Оглавление

Введение

1. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
2. Туберкулез
3. Сифилис
4. Вирусные гепатиты
5. Сибирская язва
6. Малярия
7. Гельминтозы

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Заболевания социально значимые - заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

Социальные болезни - болезни человека, возникновение и распространение которых в определяющей степени зависят от влияния неблагоприятных условий социально-экономического строя. К С. б. относят: туберкулёз, венерические заболевания, алкоголизм, наркомании, рахит, авитаминозы и др. болезни недостаточного питания, некоторые профессиональные заболевания. Распространению социальных болезней способствуют условия, порождающие классовый антагонизм и эксплуатацию трудящихся. Ликвидация эксплуатации, социального неравенства — необходимая предпосылка успешной борьбы с социальными болезнями. Вместе с тем социально-экономические условия оказывают прямое или косвенное влияние на возникновение и развитие многих других болезней человека; нельзя также недооценивать роли биологических особенностей возбудителя или организма человека и при применении термина «социальные болезни». Поэтому с 1960—70-х гг. этот термин находит всё более ограниченное применение.

В связи с обострившейся проблемой социально-значимых заболеваний Правительство Российской Федерации выпустило Постановление от 1 декабря 2004 г. N 715 г. Москва «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»

Опубликовано 7 декабря 2004 г.

В Постановление входят:

1. Перечень социально-значимых заболеваний:

1. туберкулез.

2. инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

3. гепатит В.

4. гепатит С.

5. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

6. злокачественные новообразования.

7. сахарный диабет.

8. психические расстройства и расстройства поведения.

9. болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

2. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих:

1. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

2. вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки.

3. гельминтозы.

4. гепатит В.

5. гепатит С.

6. дифтерия.

7. инфекции, передающиеся половым путем.

8. лепра.

9. малярия.

10. педикулез, акариаз и другие.

11. сап и мелиоидоз.

12. сибирская язва.

13. туберкулез.

14. холера.

15. чума.

Рассмотрим некоторые наиболее распространенные и опасные заболевания из приведенного перечня, входящие в 1-ую и во 2-ую группу.

1. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

ВИЧ-инфекция, подобно пожару, охватила сейчас почти все континенты. За необычайно короткое время она стала проблемой номер один для Всемирной организации здравоохранения и ООН, оттеснив на второе место рак и сердечно-сосудистые заболевания. Пожалуй, ни одна болезнь не задавала ученым такие серьезные загадки за столь незначительный срок. Война с вирусом СПИДа ведется на планете с нарастающими усилиями. Ежемесячно в мировой научной прессе публикуются новые сведения о ВИЧ-инфекции и ее возбудителе, которые часто заставляют коренным образом менять точку зрения на патологию этого заболевания. Пока загадок больше. Прежде всего - неожиданность появления и быстрота распространения ВИЧ. До сих пор не решен вопрос о причинах его возникновения. До сих пор неизвестна средняя и максимальная продолжительность его скрытого периода. Установлено, что имеется несколько разновидностей возбудителя СПИДа. Изменчивость его уникальна, поэтому есть все основания ожидать, что обнаружатся очередные варианты возбудителя в разных регионах мира, а это может резко осложнить диагностику. Еще загадки: какова связь СПИДа у человека со СПИД - подобными заболеваниями у животных (обезьян, кошек, овец, крупного рогатого скота) и какова возможность встраивания генов возбудителя СПИДа в наследственный аппарат зародышевых клеток? Далее. Правомерно ли само название? СПИД расшифровывается как синдром приобретенного иммунодефицита. Иными словами, главный признак болезни - поражение иммунной системы. Но каждым годом накапливается все больше данных, доказывающих, что возбудитель СПИДа поражает не только иммунную, но и нервную систему. С совершенно непредвиденными трудностями сталкиваются при разработке вакцины против вируса СПИДа. К особенностям СПИДа относится то, что это, по-видимому, первый в истории медицины приобретенный иммунодефицит, связанный с конкретным возбудителем и характеризующийся эпидемическим распространением. Вторая его особенность - почти “прицельное” поражение Т-хелперов. Третья особенность - это первое эпидемическое заболевание человека, вызванное ретровирусами. В-четвертых, СПИД по клиническим и лабораторным особенностям не похож ни на какие другие приобретенные иммунодефициты.

Лечение и профилактика: Эффективные методы лечения инфекции ВИЧ еще не найдены. В настоящее время удается в лучшем случае лишь отсрочить фатальную развязку. Особые усилия необходимо сосредоточить на профилактике инфекции. Современные лекарственные средства и мероприятия, применяемые при инфекции ВИЧ, можно подразделить на этиологические, воздействующие на вирус иммунодефицита, патогенетические, корригирующие иммунные нарушения и симптоматические, направленные на устранение оппортунистических инфекций и неопластических процессов. Из представителей первой группы предпочтение, безусловно, следует отдать азидотимидину: благодаря ему удается ослабить клинические проявления, улучшить общее состояние больных и продлить их жизнь. Однако в последнее время, судя по некоторым публикациям, у ряда больных появляется рефрактерность к этому препарату. Вторая группа включает иммуномодуляторы (левамизол, изоприпозин, тимозин, тимопентин, импрег, индометацин, циклоспорин А, интерферон и его индукторы, тактивин н др.) и иммунозаместители (зрелые тимоциты, костный мозг, фрагменты тимуса). Результат их использования довольно сомнителен, а ряд авторов вообще отрицают целесообразность любой стимуляции иммунной системы у больных инфекцией ВИЧ. Они считают, что иммунотерапия может способствовать нежелательной репродукции ВИЧ. Симптоматическая терапия проводится по нозологическим принципам и нередко приносит заметное облегчение больным. В качестве иллюстрации можно сослаться на результат облучения электронным пучком основного очага саркомы Капоши.

Основу современной борьбы с инфекцией ВИЧ должно составлять предупреждение ее распространения. Здесь особое внимание следует направить на санитарное просвещение с целью изменения поведенческих и гигиенических навыков. В санитарно-просветительной работе следует раскрыть пути передачи заболевания, особо подчеркнув, что основной из них — половой; показать пагубность беспорядочной половой жизни и необходимость использования презервативов, особенно при случайных контактах. Лицам, входящим в группы риска, рекомендуют не участвовать в донорстве, а инфицированным женщинам — воздержаться от беременности; важно предостеречь от пользования общими зубными щетками, бритвами и другими предметами личной гигиены, которые могут быть загрязнены кровью и другими биологическими жидкостями инфицированных.

Вместе с тем заражение невозможно воздушно-капельным путем, при бытовых контактах и через продукты питания. Важная роль в борьбе с распространением инфекции ВИЧ принадлежит активному выявлению инфицированных путем использования тест-систем по определению противовирусных антител. Такому определению подлежат доноры крови, плазмы, спермы, органов и тканей, а также гомосексуалисты, проститутки, наркоманы, половые партнеры больных инфекцией ВИЧ и инфицированных, больные венерическими болезнями, в первую очередь сифилисом. Серологическое обследование на ВИЧ должны проходить российские граждане после длительного пребывания за рубежом и проживающие в России иностранные студенты, особенно прибывшие из эндемичных по инфекции ВИЧ регионов. Неотложной мерой предупреждения инфекции ВИЧ остается замена всех шприцев одноразовыми или по крайней мере строгое соблюдение правил стерилизации и использования обычных шприцев.

СПИД - одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед всем человечеством в конце ХХ века. И дело не только в том, что в мире уже зарегистрированы многие миллионы инфицированных ВИЧ и более 200 тысяч уже погибло, что каждые пять минут на земном шаре происходит заражение одного человека. СПИД - это сложнейшая научная проблема. До сих пор неизвестны даже теоретические подходы к решению такой задачи, как очистка генетического аппарата клеток от чужеродной (в частности, вирусной) информации. Без решения этой проблемы не будет полной победы над СПИДом. А таких научных вопросов это заболевание поставило много...

СПИД - это тяжелейшая экономическая проблема. Содержание и лечение больных и инфицированных, разработка и производство диагностических и лечебных препаратов, проведение фундаментальных научных исследований и т. Д. Уже сейчас стоят миллиарды долларов. Весьма непроста и проблема защиты прав больных СПИДом и инфицированных, их детей, родных и близких. Трудно решать и психосоциальные вопросы, возникшие в связи с этим заболеванием.

СПИД - это не только проблема врачей и работников здравоохранения, но и ученых многих специальностей, государственных деятелей и экономистов, юристов и социологов.

2. Туберкулез

Среди заболеваний, относящихся к социальным болезням, особое место занимает туберкулез. Социальная природа туберкулеза известна давно. Еще в самом начале XX века эту болезнь называли «сестрой бедности», «пролетарской болезнью». В старом Петербурге на Выборгской стороне смертность от туберкулеза была в 5,5 раз выше, чем в центральных районах, и в современных условиях материальное благополучие людей играет важную роль в возникновении туберкулеза. Как показало исследование, проведенное на кафедре общественного здоровья и здравоохранения СПбМУ им. акад. И.П.Павлова, и в конце XX века у 60,7% больных туберкулезом финансово-материальное положение определялось как неудовлетворительное.

В настоящее время уровень заболеваемости туберкулезом в развивающихся странах намного выше, чем в экономически развитых странах. Несмотря на огромные достижения медицины в лечении больных туберкулезом, эта проблема продолжает оставаться во многих странах весьма актуальной. Следует отметить, что наша страна в определенный периоддо-билась существенных успехов в деле снижения заболеваемости туберкулезом. Однако в последнее десятилетие XX века наши позиции в этом вопросе заметно ослабли. С 1991 г. после многолетнего снижения заболеваемость туберкулезом в нашей стране начала расти. Причем, наблюдается стремительный темп ухудшения ситуации. В 1998 г. численность впервые выявленных больных туберкулезом в РФ по сравнению с 1991 г. увеличилась более чем в 2 раза, В Санкт-Петербурге заболеваемость активным туберкулезом (на 100000 населения) выросла с 18,9 в 1990 г. до 42,5 в 1996 г. Для характеристики эффективности борьбы с туберкулезом используют ряд эпидемиологических показателей.

Заболеваемость. Как уже отмечалось выше, число впервые выявленных активным туберкулезом больных в последние годы имеет тенденцию к росту.

Из общего числа больных с впервые установленным диагнозом 213 составили мужчины, причем почти половина из них приходится на лиц 20—40 лет. Более 40% выявленных выделяли ВК, более чем у 1/3 впервые были выявлены уже запущенные формы туберкулезу. Во-первых, все это свидетельствует о неблагоприятной по туберкулезу эпидемиологической обстановке, а во-вторых, о том, что асоциальная часть общества (бомжи, алкоголики, лица, лишенные за преступления свободы) составляет значительную часть контингента вновь заболевших туберкулезом. При учете впервые заболевших в их состав не включаются:

а) больные, прописанные в другом районе;

б) случаи рецидива заболевания.

Болезненность. Показатели болезненности, в связи с успехами лечения заболевших туберкулезом, и в тот период, когда наблюдалось снижение заболеваемости в 5 раз, снижались только в 2 раза. То есть этот показатель при успешной работе по снижению туберкулеза изменяется более медленными темпами, чем заболеваемость.

Смертность. Благодаря успехам в лечении туберкулеза за 20-летний период показатель смертности от туберкулеза снизился в 7 раз. К сожалению, в последние годы позитивные сдвиги по снижению распространенности туберкулеза как социального явления приостановились и даже, наоборот, имеют место негативные тенденции. Показатель смертности от туберкулеза в РФ увеличился более, чем в 2 раза, составив в 1998 году 16,7 на 100 тыс. населения.

Мировой опыт, как и опыт нашей страны, показал, что наиболее эффективным лечебно-профилактическим учреждением по работе с туберкулезными больными является противотуберкулезный диспансер. В зависимости от территории обслуживания диспансер бывает районным, городским, областным. Противотуберкулезный диспансер работает по территориально-участковому принципу. Вся территория обслуживания разделена на участки, а к каждому участку прикреплен врач-фтизиатр. В зависимости от местных условий (число состоящих на учете лиц и очагов туберкулезной инфекции, наличие крупных промышленных предприятий и т.д.) население на одном фтизиатрическом участке может составлять от 20—30 тыс. до 60 тыс. Важно, чтобы граница нескольких терапевтических участков поликлиники и одного фтизиатрического участка совпадали, чтобы участковый врач-фтизиатр работал в тесном контакте с определенными врачами-терапевтами, педиатрами, врачами общей практики.

В структуре противотуберкулезного диспансера основной частью является амбулаторное звено. Кроме обычных кабинетов (кабинетов врачей, процедурного, кабинета функциональной диагностики очень желательно наличие стоматологического кабинета. Естественно, неотъемлемой частью является бактериологическая лаборатория и рентгеновский кабинет. При некоторых диспансерах действуют флюорографические станции. Кроме того, могут быть стационары.

Всю работу по борьбе с туберкулезом в районе деятельности диспансер проводит по комплексному алану. Очень важно участие в реализации такого плана не только медицинских учреждений, но и других ведомств. Реальные успехи по снижению заболеваемости туберкулезом могут быть достигнуты только при реализации межведомственной программы «Туберкулез», которая разработана и в Санкт-Петербурге. Основную часть комплексного плана составляют санитарно-профилактические мероприятия:

— организация своевременного выявления больных и ревакцинация неинфицированных;

— организация своевременного выявления больных и массовые целевые профилактические осмотры;

— оздоровление очагов туберкулезной инфекции, жилищное устройство бациллоносителей;

— трудовое устройство больных;

— санитарно-просветительная работа.

Значительное место в комплексном плане занимают новые методы диагностики и лечения больных, стационарное и санаторное лечение, подготовка врачей по фтизиатрии.

Существует несколько путей выявления больных туберкулезом. Основное место занимает (80% всех выявленных больных) выявление при обращении больных за медицинской помощью. Здесь очень велика роль врачей поликлиники, туда, как правило, обращается прежде всего заболевший. Определенную роль играют целевые профилактические медицинские осмотры. Незначительное место занимает наблюдение контактов и данные патологоанатомических исследований. Последний метод свидетельствует о недостатках в работе лечебно-профилактических учреждений по туберкулезу.

Противотуберкулезный диспансер — это учреждение закрытого типа, т.е. больного туда направляет врач, который выявляет такое заболевание. При выявлении туберкулеза в любом медицинском учреждении в противотуберкулезный диспансер по месту жительства больного направляют «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза».

Врач противотуберкулезного диспансера организует тщательное обследование и при уточнении диагноза ставит больного на диспансерный учет.

В нашей стране проводится профилактика туберкулеза в двух направлениях:

1. Санитарная профилактика.

2. Специфическая профилактика.

К средствам санитарной профилактики относятся меры, направленные на предупреждение заражения туберкулезом здоровых, на улучшение эпидемиологической обстановки (в том числе текущая и заключительная дезинфекция, воспитание гигиенических навыков туберкулезных больных).

Специфическая профилактика — это вакцинация и ревакцинация, химиопрофилактика.

Для успешной работы по снижению заболеваемости туберкулезом необходимы значительные ассигнования государства на предоставление жилья для бациллоносителей, для санаторного лечения больных, для обеспечения бесплатными медикаментами амбулаторных больных и т.д.

Ведущей стратегией ВОЗ по борьбе с туберкулезом является в настоящее время программа DOTS (аббревиатура английских слов «Directly observed treatment, short-course», что можно перевести как «контролируемая химиотерапия укороченной деятельности»). Она включает такие разделы, как выявление заразных больных туберкулезом, обращающихся за медицинской помощью, при посредстве анализа клинических проявлений легочных заболеваний и микроскопического анализа мокроты на наличие кислотоустойчивых микробактерий; назначение выявленным больным двухэтапной химиотерапии.

В качестве главной конкретной задачи борьбы с туберкулезом ВОЗ выдвигает требование добиться выздоровления не менее чем у 85% новых больных с заразными формами туберкулеза легких. Национальные программы, которым удается добиться этого, оказывают следующее воздействие на эпидемию; немедленно снижается болезненность туберкулезом и интенсивность распространения возбудителя инфекции, постепенно снижается заболеваемость туберкулезом, реже развивается лекарственная устойчивость, что облегчает в дальнейшем лечение больных и делает его более доступным.

Уже к началу 1995 г. примерно 80 стран взяли на вооружение стратегию DOTS или приступили к ее адаптации к своим условиям; около 22% населения Земли живут в регионах, где применяется программа DOTS, многим странам удалось добиться высоких показателей излечения туберкулеза.

Принятие закона РФ «О защите населения от туберкулеза» (1998 г.) предлагает развитие новых концептуальных, методических и организационных подходов к формированию системы амбулаторной и стационарной противотуберкулезной помощи. Остановить обострение проблемы туберкулеза в изменившихся социально-экономических условиях в России можно лишь при усилении роли государства в профилактике этой инфекции, создания новой концепции проведения и управления противотуберкулезными мероприятиями.

Профилактические меры проводятся во всех очагах, но в первую очередь, в наиболее опасных. Первоочередным мероприятием является госпитализация больного. После стационарного лечения больных направляют в санаторий (бесплатно).

Лица, находившиеся в контакте с больными, наблюдаются в противотуберкулезном диспансере по 4-ой группе диспансерного учета. Им проводят химиопрофилактику, при необходимости - вакцинацию или ревакцинацию БЦЖ.

Организация противотуберкулезной работы.

Если первым принципом борьбы с туберкулезом в нашей является ее государственный характер, то вторым может быть назван лечебно-профилактический, третий принцип - организация противотуберкулезной работы силами специализированных учреждений, широкое участие в этой работе всех ЛПУ.

Комплексный план борьбы с туберкулезом включает следующие разделы: укрепление материально-технической базы, в т.ч. оснащение ЛПУ, обеспечение необходимыми кадрами и повышение их квалификации, проведение мероприятий, направленных на уменьшение резервуара туберкулезной инфекции и предупреждение ее распространения среди здорового населения, выявление больных и их лечение.

Необходимо помнить, что туберкулез относится к контролируемым, т.е. управляемым, инфекционным заболеваниям и проведение четких и своевременных мероприятий по профилактике туберкулеза позволяет добиться значительного уменьшения распространенности этого опасного заболевания.

3. Сифилис

Социальные и экономические преобразования в России в 90-х годах ХХ века сопровождались рядом негативных последствий. К их числу относится эпидемия сифилиса, охватившая большинство территорий Российской Федерации. В 1997 г. уровень заболеваемости этой инфекцией вырос в целом в 50 раз по сравнению с 1990 г., а заболеваемость детей выросла в 97,3 раза

В эпидемию было вовлечено население всех территорий Северо-Западного региона России. Наиболее высокие показатели заболеваемости сифилисом имели место в Калининградской области. Следует отметить, что эта область оказалась первой территорией, на которой началась эпидемия ВИЧ-инфекции. Заболеваемость сифилисом детей в 1997 г. (год максимального повышения) на территориях Северо-Запада характеризовалась различными показателями.

Они оказались наиболее высокими в Новгородской, Псковской, Ленинградской и Калининградской областях. Такие территории называются территориями риска. В последние годы заболеваемость сифилисом начала постепенно снижаться, однако она все еще держится на высоком уровне. В 2000 г. в целом по Российской Федерации выявлено более 230 тысяч больных всеми формами сифилиса, в том числе более 2 тысяч случаев зарегистрировано среди детей до 14 лет (в 1997—1998 гг. было диагностировано более З тысяч заболеваний ежегодно, из них 700—800 случаев среди детей в возрасте до 1 года). По данным дерматовенерологического диспансера, в Ленинградской области в 1990—1991 гг. выявилось около 90 больных сифилисом. В 2000 г. диагностировано более 2 тысяч новых случаев заболевания. При этом необходимо заметить, что среди заболевших 34% составили сельские жители, т. е. эта проблема не только больших городов. Изучение возрастной структуры заболевших сифилисом в 2000 г. показало, что основную долю (42,8%) составили молодые люди в возрасте 20—29 лет (рис. 4).

Более 20% в структуре заняли мужчины и женщины возрастной группы 30—39 лет. Однако группой наиболее высокого риска заболевания являются лица 18—19 лет. Эта группа, включающая лишь две возрастные категории, заняла в структуре заболевших сифилисом около 10%, в то время как другие группы включают 10 и более возрастных категорий населения. Выявлено также 133 случая сифилиса среди детей и подростков.

К сказанному необходимо добавить, что в последние годы сифилис занял первое место среди причин абортов по медицинским показаниям. Несостоявшаяся жизнь, наряду с низкой рождаемостью в последнее десятилетие в целом, также характеризует заболеваемость сифилисом как серьезную социальную проблему. Высокая заболеваемость сифилисом, подтверждающая произошедшие изменения сексуального поведения населения, дает основание прогнозировать рост заболеваемости и другими инфекциями, передающимися половым путем, в том числе ВИЧ-инфекцией.

Эпидемиологическая ситуация, связанная с эпидемическим ростом заболеваний, передаваемых половым путем, в том числе и сифилиса, стала настолько серьезной, что послужила темой специ­ального обсуждения на Совете безопасности РФ, где было принято соответствующее решение (Ю. К. Скрипкин с соавт., 1967). Так как сифилис в период эпидемической вспышки имеет существенные особенности, способствующие активизации процесса, обращено внимание на повышение эффективности лечения, реабилитации и мер профилактики. Обращает внимание наличие многих факторов, провоцирующих и способствующих росту заболеваемости сифилисом.

1-й фактор – социальные условия: крайне низкий уровень информации о венерических заболеваниях среди населения страны; катастрофическое увеличение случаев употребления наркотиков; прогрессирующее увеличение алкоголизма; активная, безнравственная пропаганда секса всеми видами и средствами массовой информации; экономическое неблагополучие страны; прогрессирующее нарастание числа безработных; отсутствие легализованной проституции.

2-й фактор: общемедицинская ситуация страны; выраженное снижение иммунитета у значительной части населения в связи с обнищанием; увеличение количества манифестных форм сифилиса и злокачественных, атипичных проявлений; затруднена диагностика вторичного свежего и рецидивного сифилиса из-за атипичности и малочисленности высыпаний, редкой обращаемости в медицинские учреждения; увеличение числа больных скрытым и неведомым сифилисом; склонность к самолечению значительного контингента лиц.

Обращает серьезное внимание то обстоятельство, что в стране широко используются антибиотики по поводу интеркуррентных заболеваний, способствующих иммуносупрессии и изменяющих клинику и течение сифилитического процесса. Сифилитическая инфекция за последние десятилетия претерпела существенный патоморфоз. Так, В.П. Адаскевич (1997) подчеркивает более мягкое течение сифилиса без тяжелых последствий, наблюдавшихся несколько десятилетий назад. В последние годы бугорковый и гуммозный сифилис стали редкостью, как и тяжелые поражения ЦНС (острый сифилитический менингит, табетические боли и кризы, табетическая атрофия зрительных нервов, маниакальная и ажитированные формы прогрессивного паралича, артропатия), гуммы костей черепа и внутренних органов. Гораздо реже встречаются тяжелые сифилитические поражения печени, аневризма аорты, недостаточность клапанов аорты и др. Однако участились заболевания сочетанного характера – туберкулеза и сифилиса, сифилиса и ВИЧ-инфекции.

С целью более детальной информации об особенностях современной клиники сифилиса В.П. Адаскевич (1997) суммировал клиническое своеобразие симптомов первичного и вторичного перио­дов сифилиса, характерных для настоящего времени.

Клиническими особенностями первичного периода являются: формирование множественных шанкров у 50-60% больных, увеличение количества случаев язвенных шанкров; регистрируются герпетические гиганские шанкры; атипичные формы шанкров участились; чаще наблюдаются осложненные формы шанкров пиодермией, вирусной инфекций с формированием фимоза, парафимоза, баланопоститов.

Увеличилось количество больных с экстрагенитальными шанкрами: у женщин – в основном на слизистых оболочках полости рта, глотки, у мужчин – в области анального отверстия; обращает вни­мание отсутствие регионального склераденита у 7-12% больных.

Клинические особенности вторичного периода: чаще регистрируются розеолезные и розеолезно-папулезные элементы; констатируются высыпания розеолезной сыпи на лице, ладонях, подошвах. Возможны у значительного числа больных атипичные розеолезные элементы: элевируюшие, уртикарные, зернистые, сливные, шелушащиеся. Участилось у больных вторичным свежим сифилисом сочетание ладонно-подошвенных сифилидов с лейкодермом и алопецией.

При вторичном рецидивном сифилисе у больных преобладет папулезная сыпь, реже – розеолезная. Часто встречаются малосимп-томные изолированные поражения ладоней и подошв; у значительного количества больных часто регистрируются эрозивные папулы и широкие кондиломы аногенитальной области. Пустулезные вторичные сифилиды констатируются реже, а если и встречаются, то поверхностные импетигинозные.

Обращает внимание преобладание случаев вторичного рецидивного сифилиса среди лечившегося контингента больных, что является следствием поздней обращаемости и запоздалой выявляемости свежих форм.

В.П. Адаскевич (1997) и ряд авторов отмечают определенные трудности обнаружения бледных трепоном в отделяемом сифилидов. Частота обнаружения бледных трепоном в отделяемом шанкров при первичном сифилисе не превышает 85,6-94% и 57-66% в отделяемом папулезных элементов при повторных исследованиях.

Проявления третичного периода сифилиса в настоящее время регистрируются редко и характеризуются скудностью клинической симптоматики, склонностью к проявлениям системного характера со стороны внутренних органов, с мягким течением. Почти не наблюдается случаев третичного сифилиса с обильными бугорковыми высыпаниями, гуммами, значительными деформациями костей.

За последние десятилетия отмечается выраженный рост скрытых форм сифилиса, на долю которых, по некоторым данным, приходится от 16 до 28% всех выявленных за год случаев заболевания, что может осложниться значительным эпидемиологическим неблагополучием.

Для успешного снижения заболеваемости сифилисом установлена необходимость комплекса мероприятий. Своевременная диагностика с выявлением источников и контактов сочетается с активным назначением современного лечения в соответствии с особенностями организма больного и своеобразием симптоматики процесса. Проводимая многими научно-исследовательскими институтами, кафедрами кожных и венерических болезней медицинских институтов работа, направленная на совершенствование методов лечения сифилиса неоднократно обсуждалась на съездах и международных симпозиумах дерматовенерологов. При этом вырабатывались рекомендации и инструкции по применению теоретически обоснованных и практически проверенных многолетними клиническими наблюдениями методов и схем, обеспечивающих полноценный терапевтический эффект.

Принципы и методы лечения. Препараты для лечения больных сифилисом называются противосифилитическими средствами. Их назначают после установления диагноза с обязательным подтверждением его лабораторными данными. Рекомендуется начинать лечение возможно в более ранние сроки (при ранних активных фирмах сифилиса – в первые 24 ч), поскольку чем раньше начато лечение, тем благоприятнее прогноз и эффективнее его результаты.

Снижение заболеваемости сифилисом и его профилактика — это задача не только медицинская, но государства и общества в целом.

4. Вирусные гепатиты

Вирусные гепатиты - это группа различных по этиологической, эпидемиологической и клинической сущности нозологических форм заболеваний, протекающих с преимущественным поражением печени. По своим медицинским и социально-экономическим характеристикам они входят в десятку наиболее распространенных инфекционных болезней населения современной России.

Официальной регистрации по форме № 2 Федерального государственного статистического наблюдения в соответствии с МКБ-Х в настоящее время подлежат:

- Острые вирусные гепатиты, в том числе острый гепатит А, острый гепатит В и острый гепатит С;

- Хронические вирусные гепатиты (впервые установленные), в том числе хронический гепатит В и хронический гепатит С;

- Носительство возбудителя вирусного гепатита В;

- Носительство возбудителя вирусного гепатита С

Последнее пятилетие отмечено существенным увеличением распространенности всех нозологических форм вирусных гепатитов, что связано как с очередным циклическим подъемом, так и с широким спектром социальных условий жизни населения, способствующих реализации путей передачи инфекции. В 2000 г. по сравнению с 1998 г. заболеваемость гепатитом А возросла на 40,7%, гепатитом В - на 15,6% и гепатитом С на 45,1%. Увеличились показатели и скрыто протекающего парентерального гепатита В - на 4,1% и гепатита С - на 20,6%. Начатая лишь в 1999 г. официальная регистрация впервые установленных случаев хронического вирусного гепатита (В и С) выявила, что показатель за год вырос на 38,9%. В итоге за 2000 г. лечебно-профилактическими учреждениями страны было выявлено и учтено 183 тыс. случаев острых вирусных гепатитов (в том числе: А - 84, В - 62, С - 31, прочие - 6 тыс. случаев); 296 тыс. случаев носительства возбудителя вирусного гепатита В и С (140 и 156 тыс. случаев соответственно); 56 тыс. случаев впервые установленного хронического вирусного гепатита В и С (21 и 32 тыс. случаев соответственно).

Таким образом, число всех случаев вирусного гепатита в 2000 г. превысило 500 тыс., в том числе количество острых случаев гепатита (А, В, С), протекающего в манифестной и скрытой форме - 479 тыс. (из них В и С - 390 тыс. случаев). Соотношение зарегистрированных манифестных форм к неманифестным составило при гепатите В 1:2,2 и при гепатите С - 1:5,0.

Суммарная распространенность всех форм гепатита В и гепатита С на 100 тыс. населения практически одинакова - 152,4 и 150,8. При исключении из показателей количества впервые выявленных случаев хроническими вирусными гепатитами величины сократятся до 138,2 и 129,6 соответственно. Что касается распространенности гепатита А, то она более чем в 3 раза меньше, чем каждый из рассматриваемых парентеральных гепатитов.

Отчетливо видны различия в частоте и удельном весе заболеваемости детей при различных формах вирусного гепатита, которые сводятся к значительному распространению у детей гепатита А. Среди парентеральных гепатитов дети в 2 раза чаще болеют гепатитом В, чем гепатитом С (причем как острой, так и хронической формой).

Оценивая значимость гепатитов для здоровья населения, приведем так-же статистику смертности: в 2000 г. от вирусных гепатитов в России умерло 377 человек, в том числе от гепатита А - 4, острого гепатита В - 170, острого гепатита С - 15 и хронических вирусных гепатитов 188 человек (летальность составила 0,005%, 0,27%, 0,04% и 0,33%, соответственно).

Анализ официальной статистической информации обозначил социальные, медицинские и демографические контуры проблемы вирусных гепатитов. В то же время немаловажное значение имеет характеристика экономических параметров этих инфекций, позволяющая с помощью цифр судить об ущербе, наносимом экономике, и в конечном счете сделать единственно правильный выбор относительно стратегии и тактики борьбы с ними.

Сравнение экономических потерь, связанных с одним случаем гепатита различной этиологии свидетельствует о том, что наибольший ущерб наносится гепатитами В и С, что связано как с длительностью течения (лечения) этих заболеваний, так и с возможностью хронизации процесса.

Приведенные значения ущерба (на 1 случай), рассчитанные для РФ, могут быть использованы для определения суммарных экономических потерь как для страны в целом, так и для ее отдельных регионов. В последнем случае размер ошибки полученных величин значимости будет в основном зависеть от того, насколько различаются базовые параметры ущерба на 1 случай заболевания (соотношение заболевших детей и взрослых, длительность стационарного лечения, стоимость койкодня, размер заработной платы работающих и др.) в регионе и в среднем по стране.

Наибольшие экономические потери от заболеваемости в 2000 г. связаны с гепатитом В - 2,3 млрд руб. Несколько меньше ущерб от гепатита С - 1,6 млрд руб. и еще меньше от гепатита А - 1,2 млрд руб.

В 2000 г. экономический ущерб от всех вирусных гепатитов в стране превысил 5 млрд рублей, что в структуре суммарного ущерба от наиболее распространенных инфекционных болезней (25 нозологических форм без гриппа и ОРВИ) составило 63% (рис. 2). Эти данные позволяют характеризовать вирусные гепатиты не только в целом, но и провести сравнение экономической значимости отдельных нозологических форм.

Таким образом, результаты анализа заболеваемости и экономических параметров вирусных гепатитов позволяют рассматривать эти болезни как одну из наиболее приоритетных проблем инфекционной патологии современной России.

5. Сибирская язва

Сибирская язва - острое инфекционное антропозоонозное заболевание, вызываемое Bacillus anthracis и протекающее преимущественно в виде кожной формы, реже наблюдаются ингаляционная и гастроинтестинальная формы.

Ежегодно в мире регистрируется от 2000 до 20000 случаев сибирской язвы. Особую актуальность эта инфекция приобрела после применения спор Bacillus anthracis в качестве бактериологического оружия в США осенью 2001 г.

Bacillus anthracis принадлежит к семейству Bacilaceae и представляет собой грамположительную палочку, неподвижную, образующую споры и капсулу, хорошо растущую на простых питательных средах; вегетативные формы быстро погибают в анаэробных условиях, при нагревании, действии дезинфицирующих веществ. Споры обладают высокой устойчивостью к действию факторов внешней среды. Основной резервуар для возбудителя - почва. Источник инфекции - крупный рогатый скот, овцы, козы, свиньи, верблюды. Входными воротами являются повреждения кожи, дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, чем и определяется развитие одной из трёх выше указанных форм, каждая из которых может перейти в септическую.

Основным моментом патогенеза является размножение возбудителя, сопровождающееся продукцией токсинов [6]. B.anthracis продуцирует, как минимум, 3 фактора патогенности, которые определяют его высокую вирулентность: отёчный фактор (EF), летальный фактор (LF) и протективный антиген (PA), образующий полипептидную капсулу. Инкубационный период при сибирской язве зависит от пути передачи инфекции, инфицирующей дозы возбудителя и колеблется от 1 до 6-7 дней (чаще 2-3 дня). Однако иногда при ингаляционном пути поступления возбудителя в организм инкубационный период может удлиняться до 8 недель.

Различают кожную, ингаляционную (лёгочную) и гастроинтестинальную (кишечную) формы сибирской язвы. Около 95% всех спорадических случаев заболеваний сибирской язвой приходится на кожную форму и лишь 5% - на ингаляционную. Гастроинтестинальная (кишечная) форма сибирской язвы встречается в развивающихся странах. В настоящее время она регистрируется крайне редко: около 1% случаев.

Различают следующие клинические разновидности кожной формы: сибиреязвенный карбункул, эдематозная, буллезная и эризипелоидная. Чаще других встречается сибиреязвенный карбункул. Около 80% случаев кожной формы сибирской язвы протекает в виде самоограничивающейся локализованной инфекции, которая через несколько недель даже при отсутствии лечения заканчивается выздоровлением. Типичный симптом - снижение или полное отсутствие чувствительности в области язвы. Чаще всего язва имеет округлую форму размером от 1 до 3 см в диаметре и характерный чёрный цвет. Остальные кожные формы встречаются редко.

Ингаляционная форма: в продромальный период, продолжающийся 1-3 дня, наблюдается клиническая картина умеренно выраженного гриппоподобного синдрома. Во вторую клиническую фазу болезни выявляются признаки пневмонии и экссудативного плеврита. При дальнейшем прогрессировании болезни формируется картина острого респираторного дистресс-синдрома (РДС) и септического шока, приводящих в течение короткого периода (от нескольких часов до 2 сут.) к летальному исходу.

Гастроинтестинальная форма сибирской язвы характеризуется признаками острого воспаления верхних и/или нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Выделяют два типичных варианта гастроинтестинальной формы - кишечный и орофарингеальный. Клиническая картина кишечного варианта гастроинтестинальной формы сибирской язвы представлена неспецифическими симптомами воспаления тонкой кишки и в большей степени толстой - тошнотой, рвотой, анорексией и лихорадкой. Постепенно к ним присоединяются боли в животе различной локализации, рвота с примесью крови, кровянистая диарея. При орофарингеальном варианте гастроинтестинальной формы сибирской язвы отёк и некроз тканей развиваются в области шеи.

Природные штаммы B.anthracis, в том числе и штаммы, выделенные в США осенью 2001 г., чувствительны ко многим антибиотикам, включая пенициллин, амоксициллин, доксициклин, тетрациклин, кларитромицин, клиндамицин, рифампицин, ванкомицин, хлорамфеникол и ципрофлоксацин. Мерами, направленными на профилактику, является вакцинация и экстренная химиопрофилактика. В настоящее время для вакцинации людей против сибирской язвы используются живая аттенуированная и инактивированная адсорбированная сибиреязвенные вакцины. В последние годы начались исследования по созданию новых генно-инженерных вакцин на основе рекомбинантного летального токсина B.anthracis. Превентивная антибактериальная терапия (экстренная химиопрофилактика) имеет целью предотвращение развития ингаляционной формы сибирской язвы, являющейся наиболее частой формой болезни в условиях использования B.anthracis в качестве биологического оружия. Согласно рекомендациям CDC, для превентивной терапии используют те же препараты, что и при лечении ингаляционной формы сибирской язвы в условиях массового поступления поражённых. Одновременное использование антибиотиков и вакцины для экстренной профилактики сибирской язвы считается наиболее предпочтительным и доказало свою эффективность в экспериментах на животных.

Применение спор сибирской язвы в качестве биологического оружия обусловлено лёгкостью получения, возможностью скрытного применения, высокой эффективностью. Наиболее вероятный способ применения - распыление аэрозоля, содержащего споры, что приведёт к преобладанию лёгочной формы заболевания, сопровождающейся высокой летальностью. Экспертами ВОЗ вычислено, что через 3 дня после применения 50 кг спор возбудителя сибирской язвы на протяжении двухкилометровой зоны по направлению ветра в сторону города с населением 500 000 человек будут наблюдаться поражение 125 000 (25%) жителей и 95 000 летальных исходов. В связи с участившимися случаями террористических актов, наличием возбудителя сибирской язвы на вооружении как минимум 5 стран, возможностью селекции штаммов, устойчивых к антибактериальным препаратам, особую актуальность приобретают вопросы профилактики и лечения сибирской язвы.

6. Малярия

Ситуация по малярии в мире не улучшается, а в ряде регионов ухудшилась. Малярия продолжает оставаться одной из серьезнейших проблем здравоохранения для многих регионов мира. Более 2 млрд человек живут в 100 странах тропического и субтропического климата, где риск заражения высок. Ежегодно в мире заболевают малярией около 110 млн человек, и от 1 до 2 млн человек, преимущественно дети до 5 лет, ежегодно умирают от малярии в этих странах. В тех государствах, на территории которых она была ранее ликвидирована, возрастает число "завозных" случаев малярии и вторичных случаев от завозных, продолжают отмечаться летальные исходы тропической малярии.

В первой половине ХХ века малярия была самой серьезной тропической болезнью. В 50-х годах ВОЗ приступила к выполнению Глобальной программы ликвидации малярии. В результате обширных противомалярийных мероприятий в ряде районов заболевание удалось ликвидировать, в других оно было взято под контроль. Однако и в настоящее время малярия - наиболее широко распространенная в мире тропическая болезнь - является одной из серьезнейших проблем здравоохранения почти для 100 стран Азии, Африки, Южной Америки.

Более 2 млрд человек, или около половины населения Земли, живут в условиях риска заражения малярией. Ежегодно в мире заболевает 110 млн. человек, из которых 90 млн. - в Африке, в районах, расположенных к югу от Сахары, где преобладает тропическая малярия - наиболее тяжелая форма инфекции. По данным ВОЗ, каждый год от малярии умирает от 1 до 2 млн. человек, причем в основном это дети в возрасте до 5 лет. В целом ситуация по малярии в мире не улучшается, а в ряде мест за последние 10 лет ухудшилась. Во многих районах мира, где происходят войны, в зонах социальных конфликтов или массового скопления беженцев, на территориях интенсивного хозяйственного освоения в связи с орошением ситуация драматически ухудшилась. Болезнь, в массе побежденная в 50-е годы, вернулась, и миллионы людей страдают и умирают [1 - 3].

Во многих эндемичных регионах мира у малярийных паразитов, преимущественно у Plasmodium falciparum, регистрируется резистентность к противомалярийным препаратам, которая нередко носит характер множественной устойчивости. Около 70 видов комаров, переносчиков малярии, выработали устойчивость к инсектицидам. Не увенчавшаяся успехом попытка во многих странах в 50 - 60-е годы истребить комаров широким применением ДДТ нанесла серьезный ущерб экологии. Сейчас ведутся активные работы по созданию противомалярийной вакцины, однако для этого потребуется как минимум еще 5 - 10 лет

Страны, эндемичные по малярии:

-Азия и Океания

Азербайджан, Афганистан, Бангладеш, Бутан, Вануату, Вьетнам, Индия, Индонезия, Иран, Ирак, Йемен, Камбоджа, КНР, Лаос, Малайзия, Мьянма, Непал, ОАЭ, Оман, Пакистан, Папуа-Новая Гвинея, Саудовская Аравия, Соломоновы Острова, Сирия, Таджикистан, Таиланд, Филиппины, Шри Ланка

-Африка

Алжир, Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Джибути, Египет, Заир, Замбия, Зимбабве, Камерун, Капо-Верде, Кения, Конго, Кот-д'Ивуар, Коморские острова, Либерия, Маврикий, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Марокко, Мозамбик, Намибия, Нигер, Нигерия, Сан-Томе и Принсипи, Свазиленд, Сенегал, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Танзания, Того, Уганда, ЦАР, Чад, Экваториальная Гвинея, Эфиопия + Эритрея, ЮАР

-Центральная и Южная Америка

Аргентина, Белиз, Боливия, Бразилия, Венесуэла, Гаити, Гайана, Гватемала, Гвиана Французская, Гондурас, Доминиканская Республика, Колумбия, Коста-Рика, Мексика, Никарагуа, Панама, Парагвай, Перу, Сальвадор, Суринам, Эквадор.

Ориентировочно около 9000 завозных случаев малярии в год регистрируется в странах Европы и Северной Америки среди людей, вернувшихся из регионов, где она распространена. Выезжающие в эндемичные по малярии страны часто не осведомлены о причинах заболевания малярией и путях ее профилактики. В одном из исследований установлено, что только 30% путешественников из Европы знали, что малярия передается через укусы комаров, активно нападающих в сумерках и на рассвете.

Помимо естественного заражения через укусы комаров человек может заразиться малярией при гемотрансфузии от зараженного донора. Ежегодно регистрируются случаи "прививной" малярии, заражение которой происходит при переливании крови или использовании нестерильных шприцев. Этому способствует рост наркомании. Передача малярии может произойти от больной матери плоду, чаще во время родов, реже - при прохождении паразитов через плаценту. При малярии, возникающей от введения возбудителя с зараженной кровью, не образуется тканевых стадий паразита.

Опасность состоит также в том, что в тех странах, где малярия отсутствует, врачи могут не распознать ее симптомы, не провести обследование и не назначить специфическую химиотерапию, и это в ряде случаев при соответствующей эпидемиологической ситуации может способствовать распространению малярии, а при тропической малярии создает угрозу жизни больного.

В бывшем Советском Союзе малярию удалось практически ликвидировать, сохранились лишь отдельные очаги в южных республиках. Однако сейчас она вновь активизировалась в Таджикистане и Азербайджане. В районах передвижения беженцев через границы малярия распространяется особенно быстро. В частности, чрезвычайно трудно проводить мероприятия по борьбе с малярией при передвижении беженцев из Афганистана и Таджикистана. Ежегодно в России регистрируются сотни случаев "завозной" малярии, в том числе и в Москве, при этом в некоторых случаях тропической малярии вследствие поздней диагностики и/или неправильного диагноза отмечались летальные исходы

7. Гельминтозы

Гельминтоз - паразитарные заболевания, которые известны человеку с незапамятных времен. Впервые понятие "гельминтоз" было введено Гиппократом (Helmintos – лат. "глист"). Гельминтозы по сегодняшний день считаются самой распространенной патологией человека, которая оказывает значительное влияние на социально-экономическое состояние и уровень жизни общества. Особенно актуальна эта проблема в детском возрасте, так как среди инвазированных большая часть (80%) приходится на пациентов этого возраста. Данные ВОЗ угрожающие. Число больных гельминтозом превышает число больных ОРЗ и гриппом. По тем же данным, к 2006 году в мире зарегистрировано 4,5 миллиардов человек с паразитарными заболеваниями, в том числе-каждый третий житель Европы инвазирован тем или иным паразитом.

В детском возрасте гельминтоз вызывает задержку роста, малокровие, отставания в умственном и физическом развитии, истощение. Кроме того, действие практически всех гельминтозов на человеческий организм проявляется аллергизацией и подавлением иммунного ответа. При лямблиозе и кишечных гельминтозах аллергизация способствует провоцированию хронических аллергодерматозов (нейродермит, экзему, ринит, блефарит и т.д.), а также атопическую бронхиальную астму. Гельминты и их токсины являются аллергенами, вызывают воспалительные изменения, оказывают иммунносупресивное действие и стимулируют продукцию Ig E- антител. Все это вызывает такие аллергические заболевания, как крапивница, атопический дерматит, бронхиальная астма и т. п. Доказана связь между кишечными гельминтозами и алопецией, очаговой депигментацией кожи. Аллергические реакции организма особенно выражены в острой фазе заболевания, усиливаются при супер- и реинвазиях. Аллергический ответ проявляется в виде кожных высыпаний разнообразной локализации и интенсивности, а также лимфаденопатии, гипереозинофилии, миалгии, артралгии, пульмонарного и абдоминального синдромов, гепатоспленомегалии. Прогностически серьезными заболеваниями являются аллергический миокардит, эозинофильная пневмония, менингоэнцефалит, энцефаломиклит, гепатит, нарушения в системе гемостаза. Наличие паразитарного заболевания у детей приводит к подавлению неспецифической резистентности организма, что ведет к продолжительности течения острых респираторных и инфекционных заболеваний. Нужно отметить, что у инвазированных детей снижается выработка защитных антител при вакцинации дифтерии, ухудшается формирование иммунитета при ревакцинации кори и столбняка. Также у детей с гельминтозом чаще регистрируется ложный вираж туберкулиновых проб. Иммунная система всегда реагирует на действие паразитарного антигена, и длительное хроническое течение инвазии вызывает ее истощение. В результате этого снижается число Т–лимфоцитов, что у больного приводит к развитию таких осложнений, как бактериально-вирусные и аллергические патологии. В докладе ВОЗ среди причин, способных вызвать вторичное иммунодефицитное состояние (ВИД), на первое место были вынесены протозойные и глистные болезни. Хроническое течение гельминтоза всегда сопровождается обменными нарушениями в виде снижения содержания белка в печени, обмена жиров и углеводов, гипоксии в органах, уменьшения концентрации витаминов, микроэлементов, фолиевой кислоты, что может вызвать необратимые изменения в организме подростка.

Кроме серьезных нарушении со стороны иммунной системы, гельминтоз особенно опасен для организма своими токсическими и механическими эффектами воздействия. Токсический эффект проявляется в снижении аппетита, ослаблении процессов всасывания питательных веществ в кишечнике, задержке роста и отставании в умственном и физическом развитии. Эти явления обусловлены уменьшением выработки инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) и увеличением продукции фактора некроза опухоли – а (TNT-а), а также уменьшением синтеза коллагена. Кроме того, опасны гельминты и своей способностью индуцировать опасные для жизни осложнения, такие как - закупорка протоков панкреатобилиарной системы, абсцессы печени и поджелудочной железы, перфорация кишечника с развитием перитонита, обтурационная кишечная непроходимость и др.

Так что, крайне важным является своевременное установление диагноза и адекватное лечение особенно в детском возрасте.

Основные показания к обследованию на гельминтозы:

- боли в животе;

- частая тошнота, рвота, изменение аппетита;

- болезни желудочно-кишечного тракта;

- утомляемость, раздражительность, нарушения в процессе сна, скрип во сне зубами (бруксизм);

- аллергические состояния;

- перианальный зуд;

- вульвовагинит;

- инфекции мочевыводящих путей;

- повышенный уровень эозинофилов в крови;

- отставание в росте, весе;

- низкая культура личной гигиены пациента.

Здесь же надо отметить, что такие клинико-лабораторные данные не являются характерным только для гельминтозов.

Наиболее частыми паразитарными болезнями в детском возрасте опять остаются кишечные гельминтозы: аскаридоз, энтеробиоз, трихоцефалез, токсокароз. Антигельминтные средства, которые существуют до сих пор, чаще малоэффективны в решении этой сложной проблемы.

Когда речь идет о глистных инвазиях, надо обратить внимание не только на особенности лечения, но и на обязательное проведение профилактических мероприятий. Нужно обратить внимание пациента и родителя на рекомендации по соблюдению личной гигиены. Тщательно мыть зелень, овощи и фрукты. Принимать термически тщательно обработанные рыбу и мясо. Не пить сырую воду из открытых водоемов, а при подозрении на загрязнение - прокипятить воду. Обязательным является дегельминтизация домашних животных (собака, кошка). В случае заражения одного человека рекомендовано проведение лечения всех членов семьи на основе консультации врача.

В связи с нарастающими процессами миграции населения в России значительно увеличивается разнообразие гельминтов, паразитирующих у людей. Сейчас в России распространены 70 видов паразитов из более чем 300 существующих на земле. Возрастает опасность завоза глистных инвазий, не свойственных для России. У многих людей, ведущих здоровый образ жизни, наблюдаются нарушения состояния здоровья из-за наличия паразитов. Оздоровление организма за счет правильного питания, физических упражнений, закаливающих процедур без избавления организма от паразитов не дает выраженного положительного эффекта. По данным паразитологического мониторинга, в течение жизни практически каждый россиянин переносит паразитарное заболевание, причем чаще всего страдают дети и подростки до 14 лет. Часто мы даже не предполагаем, насколько наше здоровье, самочувствие, поступки, вкусы, пристрастия зависят от невидимых обитателей нашего организма, какие невообразимые баталии разыгрываются внутри нас с различными для организма последствиями. Поэтому проблема профилактики паразитарных заболеваний является одной из самых актуальных для каждого человека, независимо от его возраста и социального статуса.

Подрастая, малыш начинает активно познавать окружающий мир не только органами восприятия – зрением, слухом, обонянием, вкусовой чувствительностью, но и за счет расширения своей двигательной активности. Чем старше ребенок, чем в большем количестве мест он бывает, тем, как это ни печально, выше вероятность заражения гельминтами (в просторечье глистами). В возрасте 1,5-3 лет масштабы инфицированности детей гельминтами могут достигать 80%.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), гельминты локализуются не только в желудочно-кишечном тракте, но и в жизненно важных органах: головном мозге, сердце, легких, печени, почках. Гельминты в процессе своей жизнедеятельности выделяют особые вещества – токсоиды, являющиеся сильными ядами и аллергенами. Именно паразитозы (простейшие, грибки и гельминты) являются пусковым механизмом для многих хронических заболеваний: холецистит, желчекаменная болезнь, панкреатит, колит, сахарный диабет, бронхиальная астма, атопический дерматит. Хроническая усталость, раздражительность и тревожность, гиперактивность у детей, анемия, ломкие ногти и волосы, проблемная кожа, головные боли, расстройства аппетита, снижение иммунитета – это могут быть сигналы текущего паразитоза.

Заключение

Согласно данным Министерства Здравоохранения, эпидемиологическая ситуация в России приобретает все более напряженный характер. Экономическая и социальная нестабильность в обществе влечет за собой неумолимый рост числа заболеваний, получивших название социально значимых.

Эпидемиологические наблюдения заставили Министерство Здравоохранения и Правительство Российской Федерации задуматься о составлении перечня социально-значимых заболеваний. В рамках федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)", финансируемой из федерального бюджета, проводится усиленная работа по стабилизации эпидемиологической ситуации в стране. В программу входит улучшение мер по оказанию медицинской помощи, осуществление профилактических мероприятий среди населения, развитие системы динамического контроля за социально значимыми заболеваниями, поддержка региональных медицинских и социальных служб, работающих в русле этой проблемы. Однако одним из важнейших мероприятий федеральной программы по борьбе с социально значимыми заболеваниями является повышения уровня знаний о существующей эпидемиологической ситуации.

Общество, располагающее значительным объемом информации о данных заболеваниях, о мерах профилактики и эффективных способах лечения, может оказать большую помощь в борьбе с социально значимыми заболеваниями.

Список использованной литературы

1. Хоменко А.Г. Основы диагностики туберкулеза // Российский мед. журнал. – 2005. – № 1. – С. 21–5.

2. Санитарные правила и нормы (Сан Пин 3.2.569-96). Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации. МЗ РФ, 2007;15-28.

3.. Руководство по эпидемиологическому надзору за малярией в СССР (Ред. В.П. Сергиев). М., 2000; часть1, 264 с; часть 2, 135c.

4. Глобальная эпидемиология. Б.Л. Черкасский, 2008, с.31-50

5. Медленные инфекции. Е.С. Белозеров, Ю.И. Буланьков, Е.А.Иоаниди, 2009, с. 21-30.

6. Инфекционные болезни. Шувалова Е.П., 2005, с.253-258.

7. Инфекции, передаваемые половым путем. Скрипкин Ю.К., Селисский Г.Д, Шарапова Г.Я. 2001, c. 57-65.