Таблица 3. Распределение больных с хроническими заболеваниями печени в зависимости от проводимого лечения и величины ГОПП

Группа больных, диагноз	Количество	Среднее значение ГОПП	Число больных (в %) при значении ГОПП:				
			< 0,11 активн.	0,11-0,20 ум. акт.	0,21-0,30 мало акт	0,31-0,40 не актив.	0,41 и > норма
Здоровые	24	0,46± 0,009	-	-	-	4,2	95,8
ХПГ до лечения	19	0,26± 0,03*	21,0	10,5	36,8	15,8	15,8
ХПГ Базис-терапия	20	0,31± 0,02	-	20,0	20,0	55,5	5,0
ХАГ и ЦП До лечения	18	0,15± 0,03*	44,4	27,8	11,1	11,1	5,6
ХАГ и ЦП Базис-терап	15	0,21± 0,03	20,0	20,0	40,0	20,0	-
ХАГ и ЦП Преднизолон	16	0,27± 0,05*	12,5	6,2	50,0	25,0	6,3
ХАГ и ЦП Предниз.1год	8	0,28± 0,04*	12,5	-	37,5	50,0	-
ХАГ и ЦП Хориог.1год	9	0,37± 0,05*	-	11,1	33,3	22,2	33,3

Примечание: * - Результаты достоверны по сравнению с группой «до лечения» при P < 0,05.

Использование хориогонина в комплексной терапии больных с хроническими заболеваниями печени позволило вывить существенные положительные сдвиги в метаболизме СТ. Величина ГОПП оказалась на 117% выше, чем до лечения и не отличалась от нормы. Повышение ГОПП после лечения хориогонином произошло у всех без исключения больных. У 88,8% он был выше 0,21 и только у одного больного из 9-ти он был ниже 0,21, не оказалось детей, имеющих ГОПП ниже 0,11, а у 33,3% он был нормальным. Таким образом, после лечения больных с ХАГ и ЦП патологический процесс в печени перешел в неактивную фазу, что свидетельствует об эффективности проводимой терапии.

Анализ основных показателей метаболизма СТ при хронических заболеваниях печени по суммарным коэффициентам подобия (Σ КП) и отличия (Σ КО) показал высокую эффективность регенерационной терапии хориогонином. У больных ХАГ лечение хориогонином способствовало повышению Σ КО с показателями «до лечения» до 90% и увеличению Σ КП до 23% по сравнению со здоровыми детьми. Из всех исследованных методов лечения это самые высокие показатели. После преднизолонотерапии больных ХАГ коэффициенты Σ КО и Σ КП соответственно были 88,0% и 15,6%, а после базис-терапии эти коэффициенты были еще ниже – 75,0% и 17,5%.

Результаты корреляционного анализа ГОПП с активностью трансаминаз позволили установить умеренную и заметную прямую корреляционную связь с отношением АСТ/АЛТ при ХАГ и тесную обратную связь с АСТ и АЛТ при циррозе печени (P < 0,01).

Полученные данные позволили предложить ГОПП в качестве нового способа определения активности патологического процесса и эффективности проводимой терапии при хронических заболеваниях печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Gallagher J.A., Guenter H.L., Fleisch H.A. //Biochim. Biophys. Acta, 1982.-V.719.-№2.-P.349-355.

2. Woessner J.P. //Arch. Biochem.Biophys, 1961.-V.93.-P.440-447.

3. Косых А.А. //Лабор. дело, 1976.- №12.-С.715-717.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ТУРИСТА

Кочетков Н.М.

Управление здравоохранения администрации г. Сочи

Как нам известно, здоровье туристов подвергается серьезным испытаниям на отдыхе.

Кроме того, туристы привозят на свою родину свыше 30 нестандартных инфекций. В Средние века крестоносцы занесли в Европу чуму и холеру, которые успешно уничтожили почти треть населения. В наши дни, например, только в Англию завозиться 1—20 случаев малярии в год, энтеральные гепатиты, холера и даже геморрагическая лихорадка Эбола.

Кроме того, потепление климата способствует появлению в северных странах возбудителей тропических инфекций. Яркий пример – лихорадка Западного Нила, регистрируема в последние 2 года на территории северных штатов США и Канады, Крымская и Омская лихорадка в России.

Несмотря на все профилактические мероприятия, любое современное государство может столкнуться с той же проблемой.

Миллионы туристов проводят отпуска в Северной Африке, более 2 миллионов ездят в страны Латинской Америки, однако примерно 40-50% из них забывают пройти курс профилактических прививок.

Но не только Средняя Азия или Африка богаты инфекционными заболеваниями, каждая страна имеет свои эндемические инфекционные заболевания.

По итогам сервисных и страховых компаний каждый седьмой турист вынужден на отдыхе лечиться. Даже перелет через одну временную зону (изменение времени всего на час) уже требует акклиматизации, не говоря уже о том, что риск подхватить ненужную болезнь, особенно в самых популярных курортных зонах, есть всегда.

В 2005 году экстренная медицинская помощь и медико-транспортные услуги были оказаны в 54 странах мира почти 4 тысячам (3855) застрахованным россиянам. Наибольшее количество заболеваний россиян приходится на Турцию (42% от общего количества), далее следуют Болгария (более 16%) и Египет (около 7%). Увеличилось число страховых случаев в Испании и Таиланде.

Самые «популярные» страховые случаи простуды (более 30%), и травмы (17,5%). 10,5% страховых случаев занимают инфекционные болезни. Поскольку инкубационный период инфекционных заболеваний может длиться от нескольких часов до года то заболевших туристов фактически в несколько раз выше, чем 10,5 %.

Какова же основная причина заболеваний связанных с инфекционной патологией?

Как правило, всем туристам предоставляется информация о средствах размещения и наборе предоставляемых услуг; условиях проживания и питания; наличии гида, дополнительных услугах и т.д. Однако далеко не во всех туристических фирмах туристам предоставляется полноценная оперативная информация по профилактике и возможном риске заражения инфекционными заболеваниями и паразитарными болезнями, действиях в случае заболевания. Доступной литературы, как правило, нет и отправляясь на те или иные курорты, туристы рискуют подхватить множество инфекций.

В ЖАРКИХ странах, в том числе популярных и дешевых, климат и антисанитария создают для экзотических инфекций райские условия.

В спокойной Европе тоже опасно. Несколько лет назад в Чехии случилась вспышка энцефалита, на Ибице (Испания) – гепатита А. В Сербии – бореллиоз.

В России – средиземноморская лихорадка, на Чукотке и Якутии – эхинококкоз, трихинеллез, альвеококкоз. В Поволжье и на северо-западе России опасность для человека представляет рыба, сильно зараженная широким лентецом, в Сибири – кошачьей двуусткой, на Дальнем Востоке – китайской двуусткой и другими паразитами.

Сочи также имеет эндемичные заболевания, вызывающие единичные и массовые заболевания (бореллиоз, лептоспироз, малярия и др.).

Поэтому обе стороны должны знать об этих заболеваниях и мерах профилактики, через информационные памятки, и через обучение персонала туристических компаний. (Возможно в центре профилактики СПИД и инфекционных заболеваний).

От большинства (90%) заболеваний, которыми можно заразиться есть вакцины. Однако не все туристы делают прививку перед поездкой в другую страну, ведь это личное дело каждого. Обязательными являются прививки только в странах Африки, все остальное – только рекомендации врачей. А эти рекомендации до туристов не всегда доходят. Необходимо не только работать с туристами, но и создать им возможность вакцинации.

Новые виды туризма (экотуризм, ксенотуризм) сформировали опасность новых видов инфекционных болезней. Приезжающим туристам необходимо знать и об этом.

Вместе с тем на первом месте среди отпускных напастей стоит все-таки не экзотическая зараза, а кишечные инфекции – заболевания вызывающие диарею. Диарея туристов является широко распространенным феноменом, затрагивающим от 20 до 50 % всего количества туристов. Большинство из этих заболеваний является результатом употребления пищи или нарушения технологии приготовления продуктов и имеют микробное происхождение. Туристские организации знают экономическое последствия и практические неприятности, которые могут последовать за вспышкой диареи среди туристов.

Следовательно, необходим дополнительный контроль за безопасностью воды, за безопасностью еды, особенно национальной, за санитарным состоянием окружающей среды и личной гигиеной.

Конечно, среда распространения включает не только туристов, но и местное население, не случайно местный орган здравоохранения, администрация города Сочи проводит широкий комплекс профилактических мер, включающего в себя проведение мониторингового наблюдения и эпидемиологические исследования, дополнительные меры по диагностике и лечению в период эпидемического неблагополучия, меры по контролю.

Согласно Программе ВОЗ «Контроль диарейных заболеваний» информация должна собираться со всех сторон, участвующих в туристическом бизнесе, но, к сожалению, эта информация ограниченна.

Туристы сами не обращаются в очень дорогие службы здравоохранения, если только не заставляет это сделать серьезность течения заболевания. Они предпочитают самолечение и продолжают свой отдых, не заботясь о посещении врача.

Часто превалируют намерения спрятать правду о «позорных» заболеваниях, т.к. диарсйные заболевания все еще считаются таковыми некоторыми людьми, с целью не испортить яркий туристский образ страны и избежать финансовые потери в туристическом бизнесе.

Есть и другой подход, подход совместного международного исследования вспышек. Проведение таких работ, контролирующей состояние здоровья туристов, пребывающих и возвращающихся из тур поездок, с проведением эпидемиологических исследований и расследований позволит определить способы передачи инфекции, а затем обеспечить базу для немедленных и эффективных действий и контроля.

Необходимо выделение и типирование патогенных возбудителей бактериологическими лабораториями, желательно с применением экспресс методов идентификации на территориях отдыха туристов, что позволит дополнить систему и быстро и более точно определить источник заражения, своевременно начать специфическую терапию.

Заражение еды и напитков, не соблюдающими правила личной гигиены бациллонаситеелми, обнаруживающихся среди персонала пищевых предприятий, указывает на необходимость строгого надзора и обучения таких людей, работающих в сфере обслуживания, в том числе обучению приготовления пищи с учетом национальной технологии.

Такое сотрудничество необходимо также и в силу увеличивающейся угрозы международного биотерроризма.

Важность работы международного сотрудничества в эпидемиологических исследованиях подтверждается проведением на 4-й Азиатско-тихоокеанской конференции здравоохранения туристов в Шанхае по вопросам: «Малярия в Азиатском-Тихоокеанском регионе /АТР/», «Инфекционные болезни в АТР» и «Инфекционные болезни, предотвращение которых осуществляется путем вакцинации».

Предложения:

1. Создание в городе Сочи международной группы аналитического контроля за инфекционными заболеваниями туристов.

2. Организация совместного двустороннего оперативного информирования туристов по профилактике и возможном риске заражения инфекционными и паразитарными болезнями, действиям в случае заболевания.

3. Консультирование и создание условий для практического предоставления иммунопрофилактики (вакцинации) выезжающим и въезжающим туристам.

4. Обучение туристов специфическим правилам профилактики эндемичных для регионов заболеваний.

5. Мероприятия по снижению заболеваний вызывающих диареи в рамках спецпрограммы.

6. Обеспечение эпидемиологического мониторинга и эпидрасследований случаев инфекционного заболевания туристов с взаимным информирование.

7. Обеспечение в базовых учреждениях экспресс лабораторного контроля за штаммами, типами возбудителя.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ КАК МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ

Лазарева Е.Н., Самотруева М.А.
Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия

В настоящее время в южных регионах России, в том числе и в Астраханской области, отмечается неуклонный рост заболеваемости Крымской геморрагической лихорадкой (КГЛ) (Малеев В.В., 2003; Санникова И.В., 2005). При этом до 9% регистрируются случаи летального исхода болезни (Малеев В.В., 2003), причиной которых являются глубокие гемокоагуляционные нарушения. Согласно современным данным, в патогенезе геморрагического синдрома и тромботических осложнений при многих инфекционных процессах инициирующая роль принадлежит тромбоцитам (Полякова А.М., 2000).

С целью проведения своевременной и адекватной фармакологической коррекции нарушений гемостаза при КГЛ возникла необходимость определять функциональную активность кровяных пластинок в острый период болезни. Для решения поставленной задачи с мая по август 2005 г. на базах Астраханской государственной медицинской академии и Областной клинической инфекционной больницы г. Астрахани были проведены клинико-лабораторные обследования 20 больных. Возраст больных составлял в среднем 56,6±4,16 лет. Заболевание протекало в среднетяжелой форме (62%) и тяжелой (38%) формах. Диагноз ставился на основании комплекса анамнестических, эпидемиологических, клинико-лабораторных данных и был серологически верифицирован в реакции ИФА к антигену вируса КГЛ с титром антител 1:800 –1:1600. Счет тромбоцитов в венозной крови и исследование их агрегационной способности проводили на анализа-