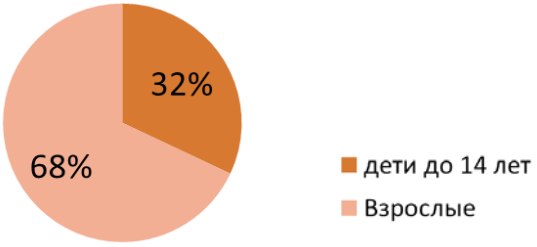

Рис. 2. Возрастная структура заболевших больных корью

Выводы

В 2012 году Инициатива по борьбе с корью и краснухой представила новый Глобальный стратегический план борьбы с корью и краснухой, охватывающий период 2012-2020 годов. План включает новые глобальные цели на 2015 и 2020 годы: снизить глобальную смертность от кори, по меньшей мере, на 95% по сравнению с уровнями 2000 года. Несмотря на рутинную иммунизацию детей против кори с высоким процентом охвата в Туркестанском регионе (до 99%) в последние годы, отмечается высокая заболеваемость корью. В связи с этим требуется дальнейшее исследование причин заболеваемости привитых. Для проверки эффективности вакцинации против кори рекомендуется провести серологический анализ у привитых людей.

Список литературы

1. Бектимиров Т.А. // ЖМЭИ. – 1990. – № 6. – С. 104-108.

2. Лосицкая Н. – зам. начальника ТО Управления Роспотребнадзора по Калужской области в Кировском, Куйбышевском, Барятинском, Мосальском, Спас-Деменском районах // Знамя труда. – №95. – 03.08.2011.

3. Баешева Д.А., Кузгибекова А.Б., Кузгибекова С.Б., Кенжебаева С.К., Идрисова Л.М., Исакова А.Б., Капанова З.Б. Эпидемиологический надзор за вакционоуправляемой инфекцией – механизм сдерживания антибиотикорезистентности // Наука и здравоохранение. – 2014.

4. Амиреев С.А., Темирбеков Ж.Т., Нажмеденова А.Г., Кудайбергенов К., Ирсимбетова Н.А. Профилактика инфекционных заболеваний иммунным методом. Эпидемиология: учебник. – Т. 1. – Гл. 23. – Алматы, 2000. – С. 396-454.

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Лисунова С.А., Нуцалова А.А.,
Магомедгаджиев М.Г., Абдулхаликов З.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
e-mail: zas-katya777@mail.ru

Проблема стоматологического здоровья в обеспечении качества жизни людей до сих пор находится в центре внимания исследователей [1,2,3]. Разрабатываются новые здоровьесберегающие программы и технологии у различных слоев населения [4,5].

Стоматологическое здоровье студенческой молодежи характеризуется высокой распространенностью и интенсивностью заболеваний полости рта. Чаще всего встречается кариес и его осложнения, заболевания пародонта, преждевременное удаление зубов, аномалии зубов [6,7].

Целью исследования было изучение состояния стоматологического здоровья студенческой молодежи.

Объект исследования – 56 студентов различных вузов города, из которых 21 человек – лица мужского пола и 35 – лица женского пола. Стоматологический статус изучали по общепринятой методике.

Результаты исследования

Выявленная при обследовании студентов патология обусловливает стоматологическое здоровье студентов как имеющее нуждаемость в стоматологической помощи. Самой распространенной патологией при осмотре полости рта оказался кариес зубов 91,3%. Индекс КПУ составил 5,85, при этом индекс К равнялся 2,12, П – 3,3, индекс У – 0,43. Структура индекса КПУ выявила у юношей преобладание кариозных зубов, у девушек пломбированных зубов.

Следующей выявленной патологией были заболевания пародонта, которые чаще всего наблюдались в виде локализованного катарального гингивита – 67%. У 76,4% обследованных встречались зубные отложения: мягкий зубной налетом, над- и поддесневые зубные отложения. Зубные отложения у юношей встречались в 1,5 раза чаще, чем у девушек. Аномалии, прикуса, аномалии положения, скученность зубов , тремы, диастемы встречались у 31% студенческой молодежи.

Таким образом, выявленная высокая распространенность стоматологических заболеваний у студенческой молодежи требует особенного внимания для проведения профилактических программ. Полный охват стоматологической помощью студенческих групп приведет к улучшению стоматологического здоровья у работающей группы населения нашей страны.

Список литературы

1. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 45.

2. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.

3. Ягупова В.Т., Федотова Ю.М., Филюк Е.А., Денисенко Л.Н. Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 11-3. – С. 22-26.

4. Вирабова А.Р. К оценке здоровьесберегающего потенциала современной школы // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 8. – С.106-107.

5. Сызранова Н.Н., Денисенко Л.Н. Внеучебная деятельность школьников здоровьесберегающей направленности // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. – С. 336-337.

6. Проценко А.С., Макеева И.М. Факторы, влияющие на распространенность основных стоматологических заболеваний у студенческой молодежи Москвы // Стоматология. – Т. 89. – 2010. – № 1. – С. 4-6.

7. Цырюльникова А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Макарова К.О., Куанышбаев С.Р., Балдина А.А.,
Бегайдарова Р.Х., Стариков Ю.Г.

«Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда, Казахстан,
e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru

Введение

В настоящее время корь продолжает оставаться одной из причин смерти среди детей раннего возраста и развития тяжелых осложнений, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины.

Несмотря на резкое снижение заболеваемости корью за последние десятилетия она продолжает оставаться весьма актуальной инфекцией. В 2010 году, по данным ВОЗ , от кори умерло 122000 человек, большинство из которых были дети в возрасте до 5 лет.

В последние годы изменились и эпидемические закономерности кори: не отмечается периодичность, отсутствует влияние сезонного фактора, изменилась возрастная структура, сказывается влияние социального статуса, заболеваемость регистрируется преимущественно спорадическая.

Целью наших разработок явилось сравнительное изучение кори у детей в возрасте от 1 мес. до 18 лет

включительно, госпитализированных в областную инфекционную больницу г. Караганды в период вспышки 2014 года в Центральном Казахстане.

Под наблюдением находилось 209 детей от 1 мес. до 18 лет.

Материалы и методы

В работе использованы клинические материалы, находящихся на госпитализации детей, архивные медицинские карты стационарных больных и личные наблюдения авторов (курация больных, интерпретация клинико-лабораторных данных, анализ литературных источников, оформление статейного материала).

Клинический диагноз «Корь» был диагностирован на основании клинико-эпидемиологических и серологических данных.

Как показали результаты исследования, корь у детей в возрасте до одного года (1 группа) и с года до 18 лет (2 группа) имела ряд отличительных особенностей, что явилось основанием для их раздельного изучения и проведения сравнительного анализа.

Особенности течения кори у детей грудного возраста. (1 группа)

Под наблюдением находилось 66 детей в возрасте до одного года. Мальчиков было 34, девочек – 32. Из них до одного месяца было 1 (1,5%), с 2 мес. до 3 мес. – 8 (12.1%), с 4 до 6 мес. – 12 (18.2%), с 7 до 12 мес. – 45 (68,2%) детей.

Как показали результаты исследования, достоверных различий в клинике кори, между возрастными группами детей грудного возраста выявить не удалось, что послужило основанием для их обобщенного изучения.

У 56 (84,8%) детей установлен контакт с больными корью. У 10 (15,2%) детей из группы заболевших, контакт с больными корью не был выявлен. Однако, целенаправленный сбор эпид. анамнеза позволил установить, что родители этих детей работали в поликлиниках, областной инфекционной больнице, где вероятность встречи с больными корью была особенно высока. Не исключено, что мед. работники, бывшие в контакте с больными корью, могли на своей одежде перенести вирус кори в места проживания и заразить своих домочадцев.

Данный факт наводит на мысль, что вирус кори в настоящее время изменил свои основные физические свойства (вероятно, стал более устойчивым во внешней среде), в связи с чем вероятность передачи инфекции через третьи лица, одежду, предметы обихода не исключена и заслуживает внимания.

Анализируя возрастную структуру в четырех группах детей до одного года, была выявлена интересная закономерность, связанная со значительным нарастанием числа детей по мере увеличения возраста. Так, если детей до 3 месяцев было 9, а с 4 до 6 мес. – 12, то во втором полугодии было зарегистрировано 45 больных. Эта закономерность лишний раз подтверждает напряженность трансплацентарного иммунитета в первые три месяца жизни, с постепенным истощением в последующем и увеличением количества заболевших детей.

Практически у всех детей заболевание начиналось остро с симптомов интоксикации и катарального синдрома. Необходимо отметить, что у 31 (46,9%) ребенка выраженность катаральных явлений была незначительна и проявлялась катаральным конъюнктивитом, влажным кашлем, ринореей. У 52 (78,8%) детей в начальном периоде выявлялся синдром секреторной диареи. Частота диареи не превышала 3-4 раз в сутки и не требовала проведения регидратационной терапии.

Продолжительность катарального периода в среднем составила 1,9 дня. В этом периоде у 62 (93,9%) детей видимые слизистые ротовой полости приобретали характерный вид – они становились гиперемированными, шероховатыми, с единичными кровоизлияниями. Обнаружить такой патогномоничный признак как симптом Бельского-Филатова удалось лишь у 28 (42,4%) детей, в основном у больных второго полугодия жизни.

Появление сыпи знаменовало собой начало периода высыпания, который проявлялся полиморфной сыпью, без ухудшения общего состояния и новой волны лихорадки. Сыпь у 28 (42,4%) детей начиналась с лица и в дальнейшем в течение 1,7 дней распространялась по всему телу, захватывая поэтапно туловище, верхние и нижние конечности. У 38 (57,6%) детей сыпь не имела тенденции к этапности распространения и первые элементы нередко появлялись на шее, животе, туловище с дальнейшим распространением по всему телу, в том числе и на лицо. Наиболее яркая сыпь с тенденцией к слиянию была на лице, шее. На туловище и животе она была гораздо бледнее, с меньшей наклонностью к слиянию. У 34 (51,5%) больных сыпь на дистальных отделах верхних и нижних конечностей отсутствовала.

В периоде высыпания у 31,8% детей были отмечены осложнения: бронхиты у 3 (4,5%), двусторонние мелкоочаговые пневмонии у 5 (7,6%), инфекции мочевыводящих путей у 7 (10,6%), стоматиты у 4 (6,1%), отиты у 2 (3,0%) детей. Все осложнения протекали благоприятно и заканчивались полным выздоровлением.

В наших наблюдениях у 14 (21,2%) детей отмечались легкие формы, у 49 (74,2%) – среднетяжелые и у 3 (4,6%) – тяжелые.

Клиническое течение кори у детей старше 1 года. (2 группа)

Под наблюдением находилось 143 ребенка в возрасте от 1 до 18 лет. Из них мальчиков было 73, девочек 70.

Заболевание начиналось остро с подъёма температуры от 38^0 до 39^0С. Выраженные катаральные явления (грубый лающий кашель, одутловатость лица, склерит, конъюнктивит, ринорея) наблюдались у 98 (68,5%) детей.

Продолжительность катарального периода составила 2,4 дня.

Опорным признаком для постановки диагноза кори в катаральном периоде является обнаружение такого патогномоничного признака, как симптом Бельского-Филатова.

Поражение кишечника в виде секреторной диареи было кратковременным (1-2 дня) и отмечено у 28 (19,6%) детей первых пяти лет жизни.

К концу катарального периода все проявления катарального и токсического синдрома усиливались, кашель приобретал частый лающий характер. Продолжительность лихорадки у больных в среднем составила 3 дня.

Период высыпания был ознаменован новым подъёмом температуры до высоких цифр, повторной рвотой, вялостью, анорексией, усилением катарального синдрома у 120 (83,9%) больных.

Сыпь высыпала классически. Первые элементы сыпи появлялись сначала на лице, шее, плечевом поясе и в дальнейшем в течение 2,5 суток распространялись на остальные кожные покровы у 126 (88,1%) у детей. По своей морфологии сыпь была полиморфной

(пятнисто-папулёзно-эритематозная) с тенденцией к слиянию.

Осложнения в группе детей до 1 года и старше 1 года были аналогичны осложнениям детей раннего возраста, но во 2 группе они наблюдались у большего числа больных 64 (44,8%) и протекали тяжелее, что отразилось на длительности госпитализации. Если у детей грудного возраста она составила в среднем 5.1 дня, то в данной группе – 6,8.

Во второй группе детей, больных корью, протекающих в легкой форме было 30 (21,0%), среднетяжелой 73 (51,0%) и тяжелой 40 (28,0%).

Начало этого периода фиксировалось с появлением элементов пигментации в том же порядке, в каком высыпала сыпь. Пигментация была довольно постоянным признаком и была отмечена у 132 (92,3%) больных. Пигментированная сыпь отличалась темно-синюшным оттенком и не исчезала при растягивании кожи. У 5 (3,5%) больных пигментация сопровождалась отрубевидным шелушением.

Обсуждение результатов исследования

Заболеванию были подвержены дети всех возрастов, но наибольшее количество детей приходилось на возраст от 1 года до 3-х лет и с 11 до 18 лет. Наименьшее количество заболевших приходилось на 1-ое полугодие жизни.

Начало заболевания у всех детей было острым, но продолжительность катарального периода у больных 2-й группы была несколько продолжительней (2,4 дня против 1,9).

Проводимый сравнительный анализ клинических проявлений катарального периода больных 1-й и 2-й групп позволяет констатировать, что выраженность интоксикации, равно, как и катаральных явлений, были более выраженными у детей старшего возраста ($P<0,05$).

Пятна Бельского-Филатова были обнаружены у половины детей в возрасте до 1-го года и у 2/3 старшего возраста ($P<0,05$). Коревая энантема была выявлена практически у всех больных, что позволяет еще раз признать эти симптомы патогномоничными для детей всех возрастных групп.

Появление сыпи сопровождалось резким ухудшением состояния у детей 2-й группы (подъём температуры, рвота, вялость). У детей 1-й группы лихорадка оставалась субфебрильной, и только у 13,6% детей было отмечено незначительное ухудшение состояния в виде нарастания симптомов интоксикации и лихорадки.

Сыпь по своей природе была полиморфной (папула, розеола, макула, эритема), красно-бордового цвета, но у половины детей 1-го года жизни она не имела тенденции к этапности и первые элементы появлялись не на лице, а на туловище, животе. У старших детей она высыпала этапно ($P<0,05$) в течение 2,5 суток, против 1,7 дней в первой группе.

Осложнения во 2-й группе были отмечены у 44,8% детей, в первой группе – у 31,8%.

Пигментация, как ретроспективный симптом, перенесенной кори, была почти у всех больных 2-й группы и у 59,1% больных до 1 года ($P<0,05$).

Корь у детей грудного возраста протекала преимущественно в легкой и среднетяжелой формах (95%), в старшем возрасте ($P<0,05$) – напротив, в среднетяжелых и тяжелых (79%).

Выводы

1. Корь у детей старше 1 года протекает тяжелее в сравнении с детьми грудного возраста.

2. Тяжелое течение кори в старшем возрасте, преобладание заболеваемости детей в возрасте от 11 до 18 лет, косвенно свидетельствует о снижении или исчезновении поствакцинального иммунитета, что диктует необходимость проведения ревакцинации против кори школьникам старших классов.

3. Симптом Бельского-Филатова, коревая энантема остаются важными диагностическими и дифференциально-диагностическими признаками ранней диагностики кори в любом возрасте, а пигментация служит ценным ретроспективным признаком перенесенного заболевания.

КУЛЕРНАЯ ВОДА ИЗВЕСТНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ЕЁ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА И ВЛИЯНИЕ НА ESHERICHIA COLI

Морозов Е.А., Кнышова Л.П., Кулинич А.В., Стрыгин А.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия, e-mail: 05egor07@rambler.ru

Введение

В крупных городах нашей страны в последние годы отмечается увеличение доли рынка доставки воды в 19-литровой таре. Использование кулеров очень удобно, но каковы преимущества кулерной воды для здоровья?

Большинство людей полагает (и виной тому обширная пропаганда вреда водопроводной воды в прессе), что хуже водопроводной хлорированной воды для организма быть ничего не может. На самом же деле, отдавая предпочтение кулерной воде перед водопроводной мы выбираем одно из зол, а меньшее ли оно сказать пока не может никто.

С увеличением спроса на практичные в использовании кулеры, так же растет и количество поставщиков воды. Вне зависимости от производителя воды, любая компания стремится предоставить качественную, хорошо очищенную воду, пригодную для питья. К сожалению, методы очистки, консервации и контроля производства имеют свои различия, что может повлечь за собой потерю качества и пригодности ее в употреблении. Однако Росконтроль при оценке результатов испытаний воды руководствуется исключительно требованиями нормативных документов Российской Федерации и Таможенного союза, основанных на научных исследованиях наших и зарубежных ученых и гармонизированы с аналогичными нормативами или рекомендациями ЕС, ВОЗ и т.д.

Дело в том, что вода в бутыли имеет обыкновение цвести. На стенках бутыли образуются сине-зеленые водоросли, продуктом жизнедеятельности которых являются токсины. Так как, в современной производственной практике встречается использование антибиотиков для увеличения сроков хранения продукта, у нас возник вопрос: «Почему кулерная вода известных поставщиков не цветет? Нет ли в её составе минимальной дозы антибиотиков, позволяющей бороться с сине-зелеными водорослями?»

Цель: определить наличие антибактериальных свойств кулерной воды и её влияние на микрофлору кишечника здорового человека.

Материал и методы

Для проведения анализа была выполнена контрольная закупка воды пяти различных производителей: Дона, Горячий Ключ, Родничок, Кристальная капля, Архыз. В качестве основного представителя кишечной микрофлоры был выбран стандартный штамм кишечной палочки (M17 E.coli). Методом исследования нами был выбран наиболее подходящий и информативный бактериологический метод. Среда для исследования – дифференциально-диагностическая пи-