

Таким образом, доказательная медицина позволяет врачу проанализировать полученную информацию, сопоставить данные литературных источников с результатами собственных научных исследований, выбрать наиболее оптимальное решение проблемы. Принципы доказательной медицины применимы в любой области медицинской науки и практики здравоохранения.

Литература

1. Власов, В.В. Эпидемиология: учеб. пособие для вузов / В.В. Власов // — 3- изд. Испр. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 464 с.
2. Далматов В.В., Стасенко В.Л. Тенденции развития отечественной эпидемиологии / В.В. Далматов, В.Л. Стасенко // Достижения эпидемиологии в XX веке. XXI. Взгляд в будущее: Материалы международной конференции. — Санкт-Петербург, ноябрь 2001. — С.35–37.
3. Чистенко, Г.Н. Современная эпидемиология в свете доказательной медицины / Г.Н. Чистенко, М.И. Римжа // Совершенствование осуществления государственного санитарного надзора в Республике Беларусь: материалы XI съезда гигиенистов и эпидемиологов. — Минск, 2007. — С.14–22.
4. Гринхальт, Т. Основы доказательной медицины: пер. с англ. / под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 288 с.

**СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ
МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Мамчиц Л.П., Квика М.Ф.

*УО «Гомельский государственный
медицинский университет», г. Гомель, Беларусь*

Менингококковая инфекция по-прежнему, остается одной из актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Для менингококковой инфекции характерны убиквитарность, периодичность, определенное возрастное распределение, очаговость и носительство; последнее свойство не позволяет прогнозировать подъем заболеваемости [1].

Величина экономических потерь, наносимых инфекционной болезнью, является основным индикатором ее значимости. На протяжении последних 10 лет экономический ущерб от менингококковой инфекции возрастает в основном за счет затрат на стационарное лечение. Так, например, в России экономический ущерб от 1 случая менингококковой инфекции возрос в 10 раз, с 17 тыс. руб. в 1999 году до 180,3 тыс. руб. в 2010 году [2].

Менингококк является основным этиологическим фактором менингита и быстро развивающейся септицемии и представляет собой проблему общественного здравоохранения в большинстве стран. Каждый год в мире регистрируется около 500 тыс. случаев заболеваний и 25 тыс. смертельных исходов от менингококковой инфекции.

Менингококковая инфекция регистрируется на

всех континентах в виде спорадической, групповой и эпидемической заболеваемости. Уровень заболеваемости в разных странах колеблется в широких пределах — от нескольких случаев до сотен на 100 тыс. населения. Факторами, способствующими высокой заболеваемости, являются сухой климат, запыленность воздуха, плохие условия жизни, демографическая ситуация, иммунодефицитные состояния [3, 4].

Менингококки группы А, В и С вызывают большинство случаев болезни и смерти. Серогруппа А является причиной крупных эпидемий в мире. В 1980–90-х годах менингококки серогруппы С комплекса ET-37 стали причиной эпидемий в Австралии, Канаде, США, а также в некоторых европейских странах, поражая детей и подростков. В последние 20 лет эпидемии серогруппы В имели место в странах Европы, Новой Зеландии и Латинской Америки [5].

Цель работы: выявление наиболее существенных и устойчивых закономерностей в механизме развития и проявлениях эпидемического процесса менингококковой инфекции в Республике Беларусь в современных условиях.

Материалы и методы исследования: Материал для исследования включало официальные данные учета заболеваемости менингококковой инфекции за период 2000–2012 гг. населения Республики Беларусь, использованы для анализа методы эпидемиологической диагностики. Материалы обработаны с использованием статистического пакета компьютерной программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение: в Республике Беларусь за 2000–2012 годы наблюдалась тенденция к снижению заболеваемости менингококковой инфекцией со среднегодовым темпом прироста 3,7%.

Если за 1998–2001 годы заболеваемость менингококковой инфекцией населения страны находилась на уровне 3,4–2,9 случаев на 100 тыс. населения, то за последние 5 лет (2008–2012 гг.) показатели заболеваемости снизились в 2,2–2,5 раза и составили 1,2–2,18 на 100 тыс. населения.

Среднегодовой показатель составил 2,2 на 100 тыс. населения. Минимальный уровень заболеваемости зарегистрирован в 2012 году и составил 1,2 на 100 тыс. населения, максимальный отмечен в 2000 году и достигал 3,6 на 100 тыс. населения.

Эпидемический процесс менингококковой инфекцией 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 динамики.

Городские жители в 1,7 раза чаще вовлекались в эпидемический процесс. Возрастной группой риска были дети 0–3 лет, их удельный вес в общей структуре детской заболеваемости составлял от 46,2% до 76,9%.

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

Структура клинических форм менингококковой инфекции у заболевших характеризовалась преобладанием ГФМИ, в 2001–2012 годах до 92,8–96,5%.

Среди выделенных культур от заболевших в РБ преобладали менингококки серогруппы В, их удельный вес составлял в среднем 28,9%.

Соотношение количества выявленных носителей и больных составляло от 1:0,2 в 2011 году до 1:8 в 2008 году. 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.

За период 2007–2012 гг. было зарегистрировано 96 летальных случаев в стране, показатель летальности составил 9,7% от общего числа заболевших. За исследуемый период наблюдалась умеренная тенденция к снижению смертности от менингококковой инфекции (темпы прироста -3%). Летальные исходы чаще встречались у лиц мужского пола, чем у женщин (61,5% и 38,5% соответственно).

В 2013 году только за первое полугодие было зарегистрировано 10 летальных исходов из 69 заболевших менингококковой инфекцией.

Заключение: высокая летальность, утяжеление течения заболеваний, вовлечение в эпидемический процесс детей раннего возраста требуют активизации информационно-образовательной работы в средствах массовой информации по менингококковой инфекции. При проведении семинаров с врачами-специалистами необходимо акцентировать внимание на проявление эпидемиологической настороженности по отношению к менингококковой инфекции при обращении лиц с диагнозом «грипп», «ОРИ», с подозрением на менингококковую инфекцию; своевременное оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе и немедленную госпитализацию больных в случае выявления заболевания менингококковой инфекцией с обязательным бактериологическим обследованием.

Литература

1. Карпов, И. А. Менингококковая инфекция: лекция // Здравоохранение. — 2010. — №2. — С.47–50.
2. Шаханина, И.Л. Экономическая значимость менингококковой инфекции в современной России / И.Л. Шаханина // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2009. — №4. — С.4–5.
3. Титов, Л. П. Менингококковая инфекция: современное состояние проблемы // Здравоохранение. — 2010. — №12. — С.15–23.
4. Костюкова, Н. Н. Бактерионосительство как форма персистенции менингококков // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2009. — №4. — С.8–12.
5. Информационный бюллетень ВОЗ, 2012. [www: http://whodc.mednet.ru/rus/](http://whodc.mednet.ru/rus/).

КОРРЕКЦИЯ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Мартынов В.А., Жданович А.Г., Карасева Е.А., Агеева К.А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Рязань, Россия

Актуальность. Проблема этиотропного лечения хронического вирусного гепатита С (ХВГС), несмотря на большое количество исследований, по-прежнему остается актуальной и до конца не решена. Широкое применение противовирусной терапии (ПВТ) ограничивает высокая стоимость препаратов и большое количество побочных эффектов (ПЭ), которые требуют своевременной диагностики и коррекции лечения.

Целью проведения этиотропной терапии ХВГС является подавление вирусной репликации, эрадикация вируса из организма и, соответственно, прекращение инфекционного процесса. Даже отсутствие вирусологического эффекта при специфической терапии приводит к замедлению прогрессирования заболевания, стабилизации или регрессии патологических изменений в печени, предупреждению формирования цирроза печени и первичной гепатоцеллюлярной карциномы, что в свою очередь повышает качество жизни.

«Золотым стандартом» терапии ХВГС является комбинация пегилированного интерферона и рибавирина [3, 4].

Оценку эффективности специфического лечения осуществляют на основании следующих критериев: вирусологического (исчезновение рибонуклеиновой кислоты (РНК) вируса из сыворотки крови); биохимического (стойкая нормализация уровня ферментов печени); морфологического (уменьшение индекса гистологической активности и стадии фиброза).

В целом, около 5% больных вынуждены отказаться от специфического противовирусного лечения на начальном этапе лечения из-за многочисленных ПЭ, а 20% не доводят его до конца [1, 3].

ПЭ интерферона (ИФН) и рибавирина иногда вынуждают временно или постоянно снижать их дозы, или отменять препараты. Некоторыми исследователями показано, что для достижения устойчивого вирусологического ответа (УВО) необходимо получение пациентами не менее 2/3 дозы ИФН и рибавирина, поэтому эффективность комбинированной ПВТ (КПВТ) напрямую зависит от наличия ПЭ и возможностью их коррекции [2].

Некоторые ПЭ не требуют медикаментозной терапии, так как носят легкий или среднетяжелый характер, другие — тяжелый и угрожающий жизни характер, когда необходима специфическая коррекция. Как правило, большинство ПЭ полностью исчезает после окончания противовирусной терапии без применения симптоматической терапии.