

Для звероводства наибольший интерес представляло изучение влияния на пищеварение лис рациона с повышенным уровнем углеводов поскольку на ферме звери получают корм, относительно более насыщенный углеводами, чем потребляли их дикие предки, и неоднократно предпринимались попытки еще большего увеличения доли углеводов (Перельдик, Милованов, Ерин, 1981). Поэтому мы вначале попытались выяснить адаптируемость ферментного спектра поджелудочной железы лис к высокоуглеводному рациону.

Известно, что у крыс при смене диеты уже через неделю наблюдается отчетливая адаптивная диссоциация панкреатических ферментов (Уголев, Груздков, Егорова, 1981; Cotting, 1980). Однако у серебристо-черных лисиц подобные изменения не отмечены.

Можно было ожидать, что при более длительном потреблении высокоуглеводных кормов у лис все же проявятся закономерности, свойственные другим животным. Однако и при содержании лис на соответствующем рационе в течение двух месяцев не отмечено адаптивного изменения статуса пищеварительных ферментов.

Поскольку углеводный компонент в рационе диких лис занимает весьма ограниченное место, то нельзя было исключить адекватной реакции поджелудочной железы на рацион с преобладанием жира или белка. Для проверки этого предположения было прослежено влияние соответствующих рационов.

При содержании серебристо-черных лисиц на высокожировой диете в соке поджелудочной железы обнаружена тенденция к увеличению активности липазы (на 10,7% от контроля). Но одновременно происходило увеличение липазной активности и на высокоуглеводной диете (3,5% от контроля). Кроме того, при повышении уровня жира в рационе до 60% наблюдалась тенденция к увеличению активности и других панкреатических ферментов амилазы на 5,8%, протеазы - на 4,5% от контроля. Поэтому и повышение активности липазы на высокожировой диете можно рассматривать лишь как тенденцию к проявлению адаптивной реакции. Количество панкреатического сока при высокожировом рационе также увеличилось по сравнению с контролем на 33,3%.

Каких-либо заметных сдвигов в активности панкреатических ферментов под влиянием белкового рациона у серебристо-черных лисиц не наблюдалось. Но количественный показатель панкреатического сока увеличился на 9,5% по сравнению с контролем.

Изменение объема панкреатического сока в результате содержания серебристо-черных лисиц на различных рационах не является достоверным показателем адаптации поджелудочной железы.

Объективным показателем пищеварительной функции поджелудочной железы является уровень ферментов за определенный отрезок времени, а не количество сока.

Таким образом, у серебристо-черных лисиц не удалось обнаружить адаптивной диссоциации панкреатических ферментов. Только в отношении липазы выявлена тенденция к повышению активности фермента у животных на высокожировой диете. Все эти данные только подтверждают наши предположения об отсутствии у хищников типичной для других животных.

Ч. Тумэннасан, Г. Зулхуу, Я. Дагвадорж
Гоби-Алтай аймак, Монголия

Клинические особенности больных легочной формой чумы

Среди человеческих заболеваний чумой, легочная форма представляет собой опасную болезнь, которая инфицируется дыхательным путем и при разовой вспышке охватывает большое количество людей. В связи с этим, ранняя диагностика чумы легочной формы, изолированное лечение, а также немедленное уничтожение очагов заражения является одним из важных неотложных вопросов.

Заражение легочной формой чумы не редко случается в Монголии. В период 1965-2000 гг. было зарегистрировано 9 вспышек с участием 2 и более человек, вследствие которых 55 человек заболели легочной формой чумы. Поэтому необходима профилактика чумы, тщательное изучение причин заболевания, ранняя диагностика и полное лечение, а также недопущение новых вспышек болезни.

Цель исследования

В нашей стране за последние годы не проводились основательные исследования по клинике легочной формы человеческого заболевания чумы. В связи с этим, учитывая практическую ценность исследования причин и клинических особенностей легочной формы чумы, был подготовлен данный доклад.

Материалы и методы

В исследовании были анализированы материалы за период с 1964 по 2000 годов, 84 заболевших легочной формой чумы. Использовали отчеты, истории болезни, протоколы вскрытия, эпидемиологический лист и другие документы, и их обрабатывали по методу повторного анализа статистическими методами.

Результаты исследования, обсуждение

Состав больных по возрастной группе составлял: 1-7 лет - 9 (10,7 %), 8-18 лет - 23 (27,4 %), 19-40 лет - 28 (33,3 %), 41-55 лет - 15 (17,9 %), старше 56 лет - 9 (10,7 %), из больных мужчины составляли 54 (64,3 %), женский пол 30 (35,7 %).

Больные с легочной формой чумы были инфицированы не только непосредственно от больного человека или от больного тарбагана дыхательным путем, но и также заражались от мертвого зараженного или умерщвленного собакой тарбагана при разделке ее туши или при укусе тарбаганьей блохи и заболели бубонной формой чумы, при этом заболевание в дальнейшем осложнялось и переходило на легочную форму. (Туманнасан и другие, 1999 г.)

Из исследуемых нами больных заражение получили через рану 23 (27,3 %), слизистую оболочку 4 (4,8 %), укус тарбаганьей блохи 8 (9,5 %), дыхательным путем 49 (58,3 %).

При рассмотрении начальной формы заболевания у больных: у 35 (41,7 %) больных начальная стадия протекала по форме бубонной чумы, но в дальнейшем осложнялись вторичной легочной формой чумы, у 49 (58,3 %) больных болезнь протекала по первичной форме чумы.

У больных чумой по истечению инкубационного периода наблюдались общие симптомы болезни такие как высокая температура, головная боль, тошнота, сердцебиение, боли в области спины и суставов. (Николаева, 1972 г.).

Первичные и общие симптомы как: у 84 (100,0 %) - высокая температура, 84 (100,0 %) - головная боль, 62 - (73,8 %) тошнота, 64 - (72,6 %) сердцебиение, 68 (80,9 %) боли в области спины и суставов, 49 (58,3) кашель.

При объективном осмотре больных легочной формой чумы наблюдаются такие симптомы как покраснение лица, белые налеты на языке, покраснение глаз, учащение пульса, одышки, мокрота с примесью крови, хрип в легких, боль в груди, понижение артериального давления. (Руднев, 1962 г.) У больных с легочной формой чумы при кашле выделяется мокрота с примесью крови и пеной, а после наблюдается кашель с кровью и в конце только кровью. Кашель с только кровью является определенным признаком легочной чумы. (Шувалова, 1995 г.)

У наших больных наблюдались такие симптомы как покраснение лица у 84 (100,0 %), белые налеты на языке - 84 (100,0 %), покраснение глаз 54 (64,3 %), учащение пульсации - 84 (100,0%), одышки 84 (100,0 %), мокрота с примесью крови 48 (57,1 %), хрип в легких 68 (80,9%), пронизывающая боль в области груди 52 (61,9 %), понижение артериального давления 51 (60,7%).

То, что при осложнении клинического процесса больного наблюдаются такие изменения как частый кашель, увеличение количества крови в мокроте, разжижение мокроты, хрип в легких не соответствует при сравнении с тяжелым состоянием больного, тяжелое состояние превосходит. /Покровский, Щербак -1986/.

При прогрессировании клинического процесса больного проявляются такие признаки как цианоз, посинение треугольника носа и верхней губы, в связи с осложнением болезни наблюдается бредовое состояние. У 49 /58,3%/ исследуемых нами больных наблюдалось инфекционно-токсическое шоковое состояние сопровождающееся цианозом, сильной одышкой, слабой, но учащенной пульсацией, общей слабостью, уменьшением мочевыделения. Мы считаем частые кашли с выделениями крови, разжижение мокроты, кровохарканье, хрип в плеврах легких у больных с характерными признаками чумы легочной формы. По нашим данным, мы считаем что, при вспышке чумы с вовлечением большого количества людей, у больных может наблюдаться слабая выраженность клинических симптомов, которая связана с ранней диагностикой и лечением. Так в нашем случае у 37 (44,0 %) больных клинические симптомы были слабо выражены.

Излечение больных с легочной формой чумы тесно связано с начальной формой заболевания, признаками осложнения, сроком начала лечения больного, а также эффективностью патогенетического лечения. Из исследуемых нами больных 45 (53,5 %) скончались, а 39 (46,4 %) вылечились и выздоровели.

При сопоставлении начальной формы со смертностью у больных с легочной формой чумы, коэффициент корреляции $r=0,9822$, что означает высокую корреляцию.

Вывод

1. Заражение легочной формой чумы происходит в основном дыхательным путем, по bubонной форме может осложниться вторичной легочной формой вследствие позднего обращения за медицинской помощью. В нашем случае летальность составляла 53,5% больных.
2. При легочной форме заболевания клинические общие признаки полностью выявляются.
3. Такие признаки как одышка, кашель, мокрота с примесью крови, цианоз, боль в области груди у больных легочной формой чумы являются характерными признаками чумы легочной формы.

Литература

1. Тумэннасан Ч., Буриад Б., Гунд Н., Нацагдорж Б. К вопросу эпидемиологии, клиники и лечения заболевших чумой. Научный сборник Центра по борьбе и изучению природноочаковых инфекций. 1999 №7, стр. 42-45.
2. Николаева Н.И. Руководство по профилактике чумы. Саратов, 1972, стр. 30-32.
3. Покровский В.И., Щербак Ю.Ф. Руководство по инфекционным болезням. Москва. 1986, стр. 297-301.
4. Руднев Г.П. Руководство по инфекционным болезням. Москва 1962, стр. 584-588.
5. Шувалова Е.П. Чума. Москва 1995. стр. 548-550

Т.Н. Чимитдоржиева

г. Улан-Удэ

Экология и здоровье населения Республики Бурятия

The author investigates the urgent problem of human ecology on the example of uranic province of the lake Baikal region. It is devoted mainly to the analysis of the ecological situation in some administrative parts of Buryatia in comparison with population malignant tumour sick rate, which the author binds up with high radioactivity of the territories under consideration.

Известно, что количественные параметры утраты здоровья выражаются в показателях заболеваемости, рождаемости, смертности, продолжительности жизни, и др. Здоровье россиян за последние годы существенно ухудшилось. По средней продолжительности жизни Россия занимает 47-48 место в мире.

Большинство специалистов считает, что здоровье населения в значительной степени связано с экологической обстановкой. Загрязненность окружающей среды служит одним из основных факторов риска. Опасными для здоровья человека считаются тяжелые металлы, хлорированные углеводороды, нитросоединения, асбест, пестициды в целом. Канцерогенами являются также промышленная пыль, диоксид азота, диоксид серы, бензапирен и т.д. В отдельную группу выделяют факторы, воздействие которых на окружающую среду и человека находится в стадии изучения, хотя уже имеются доказательства их вредного влияния: диоксины, СВЧ, загрязнение неионизирующими электромагнитными излучениями. Последние ВОЗ включила в число важнейших экологических проблем в связи с тем, что магнитная компонента может быть фактором риска онкологических заболеваний (Никаноров, Хоружая, 1999).

Отсюда целью работы было, не претендуя на раскрытие всех аспектов медико-экологических проблем здоровья, попытаться оценить современную радиационную ситуацию в республике и заболеваемость ЗО населения. Это в свою очередь может послужить основой медико-экологических программ для принятия превентивных мер по устранению ухудшения среды обитания человека. Исходными данными для анализа послужили имеющиеся в литературе материалы по радиационной обстановке в РБ, Ежегодные Доклады Госкомитета по экологии и природопользованию [2], Отчеты Бюро медицинской статистики МЗ [3] и ГФУП «Бурятгеоцентр» [4].

По данным ГФУП «Бурятгеоцентр» недра Республики Бурятия представляют урановорудную провинцию, богатую многочисленными радиоактивными объектами - месторождениями, рудопрооявлениями, аномалиями и радономинеральными источниками подземных вод. На территории РБ геологическими исследованиями выявлено 22 урановых месторождения, 180 рудопрооявлений, 8864 радиоактивных аномалий и свыше 400 радономинеральных источников, в