

сто (12%), болезни глаз на пятое (6%). При переходе к предметному обучению удельный вес заболеваний эндокринной системы возрастает до 34%, а к подростковому возрасту составляет около 60% занимая первое ранговое место. Удельный вес заболеваний глаз резко увеличивается с 34% при переходе к предметному обучению до 46% у подростков, занимая второе место. Заболевания костно-мышечной системы с 28% у пятиклассников изменяются до 39% у подростков, занимая третье место.

В МОУ № 6 картина несколько иная. В начальной школе на первом месте – заболевания эндокринной системы (25%), на втором – заболевания глаз, органов пищеварения, костно-мышечной системы (14%), на третьем – болезни нервной системы (12%). При переходе к предметному обучению удельный вес заболеваний эндокринной системы возрастает до 40%, и снижается до 31% у подростков, сохраняя первое ранговое место. Удельный вес заболеваний костно-мышечной системы изменяется – возрастая до 35% у пятиклассников, и снижаясь до 23% у подростков сохраняя второе ранговое место. Удельный вес заболеваний пищеварительного тракта увеличивается до 25% при переходе к предметному обучению, и снижается до 22% у подростков.

Следует отметить, что в МОУ №12 в начальной школе на одного ребенка приходится 1,8 функциональных отклонений, в МОУ №6 – 1; при переходе к предметному обучению – 1,9 и 1,6 соответственно; а у подростков 4 и 1,3.

Таким образом, выявлена зависимость между условиями обучения школьников и состоянием их здоровья, что подтверждает выводы других исследователей в этой области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ильин А.Г., Агапова Л.А. Функциональные возможности организма и их значение в оценке состояния здоровья подростков //Гигиена и санитария. – 2000. - №5. – С. 43-46.
2. Онищенко Г.Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков //Гигиена и санитария. – 2001. - №5. – С. 7-11.
3. Чурьянова М.И., Ананьева Н.А., Белявская В.И. и др. Результаты отдельных наиболее важных научных исследований в гигиене детей и подростков за 1993 год //Гигиена и санитария. – 1994. – С. 39-42.
4. Ямпольская Ю.А., Пляскина И.В. //Экологическая антропология. Ежегодник. – Минск, 1998. - Вып.3. – С. 87-89.

КЛИНИКА СОВРЕМЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

Витковская В.А., Айрапетова Г.С., Юсупалиева Л.С.
*Астраханская государственная
медицинская академия,
Астрахань*

Инфекционный мононуклеоз широко распространенное инфекционное заболевание, удельный вес которого в последние годы заметно повысился.

По данным IV отделения за период с 2001 по май 2004 года на лечении находилось 49 больных. Анализ эпидемиологического анамнеза, собранного у больных показал на наличие в 59,2 % случаев связи заболевания с фактором переохлаждения. Основную группу заболевших (36 больных) составили лица от 15 до 25 лет. Большинство больных было мужчин – 67,3 %. Заболеваемость городских жителей составила 77,5 %. Под нашим наблюдением находилось 48 больных средней тяжести и 1 больной инфекционным мононуклеозом тяжелого течения. Кроме того, у 3х больных выставили mixt-инфекция: инфекционный мононуклеоз + лихорадка Ку, подтвержденная серологическими реакциями. По клиническим наблюдениям заболевание в 93,8 % случаев начиналось остро, с повышения температуры тела и появления симптомов общей интоксикации. Лихорадка регистрировалась у всех пациентов: 14 – субфебрильная, 10 – отмечалось повышение t до 39°C. Температурная кривая чаще постоянного типа (77,6 %). Длительность лихорадочного периода составила 10 дней. У 28 больных повышение температуры тела сопровождалось ознобом с потливостью. На момент поступления в стационар симптомы интоксикации той или иной степени выраженности отмечались у всех больных: общая слабость – 100 % случаев; головная боль диффузного характера регистрировалась у 40 больных (81,6 %) случаев, тошнота у 8 пациентов; у 5 – на высоте лихорадки наблюдалась рвота, чаще многократная. В первые дни пребывания в стационаре у больных можно было обнаружить один из основных клинических симптомов инфекционного мононуклеоза: увеличение разной степени всех групп лимфатических узлов. Данный клинический признак мы отметили в 95,9 % случаев. Чаще выявлялось увеличение лимфатических узлов заднешейной группы и подчелюстных. У 15 больных наблюдалась генерализованная лимфоаденопатия. Лимфоузлы были плотноватые, эластичные, не спаяны между собой и с окружающей клетчаткой; при пальпации болезненность от легкой степени до выраженной отмечали 29 пациентов. Размеры лимфатических узлов варьировали от 0,5 до 4-5 см в диаметре. Нормализация размеров наблюдалась в большинстве случаев до 20 дня болезни. У 3-х наблюдаемых больных увеличение лимфатических узлов не отмечалось.

Помимо лихорадки лимфоаденопатии по данным литературы, с первых дней болезни на передний план выступает поражение носоглотки в виде затруднения носового дыхания, слизистых выделений из носа, признаков тонзиллита. У 26 пациентов отмечался катаральный синдром в виде насморка и сухого кашля. У 21 больного наблюдались гипертрофия миндалин I-II степени. миндалины отечные, разрыхленные, налетов на них нет. Длительность перечисленных явлений составляет 10-12 дней.

Со стороны легких, сердечно-сосудистой системы выраженной патологии у обследованных не наблюдалось. В 95 % случаев отмечалась тахикардия, у единичных больных выраженная гипотония.

Гепатомегалия выявлена у 28 больных (57,1 % случаев). Печень увеличивалась от 3х до 4-5 см. У 11 больных параллельно наблюдалось увеличение селезенки: выступала на 1-2 см из-под края реберной дуги.

В ряде случаев (14,3 %) разгар клинической картины заболевания сопровождался желтухой склер, видимых слизистых и кожи у 5 больных легкой степени, у 1 выраженной. К редким симптомам инфекционного мононуклеоза можно отнести полиморфную сыпь на всем теле без определенной локализации (пятнисто-папулезную, мелкоточечную, розеолезную). Мы наблюдали данный признак у 5 больных: элементы пятнисто-папулезной, мелкоточечной сыпи (от единичной до обильной) на коже туловища, иногда на конечностях. Сыпь появляется на 2-6 день болезни, сохранялась в течение 6-7 дней и исчезала бесследно, не оставляя после себя ни пигментации, ни шелушения.

Изменение картины периферической крови чаще всего выявлялось на 10 день заболевания. У 10 пациентов наблюдался лейкоцитоз (max до $17,2 \cdot 10^9/\text{л}$), у 12 больных – лейкопения, а в 55,1 % случаев количество лейкоцитов соответствовало норме. В большинстве случаев отмечался лимфоцитоз (до 73 %. У 23 больных в разгар заболевания в крови обнаруживались атипичные мононуклеары (от 4 до 13).

Гипербилирубиния ($71,96 \text{ ммоль/л}$) зарегистрирована у больного с выраженной желтухой кожи, склер и видимых слизистых. У 10 обследованных отмечалось увеличение АЛТ (от $1,54$ до $4,03 \text{ ммоль/л}$). В общем анализе мочи у единичных больных обнаружен белок и лейкоциты, что свидетельствовало о выраженном интоксикационном синдроме.

У всех больных диагноз инфекционный мононуклеоз подтвержден серологическими исследованиями: реакцией Пауля-Буннеля, – в диагностически значимых титрах.

Все пациенты получали комплексное лечение (антибиотикотерапию, симптоматическую терапию). Во всех случаях заболевание закончилось выздоровлением. Средний койко-день составил 10 дней. В тяжелых случаях, особенно при резко выраженных местных симптомах со стороны носоглотки целесообразно применять глюкокортикостероиды коротким курсом.

Работа представлена на VI общероссийская конференция «Гомеостаз и инфекционный процесс», г. Кисловодск, 19-21 апреля 2005 г. Поступила в редакцию 08.04.2005 г.

ЗАГРЯЗНЕННОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ КОНТАМИНАНТАМИ МИКРОБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Войно Л.И., Иванова Л.А.

*Московский государственный
университет пищевых производств,
Москва*

Питание - один из важнейших факторов, определяющих здоровье человека. Положение «здоровье есть функция питания» является базовым для современного человеческого общества. Обеспечение безопасности и качества продовольственного сырья и пищевых продуктов является одной из основных задач современного человеческого общества, определяющих здоровье населения и сохранение его генофонда.

Резкое ухудшение экологической ситуации практически во всех регионах мира, связанное с антропогенной деятельностью человека, повлияло на качественный состав потребляемой пищи. С продуктами питания в организм человека поступает значительная часть химических и биологических веществ. Они попадают и накапливаются в пищевых продуктах по ходу как биологической цепи, обеспечивающей обмен веществ между живыми организмами, с одной стороны, и воздухом, водой и почвой – с другой, так и пищевой цепи, включающей все этапы сельскохозяйственного и промышленного производства продовольственного сырья и пищевых продуктов, а также их хранение, упаковку и маркировку. Безопасными для здоровья потребителя принято считать продукты, которые или не содержат совсем токсических веществ, представляющих опасность для здоровья людей нынешнего и будущего поколений, или содержат их в количествах, допустимых санитарными нормами и гигиеническими нормативами.

С пищей растительного и животного происхождения в организм человека попадает из окружающей среды до 70% токсинов различной природы. Продолжает расти по сравнению с 60-ми гг. уровень радионуклидов в продуктах питания. Загрязнение продуктов питания нитратами и продуктам их распада также возросло за последние 5 лет почти в 5 раз. До 10% проб исследованных пищевых продуктов содержали тяжелые металлы и половина из них - в дозах, превышающих предельно допустимые концентрации. По отдельным видам продукции этот показатель еще выше. Так, в 52% исследованных образцов сливочного масла содержались токсические вещества – медь, цинк, железо, свинец в дозах, превышающих предельно допустимые концентрации.

Среди причин смертности основное место занимают сердечно-сосудистые, онкологические, гастроэнтерологические, инфекционные заболевания. Особую тревогу вызывает стойкая тенденция к росту заболеваемости детей. Уровень заболеваемости дифтерией увеличился в 2,2, раза, туберкулезом – на 24%. По данным НИИ гигиены и профилактики заболеваемости детей, подростков и молодежи, лишь 14% детей практически здоровы, 50% имеют отклонения в здоровье, 36% хронически больны. Доля здоровых детей к концу обучения в школе не превышает 20-25%.

Заметно увеличилось количество «заболеваний пожилого возраста», предпосылки к которым накапливаются в течение всей жизни человека. К ним относятся сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, инсульт, катаракта и глаукома, остеопороз, связанные с питанием ниже физиологических норм в условиях неблагоприятной экологической ситуации, определяющей качество пищевых продуктов и нормальную жизнедеятельность человека.

По данным Госсанэпиднадзора России, в течение последних лет зарегистрировано более 110 вспышек кишечных инфекций с числом пострадавших свыше 8 тыс. человек, в т.ч. 37 вспышек сальмонеллеза, 48 – дизентерии, 7 – вирусного гепатита А и 4 – брюшного тифа, связанных с употреблением недоброкачественных пищевых продуктов и питьевой воды.