

воспитанием детей и подростков с занесением в индивидуальные медицинские книжки.

Осуществляется выявление больных серозными и бактериальными менингитами (подозрительных на заболевание) в период формирования детских коллективов, при приеме в детские оздоровительные организации (ДОО), во время утренних приемов детей в ДОО, а также раннее выявление, клиническая и лабораторная диагностика, изоляция, лечение, диспансеризация больных при всех видах медицинской помощи, эпидемиологическое расследование случаев.

Результаты, полученные в процессе выполнения комплексной научно-практической работы, положены в основу действующей в настоящее время системы управления эпидемическим процессом, которая построена на интеграции двух подсистем: эпидемиологического надзора и эпидемиологического контроля. Основой подсистемы эпидемиологического надзора является сбор информации по следующим направлениям:

- информация о случае заболевания, базирующаяся на выявлении клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, соответствующих стандартному определению случаев бактериальных менингитов;
- информация об эпидемиологическом обследовании единично возникающих очагов с целью выявления конкретных источников инфекции, факторов передачи и обстоятельств заражения;
- информация о серологическом мониторинге профессиональных групп и контингентов риска для выявления территорий риска;
- информация о микробиологическом и санитарно-гигиеническом мониторинге с учетом

дифференцированного отбора материала в оптимальные сроки на эпидемически значимых объектах;

- накопление данных по характеристике биологических и молекулярно-генетических свойств циркулирующих возбудителей бактериальных менингитов среди людей, объектов окружающей среды.

На основе результатов поступившей информации принимаются управленческие решения, которые включают:

- контроль работы лечебно-профилактических учреждений по активному выявлению случаев заболевания в домашних очагах и в детских дошкольных учреждениях;
- совершенствование лабораторной диагностики менингитов в лабораториях лечебно-профилактических учреждений и организаций Республики Узбекистан путем внедрения унифицированных методов по всей области и новых лабораторных технологий, в частности ПЦР;

подготовку и переподготовку врачей и бактериологов лечебно-профилактических учреждений и органов Республики по клинике, диагностике и профилактике бактериальных менингитов.

Выводы: Таким образом, предложенная схема управления эпидемическим процессом при бактериальных и серозных менингитах будет способствовать оптимизации профилактических и противоэпидемических мероприятий при указанных инфекциях. Важно подчеркнуть, что современная схема управления эпидемическим процессом при менингитах должна быть построена на интеграции двух подсистем: эпидемиологического надзора и эпидемиологического контроля.

МЕТОДИКА ТРОЙНОГО ПАРАЛЛЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРЫ НОСА И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ГАЙМОРИТАХ

Л.Б. Бакаева, Г.У. Лутфуллаев, О.А. Рузibaев, Н.А. Ким, Ж.Р. Ураков, З.О. Мирзаев

Самаркандский государственный медицинский институт

Методика тройного параллельного исследования бактериальной флоры носа и верхнечелюстных пазух при острых гнойных гайморитах заключается в следующем. Для бактериологического анализа из полости носа берут мазок. Кончик носа, его преддверие, кожу верхней губы предварительно обрабатывают спиртом, затем тонким ушным пинцетом вставляют стерильную турунду в средний носовой ход и ближе к своду среднего носового хода и оставляют там на одну минуту. Затем

помещают ее в заранее заготовленную стерильную пробирку. После поверхностной анестезии нижнего и среднего носового хода раствором 2%-ного лидокаина производится пункция верхнечелюстной пазухи.

Если после введения иглы в пазуху из пункционной иглы содержимое верхнечелюстной пазухи начинает вытекать под давлением, посев его производится в подставленную под иглу пробирку. Если же содержимое пазухи самостоятельно не

выделяется из иглы, забор его производится путем аспирации стерильным шприцем, присоединенным к пункционной игле. Затем производится аспирование введенной жидкости, ее забор в стерильную пробирку для последующего посева. В дальнейшем в пункционной игле присоединяется резиновая трубка со шприцем Жанне, и теплым физиологическим раствором хлористого натрия в количестве 200 мл производится промывание верхнечелюстной пазухи.

В начале промывания, когда через верхнечелюстную пазуху проходит не более 20 мл физиологического раствора, производится еще один забор бактериального материала из промывной жидкости, вытекающей через естественное отверстие гайморовой пазухи. Для этого стерильная турунда вносится ушным

пинцетом в струю промывной жидкости в области преддверия носа, где оставляется на 20-30 сек. Эта турунда также опускается в стерильную пробирку для дальнейшего посева. Затем на место пункционной иглы в пазухе устанавливается дренажная полиэтиленовая трубка для последующих лечебных манипуляций.

После забора промывной жидкости исследуемого материала из полости носа и верхнечелюстной пазухи все три пробирки доставляются в бактериологическую лабораторию, где после ряда посевов на такие среды, как 5% кровяной агар, 1% сахарный бульон и среда Сабуро, выделяется микрокультура и методом бумажных дисков проверяется ее чувствительность к антибиотикам.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Л.Ю. Барычева, М.В. Голубева, Л.В. Погорелова, М.А. Погосова, В.Г. Мосиянц

Ставропольский государственный медицинский университет (Россия).

Синдром Гийена-Барре - одно из самых тяжелых заболеваний периферической нервной системы, нередко требующее полномасштабных реанимационных мероприятий. Частота инвалидизации варьирует от 3 до 5%, смертность в среднем составляет 10,4%.

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности полинейропатий у детей в Ставропольском крае.

Материал и методы: обследованы 12 детей от 2 до 16 лет со слабостью в нижних конечностях. Для статистической обработки данных применялись методы непараметрической статистики: критерий χ^2 .

Результаты исследования. Распространенность острых полинейропатий в Ставропольском крае составила 1,8 на 100 тыс. населения. В возрастной структуре преобладали дети от 7 до 9 лет ($p < 0,05$), синдром Гийена-Барре чаще диагностировался у мальчиков - 77,7%, $p < 0,05$. Наиболее высокий уровень заболеваемости определялся в зимне-весенний период - 33%, $p < 0,05$. В дебюте заболевания преобладали явления ОРВИ (83,3%, $p < 0,05$), диспептические расстройства встречались реже (16,7%). Длительность продромального периода до 3 дней отмечалась у 75% детей, более 3 дней -

у 25%. При оценке неврологических нарушений наиболее часто отмечались гиперестезии - 16,7%, $p < 0,05$, парестезии выявлялись реже - у 8,3%. У 58,3% детей нарушения чувствительности сохранялись от 3 до 7 дней, у 41,7% - более 7 дней. Двигательные нарушения в виде парапареза нижних конечностей регистрировались в 66,7% случаев, парапареза верхних конечностей - в 16,6%, тетрапареза - в 8,3%, с длительностью до $27,25 \pm 6,38$ дней. У 8,3% детей отмечался парез лицевого и языко-глоточного нерва с асимметрией лица, нарушением глотания и речи. При оценке сухожильных рефлексов выявлялось их снижение с верхних (33,3%) и нижних конечностей (33,3%) или их полное отсутствие (33,3%). Болевой синдром в виде миалгий наблюдался у 33,3% детей, артралгий - у 8,3%, положительных симптомов натяжения - у 8,3%. Показатели белка в ликворе составили $0,88 \pm 0,32$ г/л, цитоза - $19,0 \pm 3,34 \cdot 10^6$ кл/л, преобладали - лимфоциты. При проведении электромиографии выявлялось снижение амплитуды М-ответов (58,3%). В патогенетической терапии чаще использовался плазмаферез - 83,3%, $p < 0,05$ реже - внутривенные иммуноглобулины (58,3%).