

4. Для пациентов с ХВГ С характерна большая распространенность гепатомегалий с повышенной эхогенностью (90 %) и спленомегалий при сохранении неизменной эхогенности.

5. Частота УВО в группе больных, получавших ПВТ, составила 100 %, в группе, получавшей ПЕГ ИФ 10 %, что на 90 % превышает результаты группы 1, получавшей терапию ПЕГ ИФ в комбинации с рибавирином.

ЛИТЕРАТУРА

1. Natural history and predictors of disease severity in chronic hepatitis C / J. Massard [et al.] // J. Hepatol. — 2006. — Vol. 44. — P. 19–24.
2. Hepatic iron accumulation is associated with disease progression and resistance to interferon/ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C / N. Fujita [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2007. — Vol. 22. — P. 1886–1893.
3. Iron overload in patients with chronic hepatitis C: a clinicopathologic study / S. Haque [et al.] // Hum. Pathol. — 1996. — Vol. 27. — P. 1277–1281.
4. Measurements of iron status in patients with chronic hepatitis / A.M. Di Bisceglie [et al.] // Gastroenterology. — 1992. — Vol. 102. — P. 2108–2113.
5. Liver iron accumulation in patients with chronic active hepatitis C: Prevalence and role of hemochromatosis gene mutations and relationship with hepatic histological lesions / C. Hezode [et al.] // J. Hepatol. — 1999. — Vol. 31. — P. 979–984.
6. Iron overload in patients with chronic hepatitis C virus infection: clinical and histological study / I. S. Sina [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. — 2005. — Vol. 20. — P. 243–248.
7. Alla, V. Iron in nonhemochromatotic liver disorders / V. Alla, H. L. Bonkovsky // Semin. Liver Dis. — 2006. — Vol. 25. — P. 461–472.

УДК 616.98:578.835(472.2-25) «2012/2018»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В Г. ГОМЕЛЕ В ПЕРИОД С 2012 ПО 2018 ГГ.

Сотникова В. В., Колесникова К. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. Л. Тумаиш*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Энтеровирусные инфекции — группа заболеваний, вызываемых различными серотипами энтеровирусов, характеризующихся лихорадкой и полиморфизмом клинических симптомов, обусловленным преимущественным поражением ЦНС, сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мышечной системы, высокой контагиозностью и имеющим выраженный сезонный характер.

Разнообразие по своей этиологии и клиническим проявлениям энтеровирусные инфекции неспинальной природы относятся к числу неуправляемых инфекционных болезней человека. Они представляют сегодня серьезную проблему здравоохранения практически всех стран мира, что обусловлено наметившейся тенденцией к активизации эпидемического процесса с развитием тяжелых клинических форм (менингитов, энцефалитов, кардитов, гепатитов и др.). Повсеместно ежегодно регистрируются вспышки энтеровирусной инфекции в период сезонного подъема заболеваемости (апрель — октябрь) [2].

Одной из особенностей этих инфекций является здоровое вирусоносительство, в результате чего может наблюдаться возникновение спорадических форм и массовых заболеваний среди детей младшего и старшего возраста [1]. Стоит отметить, что один и тот же энтеровирус может вызывать несколько различных клинических синдромов так же, как и один синдром может вызываться энтеровирусами нескольких типов [3].

Цель

Провести анализ заболеваемости энтеровирусной инфекцией в городе Гомеле в период с 2012 по 2018 гг.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ статистических данных, полученных в Государственном учреждении «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии», по заболеваемости энтеровирусной инфекцией среди жителей города Гомель в период с 2012 по 2018 гг.

Расчет и систематизация были проведены с помощью программы Microsoft Office Excel 2007. Статистический уровень достоверности приемлемый ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Всего за изучаемый период времени было выявлено 513 случаев заболевания энтеровирусной инфекцией.

В результате исследования установлена динамика заболеваемости энтеровирусными инфекциями в 2012–2018 гг. (рисунок 1).

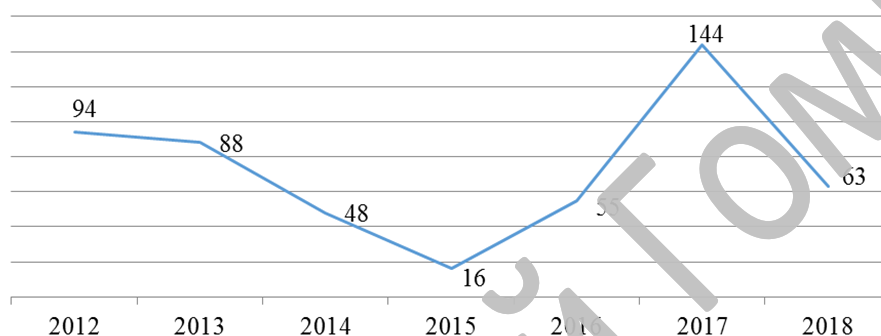


Рисунок 1 — Динамика заболеваемости энтеровирусной инфекцией за 2012–2018 гг.

В 2012 г. зарегистрировано 94 случая заболевания (показатель заболеваемости 18,75:100 тыс. населения). При этом диагноз подтвержден лабораторно в 53 % случаев (50 случаев). Количество госпитализированных среди заболевших — 98,9 %, заболевшие с диагнозом «Энтеровирусный серозный менингит» госпитализированы в 100 % случаев. В 2013 г., в сравнении с предыдущим годом, заболеваемость энтеровирусной инфекцией снизилась на 7,4 %. Зарегистрировано 88 случаев заболевания (показатель заболеваемости 17,33:100 тыс. населения). В 2014 г. заболеваемость энтеровирусной инфекцией снизилась на 46,1 %. Зарегистрировано 48 случаев заболевания (показатель заболеваемости 9,3:100 тыс. населения). За 2015 г. зарегистрировано 16 случаев энтеровирусной инфекции, показатель заболеваемости 2,6:100 тыс. населения, что ниже показателя заболеваемости предыдущего года в 3,4 раза. За 2016 г. зарегистрировано 55 случаев заболевания энтеровирусной инфекцией (показатель 11,2:100 тыс. населения) и 4 случая острой кишечной инфекции энтеровирусной этиологии. Отмечается рост заболеваемости в 2,4 раза. За 2017 г. зарегистрировано 144 случая заболевания (в том числе 57 острых кишечных инфекций энтеровирусной этиологии). Показатель заболеваемости по г. Гомелю (включая острую кишечную инфекцию энтеровирусной этиологии) составил 27:100 тыс. населения. Согласно структуре инфекционной заболеваемости, заболеваемость энтеровирусной инфекцией (за исключением острой кишечной инфекции энтеровирусной этиологии) снизилась на 48 %, показатель заболеваемости за 2018 г. и составила 8,59:100 тыс.

В изучаемый промежуток времени изменилась структура клинических форм энтеровирусных инфекций (таблица 1): увеличилась заболеваемость энтеровирусным гастроэнтеритом (на 26,4 %), а серозным менингитом — снизилась (на 30,4 %).

Вовлеченность учреждений образования в эпидемиологический процесс представлены на рисунке 2.

Таблица 1 — Распределение энтеровирусной инфекции по нозологическим формам в 2012–2018 гг.

Нозологическая форма	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Энтеровирусный менингит	57 (60,6 %)	77 (87,5 %)	19 (39 %)	12 (75 %)	41 (70 %)	31 (21,53 %)	19 (30,2 %)
Энтеровирусный везикулярный фарингит (герпангина)	33 (35,1 %)	3 (3,4 %)	15 (44 %)	1 (6 %)	6 (10,2 %)	38 (26,4 %)	9 (14,3 %)
Энтеровирусный везикулярный стоматит	—	2 (2,3 %)	6 (12 %)	1 (6 %)	—	—	—
Энтеровирусный гастроэнтерит	—	—	1 (0,5 %)	2 (13 %)	4 (6,8 %)	57 (39,8 %)	17 (26,5 %)
Прочие формы	4 (4,3 %)	6 (6,8 %)	8 (22 %)	—	8 (13,6 %)	18 (12,5 %)	18 (27,6 %)
Всего	94	88	49	16	59	104	63

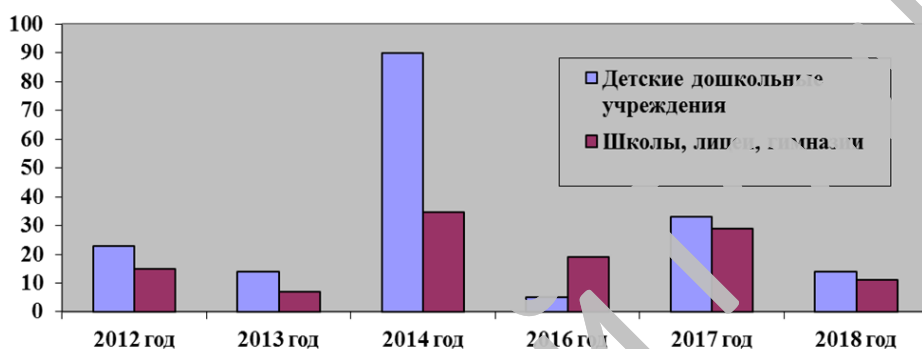


Рисунок 2 — Вовлеченность учреждений образования в эпидемиологический процесс

Наиболее часто (исключение — 2016 г.) в эпидемиологический процесс вовлекаются детские дошкольные учреждения. Вспышки заболеваемости в школах и детских дошкольных учреждениях не регистрировались, однако несколько случаев заболевания с первичным диагнозом «энтеровирусная инфекция» регистрировалось в 2016 г. (2 случая в 1 школе), 2017 г. (5 случаев — в одной школе, 3 случая — в одной школе и по 2 случая в 5 школах) и в 2018 г. (три случая в одной школе, два — также в одной школе и по 2 случая в двух дошкольных учреждениях). При регистрации каждого случая энтеровирусной инфекции в организованном коллективе проводилось эпидемиологическое расследование согласно Постановления Совета министров Республики Беларусь от 30 ноября 2012 г. № 1105.

Подъемы заболеваемости в течение года представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение заболеваемости в течение года в период с 2012 по 2018 гг.

Месяц	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Январь	1 (1 %)	3 (3,4 %)	1 (2%)	0	7 (4,86 %)	2 (3,17 %)
Февраль	0	0	0	0	0	6 (9,52 %)
Март	0	1 (2 %)	0	0	0	5 (7,94 %)
Апрель	0	0	0	0	0	2 (3,17 %)
Май	0	1 (1,1 %)	0	1 (1,7 %)	0	1 (1,59 %)
Июнь	0	3 (3,4 %)	2 (4,1 %)	4 (6,78 %)	0	4 (6,35 %)
Июль	10 (10,6 %)	11 (12,5 %)	11 (22,45 %)	3 (5,08 %)	3 (2,08 %)	2 (3,17%)
Август	17 (18,08 %)	24 (27,27 %)	11 (22,45 %)	2 (3,39 %)	11 (7,64 %)	4 (6,35 %)
Сентябрь	44 (46,81 %)	24 (27,27 %)	8 (16,33 %)	12 (20,34 %)	42 (29,17 %)	12 (19,05 %)
Октябрь	6 (6,38 %)	17 (19,32 %)	7 (14,29 %)	20 (33,89 %)	33 (22,92 %)	16 (25,4 %)
Ноябрь	10 (10,64 %)	3 (3,41 %)	8 (16,33 %)	7 (11,86 %)	18 (12,5 %)	6 (9,52 %)
Декабрь	6 (6,38 %)	1 (1,14 %)	1 (2,04 %)	7 (11,86 %)	7 (4,86 %)	3 (4,76 %)

В 2012 и 2013 гг. «пик» заболеваемости приходится на август – сентябрь — 64,89 и 54,54 % от всех заболевших, соответственно, в 2014 г. — на июль – сентябрь (61,23 %), в 2016, 2017 и 2018 гг. — на сентябрь – октябрь (54,23; 52,09 и 44,45 % соответственно).

До 2018 г. в феврале и апреле вовсе отсутствовали заболевшие энтеровирусной инфекцией, 1 спорадический случай отмечался в марте 2013 г. С 2018 г. в каждом месяце регистрировались заболевшие, причем наименьшее их количество отмечалось в апреле и мае (3,17 и 1,59 % случаев, соответственно).

Наблюдается сезонность заболеваемости энтеровирусной инфекцией, которая приходится на август – октябрь, напротив, минимальная заболеваемость регистрируется в весенний период (март – май).

Основными факторами передачи (рисунок 3) в разные года, в основном, послужили следующие: в 2012 г.: воздушно-капельный — 21,3 %, водный (купание в открытых водоемах) — 17 %, пищевой (употребление в пищу плохо вымытых фруктов и овощей) — 10,6 %, контактно-бытовой — 1,1 % и в 50 % случаев фактор передачи установлен не был. В 2013 г.: пищевой — 40 %, водный — 26 %, воздушно-капельный — 16 % и не установлен фактор передачи в 18 % случаев. В 2014 г.: пищевой — 40 %, водный — 16 %, воздушно-капельный — 4 % и не установлен фактор передачи в 40 %. В 2015 г. — пищевой — 37 %, в 31 % случаев фактор передачи инфекции не установлен, водный — 19 % и воздушно-капельный — 13 %. В 2017 г.: воздушно-капельный — 9,5 %, контактно-бытовой — 1,5 %, водный — 11,1 %, пищевой — 69,8 % и не установлен в 7,9 % случаев. В 2018 г.: воздушно-капельный — 4,8 %, контактно-бытовой — 3,1 %, водный — 4,8 %, пищевой — 68,3 % и не установлен в 19 %.

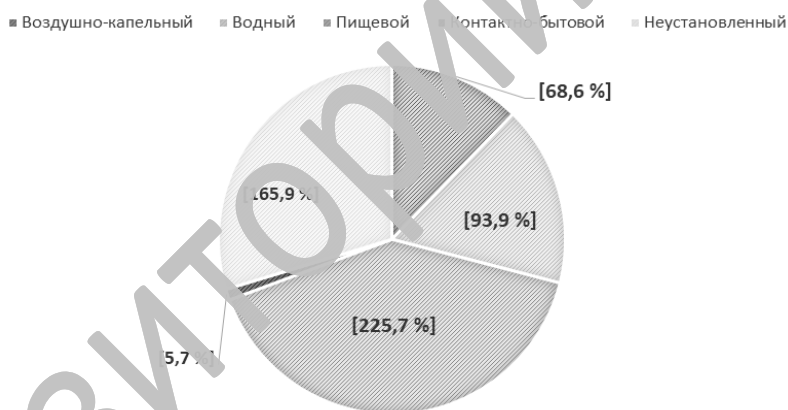


Рисунок 3 — Распределение основных факторов передачи энтеровирусной инфекции в Гомельском регионе в период с 2012 по 2018 гг.

Таким образом, наиболее значимым фактором передачи энтеровирусной инфекции является пищевой.

Выводы

1. Наибольшее количество заболевших энтеровирусной инфекцией отмечается с августа по октябрь, наименьшее — с марта по май. Таким образом, отмечается сезонность заболевания.

2. Основной путь передачи — пищевой, однако стоит отметить, что достаточно большое количество случаев — с неустановленным путем передачи инфекции. Наименее значимый фактор передачи энтеровирусной инфекции — контактно-бытовой.

3. В изучаемый промежуток времени изменилась структура нозологических форм энтеровирусных инфекций: на 26,4%увеличилась заболеваемость энтеровирусным гастроэнтеритом, при этом серозным менингитом, наоборот, снизилась на 30,4 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Довнар-Запольская, О. Н. Энтеровирусные инфекции у детей. Полиомиелит: учеб.-метод. пособие / О. Н. Довнар-Запольская, Р. Н. Манкевич, А. А. Астапов. — Минск: БГМУ, 2018. — 87 с.
2. Энтеровирусные инфекции и их значение в патологии человека / Н. В. Скрипченко [и др.] // Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. — 2013. — № 2. — С. 613–615.
3. Жаворонок, С. В. Тезисы лекций по инфекционным болезням и детским инфекционным болезням для студентов 5 курса факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран. / С. В. Жаворонок, Е. Л. Красавцев, В. М. Мицура. — Гомель: ГомГМУ, 2007. — 108 с.

УДК 616.992.282:617.2(2014/2017)

ДИНАМИКА УСТОЙЧИВОСТИ *CANDIDA ALBICANS* К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2017 ГГ.

Тимашков О. В., Михалёва К. В., Поддубный А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *О. Л. Тумаиш*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из задач современной медицины является повышение эффективности лечения микозов. Анализируя данные международных и национальных исследований последних десятилетий выявлено постепенное и устойчивое формирование лекарственной устойчивости микроорганизмов [1]. Первым шагом в преодолении резистентности является определение уровней локальной устойчивости. С этой целью в 2016 г. Институтом клинических лабораторных стандартов США и Европейским комитетом по определению антимикробной чувствительности было протестировано 193 штамма грибов рода *Candida*, выделенных из клинического материала. Чувствительность к флуконазолу, кетоконазолу, вориконазолу и итраконазолу исследовалась методом микроразведений в бульоне. МИК определяли визуально через 24 и 48 ч. Результаты: к флуконазолу оказались чувствительными 73 % изолятов, чувствительными в зависимости от дозы — 6,2 % и резистентными — 20,8 %. К итраконазолу проявили чувствительность 59,1 % изолятов грибов, дозозависимую чувствительность — 12,4 % и резистентность — 28,5 %. Чувствительность и устойчивость к вориконазолу обнаружены у 73,6 и 26,4 % изолятов *Candida* соответственно [2]. Полученные результаты обуславливают необходимость проведения регулярного исследования чувствительности, разработке эффективных рекомендаций по профилактике, эмпирической терапии и ведению пациентов с кандидозом [3].

Актуальность исследования основана на необходимости получения динамической информации о резистентности *Candida Albicans*, что необходимо для рационализации применения традиционных препаратов.

Цель

Изучить данные о лекарственной устойчивости *Candida Albicans* к основным антимикотикам за период 2014–2017 гг.

Материал и методы исследования

Объектом исследования являются 976 штаммов *Candida Albicans*, выделенные из клинического материала пациентов, находящихся на стационарном лечении Учреждения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница». Биоматериалом послужили смывы из ротоглотки, взятых у пациентов с ангиной 756 (77,46 %) штаммов, 220 (22,54 %) штаммов с диагнозом орофарингиальный кандидоз. Чувствительность гриба определялась к нистатину, кетоконазолу, флуконазолу, итраконазолу, амфотерицину-В диско-диффузионным методом. Период сбора данных 2014–2017 гг. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «Microsoft Excel 2016».