

последнем случае 2 вспышки были в с. Елшанка, являющимся природным очагом лептоспироза. Семь из наблюдаемых вспышек зарегистрированы в ландшафтной зоне с высокой потенциальной опасностью риска заражения, как для людей, так и для животных (пойма р. Свияга). Все вспышки носили ярко выраженный сезонный характер (июнь-2; июль-4; август-2). Из них 50% имели эпидемиологические проявления в июле месяце, что объясняется наиболее тесным контактом населения с водным фактором (купание, сенокос, использование воды для хозяйственно-питьевых целей и т.д.).

Таким образом, отличительной чертой лептоспирозов в Ульяновской области является исключительное распространение заболевания в сельскохозяйственной местности, тогда как по России основное число вспышек приходится на территорию городов. Лептоспирозы достаточно широко распространены в Ульяновской области и для решения этой проблемы требуется совместное внимание со стороны эпизоотологической и эпидемиологической служб.

Библиографический список.

1. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. Раздел 5.2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации в 1995-1996 г.г. М: Минздрав РФ. 1997.
2. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. М.: Медицина. 1993. Т. 1 и 2.

Туберкулёз и наследственность

Минчайкина О.С., Гусева Н.А., 4 курс, ФВМ

Научные руководители – к.в.н., доцент Никульшина Ю.Б., д.б.н., проф. Васильев Д.А.
ФГОУ ВПО «Ульяновская государственная сельскохозяйственная академия»

В конце XX столетия после длительного периода относительного благополучия значительно возросла заболеваемость туберкулёзом, появились остро прогрессирующие формы, напоминающие «скоротечную чахотку». Эта тенденция наблюдается как в России, так и во многих экономически развитых странах Восточной и Западной Европы, США и свидетельствует о низкой эффективности противотуберкулёзных мер.

В настоящее время отмечается рост заболеваемости туберкулёзом и смертности от него в России. Рост заболеваемости обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением больных, рассеивающих туберкулёз.

При далеко неполной статистике известно, что ежегодно погибает от туберкулеза свыше 3 млн. человек в мире.

За 25 среднестатистических лет жизни одного поколения туберкулезом переболевает 4-6% жителей планеты. Большая часть из них - люди, отвергнутые обществом, безработные, нищие, заключенные тюремных учреждений, лица, страдающие алкоголизмом или наркоманией.

Наибольшее количество больных туберкулезом в экономически слабо развитых странах Латинской Америки, Африки, Азии. Но немало их и в

процветающих государствах капиталистического мира, например, в США, Японии.

Туберкулез известен с древнейших времён. Клинические признаки болезни у человека были описаны Гиппократом в IV веке до н.э., а возбудитель туберкулёза открыл Р. Кох (1882), он же изготовил в 1890 г. туберкулин.

Среди известных в настоящее время зооатропонозов самым распространенным является туберкулёз. Заболевают им практически все позвоночные животные.

Микобактерии человеческого и бычьего видов могут вызвать заболевание не только у человека, но и КРС, овец, коз, свиней, верблюдов, реже у лошадей, собак и кошек. Наиболее частый путь заражения туберкулезом – аэрогенный, но возможен и алиментарный и весьма редко – контактный через поврежденную кожу или слизистые оболочки.

Вопрос о наследственности при туберкулёзе давно привлекал внимание многих исследователей и различно решался в зависимости от уровня знаний.

Целью настоящего научного исследования является анализ литературных данных о взаимосвязи наследственности с предрасположенностью к туберкулёзу.

В тот период, когда возбудитель туберкулёза не был известен, считали, что эта болезнь наследственная и потомки больных туберкулёзом родителей уже при рождении имеют предрасположенность к этому заболеванию. С открытием возбудителя туберкулёза отношение к этому вопросу изменилось, и наследственность при туберкулёзе перестала признаваться.

Согласно современным представлениям туберкулёз является инфекционным заболеванием, отличающимся преимущественно хроническим течением различных клинических форм, своеобразием специфических иммунологических и морфологических реакций.

В настоящее время хорошо изучены биологические свойства возбудителя болезни, характер и условия заражения микобактериями туберкулёза. Сложилось чёткое представление о патогенезе этого заболевания, его клинических проявлениях, течении и исходах.

Человек может заболеть туберкулёзом только при попадании в его организм микобактерий туберкулёза. Однако проникновение в организм возбудителя – необходимое, но недостаточное условие развития болезни.

В зависимости от эпидемиологической ситуации микобактериями туберкулёза инфицируется большинство людей, но заболевает туберкулёзом лишь незначительная часть инфицированных – 5-15% и преимущественно в первые 1-2 года после заражения.

Опасность инфицирования особенно велика для детей и взрослых, находящихся в близком контакте с больными открытым туберкулёзом, особенно если бактерио-выделение постоянное и массивное.

Развившийся туберкулез отличается клиническим полиморфизмом, что проявляется различными формами заболевания – от малых с бессимптомным

течением до обширных деструктивных процессов в лёгких с выраженной клинической картиной, разной локализацией специфического процесса.

В одних случаях развивается очаговый туберкулёз, в других – инфильтративный.

Приведённые выше данные свидетельствуют о том, что восприимчивость к туберкулёзу определяется не только факторами внешней среды и, прежде всего микобактериями туберкулёза, но и внутренними свойствами организма, различными у разных людей. Эта резистентность в свою очередь определяется наследственными (генетическими) факторами.

Если подходить к туберкулёзу с позиции генетики, то его можно отнести к группе заболеваний с наследственным предрасположением или многофакторным заболеванием. В основе различия в восприимчивости к туберкулёзу могут лежать как генетические так и средовые факторы.

Сотрудниками Центрального НИИ туберкулёза Министерства здравоохранения рассчитана частота заболеваемости в различных возрастных группах населения.

Семейное накопление туберкулёза установлено среди различных групп родственников разной степени родства. В семьях, где исследуемые болели деструктивными формами туберкулёза и являлись бактериовыделителями, частота туберкулёза среди родственников значительно превышала частоту заболеваний среди населения не только при наличии семейного контакта, но и при отсутствии тесного контакта с ними.

В семьях, в которых имелись больные с лёгкой формой туберкулёза без бактериовыделения, частота туберкулёза родственников была также больше, чем среди населения сопоставимого возраста.

Кроме того, при изучении заболевания туберкулезом среди родственников болеющих второй степени родства, которые не состояли в семейном контакте с ними и другими больными родственниками, установлено, что частота туберкулеза была в 2-2,5 раза выше, чем среди всего населения того же возраста.

Из результатов проведенных исследований вытекает важный вывод: среди родственников больных туберкулёзом легких риск развития туберкулёза значительно выше, чем среди всего населения. Это позволило определить группы риска заболеваний туберкулёзом легких на основе генетико-эпидемиологического подхода в связи с наследственной предрасположенностью к туберкулёзу.

Группу риска составляют не только лица, находящиеся в семейном контакте с бактериовыделителями, но и кровные родственники больных деструктивным и недеструктивным туберкулёзом, особенно первой степени родства, независимо от наличия или отсутствия контакта.

В заключении хочется отметить, что масштабы борьбы с туберкулёзом неодинаковы в различных странах из-за слабого развития здравоохранения и экономических трудностей.

В своей работе мы пришли к выводу, что при диагностике заболевания необходимо учитывать и генетическую предрасположенность семей к туберкулёзной инфекции.

Библиографический список.

1. А.Г.Хоменко, М.М.Авербах, А.В.Александрова - Туберкулёз органов дыхания – М.: Медицина, 1988.
2. Струков А.И., Соловьёва И.П. Морфология туберкулёза в современных условиях. – М.: Медицина, 1976
3. Фирсова В.А. Туберкулёз органов дыхания у детей. – М.: Медицина, 1978
4. Земскова З.С., Дорожкова И.Р. Скрыто протекающая туберкулёзная инфекция. – М.: Медицинёа, 1984.
5. Донченко А.С., Мерман В.Г. Взаимосвязь туберкулеза человека и животных, особенности противотуберкулезных мероприятий, проводимых ветеринарной и медицинской службами // Зооантропоноз. болезни, меры профилактики и борьбы.-Минск, 1997.-С.71-73.

К вопросу о распространении листериозной инфекции

Синдрякова И.П., 4 курс, ФВМ

Научные руководители – к.в.н., доцент Никульшина Ю.Б., д.б.н., проф. Васильев Д.А.
ФГОУ ВПО «Ульяновская государственная сельскохозяйственная академия»

Природные очаги инфекционных болезней независимы от человека до того момента, пока усилия людей не направляются на территориальное ограничение или полную ликвидацию этих очагов.

Е. Н. Павловский

Листерия одна из самых распространенных и малоизученных болезней нашей планеты. Достаточно сказать, что им болеют 104 вида животных от дельфинов до форелей. В климатических поясах от Норильска до экватора.

Листерия (синонимы: листереллез, болезнь реки Тигр, невреллез, гранулематоз новорожденных) - зооантропонозная природно-антропургическая бактериальная инфекционная болезнь с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется полиморфизмом клинической картины с поражением заглочных и других лимфатических узлов, часто с септициемией и поражением центральной нервной системы.

Возбудитель - *Listeria monocytogenes* из семейства *Corinebacteriaceae* рода *Listeria*; представляет собой подвижную неспорообразующую полиморфную грамположительную мелкую палочку.

Целью нашей работы явилось проведение анализа распространения листериозной инфекции среди людей и животных в ретроспективе и за последнее время.

Листерия людей встречается во всех странах мира. По данным ВОЗ (1993 г.) в 1990 г. всего сообщено о 1167 случаях листериоза.

В странах Европы наблюдалось 818 случаев, в Северной Америке — 197, Южной Америке — 17, Океании — 65, Азии — 69 и в Африке — 1.