

лишения свободы и 16,1±5,5% – трансгендерных лиц. Прослеживается недостаточная осведомленность в вопросах характеристики самого вируса иммунодефицита человека: лишь 32,9±6,8% опрошенных ответили, что при комнатной температуре вирус сохраняется до 4 суток и 37,9±7,1% указали, что в высохшей крови вирус сохраняется до 2 недель. На вопрос «Допускаете ли Вы, что можете заразиться ВИЧ-инфекцией?» 44,3±7,4% опрошенных ответили «Да», 21,1±4,8% указали, что не думали об этом.

Выводы. Отмечаются некоторые пробелы в теоретических знаниях респондентов по вопросам ВИЧ-инфекции, сопряженным с рисками инфицирования, недостаточная настороженность в отношении профессионального заражения гемоконтактными инфекциями. Грамотному медицинскому работнику важно не только знать современные клинические аспекты данного заболевания, но и соблюдать определенные биоэтические нормы с ранних ступеней медицинской жизни, а также разбираться в особенностях работы с ЛЖВ в том числе с целью профилактики профессионального инфицирования.

Коннова Т.В.¹, Вандышева Т.В.^{1,2}

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГЕЛЬМИНТОЗАМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Самарской области», г. Самара, Россия

На территории Самарской области наибольший удельный вес среди паразитарных заболеваний составляют гельминтозы, из них ведущее место занимает энтеробиоз. Структура зарегистрированных гельминтозов в 2023 году состоит из случаев заболеваний энтеробиозом (93,9%), аскаридозом (2,3%), токсокарозом (1,2%), описторхозом (0,9%), эхинококкозом (0,8%) и прочими (0,9%).

В 2023 году заболеваемость энтеробиозом по сравнению с 2019 годом (до пандемийный период) снизилась на 78,8% и составила 47,00 на 100 тыс. населения (1472 случая). Энтеробиоз регистрировался во всех районах области и г. Самара, кроме Хворостянского. Наиболее высокая заболеваемость в 2 районах области: Кошкинском (211,34 на 100 тыс. населения), Богатовский (156,7 на 100 тыс. населения), где среднеобластной (47,0 на 100 тыс. населения) показатель превышен в 3,3 – 4,5 раз.

Заболеваемость аскаридозом по сравнению с 2019 годом снизилась на 0,54% и составила 1,15 на 100 тыс. населения (36 случаев). Аскаридоз регистрировался в 5 районах и г. Самара. Наиболее высокая заболеваемость в Сызранском районе области (30,51 на 100 тыс. населения), где среднеобластной (1,15 на 100 тыс. населения) показатель превышен в 26,5 раз.

Заболеваемость токсокарозом выросла на 0,4% и составила 0,61 на 100 тыс. населения (19 случаев). Токсокароз регистрировался в 10 районах и г. Самара. Наиболее высокая заболеваемость в 2 районах области: К.Черкасском (7,27 на 100 тыс. населения), Ч.Вершинском (22,03 на 100 тыс. населения), где среднеобластной (0,61 на 100 тыс.

населения) показатель превышен в 11,9 – 36,1 раз.

В группе биогельминтозов ведущая инвазия – описторхоз. Число заболевших выросло в 2 раза с 7 случаев (0,22 на 100 тыс. населения) в 2022 году до 14 случаев (0,45 на 100 тыс. населения) в 2023 году. Заражение описторхозом связано с любительским рыболовством и употреблением слабосоленой и вяленой речной рыбы семейства карповых, приготовленной в домашних условиях. Описторхоз регистрировался в 4 районах и г. Самара. Наиболее высокая заболеваемость в Сергиевском районе области: 16,14 на 100 тыс. населения, где среднеобластной (0,45 на 100 тыс. населения) показатель превышен в 35,9 раза.

Заболеваемость эхинококкозом выросла на 0,2% и составила 0,42 на 100 тыс. населения (13 случаев). Эхинококкоз регистрировался в 8 районах и г. Самара. Наиболее высокая заболеваемость в 2 районах области: Кошкинском (4,8 на 100 тыс. населения), Ч.Вершинском (7,34 на 100 тыс. населения), где среднеобластной (0,42 на 100 тыс. населения) показатель превышен в 11,4 – 17,5 раз.

Регистрируются случаи sporadicческой заболеваемости дирофиляриозом (5 случаев), гименолепидозом (3 случая) и дифиллоботриозом (2 случая).

Причинами роста заболеваемости токсокарозом, описторхозом и эхинококкозом могут быть: отсутствие эпидемиологической настороженности и знаний о клинико-лабораторной характеристике данных гельминтозов у врачей; формирование резистентности к антигельминтным препаратам и, соответственно снижение эффективности лечения, а так же миграция населения (иностранные рабочие из Юго-Восточной Азии, студенты); освоение новых территорий (вахтовый метод работы, туризм); низкий санитарно-культурный уровень населения (отсутствие знаний о глистных инвазиях).

Кононович С.И.¹, Светогор Т.Н.¹, Буко О.Г.², Коломиец Н.Д.³, Романова О.Н.³

ОБЩИЙ ПРОФИЛЬ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО НА ТЕРРИТОРИИ МИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2022-2023 гг.

¹ Государственное учреждение «Минский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», г. Минск, Беларусь

² Учреждение здравоохранения образование «Минская областная клиническая больница», г. Минск, Беларусь;

³ Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь.

В Республике Беларусь эпидемия ВИЧ-инфекции удерживается в концентрированной стадии. Чтобы максимально остановить передачу инфекции среди населения в целом и улучшить качество оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, необходимо эффективное продвижение стратегии Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу «95-95-95». По состоянию на 01.01.2024 в Минской области выявлено 93,5 % пациентов с ВИЧ-инфекцией от их оценочного количества, 95,7 % из которых вовлечены в антиретровирусную терапию и у 90,9 % лиц, получающих лечение, достигнута

неопределяемая вирусная нагрузка (на 01.01.2024 данные показатели составляли 85,7 %-91,1 %-81,9 %).

Цель исследования: характеристика общего профиля впервые выявленного ВИЧ-инфицированного пациента по эпидемиологическим, социально-демографическим, иммунологическим и клиническим данным.

Объектом исследования явились впервые выявленные пациенты с ВИЧ-инфекцией на территории Минской области в период 2022-2023 гг.

Результаты. В период наблюдения впервые ВИЧ-инфекция была установлена у 539 человек, при этом пациентов в 2022 г. было достоверно больше, чем в 2023 г. – 305 (56,6 %; 95 ДИ 52,4– 60,8) и 234 (43,4 %; 05 ДИ 39,2 – 47,6) человек, соответственно. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией за 2022 г. составил $20,8 \pm 2,34$ случаев на 100 тысяч населения, а за 2023 г. – $16,0 \pm 2,05$. Темп снижения – 23,1 % ($p < 0,05$). Преимущественно ВИЧ-инфекция выявлялась у лиц мужского пола в равных долях по годам наблюдения (2022 г. – 62,0 %, 2023 г. – 60,3 %). В эпидемический процесс вовлечены все возрастные группы населения, но чаще ВИЧ-инфекция регистрировалась в возрастной группе 30-49 лет – 398 (73,8 %) пациентов. Инфицирование происходило в основном половым путем, суммарно – 466 (86,4 %) человек. Удельный вес лиц, инфицирование которых произошло парентеральным путем, составил 18,2 % (98 пациентов). В социальной структуре впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции работающее население составило 50 % (272 пациента), лица без определенных деятельности – 34 % (185 пациентов), остальные пациенты относились к лицам из мест лишения свободы и прочим контингентам.

При постановке на диспансерный учет по ВИЧ-инфекции, клинически продвинутые стадии (3 и 4 стадии ВИЧ-инфекции) установлены у 86 (16 %) пациентов и показатель поздней диагностики ВИЧ-инфекции по критерию установления 4-ой клинической стадии на момент выявления ВИЧ-инфекции составил 3,3 % (18 пациентов). Количественный анализ CD4-лимфоцитов выполнен для 489 пациентов. Установлено, что ВИЧ-ассоциированный иммунодефицит (ИД) (≤ 350 клеток/мкл) имели 238 (49 %; 95 ДИ 44,6 – 53,4) и высокую ($> 5 000$ копий РНК ВИЧ/мл) вирусную нагрузку (ВН) 223 (94 %) пациента. Среди 122 (51 %) пациентов с ИД в тяжелой форме (< 200 кл/мкл), высокая ВН была определена у 117 (94 %) пациентов. Выраженный ИД (200-349 кл/мкл) наблюдали у 116 (49 %) пациентов, из которых высокую ВН имели 106 (91 %).

Заключение. Вновь выявленный пациент с ВИЧ-инфекцией на территории Минской области характеризуется как лицо старше 30 лет, мужского пола, работающий или без определенной деятельности, практикующий рискованное сексуальное поведение, имеющий ВИЧ-ассоциированный иммунодефицит и высокую вирусную нагрузку, достаточно поздно обратившийся за медицинской помощью.

Коноркина Е.А., Польшикова Н.А., Коломиец В.М.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУС-ГЕПАТИТ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ГРУППАХ РИСКА

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Курск, Россия

В государственных программах развития здравоохранения до 2025 года (ГПРЗ) интенсификации противоэпидемических мероприятий (ПЭМ) при социально-значимых инфекционных заболеваниях (СЗИЗ) придается особое значение из-за не только гуманитарного, но и социально-экономического значения заболеваемости населения туберкулезом (ТБ), Вич-инфекцией (Вич) и гепатитами (ВГ). Известно, что эффективность таких ПЭМ наиболее высокая при постоянном контроле их проведения прежде всего в группах риска среди населения. Возрастает также значение проведения ПЭМ с учетом коморбидных вариантов СЗИЗ и особенно Вич-ассоциированного ТБ. В связи с этим необходимо изучение особенностей развития и распространения вирус-гепатит-ассоциированного ТБ, так как ВГ наиболее часто отмечается и у больных, и у «носителей» Вич-инфекции – лиц живущих с инфекцией (ЛЖВ).

Целью исследований является вскрытие путей формирования контингентов больных вирус-гепатит-ассоциированным ТБ (ТБВГ) и с учетом особенностей клинического течения разработка методов их клинической реабилитации в группе риска – инфицированные (носители) ВГ (ХВГ).

Наблюдения проводятся в течение пяти лет, на территории одного из регионов ЦФО, в группе риска – психически больные и переболевшие ТБ (с интенсивным наблюдением). Использовали общепринятые клиничко-лабораторные методы диагностики Тб и ВГ, включая высокотехнологичные методы лучевого и иммунологического исследований. При этом необходимо отметить, что диагностика случая заболевания ВГ у больного ТБ (подчеркнем - больного, а не клинически излеченного) представляет собой определенные трудности. Они обусловлены, во-первых, значительной частотой гепатитов другой этиологии, чаще всего при хронической алкогольной интоксикации, диагностируемой у до 30% больных Тб. Во-вторых, при активном Тб интенсивно используются стандартные режимы этиотропной терапии, включающие препараты с возможным гепатотоксическим действием. Нельзя исключить, что у большинства переболевших ТБ ещё до инфицирования вирусами гепатитов В и С имеется особое преморбидное состояние, важнейшими компонентами которого являются комплекс иммунологические нарушения и дисфункции печени. В случаях развития у таких лиц гепатитов В или С это преморбидное состояние следует принимать во внимание при проведении диагностики гепатотропных вирусных инфекций и лечении данных пациентов.

Сравнительные наблюдения проводятся в группе риска – контингенты находящихся под интенсивным наблюдением психически больных, среди которых вследствие характера патологии и условий их лечения крайне высокий риск

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
МЕЖДУНАРОДНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ»
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «БЕЛЭКСПО»
ООО «МАЙС ПАРТНЕР»

ВТОРОЙ ГОМЕЛЬСКИЙ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ, МИКРОБИОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ



НАУЧНОЕ
ОБЩЕСТВО
ИНФЕКЦИОНИСТОВ
РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ



12-13 сентября 2024 года
Гомель
БЕЛАРУСЬ