организма, мочу, кал и молоко кормящих женщин. Инфекция через кишечник длится от 1 до 3 недель, до 50-76% инфекций передаются через кал. Через мочу инфекция передается до 30% случаев. Основным источником являются носители бактерий.

Пути передачи и факторы. Пути передачи разнообразны и включают контакт с

зараженными предметами, водой, пищевыми продуктами, руками, посудой, бельем больных и иглами.

Эпидемиологические особенности

Выбор возраста. Несколько десятилетий назад молодые люди чаще заболевали этой болезнью. Например, в Петербурге 71,6% случаев составляли лица в возрасте 15-19 лет. Среди умерших 1,81 раза больше было мужчин. В настоящее время заболеваемость у детей также регистрируется.

Клиника. Скрытый период длится от 7 до 25 дней, обычно 14 дней. Протекание болезни включает в себя следующие периоды:

- А. Продромальный период, то есть период появления первичных признаков.
- Б. Период развития клинических признаков болезни.
- В. Период развития болезни.
- Г. Период исчезновения клинических признаков.
- Д. Период выздоровления после болезни.

Каждый этап имеет свою специфическую особенность, объясняющую клиническое течение болезни.

Профилактика:

- Санитарно-гигиенические мероприятия;
- Водоснабжения - расширение трубопроводов;
- Повышение санитарной культуры в пищевых предприятиях;
- Улучшение качества пищевых продуктов;
- Организация санитарно-просветительских работ.

Борьба с эпидемией:

- Нейтрализация источника инфекции, раннее выявление, быстрое изоляция инфицированных, медицинский контроль за контактировавшими;
- Проведение текущей и заключительной дезинфекции в очаге заболевания;
- Диспансерное наблюдение за заболевшими (медицинский контроль с лабораторным обследованием в течение 3 месяцев).

Эпидемиологический надзор основывается на специальных мероприятиях, таких как сбор и анализ необходимой эпидемиологической информации для оценки условий эпидемического процесса и распространения болезни, а также определения необходимых мер для предотвращения и борьбы с этими болезнями. Поэтому организация правильного и полного эпидемиологического надзора имеет большое значение.

Основной целью эпидемиологического надзора против инфекционных заболеваний, таких как желтуха и паратифы, считается предотвращение эпидемического распространения болезни путем контроля за показателями заболеваемости. Для этого сначала необходимо обратить внимание на следующие условия:

- На основе ретроспективного анализа общепринятые методы диагностики для определения риска интоксикации водой, общие факторы и их распределение среди населения (работники технических станций по очистке воды, микробы, живущие в пресных водоемах, работники заводов по переработке руд, рыбаки, пастухи и другие). При этом также необходимо учитывать другие факторы (пищевые продукты и другие). На основе ретроспективного анализа проводится контроль для выявления опасных групп, проводятся иммунологические исследования;

- оценка степени интоксикации при передаче болезни или ее начальном эпидемическом распространении с различными факторами. В этом случае также оценивается степень воздействия каждого фактора (например, потребители сырых продуктов, пьющие воду из рек). Если есть связь с вышеупомянутыми факторами, выявляются бактериальные возбудители.

Таким образом, чистая питьевая вода имеет большое значение для предотвращения брюшного тифа и его предотвращения. Увеличение количества водопроводных труб в закрытом состоянии, проведение санитарных проверок воды, своевременное выявление и лечение больных, соблюдение чистоты окружающей среды приводит к уменьшению количества кишечных инфекционных заболеваний, т. е. брюшного тифа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Карцев, А.Д. Брюшной тиф в периоды войн и вооруженных конфликтов / А.Д. Карцев, С.А. Разгулин, С.П. Гурылев // Воен.-мед. журн. - 1999. - Т. 320, № 8.
2. Ковалева, Е.П. Брюшной тиф и паратифы А и В. М., «Медицина», 1971.
3. Кондратёнок, В.А. Опыт оказания медицинской помощи в инфекционном центре многопрофильного госпиталя во время вспышки брюшного тифа / В.А. Кондратёнок, В.В. Лютов, А.Н. Коваленко и др. // Воен.-мед. журн. - 2009. - Т. 330.
4. Лобзин Ю.В., Львов В.Л., Каира А.Н., Маркина А.А., Елкина С.И., Анкудинов И.В., Казаков И.А., Головина М.Э., Ганчо Т.В., Кожина Е.В., Шмиголь В.И., Романенко В.В., Апарин П.Г. Эпидемиологические особенности и иммунопрофилактика брюшного тифа (материал для подготовки лекции) // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2020. Т. 9, № 2. С. 106–114.

DOI: 10.33029/2305-3496-2020-9-2-106-114

5. Рахманов, М.И. Клиническая характеристика, оптимизация этиотропной и патогенетической терапии брюшного тифа в эндемичном регионе у лиц молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.И.Рахманов. - СПб., 2008.
6. Махнёв, М.В. Клинические аспекты эпидемии брюшного тифа у мигрантов / М.В. Махнёв // Тер. архив. - 2001. - Т. 73, № 11.

