

У 35 детей с сахарным диабетом типа 1, в возрасте от 8 до 18 лет, находящихся под наблюдением у гастроэнтерологов. У 13 детей отмечалась лёгкая форма заболевания, у 20 – средняя и у 2 – тяжёлая. Активность энтерокиназы и щелочной фосфатазы изучали в дуоденальном содержимом, так как их активность в кале зависит в первую очередь от функционального состояния толстого кишечника и кишечной микрофлоры. Активность энтерокиназы при спонтанном сокоотделении составляла от 68 до 346 ед ( $137 \pm 18$  ед.), активность щелочной фосфатазы – от следов до 46 ед ( $17,0 \pm 3,2$  ед.).

Основные клинические проявления заболевания – это водянистый, безболезненный ночной понос, боль в животе, нейропатия тонкой кишки, вздутие живота. У 2-х детей наблюдался болезненный неустойчивый стул. При сахарном диабете типа 1 у детей выявлено снижение активности ферментов у 17 (48,57%) детей из 35 больных СД типа 1, причём активность энтерокиназы была снижена у 13 (37,14%) детей из 35 больных СД типа 1, а щелочной фосфатазы – у 7 (20%) детей из 35 больных СД типа 1.

Результаты исследования показали, что у обследованных детей, больных СД типа 1, отмечена прямая зависимость ферментативной функции тонкого отдела кишечника от тяжести основного заболевания. При копрологическом исследовании у 10 больных выявлено небольшое количество переваренных мышечных волокон, у 4 – небольшое количество нейтрального жира и значительное количество жирных кислот. По-видимому, диареи, часто наблюдающиеся у больных СД типа 1, зависят не только от снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы и от нейроэндокринных нарушений всасываемости, но и от снижения ферментативной активности тонкой кишки.

Выводы: Отмечена прямая зависимость ферментативной функции тонкого отдела кишечника от тяжести основного заболевания у обследованных детей, больных СД типа 1. Выявлено, что у детей, больных СД типа 1, диареи зависят от снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы и от нейроэндокринных нарушений всасываемости, а также от снижения ферментативной активности тонкой кишки.

*Даниярова А.Б., Куатбаева А.М.*

#### ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИФТЕРИЕЙ ДО 2023 Г. В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*г. Алматы, Республика Казахстан*

Цель работы: анализ многолетних данных по заболеваемости населения дифтерией с 1980 года по 2014 год с последующим прогнозом до 2023 г.

В период с 1980 по 1993 гг. показатели заболеваемости на 100 тысяч населения колебались от 0,03 (1983 год) до 0,4 (1988, 1993 годы), то есть в абсолютных цифрах от 3 случаев до 82. В эти же годы показатели носительства токсигенного штамма дифтерии составляли от 0,4 до 3,2 на 100 тысяч населения. За последние 15 лет эпидемиологическая ситуация остаётся стабильной. В 2000-2008 гг. показатели заболеваемости составляли от 0,09 до 0,01 с тенденцией снижения. В 2009-2014 гг. и за 4 месяца 2015 года случаи заболевания дифтерией не зарегистрированы. Бактерионосительство токсигенного штамма снизилось до единичных случаев (1-5). В последние годы, в среднем, по республике достигнут требуемый не менее 95%

охват иммунизацией против дифтерии декретированных возрастных групп населения. В 2014 году в республике охват вакцинацией подростков в возрасте 16-17 лет вакциной АДС-М составил 99,6%. Согласно декретированным возрастам для иммунизации против дифтерии и столбняка через каждые десять лет препаратом АДС-М. Общее количество привитых взрослых по республике составило 705985 человек. Следует отметить положительную роль применения препарата АДС-М вместо АС в повышении иммунной прослойки населения против дифтерии, особенно среди подростков и взрослого населения.

Таким образом, стабильная ситуация по дифтерии в республике достигнута в результате высокого охвата детского и взрослого населения прививками против дифтерии. В настоящее время, в связи с мировой тенденцией увеличения спроса на современные комбинированные вакцины, в том числе против дифтерии для детей и подростков, в нашей стране наблюдается дефицит этих препаратов. Кроме того, отдельные, зарегистрированные в Казахстане препараты, такие как «Бустрикс», содержат лишь третью часть необходимого объёма дифтерийного антигена, соответственно при длительном применении их в возрастной категории детей 6-7 летнего возраста и последующем может привести к созданию не иммунных или недостаточно иммунных детей и подростков.

При математическом моделировании долгосрочного прогноза заболеваемости дифтерией нами были учтены многолетняя динамика заболеваемости, возможный рост числа отказов от вакцинации против дифтерии, что также создаёт риск роста носительства токсигенных штаммов возбудителя дифтерии и регистрации в 2016-2018 гг. спорадических случаев заболеваний, а при неполном охвате прививками декретированных возрастных групп населения – к значительному ухудшению эпидситуации в 2019-2023 гг. (рост заболеваемости в 2 и более раз, возникновение вспышек и групповых заболеваний в организациях воспитания и образования и других коллективах).

Данная ситуация может усугубиться все возрастающим ростом резистентности микроорганизмов к бактериальным препаратам, изменениями биологических свойств возбудителей дифтерии, выражающиеся в увеличении патогенности токсигенных штаммов или активизации «спящего токс плюс гена» нетоксигенных штаммов, нарушениями принципов логистики поставок и хранения вакцин, связанных с хранением больших объёмов вакцин в расфасовках по одной дозе.

*Даулетбакова А.М., Амиров С.А., Исакова Ф.А., Тааме М.Н., Колосовская Е.Н.*

#### ПРЕПОДАВАНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ НА МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТАХ

*г. Алматы, Казахстан; Санкт-Петербург, Россия*

Доказательная медицина – это нововведение в системе обучения врача, которое необходимо для реализации программы самостоятельного обучения. Этот элемент обучения включается в учебную программу студентов медицинских вузов.

Принципы доказательной медицины, а именно, самооценка, способность к поиску медицинской литературы в электронном виде, способность критически оценивать научную литературу и применять вновь полученные зна-