

которых ВРВП 1 степени имели 5 (14,2 %) пациентов, 2 степени — 14 (40 %), 3 степени — 16 (45,7 %), печеночно-клеточная недостаточность (ПКН) была определена у 30 (40 %) пациентов, у 5 (16,6 %) пациентов — 1 степени, у 8 (26,6 %) — 2 степени, 19 (63,3%) пациентов имели 3 степень ПКН. По нашим данным, такое осложнение как печеночная энцефалопатия (ПЭ) была выявлена у 41 (54,6 %) пациента, из которых 1 степень имели 7 (17 %) пациентов, 2 степень — 14 (34,1 %), 3 степень — 20 (48,8 %).

Причины смерти пациентов: гепаторенальный синдром — 53 (70,7 %) человека, желудочно-кишечное кровотечение — 21 (28 %) человек, фибрилляция желудочков — 1 (1,3 %). Почечная недостаточность как сопутствующее состояние была выявлена у 50 (66,6 %) пациентов. Неверно были интерпретированы результаты 8 (10,6 %) вскрытий, так как гепаторенальный синдром был выставлен пациентам, не имеющим почечную недостаточность.

Выводы

Нами установлено, что среди умерших пациентов с ЦП преобладали мужчины (62,6 %), пациенты в возрасте 40–59 лет составили 61,7 %. Большинство пациентов с ЦП погибает в трудоспособном возрасте (73,3 %), причем мужчины значительно чаще, чем женщины ($p = 0,001$).

Количество пациентов с невирусной этиологией цирроза преобладало 39 (52 %) над количеством пациентов с вирус-ассоциированным циррозом (48 %). Среди вирус-ассоциированных циррозов чаще всего регистрировались ЦП смешанной этиологии (НСV + токсико-метаболический (75 %). Превалирующее число пациентов имели класс тяжести С по Чайлд-Пью — 80 %. Алкогольную зависимость имели 37 (49,3 %) пациентов, хотя в их диагнозах алкогольная этиология не встречалась. Сопутствующая ВИЧ-инфекция имела у 12 % умерших.

Наиболее частыми осложнениями цирроза печени у умерших пациентов были асцит (86,6 %) и печеночная энцефалопатия (54,6 %). Непосредственной причиной смерти чаще всего был гепаторенальный синдром (70,7 %), как правило, в сочетании с другими причинами. Таким образом, необходимо более тщательное обследование пациентов на предмет развившейся на фоне цирроза печени почечной недостаточности и, соответственно, гепаторенального синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радченко, В. Г. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы / В. Г. Радченко, А. В. Шабров, Е. Н. Зиновьева. — СПб.: Диалект, М.: ИНОМ, 2005. — 864 с.
2. Силивончик, Н. Н. Цирроз печени / Н. Н. Силивончик. — Минск: Технопринт, 2000. — 204 с.
3. Имаева, А. К. Анализ отдельных случаев при болезнях печени / А. К. Имаева, Г. Г. Попов, А. А. Ширяев // Медицинский вестник. — 2013. — Т. 8, № 6. — С. 185–187.

УДК 616.98:576.851.49–036,22(476.2)

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ: ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Попкова А. Ю., Домнич В. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В Республике Беларусь заболеваемость сальмонеллезом остается быть актуальной проблемой. В многолетней динамике группой максимального риска заражения являют-

ся дети в возрасте до 2-х лет. В большинстве случаев заболеваемость носит спорадический характер. Выявление сальмонеллезом чрезвычайно затруднено тем, что клиническое их течение отличается чрезвычайным полиморфизмом (от бессимптомного бактерионосительства до тяжелых форм генерализованной инфекции или токсикоинфекции), в большинстве случаев остающихся вне поля зрения врачей и, следовательно, не учитываемых официальной статистикой [1].

В настоящее время описано более 2300 сероваров сальмонелл. 90 % заболеваемости обуславливают *S. enteritidis*, *S. typhimurium*, *S. infantis*, *S. newport*. Сальмонеллез в нашей стране может встречаться как в виде спорадических случаев, так и в виде вспышек. Ведущим путем передачи сальмонеллезной инфекции среди населения остается пищевой. В последние годы кроме фекально-орального, пищевого, водного и контактно-бытового выделяют пылевой фактор, имеющий значение у детей с ослабленной резистентностью. В связи с этим возможен так называемый госпитальный сальмонеллез, когда источником инфекции является больной человек или носитель. Чаще всего очаги (вспышки) внутрибольничного сальмонеллеза возникают в детских стационарах, гематологических отделениях, отделениях с недоношенными детьми и отличаются вялым и длительным течением [2].

Цель

Проанализировать заболеваемость сальмонеллезом среди детей и взрослых Гомельской области за период с 2000 по 2019 гг., выявить современные особенности проявления эпидемического процесса для коррекции профилактики и противоэпидемических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости данной инфекции.

Материал и методы исследования

Проанализированы данные официального учета заболеваемости сальмонеллезом ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», У «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии». Для исследования применены методы эпидемиологической диагностики — ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочные методы. Обработка данных проводилась с использованием общепринятых статистических методов пакета прикладных компьютерных программ.

Распространенность сальмонеллезной инфекции по отдельным территориям и в отдельных группах населения оценивались по показателям заболеваемости, рассчитанных на 100 тыс. населения. Статистические методы применяли для оценки данных, средних величин, установления достоверности результатов исследования и их различий. Обработка материалов велась с использованием «Microsoft Office Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

Общее количество переболевших сальмонеллезом за 19 лет составило 7687 детей до 17 лет и 2982 взрослых, общее число 16669. Среднемноголетний показатель заболеваемости среди детей взрослых Гомельской области за анализируемый период (2000–2019 гг.) составил 56 на 100 тыс. населения.

Многолетняя динамика заболеваемости сальмонеллезом населения Гомельской области за 2000–2019 гг. характеризовалась умеренной тенденцией к снижению, среднегодовой темп прироста — 6,6 %. В настоящее время заболеваемость сальмонеллезом среди детей находится в периоде спада, однако среди взрослого населения характеризуется вспышками высокой заболеваемости. Максимальные уровни заболеваемости сальмонеллезом зарегистрированы с 2000 и 2006 гг. среди детей (с 280,59 до 354,05 на 100 тыс. детей) и 2001 и 2003 гг. (83,97 и 80,42 на 100 тыс. взрослых соответственно).

К эпиднеблагополучным годам относятся 2001, 2006, 2008, 2016 гг., заболеваемость в эти годы превышает среднемноголетний уровень (рисунок 1).

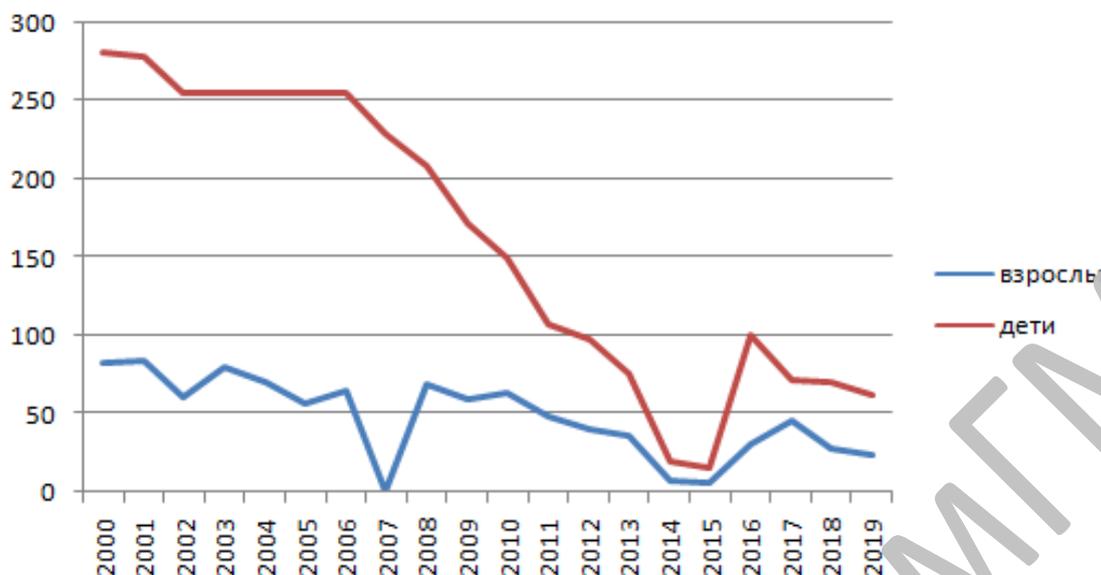


Рисунок 1 — Многолетняя динамика заболеваемости сальмонеллезом среди взрослых и детей 0–17 лет в Гомельской области

Годовая динамика заболеваемости (по средним данным за 2015–2019 гг.) регистрируется круглогодично и распределяется неравномерно. Сезонный подъем отмечается в летне-осенний период, с июня по октябрь, продолжительностью 5 месяцев (рисунок 2). Это связано с ухудшением условий хранения продуктов в теплое время года и созданием благоприятных условий для размножения сальмонелл. Максимум заболеваний приходилось на июль, и составляло, в среднем, 7,6 случаев на 100 тыс. населения; минимальный уровень заболеваемости регистрировался в декабре — 3,1 случаев на 100 тыс. населения.

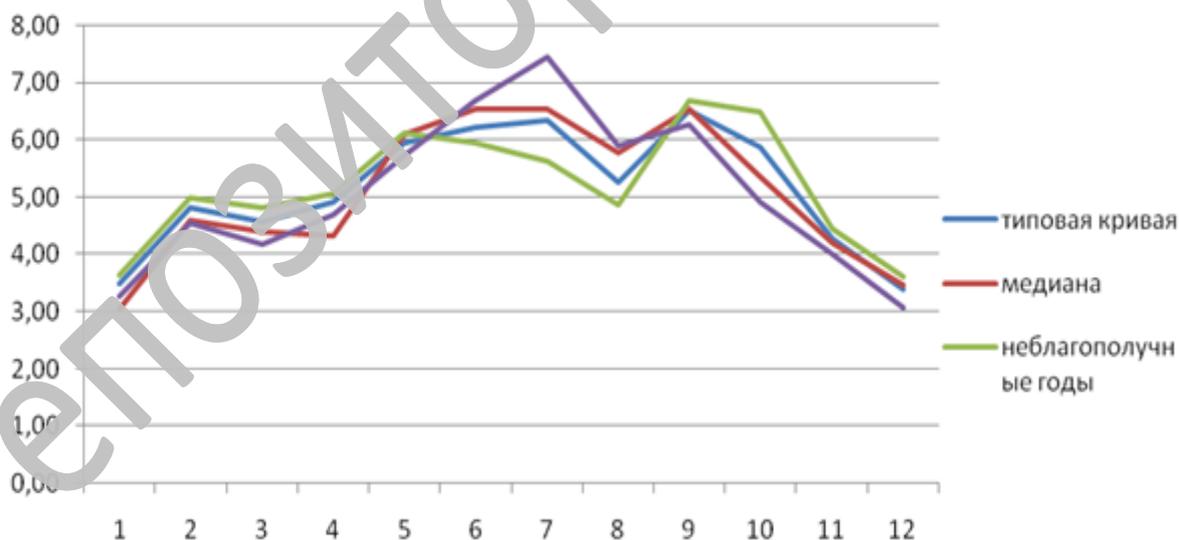


Рисунок 2 — Годовая динамика заболеваемости сальмонеллезом в Гомельской области за 2015–2019 гг.

При оценке возрастной структуры заболеваемости установлено, что чаще в эпидемический процесс вовлекались дети, что составило 79,56 % от всех заболевших в 2000–2009 гг. (рисунок 3).

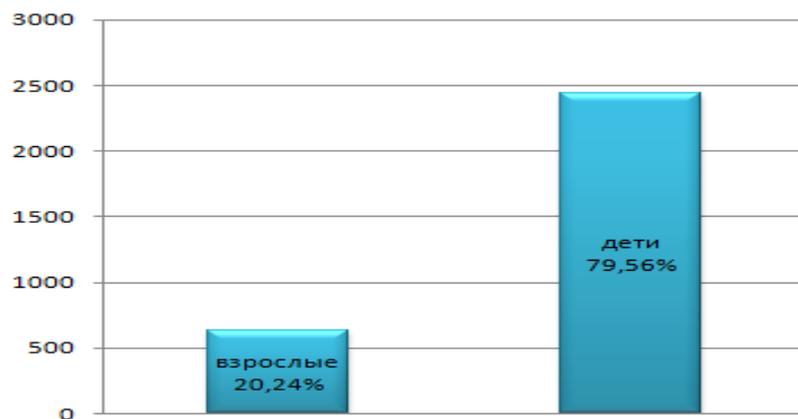


Рисунок 3 — Возрастная структура заболеваемости среди детей до 17 лет и взрослых за 2000–2009 гг.

В 2010–2019 гг. снизился удельный вес детей в общей структуре заболеваний до 70,41 % (рисунок 4).



Рисунок 4 — Возрастная структура заболеваемости среди детей до 17 лет и взрослых за 2010–2019 гг.

За последнее десятилетие замечилась тенденция к снижению заболеваемости сальмонеллезом среди населения Гомельской области в 3 раза (рисунок 5).

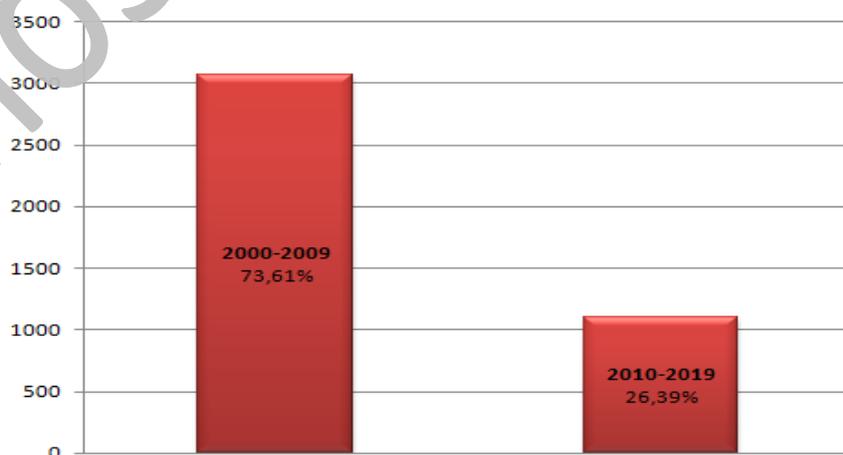


Рисунок 5 — Сравнение заболеваемости сальмонеллезом за 2000–2009 и 2010–2019 гг.

Среди детского населения в структуре заболевших доминировали дети в возрасте от 0 до 2 лет (65 %), что связано с особенностями возрастной реактивности детского организма и несостоятельности защитных свойств иммунной системы, высокой восприимчивостью, активацией факторов контактно-бытового пути передачи в семье. Дети в возрасте 3–6 лет составляли 15 %, дети от 7 до 14 лет 20 % (рисунок 6).



Рисунок 6 — Частота заболеваний среди детей разных возрастных групп

По данным ранее проведенных исследований были выделены основные возможные факторы, способствующие заболеванию сальмонеллезом.

Факторами, способствующими заболеванию, являются:

- недостаточная термическая обработка готовых продуктов перед употреблением;
- не соблюдение сроков хранения (например, ливерная колбаса хранилась несколько дней в холодильнике и употреблялась без термической обработки);
- не соблюдение условий хранения (открытые в банке консервы хранились несколько дней в холодильнике);
- употребление в пищу сырых яиц;
- приобретение мясных продуктов и яиц в местах неустановленной торговли у случайных лиц;
- приобретение продуктов в посуде продавца.

Факторами, способствующими заболеванию среди детей, являются:

- использование детских молочных смесей с просроченным сроком годности;
- хранение консервированных детских мясных пюре в открытых банках в течение нескольких дней в холодильнике;
- приготовление детских мясных пюре в домашних условиях с нарушениями в технологии приготовления и использование их без предварительной достаточной термической обработки;
- не соблюдение правил личной гигиены при приготовлении пищи;
- приготовление детских молочных смесей на несколько кормлений и использование их после подогревания;
- употребление в пищу невымытых овощей и фруктов.

Высокие показатели заболеваемости могут быть связаны с недостаточным контролем за реализацией продуктов питания в торговой сети, неправильной кулинарной обработкой и хранении готовых блюд (куриные и утиные яйца, холодец, мясные и рыбные салаты, изделия из мяса и рыбы). Бытовой путь передачи (через игрушки, полотенца, руки) вероятен только среди ослабленных детей, особенно недоношенных [3].

Выводы

1. Многолетняя динамика заболеваемости сальмонеллезом населения Гомельской области за 2000–2019 гг. характеризуется умеренной тенденцией к снижению со среднегодовым темпом прироста — 6,6 %.

2. В годовой динамике заболеваемости сезонный подъем пришелся на летне-осенний период (с июня по октябрь), продолжительностью 5 месяцев.

3. Среди больных сальмонеллезом преобладали дети, что составило в 2000–2009 гг. 79,56 % и в 2010–2019 гг. 70,41 %. Среди больных сальмонеллезом детей от 0 до 2 лет — 65 %, от 3 до 6 лет — 15 % и от 7 до 14 лет — 20 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимкин, В. Г. Нозокомиальный сальмонеллез как самостоятельная нозологическая форма инфекционной патологии человека / В. Г. Акимкин // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунологии. — 1998. — № 4. — С. 106.
2. Василье, В. С. О классификации сальмонеллезной инфекции / В. С. Василье // Здоровоохранение. — 2000. — № 7. — С. 29–31.
3. Мамчиц, Л. П. Эпидемиологические особенности сальмонеллеза в г. Гомеле / Л. П. Мамчиц, В. Т. Лилинова // Актуальные проблемы гигиены, эпидемиологии и профилактической медицины: сб. науч. тр., посвящ. 60-летию Добрушского райЦГЭ. — Добруш, 2004. — С. 129–131.

УДК 616.972:618.3(476.2)

СИФИЛИС У БЕРЕМЕННЫХ: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Приступчик А. А., Русько Н. П.

Научный руководитель: Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболеваемость сифилисом продолжает оставаться одной из значимых проблем отечественного здравоохранения. Наивысший уровень заболеваемости сифилисом в Беларуси, по статистическим данным МЗ РБ, был зарегистрирован в 1996 г. и составил 209,7 случая на 100 тыс. населения, в течение последующих лет уровень заболеваемости стабильно снижался, в 2018 г. — 4,8 случая на 100 тыс. населения. Сифилис в общей структуре заболеваемости ИППП с 3,2 % в 2010 г. снизился в 2018 г. до 2,3 %. На сельских жителей пришлось 30,8 % заболевших [1].

Однако, несмотря на положительную динамику общего уровня заболеваемости сифилисом, по-прежнему регистрируется значительное количество случаев выявления сифилитической инфекции у беременных. Преобладают скрытые формы сифилиса, что диктует необходимость более раннего выявления заболевания с последующим адекватным лечением для того, чтобы снизить риск развития врожденного сифилиса [2].

Международная классификация болезней (МКБ-10) предусматривает деление скрытого серопозитивного приобретенного сифилиса на ранний, поздний и неуточненный. Диагноз раннего скрытого сифилиса ставится пациентам с давностью заболевания до 2-лет, позднего скрытого — свыше 2-х лет, неуточненного — при невозможности определить давность сифилитического процесса [3].

Цель

Установить распространенность, клинико-эпидемиологические характеристики сифилитической инфекции у беременных женщин в Гомельской области за 2015–2018 гг.

Материал и методы исследования

Ретроспективно проанализированы отчетная документация Гомельского областного кожно-венерологического диспансера (ГОККВД), информация из амбулаторных