

(2014 г.), 1,3 (2020 г.) и 0,6 (2021 г.). Заболеваемость активным туберкулезом снизилась с 44,8 на 100 тыс. населения (2010 г.) до 38,2 (2015 г.) и 20,0 (2019 г.).

В 2020 г. (первый год пандемии) показатель заболеваемости стал ниже – 12,4, а затем вырос до 14,0 на 100 тыс. населения (2021 г.). Выросла заболеваемость активным туберкулезом органов дыхания с 11,9 (2020 г.) до 13,6 (2021 г.). Стабилен показатель заболеваемости внелегочными формами – 0,5 (2020 г.) и 0,4 (2021 г.). Сельские жители в сравнении с городским населением чаще болеют туберкулезом: 22,4 и 22,0 на 100 тыс. населения (2020, 2021 гг.). Заболеваемость городского населения увеличилась с 8,5 (2020 г.) до 11,4 (2021 г.). Из 127 вновь выявленных в 2020 г. пациентов 75% составили мужчины. Подавляющее большинство пациентов (более 80%) – лица в трудоспособном возрасте. Удельный вес бацилловыделителей среди вновь выявленных пациентов с туберкулезом легких стабильно высок – 94,9% (2019 г.), 89,3% (2020 г.) и 90,6% (2021 г.). Удельный вес МЛУ-ТБ среди

вновь выявленных случаев уменьшился с 50,3% в 2010 г. до 36,9% в 2020 г.

Отмечена благополучная ситуация по туберкулезу среди детского и подросткового населения. Показатель заболеваемости у детей и подростков (0-17 лет) составил 1,42 (2019 г.) и 0,47 (2020 г.). За 2019, 2020, 2021 гг. не выявлено ни одного случая туберкулеза среди детей и подростков (0-14 лет). По одному случаю туберкулеза выявлено в 2020 и 2021 гг. среди подростков.

**Выводы.** Пандемия COVID-19 оказала негативное влияние на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Гродненской области. Отмена диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, ограничительные меры, связанные с COVID-19, страх населения перед посещением поликлиник в 2020 г. привели к отсроченному выявлению заболевания, что отразилось на росте показателей заболеваемости туберкулезом, в том числе туберкулезом органов дыхания, и среди городского населения.

## ЭВОЛЮЦИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ STREPTOCOCCUS PNEUMONIA ЗА 40 ЛЕТ В г. МИНСКЕ

<sup>1</sup>Астапов А. А., <sup>2</sup>Соколова М. В., <sup>2</sup>Зинченко Л. В., <sup>2</sup>Клюйко Н. Л., <sup>1</sup>Ластовка А. А.

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Городская детская инфекционная клиническая больница, Минск, Беларусь

**Актуальность.** Заболеваемость пневмококковыми нейроинфекциями сохраняется до настоящего времени и сопровождается высокой летальностью и инвалидизацией детей.

**Цель исследования** – изучить резистентность к антибиотикам инвазивных пневмококков, выделенных из стерильных в норме сред за 40 лет в г. Минске.

**Материал и методы.** Чувствительность и резистентность определялись диск-диффузионным методом, согласно методическим рекомендациям. Проанализирована резистентность к антибиотикам пневмококков у 59 пациентов с 1980 по 1999 гг. и у 58 пациентов с 2000 г. по 2019 г.

**Результаты.** В конце 20-го в. в качестве стартового антибиотика у 36 (61%) пациентов с инвазивной пневмококковой инфекцией назначался пенициллин, к которому 75% возбудителей были в то время чувствительны. Однако при анализе летальности за 1990-1999 гг. установлено, что 4 (22,2%) пациента умерли, что составило самую высокую летальность. При анализе стартового лечения пациентов за эти годы установлено, что в 8 случаях назначался пенициллин, 5 пациентам – левомицетин-сукцинат и по 2 пациента в виде стартовой терапии получали ампициллин и цефалоспорины. Учитывая рост летальности, было решено стартовую терапию начинать

с цефалоспориновых антибиотиков. Так, в 2000-2005 гг. (19 пациентов) стартовым антибиотиком в 15 (79%) случаях были цефалоспорины, летальность составила 5,5%. С 2006 по 2009 гг. из 17 пациентов у 12 стартовыми антибиотиками также оставались цефалоспорины. Лечение цефалоспорином было и экономически выгодным, так как за 10 лет монотерапия цефалоспорином проведена у 20 пациентов. При сравнении резистентности пневмококков установлено, что к пенициллину устойчивых пневмококков в XX веке было  $25 \pm 2,5\%$ , а в XXI веке –  $53,2 \pm 7,3\%$  ( $p < 0,001$ ). Следует помнить, что, назначая пенициллин стартовым антибиотиком, мы ошибаемся в 2 раза чаще, чем в конце XX века. Тем более, что в XXI обнаружено 5 штаммов пневмококка, которые имели нулевую чувствительность к пенициллину.

**Выводы.** В качестве кандидатов для стартового лечения могут рассматриваться антибиотики, имеющие менее 10% устойчивых штаммов. В таких случаях мы ошибаемся только в одном случае из десяти. Необоснованно использовать в качестве стартовых антибиотиков аминогликозиды и фторхинолоны. Для клинического применения по показаниям можно рекомендовать ванкомицин (5,5% устойчивых штаммов), имипенем (6,7%), цефуроксим (6%), цефтриаксон (6,1%), линезолид (3,6%) и меронем (9,1%).