

всех людей, прошедших анкетирование, 12 (19,4 %) — доверяют вакцинам против COVID-19, 19 (30,6 %) — доверяют не всем вакцинам против COVID-19, 15 (24,2 %) — не доверяют вакцинам против COVID-19 и оставшиеся 16 (25,8 %) затрудняются ответить. В исследовании также был задан вопрос о том, какой вакцине люди отдают предпочтение: 11 (17,7 %) человек ответили, что делают выбор в сторону вакцины Спутник V (Россия), 12 (19,4 %) — вакцины Pfizer / BioNTech (США, Германия), 6 (9,7 %) — вакцины Спутник Лайт (Россия), 6 (9,7 %) — вакцины Sinopharm (Китай), 2 (3,2 %) — вакцины AstraZeneca (Швеция, Великобритания), 1 (1,6 %) — вакцины Moderna (США), 2 (3,2 %) — другой вакцины, оставшиеся 22 (35,5 %) опрошенных не доверяют ни одной из вакцин. Из всех людей, прошедших анкетирование, на вопрос должна ли вакцинация против COVID-19 быть обязательной, 13 (21 %) человек считают, что должна, 11 (17,7 %) — считают, что не должна, 29 (46,8 %) — ответили, что должна быть по желанию, а 9 (14,5 %) — затрудняются ответить. На вопрос, почему в РБ достаточно низкий процент вакцинации против COVID-19 47 (75,8 %) человек ответили, что из-за отсутствия доверия к эффективности вакцины, 8 (12,9 %) — считают, что из-за побочных реакций после вакцинации, 5 (8,1 %) — думают, что большинство не видит смысла в вакцинации, 2 (3,2 %) из ответивших предложили свои варианты (одновременно играют роль все из перечисленных вариантов; нет доверия к власти).

Выводы

1. Больше половины анкетированных людей переболели инфекцией COVID-19, остальные или не болели, или не могут точно ответить.
2. Не было установлено лидирующего мнения насчет вакцинации против COVID-19. Мнения людей разделились практически поровну: 35 (56,5 %) человек относятся положительно, 27 (43,5 %) — отрицательно.
3. 26 (41,9 %) человек не делали прививку против COVID-19 и не собираются, при этом основной причиной отказа от вакцинации является отсутствие достаточного количества исследования вакцины.
4. Среди людей, положительно относящихся к вакцинации, большинство отдают предпочтение двум вакцинам против COVID-19: 11 (17,7 %) человек — Спутник V (Россия) и 12 (19,4 %) — Pfizer / BioNTech (США, Германия).
5. Достаточно низкий процент вакцинации против COVID-19 объясняется отсутствием доверия к эффективности вакцины у населения в РБ. В единичных случаях были высказывания о побочных реакциях после вакцинации (у 8 (12,9 %) человек) и об отсутствии смысла в ней (у 5 (8,1 %) человек).

ЛИТЕРАТУРА

1. Коронавирусная инфекция COVID-19: инфекционная безопасность в эндоскопическом отделении: метод. рекомендации / Е. А. Никонов [и др.]. — 1-е изд. — М.: Медиа Сфера, 2020. — 3 с.
2. Инфекционные болезни: учебник / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 74 с.
3. <https://my.surveio.com>.

УДК 617-089-022-052:[616.98:578.828НIV]

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Гришечкин В. Ю., Третьяков В. А.

**Научные руководители: д.м.н., доцент Е. А. Красавцев,
старший преподаватель Д. М. Адамович**

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

Введение

С ростом количества пациентов с ВИЧ-инфекцией растет и число инфицированных больных, обращающихся за медицинской помощью в отделения экс-

тренной и плановой хирургии и нуждающихся в проведении различных оперативных вмешательств [1–3].

В единичных работах, посвященных оказанию хирургической помощи ВИЧ-инфицированным больным, нет единых заключений о клиническом течении хирургической инфекции у пациентов, имеющими в качестве сопутствующего заболевания ВИЧ-инфекцию [4–6].

Цель

Изучить клиническое течение хирургической инфекции у пациентов с различными стадиями ВИЧ-инфекции по данным стационарных карт.

Материал и методы исследования

Объектом данного исследования являлись стационарные карты 103 пациентов, поступивших за период с января 2010 по ноябрь 2020 гг. в хирургическое отделение № 1 У «Гомельская областная клиническая больница». В состав исследуемых, вошли 73 больных с ВИЧ-инфекцией и 30 без ВИЧ-инфекции.

Среди ВИЧ-инфицированных были 25 (34,2 %) женщин и 48 (65,8 %) мужчин в возрасте от 18 до 49 лет. Почти 95,8 % были лица моложе 40 лет.

Таблица 1 — Количественные показатели пациентов в зависимости от пола и возраста

Возраст	18–20 лет	21–30 лет	31–40 лет	41–49 лет
Мужчины	5	20	21	2
Женщины	4	12	8	1
Всего	9	32	29	3

Согласно клинической классификации ВИЧ-инфекции Всемирной организации здравоохранения наибольшее число больных было представлено на стадии II (таблица 2).

Таблица 2 — Количественные показатели пациентов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и хирургической патологии

Хирургическая инфекция	Стадии ВИЧ-инфекции			Всего
	II	III	IV	
Мягких тканей	35	15	2	52
Брюшной полости	12	7	2	21

Для изучения особенностей клинического течения были выделены следующие группы:

1-я группа — пациенты с инфекциями мягких тканей (абсцессы, флегмоны).

2-я группа — пациенты с хирургической инфекцией брюшной полости. В этой группе все пациенты были с местными формами.

Контрольную группу (75 пациентов) составили пациенты с инфекцией мягких тканей (40–53,33 %) и инфекцией брюшной полости (35–46,67 %) без ВИЧ-инфекции.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 13.3. Анализ количественных данных выполнялся при помощи U-теста Манна — Уитни (*Mann — Whitney U-test*). Данные в тексте представлены в формате *Me (Q₁; Q₃)*, где *Me* — медиана, *Q₁* — нижний выборочный квартиль, *Q₃* — верхний выборочный квартиль и в абсолютных величинах и процентах. При оценке качественных признаков применяли критерий χ^2 (*Chi-squared test*) по Пирсону (*Pearson test*) и точный критерий Фишера (*Fisher test*). Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Для изучения особенностей клинического течения у пациентов, которым были выполнены операции, с сопутствующей ВИЧ-инфекцией и в контрольной

группе, были использованы следующие клинические критерии хирургической инфекции: длительность периода лихорадки, длительность выделения гнойного содержимого, сроков очищения раны и койко-дней (таблица 3).

Таблица 3 — Продолжительность основных клинических симптомов при инфекциях мягких тканей (в сутках)

Группа пациентов	Кол-во пациентов	Длительность симптомов			Кол-во койко-дней
		t° тела	гнойное отделяемое	сроки очищения раны	
II	35	4,81 (4,67; 4,95)	8,62 (8,37; 8,87)*	9,69 (9,44; 9,94)*	11,49 (11,24; 11,74)
III-IV	17	13,17 (11,95; 14,39)**	14,56 (13,95; 15,17)**	16,33 (15,70; 16,96)**	20,28 (19,81; 20,75)**
Контрольная группа	40	3,01 (2,31; 3,71)	4,65 (4,02; 5,28)	6,3 (5,39; 7,21)	9,6 (8,29; 10,91)

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ анализа с контрольной группой.

Если на II стадии ВИЧ-инфекции достоверных различий в длительности периода повышения температуры нет, то начиная с III стадии отмечается достоверно большой период лихорадки по сравнению с контрольной группой.

В отличие от длительности лихорадки, уже на II стадии была обнаружена достоверно большая длительность выделения гнойного содержимого в послеоперационном периоде по сравнению с контрольной группой. На III и IV стадиях отмечались достоверно большие сроки выделения гнойного содержимого в сравнении с пациентами, не имеющими в качестве сопутствующего ВИЧ-инфекцию.

Такая же динамика прослеживалась и в сроках очищения раны. Выявлена достоверно большая продолжительность сроков очищения раны в послеоперационном периоде по сравнению с пациентами, не имеющими в качестве сопутствующего ВИЧ-инфекцию.

Таблица 4 — Продолжительность основных клинических симптомов при инфекциях брюшной полости (в сутках)

Группа пациентов	Количество пациентов	Длительность симптомов		Количество койко-дней
		t° тела	сроки очищения раны	
II	12	4,55 (3,61; 5,49)*	8,59 (7,96; 9,22)	13,21 (12,51; 13,91)
III-IV	11	14,27 (12,38; 16,16)**	13,33 (12,70; 13,96)**	24,27 (23,28; 25,26)**
Контрольная группа	35	2,13 (1,41; 2,85)	6,08 (5,41; 6,75)	10,47 (9,19; 11,75)

Примечание: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ с контрольной группой.

В группе ВИЧ-инфицированных пациентов с инфекцией брюшной полости послеоперационные осложнения отмечены в 9 случаях.

Осложнения со стороны послеоперационной раны (нагноение) отмечены в 4 случаях. У одного из пациентов послеоперационный период осложнился холангитом и механической желтухой. Пневмония наблюдалась в трех случаях и у двух пациентов была отмечена инфекция мочевыводящих путей. Все осложнения, отмеченные в данной группе, были в стадии III.

В контрольной группе 3 осложнения, обусловленные нагноением послеоперационной раны у больных, оперированных по поводу острого аппендицита и острого деструктивного холецистита.

Таким образом, у всех пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечается замедленная динамика регресса основных клинических симптомов послеоперационного

периода по сравнению с пациентами, не имеющими в качестве сопутствующего ВИЧ-инфицирование. В ходе исследования выявлено, что продолжительность лихорадки, гнойного отделяемого, сроков очищения раны и койко-день находятся в прямой зависимости от стадии ВИЧ-инфекции.

У всех ВИЧ-инфицированных пациентов отмечается замедленная динамика регресса основных клинических симптомов послеоперационного периода, по сравнению с пациентами, не имеющими в качестве сопутствующего ВИЧ-инфекцию. Продолжительность лихорадки, выделения гнойного содержимого, сроков очищения раны и койко-дней находятся в прямой связи со стадией ВИЧ-инфекции.

При анализе, число осложнений в группе сравнения составило 10 %, а в группе ВИЧ-инфицированных 12,3 %.

Летальные исходы у пациентов с ВИЧ-инфекцией, оперированных по поводу инфекции брюшной полости, отмечены в 4 (5,47 %) случаях. Из них двое пациентов умерли на стадии II и двое на стадии III.

Выводы

Сопутствующая ВИЧ-инфекция отягощает течение послеоперационного периода у пациентов с хирургической инфекцией мягких тканей и брюшной полости, что проявляется достоверно ($p < 0,05$) более продолжительными сроками проявления лихорадки, выделения гнойного содержимого и очищения раны. Продолжительность клинических проявлений гнойной инфекции находится в прямой зависимости от стадии ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин, М. И. Хирургические болезни: учебник / М. И. Кузин; под ред. М. И. Кузина. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 992 с.
2. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 696 с. — DOI: 10.33029/9704-5421-3-2020-VIC-1-696.
3. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД: клинические рекомендации / В. В. Покровский; под ред. В. В. Покровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 160 с.
4. Покровский, В. И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник / В. И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 1008 с.
5. Оказание хирургической помощи больным СПИД и ВИЧ-инфицированным / Г. Г. Смирнов [и др.] // Тезисы докладов. Пятый Российский съезд врачей инфекционистов. — М., 1998. — С. 297.
6. Хирургическая помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом / Г. Г. Смирнов [и др.] // Хирургия. — 2000. — № 7. — С. 46–50.

УДК 616.995.132:616-097-053

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА G К ТОКСОКАРАМ У ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Дорошевич К. Н., Гертман В. Д.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. А. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Токсокароз — зоонозный тканевой гельминтоз с георальным механизмом инфицирования, вызываемый миграцией личинок круглых червей из группы нематод плотоядных млекопитающих, в основном семейства псовых (*Toxocara canis*), характеризующийся длительным рецидивирующим течением и полиорганным поражением [1].

Заболеваемость токсокарозом зависит от количества собак и инвазивности их *T. canis*. Анализ возрастной структуры инфицированных свидетельствует о том, что чаще всего подвержены инвазии дети младшего школьного возраста, что связано с повышенной контаминацией почвы в песочницах и