

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА В ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

Военная кафедра УО «Витебский государственный медицинский университет»

Сегодня в связи с открытием новых препаратов и модификацией уже известных компонентов лекарственных соединений значительно расширились возможности, но в то же время осложнился выбор антибиотика. Врач, выписывающий антибиотик, должен самостоятельно решать, какой антибиотик наиболее пригоден в том или ином случае. Однако, проведенное нами анкетирование показало, что в 59% случаев врачи назначают антибиотик, основываясь на сведениях содержащихся в инструкциях, прилагаемых к упаковкам антибиотиков, или на информации о новых лекарствах, содержащейся в рекламных разделах медицинских журналов.

При инфекциях, в отличие от других заболеваний, этиологический агент (возбудитель) может быть выделен и изучен *in vitro*. Однако, как правило, это возможно только через несколько дней, поэтому эмпирическая терапия играет особенно большую роль при лечении инфекционных заболеваний. В большинстве случаев этиологический диагноз устанавливается ретроспективно. В том случае, если отмечается клинический эффект от проводимой терапии и нет проявлений токсичности,

смена антибиотика обычно не производится. Тем не менее, полученные данные о возбудителях инфекции и их чувствительности к антибиотикам имеют очень большое значение для проведения максимально эффективной эмпирической терапии у последующих пациентов [1, 4].

Диагноз. Чрезвычайно важно своевременно поставить диагноз «тонзиллит», так как при отсутствии либо позднем начале антибактериальной терапии возрастает риск развития осложнений (ревматическое поражение сердца, почек, центральной нервной системы, желче-выделительной и других систем). Диагноз острого тонзиллита ставится на основании жалоб больного, клинической картины и данных эпиданамнеза. Налет рыхлый, пористый, легко удаляется шпателем без образования кровоточащего дефекта, не распространяется за пределы миндалин. У всех больных отмечается уплотнение, увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфатических узлов на уровне угла нижней челюсти (регионарный лимфаденит). В анализах крови лейкоцитоз ($9-12 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево, уско-

рение СОЭ (иногда до 40-50 мм/ч), появление С-реактивного белка. Длительность периода разгара (без лечения) составляет примерно 5 – 7 дней. В дальнейшем, при отсутствии осложнений, основные клинические проявления болезни (лихорадка, симптомы интоксикации, воспалительные изменения в миндалинах) быстро исчезают, нормализуется картина периферической крови. Симптомы регионарного лимфаденита могут сохраняться до 10-12 дней.

Согласно МКБ – 10 диагноз формулируется следующим образом:

J03 Острый тонзиллит

J03.0. Стрептококковый тонзиллит

J03.8. Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J03.9. Острый тонзиллит неуточненный (ангина агранулоцитарная).

В диагнозе тонзиллита необходимо отражать первичное и вторичное заболевание, степень тяжести (легкая, среднетяжелая или тяжелая), характер местных воспалительных изменений и локализацию патологического процесса (при поражении язычной миндалины, а также лимфоидной ткани глотки и гортани). С учетом отмеченных требований диагноз заболевания должен иметь следующую формулировку: «Острый катаральный тонзиллит, легкий, первичный», «Острый фолликулярный тонзиллит, среднетяжелый, первичный», «Острый лакунарный тонзиллит, тяжелый, повторный», «Острый тонзиллит с поражением боковых валиков глотки, среднетяжелый, первичный» и т.д. Если устанавливается не стрептококковая, а другая этиология ангины (стафилококковая, фузоспирохетная), то это также отражается в окончательном диагнозе болезни.

Лечение. Запрещается амбулаторное лечение острого тонзиллита у военнослужащих срочной службы. Допускается амбулаторное лечение офицеров, прапорщиков и военнослужащих по контракту с неосложненными легкими и среднетяжелыми формами острого тонзиллита.

Больные острым тонзиллитом подлежат немедленной изоляции и лечению в стационарных условиях: легкой

первичной формой заболевания – в изоляторе медицинского пункта части, легкой повторным и среднетяжелым первичным и повторным тонзиллитом – в изоляторе отдельной медицинской роты, тяжелым первичным и повторным тонзиллитом – в инфекционном отделении госпиталя.

Важным организационным мероприятием, оказывающим влияние на эффективность лечения, является соблюдение в стационаре противоэпидемического режима. С этой целью заполнять палаты больными необходимо однокомпонентно. При применении современных высокоэффективных этиотропных средств бактериовыделение стрептококков из ротоглотки прекращается довольно быстро (при назначении адекватных доз бензилпенициллина – через двое суток, а при использовании макролидов – через трое суток). Помещение в палаты к выздоравливающим вновь поступивших больных ведет к их реинфицированию и создает предпосылки для возникновения метатонзиллярных заболеваний. В целях рационального использования коечного фонда больных острым тонзиллитом, потерявших эпидемиологическую опасность (через трое суток при лечении бензилпенициллином), можно переводить в палаты, предназначенные для реконвалесцентов.

Больные острым тонзиллитом, независимо от тяжести состояния их здоровья, сроков госпитализации и других обстоятельств, нуждаются в этиотропном лечении. Учитывая, что заболевание в подавляющем большинстве случаев вызывается стрептококками группы А, а ревматизм, миокардит, гломерулонефрит возникают именно при данной этиологии болезни, каждому больному необходимо назначать противострептококковое лечение. В связи с основной ролью стрептококков в развитии острых первичных тонзиллитов, препаратами выбора при этиотропном лечении являются пенициллины, к которым сохраняется высокая чувствительность данных возбудителей (табл. 1).

Запрещается применять сульфаниламиды и тетрациклины, так как к ним стрептококки не чувствительны.

Предпочтение отдается бензилпенициллину, узкий спектр его активности позволяет уменьшить губитель-

Таблица 1. Чувствительность *S. pyogenes* к антибактериальным препаратам

Антибиотик	Чувствительные		Умеренно чувствительные		Резистентные	
	Количество штаммов	Процент	Количество штаммов	Процент	Количество штаммов	Процент
Пенициллин	81	100,0	0	0,0	0	0,0
Эритромицин	72	88,89±3,49	0	0,0	9	11,11 ±3,49
Азитромицин	72	88,89±3,49	0	0,0	9	11,11 ±3,49
Тетрациклин	29	35,80±5,35	0	0,0	52	64,20 ±5,33
Ко-тримоксазол	81	100,0	0	0,0	0	0,0
Левифлоксацин	81	100,0	0	0,0	0	0,0
Клиндамицин	80	98,76±1,22	1	1,23 ±1,22	0	0,0

ное воздействие на нормальную микрофлору. Помимо этого, препарат в большинстве случаев оказывает хороший клинический эффект и хорошо переносится больными.

При лёгкой и среднетяжёлой формах острого тонзиллита – бензилпенициллин внутримышечно по 500.000 ЕД через 4 – 6 часов в течение 3 – 5 сут. При тяжёлой форме острого тонзиллита – бензилпенициллин внутримышечно по 1.000.000 ЕД через 4 – 6 часов в течение 5 – 7 сут. По окончании курса антибактериальной терапии – однократное внутримышечное введение дюрантного препарата пенициллина (бициллин-5, 1.500.000 ЕД, либо бициллин-3, 1.200.000 ЕД) для профилактики метатонзиллярных осложнений и рецидивов стрептококкового тонзиллита. Отменять антибактериальную терапию не ранее 3-х дней нормальной температуры тела. Этиотропное лечение больных стафилококковой ангиной целесообразно осуществлять оксациллином (по 0,75 четыре раза в сутки внутрь или внутримышечно) или макролидами: эритромицином (по 400 000 ЕД четыре раза в день внутрь), рокситромицином по 0,15 – 2 раза в день, спирамицином по 3 млн МЕ 2-3 раза в день внутрь в течение 5 суток.

Следует учитывать, что, несмотря на высокий уровень чувствительности *S.pyogenes* к бета-лактамам препаратам, иногда наблюдается отсутствие клинического эффекта при их использовании. Это может быть связано с наличием в тканях миндалин ко-патогенной микрофлоры, продуцирующей бета-лактамазы, разрушающие природные пенициллины и аминопенициллины. Помимо этого, в ряде случаев отсутствие эффекта определяется толерантностью *S.pyogenes* к пенициллинам, при которой препарат оказывает только ингибирующее действие, а к его бактерицидному эффекту микроорганизм проявляет устойчивость. Предполагается также, что определенную роль в неудачах лечения стрептококковых тонзиллитов бета-лактамами играет внутриклеточная локализация микроорганизмов, поскольку эти антибиотики не способны эффективно проникать внутрь клеток макроорганизма. В подобных случаях, а также при аллергии к пенициллину и другим бета-лактамам препаратам, рекомендуется лечение одним из альтернативных антибиотиков (макролиды и линкозамиды) не менее 5 суток в стандартных терапевтических дозах. Однако следует учитывать, что широкое применение макролидов для лечения тонзиллитов не оправдано, т.к. может способствовать росту устойчивости к этим антибиотикам не только среди стрептококков, но и среди других микроорганизмов, вызывающих инфекции респираторного тракта.

Больные острым тонзиллитом нуждаются в лечебном режиме и питании, дополнительном назначении витаминов, а также в дезинтоксикационных мероприятиях. При легкой и среднетяжелой форме острого тонзиллита в течение всего периода госпитализации рекомендуется палатный режим. При тяжелой форме заболевания назначается постельный режим, а после нормализации температуры тела – палатный. Питание больных осуществляется по рациону, соответствующему столу № 2, а в период выздоровления – столу №15.

Витамины назначают в виде официальных поливитаминных драже – аскорбиновая кислота – 100 мг, витамины В, В3 и В6 по 2 мг и никотиновая кислота – 20

мг (по одной штуке три раза в день).

Дезинтоксикационные мероприятия следует назначать больным среднетяжелой и тяжелой форм острого тонзиллита. С этой целью рекомендуется применять обильное питье: 2 – 3 л 5% раствора глюкозы (в теплом виде). Вместо раствора глюкозы можно использовать чай, кофе, фруктовые соки и другие напитки. Для стимуляции диуреза следует назначить внутрь кофеин по 0,1 три раза в день или эуфиллин по 0,15 два – три раза в день. В отдельных случаях тяжелой формы острого тонзиллита, сопровождающейся выраженным отеком с резким затруднением глотания, дезинтоксикацию организма следует осуществлять путем внутривенного введения стерильных кристаллоидных растворов (5% раствора глюкозы и изотонического раствора хлорида натрия – по 1,5 л каждого раствора за сутки). Увеличивая объем циркулирующей жидкости в организме, они уменьшают в крови и в других биологических средах концентрацию продуктов жизнедеятельности возбудителей болезни. Стимуляция диуреза способствует выведению с мочой микробных токсинов и других вредных веществ.

Больным, госпитализированным в сравнительно поздний период (через 3 суток от начала болезни и позже), а также тем, у которых заболевание наступило повторно в первые 30 суток после ранее перенесенного острого тонзиллита, с целью предупреждения развития нефрита следует назначать вещества, активизирующие функциональную способность фагоцитов (лейкоген по 0,02, нуклеинат натрия по 0,1 или метилурацил по 0,5 – четыре раза в день в течение семи суток).

Физиотерапевтические процедуры (согревающая повязка, токи УВЧ и другие) рекомендуются только при выраженном лимфадените. Десенсибилизирующее лечение (димедрол, ацетилсалициловая кислота, парацетомол и другие) при остром тонзиллите не показаны. Кратковременное их применение не только не предупреждает развития метатонзиллярных заболеваний, но нередко даже приносит вред, так как их прием создает видимость кажущегося выздоровления больных, служит предпосылкой преждевременной выписки их из стационара, и тем самым способствует развитию метатонзиллярных заболеваний. Ацетилсалициловая кислота и парацетамол могут быть рекомендованы лишь как жаропонижающие. С этой целью их следует применять кратковременно (один – два раза) и только при высокой температуре тела 38°C и выше, сопровождающейся нарушением самочувствия больных. Как десенсибилизирующие средства их необходимо назначать только при появлении признаков ревматизма, а также лицам, имеющим в анамнезе перенесенный ревматизм. Полоскание ротоглотки растворами лекарственных препаратов не позволяет достигать антибактериального эффекта не только в отношении возбудителей, которые находятся в ткани небных миндалин, лимфатических узлах и крови, но и тех, которые находятся на поверхности ротоглотки. Поэтому данный метод не имеет существенного значения в выздоровлении больных и профилактике метатонзиллярных заболеваний. С гигиеническими целями может быть рекомендовано только полоскание полости рта 2% раствором гидрокарбоната натрия, подогретым до 45-50°C.

Диспансерное наблюдение. Военнослужащие, часто болеющие тонзиллитом, подлежат диспансерному наблю-

дению. За переболевшими устанавливается медицинское наблюдение в течение одного месяца. На 1-й и 3-й неделе после выписки производится исследование крови и мочи, при необходимости – ЭКГ. Переболевших острым тонзиллитом при отсутствии у них осложнений следует освободить от тяжелой физической работы и наружных нарядов на семь суток, от спортивных соревнований – на один месяц. На протяжении месяца после выписки из стационара еженедельно их должен осматривать врач части. Обращается внимание на самочувствие: наличие общей слабости, утомляемости, потливости, познания или чувства жара, преимущественно в вечернее время, болей в пояснице и др. Состояние ротоглотки и регионарных лимфатических узлов: наличие гиперемии и отека миндалин, увеличение и болезненность лимфатических узлов. Сердечно-сосудистой системы: наличие болей или неприятных ощущений в области сердца, сердцебиений, тахикардии, аритмии, гипотонии и др. При выявлении этих симптомов осуществляют исследование крови, мочи и ЭКГ, а затем реконвалесцентов консультируют у терапевта (гарнизонная поликлиника, госпиталь или др.), который принимает решение о дальнейшем обследовании и лечении.

Диспансерное наблюдение за реконвалесцентами, у которых в течение месяца после выписки из стационара не было никаких нарушений состояния здоровья, и наступила нормализация клинических показателей крови и мочи, а также нормализация ЭКГ, прекращается. Переболевшим повторным тонзиллитом, не имеющим прямых показаний к оперативному лечению, в период эпидемического неблагополучия в части по стрептококковой инфекции, при направлении в командировки, а также на работы и боевые дежурства следует проводить бициллинопрофилактику, т.е. вводить бициллин: 1,2 млн. ЕД бициллина-3 или 1,5 млн. ЕД бициллина-5 [2, 3].

Эпидемиологическая диагностика. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости тонзиллитом проводится за истекший календарный год в сопоставлении с данными за ряд предшествующих лет. Задачами ретроспективного эпидемиологического анализа является установление основных причин и условий возникновения и распространения заболеваемости тонзиллитом среди личного состава, обоснование мероприятий по профилактике его на последующий период (год). Основными направлениями анализа являются: оценка военно-эпидемиологической значимости тонзиллита для анализируемых коллективов (части, соединения, гарнизона, объединения), исследование причин и условий, определяющих особенности проявлений эпидемического процесса, т.е. структуры, уровней и динамики заболеваемости (анализ по факторам риска), оценка эффективности проводимых мероприятий.

В соответствии с этим определяют:

- долю заболеваний острым тонзиллитом среди прочих инфекционных заболеваний личного состава;
- долю трудопотерь в связи с заболеваниями острым тонзиллитом среди трудопотерь от прочих инфекционных заболеваний личного состава;
- показатель неэффективности использования личного состава в связи с заболеваниями острым тонзиллитом (средняя пораженность);
- долю заболеваний острым тонзиллитом, осложнившихся ревматизмом и гломерулонефритом.

Найденные количественные характеристики ранжируют с аналогичными показателями других инфекционных болезней. Ранговые положения являются объективной оценкой военно-эпидемиологической значимости острого тонзиллита и других исследованных инфекционных заболеваний.

Далее рассчитывают направленность (рост, снижение, стабилизация) и выраженность многолетних тенденций заболеваемости острым тонзиллитом. Полученные результаты, в известной мере, дают возможность судить о степени «управляемости» эпидемического процесса, т.е. зависимости его от проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий.

При анализе годовой динамики заболеваемости острым тонзиллитом в каждом коллективе определяют:

- круглогодичный уровень заболеваемости;
- наиболее характерные (типичные) сроки начала сезонных подъемов заболеваемости и продолжительность сезонного периода подъема заболеваемости;
- долю круглогодичной, сезонной и вспышечной заболеваемости в общем итоге за год;
- причины и условия формирования эпидемических вспышек (если таковые имели место).

На основании результатов этого анализа устанавливаются показатели заболеваемости, характеризующие эпидемическое благополучие конкретного воинского коллектива по острым тонзиллитам, намечаются основные направления мероприятий по предупреждению сезонных подъемов и эпидемических вспышек.

При анализе по факторам риска устанавливают особенности распределения заболеваемости острым тонзиллитом по отдельным гарнизонам, частям, подразделениям, категориям личного состава, срокам службы, условиям казарменного размещения и другим признакам, могущим оказывать влияние на проявления эпидемического процесса при этой инфекции.

Оценку эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий, проводившихся на протяжении анализируемого года, производят (путем расчета достоверности различий показателя заболеваемости этого года, со среднемноголетним показателем.

Оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости острым тонзиллитом имеет своей целью своевременное определение начала эпидемического подъема заболеваемости в обслуживаемых воинских коллективах. Для этого в каждой воинской части (гарнизоне) оценивают эпидемическую обстановку в динамике (за каждый день, неделю, декаду, месяц), а также сравнивают уровни и динамику заболеваемости во всех частях гарнизона (соединения) за одни и те же отрезки времени. Признаком начинающегося эпидемического подъема служит не только выраженный рост заболеваемости в одной воинской части, но и возрастание количества воинских частей, в которых начинают регулярно регистрироваться единичные заболевания тонзиллитом. Оперативный эпидемиологический анализ с особенной тщательностью следует проводить в сроки, предшествующие сезонным подъемам, устанавливаемым при ретроспективном анализе годовой динамики заболеваемости.

Эпидемиологическое обследование проводят в очагах групповой (вспышечной) заболеваемости острыми респираторными инфекциями. Основная задача этого обследования – определение типа вспышки в зависимости от пу-

тей передачи возбудителя: воздушно-капельная или алиментарная [2, 3].

Профилактические мероприятия. Ведущим профилактическим мероприятием, проводимым постоянно, является ранняя преморбидная диагностика предрасположенности военнослужащих к повторным заболеваниям острым тонзиллитом и формированию хронического бактерионосительства стрептококков. Это достигается тщательным сбором анамнеза, направленного на выявление частоты болевших тонзиллитом в прошлом (до прибытия в воинский коллектив), а также изучением медицинской документации на призывника (военнослужащего). Кроме того, при первичном осмотре и врачебном обследовании выявляется хроническая патология верхних дыхательных путей, лимфоидных образований глотки и ЛОР-органов. Особое внимание обращается на признаки возможных патологических изменений органов и систем, связанных с осложнениями ранее перенесенного острого тонзиллита.

Из выявленных лиц формируется группа риска по заболеванию тонзиллитом и длительного (хронического) бактерионосительства. Они в ближайшие 2-3 недели консультируются у специалистов (оториноларингологов, терапевтов, ревматологов, инфекционистов и др.). При необходимости обследуются с использованием лабораторных методов и подлежат в дальнейшем медицинскому наблюдению, оздоровительным и лечебно-профилактическим мероприятиям, а также экстренной профилактике в периоды эпидемического неблагополучия в отношении тонзиллитов и других инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей (перед прибытием пополнения или в начальный период вспышки).

Для облегчения работы с категориями риска целесообразно планировать мероприятия по их оздоровлению, используя индивидуальный подход. Этим лицам желательно не направлять на работу на объекты питания и в условия высокого риска заражения и заболевания. Кроме того, в планах мероприятий по профилактике инфекций верхних дыхательных путей необходимо предусмотреть:

- повышение квалификации всего медицинского персонала по эпидемиологии, профилактике, клинике, диагностике и лечению больных острым тонзиллитом;
- подготовку санитарно-эпидемиологических и лечебных учреждений к работе по ликвидации эпидемических очагов инфекции верхних дыхательных путей, отработку требований противозидемического режима. Эти мероприятия усиливают в периоды, предшествующие прибытию пополнения и особенно при поступлении пополнения в части;
- строгое соблюдение сроков и режима войскового карантина, предусмотренных УВС ВС РБ при приеме пополнения, выявление больных инфекцией верхних дыхательных путей, своевременную их изоляцию и госпитализацию;
- предупреждение переохлаждения и переутомления личного состава при полевых выходах, перевозке личного состава, при организации помывки и питания личного состава;
- ежедневный медицинский осмотр работников питания и лиц, заступающих в наряд по столовой;
- обязательное обследование работников питания на носительство *Streptococcus pyogenes* при приеме на работу, после возвращения из отпусков, после перенесенных заболеваний и по эпидемическим показаниям;

– постоянный медицинский контроль за соблюдением правил приготовления и хранения готовой пищи;

– профилактическую дезинфекцию в жилых, служебных и учебных помещениях;

– осуществление медицинского контроля за размещением личного состава в казармах, служебных и учебных помещениях в соответствии с требованиями УВС ВС РБ;

– создание запасов материальных и медицинских средств на случай возникновения эпидемических вспышек острых респираторных инфекций, определение дополнительных помещений для развертывания необходимого количества коек для изоляции и госпитализации больных;

– выделение санитарного транспорта для эвакуации больных в лечебные учреждения, своевременное получение антибиотиков и других препаратов для лечения больных и проведения экстренной профилактики, дезинфицирующих средств; подготовку медицинского инструментария и аппаратуры для постановки проб на чувствительность к пенициллину и введения бициллина с профилактической целью;

– усиленное медицинское наблюдение за личным составом в периоды прибытия пополнения, отдельных групп командированных, возвращающихся из отпусков, а также при неблагополучной санитарно-эпидемической обстановке по острым тонзиллитам в районе дислокации воинской части;

– строгое выполнение медицинским персоналом требований санитарно-противозидемического режима в медицинском пункте (части, учреждении).

Больного следует поместить в изолятор, который следует регулярно проветривать и производить влажную уборку с дезинфицирующими средствами. Выделяют специальную посуду, которую после каждого приема пищи кипятят или ошпаривают кипятком. Ограничивают контакт больного с окружающими. Для предупреждения острого тонзиллита важна своевременная санация местных очагов инфекции (кариозные зубы, хронически воспаленные небные миндалины, гнойные поражения придаточных пазух носа и т.д.), устранение причин, затрудняющих свободное дыхание через нос [2, 3].

Противозидемические мероприятия. При появлении в части больных острым тонзиллитом организуются и проводятся следующие противозидемические мероприятия.

Мероприятия, направленные на источник инфекции:

– активное выявление всех больных острым тонзиллитом, в том числе больных стертыми формами, путем опроса личного состава на утренних осмотрах, вечерних поверках, а в дневное время (при необходимости) – в перерывах между занятиями;

– своевременная изоляция и госпитализация выявленных больных в условиях, обеспечивающих соблюдение требований противозидемического режима;

– обязательное обследование больных при поступлении на дифтерию до назначения антибактериальной терапии;

– рациональное лечение больных для скорейшей эрадикации патогенных стрептококков;

– введение режима наблюдения из неблагополучных по заболеваемости острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей частях и соединениях;

– организация и проведение эпидемиологического наблюдения за очагом в течение семи суток с момента изоляции последнего больного.

Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи:

- максимальное рассредоточение личного состава неблагополучных по острому тонзиллиту подразделений и рациональное их размещение в жилых и служебных помещениях;

- регулярное проветривание жилых, служебных и учебных помещений в очаге;

- проведение текущей и заключительной дезинфекции;
- обеззараживание воздуха в спальных помещениях эпидемически неблагополучных подразделений путем кварцевания;

- при эпидемической заболеваемости – временное запрещение общих мероприятий: собраний, просмотров кинофильмов, и т.д.;

- усиление медицинского контроля за технологией приготовления, сроками хранения и реализации готовой пищи;

- обязательное замачивание столовой посуды в дезинфицирующем растворе с последующим ополаскиванием после каждого приема пищи;

- усиление медицинского контроля за работниками питания и наряда по столовой, при необходимости создание постоянного двухсменного наряда по столовой, обследованного на носительство *Streptococcus pyogenes*.

Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива.

Основу этих мероприятий составляет экстренная профилактика. Она проводится прежде всего в крупных коллективах, где в силу внутренних особенностей (большая прослойка новобранцев, размещение военнослужащих в казармах большими группами при недостатке площади на одного человека, длительное пребывание личного состава в закрытых помещениях) заболеваемость острыми тонзиллитами на протяжении года наиболее высока, а эпидемическая (сезонная) заболеваемость абсолютно преобладает над круглогодичной заболеваемостью, особенно если при этом отмечаются метатонзиллярные осложнения. К таким коллективам высокого риска относятся в первую очередь учебные части и соединения, военно-учебные заведения. Здесь экстренную профилактику наиболее целесообразно проводить непосредственно после формирования коллективов, до начала сезонного подъема заболеваемости (экстренная профилактика превентивного типа).

В других коллективах, где сезонные подъемы заболеваемости относительно невысоки или не носят закономерного характера, можно применять прерывающий тип экстренной профилактики. В этом случае экстренная профилактика осуществляется в период эпидемического подъема заболеваемости и имеет целью ликвидацию сложившегося эпидемического неблагополучия.

Использование того или иного типа экстренной профилактики в каждом конкретном случае решается в ходе эпидемиологического анализа годовой динамики заболеваемости тонзиллитом личного состава коллектива. В качестве средства экстренной профилактики используется бициллин-5, который вводится всему личному составу или только группе риска заражения и заболевания однократно внутримышечно в дозе 1,5 млн. ЕД при строгом соблюдении всех правил, предусмотренных официальными документами по применению антибиотиков с лечебными и профилактическими целями. Особо следует указать на не-

обходимость предварительной постановки проб для выявления индивидуальной чувствительности к пенициллину и освобождения от последующего введения бициллина лиц, положительно реагирующих на указанную пробу. Независимо от типа экстренной профилактики, она проводится, прежде всего, в тех подразделениях, где закономерно или в данный момент отмечается наибольшее эпидемическое неблагополучие. В случае отсутствия бициллина-5 экстренную профилактику можно проводить бициллином-3, который вводится с этой целью в дозе 1,2 млн. ЕД однократно.

Эпидемическое благополучие по острому тонзиллиту после экстренной профилактики бициллином сохраняется на протяжении нескольких месяцев. В случае если по истечении этого срока заболеваемость начинает вновь нарастать, экстренная профилактика может быть повторена по указанным схемам. В этом случае бициллин вводят той части личного состава, которая не была подвергнута экстренной профилактике на первом этапе ее проведения. Если же бициллин был введен всему личному составу, то отбор лиц для повторной экстренной профилактики осуществляется с учетом максимального риска заражения и заболевания.

В настоящее время экстренная профилактика бициллином является наиболее эффективным мероприятием по предупреждению и снижению заболеваемости тонзиллитом и другими стрептококковыми инфекциями среди военнослужащих. Для рационализации экстренной профилактики бициллином в условиях ограниченного поступления препарата следует ориентироваться на перечень наиболее значимых категорий риска (в порядке его нарастания):

1. Личный состав наиболее неблагополучных по заболеваемости подразделений;
2. Пополнение и другие категории вновь прибывших лиц, а также часто болевшие острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей в прошлом, повторно болевшие в течение года наблюдения;
3. Медицинский состав, работники питания, другие категории, являющиеся потенциальными источниками инфекции или группой риска заражения [2, 3].

Литература

1. Беляков, В. Д. Распространение *S. pyogenes* в детской популяции: уровень здорового носительства / В. Д. Беляков, Н. И. Брико // Здоровье населения и среда обитания. Ежемесячный информационный бюллетень. 1994. № 10 (Том 19). С. 4 – 7.
2. Лобзин, Ю. В. Ангина. Указание по диагностике, лечению и профилактике в Вооруженных Силах Российской Федерации / Ю. В. Лобзин, Ю. А. Ляшенко, П. И. Агарков // С.-Петербург: ИКФ «Фолиант», 1999. С. 5 – 55.
3. Логвиненко, С. М. Клинико-эпидемиологические аспекты распространения *S. Pyogenes* в организованных коллективах: дис. к-та мед. наук: 14.00.10 / С. М. Логвиненко. Витебск, 2006. 132 с.
4. Семенов, В. М. Клиническая оценка применения антибактериальных препаратов в Республике Беларусь / Семенов В. М., Дмитраченко Т. И., Семенов Д. М., Логвиненко С. М., Скворцова В. В., Логвиненко С. М. // Сборник 70-летию ВГМУ. Фундаментальные, клинические и фармацевтические проблемы патологии человека. Витебск 2004. С. 247 – 252.