

ухости (или тугоухости 1-й степени). Чем большая громкость звука требуется для того, чтобы тестируемый человек его услышал, тем большая степень тугоухости у него имеется [3].

Возможно, нарушение восприятия низких частот связано с изменениями, развивающимися в системе улитки (отек, разрыхление соединительной ткани, мембран, выпот в лестницах и самом улитковом ходе), а нарушение восприятия средних и особенно высоких частот зависит от имевших место дистрофических изменений в спиральном органе и спиральном узле [5]. С увеличением стажа работы в условиях действия шума тональная пороговая аудиограмма приобретает характерную нисходящую форму, иногда с провалом на высоких тонах, что зависит от преимущественного поражения спирального органа. Эти клинические изменения функции слухового анализатора связаны с особой чувствительностью нейроэпителиальных клеток спирального органа к действию шума, так как при полной дистрофии его элементов в спиральном узле наряду с клетками «тени» обнаруживаются нормальные нервные клетки [5].

Вывод

Таким образом, морфологические исследования тканевых структур органа слуха животных показали, что степень и протяженность патологического процесса во внутреннем ухе находятся в определенной зависимости от интенсивности шума и длительности его действия на организм [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Остапкович, В. Е.* Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Е. Остапкович, А. В. Брофман; под ред. В. Е. Остапкович. — М.: Медицина, 1982. — С. 157–161.
2. *Вартамян, И. А.* Клинико-физиологические аспекты изучения слуховой системы / И. А. Вартамян // Наука. — 1990. — С. 486–512.
3. *Солдатов, И. Б.* Лекции по оториноларингологии: учеб. пособие / И. Б. Солдатов. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1994.

УДК: 616.981.42 – 036.22 (569.1)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БРУЦЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В СИРИИ

Квика М. Ф.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Бруцеллез (от лат. Brucellosis, синонимы — Мальтийская лихорадка, средиземноморская лихорадка, волнообразная лихорадка) является одним из самых распространенных зоонозных инфекций в Сирийской Арабской Республике (САР), и одной из важнейших проблем здравоохранения и экономики в этом регионе, т. к. за 2012 г. в Сирии было зарегистрировано около 20 тыс. случаев заражения бруцеллезом (10 случаев заражения на 10 тыс. жителей). Инфекция Мальтийской лихорадки чаще всего встречается в пустынных регионах на восточной, северо-восточной частях САР и побережьях реки Евфрата, это связано с особенностями жизни и традициями жителей тех регионов, где принято держать свое хозяйство и самостоятельно производить продукты питания животного происхождения (разные мясные продукты, молочные продукты «домашние сыры, сметану, домашнее сливочное масло, кефир и т. д.» из овечьего, козьего и коровьего молока), и разные бытовые предметы (овечьи шкуры, шерсть и др.), что затрудняет работу специализированных государственных органов по предупреждению бруцеллезной инфекции и ее выявлению на раннем этапе.

Цель

Изучить современное состояние заболеваемости и эпидемические особенности бруцеллезной инфекции в Сирии.

Материалы и методы исследования

При выполнении данной работы, были использованы официальные статистические данные и учебно-просветительские методические пособия министерства здравоохранения (МЗ) САР, а также некоторые данные средств массовой информации по эпидемиологическому статусу бруцеллеза в Сирии.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно данным МЗ САР, возбудителями бруцеллеза в Сирии являются — *Brucella abortus bovis* и *Brucella Melitensis*, которые передаются человеку от резервуара (крупного рогатого скота, овцы коз) алиментарным (употребление продуктов инфицированных животных: «особенно сырого молока, или домашнего сыра»), контактно-бытовым (непосредственное соприкосновение с биологическими материалами инфицированного животного «кровь, моча, влагалищные выделения, выкидыши животных, плацента», или через повреждения кожного покрова) и респираторным (чаще в ангарах, конюшнях, иногда в лабораториях и бойнях) путями передачи. Инкубационный период продолжается от 5 до 60 суток, чаще 1,5 месяца, редко продлевается до 7 месяцев. Диагностика в Сирии основывается на клинике и данных анамнеза и лабораторных исследований (лейкопения с лимфоцитарным сдвигом, положительная реакция Райта «чаще всего используется», реакция Кумбса, реакция фиксации комплемента, ИФА). Бруцеллезная инфекция занимает 4 место среди инфекционных заболеваний в САР, в связи с чем, 21 марта 2003 года, с помощью подразделения ВОЗ: центр по контролю над зоонозными инфекциями в средиземноморском регионе «Mediterranean Zoonoses control centre», была активизирована программа по контролю над зоонозными инфекциями в Сирии, благодаря которой, отмечалась положительная динамика бруцеллезной инфекции в стране до 2011 г., после которого ситуация стремительно ухудшалась в связи с военными действиями на территории страны, согласно, приведенным в таблице 1, статистическим данным.

Таблица 1 — Заболеваемость бруцеллезной инфекцией за период времени 2004–2012 гг.

Год	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Общее количество заболевших	30328	29814	29341	18451	16401	14168	19215	16183	19004

* в 2012 г. временно прекратились работы МЗ САР по проведению статистических исследований в некоторых провинциях в связи с вопросами о безопасности

Согласно данным МЗ САР, бруцеллезная инфекция больше всего распространяется в восточных и северо-восточных регионах страны, на побережье Евфрата, а также в бедуинных общинах, которые свободно перемещаются по всему Сирийскому пустынному региону, где больше всего встречаются новые случаи заражения бруцеллезами, согласно данным МЗ САР, приведенным в таблице 2.

Таблица 2 — Заболеваемость бруцеллезной инфекцией в провинциях Сирии в 2011 г.

Провинция	Аль-Хасака	Ар-ракка	Сельский-Дамаск	Алеппо	Дамаск	Хама	Дараа	Суайдаа	Хомс	Идлеб	Остальные провинции
Доля инфицированных лиц в провинции от общего числа заболевших бруцеллезом в Сирии, %	25	20	13	12	11	11	5	1	1	1	< 1

В связи с санитарной неграмотностью большинства сельскохозяйственного населения и неосторожностью некоторых родителей, дети до 14 лет составляют 23,8 % от общего числа заболевших бруцеллезом.

Рецидивы встречаются в 5 % случаев, что связано с самостоятельным прекращением приема лекарств, при исчезновении симптомов или облегчении состояния пациента.

Профилактика бруцеллеза проводится государством на трех уровнях: периферическом (местные и областные филиалы подразделений МЗ САР), среднем (главное управление подразделений МЗ САР в конкретной провинции) и центральном (МЗ САР).

Выводы

Бруцеллез в САР имеет социально-экономический и геополитический характер, т. е. его распространенность, в большей степени, зависит от степени развития региона, уровня сознательности населения по отношению к зоонозным инфекциям и последствиям заражения животных подобными инфекциями, а также от военно-политической стабильности региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сирийский эпидемиологический бюллетень «Syrianepidemiologicalbulletin» (2007–2012 гг.), МЗ САР, Дамаск, САР, веб-ссылка: http://www.moh.gov.sy/pages/EpidemicBulletin/archives_e.html
2. Руководство по эпидемиологическому мониторингу «Guidelinesonepidemiologicalmonitoring», департамент по инфекционным болезням, МЗ САР, Дамаск 2011 г., САР, стр. 139–143, веб-ссылка: <http://www.moh.gov.sy/LinkClick.aspx?fileticket=vEq1%2bnpq1WQ%3d&tabid=574>
3. Ашарк аль-аусат (AsharqAl-Awsat): международная арабская газета, №: 8879, учредитель «NHSaudiResearchandMarketingLTD», ар-Риад 21 марта 2003 г., Саудовская Аравия, веб-ссылка: <http://www.aawsat.com/details.asp?issueno=8800&article=159205#.UTxI85blaoX>

УДК 616.53-002.25-08

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Климович И. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Качук

Учреждение образования

**«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

По статистике, угревой болезнью страдает до 80 % населения в возрасте от 12 до 25 лет, и примерно 30–40 % лиц старше 25 лет [3]. Наличие угревой сыпи на видимых участках кожи значительно снижает самооценку, вызывает тревогу, депрессию, дисморфофобию. По данным психологического опроса 80 % подростков считает, что самое непривлекательное в человеке — это угревая сыпь [3]. Таким образом, широкое распространение данного заболевания и значительное влияние его на адаптацию в социальной среде обуславливает актуальность этой проблемы и необходимость найти эффективное лечение.

Цель исследования

Изучить дозировку, побочные эффекты и эффективность препарата Роаккутан.

Материалы и методы исследования

Изучены 156 историй болезни пациентов 1-го кожного отделения, отобранных из 3778 историй на базе Городского клинического КВД за 2010–2011 год. Проведен анализ полученных данных.

Результаты исследования

Угревая болезнь составила 4,13 % от общего числа кожных заболеваний у пациентов 1-го кожного отделения Городского клинического КВД за 2010–2011 года. В ходе исследования были получены следующие данные: пациенты мужского пола составили 73,1 % и женского — 26,9 %. Возраст пациентов варьирует от 16 до 42 лет; из них 45,5 %