

4. Мамчиц, Л. П. Создание безбарьерной среды для людей с ограниченными физическими возможностями / Л. П. Мамчиц, В. А. Дегтярёв // Сборник статей Республиканского науч.-практ. семинара по актуальным проблемам медицинской реабилитации. — Минск, 2008. — С. 66–68.

5. Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов».

УДК 616.98:576,851,232:316

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Мамчиц Л. П., Квика М. Ф.

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

Менингококковая инфекция с характерной для нее тяжестью течения, высокой летальностью, инвалидизацией и вовлечением в эпидемический процесс детей раннего возраста по-прежнему остается одной из актуальных проблем здравоохранения страны и в мире [1, 2, 5]. Для менингококковой инфекции характерны убиквитарность, периодичность, определенное возрастное распределение, очаговость и носительство. Распространенность носительства не всегда позволяет прогнозировать подъем заболеваемости [2, 3, 4].

Менингококки являются основной причиной менингита и быстро развивающейся септицемии и представляют собой проблему общественного здравоохранения в большинстве стран. Каждый год регистрируется около 500 тыс. заболеваний в мире и 50 тыс. смертельных исходов. В странах с высокой рождаемостью и плотностью населения заболеваемость, как правило, выше. Постоянно высокая заболеваемость (до 500 на 100 тыс. населения) регистрируется в странах Экваториальной Африки, входящих в так называемую зону менингитного пояса. Факторами, способствующими высокой заболеваемости, являются сухой климат, запыленность воздуха, плохие условия жизни, демографическая ситуация, иммунодефицитные состояния [4].

Цель работы

Сравнительная оценка эпидемической ситуации по менингококковой инфекции в разных социальных условиях на примере Республики Беларусь и Сирийской Арабской Республики (САР).

Материал и методы исследования

Материалом для эпидемиологического анализа заболеваемости менингококковой инфекцией и изучения ее географического распространения явились данные официальной регистрации о случаях этих заболеваний, зарегистрированных в Беларуси и САР, данные РУП «Вычислительный центр Главного статистического управления» о смертности от менингококковой инфекции.

Изучение проявлений эпидемического процесса менингококковой инфекции проводилось на основе ретроспективного анализа заболеваемости населения за анализируемый период 2000–2012 гг. по следующим основным параметрам: уровень, многолетняя и годовая динамика заболеваемости, интенсивность эпидемического процесса на различных территориях и в разных социально-возрастных группах, смертность и летальность. При обработке материала использовали статистический пакет компьютерных программ «Microsoft Excel», «Microsoft Word», «Statistica» 6.0.

Уровни общей заболеваемости, смертности в отдельных группах населения оценивали по показателям заболеваемости, рассчитанным на 100 тыс. населения соответствующей группы. При изучении многолетней динамики заболеваемости населения ме-

нингококковой инфекцией для оценки роли постоянно действующих факторов определяли многолетнюю эпидемическую тенденцию. Достоверность тенденции оценивали по распределению Пуассона. Годовую динамику заболеваемости менингококковой инфекции анализировали по типовым кривым, групповым кривым (за годы эпидемического благополучия и не благополучия) в каждом из периодов и индивидуальным кривым.

Результаты и обсуждение

Многолетняя динамика заболеваемости менингококковой инфекцией населения Республики Беларусь за 2000–2012 гг. характеризовалась неравномерным распределением. Заболеваемость менингококковой инфекцией населения находилась в пределах 1,2–3,6 на 100 тыс. населения. Среднемноголетний показатель составил 2,2 на 100 тыс. населения. В пределах указанного диапазона изменения годовых показателей заболеваемости характеризовались относительно прямолинейной зависимостью, что выразилось в умеренной тенденции к снижению со среднегодовым темпом прироста — 3,7 % (рисунок 1).



Рисунок 1 — Многолетняя динамика заболеваемости менингококковой инфекцией в Республике Беларусь и Сирийской Арабской Республике

Минимальный уровень заболеваемости за указанный период зарегистрирован в 2012 г. и составил 1,2 на 100 тыс. населения, максимальный — отмечен в 2000 г. и достигал 3,6 на 100 тыс. населения. За последние 5 лет (2008–2012 гг.) показатели заболеваемости снизились в 2,5 раза и составили 1,2–2,2 на 100 тыс. населения. Показатели заболеваемости населения САР выше более чем в 2 раза, среднемноголетний уровень заболеваемости составил 4,0 на 100 тыс. населения. Высокую заболеваемость можно объяснить влиянием таких социальных условий, как высокая плотность населения, высокая рождаемость, труднодоступность оказания медицинской помощи (рисунок 2).

Эпидемический процесс менингококковой инфекции развивался под преимущественным влиянием комплекса постоянно действующих социальных факторов (численность населения, численность детского населения, количество детских коллективов и др.), которые и определяли неравномерность территориального распределения заболеваемости менингококковой инфекцией, структуру заболеваемости, особенности многолетней и годовой динамики.

Городские жители чаще в 1,7 раза вовлекались в эпидемический процесс, в САР высокий удельный вес сельских жителей.

Возрастной группой риска были дети 0–3 лет, их удельный вес в общей структуре детской заболеваемости составлял от 46,2 до 76,9 %. В САР также наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются в возрастной группе до 5 лет (рисунок 2).

В нашей стране возрос удельный вес менингококцемии за последние 5 лет до 76,9 % (за предыдущий период 2002–2007 гг. он не превышал 34,5 %), что свидетельствует об утяжелении течения данной группы инфекции.

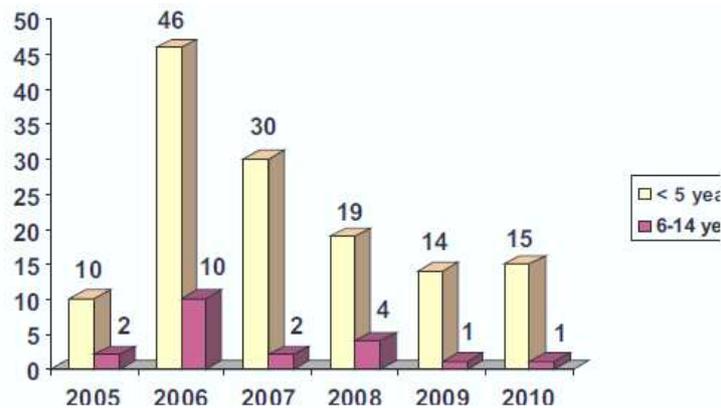


Рисунок 2 — Распределение заболеваемости менингококковой инфекцией среди детского населения в САР

Структура клинических форм менингококковой инфекции у заболевших характеризовалась преобладанием ГФМИ, в 2001–2012 годах до 92,8 и 96,5 % соответственно (рисунок 3).



Рисунок 3 — Структура клинических форм менингококковой инфекции по среднемноголетним данным

Среди выделенных культур от заболевших в РБ преобладали менингококки серогруппы В, их удельный вес составлял в среднем 28,9 %. В САР основными возбудителями являются менингококки типов А, С, У, W 135.

Соотношение количества выявленных носителей и больных составляло от 1:0,2 в 2011 году до 1:8 в 2008 г. Уровень носительства находился в пределах от 0,11 до 4,5 на 1000 обследованных. Такой уровень носительства характерен для спорадической заболеваемости среди населения. Наибольшая частота распространения носительства отмечалась в возрастных группах 3–6 лет и 15–19 лет.

При анализе летальных случаев от менингококковой инфекции установлено, что за период 2007–2012 гг. было зарегистрировано 96 летальных случаев в стране, показатель летальности составил 9,7 % от общего числа заболевших. Летальность от менингококковой инфекции в САР при не лечении менингококкового менингита достигает 50 %, а при эффективной терапии — снижается до 10 %. Летальные исходы чаще встречались у лиц мужского пола, чем у женщин (61,5 и 38,5 % соответственно). В САР заболеваемость и летальность также выше у мужчин (рисунок 4).

Различием в профилактических мероприятиях в двух странах является проведение вакцинации в САР при менингококковой инфекции только при эндемиях (более 5 случаев на 100 тыс. населения).



Рисунок 4 — Летальные исходы от менингококковой инфекции у мужчин и женщин в CAP

Вакцинация контактирующих с больными лиц нецелесообразна. Обязательная вакцинация проводится по отношению к паломникам, лицам, выезжающим к эндемическим зонам, ученикам первых классов начальных школ, новобранцам. Ныне (2011 г.) имеется в наличии комбинированная вакцина против штаммов А, С, У и W 135, которая входит в национальную программу вакцинации (календарь вакцин), продолжительность ее действия более 5 лет. Она также снижает риск фарингального менингококкового носительства.

Заключение

С целью совершенствования профилактики менингококковой инфекции необходимо продумать вопрос о целесообразности применения вакцинации в Республике Беларусь, а также активизировать санитарно-просветительную работу в социально-значимых учреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов, И. А. Менингококковая инфекция: лекция / И. А. Карпов // Здоровоохранение. — 2010. — № 2. — С. 47–50.
2. Костюкова, Н. Н. Бактерионосительство как форма персистенции менингококков / Н. Н. Костюкова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2009. — № 4. — С. 8–12.
3. Тагаченкова, Т. А. Менингококковое носительство в очагах менингококковой инфекции / Т. А. Тагаченкова, И. С. Королева // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2009. — № 4. — С. 6–10.
4. Титов, Л. П. Менингококковая инфекция: современное состояние проблемы / Л. П. Титов // Здоровоохранение. — 2010. — № 12. — С. 15–23.
5. Сирийский эпидемиологический бюллетень с 2007 по 2012 гг. МЗ CAP.

УДК 616.13-089:612.115.35

ИЗМЕНЕНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ВВЕДЕНИИ ГЕПАРИНА С УЧЕТОМ МАССЫ ТЕЛА ПАЦИЕНТА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Марочков А. В., Осипенко Д. В.

**Учреждение здравоохранения
«Могилевская областная больница»
г. Могилев, Республика Беларусь**

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

Введение

В настоящее время не существует общепринятых рекомендаций по дозированию и контролю за действием нефракционированного гепарина (НФГ) у пациентов при оперативных вмешательствах в сосудистой хирургии [1]. Используются как фиксированные