

прибыло 6000 врачей и медицинских работников. В ночь землетрясения были развернуты первые полевые госпитали. Эту работу возглавили главный государственный санитарный инспектор СССР Т. Е. Болдырев и главный хирург Советской армии Н. Н. Еланский.

Медицинские пункты были развернуты на площадях из-за отсутствия годных зданий. Работало 12 хирургических бригад военных врачей и 9 гражданских. Раненые подвозились со всех сторон на сборные пункты, развернутые на площадях, непрерывно, несмотря на ночное время. Медицинская помощь производилась в сокращенном объеме, соответственно обстановке

Эвакуация на этот момент проводилась только воздухом на Ташкент и Баку, т.к. железная дорога была разрушена. Туркменское Управление ГВФ через 4 часа после землетрясения сумело направить самолеты с тяжелоранеными в другие города. 7 октября из Ашхабада было эвакуировано военным и гражданским флотом 1294 человека, а 8 октября — 2014 пострадавших. На второй день после катастрофы было полностью восстановлено железнодорожное движение на протяжении всей Ашхабадской железной дороги. 8 октября железнодорожный узел Ашхабада принял 43 поезда. По состоянию на 9 октября из Ашхабада эвакуировали 6226 тяжелораненых, приготовили 6200 коек в лечебных учреждениях, в город прибыло более тысячи медицинских работников. Всего в период с 6 по 26 октября из Ашхабада эвакуировали 8799 человек в другие города СССР. В эвакуации участвовало 120 военных и гражданских самолетов, а с 8 октября — санитарные поезда.

После землетрясения в Ашхабад для организации дела откапывания пострадавших, похорон и поддержания порядка в город прибыли воинские части, а также военновосстановительные бригады. Первыми прибыли воинские части из Марыйского и Кизыл-Аrvatского гарнизонов.

Большинство погибших было отрыто и похоронено в течение 6–7 октября, однако много трупов оставалась под развалинами длительное время. На третий день продолжались раскопки завалов, под которыми еще находилось погибшие люди. Из-за жаркой погоды возникла опасность возникновения эпидемии. Поэтому, воинские части, проводившие сбор и захоронение трупов, производили обеззараживание местности и автомашин. Это позволило не допустить серьезных эпидемических заболеваний в Ашхабаде.

#### **Выводы**

Опыт спасательных работ в Ашхабаде показал, что люди, находившиеся под развалинами 4–5 и даже 10 сут, оставались живыми. Изучением последствий землетрясения занималась специальная сейсмическая экспедиция Академии наук СССР, а также филиалов Академий наук республик. Полученные в ходе изучения последствий Ашхабадского землетрясения материалы послужили основой для развития сейсмических исследований и разработки методов сейсмостойкого строительства всего бывшего СССР.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ашхабадская катастрофа. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.infoabad.com/vs-ot-turkmenistane/-ashhabadskaia-katastrofavot-prishlo-zemletrjasenie.html>. — Дата доступа: 28.02.2016.
2. В Ашхабаде произошло трехбалльное землетрясение. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://nfoabad.com/novosti-turkmenistana/v-ashhabade-proizoshlo-trehbalnoe-zemletrjasenie.html>. — Дата доступа: 20.2.2016.

**УДК 616-002.5-036.22(476.2)**

### **ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ**

*Осипенко Т. А., Акимова Ю. М.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Туберкулез является одной из наиболее актуальных проблем мирового здравоохранения, и здравоохранения Беларуси в частности. Несмотря на увеличение выявляемости ту-

беркулеза, совершенствование методов диагностики, применение комплексного лечения с использованием основных и резервных противотуберкулезных лекарственных препаратов, проведение профилактических мероприятий, эпидемическая ситуация остается напряженной.

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь характеризуется как стабильная и контролируемая. Но при этом сохраняется высокий уровень распространенности туберкулеза, наблюдается рост количества случаев мультирезистентного (МЛУ-ТБ) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза [1, 2]. На протяжении многих лет самые плохие показатели регистрируются в Гомельской области [1, 2, 3].

### ***Цель***

Изучение и оценка эпидемической обстановки по туберкулезу в Гомельской области за временной промежуток с 2005 по 2015 гг.

### ***Материал и методы исследования***

Проанализированы основные эпидемиологические показатели отчетных документов Гомельской областной туберкулезной клинической больницы за 2005–2015 гг. Основными показателями, характеризующими эпидобстановку, являются: заболеваемость (первичная и общая), заболеваемость туберкулезом органов дыхания, детская заболеваемость, рецидивирование туберкулеза, удельный вес бактериовыделителей и пациентов с МЛУ-ТБ, сочетание ВИЧ-инфекции и туберкулеза, смертность от туберкулеза. По данным показателям оценивается работа противотуберкулезной службы Гомельской области, а также определяются приоритетные направления для дальнейшей ее деятельности.

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

В 90-е годы прошлого века нестабильная ситуация в экономике страны, снижение жизненного уровня людей, появление безработных и бомжей, Чернобыльская катастрофа, рост алкоголизма, преступности и ряд других факторов не могли не сказаться на эпидемиологии туберкулеза. В 1995 г. в Гомельской области сложилась крайне неблагоприятная обстановка по туберкулезу, где уровень заболеваемости достиг 77,7 на 100 тыс. Смертность в эти годы составляла 4,6–6,9 на 100 тыс., с тенденцией к росту [3].

Учитывая актуальность проблемы, в 2000 г. в Республике Беларусь была утверждена первая Государственная программа «Туберкулез» на 2000–2002 гг. Вторая программа действовала в течение 2005–2009 гг. Результатом стало внедрение в практику основных компонентов стратегии DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course — лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением), что позволило улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в республике в целом, и в Гомельской области в частности [1, 4].

Первичная заболеваемость населения учитывает все новые случаи заболевания туберкулезом. В 2005 г. в области она составила 62,5 на 100 тыс. населения, что на 24 % меньше, чем в 1995 г. За последние 10 лет этот показатель стабильно снижался, достигнув к 2015 г. 44,2 на 100 тыс. населения. Учитывая, что источником туберкулезной инфекции являются люди, больные туберкулезом органов дыхания, показатель заболеваемости ТОД также характеризует эпидемическую ситуацию по туберкулезу. В 2005 г. заболеваемость туберкулезом органов дыхания составила 58 на 100 тыс. населения, снизившись до 40,9 в 2015 г.

Показатель заболеваемости туберкулезом детей является очень чутким индикатором общей эпидемиологической обстановки. Детская заболеваемость также неуклонно снижается: если в 2005 г. этот показатель составил 7 на 100 тыс. детского населения, то в 2015 г. снизился до 3,4 (более чем в 2 раза).

На благополучие обстановки по туберкулезу указывает также размер «бациллярного массива», т. е. контингент пациентов с бактериовыделением. За исследуемый период удельный вес бактериовыделителей вырос с 36 % в 2005 г. до 65,8 % в 2015 г. Это произошло за счет внедрения новых «быстрых» методов обнаружения микобактерий в рамках третьей Государственной программы «Туберкулез» (2010–2014 гг.) и улучшения выявляемости.

С 2009 г. в республике началось наступление на МЛУ-ТБ. В Гомельской области в 2009 г. среди новых случаев туберкулеза с бактериовыделением зарегистрировано 10,7 % МЛУ-ТБ. В последующие годы этот показатель увеличивался, достигнув максимального

значения в 2015 г. (38,9 %). В несколько раз этот показатель выше среди лиц, которые ранее лечились по поводу туберкулеза В 2009 г. таких насчитывалось 16 %, а в 2014 г. — уже 68,5 %.

Еще одним проблемным показателем является удельный вес ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди впервые выявленных пациентов. И в этом случае Гомельская область также «лидирует». Количество случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза неуклонно увеличивается. Если в 2005 г. этот показатель составлял 6,7 %, то в 2014 г. — 16,2 %. Некоторое снижение впервые произошло в 2015 г. (11,3 %).

Показатель смертности, являющийся одним из самых информативных для оценки эпидемиологической обстановки, с 2005 по 2007 гг. увеличился с 11,6 на 100 тыс. населения до 15,6. Затем с 2008 г. наметилась тенденция по снижению уровня смертности. И в 2015 г. смертность составила 5,2 на 100 тыс. населения. Это самый низкий уровень за весь период исследования.

### **Выводы**

Туберкулез продолжает оставаться актуальной проблемой здравоохранения в Гомельской области, однако проанализировав эпидемиологические данные, можно проследить тенденцию к снижению распространения, заболеваемости, а также смертности от туберкулеза. Необходимо дальше разрабатывать методики по предупреждению распространения данной инфекции, лечению и профилактике.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Г. Л. Гуревич [и др.] // Туберкулез современного периода: Материалы Международной научно-практической конференции «Современные медицинские технологии в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении пациентов с туберкулезом» (г. Минск, 7–8 июня 2012 года) / ред. кол.: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.]. — Минск, 2012. — С. 19–26.

2. Современные аспекты туберкулеза в республике Беларусь / Г. Л. Гуревич [и др.] // ВИЧ-ассоциированный туберкулез: Материалы международной научно-практической конференции «ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты» (г. Гродно, 29–30 октября 2015 года) / ред. кол.: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.]. — Гродно, 2015. — С. 18–20.

3. *Ильюшкин, Н. А.* Организация и эффективность противотуберкулезной помощи в Гомельской области после аварии на Чернобыльской АЭС / Н. А. Ильюшкин // Материалы пленума республиканского научного общества фтизиатров. — Гомель, 1997. — С. 19–29.

4. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрыгина [и др.] // Туб. и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.

**УДК 615.281. [616.15+616.36-002.2]**

## **НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ СО СТОРОНЫ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

*Осипенок Д. Ю., Шуляк Ж. В.*

**Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. И. Михайлова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) во всем мире хроническим гепатитом С (ХГС) страдают 130–150 млн человек. Ежегодно от связанных с гепатитом С болезней печени умирает примерно 500 тыс. человек. Целесообразность проведения противовирусной терапии (ПВТ) на различных стадиях ХГС является обоснованной, так при остром гепатите С предотвращается хронизация процесса; при хроническом гепатите С — формирование цирротической стадии; при циррозе печени — его декомпенсация, развитие гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) [1].

На сегодняшний день основным этиотропным методом лечения больных ХГС является комбинированная ПВТ стандартным или пегилированным интерфероном в сочетании с ри-