

diționat patogene (respectiv, din genul *Escherichia* și familia *Streptococcaceae* – cu 28,85%; 29,28%; 41,60%; 37,79%; 43,38%; 37,50%; 45,92%; 45,35% și 47,76%; 50%). Datele expuse demonstrează că gazele nocive nominalizate au o acțiune negativă asupra organismului purceilor, iar această influență a servit drept premisă pentru apariția și dezvoltarea stării de dismicrobism intestinal. La animalele întreținute în asemenea condiții, comparativ cu cele din lotul-martor, greutatea corporală de asemenea s-a diminuat în medie cu 18,6%.

**Concluzie.** În baza rezultatelor experimentale, a fost confirmat faptul că nivelul cantitativ al reprezentanților determinați ai microflorei intestinale (bifidobacteriilor, lactobacililor, bacteroizilor, escherichiilor și enterococilor) poate fi utilizat în calitate de test de apreciere rapidă a gradului de dereglare a sănătății sistemului digestiv, aceste bacterii fiind o parte componentă a organismului. Prin urmare, indicii cantitativi ai microflorei intestinale servesc drept test cert informativ despre nivelul sănătății întregului organism.

## HEPATITIS C VIRUS INFECTION IN BLOOD DONORS IN CLUJ COUNTY, ROMANIA

*Giorgiana HÂȚU, Maria Irina BRUMBOIU, Ioan Stelian BOCȘAN,*

The Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Department of Community Health, Epidemiology and Primary Health Care Division, Cluj-Napoca, Romania

**Introduction.** Romania has a high prevalence of transfusion-transmitted infections among blood donors in comparison with other European countries (EU) countries. The aim of this study was to estimate the hepatitis C virus (HCV) seropositive status among blood donors in Cluj County (Romania) and its recent trend and to evaluate the association between HCV infection and various risk factors in Cluj blood donors.

**Material and methods.** During 2006-2009 for every blood donors in the Cluj County Blood Transfusion Centre (BTC), age, gender and HCV serological status were collected; then, donors referred to Cluj BTC from January to March 2012 completed a standardised self-administered questionnaire. Trends of proportions were tested. The data collected from first-time and repeat donors were compared for possible risk factors for hepatitis C virus infection using logistic regression.

**Results.** 0.42% of 62,497 blood donors were seropositive for HCV. HCV seropositive status increased with age, being higher in women. During 3 months 1,100 blood donors were selected; 24.1% were first-time donors, more often being reported: age < 26 years, female gender and history of health care procedures other than surgery.

**Conclusion.** The HCV seroprevalence among Cluj County blood donors is higher than in other EU countries and unusually higher in female donors. Not all risk factors for blood borne infections can be properly filtered out in blood donors (particularly the sensitive behavioural risk factors - e.g. drug use, sexual promiscuity), suggesting the necessity of improving the health screening process in blood donors.

**Dr. Giorgiana Hâțu**

Assistant Professor, The Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Department of Community Health, Epidemiology and Primary Health Care Division, 8, Victor Babes St., RO-400012, Cluj-Napoca, Romania  
E-mail: funinganag@yahoo.com, funingana.giorgiana@umfcluj.ro  
Tel. +40751828442

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО СРОКАМ И ИСХОДАМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТАЦИОНАРАХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

*Н. А. КРАВЧЕНКО, О. Н. ЯКОВЕНКО,*  
Иркутский государственный медицинский университет,  
г. Иркутск, Россия

**Актуальность темы.** По прогнозам ВОЗ, в XXI веке летальность вследствие заболеваний органов дыхания будет занимать 2-е место в структуре причин общей смертности (И.И. Садовникова, 2012).

**Цель исследования** – провести сравнительный анализ сроков лечения и структуры летальности по классу болезней органов дыхания в стационарах Иркутской области за период 2008–2010 гг. среди пациентов возрастных групп «от 0 до 17 лет» и «18 лет и старше».

**Материалы и методы исследования.** Анализ проведён по основным показателям работы лечебно-профилактических учреждений Иркутской области. Изучалась достоверность различий

заболеваемости детей и взрослых по t-критерию Стьюдента. Средние показатели продолжительности лечения и коэффициенты летальности приведены с ошибкой, рассчитанной для доли ( $\pm m$ ).

**Результаты и обсуждение.** В структуре болезней органов дыхания во всех возрастных группах наибольшее число койко-дней пришлось на интерстициальные, гнойные легочные болезни. При этом, у взрослых длительность лечения ( $16,3 \pm 0,03$  койко-дней) достоверно выше, чем у детей ( $14,9 \pm 0,05$  койко-дней). Продолжительность лечения пневмонии у детей ( $11 \pm 0,04$  койко-дней) достоверно ниже в сравнении со взрослыми ( $13 \pm 0,02$  койко-дней). Сроки лечения хронической легочной обструктивной болезни и бронхита хронического у пациентов старше 18 лет составили  $12 \pm 0,02$  койко-дней, у детей – достоверно меньше:  $10,6 \pm 0,04$  койко-дней. По таким нозологическим формам, как бронхиальная астма и острые респираторные инфекции длительность лечения у детей недостоверно ниже:  $11,1 \pm 0,04$  и  $12 \pm 0,02$  койко-дней,  $8,1 \pm 0,03$  и  $8,3 \pm 0,02$  койко-дней – в сравнении со взрослыми соответственно.

Среди взрослого населения коэффициент летальности от пневмонии ( $3,27 \pm 0,01$ ), хронической легочной обструктивной болезни ( $1,64 \pm 0,009$ ) и острых респираторных инфекций ( $1,35 \pm 0,008$ ) достоверно выше, чем среди детей, у которых он составил соответственно  $0,38 \pm 0,008$ ;  $0,07 \pm 0,001$  и  $0,003 \pm 0,0007$ . В возрастной группе 18 лет и старше коэффициент летальности от интерстициальных, гнойных легочных болезней составил  $5,81 \pm 0,007$ , от бронхиальной астмы –  $0,29 \pm 0,004$ , от бронхита хронического –  $0,19 \pm 0,003$ . Среди пациентов 0-17 лет случаев летальности от данных болезней не зарегистрировано.

В структуре летальности по классу болезней органов дыхания детей на первом месте находилась пневмония, она составила  $84,00 \pm 3,70\%$ , второе – хроническая легочная обструктивная болезнь ( $15,00 \pm 0,36\%$ ), третье – острые респираторные инфекции ( $1,00 \pm 0,09\%$ ). Структура летальности от болезней данного класса взрослого населения выглядела иначе. Первое место занимали интерстициальные, гнойные легочные болезни ( $46,00 \pm 4,89\%$ ), второе – пневмонии ( $26,00 \pm 4,38\%$ ), на третьем месте – хроническая легочная обструктивная болезнь ( $13,00 \pm 0,33\%$ ), на четвертом – острые респираторные инфекции ( $11,00 \pm 0,31\%$ ). На пятом месте – бронхиальная астма, на шестом – бронхит хронический, на долю каждого из которых пришлось  $2,00 \pm 0,10\%$  всех случаев летальности от болезней органов дыхания.

**Выводы.** В возрастной группе «18 лет и старше» сроки лечения и коэффициенты летальности от болезней органов дыхания в стационарах Иркутской области в 2008–2010 гг были достоверно выше, чем в возрастной группе «0–17 лет». Данный вывод свидетельствует о тяжелом течении бронхолегочных заболеваний у взрослых, с наличием осложнений и деструктивных форм, и является основанием для проведения углубленного эпидемиологического исследования с целью выяснения обстоятельств начала заболевания и выявления факторов риска. Особенно это касается пневмонии и интерстициальных, гнойных легочных болезней, которые занимали лидирующие места в структуре летальности по классу болезней органов дыхания в 2008–2010 годах в Иркутской области.

## ПРОФИЛАКТИКА МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ

*М.М. ЗОРИНА, Л.А. АНИСИМОВА,*  
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский  
институт туберкулеза»  
Минздрава России

**Актуальность** внутрибольничного инфицирования на современном этапе рассматривается, как правило, с позиций одного лечебного учреждения. Тем не менее, на практике мы все чаще встречаемся с проблемой, когда пациент является источником переноса инфекции из одного стационара в другой. Внутрибольничная инфекция в учреждениях фтизиатрической службы может протекать скрыто и расцениваться как течение туберкулезного процесса. Длительное пребывание больного в противотуберкулезном стационаре, частое использование антибактериальных препаратов широкого спектра действия, необходимость использования инвазивных методов диагностики и лечения оказывает влияние на формирование госпитальных штаммов микроорганизмов, характеризующихся мультирезистентностью. В результате пациент становится источником внутрибольничного распространения инфекции на последующих этапах оказания медицинской помощи в других лечебных учреждениях.

С целью оптимизации системы инфекционного контроля, для предотвращения заноса и распространения госпитальных штаммов, в ННИИТ с 2009 г. организована и введена систе-