

В результате исследования получены следующие данные: в исследуемых участках раны на более ранних сроках (к 3-5 суткам по сравнению с 6-7 сутками в контроле) отмечалась тенденция к купированию воспаления в виде уменьшения экссудации и активного роста грануляционной ткани. Это подтверждалось цитологией раны – переход воспаления из дегенеративно-воспалительной и воспалительной фазы в воспалительно-регенераторную, что характеризовалось уменьшением числа нейтрофилов в ране и увеличением количества мононуклеарных клеток, соединительно-тканых элементов и эпителиоцитов. Средняя скорость эпителизации ран составила в контрольных участках  $4,3 \pm 2,7$  см<sup>2</sup>/сут, при использовании аллогенных эмбриональных фибробластов –  $6,2 \pm 2,1$  см<sup>2</sup>/сут ( $p < 0,05$  по сравнению с контролем), а при использовании супернатанта фибробластов –  $6,4 \pm 2,6$  см<sup>2</sup>/сут ( $p < 0,05$  по сравнению с контролем). Статистически значимых отличий между эффективностью использования собственно аллогенных эмбриональных фибробластов и их супернатанта ни по клинической, ни по цитологической картине, получено не было.

**Выводы:** 1) аллогенные эмбриональные фибробласты при трансплантации оказывают противовоспалительное влияние на ожоговую рану и стимулируют ее эпителизацию; 2) указанные эффекты трансплантации аллогенных эмбриональных фибробластов в основном опосредованы продуцируемыми ими гуморальными факторами.

#### ДИНАМИКА И АНАЛИЗ ЭПИДСИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ТУБЕРКУЛЁЗА В РСО-АЛАНИЯ И КБР С 1994-2004 гг.

Дворников В.С., Погосян А.С.,  
Караева М.И., Гавалиди И.С., Гурциев М.Х.  
*Особый оперативный отдел «Война, эпидемии, беженцы», РСО-Алания, Владикавказ*

В настоящее время имеет место рост заболеваемости туберкулёзом во всем мире. Особенно остро эта проблема стоит перед Россией.

В 1992 году сотрудникам НИИ фтизиопульмонологии МЗРФ проведены расчёты прогноза заболеваемости и смертности от туберкулёза взрослого и детского населения России. Смертность населения от туберкулёза за последние 5 лет возросла в 2 раза и достигла самого высокого из всех инфекций уровня – 16,8 на 100 тыс. населения. Всё это несомненно способствует высокому уровню инфицирования туберкулёзом детского населения и увеличению числа заболевших детей, отмеченному с 1990 года; в 1989 г. показатель заболеваемости составлял 7,4 на 100 тыс. детского населения, в 1990 г. – 7,8, в 1999 – 17,9. В стране показатель заболеваемости детей имеет тенденцию роста с 1991 года ежегодно не менее, чем на 10%. При этом наиболее неблагоприятным является преимущественное поражение туберкулёзом детей дошкольного возраста. Так, согласно официальным статистическим данным за 1999 г., «пик» заболеваемости приходится на возраст от 3 до 6 лет, что на 70% превышает общий детский показатель заболеваемости

(27,0 и 17,9 на 100 тыс. населения).

Проведённый нами анализ эпидемиологической ситуации по туберкулёзу за последние десятилетия и выборочные научные исследования на территориях России позволили определить состояние этих показателей и выделить первостепенные задачи для фтизиопедиатров, эпидемиологов и иммунологов, а также мероприятия по сдерживанию дальнейшего распространения инфекции.

Установлено, что особенностью современной эпидемиологической ситуации по детскому туберкулёзу в России является рост числа заболевших преимущественно дошкольного и младшего школьного возраста, детей из семей мигрантов, детей из групп риска, впервые инфицированных микобактериями, а также в связи с контактами с больными туберкулёзом. Так, несмотря на существующие методы профилактики туберкулёза в группах риска за последние годы в России в 2 раза увеличилась заболеваемость детей из туберкулезных очагов и достигла в 1998 г. – 515,1, что составляет 1/10 от всех заболевших детей. Увеличилось число заболевших туберкулёзом детей из контингентов, наблюдаемых в противотуберкулезных диспансерах (ПТД) в связи с впервые положительной гиперергической пробой Манту. Их число составляет ¼ от всех впервые выявленных детей с активным туберкулёзом. Данный факт можно объяснить увеличением резервуара инфекции, который привел к тому, что число впервые инфицированных туберкулёзом детей за последнее десятилетие увеличилось более чем в 2 раза. Эти дети составляют более 2 % от всего детского населения и ежегодно становятся на учет в ПТД, что несомненно затрудняет работу фтизиопедиатров и приводит к ошибкам в диагностике заболевания. Согласно официальным статистическим данным МЗ РФ в 1990 г. число таких детей не превышало 1% детского населения России, а в 1999 г. их состояло на учете в ПТД более 2,5% (740 123 детей).

В структуре туберкулёза у детей в России преобладают малые и неосложненные его формы с поражением внутригрудных лимфатических узлов. Внегочные тяжелые формы туберкулёза у детей составляют не более 15%. Так, при росте уровня общей заболеваемости туберкулёзом детей продолжает уменьшаться число случаев туберкулезного менингита (в 1996г. – 38 детей, в 1997г.-29, в 1999 г. – 28), остается стабильным число больных костно-суставным туберкулёзом (133 больных – в 1997г.; 123 – в 1999 г.), с поражениями периферических лимфатических узлов (168 детей – в 1997 г., 193 – в 1999 г.). Уменьшилось число диагностированного туберкулёза глаз (увеит) в 1999 г. всего 56 случаев.

Постоянно высокие показатели заболеваемости детей туберкулёзом сохраняются в течение ряда лет в Ингушской, Северо-Осетинской республиках, в республиках Алтай, Дагестан, Тува, а также в Кемеровской, тюменской, Иркутской, Камчатской, Калининградской областях и в Красноярском крае.

Оценка эпидемиологических показателей детского туберкулёза позволяет констатировать повышение заболеваемости в России, РСО-Алании, КБР и за счет выявления больных детей из мигрирующего населения. Дети из семей «мигрантов», как правило, не по-

лучают профилактических прививок, им не проводится ежегодная туберкулинодиагностика и лишь при появлении симптомов заболевания они впервые обращаются к врачу. Неблагоприятные социальные факторы при отсутствии профилактических мероприятий снижают сопротивляемость детского организма к туберкулезной инфекции, и дети заболевают тяжелыми распространенными формами. Данная проблема наиболее остро стоит в крупных городах.

Глобальной целью концепции борьбы с туберкулезом в детско-подростковом возрасте является защита детей и подростков от заболевания и инфицирования туберкулезной инфекцией в условиях нарастающего эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу среди взрослого населения за счет усиления мероприятий по профилактике, раннему выявлению заболевания и повышению эффективности профилактического лечения.

В данных условиях стратегия и организация эффективной борьбы с туберкулезом детско-подросткового возраста должна базироваться на следующих основных организационных принципах:

1) приоритетность (ключевым элементом) в стратегии федеральной и региональных программ борьбы с туберкулезом вопросов защиты детско-подросткового населения от инфицирования туберкулезом;

2) сохранение основных принципов структуры противотуберкулезной фтизиопедиатрической службы, существующей в РФ не период эпидемического неблагополучия по туберкулезу среди всего населения;

3) преемственность и совместная организационная работа общей педиатрической, санитарно-эпидемиологической и фтизиопедиатрических структур, профилактике и раннему выявлению туберкулезной инфекции среди детей и подростков.

Комплекс мероприятий для борьбы с туберкулезом у детей, подростков должен включать в себя следующие разделы:

1. специфическая профилактика туберкулеза осуществляется при помощи вакцинации, ревакцинации вакциной БЦЖ и БЦЖ-М медицинскими работниками общей педиатрической лечебной сети.

Основной целью специфической вакцинации является защита детей раннего и младшего возраста, подростков от заболевания осложненными и распространенными формами туберкулеза, а также ликвидация смертности детского населения от туберкулеза.

Ближайшими задачами специфической профилактики туберкулеза являются следующие:

1) Специфическая вакцинация против туберкулеза в условиях эпидемического неблагополучия является обязательной для детей раннего возраста показано в 3-5 суток после рождения в условиях родильного дома или другого специализированного учреждения. При этом необходимо требовать от медицинского персонала строгого соблюдения техники введения вакцины и правила вакцинации против туберкулеза;

2) Ревакцинация против туберкулеза проводится только вакциной БЦЖ. В условиях эпидемического неблагополучия она показана в возрасте 7 и 14 лет в

территориях с удовлетворительной эпидемиологической ситуацией возможна однократная ревакцинация в 14-летнем возрасте;

3) В условиях стабилизации показателей заболеваемости населения России в целом можно решать вопрос о полной отмене повторных прививок против туберкулеза.

2. Активное выявление туберкулеза у детей и подростков. Основным методом активного выявления туберкулеза у детей является туберкулинодиагностика, у подростков - туберкулинодиагностика в сочетании с лучевыми методами. Цель туберкулинодиагностики - выявление инфицирования туберкулезом с последующим профилактическим лечением и отбор детей декретированных возрастов для специфической вакцинации БЦЖ.

3. Профилактическое (прививочное) лечение туберкулеза осуществляется детям и подросткам, впервые инфицированным туберкулезом, и с групп риска по заболеванию. Целью прививочного лечения является предупреждение развития болезней у детей и подростков, впервые инфицированных туберкулезом и/или входящих в группу риска по заболеваниям туберкулеза.

Таким образом, ситуация по туберкулезу в России, РСО-Алания, КБР напряженная. Дети, как «лакомая бумажка» отражают все отрицательные социально-экономические трудности, присущие нашему государству в переходный период, потому что туберкулез - проблема в большей степени социальная, нежели медицинская. В создавшихся условиях медикам можно решать только вопросы стабилизации показателей заболеваемости детей туберкулезом, которая на фоне общего ухудшения эпидемиологической ситуации возможна благодаря широко проводимым профилактическим мероприятиям - прививкам БЦЖ, туберкулинодиагностике и профилактическому лечению детей из групп риска по заболеванию. Учитывая рост заболеваемости туберкулезом детей в определенных группах населения, необходимо все усилия направить на работу с группами риска по заболеванию (впервые инфицированные туберкулезом дети из семей мигрантов и из социально дезадаптированных групп населения). Всё это необходимо осуществлять в условиях современной концепции борьбы с туберкулезом в стране.

Динамика заболеваемости туберкулезом органов дыхания за ряд лет с 2001-2002 гг. в абсолютных числах в КБР.

Наблюдается рост заболеваемости во всех регионах. Наибольший «пик» приходится на г. Нальчик как в 2001 г., так и в 2002 г. Причем немалый процент составляет детское население. Также «пик» заболеваемости приходится на Прохладненский район как в 2001 г., так и в 2002 г. В Баксанском районе наблюдается высокая заболеваемость туберкулезом с тенденцией к возрастанию. В Терском районе в 2001 году среди заболевших, выявлены и дети.

В целом, по республике наблюдается высокая степень инфицированности населения палочкой Коха. Хотя в общем по КБР, по сравнению с 2001 годом наблюдается небольшой спад заболеваемости.

В РСО-Алания за период с 1994 года по настоящее время наблюдается рост числа больных туберкулёзом, связанный с низким уровнем жизни большинства населения, нищетой, вооружёнными конфликтами, увеличением миграции населения. Резко обострилась эпидемиологическая обстановка как в России, в целом, так и РСО-Алания, в частности. Причиной такого состояния здоровья населения является усиление за эти годы внутренних и внешних миграционных процессов, недостаточная информированность по части мер личной гигиены и профилактики, а также возрастающая безработица.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в РСО-Алания характеризуется неустойчивостью и определяется рядом особенностей, в том числе высокой вероятностью заноса инфекционных заболеваний.

В настоящее время проблема заболеваемости туберкулёзом остро стоит перед всем человечеством. Это социально значимое заболевание уносит с каждым днём всё больше людей.

Проблема туберкулёза всегда стояла перед нашей республикой, но, начиная с 1994 года динамика заболеваемости резко возрастает. Это связано с военными конфликтами в Чечне, Ингушетии, Осетии, резко возросшими миграционными процессами, ростом числа лиц без определённого места жительства, общим снижением жизненного уровня населения, а также недостаточностью мер по предотвращению роста туберкулёза в учреждениях пенитенциарной системы.

Проанализировав статистические данные по динамике заболеваемости туберкулёзом населения РСО-Алания в ПТД в период 1994-2004 гг. (абсолютные числа) мы имеем: «Пик» заболеваемости туберкулёзом наблюдается в 1999 г. (796 чел.), а показатель на 100 тыс. населения составляет 120,1. Это связано с вооружёнными конфликтами, массовой миграцией беженцев из Южной Осетии, Грузии. Аналогичная ситуация прослеживается в 1998 г. (686 чел), а показатель на 100 тыс. составляет 103,7; в 2001 г. (744 чел.), показатель на 100 тыс. составляет 109,9.

Что касается динамики заболеваемости туберкулёзом на станции Владикавказ СКЖД за период 1993-2004 гг. наибольшего «пика» чахотка достигла в 1995 г. (17 чел.), а показатель на 100 тыс. составляет 44,88. В последующие годы до 2000 г. наблюдается спад заболеваемости туберкулёзом.

Динамика заболеваемости туберкулёзом в РСО-Алания (по районам) в период с 1990-2003 гг.

По всем регионам наблюдается рост заболеваемости в период с 1994 г. по настоящее время. Это связано с вооружёнными конфликтами за последнее десятилетие, в частности с Ингушетией; с низким уровнем жизни общества, нищетой, безработицей, незаинтересованностью граждан и халатному отношению их к профилактике и лечению чахотки, несоблюдение мер личной и общественной гигиены. Наибольшее количество заболевших в Правобережном районе и особенно во Владикавказе. Однако, если во Владикавказе наблюдается тенденция к понижению инфицированных, то по районам эти показатели растут, в особенности в Пригородном, Алагирском, Ардонском, Моздокском, Кировском районах. Самое высокое количество заболевших чахоткой по районам на-

блюдается в 1999 году, а во Владикавказе самый высокий показатель достигает 297 в 2001 году.

В настоящее время исключительное значение уделяется межгосударственной миграции населения. Военные конфликты в республиках Северного Кавказа и средней Азии способствовали обострению эпидемиологической ситуации, как по стране, так и в отдельной республике Северная Осетия.

Увеличения объёма современной торговли не могло не сказаться на эпидемиологической ситуации в Осетии.

В современных условиях профилактика завоза болезней беженцами и вынужденными переселенцами становится серьёзной проблемой для здравоохранения республика Северная Осетия –Алания.

Расширение политических, экономических и культурных связей республик СНГ и межгосударственной миграции населения ставят перед здравоохранением республики очень серьёзные задачи по профилактике, диагностике и лечению завозимых заболеваний как у мигрантов, так и у коренного населения республики.

Приведённые данные свидетельствуют о том, что сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка на Юге России требует от медицинской службы осуществления эффективных противоэпидемических мероприятий и санитарного надзора более оперативно и целенаправленно.

К группе риска по туберкулёзу относят также лиц употребляющих наркотики. Проанализировав статистические по динамике роста наркоманов в период 1989-2204 гг. по РСО-Алания мы наблюдаем резкий рост наркомании по республике, что даёт нам право полагать и рост заболеваемости туберкулёзом. В 2003 году кол-во наркоманов, как мужчин, так и женщин, по сравнению с 1991 годом, увеличилось более, чем в 2 раза.

Широка распространённость туберкулёза среди контингента лиц, несущих уголовную ответственность. Это происходит в связи с антисанитарией в тюремных учреждениях, массовой передачей инфекции, отсутствием финансирования для объективного лечения и изоляции больных.

Проанализировав статистические данные заболеваемости туберкулёзом в учреждениях Минюста по РСО-Алания за 1996-2000 год, мы имеем:

1. Наибольшее количество обследованных наблюдается в 1998 году (4917 чел) при том, что динамика заболеваемости в этом году средняя, в 1-2 группе в отрядах больных не выявлено, также не выявлены и первичные заболевшие в отрядах.

2. Самая большая динамика заболеваемости наблюдается в 1999 году. Больше всего заболевших в 1-2, 3-4 группах, как в изолированных учреждениях, так и в отрядах.

3. В 2000 году кол-во обследованных наименьшее (3764), динамика заболеваемости средняя, однако наблюдается резкий рост заболевших в 1-2 группе в отрядах.

Туберкулёзом болеют не только заключённые, но и лица, имеющие с ними контакт, т.е. лица из правоохранительных органов. Динамика заболеваемости туберкулёзом в учреждениях УИНМВД РСО-Алания

за 1995-1998 годы среди спецконтингента и личного состава показывает, что по сравнению с 1995-1996 годами резко возросло кол-во заболевших среди спецконтингента с 0 в 1995-1996 годах до 44 в 1997, и 61 в 1998 годах. Среди заболевших динамика не настолько резка, однако кол-во заболевших увеличивается: в 1997 году - 4 человека, 1998 - 8 чел.

Опираясь на исследования, проведенные среди военнослужащих необходимо отметить явный рост числа инфекционных заболеваний, в частности, туберкулезом за период 1992-2000 годы. Установлено, что около 40% заболеваний приходится на туберкулез. Неполное удовлетворение гарнизонов в питьевой воде, низкое техническое состояние систем водоснабжения и канализации, недостатки в организации питания военнослужащих - вот неполный перечень причин, благоприятствующих росту заболеваемости.

Из вышесказанного следует, что широко распространенное мнение о том, что туберкулез стал безобидной болезнью, не только неверно, но и опасно.

Масштабы эпидемии туберкулеза огромны как в России, так на Северном Кавказе, РСО-Алания, КБР.

Распространенность туберкулеза в развитых странах связана с группами риска - мигрантами, маргиналами, больными СПИДом, ВИЧ инфицированными, наркоманами, алкоголиками, лицами в пенициарных учреждениях и недолеченных больных.

Исключительное внимание необходимо обратить на то, что заниматься глобальной проблемой заболеваемости туберкулезом должны молодые, мобильные, коммуникабельные, интеллигентные и высококвалифицированные специалисты.

### **СОСТОЯНИЕ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИБС: СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ**

Ивакин В.Е., Князева Л.И.,  
Горайнов И.И., Степченко М.А.,  
Князева Л.А., Ершова И.А., Бочарова К.А.  
*Курский государственный  
медицинский университет,  
Курск*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости и смертности, являясь одной из главных причин постоянной или длительной утраты трудоспособности. На сегодняшний день одной из основных гипотез, объясняющих патогенез атеросклероза является гипотеза хронического повреждения эндотелия. Эндотелий является одновременно мишенью и медиатором сердечно-сосудистых болезней. Диагностика нарушений эндотелиальной дисфункции позволяет определить терапевтические подходы и коррекции эндотелиальной дисфункции, контролировать прогрессирование заболевания.

Целью работы явилось изучение сосудодвигательной функции плечевой артерии у больных стабильной стенокардией напряжения II - III ф.к.

Материалы и методы. Обследовано 30 больных ИБС стабильной стенокардией напряжения II ф.к. (по

Канадской классификации) и 35 больных III ф.к. стенокардии. Средний возраст больных составил  $56,1 \pm 1,8$  лет. Контрольную группу составили 20 здоровых доноров. Группы обследованных были рандомизированы по полу и возрасту. Сосудодвигательную функцию плечевой артерии изучали методом дуплексного ультразвукового сканирования с помощью датчика 7,5 МГц на аппарате «Logic-500» США по методике D. Celestajer с соавт., 1992. В качестве базисной терапии использовали ацетилсалициловую кислоту (125-175 мг в сутки) и короткодействующие нитраты (по необходимости). Критериями исключения являлись сахарный диабет, артериальная гипертензия.

Результаты и обсуждение. При сравнении результатов функциональных проб выявлены достоверные различия у больных стенокардией с контрольной группой. У больных стенокардией напряжения II ф.к., при пробе с реактивной гиперемией определялось менее значительное (в среднем на 22% ниже контрольного уровня) изменение скорости кровотока, средние значения дилатации, вызванной потоком, были в 2,8 раза ниже контрольных показателей. У больных стенокардией напряжения III ф.к., снижение скорости кровотока при реактивной гиперемии составило в среднем 28%, среднее значение дилатации, вызванной потоком, были в 3,5 раза ниже контрольных цифр. Следует отметить, что у 32 больных (91%) стенокардией III ф.к., наблюдалась вазоконстрикторная реакция при проведении пробы с реактивной гиперемией. При II ф.к., вазоконстрикция отмечена у 8 больных (27%) в возрасте старше 50 лет.

Таким образом, проведенные исследования показали более выраженное нарушение эндотелийзависимой вазодилатации, имеет место у больных стабильной стенокардией напряжения III ф.к., что отражает большую тяжесть эндотелиальной дисфункции. Особенностью больных этой группы является также большая частота развития парадоксальной вазоконстрикторной реакции.

### **ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)**

Иванова О.Н., Кондюрина Е.Г.  
*Медицинский институт ЯГУ, Якутск  
НГМА, Новосибирск*

Основной задачей данного исследования является изучение факторов риска бронхиальной астмы среди детского населения Верхневиллоиского и Нюрбинского улуса и изучение влияния экологических факторов на здоровье детей. Исследование эпидемиологии и факторов риска проведено в рамках программы «ISAAC phase2», которая имеет иной дизайн исследования, чем карта «ISAAC». Нами проведен опрос 450 детей Верхневиллоиского улуса и 100 детей Нюрбинского улуса.

При анализе триггерных факторов БА по данным анамнеза выявлена высокая частота ОРВИ у детей с БА до 77% в группе детей 7-8 лет и 56% в обследованной группе от 12-14 лет. Другим важным фактором