

S.sanguinis, *Granulicatellaadiacens* (последний возбудитель относится к альфа-гемолитическому стрептококку).

В состав УПФ, представленной стафилококками, вошли: *S.epidermidis*, который встречался на поверхности миндалин — у 8,78% пациентов, в глубоких отделах выделен у 7,5% пациентов соответственно. *S.warneri* выделяли только из глубоких отделов у 1,49% пациентов, *S.lentus* выделяли с поверхности у 1,75% пациентов, *S.haemolyticus* выделялся у 3,5% пациентов с поверхности и 4,5% из глубоких отделов, *S.hominis* выделялся только с поверхности у 7% пациентов, *S.capitis* у 1,49% пациентов только из глубоких отделов, *S.sciuri* у 1,75% пациентов с поверхности, *St.Gp (+)* кокки на поверхности выделялся у 1,75% пациентов, и у 1,49% пациентов из глубоких отделов.

Микрококки выделены с поверхности миндалин у 10 (9,8%) пациентов, из глубоких отделов — у 7 (6,8%) от общего числа обследованных. К ним мы отнесли 5 представителей: *Rothiamucilaginosae*, *Kocuriarosea*, *Kocuriakristinae*, *Dermacoccusnishinomyaensis*, *Kytococcusdentarius*.

Энтеробактерии были представлены *Escherichiacoli*, *Klebsiela pneumoniae*, *Kl.oxytoca*, *Enterobacter cloacae*, *Serratia liquefaciens*, *Serratia ficaria*, *Enterobacter aerogenosae*. Из зевной поверхности энтеробактерии были выделены у 18 (17,6%) пациентов, из лакун нбных миндалин — у 12 (11,7%) пациентов. Возбудители данной группы встречались в основном в виде полифлоры. Неферментируемые грамм-минус бактерии с зевной поверхности выделялись у 4 (3,9%) пациентов, из глубоких отделов — у 7 (6,86%) пациентов.

Pseudomonasaeruginosae, *Sphingomonospaucimobilis*, *Acinetobacterhaemolyticus*, *Burkholderiagladioli*, *Burkholderiacepa group*; энтерококки (*Enterococcus sp. (+)* кокки, *Enterococcus faecalis*, *Erysipelothrix rhusiopathiae*) из зевной поверхности у 3 (2,9%) пациентов, из лакун у 2 (1,96%) пациентов.

Сборная группа: *Leukonostomesenteroidesssp. cremori* выделен у 2 (1,96%) пациентов только из глубоких отделов. *Lotynebacteriaceae* выделена у 1% пациентов в виде полифлоры только из глубины лакун.

Грибы рода *Candida*: *Candida albicans*, *Candida famata*, *Candida sp.* на поверхности миндалин выделялись у 24 (23,5%) пациентов: в виде монофлоры у 1 (4,16%), полифлоры — у 23 (95,8%), а из глубоких отделов — у 11 (10,8%) пациентов во всех случаях исключительно в виде полифлоры.

Заключение. Таким образом, в этиологии ХТ среди популяции УПФ основная роль принадлежит условно патогенным и апатогенным стафилококкам, α и γ стрептококкам. Меняется так же представление о значимости другой УПФ (микрококков, энтеробактерий, неферментируемых грамм-минус бактерий, энтерококков, представителей сборной группы — *Leukonostomesenteroidesssp. cremori*, грибов рода *Candida*), ассоциации которых способствуют формированию дисбиоза ротоглотки, биопленок, что подтверждается увеличением обнаружения данных микроорганизмов в бактериологических посевах из лакун нбных миндалин. Все это способствует подержанию воспалительного процесса в миндалинах, развитию ХТ, метатонзиллярных заболеваний и оппортунистических инфекций с генерализацией процесса на фоне снижения резистентности организма.

Литература

1. Современные подходы к коррекции микробиоценоза ротоглотки / Л.В. Феклисова [и др.] // Лечащий врач. Бронхопульмонология. — 2009. — №10. — С. 71–74.
2. Мальцева, Г.С. Хронический тонзиллит: актуальные вопросы / Г.С. Мальцева. — Consilium Medicum: 2011. — Т.13, №11. — С. 32–38.
3. Косенко, В.А. Материалы к изучению «признаков» состояния у стрептококков и стафилококков, выделенных при некоторых ЛОР-заболеваниях: Автореф. дис. канд. биол. наук / В.А.Косенко. — Л. — 1973. — 20 с.
4. Кайда, С.А. Бактериальная флора нбных миндалин у больных хроническим тонзиллитом после применения различных методов консервативного лечения / С.А. Кайда, П.В. Начаров, В.А. Косенко // Российская оториноларингология: медицинский научно-практический журнал. — 2008. — № 1. — С. 7–11.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОЧАГАХ ГЕПАТИТА В

Светогор Т.Н.¹, Коломиец Н.Д.²

1. ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии», г. Минск, Беларусь
2. ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Беларусь

Проблема вирусных гепатитов с гемоконтактным механизмом передачи до настоящего времени остается одной из актуальных в медицине и здравоохранении как в городе и стране, так и во всем мире [1, 2]. Это связано с их интенсивной распространенностью среди населения и значительным экономическим и социальным ущербом, который они наносят.

Уровень заболеваемости гемоконтактными вирусными гепатитами населения г. Минска по состоянию на 31.12.2012 г. составил 681,39 случаев на 100 тысяч населения и возрос по сравнению с аналогичным периодом 2011 г. на 7% ($p < 0,05$). Каждый четвертый пациент, состоящий на учете, — это пациент с гепатитом В, почти — это пациенты с гепатитом С. Сочетанное инфицирование 2-мя вирусами составило 1,51%, осложнения — циррозы печени — выявлены в 1,43% случаев, печеночно-клеточный рак — в 0,02%. Уровень инфицированности населения города составил 0,7%.

Особое внимание заслуживает проблема внутрисемейного распространения инфекции. Ежегодно в г. Минске регистрируются внутрисемейное инфицирование, что составляет 6–7% от ежегодно регистрируемого количества случаев. Таким образом, актуальным является повышение эффективности организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции.

Всего нами наблюдалось 238 очагов гепатита В, в которых один пациент — первый по времени выявления — имел установленный диагноз НВV или носительство НВsAg, а другие, совместно прожива-

ющие лица — контактные, в связи с этим, прошли обследование на наличие маркеров гепатита по приглашению поликлиники. Возраст 238 пациентов находился в пределах от 12 до 86 лет (распределение отличалось от нормального, межквартильный размах 25/75 составил от 30 до 51 года, медиана — 37 лет). В этих очагах было обследовано 375 контактных лиц. Возраст контактных лиц находился в пределах от 1 до 84 лет (распределение отличалось от нормального, межквартильный размах 25/75 составил от 30 до 54 лет, медиана — 40 лет).

Частота инфицирования контактных лиц в очагах всех нозоформ гепатита В находилась в пределах $27,73 \pm 2,31$ на 100 обследованных. Частота инфицирования контактных лиц их групп «супруги» и «другие члены семьи» статистически не отличалась, составляя соответственно $24,14 \pm 3,57$ и $30,0 \pm 3,03$. Таким образом, половой путь инфицирования в семьях гепатита В не является первостепенным. В полной мере в очагах гепатита В реализуется контактно-бытовой прямой и непрямого пути передачи инфекции. По отдельным подгруппам по степени родства частота инфицированности среди контактных лиц распределилась следующим образом: сестры — $53,85 \pm 13,83$; дети: дочь — $43,18 \pm 7,47$, сын — $42,86 \pm 9,35$; внуки — $42,86 \pm 18,7$; братья — $28,57 \pm 12,07$; супруги: муж — $26,67 \pm 5,71$, жена — $22,35 \pm 4,52$; родители: мать — $21,31 \pm 5,24$, отец — $20,69 \pm 7,52$; суммарно другие члены семьи (родители жены, мужа, племянники, свояки и прочие) — $14,71 \pm 6,07$. Наиболее чаще в очагах источниками инфекции становились матери — 23,08% от всех выявленных источников инфекции, мужья — 18,27%, жны — 15,38%, сыновья — 11,54%, братья — 8,65%, отец — 6,73%, бабушка — 2,88%, сстры — 1,92%. Выявлены единичные источники инфекции среди прочих родственных контактов.

Среди инфицированных контактных лиц выявляется высокий удельный вес контактных лиц, у которых выявленные маркеры свидетельствуют о ранее перенесенной скрытой HBV-инфекции ($\text{antiHBs} + \text{antiHBc}_{\text{total}}$), доля этой группы лиц в нашем исследовании составила 43,3% от всех инфицированных. Хроническое и бессимптомное течение HBV-инфекции выявлено у 51,9% от всех инфицированных контактных лиц. На долю острой манифестация гепатита В пришлось только 4,8% случаев.

Удельный вес очагов, в которых все контактные лица здоровы, составил 62,6%, очагов, в которых выявлены инфицированные контактные лица, — 37,3%. В очагах острого гепатита преимущественно выявлялись здоровые контактные лица (88,9% очагов), в очагах хронических и бессимптомных форм инфекции в каждом 3 очаге выявлялись среди контактных лиц инфицированные. Данная ситуация в первую очередь обусловлена длительностью контакта с больным в очаге и наличием или отсутствием изоляции источника инфекции, а также длительностью периода вирусемии. В очагах хронической и бессимптомной инфекции в силу длительного течения заболевания постепенно снижается настороженность контактных лиц в отношении повседневного и систематического выполнения комплекса профилактических мероприятий. В то же время в очагах острой инфекции источники инфекции чаще всего госпитализируются в максимальный период заразительности.

Объекты внешней среды обитания — значимый фактора передачи гепатита В в очагах совместного проживания. Вероятность инфицирования повышается при совместном использовании следующих предметов личной гигиены: зубных щеток — в 5,3 раза, полотенце — в 4,9 раза, бритв — в 4,1 раза, мочалок — в 4,1 раза. При незащищенном половом контакте с больным супругом относительный риск инфицирования увеличивается в 25,4 раза.

В результате изучения напряженности иммунитета к HBV защитные титры антител выявлены у $85,71 \pm 2,7\%$ привитых контактных лиц.

С целью унифицирования порядка проведения профилактической и противоэпидемической работы в очагах, на территории города внедрено проведение ежемесячного мониторинга показателей, отражающих результативность организации профилактической работы в очагах гепатита В и микст-инфекции:

- охват обследованием контактных лиц (критерий охвата — не менее 95% от подлежащих);
- охват вакцинацией против ВГВ (критерий охвата — не менее 95% от подлежащих);
- удельный вес и динамика отказов от обследования и вакцинации;
- удельный вес и динамика неявок контактных лиц на обследование и вакцинацию.

Вероятность инфицирования в семьях с низкой санитарной культурой достаточно высока и требует проведения в очагах не только вакцинации, но и работы, направленной на повышение грамотности пациентов и членов их семей по формированию навыков соблюдения правил личной гигиены.

Литература

1. Нечаев, В.В. Социально-значимые инфекции: монография: в 2 ч. / В.В. Нечаев, А.К. Иванов, А.М. Пантелеев. — СПб.: Береста, 2011. — Ч. 1: Моноинфекции. — 440 с.
2. Шляхтенко Л.И. Системный подход к изучению эпидемиологического процесса гепатитов В и С: прогноз и принципы профилактики // Мир вирусных гепатитов. — 2003. — №8. — С.11–12.

ОПТИМИЗАЦИЯ СОСТАВА ФЕРМЕНТАТИВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ (ФЕРМЕНТНЫЙ МИКСТ) МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ D-ЛАКТАТА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ

*Семенов В.М., Веремей И.С.,
Зенькова С.К., Семенов С.В.,
Дмитраченко Т.И., Скворцова В.В.*

*УО «Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский
университет», г. Витебск, Беларусь*

Лактат был открыт шведским химиком Схилом (Scheele) еще в 1870 году, который выделил его из кислого молока. Лактат — самая простая гидроксикарбоновая кислота, существующая в виде двух оптических изомеров из-за его ассиметричного С2 атома: D- (правовращающего) и L- (левовращающего)