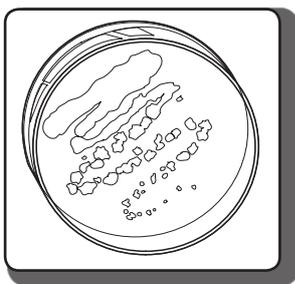


Инфекционные болезни, иммунология и иммунотерапия



УДК 616.831.9 - 002.1 - 022.7 : 31(571.620)

Т.Е. Макарова

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск

Менингококковая инфекция является актуальной проблемой для педиатров и инфекционистов в связи с высокой заболеваемостью (8-10% случаев на 100 тыс. населения) и высокой летальностью (5-6%). Сейчас мы переживаем очередную эпидемиологическую вспышку менингококковой инфекции [1, 2]. Первая вспышка была зарегистрирована в 1904-1907 гг., следующая — с 1925 по 1945 г. (она характеризовалась так называемой двугорбой эпидемической волной: подъем заболеваемости в 1925 г. и спад в 1930 г., затем резкий скачок вверх в 1937 г. и спад до первоначальных межэпидемических значений, отраженный в 1945 г.). Вплоть до 1967 г. наступил межэпидемический период, т.е. заболеваемость составила 0,68 на 100 тыс. населения.

Одним из неблагоприятных регионов по менингококковой инфекции является Хабаровский край. Официальная регистрация осуществляется с 1954 г. В крае в 1954-1955 гг. показатель заболеваемости составил 2-2,03 на 100 тыс. населения. С 1957 по 1969 г. менингококко-

вая инфекция в крае не регистрировалась. Подъем заболеваемости начался в 1969 г. (0,8 на 100 тыс. населения) и продолжался до 1981 г. (28,7 на 100 тыс. населения). В течение четырех лет (1982-1986 гг.) уровень заболеваемости составлял 20,2-24,3 случая на 100 тыс. Затем, начиная с 1986 г., отмечено постепенное снижение числа заболевших до 4,6 случая.

Нами подробно проанализирована заболеваемость менингококковой инфекцией за последние 10 лет. Анализ заболеваемости менингококковой инфекцией проведен на основании данных, предоставленных Роспотребнадзором по Хабаровскому краю. Согласно данным официальной статистики, в Хабаровском крае уровень заболеваемости по-прежнему превышает общероссийские показатели в 3-4 раза. Абсолютные цифры заболевших представлены на рис. 1.

Ежегодно в Хабаровском крае регистрируется от 84 до 122 заболевших менингококковой инфекцией. На-

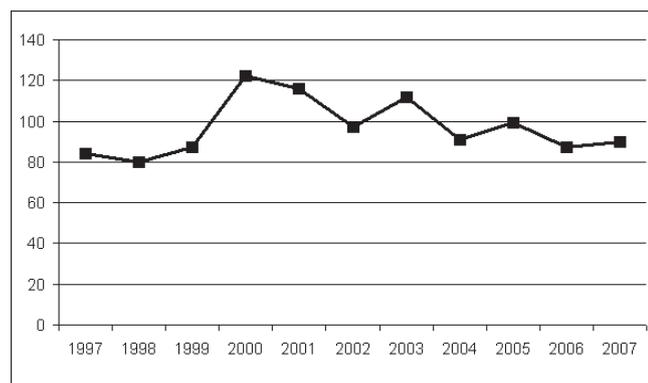


Рис. 1. Заболеваемость менингококковой инфекцией, абс.

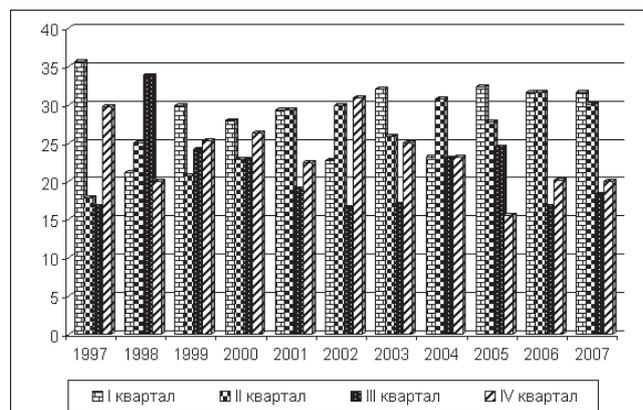


Рис. 2. Квартальная заболеваемость менингококковой инфекцией, %

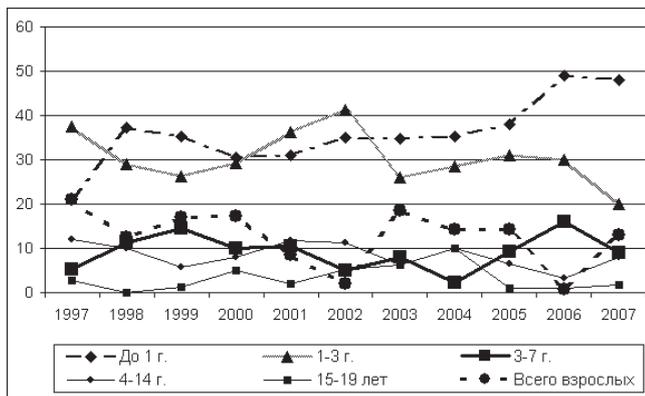


Рис. 3. Возрастной состав больных менингококковой инфекцией, %

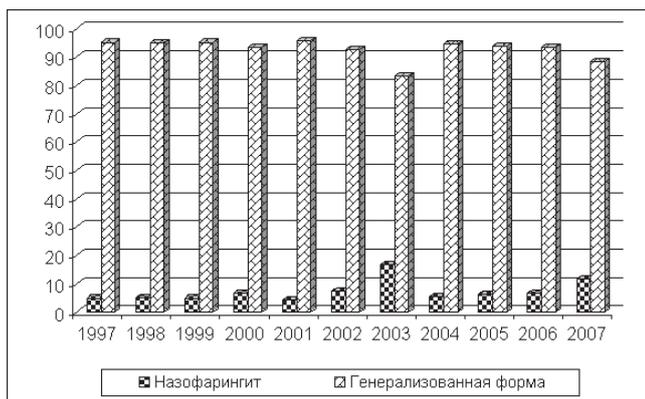


Рис. 4. Динамика соотношения назофарингита и генерализованных форм менингококковой инфекции, %

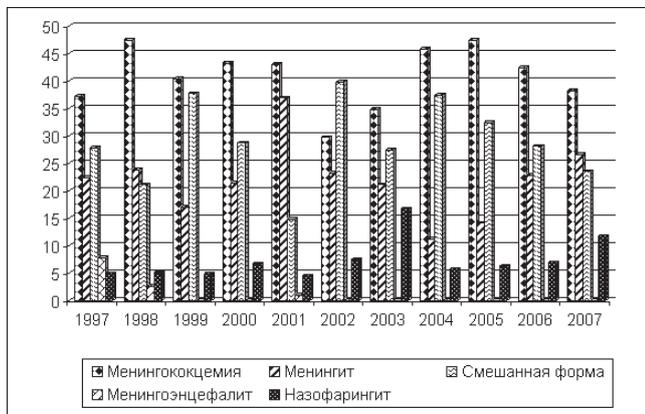


Рис. 5. Клинические формы менингококковой инфекции, %

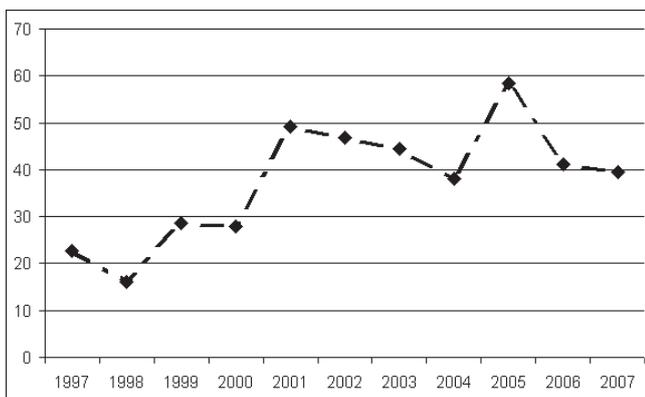


Рис. 6. Бактериологическая подтверждаемость менингококковой инфекции, %

Резюме

В статье проанализирована заболеваемость менингококковой инфекцией с 1997 по 2007 г. Выявлено, что особенностью текущей эпидемии является отсутствие выраженной сезонности заболевания. Преобладающей формой менингококковой инфекции является «чистая» менингококцемия. В этиологической структуре преобладают менингококки группы «В» и «С» и неагглютинабельные и полиагглютинабельные менингококки по антигенной принадлежности. Летальность при менингококковой инфекции остается высокой и составляет 8-12%. Наиболее частой причиной летальных исходов является инфекционно-токсический шок.

Ключевые слова: менингококковая инфекция, Хабаровский край, заболеваемость, сезонность, менингококцемия, смешанная форма, менингит, назофарингит, летальность.

T.Yw. Makarova

DYNAMICS OF MENINGITIS INFECTION INCIDENCE IN THE KHABAROVSK REGION IN THE LAST 10 YEARS

State educational institution of complementary professional education «Institution of advanced training of public health specialists», Khabarovsk

Summary

Morbidity rate of meningitis infection from 1997 till 2007 has been analysed in the article. It has been brought to light that lack of expressed seasonal morbidity rate is characteristic of current epidemics. «Pure» meningococemia is predominant form of meningitis infection. Meningococci of group «B» and «C» and agglutinable and polyglutinable meningitis-cocci of antigenic origin prevail in etiology. Mortality rate for meningitis infection remains high and makes up 8-12%. Frequent cause of death is infectious toxic shock.

Key words: meningitis infection, Khabarovskiy Krai, morbidity rate, meningococemia, mixed forms, rhinopharyngitis, mortality rate.

и бо́льшая заболеваемость регистрируется в городах Хабаровске и Комсомольске (90% от всех заболевших).

Традиционно считалось, что для менингококковой инфекции характерна зимне-весенняя сезонность. На рис. 2 представлена квартальная заболеваемость менингококковой инфекцией за последние 10 лет. Анализируя имеющиеся данные, можно сделать вывод, что менингококковая инфекция в последние годы регистрируется в течение всего года, включая летний период времени, и составляет в этот период 15-20% от общего числа заболевших, что является особенностью современного эпидемиологического процесса. Это затрудняет дифференциальную диагностику между серозным менингитом энтеровирусной этиологии, чаще регистрируемым в летний период времени, и менингококковым менингитом.

Менингококковая инфекция регистрировалась во всех возрастных группах детей, вместе с тем наибольший удельный вес (70-80%) приходился на детей раннего возраста (рис. 3).

Этиологическая расшифровка менингококковой инфекции, %

Серогруппа	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A	3	5	2	5	4	3	1	-	-	1	-
B	4	1	4	7	6	24	23	24	24	11	10
C	5	3	3	8	3	1	8	-	2	5	10
Полиагглютинабельные менингококки	5	-	1	4	43	-	1	1	1	1	2
Неагглютинабельные менингококки	2	3	12	10	-	4	9	8	8	6	5
D	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-
C ₁₃₅	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-
Нетипируемые менингококки	-	-	-	-	-	9	1	2	2	6	4

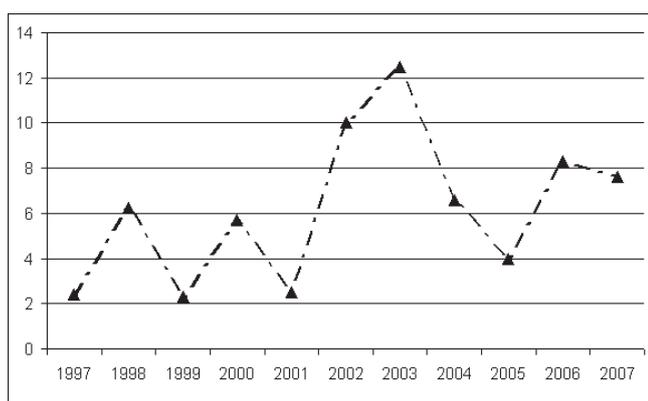


Рис. 7. Летальность при менингококковой инфекции, %

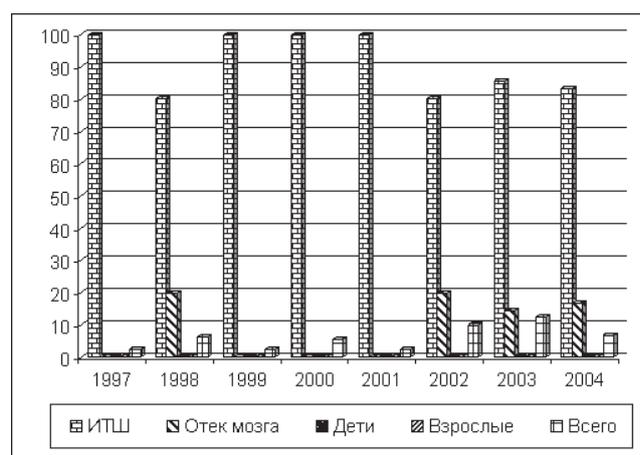


Рис. 8. Причины летальных исходов, %

На протяжении 10 лет менингококковая инфекция реже встречается в возрастной группе от 15 до 19 лет. За последние три года наметилась тенденция к увеличению числа детей, заболевших на первом году жизни (2005 г. — 38%, 2006 г. — 49%, 2007 г. — 47%). В детской инфекционной больнице г. Хабаровска в 2007 г. находился ребенок с диагнозом «менингококковый менингит» в возрасте 14 дн. Зависимости заболевания от половой принадлежности нами не выявлено. Одинаково часто болели мальчики и девочки.

Анализируя соотношение локализованных и генерализованных форм менингококковой инфекции (рис. 4), можно сделать вывод, что по-прежнему преобладают генерализованные формы, которые составляют 88,4-95,7%.

По данным Н.В. Скрипченко (2003), в структуре генерализованных форм менингококковой инфекции наблюдается уменьшение частоты смешанной формы (до 38%) и «чистой» менингококцемии (до 26%) на фоне увеличения частоты «чистого» менингита (до 36%). Аналогичные данные приводит А.Е. Платонов (2007). Структура генерализованных форм менингококковой инфекции в Хабаровском крае представлена на рис. 5.

Отчетливо прослеживается тенденция к снижению смешанной формы заболевания с возрастанием удельного веса «чистой» менингококцемии. Кроме того, наметилась тенденция к увеличению числа заболевших церебральной формой менингококковой инфекции (2004 г. — 12%, 2005 г. — 14%, 2006 г. — 23%, 2007 г. — 27%).

Известно, что в связи с неустойчивостью возбудителя во внешней среде, выделить менингококки от больного очень трудно. На рис. 6 представлено бактериологичес-

кое подтверждение менингококковой инфекции, которое составляет в среднем 58,3-59,4%.

В настоящее время установлено, что не только менингококки группы «А» вызывают заболевание. В начале 80-х гг. по миру прокатилась волна эпидемических подъемов заболеваемости, обусловленных менингококками серогруппы «В».

Ряд авторов обращает внимание на то, что в последние годы рост заболеваемости происходит также за счет увеличения циркуляции редких, так называемых «спорадических» штаммов менингококков. Участились случаи менингококковой инфекции, в том числе и с летальным исходом, вызываемых серогруппами Y, D, W₁₃₅. В Хабаровском крае штаммы менингококка W₁₃₅ выделялись от больных в 2003-2004 гг., штаммы группы D — в 2004 г.

Этиологический анализ, проведенный нами, показал, что менингококковую инфекцию в Хабаровском крае наиболее часто вызывают менингококки серогруппы «В» и «С». Серогруппа «А» практически не встречается. Возрастает удельный вес неагглютинабельных, полиагглютинабельных и нетипируемых менингококков по антигенной принадлежности (таблица).

Данные литературы свидетельствуют, что показатель летальности при менингококковой инфекции в современных условиях колеблется в широких пределах. Так, в США летальность составляет 13%, в Центральной Европе — 3-10%. В России показатель летальности колеблется от 3 до 8%. В Хабаровском крае, несмотря на современные достижения медицины, летальность у боль-

ных менингококковой инфекцией остается высокой (рис. 7) и колеблется от 8 (2004 г.) до 12,5% (2003 г.).

Причиной летальных исходов при менингококковой инфекции является инфекционно-токсический шок (78-80%) (рис. 8), отек и набухание головного мозга (2005 г. — 22%, 2006 г. — 20%, 2007 г. — 28%).

Таким образом, результаты нашего исследования позволяют сделать вывод о том, что в Хабаровском крае отмечается напряженная эпидемическая обстановка по заболеваемости менингококковой инфекцией. Менингококковая инфекция по-прежнему представляет серьезную проблему для жизни больных, в первую очередь для детей раннего возраста. Несмотря на то, что уровень заболеваемости менингококковой инфекцией по Хабаровскому краю не превышает допустимых показателей (20 случаев на 100 тыс. населения), требующих введения на территории обязательной вакцинации, мы ставим вопрос перед

Министерством здравоохранения Хабаровского края и Роспотребнадзором о введении обязательной вакцинации против менингококковой инфекции в связи с высокой летальностью, превышающей общероссийскую в 2-3 раза.

Л и т е р а т у р а

1. Демина А.А. Эпидемический надзор и прогноз // Новости вакцинации. - 2000. - № 5. - С. 5-6.
2. Коршунов М.Ф. Менингококковая инфекция у детей. - Воронеж: Медицина, 1999. - 180 с.
3. Платонов А.А., Николаев М.И. Заболеваемость гнойными менингитами у детей в регионах России // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. - №3. - С. 10-18.
4. Скрипченко Н.В., Сорокина М.Н., Иванова В.В. Бактериальные менингиты у детей. - М. : Медицина, 2003. - 313 с.

Координаты для связи с автором: Макарова Т.Е. тел. 8-(4212)-54-56-89



УДК 616.98 : 578.828.6] - 085.281 + 616 - 005.2 - 085.724.8

С.А. Сотниченко¹, Л.Ф. Скляр², Е.В. Маркелова²

ВЛИЯНИЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОДУКЦИЮ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*ГУЗ «Краевой клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»¹;
Владивостокский государственный медицинский университет², г. Владивосток*

Неуклонный рост заболеваемости СПИДом выдвигает изучение этого заболевания в ряд важнейших медико-социальных проблем [1, 2, 7]. ВИЧ-инфекция является мощным фактором риска развития активного туберкулеза [7]. Среди больных, умерших от СПИДа в России, треть имела туберкулез, а из числа пациентов, у которых он подтвержден при патолого-анатомическом исследовании, последний является ведущей причиной смерти в 86,7% случаев [3, 6]. В последние годы появились работы по изучению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией [3, 4, 6, 7]. Однако остаются неизученными клинико-иммунологические особенности ВИЧ-инфекции, ассоциированной с туберкулезом, в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, времени выявления активного туберкулеза и лечения. Вышеизложенное послужило основанием для выполнения настоящей работы.

Целью исследования являлось изучение особенностей цитокинового профиля у больных с ВИЧ-инфекцией, ассоциированной с туберкулезом, на разных стадиях заболевания с учетом антиретровирусной терапии (АРВТ).

Материалы и методы

Объектом исследования были 90 пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в возрасте от 19 до 53 лет (в среднем 27,3±3,3 г.; 85% мужчин), находившихся на учете в ГУЗ «Краевой клинический центр по профилактике и борьбе со СПИД» г. Владивостока. Предполагаемая давность инфицирования, определяемая периодом времени с момента появления фактора риска, составляла от 3 до 7 лет. В 85% случаев инфицирование происходило парентеральным путем. Группу сравнения составили 117 больных ВИЧ-инфекцией, идентичных по возрасту, полу, срокам и факторам риска инфицирования в основной группе. Диагноз туберкулеза выставлен на основании комплексного клинико-рентгенологического, бактериоскопического и бактериологического исследований. Среди легочных форм ВИЧ-ассоциированного туберкулеза преобладали инфильтративный — 37 пациентов (44,6%), и диссеминированный — 28 (33,7%). Очаговый туберкулез обнаружен у 11 больных (13,3%), фиброзно-кавернозный — у 9 (10,8%) и милиарный туберкулез — у