

в 1-й группе, полностью соответствовали литературным данным [3, 4]. У пациентов 2-й группы, которым в схему медикаментозной терапии был добавлен вобензим, рецидивы при первичной роже зарегистрированы в 14 % случаев, при рецидивирующей — в 16 %. У пациентов 3-й группы, в схеме лечения которых дополнительно использовался ликопид, рецидивы регистрировались 8 % первичная рожа и 10 % случаев при рецидивирующей.

#### **Выводы**

Таким образом, у пациентов, которым модифицировали общепринятую схему медикаментозной коррекции полиферментным препаратом вобензим производства Mucos Pharma (Германия) (по 3 драже три раза в сутки в первые три дня исследования, далее по 5 драже три раза в сутки в течение двух недель) и полусинтетическим гликопептидом ликопид производства ЗАО «Пептек» (Москва) (по 2 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней), число рецидивов уменьшалось и становилось достоверно ниже, чем при общепринятой медикаментозной терапии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Глухов, А. А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления / А. А. Глухов, Е. А. Бражник // Фундаментальные исследования. — 2014. — № 10, Ч. 2. — С. 411–415.
2. Профилактика рецидивов рожи при различных вариантах лечения / Е. А. Белова [и др.] // Курск. науч.-практ. вестн. «Человек и его здоровье». — 2007. — № 3. — С. 26–28.
3. Титарева, Л. В. Сравнительная оценка влияния различных вариантов лечения рожи на клиническое течение и частоту рецидивов / Л. В. Титарева, В. Я. Провоторов // Вестн. Урал. мед. акад. науки. — 2009. — Т. 2, № 1. — С. 340–342.
4. Титарева, Л. В. Частота возникновения рецидивов рожи при различных схемах лечения / Л. В. Титарева, Л. В. Белоконова, Ю. А. Рогова // Материалы междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 81-летию КГМУ и 50-летию фармацевт. фак. — 2016. — Ч. 1. — С. 444–446.

**УДК 616.99:579«2015-2016» (476.2)**

### **ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО САЛЬМОНЕЛЛЕЗУ В РЕЧИЦКОМ РАЙОНЕ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015–2016 гг. ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Протасовицкая Я. В.**

**Научный руководитель: к.б.н., доцент Е. И. Дегтярева**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Сальмонеллезы, получившие название «болезнь цивилизации», распространены настолько широко, что в настоящее время ни в одной стране мира не стоит вопрос об их ликвидации, а говорят только о снижении уровня заболеваемости и ограничении распространения среди основных источников возбудителя инфекции. Наиболее широко распространен в странах с высоким уровнем экономического развития.

Сальмонеллез (*salmonellosis*) — острая инфекционная болезнь, вызываемая бактериями рода *Salmonella* (кроме брюшного тифа и паратифов), попадающими в организм человека с пищевыми продуктами животного происхождения. Название бактерии происходит от имени американского микробиолога Даниеля Сальмона [3].

История возникновения такого заболевания, как сальмонеллез началось в 1880 г. Первый кто обнаружил данный вид бактерий, был К. Эберт. У человека, который погиб от брюшного тифа, обнаружен был возбудитель в лимфоидных узелках подвздошной кишки и селезенке. В 1884 г. была выделена чистая культура данной бактерии, благодаря Г. Гаффки. Годом позже Д.Е. Сальмон и Дж. Т. Смит в эпидемию чумы свиней выделили подобные микроорганизмы.

В начале двадцатого века микроорганизму был присвоен род, который включен в семейство *Enterobacteriaceae* [4].

Источником возбудителей инфекции являются различные животные — крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, куры, утки, гуси, голуби, а также больные и бактерионосители сальмонелл (чаще больные дети, роженицы, персонал лечебных учреждений).

Носительство может продолжаться длительно после перенесенной болезни. Чаще заражение людей происходит алиментарным путем при употреблении в пищу продуктов, в которых содержится большое количество сальмонелл.

### **Цель**

Установление этиологической ситуации сальмонеллеза в Речицком районе в 2015–2016 гг. и сравнение ее с этиологической ситуацией в Гомельской области за аналогичный период. Определение основных направлений профилактики сальмонеллеза.

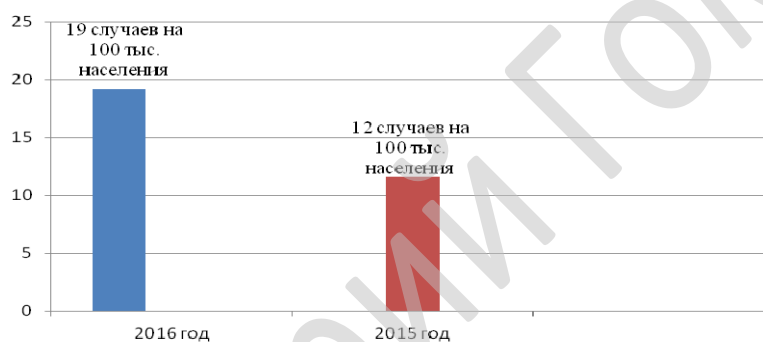
### **Материал и методы исследования**

В работе использованы материалы официальной регистрации заболеваемости сальмонеллезом населения Речицкого района и Гомельской области за период с 2015 по 2016 гг. (ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», ГУ «Речицкий зональный центр гигиены и эпидемиологии») [1, 2].

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В 2016 г. в Речицком районе зарегистрировано 19 случаев заболеваний сальмонеллезом, показатель заболеваемости 19 на 100 тыс. населения (2015 г. — 12 случаев на 100 тыс. населения), при областном показателе — 45,38 (рисунок 1). Отмечается рост заболеваемости по сравнению с 2015 г. на 59,12 %, и ниже среднеобластных показателей в 2,36 раза.

Заболеваемость в 2016 г. носила преимущественно спорадический характер.



**Рисунок 1 — Динамика заболеваемости населения сальмонеллезом в Речицком районе Гомельской области 2015–2016 гг.**

По заболеваемости сальмонеллезом Гомельская область находится на 2 месте в Республике Беларусь.

В 2016 г. выросла заболеваемость сальмонеллезной инфекцией, показатель заболеваемости увеличился с 35,67 (2015 г.) до 45,38 на 100 тыс. населения (рост на 27,2 %). Среди административных территорий рост заболеваемости отмечается в Буда-Кошелевском (на 103 %), Ветковском (на 25,5 %), Добрушском (на 16,5 %), Ельском (в 2,3 раза), Житковичском (на 26,2 %), Калинковичском (на 51,5 %), Октябрьском (в 4 раза), Петриковском (на 106,6 %), **Речицком (на 59,12 %)**, Чечерском (в 4 раза) районах, городах Гомеле (на 54,3 %) и Мозыре (на 21,7 %).

По итогам 2016 г. среди областных центров Республики Беларусь на первом ранговом месте по заболеваемости сальмонеллезом находится г. Гомель, где зарегистрировано 380 случаев заболеваний, показатель заболеваемости (72,12 на 100 тыс. населения) в 1,9 раза превысил республиканский уровень (37,17).

По результатам лабораторной диагностики в Гомельской области от заболевших и носителей в течение 2016 г. было выделено 34 серотипа сальмонелл. В анализируемом году, как и в предыдущем году, доминирующим серотипом остается *S. enteritidis*, удельный вес которого составил 85,4 % (2015 г. — 76,2 %). По сравнению с предыдущим периодом отмечено снижение удельного веса *S. typhimurium* с 12,5 % в 2015 г. до 8,2 % в 2016 г. Прочие серотипы выделены в 4 % случаев (наиболее значимыми были *S. virchow*, *S. infantis*, *S. panama*, *S. derbi*, *S. blegdam*, *S. london*), не типированные сальмонеллы групп С и Д выделены у 1,8 % заболевших, у 0,5 % — диагноз установлен на основании клинической картины.

**Распространение заболевших по месту проживания (город-село).** В эпидемиологический процесс в 90 % случаев вовлечено городское население. Своеобразие эпидемического

процесса заключается в несколько большей частоте поражения городского населения по сравнению сельским, что может быть связано как с большими возможностями заражения на предприятиях общественного питания и при употреблении мясных полуфабрикатов, приобретенных в кулинарных отделах супермаркетов, так и с лучшим выявлением в городах.

*Распространение заболевших по возрасту.* В возрастной структуре заболеваемости сальмонеллезными инфекциями преобладает взрослое население, которое составило 56 %, на долю детей приходится 44 %. Группой риска среди детского населения являются неорганизованные дети ясельного возраста — 42 % среди всех заболевших детей (332,88 на 100 тыс. детей) и организованные дети 3–6 лет — 22 % (93,1) (рисунок 2).

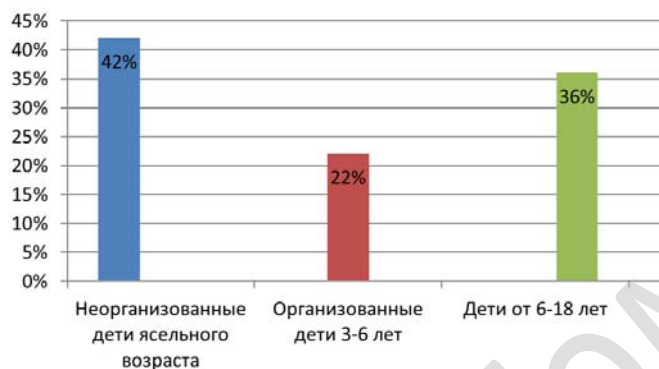


Рисунок 2 — Группы риска среди детского населения

Удельный вес детей до 1 года среди заболевших детей составил 18,5 % (53 ребенка). Показатель заболеваемости сальмонеллезом детей в возрасте до 1 года на 100 тыс. составил 311,71. Возрастной состав болеющих сальмонеллезом различен, но актуальной группой являются неорганизованные дети до 1 года. Это объясняется следующим: высокой восприимчивостью организма малышей к сальмонеллезу, повышенной реактивностью и отсутствием типоспецифического иммунитета среди данной возрастной группы.

*Сезонность.* Сальмонеллез регистрируется на протяжении всего года, но можно выделить летнюю (июнь-август) сезонность. В теплое время года создаются более благоприятные условия для развития механизма передачи возбудителя. При высоких температурах происходит быстрое накопление сальмонелл в окружающей среде, и в первую очередь в инфицированных пищевых продуктах. При комнатной температуре бактерии активно размножаются в пищевых продуктах, особенно мясных и молочных: в тушках птиц более 1 года; в молоке — до 20 дней; в кефире — до 1 мес.; в сливочном масле — до 4 мес.; в сырах яйцах — до 1 года; в пиве — до 2 мес.; в яичном порошке — от 3 до 9 мес.; на яичной скорлупе — от 17 до 24 дней; в воде — до 120 дней; в сырах — до 1 года; в почве — до 18 мес. [3].

По результатам эпидемиологического анализа установлено, что основной путь передачи сальмонеллеза — пищевой. Наиболее высокий удельный вес в факторах передачи составляли в 2016 г. куриные яйца 50 % (все домашние с истекшим сроком годности, хранившиеся при температуре выше 25 °С), мясные продукты — 8 %, молочные продукты — 8 % и другие факторы передачи — 34 %.

Высокая чувствительность детей раннего возраста к небольшим дозам возбудителя предопределяет возможность передачи его среди них не только пищевым, но и так называемым бытовым путем.

*Основные способы профилактики* — ветеринарно-санитарный надзор за убоем скота и обработкой туш; выполнение санитарных правил приготовления, хранения и реализации пищевых продуктов; обследование поступающих на работу на предприятия общественного питания и торговли, детские учреждения.

Необходимо также избегать употребления в пищу парного молока, сырых яиц, правильно обрабатывать игрушки и предметы ухода за детьми, особенно соски. И, конечно, не надо забывать, что мытье рук — наиболее простой и самый действенный способ профилактики сальмонеллеза.

С целью обеззараживания объектов окружающей среды от сальмонелл используют химические дезинфектанты, действующими веществами которых являются спирты, амины, хлор, производные гуанидина, глутаровый альдегид, неионогенные поверхностные вещества и др. Например: «Лизоформин-3000», «Полидез», «Дезомикс-П», «Ультрацид» [4].

Однако на сегодняшний день известны так называемые резидентные (госпитальные) штаммы сальмонелл, отличающиеся множественной устойчивостью к антибиотикам и дезинфектантам.

### **Выводы**

В 2016 г. в Речицком районе зарегистрировано 19 случаев заболеваний сальмонеллезом, показатель заболеваемости 19 на 100 тыс. населения (2015 г. — 12 случаев на 100 тыс. населения), при областном показателе — 45,38, при этом заболеваемость сальмонеллезом носила преимущественно спорадический характер. В эпидемиологический процесс в 90 % случаев вовлечено городское население. Возрастной состав болеющих сальмонеллезом различен, но актуальной группой являются дети до 1 года. Сальмонеллез регистрируется на протяжении всего года, но можно выделить летнюю (июнь-август), сезонность. Наиболее высокий удельный вес в факторах передачи составляли в 2016 г. куриные яйца 50 % (все домашние с истекшим сроком годности, хранившиеся при температуре выше 25 °С), мясные продукты — 8 %, молочные продукты — 8 % и другие факторы передачи — 34 %.

Совершенствование в течение последних лет надзора за рынками города позволило снизить риск реализации недоброкачественной продукции. Активная информационно-образовательная работа среди населения способствовала более требовательному и грамотному отношению жителей города и села к покупке продуктов на предприятиях торговли и рыночных образованиях.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Информационно-аналитический бюллетень «Здоровье населения и окружающая среда г. Речица и Речицкого района за 2012–2016 годы» / под ред. В. М. Поднесенского; ГУ «Речицкий зональный центр гигиены и эпидемиологии». — Речица, 2017. — С. 9–14.
2. Информационно-аналитический бюллетень «Здоровье населения и окружающая среда Гомельской области в 2016 году» / под ред. А. А. Тарасенко; ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». — Гомель, 2017. — Вып. 22. — 65 с.
3. Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача: руководство для врачей всех специальностей / под ред. В. Н. Тимченко, В. В. Левановича. — СПб.: Н-Л, 2011. — С. 420–424.
4. Эпидемиологический процесс и этиологическая структура сальмонеллез в Республике Беларусь / А. М. Дронина [и др.] // Мед. панорама. — 2015. — № 9. — С. 37–42.

**УДК 616.981.49+616.935 (470.61)**

## **МНОГОЛЕТНЯЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ И ШИГЕЛЛЕЗОМ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Резван В. С., Макаренко К. А., Максимов Р. А., Миронов А. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Максимова**

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Ростовский государственный медицинский университет»  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

### **Введение**

В условиях активизации экономического взаимодействия болезни пищевого происхождения выходят на одно из первых мест по значимости. По данным ВОЗ, ежегодно до 30 % населения промышленно развитых стран страдает инфекционными заболеваниями, распространение которых происходит через пищу. Согласно материалам Европейского бюро ВОЗ, в Европейском регионе сальмонеллез стоит на одном из первых мест по значимости среди инфекций, связанных с пищей и борьба с ним определена как главный приоритет [1].

### **Цель**

Явилось изучение особенностей многолетней динамики заболеваемости и этиологической структуры одной из важнейших бактериальных инфекций — сальмонеллеза и шигеллеза за 2006–2015 гг.