

ставил 583,74 0/0000 Эпидемически благополучные годы — 1998, 1999, 2001–2004, 2008 среднемноголетний показатель составил 461,48⁰/0000.

В течение 1997–2009 гг. среди населения Гомельской области суммарно было зарегистрировано 102105 случаев заболевания ветряной оспой, наиболее часто в эпидемический процесс вовлекались дети (94 %). Среди детей чаще всего заболеваемость регистрировалась в возрасте 3–6 лет, и составляет 64 % от всего заболевшего детского населения (суммарно 61 532 случаев). 87 % заболевших ветрянкой проживают в городах.

Сезонный подъем отмечается в зимне-весенний период, с января по апрель. Максимум заболеваний приходится на январь месяц и составляет в среднем 80,9⁰/0000; минимальный уровень заболеваемости регистрируется в августе –14,431⁰/0000, среднегодовой уровень заболеваемости составил 44,6⁰/0000.

Максимальное число заболеваний на 100 тыс. населения (522,2–690,2) было зарегистрировано в Жлобинском, Лоевском, Светлогорском, Хойницком районах. Сюда же относятся г. Гомель и г. Мозырь, уровень заболеваемости в которых и определяет общую тенденцию заболеваемости в области. Вклад г. Гомеля колебался от 35,9 до 47,3 % заболеваемости по области в целом, вклад г. Мозыря 5,4–18,4 %. Высокая заболеваемость также отмечалась также в Брагинском, Буда-Кошелевском, Калинковичском, Рогачевском, Чечерском районах (3-й квартиль, 428,6–517,9⁰/0000).

На оставшихся административных территориях отмечался средний и низкий уровень заболеваемости ветряной оспой, однако соотношение детей к взрослому населению было примерно одинаковым по сравнению с районами с высокой заболеваемостью (17,1 и 16,3 % соответственно). В сельской местности ветряная оспа регистрировалась в 1,5 раза реже, чем по области в целом.

Выводы

Заболеваемость ветряной оспой в области находится на высоком уровне и характеризуется тенденцией к умеренному росту. Проявления эпидемического процесса в крупных городах отражают таковые по области в целом. В группу риска входят дети 3–6-ти лет, проживающие в крупных городах, сезонный подъем отмечается с января по апрель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемиологическая диагностика: учебное пособие. / Г. Н. Чистенко [и др]; под общ. ред Г. Н. Чистенко. — Мн., 2007. — 148 с.
2. Эпидемиология. Противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных болезней: учебное пособие / Г. Н. Чистенко под общ. ред Г. Н. Чистенко. — Мн: Новое знание, 2007. — 365 с.
3. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / Покровский В. И [и др]. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 816 с.

УДК 616.94:616-006.446-073-071-036.

ПРОКАЛЬЦИТОНИН В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА

Логинова О. П.

**Научные руководители: д.м.н., профессор И. А. Новикова,
к.б.н. Н. И. Шевченко**

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

У больных, находящихся в критическом состоянии с клиническими признаками системного воспаления, сепсис трудно отличить от других неинфекционных синдро-

мов. Инфекционные осложнения и, в частности, сепсис являются одной из главных причин смертности больных с онкогематологическими заболеваниями [1]. Не вызывает сомнений и тот факт, что высокая смертность от сепсиса во многом обусловлена его поздней диагностикой и неэффективным мониторингом проводимого лечения [2, 3]. В связи с этим требуется использование совершенных и надежных маркеров для дифференциальной диагностики системной воспалительной реакции, осложнений от применяемой цитостатической терапии и транзиторной бактериемии.

Цель работы: анализ возможности применения теста на прокальцитонин для дифференциальной диагностики между транзиторной бактериемией и системным воспалительным ответом.

Материалы и методы

Обследовано 580 пациентов с онкологическими заболеваниями крови, имеющих клинические признаки инфекции (гипертермия, лейкоцитоз или лейкопения, увеличение ЧСС, увеличение частоты дыхания). Уровень прокальцитонина (PCT) определялся в сыворотке крови. Определение уровня PCT осуществлялось на иммунологическом анализаторе VIDAS фирмы bioMerieux (Франция). Параллельно с определением PCT проводился посев крови на стерильность. Для первичной инкубации использовалась автоматизированная система длительного мониторинга BacT/ALERT 3D (bioMerieux, Франция). Посев крови осуществлялся во флаконы со стандартизированной средой, содержащей активированный уголь для поглощения антибиотиков.

Статистическая обработка производилась с помощью пакета программ «Statistica 6.0». Достоверность различия частоты встречаемости признака анализировали при помощи χ^2 — критерия Пирсона в таблицах 2×2. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Бактериemia зарегистрирована у 67 (11,6 %) обследованных пациентов. Уровень прокальцитонина колебался от 0,05 нг/мл до 74,48 нг/мл. Согласно контрольным диапазонам концентрации PCT в сыворотке крови [4], пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты с уровнем прокальцитонина $< 0,5$ нг/мл — 366 человек, вторую — пациенты с уровнем PCT $0,06 - > 2$ нг/мл — 214 человек. В первой группе бактериemia зарегистрирована в 20 (19,8 %) случаях. В связи с тем, что концентрации PCT в данной группе повышена незначительно это может свидетельствовать о наличии локального воспаления, либо о транзиторной бактериемии. Возможно гипертермия, увеличение ЧСС у пациентов этой группы имеют неинфекционное происхождение, в частности, являются побочными реакциями на применение цитостатических препаратов. Во второй группе пациентов бактериemia зарегистрирована в 47 (70,2 %) случаях. Различие в частоте выявления бактериемии статистически значимы ($p < 0,0001$). Данный факт указывает на то, что у пациентов этой группы имеет место синдром системного воспалительного ответа инфекционного генеза (бактериального, грибкового), дальнейшие наблюдения за этими пациентами подтвердили это предположение.

Таким образом, определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови можно рекомендовать для дифференциальной диагностики системного воспалительного процесса, транзиторной бактериемии и побочных эффектов на введение цитостатических препаратов у онкогематологических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцев, А. Г. Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкогематологических заболеваниях: руководство для врачей / А. Г. Румянцев, А. А. Масчан, Е. В. Самочатова. — М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2006. — 379 с.
2. Сепсис: Клинико-патофизиологические аспекты интенсивной терапии / В. В. Мороз [и др.] // «ИнтелТек». — Петрозаводск, 2004. — 291 с.
3. Белобородова, Н. В. Поиск «идеального» биомаркера бактериальных инфекций / Н. В. Белобородова, Д. А. Попов // Клиническая анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 3. — С. 30–39.
4. Meisner, M. Procalcitonin — a new, innovative infection parameter / M. Meisner // Berlin: Brahm's Diagnostica. — 1996. — P. 3–41.