

Konoreva N.A., Koval V.T., Simonenko T.V., Soldatova N.V. **Cardio-respiratory system in the presence of the pneumonia in the patients with syndrome of not determined connective tissue dysplasia.** *FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok.*

There was an investigation of cardiovascular and respiratory systems in the presence of the pneumonia in the patients with syndrome of not determined connective tissue dysplasia. There were examined forty patients (only men) in the age from seventeen to twenty-three. There were performed clinical examination, spirometry, rentgenography, ECG, echocardiography in the time of admission and in the time of discharge. It is showed, that in group of the patients with syndrome of not determined connective tissue dysplasia, pneumonia has more serious and longer course. These patients have complications like: infectionally-toxical stress, miocarditis more often. The changes from the side of cardiovascular and respiratory systems have more expressive character; to the moment of discharge the one third of patients have no improvement in figures of function of external respiration. The treatment becomes more expensive.

Keywords: indifferential connective tissue dysplasia syndrome, pneumonia, external respiration function.

Автор-корреспондент:

Конорева Наталья Анатольевна, кандидат медицинских наук, врач функциональной диагностики ФБУ «1477 ВМКГ флота»; тел.: 8(423) 221-64-43. E-mail: konorevi@mail.ru

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.98-097-022:616.89 (Приморский край)

¹ Мартынова А.В., ² Ковалева Э.Д., ² Паулов О.И., ³ Чулакова О.А.

ОБ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ (ПО ДАННЫМ 2000–2009 ГОДОВ).

¹ ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет», Владивосток;

² Краевой Клинический Кожно-венерологический диспансер, Владивосток;

³ Поликлиника Госпиталя Ветеранов войн, Владивосток

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, эпидемиология, Приморский край

Введение. Несмотря на все предпринимаемые в настоящее время усилия, заболеваемость ВИЧ инфекцией не только остается на постоянном уровне, но и имеет тенденцию к постоянному росту. Причем данная ситуация характерна не только для России, но и для зарубежных стран, порой с различным уровнем дохода на душу населения (а соответственно и с различными затратами на бюджет в медицине для организации противоэпидемических мероприятий в отношении ВИЧ-инфекции) [1,3]. По данным ВОЗ, ежегодно от ВИЧ погибают тысячи людей, при этом превалентный показатель по данной инфекции в настоящее время составляет около 40 миллионов. С начала эпидемии, случившегося в начале 70-х годов, по данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС/UNAIDS) и ВОЗ к 2008 году на Земном шаре насчитывается 33,4 млн пациентов, живущих с ВИЧ-инфекцией, при этом число ежегодно заразившихся составляет около 1,5 млн в год (число ежедневно заразившихся составляло около 14 тысяч человек). Основными очагами распространения ВИЧ-инфекции остаются страны Центральной и Южной Африки, где ВИЧ-инфекция стала уже при-

вычным заболеванием [1–4]. По данным ООН, в ряде стран Центральной и Южной Африки до 15–39% взрослого населения заражено ВИЧ. По оценкам специалистов ВОЗ, 22,5 (20,9–24,3) млн. человек, или 68% от общего числа людей, живущих с ВИЧ, проживают в Африке к югу от Сахары. Сейчас на восемь стран этого региона приходится почти две трети от общего числа всех новых случаев ВИЧ-инфекции и смертей от СПИДа в мире [5, 6]. По данным этой же программы, к примеру, число зараженных ВИЧ-инфекцией беременных женщин в странах данного региона к 2010 г. примерно следующее: в Нигерии – 201 тыс., в Южной Африке – 200 тыс., в Мозамбике – 115 тыс., в Кении – 102 тыс., в Уганде – 75 тыс. и т.п. В настоящее время считают, что каждый сотый житель планеты заражен ВИЧ-инфекцией.

Согласно данным, представленным в 2008 г. [7], Программой ЮНЭЙДС/ВОЗ в Докладе о состоянии эпидемии ВИЧ-инфекции, несмотря на выравнивание глобального показателя распространенности ВИЧ – процента людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), а также на снижение числа случаев новых ВИЧ-инфекций (отчасти в результате воздействия программ по ВИЧ), тем

не менее, в 2008 г. в мире проживало 33,4 (31,1–35,8) млн. человек с ВИЧ (из них взрослых 31,3 (29,2–31,7 млн), женщин 15,7 (14,2–17,2 млн), детей до 15 лет 2,1 млн (1,2–2,9 млн) человек.

Количество новых случаев ВИЧ инфекции составило в 2008 г. 2,7 млн (2,4–3,0 млн), при этом взрослые среди них составляли 2,3 млн (2–2,5 млн), детей среди них было 430 тыс. (240 тыс–610 тыс). Умерло в 2008 г. от ВИЧ-инфекции 2 млн человек (1,7–2,4 млн). Взрослые при этом составили 1,7 млн (1,4–2,1 млн), а дети до 15 лет 280 тыс. (150–410 тысяч) человек. Для многих стран ВИЧ-инфекция превратилась в “обычное” и весьма распространенное заболевание.

Следует отметить, что до сих пор существует расхождение в цифрах заболеваемости (инцидентности) и пораженности (превалентности) по ВИЧ-инфекции, которые дают в отношении РФ специалисты Программы UNAIDS и результаты реальной регистрации, опубликованные в докладах Госкомстата РФ, что скорее всего связано с применением различных моделей организации регистрации данного заболевания.

В России первый случай заболевания отмечен в 1986 г. Именно эта дата и стала исходной для эпидемии СПИДа. Учитывая факт определенной социально-политической изоляции стран Восточной Европы и России в 80-х годах, развитие эпидемии ВИЧ-инфекции запаздывает примерно на 10 лет, однако достаточно значимыми событиями для развития ВИЧ-инфекции стали такие случаи заражения ВИЧ как события в больницах Элисты, Волгограда, Ростова-на-Дону, когда парентеральным путем (при внутривенном введении) были заражены ВИЧ более 200 детей. Это были первые признаки того, что ВИЧ становится не только проблемой, о которой мы узнаем из средств массовой информации о жизни за рубежом, эта эпидемия пришла в нашу страну и начала стремительно распространяться. Через некоторое время темпы роста количества новых случаев в России превысили показатели стран Южной Африки, где проблема СПИДа уже давно стала не только медицинской, но также социальной и экономической проблемой. По данным ЮНЭЙДС/ВОЗ на 20 ноября 2007 г. приблизительно 90% вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии в 2007 г. приходится на две страны – Россию (66%) и Украину (21%), но также и в других странах, включая Узбекистан, являющегося в настоящее время самым крупным эпидемиологическим очагом в регионе, зафиксирован рост вновь регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции (превалентность по данным ВОЗ 2007 г. достигает 58,5 случаев на 100 тыс. населения, при этом процент серопозитивных лиц, употребляющих внутривенные наркотические препараты, составляет 40%)”. Аналогичная тенденция наблюдается и на Украине: серопозитивными являются

более 40% внутривенных наркоманов, проживающих в самых крупных городах Украины: Одессе, Симферополе, Донецке (от 25 до 39,9% наркоманов из Киева, Полтавы и Херсона так же являются серопозитивными). В соседней Беларуси цифры серопозитивных наркоманов менее значительны и составляют от 10 до 24 % в Минске, и менее 10% наркоманов, взятых на учет в других городах.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, ВИЧ-инфекция остается актуальной проблемой, как для всей России, так и, в частности, для Приморского края. За весь период от начала регистрации ВИЧ-инфекции заболеваемость с незначительных темпов роста и единичных случаев к 2000 г. приобрела эпидемический характер. Однако за последние три года в Приморском крае наметилась стабилизация заболеваемости ВИЧ-инфекцией с незначительной тенденцией к снижению. Количество зарегистрированных пациентов с ВИЧ-инфекцией на 1 октября 2009 г. составило 8482 человека, в 2008 г. – 7756 человек, в 2007 г. – 6732 человека, в 2006 г. – 5276 человек (интенсивный показатель при этом соответственно в 2009 г. составил 30,2, в 2006 г. – 31,7 в 2005 г. – 32,1, в 2004 г. – 32,5).

Целью нашего исследования являлось оценить некоторые эпидемиологические аспекты в заболеваемости ВИЧ-инфекцией и дать рекомендации по интерпретации полученных данных.

Материалами и методами служили данные отчетной документации, включая ф.61 «Сведения о контингентах, больных ВИЧ-инфекцией» за период с 2000 по 2008 гг.

Результаты. Согласно данным результатов отчетных документов, по заболеваемости ВИЧ-инфекцией достигнута стабилизация в 2009 году в сравнении с 2008 г. (инт. показатель 2009 г. – 30,2; инт. показатель 2008 г. – 30,6). В 2009 г. кумулятивный показатель по ВИЧ инфекции составил 8482 человека, детей 79 человек (66 детей рождены от ВИЧ-инфицированных матерей с установленным диагнозом). Умерло в 2009 г. 1913 ВИЧ-инфицированных пациентов (из них 11 детей). С диагнозом СПИД в Приморском крае в 2009 г. было зарегистрировано 172 человека (158 из них умерли). В 2008 г. на территории Приморского края было зарегистрировано 7909 пациентов с ВИЧ-инфекцией (из них 77 детей, 64 из которых появились на свет от ВИЧ-инфицированных матерей с установленным диагнозом). Умерло в 2008 г. 1905 ВИЧ-инфицированных (из них 11 детей). Диагноз СПИД был выставлен в 2008 г. 171 человеку (157 из них скончались к концу 2008 г.). Необходимо отметить, что обследовано на ВИЧ в 2009 г. 7860 человек, при этом, выявлено 15 новых случаев, в 2008 г. обследовано 5145 человек, впервые выявлено 17 новых случаев. В 2007 г. в крае было зарегистрировано 7000 человек, из них 20 детей (11 из которых появились у матерей с

установленным диагнозом ВИЧ-инфекции). Умерли в 2007 г. 1297 пациентов с ВИЧ-инфекцией (четверо из которых были детьми). За 2006 г. в г. Владивосток было впервые выявлено 104 случая ВИЧ инфекции (17,3), в 2005 г. – 121 случай (19,62), в 2004 г. – 176 случая (28,4). В городе, как и в крае, несмотря на значительный рост общего числа случаев заражения ВИЧ-инфекцией, отмечается определенная стабилизация эпидемии. Резкий подъем заболеваемости к 2001 г. в Приморском крае был обусловлен вовлечением в эпидемический процесс лиц, употребляющих наркотические вещества инъекционным способом, доля которых и в 2006 г. составляет 78,5%. Сохраняется тенденция к распространению ВИЧ-инфекции половым путем. За истекший 2006 г. от ВИЧ(+) матерей родилось 8 детей. С перинатальным контактом наблюдается на диспансерном учете 22 человека. Всего умерло 1042 ВИЧ-инфицированных. Наиболее высокий темп прироста заболеваемости отмечен среди возрастной группы от 18 до 30 лет. В эпидемический процесс с начала анализируемого периода вовлечена часть населения, ведущая наиболее активный образ жизни, состоящая из лиц в возрасте от 20 до 45 лет. Основными путями распространения инфекции остаются половой, парентеральный (при употреблении наркотических препаратов). Тем не менее, необходимо отметить и возможность (хотя бы и гипотетическую!) в условиях нашего края распространения ВИЧ-инфекции путем заноса в лечебно-профилактические учреждения.

За проанализированный нами период (2001–2006 гг.) было зарегистрировано 530 заносов ВИЧ-инфекции. Из них 9,5% занимают частные учреждения, 14% – роддома.

Количество повторных заносных случаев ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактические учреждения постоянно возрастает, что создает угрозу возможного инфицирования персонала и пациентов. В основном это инфекционные, хирургические, терапевтические отделения. Проведен корреляционный анализ ВИЧ/СПИД за последние 5 лет. Показатель равен 0,7, что указывает на связь средней силы.

Так же было установлено, что наблюдается очень низкий процент выявляемости ВИЧ инфицированных в амбулаторно-поликлинической службе. Так за прошлый год только в 4 поликлиниках из 12 выявлены лица с положительным результатом обследования на ВИЧ при помощи иммуноблоттинга. По доступным данным отчетов ЛПУ о результатах исследования крови на ВИЧ за 2006 г. обследования по эпидемиологическим показаниям проводились у 1788 человек из 283345, что свидетельствует о недостаточном уровне эпидемиологических исследований в лечебных учреждениях, работающих с ВИЧ-инфицированными. Количество обследований на ВИЧ инфекцию в ЛПУ города разные, что свидетельствует о качестве работы

с пациентами, подлежащими обследованию.

В ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае» организована совместная работа с госпитальными эпидемиологами ЛПУ по эпидемиологическому расследованию «заносных» случаев, что позволяет провести своевременно сбор эпидемиологического анамнеза и реализовать комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию очага ВИЧ-инфекции. Исходя из изложенного видно, что эпидемический процесс ВИЧ-инфекции в Приморском крае в 2009 г. после периода снижения (2002–2004 гг.) стабилизировался, что с одной стороны свидетельствует об эффективности проводимых мероприятий по противодействию распространения заболеваемости, но с другой стороны стабилизация произошла на уровне, вдвое превышающем средне российский показатель. Поэтому в крае следует продолжать весь комплекс мероприятий по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД.

Выводы. Таким образом, становится очевидным, что приоритетными направлениями профилактической деятельности ВИЧ-инфекции остаются:

- совершенствование эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией;
- безопасность гемотранфузионной терапии;
- профилактика профессиональных заражений и безопасность медицинских манипуляций.
- повышение роли и значимости основных принципов госпитальной гигиены в профилактике внутрибольничной профессиональной заболеваемости персонала ЛПУ.

Учитывая актуальность полового пути передачи на данном этапе эпидемии ВИЧ, основными мерами должны стать половое просвещение населения, в первую очередь подростков и молодежи, а также проведение комплекса мероприятий по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бобков А. Ф., Покровский В. В., Селимова Л. М. и др. // *Вопр. вирусол.* 1997. № 6. С. 13-16.
2. Методические рекомендации по проведению работ в диагностических лабораториях, использующих метод полимеразной цепной реакции. Основные положения / Покровский В. В., Федоров Н. А., Шипулин Г. А. и др. – М., 1995. 29 с.
3. Покровский В. В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. – М., 1996. 194 с.
4. Bagnarelli P., Kanangat S., Rouse B. T. // *J. clin. Microbiol.* 1995. Vol. 33. P. 16-23.
5. Barlow K. L., Tosswill J. H. C., Parry J. V. et al. // *Ibid.* 1997. Vol. 35. P. 2846-2853.
6. Bootman J. S., Kitchin P. A. // *J. virol. Meth.* 1992. Vol. 37. P. 32-42.
7. Clark S. J., Kelen G. D., Henrard D. R. et al. // *J. infect. Dis.* 1994. Vol. 170. P. 194-197.

¹ Martynova A.V., ² Kovaleva E.D., ² Paulov O.I., ³ Chulakova O.A.. **On epidemiological features of hiv incidence in the Primorsky region (data 2000-2009).** ¹ State Educational Institution "Vladivostok State Medical University", Vladivostok; ² Kraevoy Clinical Dermatology and Venereology Hospital, Vladivostok; ³ Clinic Hospital of War Veterans, Vladivostok.

Keywords: HIV infection, epidemiology, Primorsky Krai

Автор-корреспондент:

Контактный адрес: Мартынова Алина Викторовна, д.м.н., кафедра эпидемиологии, Владивостокский государственный медицинский университет, пр. Острякова 2, Владивосток, e-mail: clinmicro@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2012
УДК 615.281 (075)

Меджидова Х. М., Чумак С.А., *Рубан С.П., *Пак В.Н., Каврук И.П., Артемьева Ю.Н., Волкова С.П., Бохан А.И.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СПЕКТРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ГРУПП

Филиал № 2 ФБУ «1477 ВМКГ флота», Петропавловск-Камчатский;
*Городская больница №2, Петропавловск-Камчатский

Ключевые слова: раневая инфекция, возбудители, Камчатский край.

Цель исследования: сравнительный анализ спектра возбудителей раневой инфекции у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов военного госпиталя в возрасте 18–20 лет с диагнозами: фурункулез, рожистое воспаление, трофические язвы.

Группа сравнения – 62 пациента городской больницы №2 (ГБ № 2) в возрасте 40 – 65 лет с диагнозами: диабетическая стопа, остеомиелит, длительно не заживающие трофические язвы, парапроктит, деструктивный панкреатит, панкреонекроз.

Полученные результаты представлены в таблице.

Таблица

Основные возбудители раневой инфекции

Название микроорганизмов	Пациенты госпиталя, n=60	Пациенты ГБ № 2, n=62
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1,6%	8,06%
Enterobacteriaceae: <i>Escherichia coli</i>	-	3,2%
<i>Klebsiella</i>	-	9,67%
<i>Proteus</i>	3,3%	19,35%
<i>Acinetobacter</i> spp.	-	4,83%
<i>Candida</i>	-	12,9%
Метициллиноустойчивые <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)	8,33%	16,12%
Метициллиночувствительные <i>Staphylococcus aureus</i> (MSSA)	43,33%	26,7%
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	11,29%	11,29%
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	1,6%	3,2%
<i>Streptococcus haemolyticus</i>	-	6,45%
<i>Streptococcus pyogenes</i>	13,3%	4,83%
<i>Enterococcus</i>	-	8,06%

У пациентов госпиталя:

Ассоциации микроорганизмов выделены у 4 больных (6,6%)

2 вида микроорганизмов – у 3 больных (5,0%)

Более двух видов микроорганизмов у 1 больного (1,6%)

У пациентов ГБ №2:

Ассоциации микроорганизмов выделены у 20 больных (32,25%)

2 вида микроорганизмов – у 14 больных (22,5%)

Более двух видов микроорганизмов у 6 больных (9,67%)

Как видно из таблицы, выявлены значительные различия в спектре возбудителей раневой инфекции среди различных возрастных и социальных групп (военнослужащие, гражданское население). Среди возрастной группы 18–29 лет преобладающей являлась Гр.(+) микрофлора (84,3%). В общей структуре