

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гончаренко А. Неизвестное сердце.//Техника-молодёжи. № 9, 2004.С. 18-24.
2. Кацудзо Ниши. Золотые правила здоровья.– С.П.: ИК «Невский проспект», 2002.-120 с.:ил.
- 3.Физические эффекты в машиностроении: Справочник. В.А. Лукьянец, З.И. Алмазова и др. –М.: Машиностроение. 1993. – 224 с.
4. Корыта И., Дворжак И., Богачкова В. Электрохимия. – М.: Мир, 1977.– 422 с.
- 5.Биркенблит М.Б. и Глаголева Е.Г. Электричество в живых организмах.–М.: Наука. 1988. –288 с.
6. Станцо В. Поживём под перевёрнутым зонтиком?//Техника-молодёжи. № 1,1997. С. 52-53.
7. Скипетров В.П. Аэроионы и жизнь.– Саранск: Тип. «Красн. Окт»,– 116 с.
8. Чалый А.С., Орлова Л.Я. и др. Влияние лигногумата натрия на яйценоскость, некоторые морфологические и биохимические показатели крови индексов.//Профилактика незаразных болезней и лечение с.-х. животных в комплексах и специализированных хозяйствах; сб.научн.тр./ Одесский СИ. – 1984. -С. 46-48.
9. Бессарабов Б.Ф. и Афанасьев А.В. Применение лигногумата калия при выращивании цыплят кросса «Иса коричневый»./Актуальные проблемы современной науки № 6., С. 398-400.
10. Дзян Каньдженъ Ю.В. Патент № 1828665. Способ изменения наследственных признаков биологического объекта и устройство для направленной передачи биологической информации, заявка от 30.12.1981,зарегистрировано 13.10.1992.

**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ПОЛИОМИЕЛИТОМ В СЕВЕРНОЙ ОСЕТИИ
С 1953-1967 гг. ОПЫТ ОСОБОГО
ОПЕРАТИВНОГО ОТДЕЛА «ВОЙНА.
ЭПИДЕМИЯ. БЕЖЕНЦЫ»**

Дворников В.С., Гайтов Р.Т., Купеев Э.А.,
Гавалиди И.С., Чурилина В.С., Купеев А.Э.,
Тогоева К.Ф., Боцова Г.Т.
РСО-Алания,
Владикавказ

Полиомиелит в Северной Осетии стал регистрироваться с 1953 года. Однако, как указывают лечащие врачи и как свидетельствуют данные архивов детской республиканской больницы, а также клиники нервных болезней, можно предполагать, что единичные случаи заболеваний с клинической картиной, напоминающей полиомиелит, встречались в Северной Осетии с 1949 года. С тех пор, однако, как показывают статистические данные, заболеваемость полиомиелитом в Северной Осетии непрерывно росла. С 1955 года полиомиелит в Северной Осетии приобрел эпидемический характер. В 1955 году заболел 51 человек, в 1956 г. – 44 человека. Особенно большое количество больных с тяжелой клинической картиной было отмечено в 1956-1957гг. В последующие три года (1958-1960) заболеваемость полиомиелитом продолжала оставаться высокой. Инфекция в этот период имела рассеянный характер и регистрировалась как в городах, так и

в селах. Клиническая картина у заболевших носила классический характер, присущий полиомиелиту. Течение болезни в большинстве случаев было тяжелым, зачастую с наличием остаточных явлений.

Летне-осенняя сезонность заболевания особенно четко была выражена в 1957, в 1958 и в 1959 годах.

Данные, отражали сезонность заболеваний полиомиелитом.

Из данных следует, что, как правило, до мая – июня месяцев заболеваемость держалась на низком уровне, а начиная с мая месяца наблюдалось резкое повышение числа случаев полиомиелита. В сентябре, как правило. Наблюдался спад заболеваемости.

Однако, в годы, предшествовавшие вакцинации против полиомиелита, случаи полиомиелита регистрировались в течение всех месяцев в году.

В 1955, 1956, 1957, 1958, 1959 годах заболевали полиомиелитом преимущественно дети в возрасте от 2 до 6 лет. Как видно из данных, приведенных на них, наиболее часто поражались полиомиелитом дети в возрасте от 2 до 6 лет, затем дети в возрасте от 1 года и затем дети в возрасте от 7 до 9 лет. Дети старше 10 лет болели в единичных случаях: за 1957-1960 годы переболело всего 3 человека. За этот же период полиомиелитом переболело 1 человек в возрасте старше 15 лет. Среди взрослых полиомиелит за десятилетний период (1957-1960 гг.) зарегистрирован не был.

Анализ случаев заболеваний полиомиелитом позволил предположить, что они распространялись, вероятно, контактным путем. Против воздушно - капельного способа распространения данных локальных случаев заболевания свидетельствовала их четко выраженная разрозненность и значительная растянутость во времени.

С 1961 года в Северной Осетии начала проводиться массовая вакцинация против полиомиелита живой вакциной. В 1961 году проводили вакцинацию детей в возрасте от 2 месяцев до 10 лет. Вакцинация проведена была однократно. В последующие годы прививками против полиомиелита живой вакциной, как правило, были охвачены (один раз в год) дети в возрасте от 2-х месяцев до 10 лет (1962г.). В 1963 году вакцинация против полиомиелита была проведена дважды: в январе и ноябре детям в возрасте от 1 года до 8 лет. В 1964-1965 годах однократно проводилось вакцинации детей в возрасте с 2-х месяцев до 5 лет. В 1966 году вакцинация проводилась два раза: в январе и апреле детям в возрасте от 2-х месяцев до 5 лет. В 1967, 1968 гг. вакцинация была проведена трижды: в январе детям в возрасте от 2 месяцев до 3 лет, в июне – детям в возрасте от 2 месяцев до 3 лет и в октябре – детям в возрасте от 2 месяцев до 3 лет и учащимся 1 классов, 9 классов, студентам 1 курсов технических училищ.

Эпидемиологическая эффективность живой полиомиелитной вакцины была бесспорной. Уже в 1961 году регистрировались только единичные случаи заболеваний полиомиелитом. Однако, следует отметить определенную особенность заболеваемости полиомиелитом в Северной Осетии в последующие вакцинации годы. Так, если во многих республиках и областях бывшего Советского Союза заболеваемость полиомиелитом была полностью ликвидирована, а в

целом по бывшему Советскому Союзу наблюдалось из года в год дальнейшее снижение заболеваемости полиомиелитом, то в Северной Осетии индексы заболеваемости на 100.000 населения в течение ряда лет (1962-1966) – в 1962 (1,0 на 100.000), в 1963 (0,4 на 100.000), в 1964 (0,5 на 100.000), в 1965 (0,5 на 100.000), в 1966 (0,5 на 100.000) были выше общесоюзных от 2-х до 5 раз.

Эпидемиологическая ситуация была особенно сложна еще и потому, что в 1966 году в пограничных к Северной Осетии республиках Чечне, Ингушетии и Кабардино-Балкарской было отмечено учащение случаев заболевания полиомиелитом, как правило, среди не привитых живой полиомиелитной вакциной. (М.П. Чумаков, В.И. Жевандрова и др., 1967).

Анализ вышеприведенных данных дает основание предположить, что клиническим диагнозом случаев полиомиелитов, зарегистрированных в Северной Осетии после вакцинации, скрывались и отдельные случаи заболеваний другой энтеровирусной этиологии.

Кроме того, нельзя исключить и того, что легкие случаи полиомиелита в период локальных эпидемических вспышек не подлежали регистрации, поскольку не были выявлены.

Сложность выяснения этого вопроса заключается в том, что вирусологические исследования (за исключением единичных случаев) в Северной Осетии не проводились.

Анализ архивных материалов показал, что эпидемиология полиомиелита в Северной Осетии до массовой вакцинации не отличалась от эпидемиологии этого заболевания в южных республиках и краях бывшего Советского Союза, в частности, ежегодно отмечали выраженные сезонные подъемы и высокую поражаемость детей младших возрастных групп. Например, в 1955-1960 гг. на долю детей двух и трех лет приходилось от 35 до 50% всех случаев.

Результаты серологического обследования показывают, что в республике в 1965-1966 годах наименее защищенными от полиомиелита оказались детские контингенты до двух лет. Антитела к трем типам вируса были обнаружены лишь у 35,2% детей 6-12 месяцев и у 40% детей до двух лет. Данный факт нельзя связать с недостаточной эффективностью вакцины, так как в старших возрастных группах процент иммунных равнялся 74-96 и 70-93 в группах 5-6; 6-7 и 7-14 лет соответственно.

Обращает на себя внимание факт уменьшения напряженности коллективного иммунитета к вирусу полиомиелита типа III у детей 7-14 лет, причем это явление обнаружилось на фоне стабильных показателей частоты выявления антител к вирусам типа I и II в течение 5-10 лет.

Анализ иммунологического состояния детей, посещающих и не посещающих ясли и детские сады, показал, что наименее защищенным был контингент «неорганизованных» детей.

Наши выводы были представлены руководящим органам здравоохранения Северной Осетии, после чего была проделана значительная работа по улучшению качества вакцинации и усилению контроля за проведением данного мероприятия. Кроме того, до-

полнительной вакцинации были подвергнуты контингенты с наименьшей степенью иммунитета. После проведения перечисленных мероприятий в Северной Осетии на протяжении 1967-1968 гг. (срок наблюдения) не было отмечено ни одного случая паралитического полиомиелита, хотя в пограничных республиках – Кабардино-Балкария, Чечня и Ингушетия такие случаи продолжали регистрироваться.

Таким образом, наши данные позволяют сделать вывод о том, что возникновение паралитического полиомиелита в период после массовой вакцинации связано с недостаточными коллективным иммунитетом детей первых двух-трех лет жизни. Это могло быть связано с нарушением правил прививок как в плане соблюдения сроков вакцинации и ревакцинации, так и режимов хранения препарата.

Наши данные о недостаточной иммунной прослойке позволяют объяснить высокие (при расчете на 100.000 населения) показатели заболеваемости полиомиелитом в Северной Осетии по сравнению с общесоюзными.

Этот факт приобретает важное значение еще и потому, что в течение 1964-1966 гг. в пограничных с Северной Осетией республиках (Кабардино-Балкария и Чечня и Ингушетия) были выделены штампы полиовируса 1 типа, имеющие четкие отличия от вакцинных штампов Сэбина (В.И. Жевандрова, И.С. М.П. Чумаков и др., 1968).

Учитывая массовую миграцию из выше перечисленных географических районов следует возможный резкий подъем заболевания.

Таким образом, рассмотренные данные литературы показывают, что полиомиелит представлял одну из центральных проблем инфекционной патологии. Создание и внедрение в практику сначала убитой, а потом живой полиомиелитной вакцины, позволило резко снизить заболеваемость и ликвидировать эпидемический полиомиелит в бывшем Советском Союзе, Чехословакии, Болгарии, Венгрии, Румынии, и ряде других стран.

На большом материале подробно изучены факторы гуморального иммунитета при полиомиелите. Прослежено влияние массовой вакцинации на иммунологическую структуру населения. Работы в области серологической эпидемиологии были выполнены до или сразу же после начала массовых прививок живой вакциной.

Не изученными оставался ряд важных вопросов. Например, вопрос о состоянии коллективного иммунитета на фоне многократной ревакцинации. Установленный различными исследователями факт неодинаковой эффективности вакцинации в различных климатических зонах (в условиях тропического климата, с одной стороны, и в умеренном климате, с другой), указывал на необходимость изучения иммунологической структуры населения в ранее не обследованных районах, которые характеризовались определенными, как, например, Северная Осетия, ландшафтными и климатическими особенностями. На значение тщательного анализа результатов компании иммунизации в различных географических районах, в различных эпидемиологических условиях с учетом

сроков проведения, указывал Н.А. Зейтленок еще в 1961 году (Н.А. Зейтленок, 1961).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Ефимова О.Ю., Любарский М.С.,
Наров Ю.Э., Овсянникова Т.В.
*Областной онкологический диспансер,
ГУ НИИК и ЭЛ СО РАМН,
Новосибирск*

Злокачественные новообразования придатков в заболеваемости органов женской половой сферы занимают стабильно третье место после рака тела и шейки матки и составляют 23-25%. Смертность от этого заболевания находится на первом месте и составляет около 49% смертей от рака женских половых органов. Ежегодный прирост заболеваемости составляет почти 1.5%, причём этот показатель выше в экономически развитых регионах страны.

Для ранних стадий характерно бессимптомное течение заболевания. По-прежнему преобладают III-IV стадии заболевания, составляя 60-70% от всех диагностированных случаев. Основные жалобы: чувство дискомфорта в низу живота, тяжести, боли в низу живота, увеличение живота за счёт роста опухоли и/или асцитической жидкости, а также признаки нарастающей эндогенной интоксикации развивающейся опухоли (общая слабость, потеря аппетита, снижение работоспособности, астено-невротический синдром и др.).

С целью оптимизации результатов лечения неоплазии гонад, снижении аутоинтоксикации, профилактики послеоперационных осложнений, начато использование сорбционной терапии препаратом «Энтеросгель» в периоперационный период.

Всего пролечено 20 пациенток с злокачественными новообразованиями яичников, проживающих в Новосибирске и Новосибирской области. Возраст больных колебался от 40 до 70 лет (средний возраст 58,1 лет). Гинекологические заболевания в анамнезе у больных раком яичников наблюдались в 40% случаев. У 12,5% в анамнезе первичное бесплодие (лечение консервативное), 48% хронический сальпингоофорит, 15% получали лечение по поводу фоновых заболеваний шейки матки (эрозии шейки матки, лейкоплакия, дисплазия шейки матки). В 61% пациенты имели те или иные соматические заболевания, учитывая средний возраст больных, лидирующее место занимала сердечно-сосудистая патология. Клиническая картина: болевой синдром 33,6% случаев, чувство тяжести в животе 59,2%, слабость, снижение массы тела 73%, увеличение живота, при отсутствии болевого синдрома 48%, нарушение функции тазовых органов 18% больных.

По гемограмме до оперативного лечения снижение количества эритроцитов и гемоглобина отмечено в 42% случаев. Уровень лейкоцитов крови находился в целом в пределах нормы, без сдвига формулы. Относительный лимфоцитоз, при абсолютной лимфопении, относительная эозинофилия у 70,2%, но по абсо-

лютным показаниям уровень эозинофилов не был увеличен, сдвига лейкоцитарной формулы не отмечено.

Уровень СОЭ был повышен в 87% случаев. Уровень фибриногена стабильно выше нормы в 53% случаев. Интегральные индексы менялись не однозначно. Отмечено повышение Индекса Иммунной Реактивности (Иванов 2000г.) 6.7 ; Ядерный индекс степени эндотоксикоза (ЯИСЭ Даштаянц) составил 0,12; Индекс аллергизации (ИА) 1,0; Лимфоцитарный индекс Гаркави 0,62; Отмечено выраженное снижение общего индекса интоксикации (ОИИ) 0,7; Индекс лимфоцитарно-гранулоцитарный по Гаркави 0,57. Лейкоцитарный индексы интоксикации Кальф-Калифа, Островского, Рейса, а также лимфоцитарные индексы, отражающие степень тяжести основного заболевания (ИСЛф/М, ИСНей/Мо, ИСЛф/Эо) остались без изменения.

Терапия проводилась в до и послеоперационном периоде, с учётом необходимости обеспечения наиболее полного соответствия комплекса свойств, присущих «идеальному» энтеросорбенту был использован «Энтеросгель». Он обладает высокой био- и гемосовместимостью, при употреблении не повреждает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, не нарушает пристеночное пищеварение, легко выводится из организма. Он активно связывает среднемолекулярные токсические метаболиты и практически не связывает электролиты. Энтеросгель угнетает жизнедеятельность многих патогенных микроорганизмов, одновременно поглощая их токсины.

Использование сорбционных технологий с целью коррекции проявлений эндотоксикоза показало их достаточную эффективность в отношении гематологических показателей аутоинтоксикации. Достоверно значимых изменений в показателях красной крови не отмечено, за исключением трёх случаев, когда падение показателей связано с объемом кровопотери. Максимальное повышение СОЭ было отмечено к 3 суткам послеоперационного периода, с нормализацией данного показателя к 8 суткам.

На фоне приёма Энтеросгеля не отмечено выраженного колебания лейкоцитоза, максимальным показателем был после первых суток операции. Отмечается мягкое, постепенное снижение индекса иммунной резистентности (ИИР), индекса аллергизации (ИА). Лейкоцитарные индексы интоксикации (ЛИИ), индекс ядерного сдвига (ИЯС), индекс сдвига лейкоцитов крови (ИСЛК), резко повышаясь в первые двое суток, до 4-5, что говорило о высокой степени эндотоксикоза, восстанавливались к 6 суткам после операции. Ядерный индекс степени эндотоксикоза по Даштаянц сохранялся на одном уровне на протяжении всего лечения, со снижением на 18% к восьмому дню по сравнению с исходным до лечения.

Существенной динамики других маркёров эндотоксикоза во время энтеросорбции не отмечалось - колебания содержания мочевины, билирубина, трансаминаз не носили статистически достоверного характера.

После проведения сорбционной терапии отмечено быстрое купирование признаков пареза кишечника, признаки астенизации больных купировались 1,7