

Частота снижения индекса Тиффно менее 70% и его средние значения у сотрудников ППСМ в зависимости от стажа работы на пожарах и статуса курения (n=349)

Параметры	Стаж работы на пожарах			
	Нет	До 10 лет	10—20 лет	Более 20 лет
Среди всех	0 из 26	4,4% из 136	8,6% из 174	30,8% из 13
	(80,2±1,0)%	(80,8±0,7)%	(78,8±0,6)%	(74,2±1,8)%
Среди не куривших	0 из 4	0 из 22	5,9% из 34	0 из 2
	(81,3±2,5)%	(83,4±0,9)%	(80,5±1,1)%	(80,1±0,5)%
Среди курящих и куривших	0 из 22	5,3% из 114	9,3% из 140	36,4% из 11
	(80,0±1,2)%	(80,3±0,8)%	(78,4±0,7)%	(73,1±1,9)%

Таблица 4

Частота снижения индекса Тиффно менее 70% и его средние значения у сотрудников ППСМ в зависимости от стажа курения и факта работы на пожарах (n=352)

Параметры	Стаж курения (пачколет)			
	Нет	До 10 лет	10—20 лет	Более 20 лет
Среди всех	0 из 63	2,5% из 158	12,5% из 112	15,8% из 19
	(81,6±0,7)%	(80,9±0,5)%	(78,1±0,6)%	(77,1±1,8)%
Среди не работавших на пожаре	0 из 4	0 из 15	0 из 4	0 из 3
	(81,3±2,5)%	(79,6±1,5)%	(80,5±2,5)%	(81,7±4,1)%
Среди работавших на пожаре	3,4% из 58	2,8% из 142	13,1% из 107	18,8% из 16

синдрома является сочетанное влияние профессионального фактора с табакокурением либо с аллергическим фенотипом. Среди не куривших или сотрудников без аллергии участие в пожаротушении не влияет достоверно на снижение ИТ.

Выводы:

1. Ведущим фактором развития бронхообструктивного синдрома у работников ГИБДД является курение, тогда как работа на трассе (фактор загазованности) и отягощенный аллергологический анамнез

(предрасположенность к бронхиальной астме) имеют меньшее значение. Ведущим оздоровительным мероприятием среди аттестованных сотрудников ГИБДД должно быть прекращение табакокурения.

2. У сотрудников пожарной службы МЧС причиной развития обструктивного синдрома является сочетанное влияние профессионального фактора с табакокурением либо с аллергическим фенотипом. Среди не куривших или сотрудников без аллергии участие в пожаротушении не влияет достоверно на снижение ИТ.

УДК 617.7-022.7-078+616.98:579.882.11

ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ОФТАЛЬМОЛОГА И ВЕНЕРОЛОГА ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЛАЗ

Л.К.Бунакова, С.Н.Харитонова, Е.В.Файзуллина

Медико-санитарная часть МВД по РТ, Казань, Россия

Казанский государственный медицинский университет, Россия

OPHTHALMOLOGIST AND VENEREOLOGIST JOINT WORK EXPERIENCE IN THE CASE OF EYES CHLAMYDIA INFECTIONS

L.K.Bounakova, S.N.Kharitonova, E.V.Faizoullina

Medical Unit of MIA in RT, Kazan, Russia

Kazan State Medical University, Russia

В последнее время хламидийная инфекция как этиологический фактор заболевания все чаще привлекает внимание специалистов разного профиля. В результате многоцентровых эпидемиологических исследований установлено, что хлами-

дийная инфекция является самым распространенным бактериальным заболеванием в странах Северной Америки и Европы. По данным ВОЗ, урогенитальным хламидиозом, вызываемым *Chlamydia trachomatis*, ежегодно заболевает около 89 млн че-

ловек (Нехороших З.Н. и др., 2000). Статистическая регистрация заболеваемости урогенитальным хламидиозом в России, осуществляемая с 1993 г., свидетельствует о ежегодном увеличении числа больных. Учитывая бессимптомное течение заболевания, наблюдающееся у значительного числа лиц обоего пола, в некоторых странах приняты рекомендации по ежегодному скринингу на хламидиоз сексуально активных подростков и женщин в возрасте 20—24 лет с целью предотвращения возможных последствий хламидийной инфекции. Особенности биологии хламидий, проявляющиеся в способности их к персистенции, частому формированию затяжных и хронических форм заболевания, развитию восходящей и диссеминированной инфекции, относят хламидиозы к категории серьезных медико-социальных проблем.

В классификации по МКБ-10 хламидийная инфекция представлена хламидийной инфекцией нижних отделов мочеполового тракта, органов малого таза и других мочеполовых органов, аноректальной области, хламидийным фарингитом и хламидийной инфекцией другой локализации.

Этиология. Возбудителем урогенитальной хламидийной инфекции и спорадических заболеваний глаз служит *Chlamydia trachomatis* (серотипы D, E, F, G, H, J, K). Возбудитель представляет собой грамотрицательную облигатную внутриклеточную бактерию, характеризующуюся наличием в своем жизненном цикле двух различных морфологических форм: элементарных инфекционных форм, адаптированных к внеклеточному существованию, ответственных за передачу инфекции от одного хозяина к другому, и ретикулярных неинфекционных внутриклеточных форм, обеспечивающих репродукцию.

Уникальным свойством хламидий, в том числе *C. trachomatis*, служит состояние персистенции, характеризующееся появлением и длительным сохранением в макроорганизме жизнеспособных атипичных форм возбудителя, способных к реверсии в обычные формы с последующим развитием рецидива заболевания. Именно возможность проникновения в эпителиальные клетки различных типов позволяет проявляться хламидиозу в разнообразии клинических форм. Эпителий слизистой оболочки глаз относится к типу плоского эпителия. У некоторых авторов встречается даже термин — окулוגенитальная хламидийная инфекция (Глазкова Л.К., 1996).

За период с 2004 г. по 2006 г. в поликлинике МСЧ МВД по РТ выявлены 22 больных с хламидийным поражением конъюнктивы, что составляет около 3% от всех зарегистрированных конъюнктивитов.

Эта цифра довольно велика если учесть, что заболевания конъюнктивы разной этиологии составляют чуть меньше половины первичных обращений по заболеваемости.

Все больные — лица молодого возраста (до 30 лет), в основном мужчины (сотрудники ГАИ, ОВД, курсанты КЮИ).

Необходимо отметить, что в основном хламидийный конъюнктивит встречается в холодное время года, что объясняется снижением иммунного статуса, переохлаждениями при выполнении служебных обязанностей.

Воспалительный процесс чаще носил односторонний характер, в одном случае — двусторонний.

Основной путь заражения (95,5%) — половой; в одном случае — контактный (ветеринарный врач заразилась, оперируя больную собаку).

По характеру изменений хламидийный конъюнктивит относится к фолликулярным конъюнктивитам. У больных наблюдался отек век, сужение глазной щели, обильные слизистые в начальном периоде, а затем гнойные выделения. Конъюнктивы век и ее своды резко гиперемированы, отечны, диффузно инфильтрированы. Развивается гипертрофия сосочков, особенно выраженная в области хрящей век. На поверхности конъюнктивы в нескольких случаях располагались ложные пленки. В области нижнего века множественные лимфоидные фолликулы. В этот период у 18 больных наблюдался лимфаденит околушных лимфатических желез, симптомы инфекции верхних дыхательных путей. У 4 больных без соответствующего лечения воспалительный процесс затих, а через непродолжительный период возобновился.

При сборе анамнеза большинство больных неохотно рассказывали о своих половых контактах, в том числе случайных. Однако при беседе в присутствии врача-венеролога некоторые из них были более откровенны, другие решились открыться только после успешного завершения лечения. После обследования половых партнеров (некоторых анонимно) у 21 больного подтвержден половой путь заражения. Клинические проявления со стороны урогенитального тракта были минимальными, что не было расценено больными как воспалительный процесс. Одна больная заразилась от мужа сразу после свадьбы, при обследовании оказалось, что он болен. Другой — после случайной связи передал инфекцию жене. Третий больной длительно лечился у офтальмолога и у венеролога, в клинике наблюдались общие инфекционные симптомы: выраженная слабость, потливость, мышечные боли, повышение температуры до 38,6° и т.д.

Условия работы поликлиники МВД по РТ позволяют проводить во время приема врачей-специалистов мини-консилиумы, что порой облегчает и ускоряет постановку правильного диагноза.

При постановке диагноза использовался метод ПЦР для выявления нуклеиновых кислот инфекционных агентов у больных с конъюнктивитом (у 16 пациентов). Это в основном больные с латентной формой заболевания в остром периоде для снятия с учета. У других использовался метод ИФА.

Лечение хламидийной инфекции для клиницистов остается трудной задачей, несмотря на внедрение в практику национальных стандартов и рекомендаций ВОЗ, а их выбор ограничен тремя классами препаратов: макролидами, тетрациклинами, фторхинолонами. Нами применялись: кларбакт (кларитромицин) по следующей схеме — по 500 мг 2 раза в день 7—14 дней; зитролид (азитромицин) по схеме — 1-й день 500 мг 1 раз в день, со 2-го по 9-й день — 200 мг 1 раз в день (курсовая доза 2,1 г); сумамед (азитромицин) по 1,0 г на 1-й, 7-й, 14-й день (курсовая доза 3,0 г). Выбор в пользу этого препарата был сделан с учетом комплаентности (приверженности) к нему пациентов из-за удобства его приема (1 раз в сутки 1 раз в неделю).

Кроме антибактериальной терапии назначался препарат интерферонового ряда — лавомакс [10 таблеток по схеме: по 125 мг (1 табл.) в течение 2 дней, затем по 1 табл. через 48 ч]. Местно в первые две недели лечения — глазные капли колбиоцин по 1 капле 5 раз в день или флоксал по 1 капле 5 раз в день, тетрациклиновая мазь, с третьей недели — капли дексаметазон 2 раза в день. При контроле излеченности, проводимом через 1—1,5 мес после лечения, реци-

див был у 2 больных, что составило 9%. Этим больным был проведен повторный курс местного и антибактериального лечения.

Вывод. Особенности хламидиозов таковы, что при данном виде инфекции развивается восходящая и диссеминированная формы, поэтому хламидийная патология относится к категории серьезных медико-социальных проблем, решение которых требует от врача максимального внимания, грамотного и осмысленного подхода к их оценке.

УДК 616.5-084.3:351.74

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У СОТРУДНИКОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ

Л.К.Бунакова, М.В.Потапова, Е.В.Файзуллина

Медико-санитарная часть МВД по РТ, Казань, Россия

Казанский государственный медицинский университет, Россия

HEALTH LEVEL OF INTERNAL AFFAIRS EMPLOYEES: PERSPECTIVES OF STUDY

L.K.Bounakova, M.V.Potapova, E.V.Faizoullina

Medical Unit of MIA in RT, Kazan, Russia

Kazan State Medical University, Russia

Проблема заболеваемости дерматозами сохраняет свою актуальность, особенно среди лиц, по долгу службы испытывающих психоэмоциональные, умственные и физические нагрузки. Широкое распространение получили микозы у военнослужащих внутренних войск и сотрудников Министерства внутренних дел по Республике Татарстан.

Целью исследования явилось изучение состояния здоровья сотрудников МВД по РТ на предмет дерматологической патологии. В ходе диспансерного осмотра 35 сельских милиционеров, несущих службу в различных подразделениях МВД, были выявлены 12 человек с различными заболеваниями кожи — 34,3% от числа осматриваемых, т.е. более трети сотрудников имели патологические кожные проявления. У 1 пациента — угревая болезнь, у 1 — фолликулярный кератоз, у 4 — гипергидроз стоп, у остальных 6 пациентов — различные проявления поражения грибковой флорой кожи и ее придатков, т.е. у половины больных имелась микотическая патология. Микоз стоп был представлен сквамозно-гиперкератотической и интертригинозной формами в состоянии неполной ремиссии, при этом стаж болезни составил около 5 лет. Больные с кератомикозом никогда не обращались к врачу-специалисту, что свидетельствует о низкой осведомленности по отношению к данным заболеваниям, безразличном соотношении к собственному здоровью, низкой санитарной культуре. Эти больные имели изменения на гладкой коже в виде распространенной формы разноцветного лишая, они составили среднюю возрастную группу 34—36 лет. Если у молодых лиц до 32-летнего возраста имели место изменения по типу гипергидроза, то у лиц старшей возрастной группы имеются клинически выявленные и лабораторно подтвержденные микозы стоп и они-

хомикозы, протекающие с периодическими обострениями до двух раз в год.

При сравнительной оценке динамики заболеваемости дерматофитиями среди населения г. Казани и у сотрудников МВД выяснилось, что интенсивные показатели заболеваемости военнослужащих превышают показатели гражданского населения почти в десять раз: так, в 2000 г. они составили 921 и 96, в 2001 г. — 736 и 74, в 2002 г. — 697 и 71 соответственно. Эту разницу можно объяснить активным выявлением заболеваний при ежегодной профилактической диспансеризации в МСЧ МВД по РТ. Среди всех вновь выявленных заболеваний, по данным нашего кабинета, эта группа достигает 80%. В структуре общей заболеваемости дерматофитиями доля аттестованных сотрудников составляет 7%.

Выводы:

— при осмотре лиц группы риска у 34,3% были выявлены различные кожные заболевания, 50% из которых имели различные проявления грибкового поражения кожи и ее придатков;

— больные обращались к дерматологу только в состоянии тяжелой формы процесса, не проводили профилактического лечения возможных рецидивов;

— осмотр сотрудников из группы риска (в частности, военнослужащих) должен проводиться врачом-специалистом согласно ежегодному графику диспансеризации;

— необходимо проводить лекции, беседы и другие виды пропаганды здорового образа жизни, так как неосведомленность населения об этой патологии, поздняя обращаемость могут способствовать диссеминации процесса или проявлению атипичности его течения;

— у военнослужащих заболеваемость тем выше, чем длительнее продолжается военная служба, ги-