

ческой больницы города Иваново и клинического с 46,77% в 1990 году, до 34,78% в 2005 году, но каждый третий больной госпитализирован с неточным диагнозом.

Работа представлена на всероссийскую научную конференцию «Успехи современного естествознания», г. Москва, 14-16 мая, 2007 г. Поступила в редакцию 09.04.2007 г.

ПОЛЬЗА И ВРЕД ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРОТИВ ГРИППА

Михальчук В.Н., Дивоча В.А., Гоженко А.И.
Одесский государственный медицинский университет, Украинский НИИ медицины транспорта

Грипп и ОРВИ занимают первое место по частоте и количеству случаев в мире, и составляет 95% всех инфекционных заболеваний. В России ежегодно регистрируют от 27,3 до 41, 2 млн. заболевших гриппом и другими ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции). Несмотря на большое количество данных, подтверждающих эффективность современных гриппозных вакцин и свидетельствующих о все более широком применении к группам повышенного риска, остаются неохваченными ежегодной вакцинацией, вопреки рекомендациям специалистов. Недостаточно широкое применение вакцинации объясняется сомнениями относительно безопасности вакцин. В период с 1980 по 1994 гг. в США, Испании, Италии, Франции, Великобритании, Бельгии и Нидерландах было применено 625 млн. доз гриппозных вакцин. Только в 1998 г в США и Европе было применено 125 млн. доз вакцин.

Для профилактики гриппа на сегодняшний день существует широкий выбор лекарственных средств: Антигриппин I, II, III; Амантадин, Ремантадин, Арбидол.

Антигриппин – гомеопатическое средство для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ. Содержит вытяжки из трав и минеральные вещества, приготовленные с помощью классических гомеопатических методов.

Амантадин, ремантадин – окончательно механизмы противовирусной активности не ясны. Известно, что оба препарата нарушают репликацию вируса. Препараты напрямую взаимодействуют с вирусным белком М2. Данный белок образует ионные каналы в инфицированных клетках, обеспечивающих начальные стадии репликации вируса. Ионные каналы также вызывают воспаление в клетках верхних дыхательных путей. А, как известно, именно воспаление является важнейшим фактором распространения вирусной инфекции. Поэтому блокирование ионного канала приводит к тому, что вирус лишается возмож-

ности размножаться и поражать клетки тканей верхних дыхательных путей.

Арбидол обладает интерферон индуцирующей активностью и стимулирует гуморальные и клеточные реакции иммунитета, чем повышает устойчивость организма к вирусным инфекциям.

Вышеназванные препараты и противовирусные вакцины могут вызвать побочные действия со стороны кровеносной и лимфатической системы (тромбоцитопению). Со стороны иммунной системы – аллергические реакции, в очень редких случаях – анафилактический шок. Со стороны нервной системы: часто головная боль и редко – парестезии, судороги, энцефаломиелит, неврит, синдром Гийена-Барре. Со стороны сосудистой системы – васкулит с транзиторным нарушением функции почек. К общим расстройствам относятся – утомляемость, невралгия.

Для успешной борьбы с вирусом гриппа необходим новый класс ингибиторов. Отечественные ученые, используя эффект расщепления геммаглютинина вируса гриппа трипсиноподобными протеазами клеток эпителия респираторного тракта на две субъединицы (ГА1, ГА2) получили ингибитор трипсиноподобных протеаз, который блокировал развития гриппа у белых мышей зараженных смертельной дозой вируса и 66% животных оставались живы.

В настоящее время разрабатывается биотехнология получения ингибитора трипсиноподобных протеаз из отходов сыровоточной промышленности как противовирусного препарата для человека.

Работа представлена на VIII всероссийскую научную конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс», г. Москва, 14-16 мая, 2007 г. Поступила в редакцию 06.04.2007 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ КОМПЛЕКСОВ

Никитюк Н.Ф., Юревич М.А.
*Самарский военно-медицинский институт
Самара, Россия*

Эпидемиологическая безопасность учреждений санаторно-курортного назначения определяется своевременностью и полнотой проведения эпидемиологического надзора. Система эпидемиологического надзора в санаторно-курортных комплексах - это взаимосвязанные и взаимодействующие друг друга подсистемные уровни: информационный (сбор эпидемиологического и прививочного анамнеза, сведений о перенесенных заболеваниях), диагностический (слежение за динамикой эпидемического процесса, выявление групп, факторов и времени риска заражения), управленческий (планирование профилактиче-

ских и противоэпидемических мероприятий, а также контроль за эффективностью и качеством их проведения).

К факторам риска заражения относятся:

- непрерывный процесс обновления коллектива;

- «перемешивание» при формировании коллектива способствует активизации механизма развития эпидемического процесса за счет бессимптомных форм заболевания;

- увеличение бессимптомных форм заболеваний затрудняет выявляемость больных;

- условия санаторно-курортных комплексов способствуют формированию резервуара возбудителей инфекции;

- неоднородность возбудителей по культуральным и биохимическим свойствам способствует формированию микст-инфекций, что усугубляет течение эпидемического процесса;

- снижение иммунитета в период адаптации пребывания в санатории увеличивает восприимчивость к инфекционным заболеваниям;

- особенности условий быта, уровень общения, степень контакта, определяют интенсивность проявления эпидемического процесса, что может характеризоваться вспышечной инфекционной заболеваемостью с коротким инкубационным периодом;

- заражение инфекциями с длительным инкубационным периодом способствует дальнейшему распространению эпидемического процесса за пределами санаторно-курортных комплексов, что поддерживает резервуар источников инфекции среди населения;

- риск заражения социально-обусловленными инфекциями требует пристального внимания к объектам социальной сферы,

Современный этап распространения инфекционных болезней на территории РФ характеризуется в большей степени скрытым клиническим течением, высоким уровнем бессимптомных и атипичных форм заболевания. Данная ситуация объясняется крайне низким выявлением источников инфекции, в т.ч. и в санаторно-курортных учреждениях.

По отчетным данным Роспотребнадзора, на долю больных с манифестными формами заболевания приходится от 1% до 10%, в то время как больные с атипичными и бессимптомными формами заболевания составляют до 90%.

Риск заноса инфекции на территорию санаторно-курортных комплексов определяется также заразительностью больного в зависимости от стадии заболевания.

В данном случае эпидемиологическая опасность источника инфекции зависит от периода заболевания при конкретной нозологической форме следующим образом:

- наиболее опасен инкубационный период при кори, эпидемическом паротите, гриппе, ОРВИ, краснухе, вирусных гепатитах;

- продромальный период опасен при кишечных инфекциях, а также при инфекциях дыхательных путей;

- разгар болезни опасен при многих инфекционных заболеваниях, однако, в большей степени с легким и стертым течением;

- стадия реконвалесценции чревата формированием носительства при многих инфекционных заболеваниях.

Для учреждений, закрытого типа, какими являются санатории и курорты, необходимо выделить инфекции, распространение которых по интенсивности характеризуется зачастую вспышечной заболеваемостью. К ним относятся инфекции дыхательных путей, кишечные инфекции, трансмиссивные инфекции, инфекции наружных покровов слизистых, гемоконтактные инфекции.

Профилактика инфекций с аэрозольным механизмом передачи включает в себя:

- кондиционирование воздуха в помещениях, с последующей дезинфекцией систем очистки воздуха;

- наличие приточно-вытяжной вентиляции в исправном состоянии;

- контроль за соблюдением противоэпидемического режима в помещениях.

Профилактика инфекций с фекально-оральным механизмом передачи предусматривает:

- создание необходимых условий для соблюдения гигиенических правил персоналом и отдыхающими;

- установление индивидуальных точек водопотребления для отдыхающих;

- контроль за водоснабжением с отбором проб воды на физико-химические и бактериологические исследования;

- проведение профилактической дезинсекции и профилактической дератизации;

- регулярное и своевременное проведение очистки территории от мусора;

- усиленный контроль за транспортировкой и хранением пищевых продуктов, технологией приготовления пищи и сроками ее реализации;

- систематическое проведение медицинских осмотров и бактериологического обследования работников пищеблока.

Профилактика инфекций с трансмиссивным и контактным механизмами передачи:

- проведение профилактической и истребительной дезинсекции;

- регулярная смена постельного и нательного белья;

- гигиеническое воспитание персонала и отдыхающих;

- контроль за банно-прачечным обслуживанием;

- контроль за состоянием здоровья сотрудников и отдыхающих;

- проведение само- и взаимоосмотров на наличие укусов насекомыми. Профилактика ин-

фекций с гемоконтактным механизмом передачи:
 - наличие в достаточном количестве одно-разового инструментария, контроль за его применением и утилизацией;

- дезинфекция медицинского оборудования и аппаратуры;

- контроль за проведением физиотерапевтических и бальнеологических процедур.

Принимая во внимание вышеизложенное, эпидемиологическая безопасность санаторно-курортных комплексов на современном этапе проблема многоаспектная и многогранная, решение которой зависит от участия специалистов различного профиля, консолидации усилий, как обслуживающего персонала, так и отдыхающего контингента. Результативность и эффективность проведенных мероприятий в данном направлении будет зависеть от уровня квалификации специалистов, степени их ответственности и оперативности.

Работа представлена на III всероссийский конгресс «Практикующий врач», Сочи, 10-12 апреля 2007 г. Поступила в редакцию 27.03.07 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Оленко Е.С.

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»
Саратов, Россия*

Артериальная гипертензия - одно из самых распространенных заболеваний, развитие, которого возможно вследствие как патологии сердечно-сосудистой системы, различных метаболических нарушений, так и нарушений центрального генеза, в том числе при наличии нервно-психических, стрессовых расстройств (Остроумова О.Д. и соавт., 2002; Гогин Е.Е., 2003; Сторожилов Г.И. и соавт., 2005).

В РФ и во всем мире в целом, состояние здоровья заключенных существенно отличается от аналогичных общенациональных показателей, что связано с концентрацией в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ) социально-дезадаптированной прослойки населения, наличием в тюрьмах условий и отношений, облегчающих распространение некоторых заболеваний. При этом данная проблема касается всего общества, так как большинство лиц, отбывающих наказание в ИТУ, рано или поздно возвращаясь к нормальной жизни, влияют на общенациональное здоровье. В местах лишения свободы много психогенно травмирующих факторов, воздействующих на психосоматическое здоровье заключенных (Качнова Н.А., 1999; Калинин Ю.И., 2003).

Таким образом, целью данного исследования явилось изучение клинических проявлений,

частоты встречаемости артериальной гипертензии, как психосоматического заболевания, среди лиц, отбывающих наказание в исправительно-трудовых учреждениях.

Из 612 обследованных мужчин, отбывающих наказание в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ), у 36 была выявлена артериальная гипертензия. По степени заболевания и риску развития ассоциированных состояний, согласно классификации артериальной гипертензии ВОЗ/МОГ, 1999 г., в 8,3% случаев была диагностирована АГ 1 степени, риск 1; 5,5% больных имели АГ 1 степени, риск 2; 47,3% обследованных – АГ 2 степени, риск 2; 22,2% заключенных имели АГ 2 степени, риск 3 и в 16,7% случаев была выявлена АГ 3 степени, риск 3. У 13 заключенных диагностирована симптоматическая гипертензия, у 24 человек другая патология сердечно-сосудистой системы, которая в рамках данного исследования не изучалась. А 25 мужчин, отбывающих наказание в ИТУ, и предъявляющих различные соматические жалобы, были клинически здоровы.

Жалобы заключенных, страдающих АГ, практически не отличались от жалоб аналогичных больных, находящихся вне заключения. Однако в группе заключенных, больных АГ наиболее часто встречались шесть клинических признаков: головная боль в затылочной области, шум в ушах и голове, головокружение, ухудшение зрения, боли в области сердца, ощущение жара в голове ($p < 0,05$). У клинически здоровых заключенных, имеющих соматические жалобы, преобладали пульсирующая головная боль в височной области, слабость, бессонница, потливость, сердцебиение и перебои в деятельности сердца ($p < 0,01$).

Анализ распределение заключенных, страдающих АГ ($n=36$) показал, что наибольший их процент (66,7%), находились в ИТУ от 18-и и до 24-х месяцев ($p < 0,01$).

Таким образом, для больных АГ, находящихся в заключении в ИТУ, характерны жалобы на головную боль в затылочной области, головокружение, шум в ушах и голове. Наиболее часто АГ выявлялась при сроках заключения от 18-и до 24-х месяцев.

Работа представлена на V научную международную конференцию «Практикующий врач», 9-16 сентября 2006, г. Римини (Италия). Поступила в редакцию 12.02.2007 г.