

леваемости несовершеннолетних беременных // Матер. науч. конф. "Гигиена, экология и репродуктивное здоровье подростков". С-Пб., 1999. №1. С. 24-25

10. Фурдуй В.Ф. Стресс, эволюция человека, здоровье и санктреология // Науч. труды II съезда физиологов СНГ "Физиология и здоровье человека", Москва-Кишинёв, 2008

11. Черниха Ф.А., Соловьёва А.Д., Ткаченко Н.М. и др. Роды и эмоциональный стресс // Материалы VI Рос форума "Мать и дитя". М., 2004. С. 256-259

12. Янчук С.И. Влияние психоэмоционального статуса женщин на исход родов: Мат. VI Рос. форума "Мать и дитя". М., 2004

13. Rein D.T., Schondorf T., Gohring U.S. // J. Reprod. Immunol. 2002. Vol.54. P.133-142

14. Rudolph A.M., Korme R.K., Oveby, et Rudolph Fundamentals of Pediatrics. 3-d et Meirow-Hill 2002: 242

Хулоса

Таъсири баъзе аз омилҳои тиббӣ-иҷтимоӣ ва равонию эҳсосӣ ба солимии репродуктиви занон

З.Ҳ. Рофиева, Ҳ.А. Ҷамолова

Иҷоди (стресс) тиббӣ-иҷтимоӣ ва равонию эҳсосӣ ба солимии репродуктиви заноне, ки дар манотиқи задухӯрдҳо зиндагӣ мекунад, таъсири манфӣ расонидааст.

Summary

THE INFLUENCE OF SOME MEDICO-SOCIAL AND PSICHO-EMOTIONAL FACTORS ON REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN

Z.H. Rafieva, H.A. Jamolova

Medico-social and psycho-emotional stress influences on reproductive health of women wich live at zone of conflict negatively.

Key words: reproductive health of women, medico-social and psycho-emotional stress

К ВОПРОСУ О ВНУТРИБОЛЬНИЧНОМ ИНФИЦИРОВАНИИ КОНГО - КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ

А.П. Пиров

Национальный медицинский центр МЗ РТ

Автор на основании клинических исследований указывает, что наряду со средней и тяжёлой формой течения Конго - крымская геморрагическая лихорадка существует и лёгкие формы заболевания. Для подтверждения клинического диагноза в случае последней необходимо провести обязательное лабораторное исследование подозрительных больных.

При лёгкой форме заболевания, обычно протекающей с непродолжительной субфебрильной температурой, отмечается интоксикация, которая была выражена слабо и проявлялась вялостью, отсутствием аппетита, общим недомоганием. Геморрагический синдром был представлен быстроисчезающими кожными высыпаниями. Из кровотечений чаще встречалось носовое, быстро заканчивающееся. В крови наблюдалась умеренная тромбоцитопения и лейкопения.

Ключевые слова: Конго - крымская геморрагическая лихорадка, кровотечение, внутрибольничные заражения, внутрибольничные вспышки

Введение. Контактные заболевания Конго-крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ) обычно протекают тяжело с обильными кровотечениями и часто заканчиваются летальным исходом [1,3-5]. Поэтому 4 внутрибольничных заражения ККГЛ с лёгким течением без кровотечений в Турсунзадевском и Дангаринском районах [2] вызвало у нас большой интерес.

Клинические сведения об этой инфекции в Таджикистане встречаются лишь в немногих сообщениях. Так, П.В. Сиповский в 1944 году, впервые описавший патологоанатомическую картину заболевания, в своём сообщении "Случай своеобразного желудочно - кишечного кровотечения" приводит некоторые сведения о течении болезни. Однако, большинство больных, наблюдаемых им, поступало в стадии агонии, и клинические данные были скудными. Случаи заболеваний, аналогичные описанному П.В. Сиповским, начинались внезапно с повышения температуры, озноба, симптомов, державшихся стойко в течение первых 3 - 5 дней. Кроме того, отмечались болезненность живота, увеличение печени. Характерным признаком болезни было носовое кровотечение, к которому присоединялись кровавая рвота, кишечное кровотечение и точечные кровоизлияния на коже.

Некоторые сведения о клинике ККГЛ в республике приведены С.Е. Шапиро (1949,1954), С.Е.-Шапиро с Э.Н.Левинзон (1955). Однако систематизированные клинические данные об этой инфекции в Таджикистане до 1967 года отсутствовали.

Цель исследования: изучение особенностей внутрибольничной инфицировании Конго-крымской геморрагической лихорадкой в Турсунзадевском и Дангаринском районах Республики Таджикистан.

Материалы и методы. В данное исследование были включены 2 больных с Конго-крымской геморрагической лихорадкой и 5 случаев внутрибольничного инфицирования с разными формами течения данного заболевания.

Клиническое наблюдение 1. Больной М., 40 лет, проживающий на участке Чиртак Турсунзадевского района, колхоз им. А. Юлдашева, был госпитализирован 30 мая 2002г. в районную больницу в тяжёлом состоянии с жалобами на обильное носовое кровотечение, дёгтеобразный стул, геморрагии на теле, высокую температуру - 39-40°C, слабость. Заболел вечером 26 мая, когда почувствовал озноб, повышение температуры. 27 мая появились боли в животе, 28 мая на нижних конечностях и туловище появились мелкоточечные геморрагии. С 29 мая началось носовое кровотечение, которое усилилось на следующий день. На плечах, локтевых ямках, на туловище и на нижних конечностях имели место мелкоточечные геморрагии. В местах инъекции обширные кровоподтёки. В лёгких отмечено жёсткое дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 108 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 90/50 мм. рт. ст. Язык обложен сгустками крови, зев гиперемирован, живот втянут, болезненный по всей поверхности. В крови отмечены лейкопения и тромбоцитопения.

В больнице сделана передняя тампонада носа. Ночью 31 мая носовое кровотечение возобновилось. 1 июня началось кишечное кровотечение. 2 июня при смене тампона имело место интенсивное носовое кровотечение, была сделана задняя тампонада носа, кровотечение не прекращалось. 3 июня наступила остановка дыхания. Несмотря на использование ряда средств, вывести больного из этого состояния не удалось, и наступила смерть. Клинический диагноз у больного - ККГЛ, тяжёлая форма с полостными кровотечениями - был подтверждён выделением из крови, взятой в лихорадочном периоде, штамма вируса ККГЛ, в сыворотке крови, взятой 1 июня, обнаружением его антигена.

В тесном общении с больным при оказании медицинской помощи и уходе за ним в общей сложности было 15 человек.

В больнице, где находился больной более 3 суток, обслуживанием и уходом за ним были заня-

ты 8 медицинских работников, которые, особенно при проведении тампонады носа, соприкасались руками с его кровью. А также одновременно при других манипуляциях - (инъекции, туалет в связи с носовым и присоединившимся кишечным кровотечением, использовании пузырей со льдом и прочих).

Следует отметить, что в день поступления больного в стационар не все они работали в перчатках и масках и соблюдали меры предосторожности. Из них заболели четверо, в том числе отоларинголог, проводивший тампонаду, ассистировавшие ему медсестра и инфекционист, медбрат, ухаживающий за больным.

По иному выглядела вспышка заболевания ККГЛ среди медицинских работников в Дангаринском районе в 2001 году.

Клиническое наблюдение 2. Источником заражения был больной Ш.И., 62 лет, который 28 июня 2001 года, на 3-й день болезни был госпитализирован в ЦРБ с диагнозом: обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При поступлении больной жаловался на головные боли, высокую температуру, резкие боли в эпигастрии, рвоту цвета кофейной гущи, дётеобразный стул, общую слабость. На основании клинических и эндоскопических критериев на высоте гастроудоденального кровотечения была выполнена срочная операция. К вечеру на фоне нарастающих явлений геморрагического синдрома больной скончался.

Клинический диагноз: ККГЛ, тяжёлая форма с полостными кровотечениями, был подтверждён обнаружением антигена вируса ККГЛ в сыворотке крови, взятой на 3 - й день болезни. В течение менее одних суток обслуживанием и уходом за ним были заняты 10 медицинских работников, 5 из них были в тесном и непрерывном контакте. Следует указать, что в районной больнице заболели 4 медицинских работника.

Случай 1. Операционная медсестра, ассистировавшая хирургу, была госпитализирована в тот же день. У неё 1 июля резко поднялась температура до 39°C, появились головные боли, боли в пояснице, суставах рук и ног, 2 июля - носовые кровотечения, мелкоточечные геморрагии на руках и на туловище, 3 июля - маточное и кишечное кровотечение. К 4 июля состояние больной стало крайне тяжёлым, сознание было затемнённое, кожа и видимые слизистые бледного цвета. Геморрагии появились на коже всего тела. Тоны сердца резко приглушены. Пульс 197 ударов в минуту, нитевидный. АД 80/40 мм рт. ст., живот мягкий, стул дётеобразный. Моча тёмно-красного цвета. Несмотря на проведённые интенсивные мероприятия, наступила смерть при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности.

Результаты и их обсуждение. Особенностью вспышки было сравнительно лёгкое течение болезни у всех 4 медицинских работников ЦРБ Турсунзадевского района. Инкубационный период болезни колебался от 3 до 9 дней. Температура 38°C отмечена у отоларинголога, у остальных она не превышала 37,5-37,7°C. Кратковременное носовое кровотечение и рвота отмечались у медбрата. В трёх случаях (у отоларинголога, медсестры и медбрата) наблюдались розеолезная сыпь, которая через 2 дня исчезла, у врача - инфекциониста - только повышение температуры.

ККГЛ у медицинских работников был подтверждён регистрацией более чем 4-кратным нарастанием специфических антител в парных сыворотках крови в РСК и ИФА и выделением штамма вируса возбудителем заболевания у медбрата.

Случай 2. В ночь с 5 на 6 июля заболел фельдшер ЦРБ Х.З., 33 лет, который был госпитализирован в стационар 6.07.2001 года с жалобами на общую слабость, повышение температуры, головные боли. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела - 37,8°C, на коже по бокам грудной клетки видна розеолезная сыпь, в лёгких - прослушивается жёсткое дыхание, тоны сердца приглушены. 8 июля геморрагическая сыпь бесследно исчезла, температура нормализовалась. В удовлетворительном состоянии выписан 11 июля.

Клинический диагноз: ККГЛ с геморрагическим синдромом, лёгкая форма: диагноз был подтверждён ИФА, более чем 4-кратным нарастанием титров специфических антител в парных сыворотках.

Случай 3. Врач-реаниматолог К.Ч., 38 лет, также был госпитализирован как контактный с больным ККГЛ. Жалоб никаких не предъявлял. Состояние удовлетворительное, повышения температуры не отмечал, живот мягкий, кожные покровы чистые, в лёгких везикулярное дыхание. Выписан в удовлетворительном состоянии. Жалоб нет.

Клинический диагноз: ККГЛ, лёгкая форма без геморрагического синдрома, поставлен на основании лабораторного исследования крови. Выявлены специфические антитела класса IgM. Отмечено более чем 4 - кратное нарастание их титра и обнаружены антитела класса IgG.

Случай 4. Врач - гинеколог Б.М., 32 лет, была в тесном контакте с операционной медсестрой Б.С., которая умерла в результате контактного заражения ККГЛ от больного М. Поступила в ЦРБ 6.07.2001г. в 19 часов. Состояние удовлетворительное. Жалобы на лёгкую головную боль и общую слабость. При осмотре - кожные покровы чистые, температура 37,1°C, в лёгких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез не нарушены. В стационаре находилась до 12 июля. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Клинический диагноз ККГЛ, лёгкая форма без геморрагического синдрома поставлен на основании лабораторного исследования. В первой сыворотке крови обнаружены специфические IgM - антитела к вирусу ККГЛ. Во второй сыворотке отмечено их 4 - кратное нарастание вместе со специфическими IgG - антителами.

Случай 5. Б.Ш., 19 лет, который имел контакт с больной Б.С. (операционная медсестра, умерла от ККГЛ) в семье. Поступил в ЦРБ 6 июля 2001 г. (доставлен скорой помощью) с жалобами на общую слабость, повышение температуры. В 17 часов у него отмечался озноб и сразу вызвали для него скорую помощь. При осмотре в стационаре состояние средней тяжести, вялый, температура 37,8°C. Кожа гиперемирована, чистая, язык влажный. В лёгких жёсткое дыхание, тоны сердца приглушены, пульс - 80 ударов в минуту, АД 110/70, живот мягкий, безболезненный, стул жидкий. 7 июля температура повысилась до 38,4°C, появились жалобы на сильные головные боли. К вечеру на коже рук появилась геморрагическая сыпь. 8 июля температура нормализовалось, 9 июля геморрагическая сыпь бесследно исчезла, температура 36,2°C. Жалобы на общую слабость. В лёгких везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий. 13 июля в удовлетворительном состоянии выписан.

Клинический диагноз: ККГЛ, лёгкая форма с геморрагическим синдромом. Диагноз был подтверждён выявлением специфических антител класса IgM в 1-ой сыворотке крови, во второй обнаружением более чем 4 - кратным нарастанием титра специфических антител класса IgM и наличием IgG-антител.

Продолжительность инкубационного периода в случае внутрибольничной вспышки в Дангаринском районе колебалась в пределах - 3,5 - 8 суток. Минимальный инкубационный период суток был при заболевании операционной медсестры.

При общем анализе крови в большинстве случаях у больных обнаруживалась лейкопения, сдвиг влево до юных нейтрофилов и умеренная нормохромная анемия в более поздние сроки болезни.

Таким образом, наряду с типичными случаями заболевания, могут быть лёгкие, без кровотечений, лишь с сыпью розеолезного характера, вследствие чего необходимо тщательное клинико-лабораторное обследование лиц, бывших в общении с больным ККГЛ, при строгом соблюдении соответствующих мер профилактики.

Литература

1. Внутрибольничная заболеваемость Крымской геморрагической лихорадой (КГЛ) в Ростовской области // Мат. VIII съезда Всероссийского общ-ва эпидемиол., микробиол. и паразитол. М., 2002. Т.1

2. Бляхер И.А., Пак Т.П., Ясинский А.В. О внутрибольничной вспышке КЛГ// Вирусные геморрагические лихорадки. Труды ИПВЭ АМН СССР. М., 1971

3. Онищенко Г.Г., Москвина Э.А., Ломов Ю.М. и др. Крымская - Конго геморрагическая лихорадка в Ростовской области: эпидемиологические особенности вспышки 1999г. // Проблемы опасных инфекций. Саратов, 2000. Вып.80
4. Титов В.В., Малеев В.В., Лисукова Т.Е. Анализ вспышки и выводы Крымской геморрагической лихорадки в Волгоградской области // Эпидемиология. Вакцинопрофилактика. 2003
5. Para A., Benjiang M.A. koudou S. et al. Genetic characterization of MRNA segment of Crimean - Congo haemorrhagic fever virus strain, China // Emerg. Infect/ Dis. 2002. Vol. 8, №1

Хулоса
Оиди сироятёбии дохилибемористонии
таби ҳеморагии Конго-қримӣ (ТҲКҚ)
А.П. Пиров

Дар асоси пажӯҳиши сарири, муаллиф арз менамояд, ки дар баробари шакли вазнинии миёнаи ҷараёни ТҲКҚ боз шаклҳои сабуки ин беморӣ вучуд дорад. Барои тасдиқи ташҳиси сарири дар мавриди шаклҳои сабуки он гузаронидани таҳқиқи озмоишии ҳатмии беморони шубҳанок зарур аст.

Шакли сабукии беморӣ одатан бо ҳарорати на он қадар баланду камдавом мегузарад, заҳролудшавии суст ба қайд гирифта мешавад. Инчунин, бемадорӣ, набудани иштиҳо ва нотобии умумӣ зоҳир шуд.

Алоими ҳеморагӣ бо зуд нопадидшавии дамидани пӯст муаррифӣ мешавад.

Бештар хунравӣ аз бинӣ воমেҳӯрад, ки зуд қатъ мегардад. Дар хун бошад камбуди миёнаи тромбоситҳо ва лейкоцитҳо мушоҳида мешавад.

Summary
TO THE QUESTION ABOUT OF INTRACLINICAL INFECTION OF
KONGO-KRYM-HEMORRAGIC FEVER
A.P. Pirov

The author on the base of clinical investigation shows that except middle and severe forms of Kongo-Krym-hemorrhagic fever exist light form of it too. For clinical diagnosis they make laboratory analysis in suspicious cases certainly. Light form of disease accompanies with short subfebril temperature usually, intoxication is expressed faintly, symptoms are flabbiness, absence of appetite, total indisposition. Hemorrhagic syndrome may be as swiftly disappeared skin eruptions. There is often nasal bleeding with short time. In the blood there are trombocyto- and leukopeny.

Key words: Kongo-Krym-hemorrhagic fever, bleeding, intraclinical infections



ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Т.П. Палтушева, Г.А. Куанышбекова
Национальный центр проблем формирования ЗОЖ
Министерство здравоохранения Республики Казахстан

В данной статье представлены полученные результаты исследования влияния поведенческих факторов риска на здоровье людей молодого возраста 18-29 лет, жителей города и села. Проведено комплексное исследование, дана оценка состояния здоровья, в зависимости от наличия или отсутствия поведенческих факторов риска.

Ключевые слова: поведенческие факторы риска, донозологическое отклонение

Введение. Исследования, проведенные на значительном числе молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет, показали, что большая их часть, не страдая какими-либо заболеваниями, находится в стадии предболезни. То есть по степени адаптированности к окружающей среде организм молодых людей находится в состоянии напряженной адаптации и даже близкой к дезадаптации или предболезни.

Важными причинами, определяющими это состояние, являются, в том числе, образ жизни, поведенческие привычки, такие как курение, нерациональное питание, употребление алкоголя, низкая или, наоборот, чрезмерная физическая активность, нервно-психическое напряжение, частые стрессовые ситуации. Следствием вышеперечисленного, как правило, является вероятность развития заболеваний как острых, так и хронических, что, в свою очередь, обеспечивает низкий индекс здоровья людей, снижает качество и продолжительность здоровой жизни.

Общепринятая медицинская статистика фиксирует обычно сдвиги, возникающие в организме человека в результате истощения и декомпенсации адаптационных механизмов, т.е. регистрируется болезнь. И это только видимая "надводная" часть "айсберга", не позволяющая оценить его основную "подводную" часть - состояние напряжения адаптационных механизмов организма или донозологическое состояние [1].

Донозологические состояния отличаются от заболеваний преобладанием неспецифических изменений над специфическими, что связано с тем, что их определяют одни и те же механизмы адаптации целостного организма к воздействию разных неадекватных факторов внешней среды, в связи с этим имеют достаточно однородные изменения неспецифических общих механизмов адаптации [2].

В результате определенных воздействий, направленных на повышение адаптационных возможностей организма, можно обеспечить переход от недостаточной или неудовлетворительной адаптации организма человека - к удовлетворительной. Преодоление донозологических отклонений - это возможность укрепления и сохранения потенциала здоровья, возможность предупреждения болезненного состояния, которое может возникнуть в более поздние зрелые годы [3].

Цель исследования: проведение донозологической диагностики отклонений в состоянии здоровья молодых людей, проживающих в городе Алматы и Алматинской области.

Методика исследований. Проведено обследование молодого контингента, возраст которого составлял 18-30 лет. Были розданы анкеты - опросники, в которых содержались вопросы, касающиеся состояния их здоровья, курения, питания и т.д. Данные опросники разработаны специалистами НЦПФЗОЖ. Одновременно у этих обследованных групп была изучена вариабельность ритма сер-