

Цель

Определить частоту различных фиброзных изменений печени по данным ультразвуковой эластографии по гендерно-возрастному признаку.

Материал и методы исследования

Ультразвуковая сдвиговолновая эластография печени выполнялась у пациентов с подозрением на хронические заболевания печени с помощью аппарата HITACHI/ALOKA Agietta 70. Было обследовано 266 мужчин и 145 женщин. Информация о результатах исследования взята из базы данных медицинского центра «Белсоно». Статистическая обработка проведена при помощи программы «IBM SPSS Statistics 23». Методы анализа — сравнение независимых выборок, частотный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении ультразвуковой сдвиговолновой эластографии печени 55,6 % (87 мужчин) имели фиброзные изменения печени степени F-1; 28 % (73) — F-2; 17 % (45) — F-3; 22 % (58) — F-4.

Среди женщин 37 % (54 женщины) имели фиброзные изменения печени степени F-1; 21 % (31) — F-2; 16 % (23) — F-3; 26 % (37) — F-4. При сравнении частоты встречаемости различных степеней фиброза у мужчин и женщин статистически значимых отличий выявлено не было.

Среди мужчин до 40 лет фиброзные изменения печени F-1 регистрировались у 22 (39 %) мужчин; F-2 — у 20 (36 %) мужчин; F-3 — у 7 (12 %) мужчин; F-4 — у 7 (13 %) мужчины. В группе мужчин после 40 лет фиброзные изменения печени F-1 обнаруживались у 64 (31 %) мужчин, F-2 — у 55 (26 %) мужчин, F-3 — у 38 (18 %) мужчин, F-4 — у 51 (25 %) мужчин.

В группе женщин до 40 лет была выявлена следующая структура степеней фиброзных изменений печени: F-1 — 11 (65 %) женщины; F-2 — 3 (17 %) женщины; F-3 — 1 (6 %) женщина; F-4 — 2 (12 %) женщины.

После 40 лет встречались следующие степени фиброза у женщин: F-1 — 43 (34 %) женщины; F-2 — 28 (22 %) женщин; F-3 — 22 (17 %) женщины; F-4 — 35 (27 %) женщин.

У женщин до 40 лет степень фиброза F-1 встречается чаще, чем у женщин в возрасте после 40 лет ($\chi^2_{1,2} = 2,22$; $p < 0,05$).

Выводы

В группе женщин степени фиброза F-1 встречается чаще у женщин в возрасте до 40 лет. С увеличением возраста как у мужчин, так и женщин частота продвинутых стадий фиброза (F-3, F-4) возрастает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фиброз печени: современные принципы диагностики / А. К. Дуда [и др.] // Актуальная инфектология. — 2014. — № 3(4). — С. 59.
2. Скуратов, А. Г. Ультразвуковая эластография для неинвазивной оценки цирроза печени и портальной гипертензии / А. Г. Скуратов, А. Н. Лызлова, С. В. Свиридунов // Проблемы здоровья и экологии. — 2017. - № 3 (53). — С. 105.
3. Фиброз печени: современные принципы диагностики / Дуда А.К., Окружнов Н.В., Бойко В.А., Трихлёв В.И. // Актуальная инфектология. — 2014. - №3(4) — С. 61.

УДК 616.2-002-22(476.2) «2014/2018»

ЗНАЧИМОСТЬ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В Г. ГОМЕЛЕ И ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2014 ПО 2018 ГГ.

Ястремский М. А., Лызлова Д. М.

Научный руководитель: ассистент кафедры А. Л. Свентицкая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Республика Беларусь, г. Гомель

Введение

В настоящее время острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) остаются одними из самых неконтролируемых инфекций вследствие широкого спектра возбу-

телей, высокой контагиозности, отсутствия для большинства из них вакцинопрофилактики, а также формирующейся резистентности к лекарственным препаратам [2]. Проблема заболеваемости ОРВИ чрезвычайно актуальна в настоящее время и стоит на первом месте среди острых инфекций (до 90 % всех случаев инфекционных заболеваний). Она определяет чрезвычайно высокий уровень заболеваемости, который ассоциирован с высокими экономическими потерями в связи с вовлечением в эпидемический процесс работоспособного населения. Также, важное значение имеет развитие осложнений, особенно в раннем детском и старческом возрасте, непродолжительный иммунитет, определяющий повторные случаи болезни.

В настоящее время насчитывается более 200 этиологически самостоятельных заболеваний, объединенных в одну группу по двум признакам: единому механизму передачи возбудителя (аэрозольный) и развитию основного патологического процесса в дыхательных путях со сходными клиническими проявлениями (лихорадка, симптомы интоксикации, насморк, заложенность носа, катаральные явления, чихание, кашель). В структуре ОРВИ преобладают *Rhinovirus* (29,57 %), *Coronaviridae* (13,04 %); *Influenzavirus* (13,04 %); *Parainfluenza*, *Human orthopneumovirus*, *Adenoviridae*, *Enterovirus* — по 4,35 %, Метапневмовирус (0,87 %); неустановленной этиологии (26,09%) [3]. Удельный вес вирусов, вызывающих ОРВИ, представлен на рисунке 1. Таким образом, в структуре заболеваемости тройку лидеров занимают риновирусы, коронавирусы и вирус гриппа.

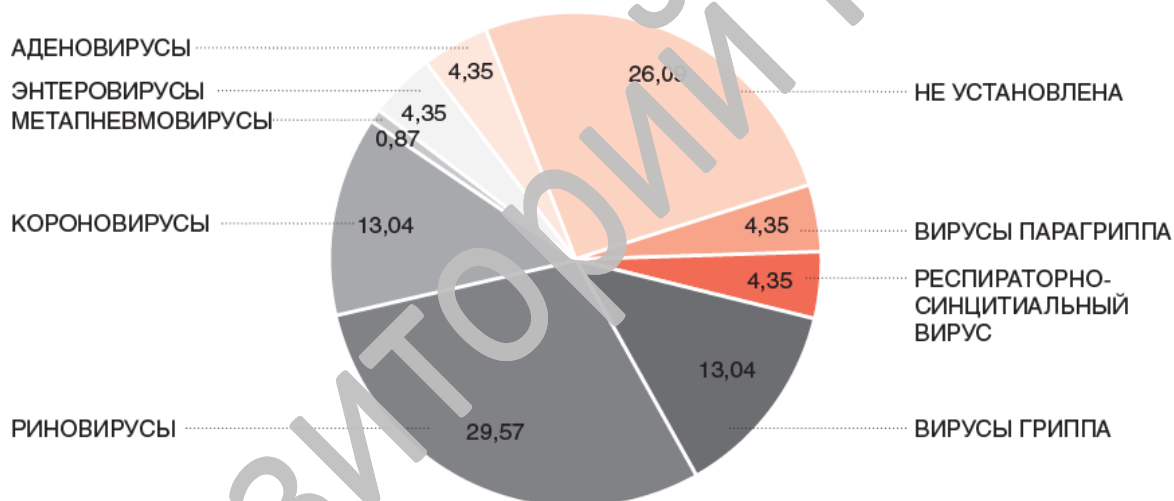


Рисунок 1 — Удельный вес вирусов, вызывающих ОРВИ

Цели

Проанализировать динамику заболеваемости ОРВИ (в т. ч. гриппа) в г. Гомель и Гомельской области с 2014 по 2018 гг.; определить месяцы наибольшей заболеваемости ОРВИ.

Материал и методы исследования

Анализ данных из отдела эпидемиологии ГУ «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии», ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» г. Гомеля за последние 5 лет (период с 2014 по 2018 гг.) с помощью статистических методов исследования; анализ данных научно-методической литературы по актуальным вопросам профилактики и лечения ОРВИ.

Результаты исследования и их обсуждение

За период с 2014 по 2018 гг. число заболевших ОРВИ по г. Гомель постепенно возрастало с 2014 по 2017 гг.: в 2014 г. было выявлено 193 677 пациентов с ОРВИ, в 2015 г. — 201 069 пациентов, в 2016 г. — 207 635 пациентов, в 2017 г. — 217 762 пациентов) и

снизилась в 2018 г. — 200 309 пациентов [1]. Интенсивный показатель заболеваемости ОРВИ в г. Гомель за последние 5 лет остался без положительной динамики — отмечается повышение на 0,3 % (с 37,1 % в 2014 г. до 37,4 % в 2018 г.). Динамика заболеваемости представлена на рисунке 2.

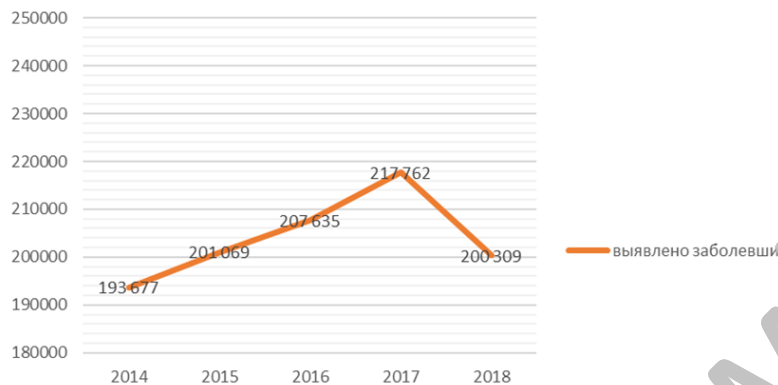


Рисунок 2 — Динамика заболеваемости ОРВИ в г. Гомель

За период с 2014 по 2018 гг. число заболевших ОРВИ по Гомельской области (за исключением случаев в г. Гомель) возросло до 2017 г. (285 416 человек) и снизилось в 2018 г. (255 847 человек). Интенсивный показатель заболеваемости ОРВИ в Гомельской области за последние 5 лет увеличился на 3,5 % (с 25,8 % в 2014 г. до 29,3 % в 2018 г.). Динамика заболеваемости представлена на рисунке 3.

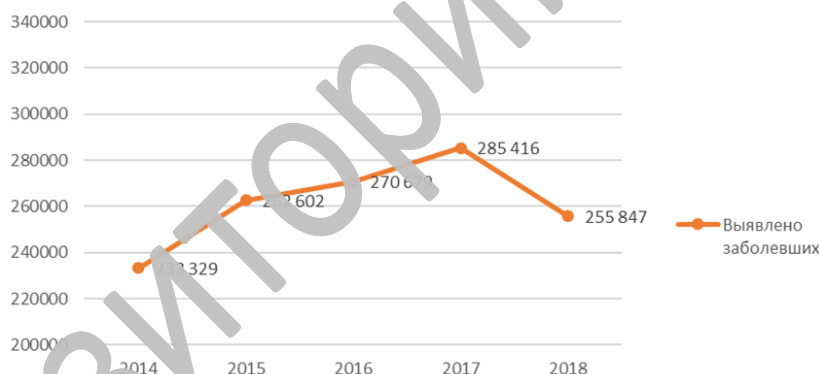


Рисунок 3 — Динамика заболеваемости ОРВИ по Гомельской области

На основании статистических данных из ГорЦГЭ и ОблЦГЭ была проанализирована заболеваемость гриппом на протяжении календарного года в г. Гомеле и Гомельской области (с 2014 по 2018 гг.; всего — 1222 случая). В январе выявлено 26,7 % (327 пациентов) с гриппом, в феврале — 48,7 % (595 пациентов), в марте — 13 % (159 пациентов), в мае — 0,6 % (7 пациентов), в июне — 0,08 % (1 пациент), в ноябре — 0,16 % (2 пациента), в декабре — 0,08 % (1 пациент). Так, минимальное количество заболевших ОРВИ в г. Гомель и Гомельской области с 2014 по 2018 гг. наблюдается в июле и декабре на протяжении 5-ти лет, а максимальное количество заболевших приходится на февраль.

Выводы

Минимальное количество заболевших гриппом в г. Гомель и Гомельской области с 2014 по 2018 гг. наблюдается в июле и декабре на протяжении 5-ти лет, а максимальное количество заболевших приходится на февраль. Интенсивный показатель заболеваемости ОРВИ в г. Гомель за последние 5 лет остался без положительной динамики — от-

мечается повышение на 0,3 %. Интенсивный показатель заболеваемости ОРВИ в Гомельской области за последние 5 лет увеличился на 3,5 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистические данные из отдела эпидемиологии ГУ «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии», ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья».
2. Кареткина, Г. Н. Грипп, ОРВИ: проблемы профилактики и лечения / Г. Н. Кареткина // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. — 2015. — № 4. — С. 25–26.
3. Зайцев, А. А. Вопросы профилактики и симптоматической терапии острых респираторных вирусных инфекций / А. А. Зайцев // Медицинский совет. — 2013. — № 7.

УДК 616.928.8:578.833.2(548.7)

DENGUE FEVER: OVERVIEW OF MEDICAL ACTIVITIES IN SRI LANKA

Fernando Hirunya

Scientific adviser: Ph.D., associate professor *L. P. Mamchur*

Educational institution
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus

Introduction

Dengue is a mosquito-borne viral disease that has spread rapidly in all regions in recent years. Vectors of the dengue virus are female mosquitoes, mainly of the species *Aedes aegypti* and, to a lesser extent, *Aedes albopictus*. This mosquito also transmits chikungunya, yellow fever and zika infection. Dengue is widespread in the tropical and sub-tropical areas of the world, with local variations in risk largely dependent on rainfall, temperature, and spontaneous rapid urbanization.

Severe dengue was first recognized in the 1950s during dengue epidemics in the Philippines and Thailand. Currently, severe dengue affects most Asian and Latin American countries and is one of the leading causes of hospitalization and death among children in these regions. Dengue usually occurs as epidemic in Sri Lanka following monsoon seasons.

The causative agent of dengue fever is a single-stranded RNA virus of the Flaviviridae family; there are 4 different but closely related serotypes of the virus that cause dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 and DEN-4). After recovering from an infection caused by one of these serotypes, there is lifelong immunity to that particular serotype. However, cross-immunity to other serotypes after recovery is only partial and temporary. Subsequent cases of infection (secondary infection), with other serotypes increase the risk of severe dengue. Dengue is transmitted by the bite of an *Aedes* mosquito infected with any one of the four dengue viruses. Symptoms appear 3–14 days after the infective bite. Dengue fever is an acute flu-like febrile illness that affects infants, young children and adults. It can cause disease in two forms:

(a) Dengue Fever (DF) — marked by an onset of sudden high fever, severe headache, pain behind the eyes, and pain in muscles and joints. Some may also have a rash.

(b) Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) — is a more severe form, seen only in a small proportion of those infected. Typically DHF is characterized by high continuous fever for less than 7 days; bleeding from various parts of the body (including nose, mouth and gums or skin bruising); severe continuous abdominal pain mainly due to enlarged liver, and shock in severe cases. This can lead to death. DHF is more serious in children. According to data from epidemiology unit of Sri Lanka; most affected districts were Kandy, Colombo, Gampaha and Kaluthara. These districts which have been susceptible in the past have recorded a high rate of infection and deaths.

Patients become infected once bitten by mosquitos. The virus passes to lymph nodes and replicates which is followed by spread to the circulation and other tissues. It is thought that in-