

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Краснодарского края
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет» Минздрава России
ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная
больница» министерства здравоохранения Краснодарского края
АНО «Содружество профессионального
содействия врачам Северо-Запада»



СКИБ

ГБУЗ «Специализированная клиническая
инфекционная больница»

Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России

МАТЕРИАЛЫ XII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

Краснодар, 30 – 31 мая 2019 г.

Краснодар
2019

УДК 616.9-036 (470.620)

ББК 55.14

А 43

Материалы XII научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России» /Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство здравоохранения Краснодарского края, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, АНО «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада» – Краснодар: ОАО «Полиграф-ЮГ», 2019. – 200 с.

Редакционная коллегия:

д.м.н. В.Н. Городин,
д.м.н., профессор Л.И. Жукова,
к.м.н., доцент П.В. Лебедев

Техническая редакция: к.м.н., доцент П.В. Лебедев

ISBN 978-5-907133-85-3

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА КАК ОСНОВА БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕВОЗОЧНОГО ПРОЦЕССА

Министерство транспорта Донецкой Народной Республики, г. Донецк

Транспорт является системообразующей составляющей любой соци-ально-экономической системы на международном, национальном, регио-нальном и локальном уровнях. Это определяется такими его особенностями, как обеспечение всех видов деятельности современного человека, трансгра-ничный и транснациональный характер перевозки грузов и пассажиров, опе-режающее развитие транспортных технологий, участие миллионов работни-ков в осуществлении и обеспечении транспортного процесса.

В период прогресса развития транспортной отрасли, внедрения новых технологий, актуальным остается вопрос сохранения и укрепления здоровья работников транспорта, труд которых связан с обеспечением безопасных пассажирских и грузовых перевозок. Особенно это актуально на территории Донецкой Народной Республики в условиях непрекращающегося вооружен-ного конфликта, который продолжается уже пятый год [1, 2].

Руководство Министерства транспорта Донецкой Народной Республики (далее – Минтранс ДНР) значительное внимание уделяет вопросам медицин-ской составляющей безопасного функционирования транспорта, поскольку понимает, что состояние здоровья работников является важным гарантом стабильной работы транспортной отрасли.

По данным отраслевой статистики среднесписочная численность штатных работников на предприятиях транспорта составляет более 21 тыс. чело-век или 6,2% от общего количества работников по всем видам экономической деятельности Республики. В обеспечении безопасного перевозочного процес-са задействованы практически все работники отрасли. Поэтому важной со-ставляющей безопасности перевозочного процесса всеми видами транспорта является сохранение и укрепление здоровья работников, в том числе и прове-дение имму-нопрофилактики сезонных вирусных заболеваний – ОРВИ и грип-па. Необходи-мо отметить, что вакцинация является наиболее эффективной мерой профилак-тики гриппа, а также сдерживания его эпидемического рас-пространения среди групп населения эпидемического риска, в т.ч. среди ра-ботников транспорта и транспортной инфраструктуры [1, 2, 3].

Проведенный анализ прививочной кампании за период 2016-2019 гг. по-казал, что доверие к вакцинации среди работников отрасли и членов их се-мей возросло. За анализируемый период прививками было охвачено 5597 чел. или 25% от среднесписочной численности, в т.ч. в предэпидемический сезон 2016-2017 гг. – 1768 чел. (8,1%), 2017-2018 гг. – 1229 чел. (5,6%), 2018-2019 гг. – 2600 чел. (12%). Темп прироста +47,1.

Для проведения иммунопрофилактики гриппа использовались вакцины «Гриппол Плюс», «Ультрикс», «Совигрипп» (Российская Федерация), которые

поступали по линии гуманитарной помощи. Все вышеперечисленные вакцины содержали рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения актуальные штаммы циркулирующих в эпидемические сезоны вирусов гриппа. Партии поступивших в Донецкую Народную Республику вакцин со-проводжались документами, подтверждавшими их эффективность и безопасность.

Вакцинация проводилась по согласованию с Министерством здравоохранения Донецкой Народной Республики на базе учреждений здравоохранения: Ясиноватская центральная районная больница: 2018-2019 гг. – 1000 чел. (2017-2018 гг. – 300 чел, 2016 -2017 гг. – 683 чел.), Отделенческая больница станции Дебальцево: 2018-2019 гг. – 700 чел. (2017-2018 гг. – 600 чел., 2016-2017 гг. – 362 чел.); Узловая больница станции Иловайск: 2018-2019 гг. – 750 чел. (2017-2018 гг. – 179 чел., 2016-2017 гг. – 324 чел.) ; Линейная поликлиника станции Никитовка: 2018-2019 гг. – 150 чел. (2017-2018 гг. – 150 чел., 2016-2017 гг. – 149 чел.).

По инициативе и при поддержке Минтранс ДНР уже два года подряд проводится вакцинация пенсионеров железнодорожной отрасли Республики. Так, в эпидемический сезон 2018-2019 гг. было привито 268 чел., что в 2,5 раза больше, чем в эпидемический сезон 2017-2018 гг.

В ходе прививочной кампании Уполномоченным Минтранс ДНР при реализации функций в сфере здравоохранения проводился еженедельный мониторинг и анализ выполнения плана вакцинации. По результатам анализа принимались управленческие решения, направленные на своевременную корректировку плана с целью максимального охвата работников транспорта вакцинацией.

Приобретенный опыт показал, что лица, привитые против гриппа, болеют значительно реже не привитых, у них не возникают обострения хронических заболеваний и тяжёлые осложнения, а высокий охват прививками позволяет избежать всплеск заболевания в коллективах и способствует сохранению трудоспособности работников, снижению экономических потерь, связанных с выплатами листов нетрудоспособности.

Проведенные организационные мероприятия позволили обеспечить стабильную работу транспорта Донецкой Народной Республики в период подъема заболеваемости сезонными вирусными инфекциями, а также положительно отразились на безопасности движения и перевозочном процессе.

Литература.

1. Сборник материалов III Международного конгресса «Медицина транспорта – 2015» (15-17 сентября 2015 года). – Одесса: УкрНИИ медицины транспорта, 2015. – 248 с.

2. Алиев А.Ю. Проблемы организации противоэпидемических мероприятий на транспорте в условиях непрекращающегося вооруженного конфликта на Донбассе // Материалы XI съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов «Обеспечение эпидемиологического благополучия: вызовы и решения»: Материалы съезда – г. Санкт-Петербург, 2017 – С. 485-486.

3. Алиев А.Ю. Грипп: Вакцинопрофилактика работников транспорта Донецкой Народной Республики // Материалы II Межрегионального научно-прак-

тического форума «Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России»: Материалы форума – г. Краснодар, 2017. – С. 10-11.

*Аникин В.В., Беганская Н.С., Изварина О.А.,
Николаева Т.О., Ястребов Г.Н.*

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Тверской государственной медицинской университет, г. Тверь

В настоящее время довольно широко изучается синдром дисплазии соединительной ткани (ДСТ), представляющий собой системное нарушение структуры и функции мезенхимальных структур и обуславливающий тем самым большое клиническое разнообразие характерных симптомов и проявлений [2]. Одним из наиболее часто встречающихся проявлений ДСТ является пролапс митрального клапана (ПМК), характеризующийся не только кардиальными особенностями, но и общими для ДСТ изменениями со стороны других органов и систем [1]. Имеются данные, что больные с ДСТ и ПМК обращаются за медицинской помощью по поводу острых респираторных или обострений хронических заболеваний верхних дыхательных путей в 52-94% случаев [3]. В связи с этим анализ клинико-иммунологических особенностей у больных с ПМК имеет важное практическое значение.

С целью выявления иммунологических нарушений и особенностей инфекционной патологии при ДСТ и ПМК проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование лиц с данной патологией, включавшее определение содержания сывороточных иммуноглобулинов А, М, G методом радиальной иммунодиффузии («Имтек») и сывороточных цитокинов (интерлейкин-6, интерлейкин-10) с помощью иммуноферментного анализа («Цито-кин»).

Помимо характерных для ПМК жалоб (кардиалгии, сердцебиение, проявления астено-невротического синдрома) многие больные сравнительно часто переносили ОРВИ. У половины опрошенных ОРВИ наблюдались до 2-3 раз в год. Повышение среднегодовой заболеваемости до 4-5 случаев в год выявилось у 28,6% больных, а 16,2% обследованных отмечали еще более высокую частоту (до 6-8 раз в год) ОРВИ. В свою очередь, хронические заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, такие как хронический гайморит, хронический ринит, хронический тонзиллит, хронический фарингит, отмечены у 41,9% обследованных. Иммунологическое обследование больных с ПМК при ДСТ обнаружило существенные изменения гуморального иммунитета: у 18,9% больных был снижен уровень сывороточного иммуноглобулина А (Ig A) и у 8,9% – иммуноглобулина М (Ig M). При этом в целом среди лиц с ПМК уровень этих фракций иммуноглобулинов был существенно ниже по сравнению со здоровыми. Выявлено, что учащение среднегодовой заболеваемости ОРВИ ассоциируется с уменьшением содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов А ($r = -0,3$) и М ($r = -0,6$). Аналогичная выраженная закономерность выявляется при хронической патологии верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. При изучении цитоки-

нового профиля из 62 обследованных у 24 (38,7%) имелся повышенный уровень сывороточного противовоспалительного ИЛ-10, тогда как содержание провоспалительного ИЛ-6 у больных с ПМК не отличалось от его уровня у здоровых лиц. Вместе с тем, уровень ИЛ-10 в сыворотке крови понижался с уменьшением частоты заболеваемости ОРВИ. Так, у пациентов, отмечающих более трех случаев болезни в год, содержание ИЛ-10 в 1,3 раза превышало ($12,6 \pm 3,37$ пг/мл) его концентрации у больных с более редкой заболеваемостью ($16,42 \pm 1,6$ пг/мл) при $p < 0,05$. Возможно, повышенный уровень ИЛ-10 в данной ситуации имеет адаптационный характер, направленный на подавление инфекционного воспаления.

Таким образом, у больных при ДСТ и ПМК выявлена в сравнении с общей популяцией большая частота респираторных инфекционных заболеваний и очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. При этом обнаруженные изменения в системе гуморального иммунитета, некоторых показателей цитокинового профиля подтверждают имеющийся у них иммунный дисбаланс, вероятно, лежащий в основе повышенной восприимчивости к инфекционным факторам, что необходимо учитывать при проведении профилактических и лечебно-диагностических мероприятий у лиц с данной патологией.

Литература.

1. Аникин В.В., Беганская Н.С., Невзорова И.А. Некоторые клинические и иммунологические характеристики пролапса митрального клапана // Решение вопросов здравоохранения, теоретической и прикладной медицины / Ежегодный сборник научно-практических работ. – Тверь. – 2011. – С. 36-38.
2. Земцовский, Э.В. Наследственные нарушения соединительной ткани. Синдром соединительнотканной дисплазии сердца. Спорные вопросы и возможные решения / Э.В. Земцовский // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. – №6. – С. 51-54.
3. Ягода, А.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани, ассоциированная с хроническими заболеваниями ЛОР-органов: особенности фенотипа и уровень сывороточных цитокинов / А.В. Ягода, Н.Н. Гладких, А.Б. Семенова // Медицинская помощь. – 2007. – №2. – С. 29-32.
4. Vahanian, A. The new ESC/EACTS guidelines on the management of valvular heart disease / A. Vahanian, B. Lung // Arch.Cardiovasc.Dis. – 2012. – Vol. 105 (10). – P. 465-467.

Анищенко Е.В., Красавцев Е.Л.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Наиболее значимая причина заражения ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет – вертикальная передача ВИЧ от матери к ребенку во время беременности. Беларусь достигла значительных результатов в области профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. В июне 2016 года в Нью-Йорке (США) постоянному представителю Беларуси при ООН вручили свидетельство Все-мирной организа-

ции здравоохранения, фиксирующее, что в Беларуси официально подтверждено предотвращение передачи от матери к ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса [1].

На территории Гомельской области по статистическим данным на 01.01.2019 года родилось 1806 детей от ВИЧ-положительных матерей. Из них, на сегодняшний день, 150 детям выставлен диагноз ВИЧ-инфекции.

Цель работы – анализ клинических и иммунологических особенностей ВИЧ-инфекции у детей.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ 117 медицинских карт и карт эпидемиологического расследования ВИЧ-инфицированных детей, состоящих на учете в областном консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД Гомельской областной инфекционной клинической больницы. Все дети инфицировались вертикальным путем. Достигли возраста 15 лет и наблюдаются согласно протоколам взрослых пациентов 12 (10%) детей.

Согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией» от 01.06.2017г. №41 диагностика ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, основывается на выявлении провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР. Исследование крови на выявление провирусной ДНК ВИЧ методом ПЦР выполняют в возрасте 2-5 дней, 8-10 недель и 4 месяца. По достижению ВИЧ-экспонированным пациентом возраста 18 месяцев лабораторные исследования выполняют по стандартному алгоритму диагностики ВИЧ-инфекции [2].

Стадию ВИЧ-инфекции выставляли в консультативно-диспансерном кабинете ВИЧ/СПИД. Для оценки стадий заболевания использовалась клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет (ВОЗ, 2012 г.).

Полная антиретровирусная профилактика для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду (и матери, и ребенку) применялась только у 32 детей (27%). Естественное вскармливание получили 28 детей (24%), родились через естественные родовые пути 33 ребенка (28%).

Для описания значений возраста и вирусной нагрузки и уровня CD4 клеток использовали Ме и интерквартильный размах (25%-75%). Данные представлены в виде: Ме (25%-75%).

Результаты и обсуждение. Возраст установления ВИЧ статуса в обследованной группе составил 1,8 (1,0%;3,8%) лет. Одному ребенку (0,9%) диагноз ВИЧ-инфекции был снят в возрасте одного года по результатам отрицательных результатов ИФА и ПЦР. Однако в последующем (через 4 года) ребенок вновь обследован на ВИЧ-инфекцию по клиническим показаниям (отмечались частые носовые кровотечения, тромбоцитопения). По результатам ИФА, ПЦР и ИБ ребенку установлен диагноз ВИЧ-инфекция 2 клиническая стадия: генерализованная лимфаденопатия, орофарингеальный кандидоз, гепатоспленомегалия, вторичная тромбоцитопения (вирусная нагрузка 590 копий в мл, CD4 852 клетки/мкл (21%)). Ребенку назначена антиретровирусная терапия.

На первом году жизни диагноз выставлен 33 детям (28%),

Большая часть обследованных детей при установлении диагноза ВИЧ-инфекция находились в 3 клинической стадии заболевания (45 детей, 38%). В

1 клинической стадии находилось 17 (15%) детей. Во 2 клинической стадии 43 (37%) ребенка. В 4 клинической стадии 12 (10%) детей.

При установлении диагноза большая часть детей (42 ребенка, 36%) находилась в состоянии тяжелого иммунодефицита. Незначительный уровень иммунодефицита при установлении диагноза имели 34 ребенка (29%). В состоянии умеренного иммунодефицита при установлении диагноза находилось 18 детей (15%) и 23 человека имели выраженный иммунодефицит (20%).

Все дети имели достаточно высокий уровень вирусной нагрузки в момент установления диагноза, 260000 (30000%; 800000%) и только у одного ребенка он составил 590 копий в мл.

Выводы. Несмотря на комплекс проводимых мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в области продолжают рождаться дети с ВИЧ-инфекцией. Большинство обследованных детей при установлении диагноза ВИЧ-инфекция находились в 3 клинической стадии заболевания (45 детей, 38%). В состоянии тяжелого иммунодефицита при установлении диагноза также было большинство детей (42 ребенка, %).

Литература.

1. Технический отчет для Министерства здравоохранения, Беларусь, в области валидации элиминации передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку – Минск, 2016 г – 51с.

2. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией»: утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №41 от 01.06.2017 – Минск, 2017. – 134 с.

Ашур Ахмад Махмуд Хуссейн

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С НА ФОНЕ РЕЦИДИВА ПСОРИАЗА

Кабардино-Балкарский государственный университет
имени Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Некоторые исследователи рассматривают хроническую HCV инфекцию у больных псориазом в качестве сопутствующего заболевания, другие относят ее к одному из вероятных триггерных факторов при этом заболевании. В последние годы всесторонне изучается сопутствующая патология у пациентов с псориазом [4].

Авторы работ, посвященных течению псориаза на фоне хронического вирусного поражения печени отмечают, что кожные заболевания при хронических вирусных гепатитах (ХВГ) представляют достаточно частую, но в то же время – недостаточно изученную проблему [1,2].

Значимость наличия ХВГС у больных псориазом подтверждается и тем, что частота обнаружения маркеров вирусного гепатита С у этих пациентов (анти-HCV, HCV-РНК) варьирует от 7,6 до 10,1% и статистически достоверно ($p < 0,001$) превышает среднепопуляционную [3]. Эти данные подтверждают Cohen AD, Weitzman D, Dreier J. et al. (2010) [5] на основании обследования бо-

лее 10 тыс. пациентов.

Изучение синдрома эндогенной интоксикации у больных с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) на фоне рецидива псориаза является необходимым для раскрытия патогенетических механизмов, лежащих в основе этих заболеваний. С этой целью проводилось изучение динамики показателей эндогенной интоксикации у этой группы больных путем определения уровня веществ низкой и средней молекулярной массы (ВН и СММ) по методу М.Я. Малаховой (1994) в плазме крови, эритроцитах и моче.

Исходя из поставленной цели было обследовано 52 больных с ХВГС, протекающим на фоне рецидива вульгарного распространенного псориаза. Больных подбирали в кожно-венерологическом и инфекционном стационарах г. Нальчика. Рандомизация проводилась методом случайных чисел. Больные обследовались в остром периоде при поступлении в стационар и в периоде угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции при выписке из стационара. В качестве контроля подбирали группу здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с опытной группой.

В результате проведенных исследований было выявлено, что концентрация ВН и СММ была достоверно повышена по отношению к здоровым в периоде разгара заболеваний, при поступлении в стационары у обследованных больных во всех исследуемых жидкостях организма. При этом уровень ВН и СММ в плазме крови в среднем превышал значения у здоровых в 1,9 раз, в эритроцитах в 1,4, а в моче – в 1,8 раз. В периоде угасания клинических симптомов уровень изучаемого показателя снижался во всех средах, приходя к нормальным значениям в эритроцитах и моче. Но оставался выше нормальных показателей в плазме крови, что, по-видимому, свидетельствует о незавершенности патологического процесса в этом периоде.

При изучении спектрограмм плазмы крови, эритроцитов и мочи были обнаружены следующие закономерности. У обследованных больных в остром периоде в плазме крови наблюдалось смещение максимума экстинкций с длины волны 282 к 278 и 274, что свидетельствует о повышенном поступлении продуктов микробной жизнедеятельности в плазму. Была подсчитана величина катаболического пула ВН и СММ в плазме крови, равная сумме экстинкций в интервале длин волн от 238 нм до 258 нм, умноженной на шаг длины волны ($\times 4$), так как в этом интервале длин волн регистрируются максимальные поглощения спектра веществ преимущественно катаболического происхождения. Величина катаболического пула у обследованных больных достигала $15,7 \pm 0,23$ усл. ед., что превысило нормальные показатели более, чем в 2 раза.

Таким образом, при ХВГС на фоне рецидива псориаза происходит накопление токсических веществ экзогенного и эндогенного генеза. Во всех наблюдавшихся случаях при эндогенной интоксикации прослеживалась прямая связь между увеличением уровня ВН и СММ в биологических жидкостях организма и ухудшением состояния больного.

Литература.

1. Свечникова Е.В., Сергеев Ю.В., Дудник В.С. Внепеченочные проявления

хронических вирусных гепатитов // Вестник дерматологии и венерологии. 2007. №4. С. 37-39;

2. Сергеев Ю.В., Свечникова Е.В. Подходы к лечению кожных проявлений хронических вирусных гепатитов // IV Санкт-Петербургские дерматологические чтения. С-Пб, 2010. С. 127-128;

3. Судакова О.Г., Кузнецова Н.П., Плотникова Ю.К. Влияние HBV-, HCV-инфекции на клиническое течение псориаза // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – Новосибирск, 2005 – №6. -с. – с. 41-44;

4. Хамаганова И.В., Алмазова А.А., Лебедева Г.А., Ермаченко А.В. Проблемы эпидемиологии псориаза //Ж.:Клиническая дерматология и венерология. 2015;14 (1): 12-21;

5. Cohen AD, Weitzman D, Dreier J. Psoriasis and hypertension: a case-control study. Acta Derm Venereol. 2010;90 (1) :23-26.

Байрамян К.А., Четвет Ю.С., Вохминцева Н.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ЦЕРЕБЕЛЛИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Острый церебеллит (ОЦ) – острая атаксия, возникающая вскоре после вирусной инфекции, и являющееся наиболее распространенным неврологическим осложнением ветряной оспы (ВО). Наличие ОЦ определяется клинически: атаксия, шаткость походки или нормальные движения при треморе головы и туловища в вертикальном положении, а также конечностей при движении против силы тяжести, нарушение речи. Независимо от количества высыпаний и тяжести инфекционного процесса в начале заболевания, частота осложнений ВО составляет, по данным разных авторов, 0,3-0,5%. В структуре специфических осложнений ВО преобладают поражения нервной системы, составляя до 58-61%. По данным Е.Ю. Скрипченко, 97,7% неврологических осложнений связано с поражением ЦНС, из которых 86,5% приходится на долю энцефалита с развитием церебеллярной формы с атаксическими нарушениями и рефлекторными пирамидными расстройствами; 2,3% – поражение периферической нервной системы. Средний возраст пациентов, 5 лет, независимо от пола. Среднее время от начала болезни до возникновения симптомов воспаления мозжечка составляет 7 дней.

По данным ГБУЗ «Инфекционная больница №2» МЗ КК, г. Сочи – за период 2016-2018 госпитализировано 204 пациента с диагнозом ВО, 49,5% – дети, 50,5% – взрослые, постветряночных осложнений неврологического характера 5 случаев, все дети (2,45%). За 1 квартал 2019г ГБУЗ «ИБН№2» выявлено 3 случая ветряночного энцефалита с ОЦ, все дети, в возрасте до 7 лет, без специфической ПВТ на амбулаторном этапе. Рост неврологических осложнений ВО, подтверждает актуальность проблемы.

Приведем клиническое наблюдение пациента с одним более ярким из неврологических осложнений ВО – острым церебеллитом.

Девочка Х, 3х лет, госпитализирована на 6-е сутки заболевания ВО в ГБУЗ

«ИБ №2», г. Сочи, где находилась на лечении 12 к/д. Диагноз: Герпети-ческий менингоэнцефалит, вызванный V.Zoster, тяжелое течение. Острый Це-ребеллит. Грубый атаксический синдром.

Период высыпаний длился 4 дня. На догоспитальном этапе принимала анаферон. На 6-е сутки заболевания ВО появился тремор головы, верхних и нижних конечностей, шаткость походки, субфебрилитет. При поступлении состояние тяжелое, за счет интоксикации, неврологической симптоматики. сознание ясное, капризна, раздражительна. Менингеальные знаки отрица-тельные. Сухожильные и периостальные рефлексы конечностей снижены. Координационные пробы не выполняет. Самостоятельно ходить не может. Интенционный тремор, усиливающийся при выполнении движений. Мозжеч-ковая атаксия. Соматически по органам без патологии. Прогресс неврологи-ческой симптоматики с пиком на 8 сутки заболевания ВО: на вопросы отве-чала односложно, невнятно, произносимые слова трудно разобрать, увели-чение амплитуды движений в верхних и нижних конечностях, головы, невоз-можность самостоятельно сидеть, переворачивать-ся. В периферической кро-ви лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ, ане-мия. LP: цитоз 33,6·10⁶/л, за счет лимфоцитов – 89%, общий белок 0,42 г/л, сахар – 4,13 ммоль/л; Во всех исследованных средах (СМЖ, кровь, зев) выявлена ДНК Varicella – Zoster virus, МРТ ГМ – без патологии, консультация невролога – ветря-ночный энцефалит, церебеллит. Грубый атаксический синдром.

Проведена комплексная антибактериальная (цефтриаксон 100 мг/кг/сут) и противовирусная (ацикловир 60 мг/кг/сут), пульстерапия (преднизолон 10 мг/кг/сут – 3 дня), метаболические средства, антиоксиданты, ноотропы.

На фоне проводимой терапии к 10 дню госпитализации значительная положительная динамика: внятная речь, уменьшение амплитуды тремора, возможность самостоятельно переворачиваться и сидеть. Сохранялась не-возможность самостоятельной ходьбы, усиление тремора при волнении. Кон-троль LP (на 10 день болезни) – ликвор санирован. ДНК Varicella – Zoster virus в СМЖ не обнару-жена.

Реабилитация пациента проводилась в неврологическом отделении ДБ.

Из катамнеза – восстановительный период длительный (2 месяца), с полным купированием всей патологической неврологической симптоматики.

Таким образом, несмотря на то, что ВО, является доброкачественным и в большинстве случаев легким детским инфекционным заболеванием, возможно развитие тяжелых осложнений. Долгосрочный прогноз зависит от свое-временно начатого и адекватно подобранного лечения. Ранняя диагностика, своевременная комбинированная терапия, привлечение специалистов смеж-ных специальностей позволяет избежать необратимые последствия заболе-вания. Проблема ВО очевидна, что требует назначения специфической про-тивовирусной терапии и внедрения в практику здравоохранения России эф-фективного средства профилактики – иммунизации. Именно наличие невро-логических осложнений является основным аргументом в пользу проведения иммунопрофилактики.

Литература.

1. Жан Айкарди. Заболевания нервной системы у детей – М: Бином, 2013.

– С. 423-591.

2. Зыков В.П., Диагностика и лечение заболеваний нервной системы у детей- М: Триада-Х, 2013. – С. 78-92.

3. Майкл Э. Кохен, Патриция К. Даффнер А.С. Детская неврология. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 173-185.

4. Гузеева В.И. Детская неврология. Клинические рекомендации 3-й выпуск. – М, 2015. – С. 127-147.

5. Шестакова, И. Основы применения антибактериальных препаратов в клинике инфекционных болезней/ Шестакова И.В., Городин В.Н., Котова Н.В./ практическое руководство, М. 2018. – С.29-64

6. Руководство по инфекционным болезням. Под редакцией члена-корреспондента РАМН профессора Ю.В. Лобзина. – Санкт-Петербург, 2000, стр. 386-393

7. Цинзерлинг В.А. Чухловина М.Л. Инфекционные поражения нервной системы: вопросы этиологии, патогенеза и диагностики. Руководство для врачей.- СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2011. – 584 с.

8. Лавров В.Ф., Казанова А.С., Кузин С.Н., Дубоделов Д.В. Ветряная оспа и опоясывающий лишай – особенности заболеваемости и клинических проявлений. Журн. Эпидемиология и инфекционные болезни №3, 2011

Барамзина С.В., Слобожанинова А.И.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В и С

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

Проблема вирусных гепатитов одна из самых значимых в современной медицине, решение которой имеет огромное значение для всего человеческого общества. Особую важность в последние 10-15 лет приобрела проблема парентеральных гепатитов В и С. По данным ВОЗ в мире насчитывается около 200 млн. человек носителей вируса гепатита В и более 75 млн. человек, инфицированных вирусом гепатита С. Ежегодно в мире умирает около 1 млн. человек от цирроза и рака печени, индуцированных данными вирусами [1-3].

Цель исследования: определить уровень информированности населения Кировской области по вопросам вирусных гепатитов: путей передачи, опасности и тяжелых последствиях заболевания, возможности проведения противовирусной терапии, о мерах по профилактике вирусных гепатитов В и С.

Материалы и методы: С целью сбора данных об информированности населения Кировской области о хронических вирусных гепатитах методами анкетирования и интервьюирования, нами было опрошено 850 жителей г. Кирова и области. Полученные в работе результаты обработали с использованием стандартных методов статистики, при помощи программы EXCEL 2010. Статистическая обработка данных включала: определение средних величин показателей (М); вычисление значений квадратичного отклонения; стандартной ошибки.

Результаты: Средний возраст респондентов составил 45,4±10,3 года (муж-

чины 47,29%, женщины 52,71%). Большинство опрошенных (36%) были в возрасте 16-25 лет, 32% и 23% составили 26-40 лет и 41-60 лет соответственно, 4% респондентов были в достаточно преклонном возрасте 61-80 лет. Более многочисленную группу респондентов представляли женщины. В ходе исследования нами установлена недостаточная осведомленность населения Кировской области о путях передачи гепатита В и гепатита С: только треть опрошенных представляла полную картину о путях передачи вируса гепатита В (при контакте с кровью, после операции, половым путем, удалении зубов, переливание крови, при нанесении татуировки, при пирсинге, внутривенно наркотики, в маникюр салоне). Неполную картину о путях передачи вируса гепатита В представляли (6,06%), только половым путем и внутривенном употреблении наркотиков (2,29%). Неправильно считали 2,36% респондентов, что заражение возможно при купании в бассейне, употреблении необработанной пищи и воды, после рукопожатия. Абсолютное большинство респондентов считали себя неосведомленными в данном вопросе (74%). Необходимо отметить, что осведомленность по другим инфекциям (например, клещевым) у населения региона намного выше [4]. О возможности трансплацентарной передачи вируса гепатита С знали 74,35% респондентов, об отсутствии данной передачи считали 24,2% опрошенных, 1,4% не дали конкретного ответа. О возможности трансплацентарной передачи в отношении вируса гепатита С сложилась почти аналогичная картина, о возможности передачи представляли 78,2%, однако 19,2% придерживались иной точки зрения, и, к сожалению, 2,5% респондентов не представили ответа. Большинство опрошенных 71,41% знали о существовании вакцины для профилактики гепатита В и 81,76% считают, что данная вакцина важна для профилактики гепатита В. Однако 2% взрослого населения не знали о вакцинопрофилактике гепатита В, а 17,3% считали, что данная вакцина не нужна для профилактики. Меньше половины опрошенных 40,8% верят в существование вакцины для профилактики гепатита С, чуть больше половины респондентов (55,2%) абсолютно уверены, что вакцинопрофилактики гепатита С не существует.

В результате исследования установлен недостаточный уровень знаний населения по актуальным вопросам парентеральных вирусных гепатитов. Проведенное социологическое исследование, благодаря примененной форме анкеты, позволяет с одной стороны провести анкетирование и выявить важные показатели информированности населения о вирусных гепатитах, а с другой само по себе является фактором лечебно-профилактической работы и источником информирования населения.

Литература.

1. Официальные данные Роспотребнадзора в Кировской области по инфекционной заболеваемости// <http://www.43.rospotrebnadzor.ru>.
2. ВОЗ. Гепатит С. Информационный бюллетень ВОЗ. №164. Женева: ВОЗ; 2018.
3. ВОЗ. Гепатит В. Информационный бюллетень ВОЗ. №204. Женева: ВОЗ; 2018.
4. Бондаренко А.Л., Сапожникова В.В. Роль цитокинов в развитии со-

че-танных органных поражений у пациентов 3 стадии боррелиозной инфекции // Инфекционные болезни. 2016. Т. 14. №3. С. 14-21.

Береговой А.А.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

Введение. По данным ВОЗ, острые бактериальные менингиты (ОБМ) регистрируются более чем в 155 странах мира, при этом уровень заболеваемости в отдельных регионах мира различен. Так, показатель заболеваемости в межэпидемический период в развитых странах составляет от 1 до 10 на 100 тыс. населения, в то время как в развивающихся странах – 20 на 100 тыс. населения. Уровень заболеваемости в период эпидемий характеризуется показателями от 500 на 100 тыс. населения и выше. Тяжелые осложнения менингитов отмечаются у 21-50% заболевших. В структуре смертности от инфекционных заболеваний ОБМ занимают десятое место [1, 3, 4].

Территория Кыргызстана, как и все другие страны Центральной Азии, относится к региону с высоким уровнем заболеваемости ОБМ, который периодически достигает эпидемического порога [2]. Несмотря на высокую заболеваемость, в Кыргызстане не проводится обязательная регистрация ОБМ по этиологии из-за трудности этиологической расшифровки, которая определяет тяжесть болезни, что диктует необходимость уточнения возбудителя ОБМ для назначения этиотропной терапии, поиска эффективных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ОБМ в Кыргызстане на современном этапе.

Материалы и методы. Были изучены истории болезней 288 пациентов с диагнозом ОБМ, находящихся на стационарном лечении в профильных отделениях и отделении реанимации и интенсивной терапии Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) в 2016-2018 годах. Всем больным проводились общеклинические, биохимические методы исследования. Для этиологической расшифровки использовались бактериологические методы диагностики. Статистическая обработка проводилась при помощи программы SPSS.

Результаты и их обсуждение. В 2016-2017 годах отмечается повышение заболеваемости ОБМ по сравнению с 2018 (120, 132 и 36 пациентов соответственно). От общего количества поступивших дети до 1 года составили 12,6%, дети от 1 года до 10 лет – 37,2%, подростки – 29,3%, взрослые старше 19 лет – 20,9%. Во все годы преобладали пациенты мужского пола (66,6%). Наибольшее поступление в стационар в 2016 году приходилось на апрель и май месяцы (6,3 и 9,0% соответственно), в 2017 – на март и апрель (10,8 и 6,9%), в 2018 – на июль и сентябрь (по 2,4%). Без направления в стационар обращались 33,0% пациентов, по линии ЦЭМ доставлены 26,0% больных, по направлению терапевтических стационаров и ЦСМ – 28,8% и 12,2%. В ОРИТ из приемного блока с развитием различ-

ных осложнений поступили 42,0% пациентов и ещё 4,2% перевелись в ОРИТ на первые сутки пребывания в стационаре. Среднее пребывание пациентов в ОРИТ составило $3,5 \pm 0,5$ дней. На 1-2 сутки заболевания поступали 66,6% пациентов, на 3-5 сутки – 28,5%. Среди выставленных диагнозов преобладали «гнойный менингит н/у этиологии» и «гнойный менингит с кокциемией н/у этиологии» (35,4% и 34,5% соответственно). Среди уточнённых ОБМ выделены «менингококковый менингит н/у серогруппы» и «менингококковый менингит с менингококциемией н/у серогруппы» – 1,4% и 1,7%, «менингококковый менингит с/г А» и «менингококковая инфекция генерализованная смешанная форма: менингит с менингококциемией с/г А» – 1,7 и 8,0%, «менингококковый менингит с менингококциемией с/г В» – 0,7%, «менингококковый менингит с/г С» и «менингококковый менингит с менингококциемией с/г С» – по 0,7% случаев, «гнойный менингит пневмококковой этиологии» – 7,6%, один случай менингита, вызванного H1b-инфекцией и, что примечательно, в 2,8% отмечалась микст инфекция менингококковой и пневмококковой этиологии. У 38,9% больных в острый период заболевания возникали осложнения – отёк головного мозга (25,0%), который развивался на $3,0 \pm 0,5$ день от начала заболевания, септический шок (4,9%) – на $1,6 \pm 0,5$ день, и в остальных (9,0%) случаях сочетание различных осложнений (ОГМ, септический шок, ДВС-синдром, синдром Уотерхауса-Фридрихсена). В анамнезе у 6,6% больных с диагнозом ОБМ отмечаются перенесённые ранее черепно-мозговые травмы, а ещё 5,9% пациентов наблюдались у невропатолога по поводу перенесённой ранее нейроинфекции. Антибактериальное лечение, назначенное в ЦСМ по месту жительства, получали 4,2% больных, назначенное после посещения приёмных отделений других стационаров – 9,7%, на дому самолечением антибиотиками занимались 8,7% больных. У 100% пациентов отмечалась типичная клиническая картина ОБМ с развитием общемозгового синдрома, менингеальных знаков и реактивных болевых феноменов. В общеклинических исследованиях крови и ликвора выявлены характерные воспалительные изменения – лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, не поддающийся счёту цитоз, представленный сегментоядерными лейкоцитами. Лабораторно возбудителя ОБМ удалось выявить лишь в 25,7% случаев. При этом «золотой стандарт» диагностики – бактериологический посев ликвора в большинстве случаев (56,2%) был отрицательный. Мазок со слизистой носоглотки в 69,7% случаев был отрицательный, а в 19,1% обнаружен пневмококк, который, однако, бактериологически был подтверждён в 3,8% и при помощи экспресс-методов – в 6,2% случаев. В 2016 году применяемый в РКИБ метод ПЦР дал положительный результат в 74,2% случаев использования (*N. meningitis*). Методы экспресс-диагностики (латекс-агглютинация и *Biax str. pneumonia test*) проводились 10,4% пациентов, и в 8,0% случаев помогли установить верный диагноз. Все пациенты, лечившиеся в стационаре, получали антибактериальную, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию на протяжении всего пребывания в стационаре. Из них АБ монотерапию со сменой препаратов получали 22,2% больных, комбинированную – 3,1%, а комбинированную АБ терапию со сменой препаратов – 2,8% пациентов. Общее пребывание в стационаре составило $12,4 \pm 0,5$ дней. Большинство пациентов (98,3%) выписа-

ны с улучшением, развитие необратимых осложнений (инфаркт головного мозга, паралич нижних конечностей и некрозы пальцев рук и ног, двусторонняя глухота) отмечалось в 1,7% случаях. Данные осложнения возникали в годы подъёма заболеваемости, при этом этиологический фактор выявить не удалось.

Выводы. Все пациенты обращались в стационар в поздние сроки заболевания, у 46,2% развивались различные осложнения. Данное обстоятельство в сочетании с неадекватной самостоятельно проводимой АБ терапией (22,6%) затрудняло постановку верного диагноза и прогностически являлось неблагоприятным для больного. Предрасполагающими факторами в развитии ОБМ являются перенесённые ранее ЧМТ (6,6% больных), а также возрастание риска развития повторных случаев менингита отмечается при уже перенесённой нейроинфекции (5,9%). Лабораторная диагностика ОБМ в нашей стране остаётся крайне низкой (неуточнёнными остались 69,9% заболеваний), что требует поиска более современных подходов с использованием ПЦР ликвора и экспресс-методов диагностики.

Литература.

1. Geslin P., Fremaux A., Sissia G. Med Mal Infekt 22: 66-71, 2012. 4. So-mand D., Meurer W. Central Nervous System Infections // Emerg. Med. Clin. NA. – 2009. – Vol. 27. – P. 89-100.

2. Edmond K, Clark A, S Korczak V, et. al. Global and regional risk of disabling sequelae from bacterial meningitis: a systematic review and meta-analysis. // Lancet. – 2010. – Vol. 10. – P:317-328.

3. Современные клинические особенности пневмококковых и гемофильных менингитов у детей / А.А. Вильниц, М.В. Иванова, Н.В. Скрипченко и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 3. – С. 56-58.

4. Сорокина, М.Н. Бактериальные менингиты у детей / М.Н. Сорокина, В.В. Иванова, Н.В. Скрипченко. – М.: Медицина, 2003. – 320 с.

Бобоев М.М., Мадумарова М.М.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗОВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

В последние десятилетия отмечается значительный рост грибковых заболеваний (как поверхностных, так и тяжелых висцеральных микозов), ассоциированных с ВИЧ инфекцией, что создает значительные трудности в проведении дифференциальной диагностики с туберкулезом легких. У ВИЧ инфицированных больных при сочетании с туберкулезом наблюдаются нарушения иммунной системы, в связи с длительным лечением противотуберкулезными препаратами, что может привести к появлению грибковых заболеваний.

Цель – изучить особенности диагностики, дифференциальной диагностики, клинического течения микозов легочной системы у ВИЧ инфицированных, при подозрении наличия туберкулеза или в процессе лечения ко-инфекции.

Материалы и методы исследования. В 2009-2010 годах на базе областно-

го противотуберкулезного диспансера обследовано 12 ВИЧ-инфицированных больных, с синдромом диссеминации для дифференциальной диагностики. Всем больным проведено комплексное традиционное исследование на туберкулез и ИФА с туберкулезным антигеном, а также определение методом ИФА антител к кандидам и аспергиллам.

Результаты исследования. Из 12 больных, взрослых было 3; детей – 9. Тщательное сбор анамнеза, клиническое проявление заболевания позволили исключить туберкулез у 4 больных – именно у них ИФА с туберкулезным антигеном дал отрицательный результат, у 3 ИФА выявлен кандидоз и у 1 аспергиллез. Подавляющее большинство больных были дети, которые длительное время получали антибиотики широкого спектра действия. У 2 детей, у которых был исключен туберкулез и выявлен кандидоз, поражены были не только ротоглотка, но и паренхима легкого. Направительный диагноз больных – милиарный туберкулез легких.

2 больных, взрослые, которым был исключен туберкулез были женщины, которым были проведены гинекологические операции (аборт-1; 1- операция по поводу кисты яичника), в последующем развивались различные осложнения, а в последующем длительная анитибиотикотерапия.

У 7 больных ВИЧ-инфицированных, диссеминированный туберкулез легких был подтвержден методом ИФА, бактериовыделения не было выявлено ни у одного больного, деструктивных изменений также не было.

Лечение туберкулезного процесса у ВИЧ инфицированных проводили в соответствии с общепринятыми схемами. Учитывая, что все больные до установления диагноза туберкулез, длительное время получали антибиотики широкого спектра действия, кандидное поражение наблюдалось в основном ротоглотки. После консультации стоматолога проводилось комплексное местное и общее лечение с включением противогрибковых препаратов. Все больные получали противогрибковые препараты: дифлюзол перорально.

В результате лечения достигнута положительная динамика у 3 больных; без динамики – 3, ухудшение на фоне лечения отмечалось у 1 больного.

Закключение. В процессе дифференциальной диагностики диссеминированных процессов в легких, для исключения туберкулеза необходима диагностика методом ИФА с туберкулезным антигеном, а при отрицательном результате во всех разведениях, исследовать, также методом ИФА, на кандиды и аспергиллы, что позволит своевременно установить правильный диагноз и перевести больных в соответствующий стационар на лечение. Особенностью клиники кандидоза у ВИЧ инфицированных больных с туберкулезом легких являются высокая частота поражения ротоглотки при отсутствии поражения других органов. Низкая эффективность лечения связана не только с тяжелым течением туберкулеза на фоне ВИЧ инфекции, но и с присоединением кандидоза, способствующего еще большему усугублению нарушений иммунного статуса организма.

Литература:

1. Дашук А.М. Вич/Спид-Инфекция / А.М. Дашук, Л.И. Черникова. – Х.:

«С.А.М.». -2015. - 246с.

2. Дашук А.М. Клиническая Дерматовенерология /А.М. Дашук, Л.О. Куцевляк, О.М. Карабан. – Х.: «С.А.М.». – 2015. – 769 С.

3. Дерматология И Венерология / Под Ред. Проф. В.И. Степаненко. – Киев: Ким, 2012. – 904с.

4. Дерматология По Т. Фицпатрику. Атлас-Справочник./Вульф К., Джонсон Р. Сюрмонд Д.//

5. Лубоцкая-Росселье Е.М. Алкоголь и дети. М.: «Медицина», 2014

Бородина Г.Л., Стальмашко Т.С., Козловский Д.С.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ПНЕВМОНИИ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Введение. Несмотря на достижения в области медицины и развитие высокотехнологичных методов диагностики и лечения, туберкулез (ТБ) продолжает оставаться одной из 10 ведущих причин смерти в мире и является основной причиной смерти от заболеваний инфекционной природы, превосходя ВИЧ/СПИД. Согласно данным ВОЗ в глобальном масштабе заболеваемость туберкулезом снижается медленно, примерно на 2% в год, смертность – на 3% [1]. Большую часть смертей от ТБ можно было бы предотвратить путем ранней диагностики и соответствующего лечения. Каждый год ТБ диагностируется и успешно излечивается у миллионов людей, однако диагностика этого заболевания остается трудной задачей, особенно, при отсутствии бактериовыделения [2]. В Республике Беларусь ежегодно в консультативный центр «РНПЦ ПФ» обращается около 6 тысяч пациентов с подозрением на туберкулез. Актуальность ранней диагностики этого заболевания не вызывает сомнений, особенно, учитывая значимость проблемы лекарственно-устойчивого ТБ.

Цель: определить частоту подтверждения предварительного диагноза «инфильтративный туберкулёз» у пациентов с отсутствием бактериовыделения, направленных в «РНПЦ ПФ» из пульмонологических отделений клинических больниц г. Минска.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 5961 медицинских карт пациентов, проконсультированных в «РНПЦ ПФ» с 01.01.2017 по 31.12.2017 года. Предварительный диагноз «туберкулёз» был зарегистрирован у 1188 пациентов. 1092 человека в госпитализации они не нуждались, так как диагноз ТБ был отвергнут специалистом-консультантом. 288 пациентов без бактериовыделения были госпитализированы в «РНПЦ ПФ» для дополнительного обследования и проведения дифференциальной диагностики ТБ и пневмонии. Из них на уровне приёмного отделения консультативного центра диагноз «пневмония» на момент начала госпитализации был установлен 105. Статистическая обработка результатов производилась с использованием статистической программы IBM SPSS Statistics 23. Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Среди 105 проанализированных случаев муж-

чины составили 60,6%, женщины – 39,4%. Средний возраст пациентов составил $52 \pm 0,9$ года. Среди них диагноз ТБ подтвердился бактериологически в течение 1-го месяца у 13 пациентов, диагноз пневмонии с исходом в постпневмонический пневмофиброз был выставлен 3 пациентам. У остальных пациентов подтвердился диагноз пневмония. 14 пациентов с характерной для ТБ рентгенологической картиной, но без бактериовыделения были переведены в торакальное отделение для выполнения видеоторакоскопии, по результатам которой диагноз ТБ морфологически подтвердился у 7 пациентов. Таким образом, инфильтративный ТБ верифицирован у 19% (20 пациентов) без бактериовыделения.

Все пациенты были разделены на 2 группы на основании установленных им диагнозов. Первая включает пациентов с диагнозом «пневмония», вторая – «инфильтративный ТБ». Доля мужчин в первой группе составила 58,6%, во второй – 75% ($\chi^2=5,79$; $p=0,016$). Далее мы провели сравнительный анализ клинических данных с целью выявить специфические признаки заболеваний. Типичная локализация воспалительного процесса у пациентов с диагнозом пневмония – нижняя доля, составила 27,6%, верхняя доля (атипичная локализация) – 31,1%; во 2-й группе – типичная локализация в верхней доле – 75,0%, атипичная – 25,0% ($\chi^2=23,77$; $p=0,001$). Преобладающая часть пациентов 1-ой группы предъявляли жалобы на сухой кашель – 37,9%, у пациентов 2-ой группы эти жалобы составили 14,8%, ($\chi^2=13,75$; $p=0,001$), 20,7% 1-ой группы и 11,1% 2-ой группы – на кашель с мокротой ($\chi^2=3,56$; $p=0,060$), 20,7% и 25% – на боли в грудной клетке ($\chi^2=0,52$; $p=0,469$), 2,9% и 3,7% – на кровохарканье ($\chi^2=0,10$; $p=0,752$). Жалобы отсутствовали у 24,1% пациентов первой группы и у 50,0% пациентов второй группы ($\chi^2=14,50$; $p=0,001$). Повышение температуры тела выше 37°C зарегистрировано в единичных случаях в обеих группах.

Выводы. Дифференциальная диагностика туберкулеза при отсутствии бактериовыделения остается трудной задачей. Среди 105 пациентов, направленных с этой целью в «РНПЦ ПФ», диагноз ТБ верифицирован у 20, причем у 7 пациентов был использован метод видеоторакоскопии с биопсией легкого.

У многих пациентов наблюдалось атипичное течение и по клиническим данным, и по рентгенологической картине. Четкие специфические клинические признаки заболеваний не удалось установить. Статистически достоверно, что бессимптомное течение чаще встречается у пациентов с туберкулезом. Сравнительный анализ показал, что туберкулез легких чаще диагностируется у мужчин. Бронхолегочные симптомы (кашель) и лабораторные признаки воспаления статистически чаще встречались у пациентов с пневмонией.

Литература.

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 год [Электронный ресурс]: Резюме. – Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Европейское региональное бюро. – Режим доступа: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_ru.pdf?ua=1, свободный. – Дата доступа: 10.01.2019.

2. Скрягина Е.М., Гуревич Г.Л., Астровко А.П., Залуцкая О.М. Клиническое руководство по ведению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм / На-

циональная программа борьбы с туберкулезом (НПТ) сост.: Е.М. Скрягина, Г.Л. Гуревич. – Минск, 2012. – 81 с.

Бушманова А.Д., Скворода В.В., Иванова Н.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТИТОМ А

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
г. Санкт-Петербург;

Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера,
г. Санкт-Петербург

Актуальность: Гепатит А (ГА) не теряет своей актуальности в течение последних десятилетий даже несмотря на то, что заболеваемость в Российской Федерации (РФ) снизилась и не превышает показателя 10 на 100 тыс. населения [1]. В настоящее время среди всех зарегистрированных случаев ГА 70-80% приходится на лиц старше 18 лет. Наиболее пораженной является возрастная группа 20-49 лет, следовательно, увеличивается число пациентов с сопутствующими соматическими заболеваниями [2] и хроническими инфекционными [3].

Цель: изучение коморбидного статуса у пациентов с ГА.

Материалы и методы: проведен анализ 275 медицинских карт стационарного больного с диагнозом ГА, госпитализированных в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» в 2015-2018 гг. Диагноз подтвержден результатами серологического исследования сывороток крови на наличие иммуноглобулина класса М к вирусу гепатита А и серологических маркеров вирусов гепатита В и С (ВГВ и ВГС), методом иммуноферментного анализа.

Результаты: как моно-инфекция ГА встречался у 35,3% пациентов, у 44,4% ГА протекал на фоне хронической неинфекционной соматической патологии, у 8,7% выявлены коморбидные инфекционные заболевания (хронические вирусные гепатиты В и С) и у 11,6% – сочетанная сопутствующая инфекционная и хроническая соматическая патология. На первом месте по частоте обнаружены были сопутствующие заболевания билиарного тракта (обострение хронического холецистита, панкреатита; дискинезия желчевыводящих путей; желчекаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит). Средний возраст пациентов с фоновой коморбидностью составил $44,4 \pm 1,5$ лет, соотношение мужчин и женщин – 23,9% и 38,9% ($p=0,023$). Вторыми по частоте регистрации были заболевания желудочно-кишечного тракта – острый гастрит, обострение хронического гастрита, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Средний возраст пациентов составил $39,5 \pm 2,0$ лет, соотношение мужчин и женщин – 14,2% и 25,7% ($p=0,034$).

Реже, с практически одинаковой частотой встречались заболевания мочевыделительной (мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит) и сердечно-сосудистой (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) систем. Средний возраст пациентов данных групп составил $43,6 \pm 2,5$ лет, соотношение мужчин и женщин – 5,3% и 15,0% ($p=0,019$).

У отдельных больных клиника основного заболевания на госпитальном

этапе сопровождалась декомпенсацией сахарного диабета 2 типа, железодефицитной анемией, внебольничной пневмонией.

Закключение: в связи со сдвигом частоты встречаемости ГА в старшие возрастные группы, на течение основного заболевания отрицательное влияние оказывают различные коморбидные заболевания, что приводит к более тяжелому и длительному течению ГА [2,4,5]. Это обуславливает необходимость комплексного индивидуального подхода к ведению каждого пациента, выработки критериев и показаний к сочетанной медикаментозной терапии.

Литература.

1. Вирусные гепатиты в Российской Федерации (аналитический обзор). Под ред. А.А. Тотоляна (коллектив авторов, в. т.ч. Е.В. Эсауленко, А.А. Сухорук, А.Д. Бушманова). СПб: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2018.

2. Бушманова А.Д. Частота встречаемости и спектр сопутствующей патологии у больных гепатитом А. В книге: Актуальные вопросы инфекционной патологии Тезисы III Межрегионального Форума специалистов совместно с заседанием профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации, по специальности «Инфекционные болезни». 2018. С. 34-35.

3. Бушманова А.Д., Сухорук А.А., Иванова Н.В., Эсауленко Е.В. Характеристика вирусного гепатита А на фоне хронического вирусного гепатита В. Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98. №4. С. 521-526.

4. Вирусные гепатиты сочетанной этиологии в Российской Федерации. Сухорук А.А., Бушманова А.Д., Эсауленко Е.В. Инфекция и иммунитет. 2017. №5. С. 75.

5. Бушманова А.Д., Новак К.Е., Иванова Н.В., Скворода В.В. Предрасполагающие факторы к тяжелому течению гепатита А. В сборнике: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания Материалы V Все-российской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием. 2018. С. 38-39.

Вишняк К.А., Колесникова А.Г., Максимова М.А., Мельник В.А.

НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОКЛЮША В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, г. Донецк

Коклюш по-прежнему остается одной из актуальных детских инфекций в Донецкой Народной Республике (ДНР). Несмотря на проводимую более 50 лет вакцинопрофилактику и высокий охват прививками детского населения заболеваемость этой вакцино-управляемой инфекцией сохраняется на высоком уровне.

В январе и феврале 2019 в ДНР на плановое введение комбинированной ассоциированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной (АКДС) вакцины и вакцины против гепатита В (АКДС+Геп.В) серии Т2, года было отмечено 4 случая тяжелых местных и общих реакций. Кроме того, имел место один летальный исход,

по времени совпавший с ведением АКДС+Геп.В вакцины той же серии.

При изучении случаев поствакцинальной реакции на введение АКДС+Геп.В вакцины выяснилось, что у первого ребенка была проведена вакцинация в возрасте 3 месяца и 5 дней. На следующий день ребенок умер. У него была выявлена внутриутробная инфекция, обнаружен иммунодефицит клеточного звена, гипотрофия и нарушение центральной нервной системы, вследствие черепно-мозговой травмы. В анамнезе – 3-х кратная госпитализация матери в связи с угрозой прерывания беременности. На вскрытии были обнаружены: интерстициальная пневмония, миокардит и гипоплазия тимуса. Эти находки позволяют исключить вакцинацию из причины смерти ребенка.

При анализе остальных 4-х случаев применения АКДС+Геп.В вакцины серии Т2, когда были зарегистрированы общие реакции на ее введение, было отмечено, что у двух детей наблюдалась гиперемия до 50 мм и уплотнение до 30 мм в месте введения на фоне субфебрильной температуры. В третьем случае на фоне повышения температуры до 39,0 у привитого ребенка зафиксирован приступ судорог однократно. У четвертого ребенка с остаточными проявлениями черепно-мозговой травмы и среднетяжелым течением рахита были зарегистрированы 3 приступа афебрильных судорог. У матерей всех этих детей был отягощенный акушерский анамнез.

В 2017-2018 году в нескольких городах и районах ДНР на месте введения аналогичной вакцины, но другой серии, у более чем 20 детей были зарегистрированы гнойные абсцессы, возникшие в первые 7-14 дней после вакцинации. Причиной этих осложнений у привитых детей была названа повышенная чувствительность у них к адьюванту.

Вакцинация против коклюша в мире осуществляется совместно с вакциной против дифтерии и столбняка в составе АКДС препарата. Впервые такая вакцина была выпущена в США в 1914 г. и стала доступной для использования при массовой вакцинации в 1948 г. Это была цельноклеточная противокклюшная вакцина, ассоциированная со столбнячным и дифтерийным анатоксинами (АцКДС). К сожалению, цельноклеточная вакцина имела свои недостатки: при ее производстве эндотоксин и коклюшный токсин инактивируются не полностью, поэтому она имела высокую реактогенность. Вследствие чего довольно часто у привитых детей наблюдаются поствакцинальные реакции: от обычной локальной гиперемии кожи и отека мягких тканей в месте введения, до довольно редких, но серьезных поражений, включая неврологические заболевания, такие как энцефалопатия, судороги, апноэ [1]. Для исключения таких реакций была разработана бесклеточная (ацеллюлярная) вакцина против коклюша – АаКДС. Бесклеточная вакцина позволяет прививать детей, которым вакцинация АцКДС либо противопоказана (прогрессирующие заболевания ЦНС, афебрильные судороги), либо должна проводиться с осторожностью, например, детям с гидроцефалией, детским церебральным параличом и другими органическими поражениями ЦНС, пороками развития, хроническими патологиями. В некоторых случаях использование бесклеточной вакцины позволяет продолжить вакцинацию против коклюша в случаях возникновения поствакцинальных нежелательных яв-

ний или при чрезмерно сильных системных реакциях на введение АцКДС [2, 3].

Таким образом, в ДНР продолжают регистрироваться разной степени тяжести поствакцинальные реакции и осложнения у детей, которым проводится плановая иммунопрофилактика коклюша, дифтерии и столбняка. Это требует коррекции стандартных подходов при подготовке таких детей к плановым прививкам.

Исходя из выше изложенного, наиболее уязвимой группой по развитию тяжелых и среднетяжелых реакций на введение АКДС+Геп.В вакцины можно считать детей с врожденной неврологической патологией и отягощенным акушерским анамнезом, которых рекомендуется отнести в особую категорию риска. Детям этой группы риска требуется дополнительное наблюдение и обследование перед вакцинацией у невропатолога, а также рекомендуется использование вакцины АаКДС, что позволит снизить у них риск послевакцинальных реакций и осложнений. В конечном счете, предлагаемый комплекс мероприятий позволит привить максимальное количество детей, подлежащих возрастной вакцинации против коклюша, дифтерии, столбняка.

Литература.

1. Cody C.L., Baraff L.J., Cherry J.D., Marcy S.M., Manclark C.R. Nature and rates of adverse reactions associated with DTP and DT immunizations in infants and children. Pediatrics, 1981, vol. 68, no. 5, pp. 650-660.

2. Аллергология и иммунология: национальное руководство. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. 656 с.

3. Вакцинация детей с нарушенным состоянием здоровья: практическое руководство для врачей. 1-е изд. Под ред. М.П. Костинова. М.: Медицина для всех, 1996. 78 с.

Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Охалкин В.Е., Вислогузов А.Б., Охрименко В.А., Демченко И.В.

РЕПРОДУКТИВНОЕ И МИКОТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Цель исследования – анализ состояния проблемы и мер по совершенствованию медицинской помощи детям и подросткам с инфекциями, передаваемыми половым путем, и микозами.

Материалы и методы: Проведено изучение социальных характеристик подростков методом анонимного анкетирования среди несовершеннолетних, обратившихся в Центры «Доверие» ГБУЗ ККВД в 2018гг.

Материалом для исследования по микозам являлись накопленные статистические данные по результатам поданных извещений формы 0-89/у-КВ о каждом случае регистрации дерматомикоза.

Результаты. За данный период в Центры обратились 3175 человек.

Среди обратившихся преобладали учащиеся ВУЗов, СУЗов и общеобразовательных школ.

Средний возраст обратившихся составил 16,6 года. Основное количество

пациентов Центра составили подростки 16-17 лет.

Среди обратившихся несовершеннолетних преобладали лица женского пола, из них 22% были направлены в центр для комплексного обследования акушерами-гинекологами, 8% – педиатрами, врачами общей практики, пер-вичного звена. Такое распределение, возможно, связано тем, что детская анд-рология в государственных медицинских учреждениях сегодня почти отсут-ствует.

Количество зарегистрированных случаев ИППП и микозов в Центры «До-верие» стабильно.

С целью выявления медико-социальных характеристик и других факто-ров, способствующих распространению ИППП среди несовершеннолетних, нами проведено анонимное анкетирование 175 подростков, обратившихся в Центр «Доверие» по поводу ИППП. Возраст анкетирруемых составил от 14 до 17 лет. Изучение сексуального поведения и влияющих на него факторов про-водили по анкете, включающей вопросы для социально-демографической характеристики обследуемого и родительской семьи, об общении со сверст-никами и досуге, употреблении алкоголя и наркотиков, сексуальном поведе-нии, информирован-ности об ИППП и контрацепции.

Анкетирование показало, что на долю лиц возрастной группы 15-18 лет приходится до93% всех случаев заболеваний, средний возраст обратившихся со-ставил 16,6 года. В неполных семьях воспитывались 39% подростков. Ал-коголь употребляли 62% лиц. Среди обследованных отмечалось раннее начало половой жизни. Средний возраст начала половой жизни составил 14,7 года. Среднее ко-личество половых партнеров за жизнь – 4,5; среднее количество половых партне-ров за 12 месяцев – 2.

При изучении информированности подростков по вопросам межполовых отношений, контрацепции, венерических заболеваний установлено, что боль-шинство из них не обладали достаточными знаниями по этим проблемам и хотели бы иметь достоверный и доступный источник информации. Более 67% респон-дентов не знали о последствиях ИППП и не обращались к врачу, 63% подростков не использовали контрацептивы, около половины прибегали к самолечению.

Основным источником получения информации об ИППП у анкетиро-ван-ных несовершеннолетних были интернет-ресурсы (32,2%), друзья и свер-стни-ки (26,7%), медицинские работники и провизоры (24,9%).

Дерматомикозы являются собирательным понятием и представляют группу заболеваний, вызываемых различными возбудителями (*Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, дрожжеподобные, плесневые грибки и др.). Дети до 15 лет в анализируемом периоде составляют не более 5,8% (в 2015 году) от общего числа больных микозами стоп. Такое распределение объясняет-ся возрастными изменениями кожи больных: усиление гиперкера-тоза на фоне менопаузы и/или патологии щитовидной железы у женщин, ухудшение микро-циркуляции при других эндокринопатиях (сахарный диа-бет), старческие гипер-кератозы, иммунодефицитные состояния и т.п.

Микроспория является преобладающей детской дерматофитией в Крас-но-дарском крае. Из-за особенностей строения кожи к наиболее восприимчи-вому

контингенту относятся дети старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Доля детей 0-14 лет среди заболевших микроспорией по краю в анализируемом периоде составила 92,2-94,6% в разные годы (рис. 3). Продолжительность курса терапии доходит до 30 дней в условиях стационара, часто дети госпитализируются с одним из родителей, которому выдается листок нетрудоспособности по уходу. Снижение заболеваемости микроспорией – актуальная проблема в связи с широкой распространенностью ее среди детского населения. Микроспория традиционно считается болезнью детского возраста. Ею в основном болеют дети, в том числе и новорожденные. Однако в настоящее время этим микозом нередко болеют и взрослые. Сказываются, видимо, неблагоприятные социальные и экологические условия, рост нейро-эндокринных заболеваний и иммунодефицитных состояний.

Трихофития – высоконтагиозное микотическое заболевание кожи и ее придатков, вызванное грибом из рода *Trichophyton*, может быть антропо-нозной, когда источником инфекции является человек, и зооантропонозной – эта форма трихофитии возникает при контакте с инфицированными животными. Основным возбудителем трихофитии в настоящее время является антропофильный гриб *T. tonsurans*, реже встречается *T. violaceum*. При антропо-нозной трихофитии заражение происходит при контакте с больным человеком, а также его вещами. Зооантропонозная трихофития встречается главным образом у сельских жителей, может быть вызвана *T. gypsum* (переносчики – мыши, крысы) или *T. verrucosum* (переносчик – крупный рогатый скот, преимущественно телята). Трихофития у детей представлена единичными спорадическими случаями. За последние 5 лет заболеваемость трихофитией в Краснодарском крае уменьшилась до нуля – в 2017 году не зарегистрировано ни одного случая трихофитии. Однако это не свидетельствует о ликвидации заболевания на территории края, поскольку всегда имеется природный резервуар возбудителя. У детей младшего и школьного возраста трихофитию диагностируют чаще в связи с особенностями строения кожи. За анализируемый период 2013-2017 гг. было выявлено в общей сложности 8 случаев заболевания и все у детей до 15 лет, все заболевшие – мальчики. Поскольку Краснодарский край в значительной степени является аграрным регионом, на его территории регистрируется, в основном, зооантропонозная трихофития, из 8 случаев за пять лет – 7 выявлено у сельских жителей (в 2016 году случай трихофитии зарегистрирован в городе). Однако те единичные случаи трихофитии, которые регистрируются, не всегда отражают истинную эпидемиологическую ситуацию в регионе.

Проведенное медико-социальное исследование показало, что заболеваемость у детей и подростков ИППП и микозов имеет выраженную корреляцию с возрастными и половыми характеристиками. На долю лиц возрастной группы 15-18 лет приходилось до 93% всех случаев заболеваний. Среди инфицированных преобладали лица женского пола (72%). Корни этой проблемы находятся в детском и подростковом возрасте. Обращение за медицинской помощью пациентов в возрасте до 18 лет при подозрении или возникновении заболевания, передающегося половым путем, определялось рядом параметров медико-со-

циального характера, в том числе экономическими возможностями, степенью санитарной грамотности, ранним началом половой жизни (в среднем 14,7 года), а также степенью доверия к врачам медико-профилактических учреждений. Более 67% пациентов детско-подросткового контингента психологически не были подготовлены к последствиям половой жизни, не знали об исходах ИППП и не обращались своевременно к врачу, 63,4% подростков не использовали контрацептивы. Данные обстоятельства способствуют переходу заболеваний в хронические формы с негативными последствиями для репродуктивной функции в ближайшем и отдаленном будущем.

Установленный тренд заболеваемости микроспорией детского городского и сельского населения обусловлен несколькими аспектами: – информированностью городского населения о данной инфекции выше, чем сельского, благодаря СМИ, сети Интернет и другим источникам; – медицинская помощь в городе более доступна, чем для жителей села, что ведет к большей обращаемости и регистрации случаев заболевания; – наличием в крупных и средних городах подростковых центров в составе КВД, имеющих в своей структуре оснащенные клинично-диагностические лаборатории, что способствует более качественной диагностике; – жители малых городов края по стилю жизни фактически принадлежат к жителям села, но в формах Госстатотчетности учитываются как городское население; – теплый влажный климат самого южного региона России способствует накоплению возбудителя в природных резервуарах, являющихся потенциальной угрозой заражения детей и подростков.

Выводы. Функционирующие в ККВД с 2007-2011 гг. Центры «Доверие» объединил новые формы и методы лечебно-профилактической деятельности. В условиях Центра имеется возможность совершенствовать и внедрять методы профилактики, ранней диагностики, консультативной помощи и лечения детей с ИППП и микозами. Проводится работа по интеграции дерматовенерологической и акушерско-гинекологической, урологической, других служб с целью профилактики и предупреждения распространения ИППП и микозов среди детского, подросткового контингента населения на безвозмездной основе.

Литература:

1. Алейникова Т.В. Возрастная психофизиология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Ростов-на-Дону 2002.
2. Глузмин М.И. Подростковый специализированный центр «Доверие» ГУЗ ККВД -современная форма профилактики в молодежной среде. / Шев-ченко А.Г. // Материалы научных трудов II форума медицины и красоты 24-26ноябрь 2009г. Москва
3. Гуркин Ю.А. Особенности репродуктивного поведения старшеклассниц и студентов (по материалам 7-го Конгресса Европейского общества по контрацепции.Генуя,2002). Гедеон Рехтер в СНГ 2002 ;3: 11: 19-20
4. Руссак Ю.А. Психологические и психофизиологические особенности девушек 14-17 лет с разным темпом полового созревания: Автореф. диссканд. психол.наук.СПб 2010.
5. Рахматулина М.Р. Инфекции, передаваемые половым путем у не-

со-вершеннолетних: современный взгляд на проблему. Репрод..здоров. подрост 2006;5:24-27.

*Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Охалкин В.Е.,
Вислогузов А.Б, Полуян И.Н., Антонов Е.Н., Охрименко В.А., Демченко И.В.*
**К ВОПРОСУ КРУСТОЗНОЙ ЧЕСОТКИ В КРУПНЕЙШЕМ СУБЪЕКТЕ ЮФО
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Цель исследования: анализ эпидемиологической ситуации по чесотке в Краснодарском крае крупнейшем субъекте ЮФО Российской Федерации, определить тенденции и основные направления работы при выявлении случаев крустозной чесотки за анализируемый период.

Материал и методы. статистические данные по результатам поданных извещений формы 0-89/у-КВ о, только впервые выявленные случаи чесотки, которые формируют первичную заболеваемость данным заразным кожным заболеванием в отчетном году., каждом случае регистрации чесотки у жителей Краснодарского края, форма 0-25У «Медицинская карата пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях» больных крустозной чесоткой.

Основные результаты. На заболеваемость такой сугубо антропонозной инфеcтацией, как чесотка, немаловажное влияние оказывает повышенный уровень всех видов миграции населения в регионе, что обусловлено географическим расположением края и наличием крупных транспортных путей и узлов. Проанализирована динамика роста (снижения) заболеваемости по учетным нозологиям чесотки за последние пять лет. Оценивался удельный вес числа заболеваний в возрастной группе детей 0-14 лет, относительно общего количества заболевших. Рассмотрена структура заболеваемости с позиции территориального, возрастного и гендерного аспектов. Результаты статистического анализа эпидемиологической ситуации по заразным кожным заболеваниям в Краснодарском крае за 5 лет в динамике

Акцент в разрезе нозологических форм сделан на эксклюзивной форме чесотки, крустозной крайне редко встречающейся в рутинной врачебной практике, но крайне контагиозной. За период с января по декабрь 2018 года в ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края, было направлено 4 пациента с жалобами на высыпания коже туловища, верхних и нижних конечностей в течение от 2-х до 6 месяцев, незначительный периодический зуд, болезненность в области высыпаний, жжение. При осмотре данных пациентов основными клиническими проявлениями были корки серозно-кровянистые грязно-серого цвета, эритематозные пятна на коже паховых складок, сгибателей предплечий, в межягодичной складке, в области голеностопных суставов. При удалении корок на месте обнаруживалась эрозивная поверхность красного цвета. Обращало на себя внимание, что 2 пациента находятся на учете с онкологической патологией под наблюдением онколога, 1 пациентка находилась на лечении в психиатрическом стационаре 3

месяца назад, еще одна пациентка посещала отделение социальной помощи. Все пациенты в возрасте от 72 до 84 лет.

Крустовая чесотка (scabies, корковая чесотка, крустовая, акариаз) – контагиозное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei hominis*. Крустовая чесотка развивается у людей с ослабленным иммунитетом (больные, страдающие хроническими неврологическими заболеваниями, онкологическими, длительно принимающие цитостатические, кортикостероидные препараты. Инфекционный процесс длится месяцами, характеризуется отличительной особенностью в виде практически отсутствия зуда или незначительным, наличием большого количества крустовых корок в виде наслоений грязно-серого цвета. Пациенты были направлены в ГБУЗ «Клинический кожно-венерологический диспансер» для лабораторной диагностики. У всех 4 пациентов в соскобах был обнаружен чесоточный клещ. Все больные получили полноценный курс стационарного лечения в ГБУЗ ККВД в виде специальной противочесоточной и десенсибилизирующей, антибактериальной терапии возможной коморбидности тяжелой формы заразного дерматоза, наружно 20% суспензия и 20% мазь бензил-бензоат, простая серная мазь, жидкость Кастеллани, левасин, линимент синтомицина, после окончания лечения проведено 3-х кратное исследование для обнаружения чесоточного клеща, был получен отрицательный результат. Проведенная в порядке контроля излеченности дерматоскопия не выявила патологического материала в очагах подверженных активной терапии чесотки. Проведена текущая и заключительная дезинфекция, осуществлялся активный патронаж в очагах инфекции врачом дерматологом и эпидемиологической группой ГБУЗ ККВД.

Заключение. Данным сообщением мы хотели особо обратить внимание смежных специалистов (терапевтов, инфекционистов и других врачей инфекционного блока и первичной медицинской помощи), осматривающих кожные покровы при поступлении и нахождении пациентов в амбулаторно-поликлинической сети, соматических круглосуточных и дневных стационарах, на важность сбора эпидемиологического анамнеза, возможность встречи нетипичного течения чесотки особенно последние несколько лет (отсутствие практически зуда, болезненность в области высыпаний, нетипичная локализация высыпаний). Важно и приоритетно обязательное обучение в виде лекций, семинаров мастер-классов врачами дерматологами по чесотке, с акцентом на редкие и очень или менее контагиозные формы, врачей различных специальностей, как в амбулаторно-поликлиническом звене, так и в стационарах, в том числе дневных, а также необходимо активизировать работу социальных служб, специалистов среднего звена. Врачей терапевтов, инфекционистов и других врачей инфекционного блока и первичной медицинской помощи, в отношении социально-незащищенных, декретированных, паллиативных групп населения (уход за инвалидами, в закрытых учреждениях, интернатного типа, на дому) совместно с дерматовенерологами и врачами-консультантами.

Литература:

1. Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Чакрян А.А.// К вопросу

снижения заболеваемости чесоткой в Краснодарском крае в последние годы. Материалы IX научно-практической конференции инфекционистов Южного Федерального округа с международным участием. «Актуальные вопросы инфекционной патологии». Краснодар, 29-30 мая 2014г., с.45-46.

2. Глузмин М.И. Чесотка как социопатия крупного города / Шевченко А.Г., Лебедев В.В., Ларин Ф.И., Материкин А.И. // Инфекционные болезни, 2010.-том 8.-приложение №1.-С.73.

3. Сергеев Ю.В. Современные клиничко-иммунологические особенности чесотки и новые подходы к ее диагностике и терапии // Иммунопатология, алергология, инфектология. – 2000. – №4. – С. 102-107.

4. Соколова Т.В. Чесотка с позиции практического врача // Врач. – 2006. – №2. – С. 69.

5. Соколова Т.В. Чесотка. Современное состояние проблемы // Клин. геронтология. – 2007. – №12. – С. 49-59.

Голосова С.А., Филиппова А.А., Голдобин В.Н., Ключева Е.А.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЦЕНТРЕ КРОВИ

Центр крови Федерального медико-биологического агентства г. Москва

Служба крови обеспечивает оказание высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в мирное время и при чрезвычайных ситуациях, ее целью является обеспечение качественной трансфузионной терапии. Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр крови Федерального медико-биологического агентства» (далее Центр крови), является звеном единой системы Службы крови России с 1972 года. Главной задачей Центра крови является удовлетворение потребности 200 медицинских организаций, которые обеспечиваются компонентами крови: эритроцитная взвесь, обедненная лейкоцитами; эритроциты отмытые; крио-консервированные эритроциты; плазма свежезамороженная; (вирусинакти-вированная и карантинизированная) ; тромбоцитный концентрат аферезный. Центр крови начиная с 2014 года полностью перешел на производство только лейкофильтрованных трансфузионных сред, что позволило достичь производства более безопасных и эффективных компонентов крови. Скрининг всей донорской крови осуществляется в лабораториях иммунологических исследований, которые имеют разрешение на работу с патогенными биологическими агентами III-IV групп патогенности. Для скрининга крови в лабораториях Центра крови этапно и последовательно используются: иммуно-анализы (ИА) : – иммуноферментные анализы (ИФА) – хемилюминесцентные иммуноанализы, реакции амплификации последовательностей нуклеиновых кислот (NAT) для диагностики возбудителя инфекционных заболеваний (ВИЧ, вирусных гепатитов, сифилиса). В работе с опасными биологическими средами, которыми являются донорская кровь и её компоненты, систематически проводится санитарно-гигиеническая оценка условий труда, системное обеспечение безопасных условий труда. Мероприятия по безопасности работ в Центре крови складываются из двух составляющих: первая – безопасность до-

норов, вторая – безопасность медицинского персонала. Для работы с реагентами и консервантами у сотрудников Центра крови созданы нормируемые условия труда, имеются средства индивидуальной защиты (СИЗ) и разработана стандартная операционная процедура (СОП) «Порядок действий при возникновении аварийных ситуаций при работе в лабораториях». Устранение эпидемических угроз и ликвидация нештатных и аварийных ситуаций является надежной мерой предупреждения заражения медицинского персонала. Проблема безопасности персонала остается актуальной ввиду того, что кровь и ее компоненты, являются потенциальным фактором риска заражения инфекционными заболеваниями. Инфицирование персонала возможно на всех этапах производственного процесса. Реально существует риск поражения персонала при работе с токсичными химическими реагентами и компонентами. Количество рабочих мест и работников ФГБУЗ «Центр крови ФМБА России», аттестованных по категории вредные условия труда (класс 3), составляет 80% (89 рабочих мест), из них женщин 90% (97 человек). Однако, действующая в Центре крови система обеспечения безопасности выполнения работ позволяет считать эффективными избранные меры профилактики возможного воздействия инфекционной опасности. В течение 30 лет в Центре крови не зарегистрированы случаи профессиональных заболеваний.

Литература.

1. Филиппова А.А., Голдобин В.Н., Широков А.Ю., Голосова С.А., Ключева Е.А., Блинова Е.А. Организация мероприятий по обеспечению условий труда и алгоритмы действий персонала центра крови. Научно-практический рецензируемый журнал Медицина экстремальных ситуаций. Том 20 (3), 2018, Москва, Изд. ООО «Полиграфическая компания «ЭксПресс»», стр.262-272, ISSN 2306-6326.
2. Филиппова А.А., Заринова Л.А., Малышева Д.С. Социально-гигиеническая оценка условий труда и алгоритмы ликвидации аварийных ситуаций в ФГБУЗ «Центр крови ФМБА России». Материалы II Международного Молодёжного Форума «Профессия и здоровье», 29 июня-01июля 2018 г., г. Ялта, Республика Крым, Россия. Изд. ИТ «АРИАЛ», – Симферополь, стр.264-269, УДК 614.2, ISBN 978-5-907302-51-4.

Городин В.Н., Бахтина В.А., Палиева Е.В., Чечко С.В.

ОГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Инфекционная служба Краснодарского края осуществляет оказание специализированной медицинской помощи инфекционным больным, обеспечивает противоэпидемические мероприятия, использует современные возможности лабораторной и инструментальной диагностики, имеет организационно-методический и учебный центры.

Первичная специализированная медицинская помощь лицам с инфекционными болезнями оказывается амбулаторно в 79 кабинетах инфекционных заболеваний и в стационарных условиях (в 56 инфекционных отделениях многопрофильных медицинских организаций муниципальных образований края). В

четырёх городах края, с учетом численности постоянно проживающего населения и климато-географических особенностей, функционируют пять инфекционных больниц, оказывающих специализированную медицинскую помощь – одна детская и одна взрослая (Краснодар), три смешанные – Армавир, Новороссийск и Сочи.

Коечный фонд составляет 3 149 инфекционных коек (1 927 детские, 1 222 взрослые), в том числе 2 851 койка составляют круглосуточные койки (1 828 детских, 1 023 взрослых). За последние годы количество коек дневного стационара увеличено с 227 до 298 единиц. Обеспеченность инфекционными койками населения края составляет 5,6 на 10 тыс. населения (РФ 3,9). Доля боксированных инфекционных коек, отвечающих требованиям санитарных правил и норм, составляет 42,2%.

В инфекционных больницах, амбулаторно-поликлинической службе и инфекционных отделениях многопрофильных медицинских организаций муниципальных образований края в 2018 году укомплектованность штатного расписания врачами-инфекционистами составила 80,4% (204 врача), по амбулаторно-поликлинической службе – 70,5% (67 врачей), по стационарному звену – 86,53% (137 врачей).

Всего в 2018 году на инфекционных койках было пролечено 141 517 человек (в 2017 году – 142 336, в 2016 – 146 080, в 2015 – 132 240), из них 48,54% в инфекционных стационарах. В 2018 году число госпитализированных лиц 18 лет и старше составило 41 731 человек, детей – 99 786 человек.

Работа инфекционной койки в среднем по краю составила 299 дней, что говорит об эффективной работе инфекционных коек. Среднегодовая длительность пребывания пациента на инфекционной койке составила 5,8 дней (взрослые – 6,9, дети – 5,3). Больничная летальность составила 0,37, при этом 77,4% от всех умерших, пришлось на ВИЧ-инфекцию.

Эффективная борьба с инфекционными болезнями невозможна без квалифицированных кадров врачей и требует определенного уровня знаний инфекционной патологии – в 2018 году повышение квалификации прошли 411 врачей различных специальностей, профессиональную подготовку – 24 человека.

В целях повышения качества и доступности медицинской помощи инфекционным больным, уменьшения смертности, летальности и инфекционной заболеваемости для специалистов проводятся краевые научно-практические конференции, Межрегиональный научно-практический Форум специалистов в области инфекций «Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России», Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания», межведомственные тренировочные учения по вопросам проведения мероприятий при выявлении больного с подозрением на болезни, вызывающие чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Литература.

1. Федеральное статистическое наблюдение «Сведения о медицинской организации (форма №30, годовая)» Краснодарский край, 2018 год.

2. Организация оказания специализированной медицинской помощи при инфекционных заболеваниях в период подготовки и проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 г. /Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2016. – Т. 21., № 4. – С. 234-238.

3. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 18.03.2014 г. №16-0/10/2-1796 «Методика расчета потребности во врачебных кадрах субъектов Российской Федерации».

Городин В.Н., Люлин И.С.

**ВНЕДРЕНИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА,
КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ СОЗДАНИЯ «НОВОЙ МОДЕЛИ»
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Введение: Указом Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» определены целевые показатели в сфере здравоохранения. До-стиже-ние этих целей возможно лишь при существенной модернизации под-ходов к управлению медицинской организацией на основе внедрения систе-мы мене-джмента качества, соответствующей международным стандартам.

Цель исследования: анализ эффективности внутреннего контроля ка-че-ства и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ «СКИБ» и обосно-ва-ние основных направлений совершенствования системы управления ка-че-ством в ГБУЗ «СКИБ».

Материалы и методы:

Проведен анализ системы оценки качества медицинской помощи в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской де-ятельности с привлечением экспертов ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России:

- анализ нормативно-правовых документов по вопросам внутреннего кон-троля качества и безопасности медицинской деятельности;

- анализ номенклатуры медицинских услуг ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК;

- анализ формуляра лекарственных препаратов ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК.

2. Анализ возможности внедрения критериев оценки качества меди-цин-ской помощи в МИС ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК:

- определение групп критериев оценки качества медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи для внедрения в МИС ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК;

- определение групп критериев оценки качества медицинской помощи по группам заболеваний/состояний для внедрения в МИС ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК;

- анализ МИС ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК с целью оценки возможности внед-ре-ния критериев оценки качества медицинской помощи.

3. Проведен внутренний аудит обеспечения качества и безопасности ме-дицинской деятельности в ГБУЗ «СКИБ» в соответствии с Практическими рекомендациями по организации внутреннего контроля качества и безопас-но-

сти медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Рос-здравнадзора.

4. По результатам анализа внутреннего и внешнего аудита утвержден план корректирующих мероприятий.

5. Сотрудники администрации ГБУЗ «СКИБ», часть руководителей структурных подразделений медицинской организации направлены на обучение в КубГМУ на «Фабрике процессов» для формирования навыка практического применения философии, принципов и инструментов бережливого производства для реализации федерального проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

6. В ГБУЗ «СКИБ» инициирован проект: «Внедрение «новой модели» медицинской организации в ГБУЗ «СКИБ».

Результат:

1. Выявлены факторы, снижающие эффективность организации медицинской помощи и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Неустранимые недостатки, затрудняющие внедрение критериев оценки качества медицинской помощи, не выявлены.

3. Возможно поэтапное внедрение критериев оценки качества медицинской помощи в МИС с плавным развитием функционала МИС ГБУЗ «СКИБ» МЗ КК.

4. Наиболее эффективным вариантом автоматизации является разработка и внедрение в МИС системы поддержки принятия врачебных решений, основывающейся на клинических рекомендациях и протоколах лечения.

5. Подготовлена команда специалистов для апробации, внедрения и тиражирования современных принципов управления медицинской организацией.

Литература.

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

3. Распоряжение от 28 июля 2017 года №1632-р «Об утверждении программы «Цифровая экономика Российской Федерации»».

4. Приказ Росздравнадзора от 20.12.2017г. №1045 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

5. Практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора.

6. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

Городин В.Н., Палиева Е.В., Бахтина В.А., Люлин И.С.

КЛЮЧЕВЫЕ ТРЕНДЫ ИЗМЕНЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Координация деятельности инфекционной службы края осуществляется через организационно-методический отдел (далее – ОМО) инфекционной службы ГБУЗ «СКИБ». Отдел осуществляет анализ инфекционной заболеваемости, профилактики и противоэпидемических мероприятий, летальности, количественных и качественных показателей, материально-технической базы, кадрового состава инфекционной службы края. На основании проводимого анализа разрабатывает предложения по повышению качества медицинского обслуживания инфекционных больных, развитию инфекционной службы и устранению имеющихся недостатков в работе инфекционных больниц, отделений и кабинетов инфекционных заболеваний.

Проведен анализ ключевых трендов изменений инфекционной службы края. Наблюдается тенденция роста числа врачей-инфекционистов преимущественно за счет переезда специалистов-медиков из других субъектов РФ, введением должностей врачей-инфекционистов в краевых многопрофильных медицинских организациях или специализированных медицинских организациях неинфекционного профиля в качестве консультантов.

В медицинских организациях Краснодарского края в 2018 году число штатных должностей врача-инфекциониста составляло 360,75 ставок, на которых работали 229 специалистов (2017 – 221, 2016 – 211, 2015 – 207), включая врачей-инфекционистов Центров профилактики и борьбы со СПИД, ККВД и других специализированных медицинских организаций. Укомплектованность штатных должностей, учитывая занятость рабочих мест, в 2018 году составила 79,07% (в 2017 – 75,4%, 2016 – 74,97%, 2015 – 73,4%).

В инфекционных больницах, амбулаторно-поликлинической службе и инфекционных отделениях многопрофильных медицинских организаций края в 2018 году укомплектованность штатного расписания врачами-инфекционистами составила 80,4% – 204 врача, из них, по амбулаторно-поликлинической службе – 70,5% (67 врачей), по стационарному звену – 86,53% (137 врачей). Для решения вопроса по устранению кадрового дефицита на кафедре инфекционных болезней ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета ежегодно проводятся циклы по профессиональной подготовке по специальности «Инфекционные болезни»

Постепенно меняется возрастной состав врачей-инфекционистов, средний возраст врачей-инфекционистов, осуществляющих свою трудовую деятельность в профильных медицинских организациях, составляет 44 года, количество врачей до 50 лет – 79,5% (2017 – 48 лет и 80% соответственно, 2016 – 49 лет и

80%).

На протяжении нескольких лет инфекционный коечный фонд остается стабильным, обеспеченность койками составляет 5,6 на 10 тысяч населения.

Уровень госпитализаций на инфекционные койки остается высоким (252,5 на 10 тысяч населения), в основном за счет числа госпитализаций заболевших детей. Работа инфекционной койки в 2018 году в среднем по краю составила 299 дней, что говорит об эффективной работе койки.

В ходе проведения кураторских выездов можно сделать вывод, что наибольшее количество дефектов при оказании медицинской помощи больными инфекционными заболеваниями выявляется в маломощных медицинских организациях с низкой укомплектованностью должностей врачей-инфекционистов, небольшим общим и инфекционным в частности коечным фондом. В данных медицинских организациях выявляется больше претензий по материально-техническому состоянию, качеству оказания специализированной стационарной и амбулаторной помощи пациентам, низкому качеству диспансерного наблюдения за реконвалесцентами инфекционных или паразитарных заболеваний.

Для обеспечения качества и доступности оказания специализированной медицинской помощи, сохранения кадрового потенциала инфекционной службы, внедрения принципов управления качеством (непрерывное улучшение качества медицинской помощи) необходимо рассмотреть возможность создания и развития межрайонных центров. В рамках совершенствования специализированной медицинской помощи больным инфекционными заболеваниями важнейшим направлением является обеспечение доступности медицинской помощи, что достигается посредством детальной разработки маршрутизации больных, обеспечением логистики, санитарной авиации, внедрением технологий дистанционного консультирования и телемедицины, выездными формами работы при диспансерном наблюдении хронических больных, созданием разнообразных информационных ресурсов для повышения приверженности к диспансеризации и лечению.

Литература.

1. Федеральное статистическое наблюдение «Сведения о медицинской организации (форма №30, годовая)» Краснодарский край, 2018 год.

2. Организация оказания специализированной медицинской помощи при инфекционных заболеваниях в период подготовки и проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 г. /Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2016. – Т. 21., № 4. – С. 234-238.

3. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 18.03.2014 г. №16-0/10/2-1796 «Методика расчета потребности во врачебных кадрах субъектов Российской Федерации».

4. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

5. Федеральный закон от 25 декабря 2018 г. №489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском

страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» по вопросам клинических рекомендаций».

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

*Демкович О.О., Беседина Е.И., Агаркова Л.Д.,
Жадан Е.С., Нагорнюк Г.Г., Калиберда С.В.*
**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ
В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького; Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы, г. Донецк

Малярия (М) относится к числу широко распространенных паразитарных болезней [1]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения около половины мирового населения подвержено риску заражения М. Несмотря на определенные успехи реализации международных программ борьбы с М, остаются нерешенными вопросы обеспечения всеобщего доступа населения в странах с низким уровнем доходов к эффективным услугам в сфере профилактики, диагностики и лечения заболевания. Ситуация в мире осложняется проблемами формирования устойчивости возбудителя тропической М к противомаларийным препаратам, ростом устойчивости переносчиков М – малярийных комаров к инсектицидам, отсутствием вакцинопрофилактики [2,3].

С целью установления особенностей маляриогенной ситуации в ДНР и усовершенствования противомаларийных мероприятий проанализированы показатели заболеваемости, данные паразитологических лабораторных исследований и энтомологического надзора путем изучения форм государственной и отраслевой статистики, используемых в санитарно-эпидемиологической службе, за 2009-2018 гг.

Было установлено, что эпидемиологическая ситуация по М в последние годы оставалась относительно благополучной, регистрировались единичные (до 3-х случаев в год) завозные случаи тропической М среди взрослых жителей, вернувшихся из туристических или рабочих поездок по странам Африки (Танзания, Уганда, Занзибар, Египет, Судан). Завозы в регион происходили вне сезона возможной передачи М человеку и не имели эпидемиологического значения.

В тоже время энтомологическая ситуация на территории Республики продолжает оставаться нестабильной, что обусловлено распространением специфических переносчиков М (*An. Maculipennis*, *An. Messeae*), наличием анафелогенных водоемов (41,3% от общего количества) и длительностью температурного сезона (выше 150 более 100 дней) возможной передачи М человеку. Указанные энтомологические особенности на фоне активной миграции населения способствуют сохранению риска эпидемического распространения М в случае ее завоза в период эпидсезона и обуславливают необходимость проведения постоянного и эффективного эпидемиологического и энтомологического надзора за малярио-

генной ситуацией.

Несмотря на определенные социальные и финансовые трудности в ДНР в 2014–2018 гг. были организованы и проводились противомаларийные гид-ротехнические работы, направленные в основном на упорядочение водохранилищ и их территорий с целью создания условий, непригодных для развития личинок переносчиков М, а также гамбузирование водоемов и ставков. Необходимо отметить, что объемы и перечень мероприятий значительно снизились по сравнению с довоенным уровнем.

На основании проведенных исследований можно заключить, что в Донецком регионе имеются природные условия для ухудшения маляриогенной ситуации в случае завоза М в сезон ее возможной передачи. Это обстоятельство определяет необходимость оптимизации действующей системы профилактических мероприятий. По нашему мнению, одним из ведущих направлений системы профилактики М являются гидротехнические работы, совершенствование которых потребует количественных и качественных преобразований с привлечением местных органов власти и прочих заинтересованных служб и ведомств Республики.

Литература.

1. Ющук Н. Д. Инфекционные болезни. 2-е изд. [Текст]: национальное руководство / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1056 с.
2. World Health Organization. World Malaria Report 2015. Geneva; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200018/1/9789241565158_eng.pdf/
3. Литвинов С.К., Бронштейн А.М., Морозов Е.Н. Вакцинация против малярии: реальность и перспективы. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2017; 22 (3) ; 153-156.

*Демкович О.О., Беседина Е.И., Лыгина Ю.А.,
Акимова Л.С., Говжева Л.П., Давыдова А.В.*

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИЕРСИНИОЗАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького; Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы, г. Донецк

Иерсиниозы (иерсиниоз и псевдотуберкулез) – зоонозные инфекционные заболевания с повсеместным распространением, возможностью формирования вспышек и групповых эпидемических очагов, сложностями диагностики и организации противоэпидемических мероприятий [1].

Согласно информации Европейского центра по профилактике и контролю заболеваний иерсиниоз является третьим по распространенности зоонозом. Наиболее высокие показатели заболеваемости (от 5,6 до 10,6 сл. на 100 тыс. населения) отмечаются в Литве, Греции, Германии и Финляндии. Описаны вспышки данной инфекции водного и пищевого характера [2, 3].

С целью установления особенностей эпидемиологии инфекции в До-

нец-кой Народной Республике (ДНР) проанализированы показатели заболеваемости и лабораторного мониторинга за инфекцией, вызванной *Yersinia enterocolitica*, в 2009-2018 гг., по данным форм государственной и отраслевой статистики санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения ДНР (МЗ ДНР).

Заболеваемость иерсиниозом за указанный период находилась в пределах от 0,16 до 0,95 случаев на 100 тыс. населения и носила в основном спорадический характер. В 2016-2018 гг. отмечается рост количества зарегистрированных случаев в 1,3-2,1 раза в сравнении со средними многолетними показателями. Одной из причин подъема заболеваемости является невозможность проведения сплошной дератизации и прочих противоэпидемических мероприятий на отдельных территориях вследствие активных боевых действий.

Согласно архивным данным Донецкой областной санэпидстанции в 2002 году была зарегистрирована вспышка иерсиниоза с водным фактором передачи с 32 пострадавшими, в т.ч. 3 детьми. Наличие *Y. enterocolitica* в объектах внешней среды (в речной воде и биоматериале от крысы) и среди заболевших подтверждено лабораторно. В 2017 г. в ДНР зарегистрирована вспышка предположительно пищевого характера с 8 пострадавшими (все взрослые). У 3-х заболевших диагноз иерсиниоз, вызванный *Y. enterocolitica* О3, О4, установлен серологическим методом. Из объектов внешней среды возбудитель не изолирован.

Лабораторией особо опасных инфекций Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора МЗ ДНР проводятся исследования проб от людей и объектов внешней среды (мышевидные грызуны, серые крысы, смывы) на иерсиниоз и псевдотуберкулез бактериологическим и серологическим (реакция непрямой гемагглютинации – РНГА) методами, с 2016 года внедрена ПЦР-диагностика.

Согласно многолетним данным, в регионе установлена преимущественная циркуляция *Y. enterocolitica* среди людей и в объектах внешней среды. В последние годы значимость бактериологического метода в лабораторном подтверждении диагноза у больных существенно снизилась. Наибольшее значение для диагностики приобрел метод РНГА, в котором в 2014-2018 гг. получено 5,4-14% положительных результатов среди обследованных лиц. Для изучения циркуляции иерсиний во внешней среде предпочтительным остается бактериологический метод, за указанный период культура *Y. enterocolitica* изолирована в 0,3-6,3% исследованных проб внешней среды.

Перспективным представляется внедрение в практику работы лаборатории особо опасных инфекций и систему эпидемиологического надзора ПЦР-диагностики иерсиниозов. Так, в 2016 г. при ретроспективном исследовании материала от больных с диагнозом «Острая кишечная инфекция», в 6,3% была выделена ДНК *Y. enterocolitica*, что значительно превысило удельный вес данной инфекции в структуре гастроэнтероколитов установленной этиологии согласно формам государственной статистической отчетности по инфекционным и паразитарным заболеваниям.

Результативность ПЦР-метода при исследовании проб внешней среды в

2018 г. составила 8,2%, что также подтверждает распространенность возбудителя в природе и актуальность иерсиниозной инфекции в ДНР.

Таким образом, установленные нами в ходе проведенного анализа результаты существующего эпидемиологического надзора за иерсиниозами в Республике могут быть использованы для его дальнейшей оптимизации и систематизации.

Литература.

1. Ющук Н. Д. Инфекционные болезни. 2-е изд. [Текст]: национальное руководство/Н. Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1056 с.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Yersiniosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2015. – Stockholm: ECDC, 2018. – С. 1-6.
3. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Техническое руководство по эпидемиологическому надзору за болезнями, связанными с водой [Текст] /под. ред. Е. Funari, Т. Kistemann, S. Herbst, А. Rechenburg. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011. – 136 с.

Дзедова А.А., Новак К.Е.

ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ГЕПАТИТА Е В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность: официальная регистрация случаев гепатита Е (ГЕ) в Российской Федерации (РФ) была начата только в 2013 г., но заболевание диагностировалось и ранее [1]. С 2017 г. отмечена тенденция к повышению заболеваемости гепатитом Е, так в РФ было зарегистрировано 158 случаев заболевания (0,11‰), что на 39,5% больше, чем за 2016 г. В 2018 году в РФ заболеваемость осталась на том же уровне (n=157). Отмечено значительное увеличение числа случаев ГЕ в Санкт-Петербурге (СПб), с 1-4 в год в первые годы регистрации, до 9 – в 2017г. и до 25 в 2018 г. (0,47‰) [2].

Несмотря на то, что РФ – эндемичный для ГЕ регион, помимо завозных, все чаще выявляются и автохтонные случаи заболевания [3, 4].

Цель исследования: проанализировать клинико-эпидемиологические особенности ГЕ в СПб.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 65 медицинских карт стационарных больных, госпитализированных в СПб ГБУЗ «КИБ им. С. П. Боткина» в 2003-2018 гг. Диагноз ГЕ подтвержден обнаружением в сыворотке крови антител к вирусу ГЕ классов М и G или РНК вируса ГЕ при лабораторном исключении гепатитов А, В и С.

Результаты: в СПб с 2003 г. 80% составили спорадические случаи (средний возраст 39,9±14,0 лет 57,7%-мужчины, 42,3%-женщины), 20% – групповая заболеваемость (декабрь 2011г. – январь 2012 г.- 13 случаев ГЕ среди прибывших на учебу в СПб из Индии (г. Мумбай)). Обращают на себя внимание 25 случаев, зарегистрированные в 2018г., все среди взрослого населения: из них 88% являлись автохтонными, лишь 3 пациента выезжали в сроки, соответствующие

инкубационному периоду: 2-в Казахстан, 1-в Кам-боджи. С 2003 по 2017г. среди sporadических завозными были 55,5% случа-ев. В 53,3% – завоз ГЕ происходил из Индии, единично из: Абхазии, Казах-стана, Азербайджана, Испании, Черногории, Краснодарского края, Сочи.

Клиническая картина заболевания характеризовалась типичной симп-томатикой (слабость, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье). У 55,8% пациентов отмечено повышение температуры тела до 37,3-40,0°C на 1-5 день болезни длительностью от 2 до 15 дней. В 38,5% случаев диагности-рована без-желтушная форма заболевания (нормальная окраска кожи и види-мых слизистых оболочек при содержании общего билирубина 5-34мкмоль/л). У 44,2% пациен-тов заболевание характеризовалось значительной гиперби-лирубинемией (от 100 до 459 мкмоль/л). В 46,2% случаев активность АЛТ была повышена до 1000 Ед/л, у 30,8% – от 1000 до 2000 Ед/л, у 23% – от 2000 до 4000 Ед/л. Значимого снижения ПТИ и синтетической функции пече-ни не отмечено.

Закключение: Заболеваемость ГЕ в СПб имеет в основном sporadический характер, со значительным увеличением числа случаев в 2018 году за счет ав-тохтонных, что свидетельствует о том, что гепатит Е вышел из категории только завозных инфекций для нашего региона.

Отмечается как значительная доля безжелтушных легких форм, так и случаи тяжелого течения ГЕ.

Литература.

1. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Левакова И.А. Актуальность гепатита Е для Российской Федерации. В сборнике: Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России. Материалы межрегионального форума специалистов с заседа-нием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болез-ни» Мини-стерства здравоохранения РФ. 2016. С. 214-215.

2. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации за январь – август 2018 г. (по данным формы №1 «Сведения об инфекционных и параз-итарных заболеваниях») [Электронный ресурс] Режим доступа: [http://www.rosпотребнадзор.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?](http://www.rosпотребнадзор.ru/activities/statistical-materials/statistic_details.php?ELEMENT_ID=11277)

ELEMENT_ID=11277 (дата обращения 17.03.2018)

3. Новак К.Е., Бушманова А.Д., Тельнова Н. В., Скворода В.В. Гепатиты А и Е: завозные или автохтонные? В сборнике: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания Материалы V Всероссийской междис-циплинарной научно-практической конференции с международным участи-ем. 2018. С. 179-181.

4. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Бушманова А.Д., Ингабире Т., Останко-ва Ю.В. Эпидемиологические и молекулярно-генетические особенности энте-ральных вирусных гепатитов в России на современном этапе. Альманах кли-нической медицины. 2018;46 (1) :50-58.

Дорофеева К.В., Ващёнок Н.И.
**СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Введение. Сам термин «стигма» (греч. stigma – укол, клеймо, пятно) появился в Древней Греции и означал метку или клеймо на теле раба или преступника. С этим словом всегда связана негативная ассоциация с чем-либо позорным, отталкивающим. В настоящее время проблема стигматизации актуальна в отношении пациентов с психическими заболеваниями, ТБ, ВИЧ-инфицированных, инвалидов и пожилых людей [1, 2]. Стигматизация пациентов с ТБ не только утяжеляет течение болезни, но и препятствует борьбе с ТБ, поэтому элиминация этого явления в обществе является актуальной задачей.

Цель исследования. Изучение отношения различных групп населения Республики Беларусь к пациентам с ТБ.

Материалы и методы. Проведен анализ распространенности стигматизации пациентов с ТБ в Республике Беларусь среди студентов медицинского университета и лиц, не имеющих отношения к медицине. При проведении данного исследования использовался метод заочного анонимного анкетирования по специально разработанной анкете, состоящей из 22-х вопросов. В исследовании приняли участие 100 респондентов (в том числе 37 мужчин и 63 женщины), среди которых было 50 студентов 4-5 курсов медицинского университета. Опрошенным было от 15 до 68 лет, средний возраст респондентов составил $24,4 \pm 6,4$ года (в группе студентов – $21,8 \pm 0,8$ года, во второй группе – $28 \pm 10,5$ года). Статистическая обработка данных проводилась с использованием общепринятых методов биостатистики.

Результаты исследования. Большинство опрошенных (59%) указали в анкетах (56% из первой группы и 62% из второй), что относятся к пациентам с ТБ нейтрально. Только 5% чётко выразили свое негативное отношение (6% из первой группы и 4% из второй). 26% сочувствуют (24% из первой группы и 28% из второй). При этом женщины выражали сочувствие несколько чаще, чем мужчины (28,6% и 21,6% соответственно), а мужчины чаще (10,8%), чем женщины (1,6%) были негативно настроены по отношению к пациентам с ТБ. Следует учитывать, что мужчины в целом более уверенно выражали свое мнение, а женщины чаще затруднялись с ответом (12,7% и 8%). Почти половина опрошенных (43%) отметили, что пациенты с ТБ всегда или часто сами виноваты в своей болезни (35% – редко и 22% отрицают вину самого пациента). Большинство респондентов (52%) негативно отреагировали бы, если их знакомый или родственник скрыл факт болезни, но 8 из них (15,4%) сами скрыли бы факт болезни от своих знакомых или родственников. Из 31 респондента, которые считали правильным предоставление бесплатного жилья пациентам с ТБ, 68% сами не хотели бы жить в этом районе. А 32% считают необходимым переселять пациентов в отдельные обособленные районы для изоляции от здорового населения. Значимых различий в ответах разных групп респондентов не отмечено, таким образом, связь

между уровнем знаний о заболевании и степенью стигматизации не выявлена.

Закключение. Проведенное исследование показало, что среди населения Республики Беларусь стигматизация пациентов с ТБ имеет латентный характер: респонденты избегали высказывать своё негативное отношение напрямую, но стигматизация проявлялась, когда затрагивались их личные интересы. Опрашиваемые были согласны, что пациенты с ТБ нуждаются в отдельном жилье, но жить в одном районе с такими пациентами не хотели или считали, что пациенты с ТБ нуждаются в изоляции. Респонденты негативно отнеслись бы к своим знакомым или родственникам, которые скрыли от них заболевание ТБ, но в то же время сами скрыли бы факт своей болезни. Данное исследование также показывает, что у женщин более низкая степень стигматизации пациентов с ТБ и им больше свойственно сочувствие.

Литература.

1. Иванюшкин А.Я., Стигма, или «вторая болезнь», в контексте биоэтики / А.Я. Иванюшкин // Вестник Московского университета. – Москва, 2009. – Серия 7: Философия. – №6 – С. 60-73.

2/ Стигма в психиатрии и фтизиатрии. Взгляд психиатра / В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова, С.М. Лепшина, Е.А. Лепшина, О.Н. Голоденко и др. // Университетская клиника. – 2016. – №3. – С. 84-88.

*Еремушкина Я.М., Кускова Т.К., Мигманов Т.Э.,
Филиппов П.Г., Огиенко О.Л.*

ЛИСТЕРИОЗ, КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, г. Москва

Листерииоз не входит в число наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Однако, уровень летальности при этом заболевании оправдывает состояние постоянной эпидемической и клинической настороженности. Особенно актуальна проблема листериоза у лиц пожилого и старческого возраста. За последние 10 лет в ГБУЗ «ИКБ№2» ДЗМ, с листериозными менингитами, менингоэнцефалитами находилось более 40 пациентов, в последние 6 месяцев были выявлены 2 случая болезни. При анализе клинического случая летального исхода 96-летней пациентки, находившейся на лечении в ГБУЗ «ИКБ№2» ДЗМ с клиническим диагнозом менингоэнцефалит неуточненной этиологии было проведено патологоанатомическое исследование, в ходе которого был выставлен диагноз. Основное заболевание: Листерииозный менингоэнцефалит (прижизненное исследование спинномозговой жидкости от 20.03.18 обнаружена ДНК *Listeria monocytogenes*, СМЖ на стерильность от 20.03.2018 выделен *enterococcus*; аутопсийный анализ СМЖ *Klebsiella* от 21.03.18)

Осложнения: Двусторонний гидроторакс (до 100 мл). Отек головного мозга. Отек легких. Геморрагический синдром: кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки респираторного пищеварительного, мочеиспускательного трактов,

плевральные листки, мягкие мозговые оболочки. Сопутствующие: Двусторонний хронический нефрит. Атеросклероз аорты, коронарных, по-чечных, артерий основного головного мозга. Мелкоочаговый кардиосклероз. Смерть пациентки Г. 96 л, наступила от листериозного менингоэнцефалита, при развитии отека головного мозга в финале, что и явилось непосредственной причиной смерти.

О листериозной природе менингита следует прежде всего думать в случае развития последнего у лиц старше 50 лет, после предшествующего гастроэнтерита, что отмечалось у данной пациентки. Листериозные менингиты, как правило, сочетаются с одновременным поражением вещества мозга, т.е. по сути являются менингоэнцефалитами, во всех случаях протекают крайне тяжело и в 25-30% заканчиваются летально. Клиническое течение менингита является достаточно типичным, имеются некоторые особенности, характеризующие его листериозную природу. В отличие от менингитов, вызванных другими бактериями, при листериозном менингите чаще отмечаются судороги, расстройство координации движений, тремор, нарушение психического состояния. Ригидность мышц затылка может не определяться почти у половины больных, изменения в спинномозговой жидкости не столь значительны, как при других гнойных менингитах. Это необходимо учитывать при назначении лечения пациентам пожилого и старческого возраста, особенно с предшествующим гастроэнтеритом.

Литература.

1. Ермак Т.Н. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика: рецензия / Ермак Т.Н., Кожевникова Г.М. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – №5. – С. 64.
2. Кареткина Г.Н. Листериоз / Г.Н. Кареткина // Лечащий врач. – 2008. – №9. – С. 42-47.
3. Тартаковский И.С. Листерии: роль в инфекционной патологии человека и лабораторная диагностика / И.С. Тартаковский, В.В. Малеев, С.А. Ермолаева. – М.: Медицина для всех, 2002. – 200 с.
4. Ющук Н. Листериоз / Ющук Н., Кареткина Г. // Врач. – 2004. – №2. – С. 28-31.
5. Ющук Н.Д. Инфекционные болезни: национальное руководство / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2-е изд. переработ. и дополн. 2018. – 1101 с.

Завора Д.Л., Дубовицкая Н.А., Чепель Ю.А., Бакаева З.З.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППАА (H1N1,2009)

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Картина гриппа А (H1N1,2009) sw pdn схожа с сезонным гриппом и другими острыми респираторными заболеваниями, поражающими дыхательные пути. Специфические факторы риска, которые определяют повышенную угрозу возникновения прогрессирующего заболевания пока полностью не изучены. Более тяжелое течение болезни констатировано у беременных.

Целью работы явилось изучение особенностей клинического течения

гриппа на различных сроках беременности.

Под нашим наблюдением находились 30 беременных женщин, которые перенесли грипп А (H1N1,2009) sw pdn, в период подъема заболеваемости с 1.12.2018г по 28.02.2019г. Возраст беременных варьировал от 18 до 42 лет. Все беременные находились на стационарном лечении в ГБУЗ «Инфекцион-ная больница №2» г. Сочи. За время пребывания в стационаре проводилось лабораторно – инструментальное обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ПЦР слизи из зева и носа на РНК вируса гриппа, рентгенологическое исследование органов грудной полости по показаниям.

Тяжесть клинического течения гриппа определялась степенью выраженности общей интоксикации, гипертермии, нейротоксикоза, выраженности геморрагического синдрома, нарушения сердечно-сосудистой деятельности, сопровождающиеся циркуляторными расстройствами. Легкая форма проявлялась слабо выраженными симптомами интоксикации, слегка повышенной или нормальной температурой тела. При средне – тяжелой форме были выражены признаки интоксикации: головная боль, головокружение, озноб, мышечные и суставные боли. Температура тела поднималась до 39,5°С. Тяжелая форма проявлялась резко выраженной интоксикацией, рвотой, повышением температуры до 40-40,5°С, нарушением сердечно – сосудистой и дыхательной деятельности. Грипп А (H1N1,2009) sw pdn pdn sw перенесли: в легкой форме 4 (13,3%), в средне – тяжелой форме 22 (73,4%), в тяжелой форме 4 (13,3%).

Отмечались следующие симптомы интоксикации: вялость и слабость в 30 (100%), снижение аппетита в 28 (93,3%) случаях, бледность кожных покровов в 21 (31,3%) случаях. Субфебрильная температура зарегистрирована в 4 (13,3%) случае, фебрильная в 22 (73,4%) случаях, гектическая в 4 (13,3%) случаях. В 14 случаях отмечалась головная боль (46,7%), боль в глазных яблоках в 10 (33,3%).

Поражение верхних дыхательных путей проявлялось преимущественно синдромами ринита в 26 (86,7%) и фарингита в 30 (100%) случаях. Поражение нижних дыхательных путей проявлялось: ларингитом у 6 (20%), трахеитом у 7 (23,3%) пациенток, преобладали синдромы бронхита у 18 (60%) и пневмонии у 9 (30%) беременных. Для пневмонии было характерно развитие дыхательной недостаточности I-II степени в большинстве случаев развивавшейся на 4-5 дни болезни.

Выводы:

Таким образом, среди беременных на разных сроках гестации с гриппом А (H1N1,2009) sw pdn, зарегистрировано большое количество заболевших с преобладанием легких и средне – тяжелых форм болезни.

Тяжелые формы характеризовались развитием синдрома интоксикации, поражением нижних дыхательных путей в виде бронхита и пневмонии.

У всех беременных с развившейся пневмонией, отмечалось явление дыхательной недостаточности I степени.

Литература:

1. Довжикова И.В. Морфологические изменения плаценты в разные три-местры у беременных с ОРВИ // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. –

2. Емельянова А.Н., Кижло Л.Б., Урбазаева А.А., Калинина Э.Н., Сергеева Э.И., Брылева Л.И., Муратова Е. ОРВИ и беременность. // Забайкальский медицинский вестник. – 2013 – №2 – С.38-39

3. Городин В.Н., Пронин М.Г., Чернявская О.В. Изучение кон-центрации эндотелиоцит-специфичной молекулы-1 (эндокана) в сыворотке крови больных высокопатогенным гриппом А(Н1N1)/сб. «Актуаль. вопросы инф. патологии юга России» Краснодар, 2018 г С. 59-61

4. Лобзин Ю.В., Михайленко В.П., Львов Н.И. Воздушно-капельные инфекции. С.-П., Фолиант, 2000, С.184 (Сер. Актуальные инфекции) Шифр 616.902 Л-68

Завора Д.Л., Хаснудинова С.Р.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

В структуре инфекционных заболеваний России крайне неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью вирусными гепатитами. Число больных хроническими формами ВГ В и С растет быстрыми темпами. Для этих гепатитов типична отрицательная динамика течения процесса с развитием в 10-20% случаев цирроза и первичного рака печени. В структуре смертности населения в трудоспособном возрасте от болезней органов пищеварения фиброз и цирроз печени занимают ведущее положение.

По данным ВОЗ, в мире насчитывается до 300 млн. носителей вирусного гепатита В и более 500 млн. носителей вирусного гепатита С.

Гепатит «С» сегодня занимает центральное место в программе по ликвидации вирусных гепатитов. Это определяется важностью проблемы и появлением высокоэффективных методов лечения.

На базе ГБУЗ ИБ №2 МЗ КК г. Сочи в условиях дневного стационара проходит противовирусная терапия хронических вирусных гепатитов В и С.

За период 2017-2018 гг. на базе ГБУЗ ИБ №2 МЗ КК г. Сочи получили противовирусную терапию 6 пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, генотип 1. ПВТ 5 пациентам проводилась по схеме: Викайра Пак в течение 12 недель, 1 пациент получал ПВТ по схеме: даклатасвир, асунопревир в течение 24 недель. У всех пациентов получен быстрый вирусологический ответ. При дальнейшем наблюдении в амбулаторной сети, у данной группы пациентов, достигнут устойчивый вирусологический ответ.

Так же, на базе ГБУЗ ИБ №2 МЗ КК г. Сочи получают ПВТ 7 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В. Из которых: трое получают элгавир 1.0 мг/сут.; двое – элгавир 0.5 мг/сут; один пациент: тенофовир 300 мг/сут. в сочетании с элгавиром 0.5 мг/сут; 1 пациент с ХВ гепатитом В+D: цеппегин-терферон а 2b 120 мкг/неделю. У пациентов, получающих безынтерфероновую схему терапии, репликация вируса подавлена. Однако, не достигнута сероконверсия по HbsAg. В связи с чем существует необходимость в продолжении противовирусной терапии.

На 2019 год на базе ГБУЗ ИБ №2 МЗ КК г. Сочи запланировано проведение ПВТ терапии 5-ти пациентам с ХВГ «С», генотипом 1, препаратом Ви-кейра Пак. В настоящее время ПВТ получают 2 пациента. У данных пациентов получен быстрый вирусологический ответ.

У одного пациента, получавшего ПВТ, в ответ на прием препарата Ви-кейра Пак, спустя 2 недели от начала терапии отмечено нарастание цитолиза: АЛТ до 482 Ед/л, АСТ до 282 Ед/л. При ПЦР исследовании, РНК HCV не обнаружено. Через 4 недели от начала терапии, вирусологический прорыв, нарастание цитолиза: АЛТ до 685 Ед/л, АСТ до 580 Ед/л. Учитывая развитие нежелательных реакций (нарастание цитолиза, вирусологический прорыв), решением врачебной комиссии ПВТ данному пациенту прекращена.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Проблема вирусных гепатитов является многофакторной, для ее решения необходимы усилия науки, здравоохранения всего общества.

2. Обязательна интеграция борьбы с вирусными гепатитами в борьбу с ВИЧ-инфекцией, наркоманией, развитием отечественной фармацевтической и иммунобиологической промышленности.

3. Учитывая, что вирусы гепатитов В, С, D являются агентами, вызывающими гепатоцеллюлярную карциному, борьба с ними должна быть интегрирована в будущую специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями.

Литература.

1. Попова, Юлия Сергеевна Гепатит. Самые эффективные методы лечения / Попова Юлия Сергеевна. – М.: Крылов, 2017. – 262 с.

2. Романова, Е.А. Гепатит. Диагностика, профилактика, эффективные методы лечения: моногр. / Е.А. Романова. – М.: АСТ, 2017. – 612 с.

3. Серов, В.В. Хронический вирусный гепатит / В.В. Серов. – М.: Медицина, 2014. – 351 с.

4. Сухарев, В. М. Инфекционный гепатит / В.М. Сухарев. – М.: Медицина, 2015. – 543 с.

5. Авдеева М.Г., Городин В. Вирусные гепатиты: диагностика, лечение, профилактика. Краснодар, 2016. – 382 с.

Завора Д.Л., Яшина Ю.В.

**КРАТКИЙ АНАЛИЗ НОМЕНКЛАТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,
ЗАКУПЛЕННЫХ ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА №2»
В 2018 ГОДУ**

Инфекционная больница №2, г. Сочи

На фоне прогнозов о сокращении числа государственных медицинских учреждений фармацевтические производители ведут деятельность в бюджетном (государственном) сегменте рынка все более осторожно. Регулирование закупок в этом сегменте происходит согласно нормам, установленным федеральными законами №44-ФЗ и №223-ФЗ. Поставки лекарственных средств в лечебно-про-

филактические учреждения (ЛПУ) осуществляются путем прохождения закупочных процедур в формате аукционов, тендеров, запросов котировок и прочего на электронных торговых площадках, что создает определенные барьеры при организации каналов распределения фармацевтической продукции.

По итогам 2018 года объем закупленных препаратов в ГБУЗ «Инфекционная больница №2» составил 15 383,51 тыс.руб. и 176 043 упаковок. В сравнении с 2017 годом объем закупок лекарственных препаратов уменьшился в стоимостном выражении на 27,34%. и в натуральном выражении остался почти без изменений (-0,36%). Средняя стоимость упаковки лекарственного препарата уменьшилась в сравнении с 2017 годом на 27% и составила 87,38 руб.

Структура закупленных препаратов по ценовым сегментам сместилась в пользу препаратов низкого и среднего ценовых сегментов по сравнению с 2017 годом. Удельный вес группы лекарственных препаратов стоимостью до 50 руб. увеличился на 6,77% и составил 20,95%. Средневзвешенная цена препаратов этой группы значительно выросла – на 8,99% до 21,82 руб./упак. Доля сегмента лекарств со средней стоимостью упаковки 50-150 руб. составила 5,13% (-4,57%). Средняя стоимость увеличилась на 4,33% и составила 93,54 руб./упак. Удельный вес группы лекарств с ценовым диапазоном 150-500 руб. увеличился с 21,66% в 2017 году до 30,33% в 2018 году. Средне-взвешенная цена составила 262,01 руб./упак. (+0,38%). Доля дорогостоящих препаратов составила 48,27%, что на 41,83% ниже веса группы за прошлый год. Средневзвешенная стоимость лекарственных препаратов данной группы в 2018 году снизилась (-3,35%) по сравнению с 2017 годом, и составила 2 254,92 руб./упак.

По итогам 2018 года 81,2% закупленных препаратов являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако, в виду своей невысокой цены относительно импортных лекарств, в стоимостном выражении они заняли 56,7%. Лидирующие позиции среди отечественных препаратов в закупках (по МНН) занимают: Меропенем, Натрия хлорид, Интерферон альфа-2b, Натрия хлорида раствор сложный, Иммуноглобулин человека нормальный. Их суммарная доля в закупках в стоимостном выражении составила 4 010,47 тыс. руб. (26,07%).

Помимо ограничений в области обеспечения доступности продукции для потребителей фармацевтические компании испытывают трудности при организации поставок лекарственных средств в ЛПУ и в связи с конъюнктурными изменениями, происходящими на рынке в настоящее время, среди которых внедрение стандартов надлежащей дистрибьюторской практики (Good Distribution Practice), создание единого рынка сбыта в рамках Евразийского экономического союза, пересмотр в сторону понижения предельных отпускных цен на ЖНВЛП, борьба с контрафактной продукцией с помощью изменения маркировки лекарственных средств, усиление протекционистской политики в отношении дженериков отечественного производства, а также побуждение иностранных компаний к локализации производственных мощностей на территории РФ. Указанные тенденции в настоящее время и, несомненно, в будущем повлияют на эффективность маркетинговых каналов в госпитальном секторе рынка, а изменения в предпочтениях конечных потребителей среднего и высшего класса, выбираю-

щих обслуживание в негосу-дарственных медицинских учреждениях, приведут к интенсивному росту частного сектора госпитального рынка.

Литература.

1. Глазкова О.С. Модель распределения фармацевтической продукции на госпитальном рынке Российской Федерации // Дискуссия. – 2018. – Вып. 90. – С. 16-22 <https://cyberleninka.ru/article/v/model-raspredeleniya-farmatsevticheskoy-produktsii-na-gospitalnom-rynke-rossiyskoy-federatsii>

2. Якобсон Ю. А. Госпитальный сегмент рынка фармацевтической продукции России: организация поставок // Логистические системы в глобальной экономике. 2017. №7. С. 384-387 <https://disk.sibsa.ru/index.php/s/B9XyAvZ4JjdeHR8>

3. Шестакова, И. Основы применения антибактериальных препаратов в клинике инфекционных болезней/ Шестакова И.В., Городин В.Н., Котова Н.В./ практическое руководство, М. 2018. – С.29-64

4. Фармацевтический рынок России 2017 [Электронный ресурс]: аналит. обзор / DSM Group. Режим доступа http://dsm.ru/docs/analytics/Annual_Report_2017_rus.pdf

Зуева Г.В., Масюта Д.И.

ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, г. Донецк

В последнее десятилетие в структуре вирусных заболеваний детей и подростков прогрессивно увеличивается доля герпесвирусных инфекций, клинические проявления которых обусловлены патологией иммунной системы [1]. Особенно актуальной проблемой детского возраста является Эпштейн-Барр вирусная инфекция. Подтверждением данного положения являются проведенные эпидемиологические исследования, в результате которых установлено, что у детей специфические антитела к вирусу Эпштейна-Барр определяются в 20-100% [2]. Определено, что тяжесть острой Эпштейна-Барр вирусной инфекции находится в прямой зависимости от выраженности признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани [3].

Цель работы: определить влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) на течение острой Эпштейн-Барр вирусной инфекции (ОЭБВИ) у детей.

Пациенты и методы. Мы проанализировали истории болезней 71 пациента, находившихся на стационарном лечении в КУ ГДКБ №2 г. Донецка по поводу ОЭБВИ. У всех детей НДСТ была сопутствующей патологией. Все пациенты были распределены на возрастные категории: от 1 года до 3 лет – 12 пациентов, от 3 до 7 лет – 36 человек, от 7 до 10 лет – 20 детей, от 10 до 15 лет – 3 ребенка.

Для подтверждения диагноза ОЭБВИ были использованы иммуноферментный анализ обнаружения специфических IgM и IgG Эпштейн-Барр вируса, а также полимеразная цепная реакция. Для определения синдрома НДСТ

применяли критерии Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева, учитывали также характер стигм дизэмбриогенеза.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частыми стигмами дизэмбриогенеза были: деформация грудной клетки – 62%, гипертелоризм и монголоидный разрез глаз – 42%, готическое небо – 32,7%, крипторхизм у 49,5% мальчиков, редкие зубы – 49,3%, узкий лоб – 38,1%, аномальная форма ушных раковин – 35,5%, дисплазия тазобедренных суставов – 12,3%, короткая шея – 7,7%, большие оттопыренные уши – 2,2%.

Из висцеральных признаков наиболее часто определялись аномально расположенные хорды левого желудочка сердца (67,3%), пролапс митрального клапана (18,4%), сколиоз (59,4%), широкое пупочное кольцо (48,8%), плоскостопие (28,4%), дисфункция желчевыводящих путей и деформация желчного пузыря (42,9%), дизметаболическая нефропатия (19,6%), которая проявлялась чаще всего как оксалатурия, энурез (2,4%).

Степень выраженности НДСТ у 37,7% детей была минимальная, у 39,4% обследованных – умеренная, максимальная – у 22,9% пациентов.

Анализ клинической картины ОЭБВИ показал, что у всех больных отмечены симптомы интоксикации, изменения слизистой оболочки ротоглотки, увеличения периферических лимфатических узлов. Распространенная мелко-точечная и пятнисто-папулезная сыпь на коже была у 32,1% больных. Гепатомегалия была отмечена у 44,3% детей, а спленомегалия – у 12,3% обследованных.

У 5,4% больных ОЭБВИ протекала с развитием синдрома цитолиза гепатоцитов и повышения активности трансаминаз (АлАТ) более чем в 3 раза. Количественных изменений биохимических показателей билирубина у этих пациентов не было отмечено, что послужило основанием диагностировать паренхиматозный безжелтушный гепатит, вызванный вирусом Эпштейна-Барр.

Мы сопоставили степень выраженности клинических проявлений НДСТ и форм тяжести ОЭБВИ. При наличии НДСТ I степени чаще отмечалась среднетяжелая форма ОЭБВИ (у 56,2%), тяжелая – 21,1%, легкая – 22,7%. Установлено, что у пациентов с диагностированной НДСТ II степени ОЭБВИ протекала в тяжелой форме – 52,7%, среднетяжелой – 22,1%, легкой – 25,2%. При III степени НДСТ чаще всего отмечалось тяжелое или средней тяжести течение ОЭБВИ с поражением печени.

Выводы. Определено, что тяжесть острой Эпштейн-Барр вирусной инфекции находится в прямой зависимости от выраженности клинических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Наличие у пациента с острой Эпштейн-Барр вирусной инфекцией синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани, как мы полагаем, будет влиять на развитие манифестных форм болезни и ее исход, что и обуславливает необходимость проведения современных лечебно-профилактических мероприятий для данной категории пациентов.

Литература.

1. Боковой А.Г., Егоров А.И. Герпесвирусные инфекции у детей и родителей. -М.: Центр стратегической конъюнктуры, 2014. – 256 с.

2. Симованьян Э.Н., Денисенко В.Б., Григорян А.В., Ким М.А. и др. Эпштейн-Барр вирусная инфекция у детей: совершенствование программы диагностики и лечения // Детские инфекции, 2016; Т. 15, 1: 15-24.

3. Орлова С.Н., Машин С.А., Жамбарова С.В. Особенности клинического течения острой Эпштейн – Барр-вирусной инфекции у детей с синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани. Журнал инфекто-логии. 2011;3 (4) :105-110.

Ильмеева Л.А., Курбаба Л.В., Думчева И.Н., Павленко В.Н.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ДОНОРОВ И РЕЦИПИЕНТОВ КРОВИ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Донецк

Целью исследования было изучить вероятность биологической безопасности в медицинских учреждениях при переливании крови в условиях актуальности риска инфицирования пациентов патологическими биологическими агентами.

В ходе исследования, нами были проанализированы результаты серо-эпидемиологического мониторинга распространения ВИЧ, полученные методами серологической и молекулярно-биологической диагностики, контингенты и количество, обследованных на ВИЧ-инфекцию, из них лица, у которых обнаружены серологические маркеры ВИЧ, проведены оценка экстенсивных показателей ВИЧ-инфекции среди доноров крови и ретроспективный анализ явления.

Из вышеуказанного анализа мы получили информацию, что доноры крови – это индикатор инфицированности ВИЧ общего населения. Вероятность передачи ВИЧ через донорскую кровь составляет 90-100%.

Ежегодно обследуется на ВИЧ от 30 до 100 тысяч доноров, третья часть всех обследований на ВИЧ-инфекцию.

С 1987 по 2018 гг. на территории республики выявлено 1501 ВИЧ-позитивных человек среди доноров крови, из них 73% мужчин и 27% женщин, что позволило предотвратить как минимум столько же случаев инфицирования ВИЧ.

Отмечается волнообразное изменение выявляемости ВИЧ среди доноров крови от 0,08 до 0,22%. Общая выявляемость ВИЧ среди доноров крови в 2018 г. составила 0,13%.

За 2018г. выявляемость ВИЧ среди первичных доноров (код 108.1) составила 0,21%, более информативный показатель и за последние три года имеет тенденцию к снижению, что является благоприятным фактором.

При выявлении ВИЧ-позитивных лиц по коду 108.2 (повторные доноры) службой крови и ВИЧ-службой немедленно проводится комплекс мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ при переливании крови или ее компонентов (изъятие из карантинизации и уничтожение компонентов крови, свое-временное проведение расследования случая ВИЧ-инфекции у повторных доноров крови).

С 1987 по 2014г. в Донецкой области было зарегистрировано 9 случаев

инфицирования реципиентов при переливании донорской крови (компонентов). За 2015-2018г. на территории ДНР таких случаев не зарегистрировано.

Расследование случаев ВИЧ-инфекции среди доноров крови за 2018г. составляет 98%. Наблюдается снижение доли парентерального пути при инъекционном введении наркотических веществ и рост полового пути передачи.

Возрастная структура выявляемых ВИЧ-инфицированных доноров крови сместилась в сторону категорий 30-39 и 40-49 лет.

С целью обеспечения инфекционной безопасности донорской крови в республике обеспечено 100% обязательное лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию доноров крови (ее компонентов), биологических тканей, органов и при выявлении ВИЧ-позитивных лиц позволяет своевременно отстранить их от донорства крови, что соответствует нормативно-правовым актам по данному вопросу.

Ильменёв О.В., Мацнев А.А., Кривоустов П.С., Мартемьянов А.Е.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Потеря проходимости дыхательных путей равноценна потере контроля над состоянием больного, однако это до сих пор ежедневно происходит в госпиталях... по всему миру. А. Брейн, 1991.

LMA™ была изобретена доктором Арчи Брейном в Лондоне в 1981 году. Ларингеальный Масочный Воздуховод – Ларингеальная Маска (LMA™) – является инновационным устройством для проведения воздуха, разработанным, как альтернатива лицевой маске. С начала ее коммерческого внедрения в 1988 году, LMA™ применялась у более чем 100 миллионов пациентов, в рутинных и экстренных пособиях, и при этом не было зарегистрировано не единого смертного исхода.

LMA™ обеспечивает надежное поддержание проходимости дыхательных путей, обусловленное тем, что при правильном сдувании манжетки образуется гладкая плоскость в виде клина, которая позволяет легко проходить позади языка и надгортанника, при этом защитные рефлексы должны быть существенно подавлены, что обеспечивает гладкое введение, и врач должен иметь необходимые навыки.

LMA™ сконструирована с учетом минимальности воздействия на глобальные структуры. Когда LMA™ полностью введена, при соблюдении рекомендованной техники введения устройства, то дистальный кончик манжеты LMA™ достигает дистального конца гипоглоттиса сразу над пищеводным сфинктером.

Раздувание манжетки обычно вызывает небольшое движение вверх всего устройства, так как раздувающаяся манжетка частично отталкивается от треугольного основания гипоглоттиса. В окончательной позиции голосовая щель и апертуры LMA™ находятся на одной линии напротив друг друга. В отличие от других воздуховодов с манжетками, LMA™ формирует запирающее давление вокруг ларингеального периметра, величина которого составляет 2 кПа. Реакция

на введение бывает разной степени выраженности, варьируя от полного изгнания до легких глотательных движений и зависит от глубины анестезии и опыта врача. Глотательные движения, следующие за введением и предшествующие удалению во время выхода из анестезии, происходят за счет анатомического положения маски. Глотание вызывается сти-муляцией многочисленных рецепторов на слизистой глотки и гортани, особенно на гортанной части надгортанника, ариэпиглотических полях, проводимой по 9 и 10 черепно-мозговым нервам, как непривольный рефлекс. В то же время имеется рефлекторное закрытие голосовой щели, вызванное сти-муляцией внутренней ветви верхнего гортанного нерва. Этим рефлексом объясняется, почему преждевременное введение LMA™ часто связано с полной невозможностью раздуть легкие до тех пор, пока сфинктер не расслабится. Обычно это происходит через 20 сек.

Этот феномен нуждается в распознавании, так как в противном случае может быть ошибочно принят за неправильное положение LMA™. Неправильное положение LMA™, которое тоже может быть, но встречается все реже и реже по мере приобретения навыков. Тот факт, что LMA™ занимает отличную от интубационной трубки позицию, имеет ряд важных следствий. Большой объем LMA™ предотвращает ее прохождение, как через голосовую щель, так и через верхний пищеводный сфинктер, делая ее положение менее инвазивным, а позицию менее определенной, чем у эндотрахеальной трубки.

Избегание интубации трахеи означает, что нет опасности случайной окклюзии одного из главных бронхов, так как голосовые связки остаются интактными, и это позволяет избежать проблемы ларингоспазма, связанного с введением или удалением интубационной трубки. При наличии LMA™ голосовые связки свободно двигаются во время дыхания, размыкаются во время вдоха и смыкаются во время выдоха. Расхождение связок на вдохе уменьшает работу дыхания, в то время как смыкание на выдохе может быть очень важным во внутрилегочном смешивании газов и, возможно, в поддержании функциональной остаточной емкости легких. Оба механизма исключаются при эндотрахеальной интубации.

Когда используется IPPV, перед удалением интубационной трубки паралитическая связка проходит, и, следовательно, голосовые связки «цепляются» за интубационную трубку, которая затем извлекается, проходя через них. При использовании LMA™ голосовые связки восстанавливают свою функцию при восстановлении спонтанного дыхания, оставаясь интактными. Пациент способен эффективно кашлять, даже когда LMA™ остается на месте. Это может быть очень важным для пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания. Эндотрахеальная трубка вызывает выраженную реакцию со стороны трахеи, так что при гладкой анестезиологической технике полагается ее удаление при таком уровне анестезии, когда все рефлекторные реакции еще подавлены. LMA™ вызывает очень незначительную стимуляцию и, следовательно, может быть оставлена на месте до восстановления защитных рефлексов и адекватного самостоятельного дыхания пациента.

На практике наиболее очевидными преимуществами LMA™ является то,

что руки анестезиолога остаются свободными и что она гораздо более надежно обеспечивает проходимость дыхательных путей, чем лицевая маска и воздуховод.

Таким образом, простота устройства означает, что оно может быть использовано с высокой степенью успеха даже неопытными врачами после небольшой тренировки.

Показания:

Неудачная эндотрахеальная интубация

Экстренная интубация

Нейрохирургия и глазная хирургия

Анестезия профессиональных певцов

Анестезия больных с отягощенной кардиологической патологией

Brain (58) предлагает следующее деление абсолютных и относительных противопоказаний применения ЛМ:

1. Абсолютные противопоказания

ЛМ не должна применяться у больных:

- с полным желудком;
- с диафрагмальной грыжей;
- с выраженным ожирением;
- беременным женщинам после 14 недель;
- с политравмой;
- с тяжелыми ранениями живота и груди;
- имеющих анатомические особенности или патологические изменения

внутренних органов, при которых затруднено полное опорожнение желудка путем отвода.

2. Относительные противопоказания:

Фиброзные изменения в легких, когда возрастает риск трудной вентиляции.

С учетом отсутствия постоянной дежурной бригады эндоскопистов при поступлении тяжелых и крайне тяжелых пациентов, при неудачных попытках интубации сложных пациентов, в нашей клинике успешно начали применять ЛМ. Обеспечение проходимости дыхательных путей и ранняя ИВЛ, позволила с успехом стабилизировать пациентов, обеспечить адекватную вентиляцию. После чего уже в плановом порядке, с использованием бронхоскопа и под анестезией, интубация трахеи происходила успешно.

В 2017 году 6 пациентов, в 2018 году 8 пациентов, в 2019 – 2 пациента.

Закключение. При затруднениях с обеспечением проходимости дыхательных путей правильное применение ЛМ создает все предпосылки для решения этой проблемы, однако в подобных ситуациях ЛМ не должна использоваться неопытным анестезиологом в качестве последней попытки отчаяния. При правильной технике постановки ЛМ оценка дыхательных путей по шкале Mallampati не влияет на частоту успешных попыток.

Литература.

1. «К вопросу об особенностях конструкции ларингеальной маски ав-

то-ра», Долбнева Е.Л., Лукьянов М.В., 2018 г.

2. «Использование ларингеальной маски для вентиляционной поддержки при фибробронхоскопиях у детей» Текст научной статьи по специальности «Медицина и здравоохранение», Естехин А.М., Миронов П.И., Гумеров А.А., 2018 г.

3. «Критические ситуации в анестезиологии» Практическое руководство, Дэвид С. Борщофф, 2017 г.

4. «Клинические рекомендации Анестезиология-реаниматология» под редакцией Заболотских И.Б., Шифман Е.М., 2016 г.

Ковалевская О.И., Яковчук Е.Е., Швачкина Н.С.,

Шавкунова Р.Г., Книжник Т.А.

КОКЛЮШ У ВЗРОСЛЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ «СКИБ»

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

Болеют ли взрослые коклюшем? Коклюш у взрослых проявляется чаще в атипичной форме и связан с долговременным непрекращающимся кашлем. Постановка своевременного диагноза в современных условиях значительно осложнена, поскольку клиническая картина заметно изменена массовыми прививками населения.

В 2017-2018 гг. на лечении в ГБУЗ «СКИБ» состояло 18 человек с диагнозом «Коклюш, обусловленный *Bordetella pertussis* (шифр по МКБ-10 А 37.0) в возрастной категории от 21 до 69 лет: 20-29 лет – 7 чел., 30-39 лет – 2 чел., 40-49 лет – 5 чел., 50-59 лет – 3 чел. и 60-69 лет – 1 человек, преимущественно женщины – 11 чел. (61,1%).

Все госпитализированные отмечают отсутствие в анамнезе противопоказаний к вакцинации против коклюша, а также, отсутствие заболевания коклюшем в детском возрасте.

Среди заболевших 8 человек (44,4%) указывают на контакт с больными детьми, которым установлен диагноз «Коклюш»; 4 человека (7,2%) отмечают контакт с детьми, страдающими затяжным кашлем, но не обследованными. И у 6 человек (3,3%) эпидемический анамнез отсутствует. Имел место семейный случай заболевания коклюшем: от больного ребенка заболели сразу 3 члена семьи, возраст которых был от 40 до 65 лет. Заболевание регистрировалось круглогодично. Больные пребывали в стационаре в среднем от 6 до 12 дней (в среднем 8,5).

Длительность лечения на амбулаторном этапе, а, зачастую и нахождения на листе нетрудоспособности, варьировала от 6 дней до 60 дней (в среднем 25,3).

Основным симптомом, заставляющим обратиться за медицинской помощью, являлся непрекращающийся приступообразный кашель. 15 (83,3%) из 18 пациентов принимали на амбулаторном этапе различные лекарственные препараты, в том числе и антибактериальные.

Согласно алгоритму лабораторной диагностики коклюша и паракклюша, указанному в методических рекомендациях [3], основными методами для

выявления возбудителей являются выделение культуры (бактериологический метод), выявление ДНК (молекулярный метод – ПЦР) и обнаружение специфических антител (реакция агглютинации-РА, иммуноферментный анализ – ИФА). Выбор метода определяется сроками заболевания и фактом приема лекарственных препаратов до лабораторного обследования [2, 4, 6].

Бактериологический метод используют на ранних сроках заболевания, не позднее 3-ей недели, до начала терапии. Молекулярный метод считается более эффективным, хотя оптимальными сроками для проведения ПЦР так же является период до 3-ей недели с момента появления симптомов, при этом, ДНК возбудителей могут определяться вплоть до 31 дня от начала болезни [6]. То есть, ПЦР позволяет выявлять возбудителя в более поздние сроки заболевания и на фоне лечения антибиотиками [3]. Из серологических методов диагностики коклюша и паракоклюша, классическим, и наиболее практикуемым, является РА, которую целесообразно применять не ранее 3-ей недели [3][1]. Диагностика методом ИФА [2] осложняется отсутствием зарегистрированных отечественных тест-систем.

Обследование лиц с длительным кашлем в нашем стационаре включало в себя исследование сыворотки крови методом РА с коклюшным и паракоклюшным антигеном в парных сыворотках, ПЦР-диагностику мазков с задней стенки глотки на ДНК *Bordetella pertussis*, *parapertussis*, *Brochiseptica*, ИФА на *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamidophilla pneumonia*.

Мазок с задней стенки глотки был назначен в 13 случаях (72,2%) ; из них: в 11 случаях (84,6%) результат на ДНК *Bordetella pertussis* был отрицательным, и, только в 2 случаях (15,4%) ДНК была обнаружена. Результат, как показал анализ, не зависел ни от длительности болезни, ни от предшествующего приема АБП: у одного человека ДНК положительна на 21 дне болезни без предшествующей АБТ, у другого – на 6 день болезни с предшествующей АБТ. Отрицательный результат на ДНК *Bordetella pertussis* также не зависел от сроков забора анализа (от 6 до 14 дней – 3 случая, от 20 до 29 дней заболевания – 5 случаев, от 30 до 40 дней – 3 сл., 60 день – 1, 90 дней – 1 сл.) и предшествующей АБТ (у 3-х человек из 11 не проводилась АБТ).

Исследование сыворотки крови методом РА с коклюшным антигеном проводилось в 100% случаев. Диагностический титр 1:160.

Так, среди 6-ти пациентов, поступивших в первые две недели от начала заболевания, получены данные: у одного результаты РА проба №1 на 7 день болезни (д/б) 1:320, проба №2 на 14 д/б – 1:640; второго на 7 д/б 1:640, на 13 д/б 1:1280; третьего на 10 д/б – 1:2560, на 17 д/б – 1:1280; четвертого на 14 д/б РА 1:320, на 21 д/б – 1:1280; пятого на 14 д/б 1:2560, на 21-ый 1:2560 (без динамики) ; шестого на 14 д/б – отриц. результат, на 21 д/б – 1:320.

Среди 8-ми пациентов, поступивших в стационар на 3-4 неделе: у одного на 20 д/б титр АТ 1:1280, на 27 д/б 1:1280 (без динамики) ; второго на 21 д/б 1:320, на 28-ой – 1:640; третьего на 21 д/б 1:320, на 28 д/б 1:1280; четвертого на 23 д/б 1:320, на 30 д/б 1:640; пятого на 30 д/б отрицателен, на 37 д/б – 1:1280; шестого на 30 д/б – 1:160, на 37 д/б 1:320; седьмого на 30 д/б 1:160, 37 д/б 1:640; восьмого на 30 д/б 1:640, на 37 д/б 1:1280;

У двоих, обратившихся на поздних сроках: одного проба №1 на 60 д/б 1:640, проба №2 на 67 д/б 1:1280; у другого на 90 д/б 1:280, в динамике – 1:640.

У двоих пациентов АТ к коклюшу и паракоклюшу отсутствовали как в первой, так и во второй пробах, но была обнаружена ДНК *Bordetella pertussis*.

Таким образом, анализ результатов лабораторного обследования пока-зал отсутствие четкой зависимости уровня АТ от сроков забора материала на исследование. В 66,7% случаев (у 12-ти пациентов) отмечается сероконвер-сия с нарастанием/снижением титров антител к коклюшному антигену, в 11,1% (у 2-их пациентов) отмечаются высокие титры АТ без динамики, в 11,1% случаев (у 2-их пациентов) отсутствуют АТ, но обнаружена ДНК *Bordetella pertussis*. Невысокий процент выявляемости в ПЦР может объ-яс-няться нарушением преаналитиче-ского этапа проведения анализа (дефекты забора материала), применением ме-тода на поздних сроках заболевания (по-сле 3-й недели).

Среди обследованных методом РА, обращает на себя внимание высокий процент пациентов (12 чел. – 66,7%), не имеющих антител (4 – 22,2%) к воз-будителю коклюша, либо имеющих низкий поствакцинальный титр антител (8 – 44,4%).

Учитывая вышеизложенное, наиболее целесообразным для лаборатор-ной диагностики коклюшной инфекции представляется применение комплек-са ла-бораторных методов – молекулярных и серологических, назначаемых и интер-претируемых с учетом сроков заболевания, прививочного анамнеза и строго со-блюдения преаналитического этапа проведения анализа [1].

Литература.

1. Городин В.Н., Тхакушинова Н.Х., Яковчук Е.Е., Шубина Г.В., Самой-лова Л.П., Шевченко Е.Ф., Онищенко О.Л. Анализ эффективности применения различ-ных методов лабораторной диагностики коклюша на примере инфек-ционных больниц г. Краснодара. /тезисы IV Всероссийской междисципли-нарной науч-но-практической конференции с международным участием «Со-циально-значи-мые и особо-опасные инфекционные заболевания». 1-4 ноября 2017,. Сочи. Стр 70-71

2. Санитарные правила СП 3.1.2.3162-14 «Профилактика коклюша».

3. Методические рекомендации 3.1.2.0072-13 «Диагностика коклюша и паракоклюша».

4. Лабораторная диагностика инфекционных болезней. Справочник / Под редакцией академика РАМН, д.м.н., проф. В.И. Покровского. – М. Изда-тельство БИНОМ, 2014.-648с.

5. Прадед М.Н., Яцышина С.Б., Малинина С.В. ПЦР в алгоритме диагно-стики коклюшной и паракоклюшной инфекции. Ж-л «Лабораторная служба», том 5, №3, 2016, стр.55

КАРТИНА МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем. По состоянию на конец 2018 года количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан России составило 1 306 109 человек, а проживающих в стране с ВИЧ-инфекцией – 998 037. В Самарской области показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией на конец 2018 года составил 79,1 на 100 тыс. населения. Пораженность ВИЧ-инфекцией на конец 2018 года составила 679,5 на 100 тыс. населения России. Регистрируется рост числа регионов с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией (более 0,5% от численности населения). Самарская область входит в число 22 высокопораженных ВИЧ-инфекцией регионов РФ, занимая 4-е место среди других областей (зарегистрировано 1474,5 жи-вущих с ВИЧ на 100 тыс. населения). В последние годы в Российской Федерации ВИЧ-инфекция диагностируется в более старших группах. Так в 2001 году более 80% больных узнали о своем диагнозе в возрасте 15-29 лет, а в 2018 году, напротив, 82% вновь выявленных ВИЧ-инфицированных были старше 30 лет. ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции. Так в Российской Федерации, 54,8% больных, впервые выявленных в 2018 году, заразились при гетеросексуальных контактах, доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотических препаратов снизилась до 42,5%, при гомосексуальных контактах инфицировались 2,2% больных.

На сегодняшний день ВИЧ-инфекция является ведущей причиной летальных исходов (57,2%) в структуре всей инфекционной патологии. Так по данным Росстата, в Российской Федерации на конец 2018 года умерло практически 29 тысяч больных ВИЧ-инфекцией, что на 17,2% больше, чем в 2017 году. Ведущей причиной смертей среди инфицированных ВИЧ остаются оппортунистические инфекции. Особое место в структуре вторичных заболеваний составляют нейроинфекции. По частоте поражения вирусом иммунодефицита человека нервная система занимает второе место после иммунной. Около 10% всех случаев неврологических нарушений представляют собой первые клинические признаки СПИД [1]. В РФ большая часть случаев бактериального менингоэнцефалита остается нерасшифрованной (63%) [2].

Цель работы – оценка особенностей клинических проявлений менингоэнцефалита различной этиологии у ВИЧ-инфицированных больных в условиях Самарской области.

Проведен ретроспективный анализ данных исследования 75 больных менингоэнцефалитом с ВИЧ-инфекцией, проходивших лечение в инфекционном отделении №1 Клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Росздрава в период с 2016 по 2018 годы. Анализ проводился по данным историй болезни пациентов. Критериями включения явились наличие у больного менингоэнцефалита и ВИЧ-инфекции. Всем больным проведены общеклинические исследования, КТ-головного мозга,

трехкратное микробиологическое исследование ликвора. В группе преобладали мужчины – 61 человек (82%), средний возраст пациентов составил $32,7 \pm 5,82$. Лиц без определенного места жительства было 8 человек (11%), не имели постоянной работы 65 человек (87%). По данным анамнеза жизни 67 человек (90%) указывали на употребление наркотических веществ, 41 (55,5%) – на злоупотребление алкоголем. Ведущим клиническим синдромом у большинства больных (70%) был отек головного мозга. Синдром интоксикации характеризовался выраженной слабостью у 52 человек (70%), фебрильной лихорадкой у 33 (44%), потливостью у 41 (55,5%), прогрессирующим снижением массы тела у 45 (60%). Высокоактивная анти-ретровирусная терапия на момент поступления не проводилась ни в одном из случаев. При поступлении в стационар у 67 (90%) больных состояние было расценено как тяжелое, у 7 (10%) – средней степени тяжести. Изменение сознания обнаружено у 61 человека (82%). Бледность кожных покровов при осмотре выявлена у 45 больных (60%), снижение индекса массы тела – у 41 (55,5%), увеличение периферических лимфатических узлов при пальпации обнаружено у 45 (60%). Синдром дыхательной недостаточности отмечен у 41 больного (55,5%), столько же пациентов имели тахикардию, гепатомегалия – у 45 (60%). В общем анализе крови снижение гемоглобина выявлено у 33 больных (44%), эритроцитов – у 36 (48,5%). У 42 больных (57%) выявлена лейкопения, у 63 (73%) – лимфопения. Биохимическое исследование крови выявило повышение уровня АСТ при поступлении у 24 пациентов (32%) и АЛТ – у 33 (44%). Анализ спинномозговой жидкости выявил туберкулезную этиологию менингоэнцефалита в 44% (33 пациента) случаев, вирусную этиологию в 25% (18 пациентов), бактериальную природу в 26,7% (20 пациентов) и в 4,3% (3 пациента) – криптококковую этиологию. У 60 больных (81%) отмечалось снижение уровня CD4-лимфоцитов ниже $0,2 \times 10^9/\text{л}$. Летальный исход зафиксирован в 26% случаев заболевания.

Таким образом, оппортунистические инфекции ЦНС при ВИЧ-инфекции сегодня приводят к гибели по меньшей мере каждого пятого пациента. Одной из главных причин роста показателя смертности является низкая приверженность диспансерному наблюдению и лечению контингента ВИЧ-инфицированных. Необходимо подчеркнуть важность этиологической расшифровки каждого случая нейроинфекции, для своевременного и правильного выбора лечения и, как следствие, увеличения количества благоприятных исходов.

Литература

1. Щеголева Е.В. ВИЧ-ассоциированные поражения нервной системы в патогенезе нейро-Спида / Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области 2017; Т.2, №4 (19) : 80-84.
2. Королева И.С., Белошицкий Г.В., Спирихина Л.В. и др. Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов / Эпидемиология и вакцинопрофилактика 2009; №1 (44) : 5-8.

**ЧАСТОТА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМИ
ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ**

Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель

Актуальность: Во многих развитых странах заболевания печени входят в первую пятерку причин смертности. В мире насчитывается более 2 млрд. человек с хроническими заболеваниями печени (ХЗП), как вирусной, так и невирусной этиологии. Степень выраженности фиброза при хроническом заболевании печени отражает отдаленный прогноз и, следовательно, необходимость и срочность лечения. Фиброз печени имеет 5 степеней (стадий) : F0, F1, F2, F3, F4 (цирроз). Для определения тяжести фиброза существуют различные методики: биопсия, анализ крови, при котором измеряются показатели биохимических маркеров формирования фиброза (ФиброТест, Фиб-роМакс). В настоящее время самым лучшим методом определения стадии фиброза печени считается эластометрия – прямое ультразвуковое определение плотности печеночной ткани на аппарате Фиброскан. Полученные в результате измерений плотности в нескольких точках (10-20) в килоПаскалях соответствуют степеням фиброза по шкале МЕТАВИР от F0 – здоровая печень, до F4 – цирроз [1,2,3,4].

Цель: изучить частоту различных стадий фиброза печени по данным эластометрии и частоту сопутствующей патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы по данным УЗИ у пациентов с различными стадиями фиброза и различного возраста у пациентов с вирусными поражениями печени.

Материалы и методы: На базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы обследовано 189 пациентов с вирусными поражениями печени в возрасте от 19 до 78 лет (средний возраст $44,2 \pm 12,29$ лет). Ультразвуковая эластография печени проводилась при помощи аппарата Фиброскан с датчиком типа М (предназначенным для обследования взрослых) по стандартной методике: пациенту, находящемуся в положении лежа на спине, выполнялась серия измерений в различных участках, соответствующих VII – IX межреберьям от правой задней подмышечной до среднеключичной линии. Статистическая обработка результатов производилась при помощи программ MS Excel 2007, Statistica 6.0 (StatSoft Inc.).

Результаты и обсуждение. Среди 189 пациентов чаще встречались F0 и F1 стадии фиброза – у 59 (31,2%) и у 47 (24,9%) человек соответственно, F2 стадия регистрировалась у 41 человека (21,7%), F3 – у 25 человек (13,2%), F4 – у 17 человек (9,0%).

При УЗИ у 28 пациентов из 189 (14,8%) были выявлены такая сопутствующая патологии как: гемангиома, диффузные изменения поджелудочной железы, состояние после холецистэктомии, кисты печени, полипоз желчного пузыря. Наибольшая частота приходилась на диффузные изменения поджелудочной железы: с F2 – у 3 (12,0%), с F3 – у 7 (28,0%), с F4 – у 4 (23,5%). В группах пациен-

тов с различными стадиями фиброза частота выявления сопутствующей патологии статистически значимо не отличались.

Частота F0 и F1 стадий фиброза у пациентов в возрастной группе 20-40 лет (33,3% и 38,5%) не отличалась от возрастной группы 41-60 лет (26,1% и 21,6% соответственно, $\chi^2=1,3035$). Частота F0 и F1 стадий фиброза в возрастной группе 41-60 лет чаще встречалась, чем в возрастной группе после 60 лет (18,2% и 13,6%, $\chi^2=5,2415$, $p<0,05$). F2 стадия фиброза в возрастной группе от 41-60 лет (26,1%) встречалась чаще, чем у пациентов после 60 лет (22,7%, $\chi^2=3,3945$, $p<0,05$). F3 и F4 стадия фиброза у пациентов в возрастной группе 20-40 лет встречалась реже (5,1% и 3,8%, чем в возрастной группе 41-60 лет (18,2% и 10,2%, $\chi^2=4,0251$, $p<0,05$). F3 и F4 стадия фиброза у пациентов в возрастной группе от 41-60 лет обнаруживалась реже, чем в возрастной группе после 60 лет (22,7% и 22,7%, $\chi^2=3,7698$, $p<0,05$).

Выводы. Частота встречаемости F3-F4 стадии фиброза при вирусных поражениях печени увеличивается с возрастом. Частота сопутствующей патологии поджелудочной железы и желчевыводящих путей по данным УЗИ у пациентов с различными стадиями фиброза не различалась, но отмечалась тенденция увеличения частоты при более продвинутых стадиях фиброза печени (F3 – F4).

Литература.

1. Шерлок, Ш. Заболевания печени и желчных путей: Практическое руководство / Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 864 с.

2. Сторожаков, Г.И. Патогенетические аспекты фиброгенеза при хронических заболеваниях печени / Г.И. Сторожаков, А.Н. Ивкова, // Клинический перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2009. – №2:3 – С.10.

3. Морозов, С. В. Клиническое использование эластографии печени для диагностики выраженности фиброза у пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени / С.В. Морозов, Ю.М. Труфанова, В.А. Исаков, Б.С. Каганов // Вестник РГМУ. – 2010. – №2. – С. 6-11.

4. Мансуров, Х.Х. Фиброз печени / Х.Х. Мансуров, Г.К. Мироджов, Н.И. Раджабова. – Душанбе, 2000. – 132 с.

Кулемзина Т.В., Красножон С.В.

ГОМЕОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, г. Донецк

Актуальность. Трудности лечения осложнений у больных с травмой спинного мозга обусловлены (среди прочих) глубокими расстройствами функций органов и систем организма вследствие нарушения иннервации, в т.ч. выраженными нарушениями функции тазовых органов. Перерастяжение стенок мочевого пузыря, задержка мочи, ее инфицирование и рефлюкс приводит к поражению структуры почек, что может носить необратимый характер и ухудшает качество жизни пациентов. Для профилактики и лечения инфекций мочеполовой системы

(ИМП) при позвоночно-спинномозговой травме широко применяют антибактериальные препараты (в т.ч. с профилактической целью, что регламентировано стандартом оказания медицинской помощи такой категории пациентов).

Цель – обосновать применение гомеотерапии для профилактики ИМП пациентам с нейрогенными расстройствами мочеиспускания.

Материал и методы. Гомеотерапия применялась у 15-ти пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой, нарушениями функции тазовых органов в возрасте 28-35-ти лет (с давностью травмы около 10-ти лет). Критерием отбора служило также обнаружение *Escherichia coli* в бакпосеве мочи в количестве не менее 104 КОЕ/ml и ежегодные курсы антибиотикотерапии не менее 2-х раз в год.

В схему комплексного профилактического воздействия на ИМП и для обеспечения противовоспалительного, спазмолитического, обезболивающего эффекта, устранения дизурических явлений были включены комплексные гомеопатические препараты: Мукоза композитум + Коэнзим композитум (№5 через день), Солидаго композитум С + Убихинон композитум (№5 через день). Препараты предварительно смешивались и вводились инсулиновым шприцем в акупунктурные точки меридианов почек, печени, селезенки-поджелудочной железы, мочевого пузыря на животе, спине и нижних конечностях. Затем, в течение месяца пациенты принимали препарат Ренель Н по 1 таблетке суб-лингвально 3 раза в день. После в схему включался препарат Кантацит ЭДАС-940 по 5 гранул сублингвально до полного рассасывания 3 раза в день за 30 минут до еды в течение 1-го месяца. Курс лечения – дважды в течение года.

Результаты и обсуждение. Ведущими учеными внедряется новая стратегия в виде разработки вакцин против механизмов адгезии бактерий к эпителию мочевого пузыря – колонизация мочевого пузыря некоторыми бактериями и так называемое бактериальное взаимодействие, что позволит создать защиту от явных уропатогенов.

Вышепредложенный комплекс гомеопатических препаратов содержит в составе *Colibacillinum Nosode*, поэтому и рассматривается как вариант бактериального взаимодействия. Сочетанное последовательное применение вышеуказанных схем позволило к концу первого курса отметить положительную динамику у 80% пациентов (статистически достоверную, $p < 0,05$), а к концу годичного цикла лечения – нивелирование клинических проявлений, что улучшило качество жизни больных.

Важным является само применение в схемах лечения методов интегративной медицины (рефлексотерапия и гомеотерапия), которые оказывают воздействие не на устранение причин, вызывающих конкретную патологию, а на мобилизацию защитных адаптационных сил организма, обладают системным действием, направлены не только на восстановление здоровья, но и профилактику патологии органов и систем (в т.ч. превентивную). Они эффективно совмещены и дополняют друг друга, имея в конечном счете единственную цель – восстановление физического и психического (что очень важно у данной категории пациентов) здоровья человека.

Закключение. Комплексное применение вышеуказанных схем реабилитационного лечения обеспечивает: уменьшение симптомов ИМП (без приема антибиотиков) у пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой, сопровождающейся нарушениями функции тазовых органов; позволяет снизить дозировку фармакологических препаратов, не вызывает побочных эффектов и осложнений, при этом оптимизируя работу всех функциональных систем организма; способствует психологической адаптации к изменившейся жизненной ситуации. Высокая терапевтическая эффективность предложенной схемы, простота исполнения и доступность позволяют рекомендовать его применение в нейрохирургических травматологических и урологических отделениях. В настоящее время проводятся новые исследования (изучение отдаленных результатов) для оценки безопасности и эффективности такого варианта бактериального взаимодействия.

Литература.

1. Кулемзина Т.В., Заремба Е.Х. Нетрадиционные методы лечения в практике семейного врача: учеб.пособие. – Донецьк: Каштан, 2011. – 381 с.

2. Набер К. Г., Бишоп М. С., Бьерклунд-Йохансен Т. Е., Ботто Х., Сек М., Грабэ М., Лобел Б., Палоу Дж., Тенке П. Рекомендации по ведению больных с инфекциями почек, мочевых путей и мужских половых органов. Смоленск, 2008. – 224 с.

3. Тенке П., Ковач Б., Бьерклунд-Йохансен Т. Е., Мацумото Т., Тамбья П. А., Набер К. Г. Европейско-Азиатские рекомендации по ведению пациентов с инфекциями, связанными с уретральным катетером и профилактике катетер-ассоциированных инфекций // Урология. – 2008. – №6. – С. 84-91.

4. <https://www.lvrach.ru/2011/08/15435253/>

5. <http://www.dissercat.com/content/lechenie-oslozhnenii-so-storony-mochepolovoi-sistemy-pri-pozvonочно-spinnomozgovoi-travme-l#ixzz5hwSN2kV8>

Кулиева Э.М.

РОЛЬ ПРОДУКТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

В РАСПРОСТРАНЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ

Азербайджанский Медицинский Университет

Одной из важных проблем здравоохранения являются вопросы безопасности пищевых продуктов, в частности мяса. Для нормального функционирования организма человека необходимо потребление мяса и мясных продуктов, являющихся источником полноценных белков, жира, минеральных веществ, витаминов. Вместе с тем инфицированное мясо и мясные продукты, мясо птиц и яйца являются основными факторами передачи кишечных инфекций, в том числе сальмонеллезов.

В последние годы возросла роль продуктов растительного происхождения в распространении сальмонеллезов из-за широкого применения их в сыром виде. Однако интенсивность размножения сальмонелл в этих продуктах не высока из-за бактерицидного влияния соков плодов и фитонцидов растений. Инфицированные продукты растительного происхождения в сочетании с блю-

дами, содержащими белок (мясо, яйца, молоко) являются хорошей питательной средой для размножения сальмонелл. Инфицирование фруктов, овощей, ягод может происходить при выращивании их в почвах, удобряющихся навозом, фекалиями, неочищенными сточными водами, при попадании на них фекалий птиц, при сборе и транспортировке урожая, руками бактерионосителей, а также пылью и мухами.

В литературе описаны многочисленные случаи вспышки сальмонеллезов после употребления в пищу ростков зерновых, листовой зелени, салатов, кинзы, томатов, овощей, фруктов, дыни, арбуза, тутовых ягод, кокосовых орехов, арахисового масла и др. (1,2,3,4).

Вспышка сальмонеллеза в пригородах города Баку была вызвана употреблением тутовых ягод инфицированных *S. typhimurium* (1).

Известно, что возбудители в мякоть овощных культур могут проникнуть через корневую систему. Для подтверждения возможности проникновения через неповрежденную поверхность сальмонелл, нами была проведена экспериментальная оценка 2 продуктов: инжира и баклажан. Для этого отобраны 20 проб по 100-200 этих продуктов на рынке из разных тар. Поверхность инжиров и баклажан была контаминирована бульонной культурой *S. typhimurium*, они были помещены в холодильник. На 3, 5 и 7 сутки мякоти этих инфицированных продуктов были исследованы на содержание сальмонелл. В 63,8% плодов на 7 день в их мякоти были обнаружены сальмонеллы, что указывает на возможность проникновения сальмонелл внутрь овощей и фруктов через неповрежденную поверхность.

Таким образом, проведенные исследования дают возможность подтвердить проникновение сальмонелл через неповрежденную поверхность и что эти продукты могут быть факторами передачи при сальмонеллезах.

Литература.

1. Кулиева Э. М. Сальмонеллезы в Азербайджане // Баку, 1997. – с.129
2. Пушкарева В. И. и др. Растения как резервуары и источник возбудителей пищевых инфекций // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2012 №3, стр.23-26
3. Удавихина Л. С. Современная тенденция в эпидемиологии сальмонеллеза, обусловленных *S. enteritidis* и роль отдельных пищевых продуктов и блюд в его распространении // Автореферат кандидатской диссертации.- Пермь. 2009
4. Barak. L. D., Ziand A. Role of soil, crop and a plant pathogen in salmonella enterica contamination of tomato plants // PloS One. – 2008, v.1.. 1657.

Курышева О.А., Налетов А.В., Якимчук Н.В., Мельник В.А.
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ
ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, г. Донецк

Проблема острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в педиатрической практике приобретает особую актуальность, так как в структуре общей первичной заболеваемости детей на долю ОРВИ приходится больше случаев, чем на все остальные болезни вместе взятые [1]. Особенности течения ОРВИ у детей с синдромом увеличенной вилочковой железы (СУВЖ) связаны с наличием у больных иммунодефицитного состояния [2,3] и дисрегуляторной эндокринопатии с проявлениями надпочечниковой недостаточности [4,5]. Современные данные об этиологии и патогенезе СУВЖ у детей раннего возраста свидетельствуют о неоднородности этой патологии.

Целью работы явилось изучить особенности течения ОРВИ у детей раннего возраста с СУВЖ.

Материалы и методы исследования. На базе Городской детской клинической больницы №2 г. Донецка обследованы 41 ребенок с СУВЖ, которые переносили осложненную форму ОРВИ, в возрасте от 1 месяца до 3 лет. Группу сравнения составили 36 детей с СУВЖ без проявлений ОРВИ в течение последних 3 месяцев. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, инструментально-лабораторное. СУВЖ устанавливался по данным рентгенограммы органов грудной клетки, путем определения кардио-тимико-торакального индекса. Определение уровня кортизола проводилось радиоиммунологическим методом. Статистическая обработка данных проводилась с использованием общепринятых непараметрических методов с помощью программы MS Excel, лицензионных статистических программ Biostat и Statistica 6.0. Достоверными считались различия между группами при вероятности ошибки менее 5% ($p < 0,05$).

Результаты. При изучении анамнеза было выявлено, что неблагоприятные антенатальные и интранатальные факторы в основной группе выявлялись достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в группе сравнения, при этом преобладали такие факторы, как: угроза прерывания беременности – $43,2 \pm 4,6\%$, преэклампсия различной степени тяжести – $35,6 \pm 4,4\%$, анемия беременных – $26,3 \pm 4,1\%$, острые респираторные заболевания перенесенные во время беременности – $23,7 \pm 3,9\%$, родоразрешение путем кесарева сечения – $28,8 \pm 4,2\%$, слабость родовой деятельности с дальнейшей родостимуляцией – $22,0 \pm 3,8\%$. Указанные неблагоприятные факторы влияли на состояние системы резистентности и такие дети часто болели: 76,1% детей ранее уже переносили ОРВИ, а 31,3% из них – более чем 2 раза.

В основной группе стенозирующий ларинготрахеит имел место в $10,8 \pm 2,1\%$ случаев, острый бронхит – $17,6 \pm 3,2\%$, обструктивный бронхит – $43,2 \pm 3,9\%$, а пневмония – $27,2 \pm 2,4\%$. Среди особенностей течения ОРВИ у детей раннего воз-

раста с СУВЖ отмечена склонность к развитию бронхооб-структивного синдрома, который возникал достаточно рано и имел устойчи-вый характер.

В зависимости от осложнений ОРВИ была выявлена разница уровня кортизола в обследуемых группах. Наименьшая обеспеченность кортизолом наблюдалась в остром периоде стенозирующего ларинготрахеита: $406,4 \pm 11,6$ нмоль/мл – в основной группе, $529,7 \pm 12,4$ нмоль/мл – в группе сравнения ($p < 0,05$). В остром периоде ОРВИ, осложнившейся бронхитом, уровень кортизола не повышался и составил $434,3 \pm 29,4$ нмоль/мл. В группе больных пневмонией зарегистрировано компенсаторное повышение уровня кортизола – $793,2 \pm 3,0$ нмоль/мл ($p < 0,05$). При обструктивном бронхите в остром периоде отмечена только тенденция к увеличению концентрации кортизола в крови – $574,6 \pm 17,4$ нмоль/мл.

Выводы. СУВЖ у детей раннего возраста представляет собой патологию, на фоне которой возникают различные осложнения при заболевании ОРВИ. Данные осложнения развиваются рано и имеют тяжелое, длительное течение. Полученные данные о функциональном состоянии надпочечников позволяют предположить, что СУВЖ возникает вследствие эндогенной недостаточности кортизола. Полученные данные о неоднородности функции надпочечников в динамике течения осложненных форм ОРВИ в детей с СУВЖ позволит дифференцированно подходить к назначению лечебных мероприятий.

Литература.

1. Тишкина И.С. Новые возможности профилактики ОРЗ у детей раннего возраста / И.С. Тишкина, Л.И. Ильенко, И.Н. Холодова // Практическая медицина. – 2015. – №1 (86). – С. 89-91.

2. Литвиненко Д.В. Тимомегалия у детей: внезапная смерть новорожденных и синдром Платтера как маркеры транзиторного иммунодефицита, современные подходы к диагностике и лечению/ Д.В. Литвиненко, М.И. Сличко, Е.А. Левицкий // Украинский научно-медицинский молодежный журнал. – 2015. – №1. – С. 41-43.

3. Ваганов П.Д. Т-клеточный иммунитет у детей с тимомегалией/ П.Д. Ваганов, М.Ф. Никонова, Э.Ю. Яновская, Э.Т. Манджиева, А.Д. Донецкова // Российский медицинский журнал. – 2017. – №23 (6). – С.298-302.

4. Федоров Г.Н. Основные эндокринологические показатели у детей раннего возраста при тимомегалии // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2002. – №4. – С. 113-117.

5. Халматова Б.Т. Некоторые показатели иммунного статуса и уровень кортизола у детей с тимомегалией /Б.Т. Халматова // Педиатрия. – 2006. – №5. – С. 119-123.

**СОЧЕТАНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ И КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ГЕНИТАЛИЙ
В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ**

Гомельский государственный медицинский университет,
г. Гомель, Республика Беларусь

Женщины с папилломавирусной инфекцией (ПВИ) в 67-92% случаев имеют сопутствующие генитальные инфекции. В целом, любая инфекция может вызывать изменения иммунного статуса, повреждения эпителия в результате воспаления и способствовать заражению и персистенции вируса папилломы человека (ВПЧ). Для вульвовагинального кандидоза (ВВК), как и для ПВИ характерны нарушения в локальной иммунной системе, что отражается на его повышенной встречаемости у женщин с ВПЧ [1]. Совместное влияние данных инфекций на фоне изменений иммунной системы (иммуносупрессия беременных), может играть ключевую роль в переходе персистенции ВПЧ к малигнизации эпителия шейки матки (ШМ) [2].

Цель исследования. Изучить взаимное влияние ПВИ и ВВК на развитие ВПЧ-ассоциированной патологии гениталий у беременных.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли беременные, разделенные на 2 группы:

Группа 1 – беременные с ВПЧ-ассоциированной патологией гениталий: цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN), генитальный папилломатоз (ГП), цервицит, койлоцитоз при цитологическом исследовании соскоба ШМ (N=81).

Группа 2 – беременные с доказанным отсутствием ВПЧ-ассоциированной патологии гениталий на момент осмотра и в анамнезе (N=52).

Для определения ДНК ВПЧ в эпителии ШМ использовали Real-Time-PCR с применением тест-системы «АмплиСенс® ВПЧ ВКР генотип FL» (Ам-плисэнс, Россия). Для определения ДНК ВПЧ 6, 11 генотипов с электрофоретическим учетом применяли тест-систему «АмплиСенс® ВПЧ 6/11-Eph». Диагностика ВВК осуществлялась методом микроскопии.

Проводили статистическую обработку данных. Количественные признаки, описывали медианой (Me) и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля). Для сопоставления групп по количественным признакам использовали критерий Манна-Уитни (U). Качественные признаки описывали с вычислением доли (P) и ошибки доли (Sp) признака. Для сравнения качественных признаков использованы: хи-квадрат (χ^2), точный критерий Фишера (P). Определяли отношение шансов события в одной группе к шансам этого же события в другой (ОШ) и его 95% доверительный интервал (95% ДИ), в формате ОШ; 95% ДИ. Статистически значимым уровнем ошибки считали $p \leq 0,05$. Статистическая обработка данных производилась при помощи программ «Statistica 6.1» (StatSoft, Tulsa, USA) и «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст обследованных был сопоставим в группах и составил: Me=25 (23; 27) лет – группа 1; Me=30 (25,5;

34) лет – группа 2 ($p > 0,05$). У беременных с ВПЧ-ассоциированной патологией чаще наблюдалось изолированное проявление ПВИ: CIN ($33,3 \pm 5,2\%$) или ГП ($34,6 \pm 5,3\%$), их сочетание выявлено лишь у $11,1 \pm 3,5\%$ женщин ($p = 0,001$ против CIN; $p = 0,001$ против ГП), субклинические проявления ПВИ – $20,9 \pm 4,5\%$ случаев. На присутствие ВПЧ в генитальном тракте обследовано 80 беременных группы 1 и 52 беременные группы 2. Доля пациенток, у которых был обнаружен ВПЧ в группах составила – 63 ($78,8 \pm 4,6\%$) и 21 ($40,4 \pm 6,8\%$) человек соответственно ($\chi^2 = 18,4$; $p < 0,0001$). ВВК был диагностирован в группе 1 у 13 ($16,0 \pm 4,1\%$), в группе 2 – у 13 ($25 \pm 6,0\%$) пациенток.

Нами выявлены значимые различия по встречаемости ВПЧ-ассоциированной патологии гениталий при инфицировании ВПЧ в сочетании с ВВК у беременных:

- значимо реже наблюдалась латентная форма ПВИ (ОШ=0,12; 0,013-1,0; $p = 0,05$);
- значимо повышались шансы развития ВПЧ-ассоциированной патологии гениталий (ОШ=8,5; 1,0-74,4; $p = 0,05$);
- значимо повышались шансы развития CIN (ОШ=4,8; 1,3-17,1; $p = 0,02$);
- значимо повышались шансы развития CIN в сочетании с ГП (ОШ=10,0; 1,1-94,7; $p = 0,04$).

Выводы. Сочетание папилломавирусной и кандидозной инфекции гениталий у беременных значимо повышает шансы на развитие у нее ВПЧ-ассоциированной патологии, в том числе предрака шейки матки. Что требует своевременного комплексного обследования на ВВК женщин с ПВИ и, при необходимости, сочетания противовирусной и противогрибковой терапии.

Литература.

1. Шевченко, Е.А. Анализ этиологической структуры инфекций, передающихся половым путем, и иммунологической реактивности женщин с наличием папилломавирусной инфекции шейки матки / Е.А. Шевченко, О.А. Успенская // Вопросы вирусологии. – 2009. – №4. – С. 37-39.
2. Прилепская, В.Н. Папилломавирусная инфекция – от ранней диагностики к рациональной терапии / В.Н. Прилепская, Э.Р. Довлетханова // Акушерство и гинекология. – 2013. – №2. – С. 101-107.

Лагун Л.В., Мишукова Ю.Д., Акушевич С.А.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ KLEBSIELLA PNEUMONIAE, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МОЧИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Введение. Актуальность исследования состоит в том, что инфекции мочевой системы довольно широко встречаются как в амбулаторной, так и в стационарной практике. Кроме того, с каждым годом увеличивается распространенность антибиотикоустойчивых штаммов клинически значимых микроорганизмов, в том числе и среди возбудителей инфекций мочевыделительных путей. Проблема мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов в разных стра-

нах мира уделяется пристальное внимание. Систематический анализ уровней чувствительности патогенов к антибактериальным средствам является частью стратегии сдерживания распространения анти-биотикорезистентности возбудителей инфекций, в том числе и инфекций мочевой системы, в условиях лечебно-профилактического учреждения [1-3].

Цель исследования. Провести анализ антибиотикорезистентности штаммов *Klebsiella pneumoniae*, выделенных из мочи пациентов с инфекцией мочевой системы.

Материалы и методы. В исследование включено 15 клинических изолятов *Klebsiella pneumoniae*, выделенных из мочи пациентов с инфекцией мочевыводящей системы в Гомельской областной клинической больнице за период 2016-2018 гг. Выделенные микроорганизмы были обнаружены в этиологически значимых количествах. Чувствительность к восьми антибактериальным препаратам (ампициллину, амоксициллину/клавуланату, цефотаксиму, цефтазидиму, цефепиму, имипенему, цiproфлоксацину, амикацину) определяли диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона. Параллельно с тестированием клинических изолятов проводилось тестирование контрольного штамма *E. coli* ATCC 25922 (для контроля качества определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам). Проведен анализ антибиотикорезистентности изученных штаммов *K. pneumoniae*. Интерпретация результатов проводилась в соответствии с рекомендациями EUCAST. При характеристике микроорганизмов использовали общепринятые показатели – чувствительные, умеренно резистентные и резистентные. Для интегральной характеристики лекарственной устойчивости использовали термин «нечувствительные» штаммы, объединяющий умеренно резистентные и резистентные микроорганизмы.

Результаты исследования и их обсуждение.

Из антибактериальных средств группы пенициллинов наиболее активны в отношении *K. pneumoniae* были ингибиторозащищенные пенициллины: к амоксициллину/клавуланату были чувствительны 11 (73,3%) исследованных штаммов *K. pneumoniae*. Активность ампициллина была самой низкой не только из всех пенициллинов, но и из всех антибактериальных препаратов, включенных в исследование. Нечувствительными к данному препарату были 13 (86,7%) клинических изолятов *K. pneumoniae*, среди них резистентными были 73,3% штаммов, с промежуточным уровнем резистентности – 13,3%.

Из цефалоспоринов наибольшей активностью обладал цефалоспорин IV поколения – цефепим (73,3% чувствительных штаммов). Цефотаксим и цефтазидим уступали цефалоспориноу IV поколения в активности – чувствительность штаммов составила по 66,7%.

К цiproфлоксацину удельный вес резистентных штаммов *K. pneumoniae* составил 13,3%, умеренно резистентных – 6,7%, чувствительных – 80,0%.

Из аминогликозидов проводили тестирование клинических изолятов *K. pneumoniae* к амикацину – количество чувствительных к нему штаммов составило 13 (86,7%).

Наименьшая частота резистентности выявлена к препарату из группы

карбапенемов – имипенему: резистентных штаммов выявлено не было, умеренно резистентным был 1 (6,7%), чувствительными оказались 14 (93,3%) штаммов *K.pneumoniae*.

Выводы. Установлено, что наибольшей активностью в отношении штаммов *K.pneumoniae* обладали имипенем, амикацин и ципрофлоксацин, к которым были чувствительны 93,3%, 86,7%, 80,0% исследованных штаммов соответственно. Активность ампициллина была самой низкой из всех протестированных антибактериальных препаратов – 86,7% нечувствительных к данному препарату штаммов *K.pneumoniae*.

Литература.

1. Козлов, Р.С. Селекция резистентных микроорганизмов при использовании антимикробных препаратов: концепция «параллельного ущерба» / Р.С. Козлов // Клинический микробиологический журнал. – 2010. – Т. 12, №4. – С. 284-294.

2. Тец, В.В. Микроорганизмы и антибиотики. Заболевания мочевыводящих путей. / В.В. Тец. – СПб: КЛЕ-Т, 2005. – 164 с.

3. Титов, Л.П. Современные подходы к организации инфекционного контроля и микробиологического мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов / Л.П. Титов, В.А. Горбунов, Т.С. Ермакова // Информационные материалы. Вып.2. – Минск, 2003. – 18 с.

*Лыгина Ю.А., Каленчук Н.Л., Андреев Р.Н., Егоров В.С.,
Серажим А.Г., Сихарулидзе А.Г.*

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, г. Донецк

В современных условиях инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), остаются одной из важнейших мировых проблем [1]. ИСМП распространены повсеместно и несут негативные последствия как для здоровья и жизни пациентов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), так и для экономики государства. По данным научных исследований ИСМП поражают в среднем до 16% госпитализированных пациентов, а в отделениях высокого риска до 62% [2, 3]. ИСМП являются причиной возникновения антибиотикорезистентных форм возбудителей, увеличивают сроки пребывания в отделении и временной нетрудоспособности, приносят «репутационные» потери для лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и системы оказания государственной медицинской помощи в целом [1, 3]. Комплекс имеющихся факторов обуславливает необходимость организации надлежащего контроля и разработки современных методов профилактики ИСМП.

С целью определения основных характеристик эпидемического процесса ИСМП в г. Донецке и оценки эффективности инфекционного контроля были проанализированы материалы Донецкого городского центра Республиканского центра госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (ДНР) по случаям заболевания ИСМП за 2013-2018 гг., а также результаты исследований проб из внешней среды, дезинфекционных растворов и от медицинских работников. Данные обработаны статистически в программе Statistica 6.0.

В ходе проведенного ретроспективного эпидемиологического анализа установлено, что показатель заболеваемости ИСМП в течение изучаемого периода колебался в пределах 0,52-1,2 на 1000 госпитализированных, не превышая среднего многолетнего уровня. Следует отметить, что в последние годы в ДНР наблюдается неуклонное снижение уровня заболеваемости ИСМП. В этиологической структуре на протяжении всего изучаемого периода преобладали инфекции дыхательных путей (ИДП) – $66,05 \pm 9,18\%$. При этом, доля гнойно-септических инфекций (ГСИ) составила $22,71 \pm 7,64\%$, а парентеральных гепатитов – $0,3 \pm 0,06\%$, а доля ИДП в общей структуре заболеваемости повышается с каждым годом.

Заболеваемость ГСИ среди новорожденных на протяжении изучаемого периода не превышала среднереспубликанский уровень и оставалась на уровне $1,02 \pm 0,18$ на 1000 новорожденных. За изучаемый период случаи острых кишечных инфекций (ОКИ) не регистрировались. Заболеваемость ГСИ среди родильниц составила в среднем $0,11 \pm 0,07$ на 1000 случаев родовспоможения. Следует отметить, что в 2015 году была зафиксирована внутрибольничная вспышка ветряной оспы – 14 случаев, в 2017 – зарегистрирован 1 случай краснухи в стационаре.

В рамках проведения инфекционного контроля ЛПУ по результатам проведенного бактериологического исследования внутренней среды стационаров хирургического профиля за изучаемый период выявлено $1,98 \pm 0,26\%$ неудовлетворительных смывов и $0,29 \pm 0,09\%$ нестерильного материала и инструментария. Чаще всего неудовлетворительные смывы с поверхностей операционных столов и медицинского оборудования выявлялись при проведении внепланового контроля. В то же время, при плановом лабораторном контроле стерилизационной аппаратуры, отклонения в работе оборудования не зарегистрированы. Неблагоприятной остается ситуация с циркуляцией полирезистентных штаммов микроорганизмов, выделенных от больных с ГСИ в стационарных отделениях ЛПУ г. Донецка. Продолжают выделяться от прооперированных больных полирезистентные штаммы *A. baumannii*, клебсиелл, а также ванкомициноустойчивые штаммы энтерококка.

В целом, мероприятия по проведению действенного эпиднадзора, включающего инфекционный контроль и профилактику ИСМП в г. Донецке, выполняются в не полном объеме, о чем свидетельствует низкое число случаев ИСМП в медицинских стационарах. Опасность недооценки реального уровня распространенности госпитальных штаммов среди больных в профильных отде-

лениях ЛПУ приводят к сниженной настороженности со стороны медицинских работников к ИСМП. Актуальной остаются трудности рационального планирования и проведения направленного воздействия на т.н. «критические точки» для приложения усиленных противоэпидемических и дезинфекционно-стерилизационных мероприятий в стационарах в рамках рутинного инфекционного контроля. Для улучшения ситуации по профилактике ИСМП в ДНР необходимо всячески способствовать внедрению в практику работы профильных отделений современных дезинфекционных средств и способов обработки инвентаря, оборудования, инструмента и расходных материалов.

Литература.

1. Бруси́на Е.Б. и др. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: современная доктрина профилактики. Часть 2. Основные положения // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2019. – Т. 17. – №. 6. – С. 4-10.
2. Бруси́на Е.Б., Ковали́шена О.В., Цигельник А.М. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи в хирургии: тенденции и перспективы профилактики // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2017. – Т. 16. – №. 4 (95).
3. Миклис Н.И., Семенов В.М., Оладько А.А. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи: классификация, этиология, эпидемиологические особенности, структура (обзор литературы) // Клиническая инфектология и паразитология. – 2018. – №. 2. – С. 234-248.

Максимова М.А., Колесникова А.Г., Вишняк К.А.

К ВОПРОСУ О БЕЗВРЕДНОСТИ И ОПТИМИЗАЦИИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, г. Донецк

Слежение за осложнениями после вакцинации осуществляется во всех странах мира. Практическому врачу важно определить является ли патология, развившаяся после прививки, поствакцинальным осложнением или нет. От умения правильно и своевременно поставить диагноз, понять причины возникновения заболевания зависит адекватность терапии, а также решение вопроса о тактике дальнейшей вакцинации и профилактике подобных состояний [1, 2].

Кафедра эпидемиологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького много лет под руководством профессора Сохина А.А. занималась и продолжает заниматься профилактикой поствакцинальных осложнений и изучением особенностей индивидуального вакцинирования каждого пациента. В данной работе изложен один фрагмент один из группы наших разработок.

Стоит отметить, что согласно клинко-эпидемиологическому анализу влияния материнских факторов и состояния здоровья детей в периоде новорожден-

ности, у которых развились БЦЖ-индуцированные регионарные лим-фадениты, выделены несколько групп риска [3].

Детей первой группы (206), иммунизированных БЦЖ-вакциной (Дания), родилось от 1-й беременности 42,7%, остальные – от повторной (57,3%). Во время беременности 45,1% женщин перенесли ОРВИ; 7,3% – цитомегаловирусную инфекцию, 2,4% – герпетическую инфекцию. В разные сроки беременности наблюдались: угроза прерывания беременности (15%) ; анемия (57,3%), астено-невротический синдром (1,08%). Массу тела при рождении 2500-3000 г составили 8,3% новорожденных; 3000-3500 г – 48,0%; 3500-4000 г – 27,2%; более 4000 г – 16,5%. Средний вес новорожденных колебался в пределах 3579±625 г. Оценка по шкале Апгар 9-10 баллов составила 31,5%; 7-8 баллов – 57,3%; 4-6 баллов – 8,3%; 1-3 бала – 2,9%. Обвитие пуповины вокруг шеи наблюдалось у 7,3% детей; внутриутробная гипоксия плода – у 16,9%.

Дети второй группы (83 ребенка), иммунизированные БЦЖ-вакциной (Российская Федерация), родились от 1-й беременности 54,65%, остальные – от повторной (45,35%). Во время беременности переболели ОРВИ 37,3%, цитомегаловирусной инфекцией – 12,0%, герпетической – 2,4%. Угроза прерывания беременности в разные сроки наблюдалась в 6,02%. Массу тела 2500-3000 г при рождении имели 20,4% детей; 3000-3500 г – 54,2%; 3500-4000 г – 15,6%; более 4000 г – 9,8%. Оценка по шкале Апгар 9-10 баллов была у 21,6% детей, 7-8 баллов – у 61,4%, 4-6 баллов – у 17,0%. Обвитие пуповины вокруг шеи выявлено у 10,8% детей, внутриутробная гипоксия плода – у 7,2%.

Дети третьей группы (56), иммунизированные БЦЖм-вакциной, родились от 1-й беременности 82,1%, остальные – от повторной (17,9%). Во время беременности переболели ОРВИ 25,0% женщин, цитомегаловирусной инфекцией – 5,3%, герпетической – 12,5%. Угроза прерывания беременности наблюдалась в 14,2,0% случаях, анемия у 53,5%, астено-невротический синдром у 7,1%. Масса тела при рождении 2500-3000 г наблюдалась у 28,5% детей; 3000-3500 г – у 57,1%; 3500-4000 г – у 8,9%; более 4000 г – у 5,5%. Оценка по шкале Апгар 9-10 баллов выявлена у 21,4% новорожденных; 7-8 баллов – у 41,1%; 4-6 баллов – у 26,8%; 1-3 балла – у 10,7%. Обвитие пуповины вокруг шеи установлено у 23,2% новорожденных, внутриутробная гипоксия плода – у 5,3%. Следовательно, оценка состояния здоровья новорожденных с учетом особенностей течения беременности, состояния здоровья матери, характера родов, массы тела при рождении и шкалы Апгар позволяет определить их в группу риска по развитию заболеваний различного генеза, в том числе и осложнений при вакцинации.

Нами предлагается разработка иммунологического паспорта новорожденного. В нем следует указывать иммунологическую формулу ребенка, состояние здоровья матери течение её беременности, индивидуальные особенности данного новорожденного. Таким образом, будет достигнут индивидуальный подход к вакцинации каждого ребенка и будут минимизированы риски развития осложнений. Также, рекомендовано проводить ряд мероприятий перед введением вакцины:

1. Обязательный осмотр и при необходимости обследование ребенка пе-

ред вакцинацией;

2. Иммунологическое обследование на возможность развития поствакцинальных осложнений на конкретный вакцинный препарат;

3. Установление качества вакцинного препарата, правильность его хранения и техники введения;

4. Наблюдение за ребёнком в поствакцинальный период. Индивидуальный подход к иммунизации позволяет гарантировать безопасность, своевременность и эффективность вакцинопрофилактики.

Литература.

1. Таточенко, В. К. Иммунопрофилактика – 2018 [Текст] / В.К. Таточенко, Н.А. Озерецковский. – 13-е издание расширенное. – Москва, 2018. – 272 с.

2. Брико, Н. И. Обеспечение безопасности иммунизации – один из основных критериев качества вакцинопрофилактики [Текст] / Н. И. Брико // Лечащий врач. – 2015. – №7. – С. 74.

3. Бобровицкая, А. И. Интегральная оценка здоровья детей раннего возраста при вакциноассоциированных регионарных лимфаденитах [Текст] / А. И. Бобровицкая, В. В. Суходольская, Т.Ф. Голубова, А. Г. Ковалева // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2017. – Т. 21, №1. – С. 45-51.

Малов С.И., Малов И.В., Расулов Р.И., Орлова Л.С.,

Юшук Н.Д., Марш П., Декан Т., Мацек-Жилкова З.

ОСТЕОПОНТИН – НОВЫЙ БИОМАРКЕР ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ В ИСХОДЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «В» И «С»

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск; Московский государственный медико-стоматологический университет им. Е.А. Евдокимова, г. Москва;

Институт передовых биологических наук Университета Гренобль-Альпы,
г. Гренобль

Ежегодно в Российской Федерации регистрируется около 10 тысяч случаев гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), развивающейся чаще всего в исходе хронического гепатита В (ХГВ) и С (ХГС), алкогольной и неалкогольной жировой болезни печени [1]. Ежегодный риск развития ГЦК у больных ХГВ оценивается в 2-3%, у больных ХГС – в 1-8%. Цирроз печени является дополнительным фактором риска ГЦК, который на 1-6% увеличивает ежегодный риск независимо от этиологического фактора.

После введение плановой вакцинации населения России против гепатита В, доля гепатита С в этиологической структуре ГЦК выросла и достигла 43,8% среди всех факторов риска [2]. В связи с отсутствием клинических симптомов на ранних стадиях заболевания, ГЦК выявляют редко, а у 60% пациентов заболе-

вание диагностируется на фоне мультиорганного метастазирования. Напротив, при обнаружении опухоли на ранней стадии прогноз относительно хороший, а 5-летняя выживаемость составляет более 70% [3]. Таким образом, ранняя диагностика имеет решающее значение для улучшения качества жизни и увеличения ее продолжительности.

В основе скрининга ГЦК у больных с хроническими гепатитами лежит проведение ультразвукового исследования печени и определение альфа-фетопротеина (АФП) каждые 6 месяцев. Эффективность ультразвуковой диагностики (УЗИ) во многом определяется размером опухолевого узла, квалификацией врача и уровнем оснащения учреждения здравоохранения. На раннем этапе развития опухоли, при размере опухолевого узла менее 1 см чувствительность УЗИ составляет 32-65%. АФП является широко используемым биомаркером мониторинга эффективности лечения и прогноза развития ГЦК. АФП был открыт в 1956 г. С.С. Bergstrang. В качестве маркера ГЦК его предложил использовать советский иммунолог Г.И. Абелев в 1968 г. АФП синтезируется клетками желточного белка зародыша и эмбриональными гепатоцитами. АФП достигает максимальной концентрации (3000 нг/мл), на 12-16 неделе эмбрионального развития и быстро снижается, после рождения ребенка. Повышения уровня АФП в сыворотке крови наблюдается при дегенеративных процессах в печеночной ткани и при различных онкологических заболеваниях. В случае ГЦК АФП увеличивается у 60-80% больных, при раке поджелудочной железы – у 24%, при раке желудка – у 15%. Его повышение более 20 нг/мл диктует необходимость клинко-инструментального обследования для исключения ГЦК, а превышение более 400-500 нг/мл позволяет с высокой степенью вероятности поставить соответствующий диагноз. Тем не менее, диагностическая ценность этого онкомаркера ограничена неадекватной специфичностью и генетическими, в том числе расовыми особенностями динамики его содержания в крови в процессе онкогенеза.

Учитывая вышеизложенное, представляется закономерным проведение во всем мире исследований по активному поиску приемлемых по стоимости и доступных для широкого скринингового использования сывороточных биомаркеров ГЦК.

Остеопонтин (ОПН) является новым онкомаркером, который продуцируется в повышенном количестве при многих типах злокачественных новообразований, включая рак легких, молочной железы, кишечника, желудка, поджелудочной железы, почек, желчного пузыря, простаты, яичников. В физиологическом состоянии ОПН синтезируется в эпителии желчных протоков, клетках Курфера, но не экспрессируется в гепатоцитах [4]. Исследование значения ОПН имеет большой интерес, особенно в плане его роли как прогностического фактора развития ГЦК. J. Kim et al. (2006) одним из первых оценили ОПН при ГЦК [5]. ОПН значительно увеличивается при воспаленных процессах в печени и ГЦК. ОПН повышается при онкологических процессах другой локализации и коррелирует с тяжестью течения и прогрессированием болезни. Однако его значение для прогноза развития ГЦК остается противоречивым.

Цель работы: оценить диагностическое значение ОПН для выявления ГЦК

в исходе инфекционных гепатитов В и С в сравнении с использованием АФП.

Материалы и методы: Количественное определение АФП (Architect AFP) и ОН (ИФА, Bender MedSystems GmbH 2066) было осуществлено у 154 больных ГЦК, 100 больных ХГВ и ХГС и 54 больных циррозом печени неинфекционной этиологии. Средний возраст больных ГЦК составил 63,1 года, доля мужчин 55,2%. Маркеры гепатита В были выявлены у 23,4% больных, ГС – 60,4%, коинфекция – 16,2%. 38 (24,7%) пациентов диагностированы на I-IIIa стадии заболевания по классификации TNM. Оценивали такие показатели, как диагностическая чувствительность (Se), специфичность (Sp), эффективность (Ac), прогностичность положительного результата (+PV), прогностичность отрицательного результата (-PV).

Результаты: У практически здоровых лиц средний уровень АФП составил 4,1 нг/мл; ОН – 18,4 нг/мл. Пороговое диагностическое значение (cut off) было установлено для АФП 20 нг/мл, а для ОН 100 нг/мл. При таком подходе для всей когорты обследуемых, диагностическая чувствительность выявления ГЦК с использованием ОН составила 83,1%; специфичность – 61,7%; эффективность – 72,4%; прогностичность положительного результата – 68,5%; прогностичность отрицательного результата – 78,5%. При использовании АФП в качестве диагностического онкомаркера соответствующие показатели составили: Se 29,2%; Sp 94,2%; Ac 61,7%; +PV 83,3%; -PV 46,6%.

Выводы: Более высокая чувствительность ОН в сравнении с АФП дает возможность более точной (эффективной) диагностики ГЦК на ранней стадии развития. Вместе с тем установлено, что диагностическая специфичность АФП существенно выше, чем ОН. Отсутствие корреляции в содержании ОН и АФП у больных ГЦК позволяет рассматривать использование этих маркеров как перспективный вариант комбинации предикторов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Федеральной целевой программы проведения исследований по приоритетным направлениям с участием научно-исследовательских организаций и университетов в рамках российско-французской Партнерской программы Юбера Кюрьена «Колмогоров», уникальный идентификатор RFMEFI61618X0098, контракт №14.616.21.0098: «Эволюция вирусных гепатитов в рак печени».

Литература.

1. Бредер В.В., Косырев В.Ю., Кудашкин Н.Е., Лактионов К.К. Гепатоцеллюлярный рак в Российской Федерации как социальная и медицинская проблема. Медицинский совет. 2016; 10: 10-18.
2. Юшук Н.Д., Малов И.В., Baatarkhuu О., Савилов Е.Д., Малов С.И., Рацулов Р.И. и др. Клинико-эпидемиологические проявления гепатоцеллюлярной карциномы в этнических группах европеоидов и монголоидов, проживающих на территории Северо-Восточной Азии. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2018; 6: 25-31.
3. Tsuchiya N., Sawada Y., Endo I., Saito K., Uemura Y., Nakatsura T. Bi-omarkers for the early diagnosis of hepatocellular carcinoma. World J Gastroenterol. 2015; 21 (37) : 10573-10583.

4. Calvaruso V., Cabibbo G., Cacciola I., Petta S., Madonia S., Bellia A., et al. Incidence of Hepatocellular Carcinoma in Patients With HCV-Associated Cirrhosis Treated With Direct-Acting Antiviral Agents. *Gastroenterology*. 2018; 155 (2): 411-421. doi: 10.1053/j.gastro.2018.04.008.

5. Kim J., Ki S.S., Lee S.D., Han C.J., Kim Y.C., Park S.H., et al. Elevated plasma osteopontin levels in patients with hepatocellular carcinoma. *Am J Gastro-enterol*. 2006; 101 (9): 2051-2059.

Малов С.И., Степаненко Л.А.

МИКРОРНК-122 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР СПОНТАННОГО КЛИРЕНСА ВИРУСА ГЕПАТИТА С ПРИ ОСТРОМ ИНФИЦИРОВАНИИ

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Известно, что у 9-44% инфицированных вирусом гепатита С (HCV) возможно спонтанное выздоровление после клинически выраженного или латентного острого гепатита С [1-3]. Возможность спонтанного клиренса вируса (СК) детерминирована генетически и значительно варьирует у представителей различных этнических групп. Механизмы, обеспечивающие СК HCV у отдельных индивидуумов, до настоящего времени не выяснены. В этом направлении в последнее время активно изучается роль различных факторов врожденного и приобретенного иммунитета, однонуклеотидных полиморфизмов генов, циркулирующих нуклеиновых кислот. К числу последних относится большой кластер микроРНК (miR). МикроРНК – это класс малых некодирующих РНК, длиной 18-25 нуклеотидов, способных на посттранскрипционном уровне вызывать деградацию или блокировать целевые мРНК [4]. Тканеспецифические miR, могут коррелировать с определенными патологическими состояниями. Появляется все больше данных, подтверждающих способность клеток активно секретировать miR. В периферической крови miR существуют в экзосомах в достаточно стабильной форме, в связи с чем их можно определить и охарактеризовать количественно по уровню экспрессии.

Цель работы: на основании изучения динамики экспрессии miR-122 у больных ОГС определить прогностическое значение этой микроРНК как предиктора благоприятного исхода острого периода (спонтанное выздоровление).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 29 больных острым гепатитом С (ОГС). Среди европеоидов мужчин было 15 (51,7%), женщин – 14 (48,3%). Часть пациентов – 15 (51,7%) указывали на наличие предшествующих заболеванию медицинских инвазивных процедур, в том числе 2 (6,9%) отмечали в анамнезе переливание крови. Двое пациентов (6,9%) имели на коже татуировки, нанесенные в бытовых условиях. Один пациент (3,4%) употреблял наркотические вещества. У 11 пациентов (37,9%) факторы риска инфицирования выявить не удалось.

ОГС устанавливали в соответствии с рекомендациями по диагностике и лечению взрослых больных гепатитом С [5]. Наибольшее значение в диагностике ОГС имели лабораторные данные: повышение уровня АЛТ (более 10 норм) и

общего билирубина. У всех больных были выявлены суммарные anti-HCV, антитела к NS-антигенам HCV и РНК HCV в крови. У всех больных острый период характеризовался наличием преджелтушного периода, протекающего по диспепсическому или астеновегетативному варианту, желтушности кожных покровов и/или иктеричности склер, субфибриллитета, увеличения печени, селезенки.

Определение miR-122 в крови. Кровь собирали от больных с ОГС в динамике: при поступлении в стационар в желтушный период, через 1 месяц и через 3 месяца после выписки. Наличие спонтанного клиренса устанавливали в результате динамического наблюдения за перенесшими ОГС в течение 2-х лет, в соответствии с пунктом 7.5 санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С» (приложение). Группу сравнения составили 20 практически здоровых человек с отсутствием в крови антител к вирусу гепатита С.

Выделение общей РНК, содержащей фракцию зрелых микроРНК из плазмы проводили с использованием набора «Рибо-преп-100» («АмплиСенс», Россия) в соответствии с протоколом фирмы-производителя. Реакция обратной транскрипции осуществлялась с использованием набора MMLV RT kit («Евроген», Россия) для синтеза кДНК на РНК-матрице. В качестве эндогенного контроля использовали праймер U6 snRNA. Амплификацию и детекцию осуществляли методом ПЦР в реальном времени на приборе Rotor-Gene Q (Qiagen, Германия). Расчет относительной экспрессии исследуемых генов и микроРНК проводили по формуле: $2^{-\Delta CT}$ согласно Chan S.-H. et al. (2008). Статистическую обработку первичных материалов проводили с использованием непараметрических критериев статистики с использованием программы STATISTICA 10. В связи с ограниченным количеством данных в вариационных рядах применялись непараметрические методы оценки значимости различий (критерий Колмогорова-Смирнова – λ). Для наглядности в тексте приведены средние показатели содержания miR-122 в крови. Уровень статистической значимости был принят при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Поскольку больные в остром периоде не получали противовирусное лечение, диспансерное наблюдение за ними после выписки из стационара позволило установить, что СК произошел у 10 из 29 человек (34,5%). Хроническое течение гепатита С развилось у 19 больных (65,5%). Динамика уровня экспрессии miR-122 в сыворотке крови установила разнонаправленные изменения в когортах обследуемых лиц. В контрольной группе здоровых лиц ни в одном случае в периферической крови экспрессии miR-122 не наблюдалось. В желтушный период ОГС нормализованный по отношению к внутреннему контролю средний уровень miR-122 составил $0,02 \pm 0,16$ в группе больных СК и $0,02 \pm 0,14$ в группе больных ХГС ($p > 0,05$). Однако уже на 4-ой недели у лиц с СК уровень miR-122 упал в 10 раз до $0,002 \pm 0,07$, а у больных с исходом в ХГС оставался достаточно высоким ($0,011 \pm 0,03$), хотя имел тенденцию к снижению ($p < 0,05$). При этом средний уровень АЛТ значимо не отличался в обеих группах ($82,1 \pm 9,5$ МЕ/мл и $102,8 \pm 29,9$ МЕ/мл). Через 12 недель после начала заболевания различия становились еще более выраженными. У лиц со СК в 7 случаях экспрессии miR-122 в циркулирующей крови не обнаружено, а средний уровень составил

0,007 ΔΔСт. При формировании хронического течения в крови больных сохранялась индикация miR-122 в относительном уровне, значимо не отличающемся от значений на 4-ой недели ($0,0065 \pm 0,02$ и $0,011 \pm 0,03$ соответственно, $p > 0,05$).

Выводы. Нормализация уровня miR-122 в периферической крови является ранним предиктором благоприятного исхода ОГС (выздоровление). Определение относительной экспрессии miR-122 для целей прогноза течения заболевания может быть использовано на 4-12 недели от начала желтушного периода (приемлемо только для желтушных форм). MiR-122 является более ранним и точным прогностическим маркером СК в сравнении с АЛТ, поскольку ее уровень нормализуется (стремится к «нулю») начиная с 4-ой недели болезни, тогда как активность печеночных трансаминаз еще остается значительно повышенной.

Настоящее исследование выполнено при финансовой поддержке Президента Российской Федерации на 2018-2020 годах для молодых ученых и аспирантов, осуществляющих перспективные научные исследования и разработки по приоритетным направлениям модернизации российской экономики (стипендиат – Малов С.И.).

Литература.

1. Berkes J., Cotler S.J. Global Epidemiology of HCV Infection. Current Hepatitis Reports. 2005; 4: 125-129.

2. Santos C., Herrine S.K. Making the Best of a Bad Situation: Early Chronic Nosocomial HCV infection. Dig. Dis. Sci. 2010; 55 (6) : 1509-1511.

3. Mizokami M. Discovery of critical host factor, IL-28B, associated with response to hepatitis C virus treatment. J. Gastroenterol. Hepatol. 2012; 27 (3) : 425-429.

4. Chen K., Rajewsky N. The evolution of gene regulation by transcription factors and microRNAs. Nature Reviews Genetics. 2007; 8 (2) : 93-103.

5. Юшук Н.Д., Малов И.В., Baatarkhuu O., Савилов Е.Д., Малов С.И., Пацулов Р.И., Дворниченко В.В., Lkhagva-Ochir T., Amarsanaa J., Decaens T., Marche P.N. Клинико-эпидемиологические проявления гепатоцеллюлярной карциномы в этнических группах европеоидов и монголоидов, проживающих на территории Северо-Восточной Азии. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2018; 6: 25-31.

Маргиты М.М., Маржохова М.Ю.

ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ

Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова, г. Нальчик

Эндогенная интоксикация (ЭИ) – это состояние, обусловленное деструктивными процессами, в результате которых в биологических жидкостях и тканях организма накапливаются нефизиологические концентрации промежуточных и конечных продуктов нормального обмена веществ и нарушенного метаболизма [1,2]. Эти вещества обладают токсическим потенциалом [3]. Маркерами ЭИ считаются вещества низкой и средней молекулярной массы (ВН и СММ)

[4]. Их уровень отражает степень патологического белкового метаболизма и коррелирует с основными клиническими и лабораторными критериями обменных нарушений [5]. Одним из конечных продуктов окислительной модификации белков являются олигопептиды (ОП). Изучение ЭИ у больных ветряной оспой (ВО) представляет значительный интерес для изучения патогенетических механизмов данного заболевания.

Цель исследования: изучение уровня ВН и СММ и ОП с целью характеристики ЭИ при ВО.

Материалы и методы: определение уровня ВН и СММ проводилось по методу М.Я. Малаховой, их белковой составляющей – олигопептидов (ОП) по методу Лоури. Обследовано 35 больных (из них -12 женщин и 23 мужчин) с ВО, проходивших лечение в ГУЗ ЦПБ со СПИД и ИЗ г. Нальчика. У 5 больных заболевание протекало в тяжелой форме, у 26 больных – в среднетяжелой, у 4-х – в легкой форме. Средний возраст пациентов составил 32,7 года. В контрольную группу входили здоровые, сопоставимые с опытными по полу и возрасту.

Результаты: в ходе исследования было обнаружено максимальное повышение ВН и СММ и ОП во всех биологических средах организма в периоде разгара заболевания (в плазме в среднем – в 1,6 и 1,7, в эритроцитах – в 1,4 и 1,2, а в моче – в 1,5 и 1,8 раз выше соответствующих норм). У незначительного количества больных исследуемые показатели были близки к норме.

В периоде угасания клинических симптомов наблюдалось снижение уровня изученных показателей в плазме крови, эритроцитах и моче. При легком течении заболевания наблюдалось возвращением к норме концентрации ВН и СММ и ОП во всех средах. У больных со среднетяжелым и тяжелым течением ВО наблюдалось снижение изучаемых показателей во всех исследованных средах, однако они оставались достоверно выше нормальных показателей. В периоде ранней реконвалесценции у большинства обследованных больных со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания нормализация изученных показателей происходила в эритроцитах и моче, а в плазме крови значения ВН и СММ и ОП соответственно в 2,1 и 1,2 раза превышали нормальные показатели.

Выводы: таким образом, при ВО происходит увеличение содержания ВН и СММ и ОП относительно уровня здоровых людей, что свидетельствует о ЭИ организма и может служить критерием оценки тяжести патологического процесса.

Литература.

1. Перекисное окисление липидов и эндогенная интоксикация / С.С. Бело [и др.]. Витебск: УО «ВГАВМ», 2009. 216 с.
2. Павелкина, В. Ф. Динамика показателей эндогенной интоксикации у больных повторными ангинами / В. Ф. Павелкина, С. В. Щипакина, С. Г. Пак, А. А. Еровиченков // Врач. – 2008. – №11. – С. 64-66.
3. Лабораторная диагностика синдрома эндогенной интоксикации: методич. рекомендации / под ред. проф. И. П. Корюкиной // В. М. Аксенова, В. Ф. Кузнецов, Ю. Н. Маслов, В. В. Щекотов, А. П. Щекотова. – Пермь, 2005. – 22 с.
4. Матвеев, С.Б. Оценка эндогенной интоксикации по показателям среднемолекулярных пептидов при неотложных состояниях / С.Б. Матвеев, Н.В. Федо-

рова, М.А. Годков // Клиническая лабораторная диагностика. 2009. №5. С.16 – 18.
5. Шано, В. П. Синдром эндогенной интоксикации / В. П. Шано, Е. А. Ку-чер
// Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2011. – №1 (25). – С. 35-41.

Маргиты М.М., Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕМ- БРАН У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова,
г. Нальчик

Ветряная оспа является актуальной проблемой инфекционной патологии. Распространенность ветряной оспы определяет высокий уровень инфицирования взрослых, зачастую с отягощенным преморбидным фоном.

Ведущее значение в клинике ветряной оспы имеет интоксикационный синдром. Одним из патогенетических звеньев ее формирования является активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) и депрессия антиоксидантной защиты (АОЗ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 38 взрослых больных ветряной оспой. Диагноз подтвержден анамнестическими и клиническими данными. Все пациенты получали противовирусную терапию. По степени тяжести больные были распределены на 2 группы. В 1 группу вошло 24 больных со среднетяжелым и легким течением заболевания. 2 группу составили 14 больных с тяжелым течением ветряной оспы. Тяжесть течения была обусловлена различными бактериальными осложнениями. Возраст больных составил в среднем 22 года (от 18 до 30 лет). В контрольную группу вошли 23 здоровых человека, сопоставимых с обследуемыми по полу и возрасту.

Интенсивность процессов ПОЛ оценивали по количеству ТБК-активных веществ с помощью определения содержания малонового диальдегида (МДА) по Ushyama с соавторами (1983). Состояние антиоксидантной защиты оценивали по уровню церулоплазмина (ЦП) в плазме крови методом Равина (В.С.Камышиников, 2000). Забор крови у больных осуществляли при поступлении в стационар РЦИБ г. Нальчик и при выписке из него.

Результаты. В ходе проведенных исследований установлено возрастание содержания МДА в сыворотке крови при поступлении в стационар у всех больных ($3,2 \text{ мкмоль/л} \pm 0,07$; $P > 0,001$), более выраженное у больных с тяжелым течением ветряной оспы ($4,0 \text{ мкмоль/л} \pm 0,09$; $P_2 > 0,001$). В периоде ранней реконвалесценции изученный показатель снижался и возвращался к норме у больных с легким и среднетяжелым течением. При этом, у больных с тяжелым течением заболевания, он оставался выше, чем у здоровых и у пациентов с легким и среднетяжелым течением.

При изучении содержания ЦП в крови больных было обнаружено, что у всех больных наблюдалось снижение ЦП при поступлении в стационар ($338 \text{ мг/л} \pm 4,2$; $P > 0,001$), также более выраженное у больных с тяжелым течением ($312 \text{ мг/л} \pm 5,6$; $P > 0,001$, $P_2 > 0,001$). Уровень ЦП возвращался в среднем к норме у всех

больных в периоде ранней реконвалесценции.

Заключение. Таким образом, выявлено, что дисбаланс про- и антиоксидантной систем более выражен у больных с тяжелым течением ветряной оспы.

Литература.

1. Таточенко В.К. Ветряная оспа – клиническая картина // вакцинация.-2009.-№1.- С.3

2. Ясинский А.А. Ветряная оспа в Российской Федерации. Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России // Бюллетень "Вакцинация". – 2009. -№1.

3. Варшавский Б.Я., Галактионова Л.П., Ельчаникова С.А., Молчанов А.В.// Клин. лаб. диагн.1998. №6. С.10-14.

4. Волчегорский И.А., Харченкова Н.В.// Клин. лаб. диагн. 2003. №4. С.13-15

5. Knight J. A. // Ann. Clin. Lab. Sci 2000. Vol. 105. P. 145-158.

Матыцина А.Ф., Завора Д.Л., Ковалева И.А.

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

В последние годы отмечается постоянный рост количества больных ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в стационарном лечении. Начиная с 2012 года, число пациентов, поступающих в стационар на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, возросла втрое. Так в 2012 году пролечено 108 пациентов, а в 2018 году – 373 больных. Патология нервной системы занимает важное место в клинической картине заболевания. В целом неврологические поражения при ВИЧ-инфекции наблюдаются по меньшей мере у 70% больных, среди которых 10% имеют тяжелую неврологическую симптоматику, а также отсутствие патогномичных симптомов поражения ЦНС.

Целью работы является: определение частоты поражения головного мозга у больных с ВИЧ-инфекцией.

В период с января 2017 по декабрь 2018г наблюдали 115 больных ВИЧ-инфекцией на стадии 4В (СПИД), имевших поражение ЦНС и госпитализированных в специализированное отделение ИБН№2 г.Сочи. Пациенты находились в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст составил 35 лет, мужчин 73 чел. (63,4%), женщин – 42 чел. (36,5%).

Помимо стандартных лабораторных исследований крови и мочи, больным проводили диагностическую люмбальную пункцию с оценкой показателей общего и биохимического состава спинномозговой жидкости, анализ ликвора на наличие ДНК *T. gondii*, *M. tuberculosis*, ВПГ-1,2 типов, ЦМВ, ВГ-6 типа, ВВЗ, *Cr. neoformans*, *C. albicans*, *C. glabrata*, *C.krusei*. Осуществляли микроскопическое исследование ликвора на кислотоустойчивые бактерии и криптококки, а также посеvy ликвора для определения бактериальной инфекции. Структура поражений ЦНС у пациентов, госпитализированных в отделение, распределилась следующим

щим образом: церебральный токсоплазмоз – 2,5%, цитомегаловирусный менингоэнцефалит 2%, туберкулезный менингоэнцефалит 2,5%, криптококковый – 2%, кандидозный – 2%, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия 1%, очаговые поражения ЦНС неясной этиологии, а также менингоэнцефалит неясной этиологии, вторичный менингит, как проявление сепсиса, составил 0,5%.

Проведение клинических и биохимических анализов крови существенных отклонений лабораторных показателей не показало. При анализе состава ликвора более чем у половины пациентов (55%) повышение количества клеток отсутствовало, у 35% – был умеренный цитоз с количеством лейкоцитов до 30 клеток в мкл., у 2% – выраженный цитоз (50–400 лейкоцитов в мкл.), преимущественно с лимфоцитарным составом, а четверть больных не имели патологических изменений в ликворе. У 75% пациентов регистрировали умеренное или значительное (до 2,0 г/л) повышение содержания белка в ликворе, уровень глюкозы оставался неизменным, исключая криптококковый и туберкулезный менингоэнцефалиты, при которых отмечается его снижение. Этиологическая расшифровка поражений ЦНС у больных ВИЧ-инфекцией представляет большие трудности, в основном, из-за несовершенства методов лабораторной диагностики. Ежегодно в 10% случаев причина поражения ЦНС оставалась нерасшифрованной. Посмертная расшифровка природы патологических изменений в головном мозге у больного ВИЧ-инфекцией только по морфологическим данным также затруднена, что обуславливает необходимость использования иммуногистохимических и молекулярных методов для выявления возбудителя в зонах поражения головного мозга.

Выводы: Доля больных с поражением ЦНС среди госпитализируемых в инфекционный стационар ВИЧ-инфицированных лиц неуклонно возрастает и составляет не менее 10% случаев и, несмотря на современные методы диагностики, расшифровка поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции представляет трудности из-за высокой вариабельности этиологических факторов.

Литература.

1. Беляева В.В., Шахгильдян В.И., Кравченко А.В. и др. Деменция как проявление цитомегаловирусного энцефалита у больных СПИДом // Журнал неврол. и псих. – 1999. – Т.99, №4. – С. 29–32.
2. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. В.В. Покровского. – 2-е изд. – // М., ГЭОТАР МЕД. – 2010. – 192 с.
3. Ермак Т.Н., Перегудова А.Б., Груздев Б.М. Оппортунистические инфекции у ВИЧ-инфицированных: чудес не бывает. // Тер. архив – 2006. – №11. – С.80–81.

Мацнев А.А., Ильменев О.В., Кривоустов П.С., Мартеньянов А.Е.

КАТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

С 2018 года, врачами ОРИТ ГБУЗ ИБ №2 г. Сочи, предприняты меры по уменьшению количества осложнений, связанных с катетеризацией центральных и периферических сосудов. На базе ГБУЗ ГБ №4 г. Сочи, пройдено обучение в

отделениях сосудистой хирургии и АРО по катетеризации сосудов под УЗИ контролем. За время обучения освоены навыки катетеризации центральных (яремных, подключичных и бедренных) вен и артерий (лучевой, плечевой, бедренной и тыльной артерии стопы). Освоены методики катетеризации как в режиме реального времени, так и при статической визуализации.

Ультразвуковой контроль для обеспечения сосудистого доступа наиболее эффективен в режиме реального времени (во время продвижения иглы). Игла визуализируется в окружающих тканях, направляется к целевому сосуду и продвигается на соответствующую глубину, позволяя избежать травматизации тканей, пункцию близлежащего сосуда или прокол необходимого сосуда.

Статическая ультразвуковая визуализация использует ультразвук для идентификации места ввода иглы в кожу над сосудом. Под УЗ контролем проводится разметка на коже для дальнейшей слепой катетеризации.

Как статическое, так и УЗИ в реальном времени превосходят традиционный подход, руководствующийся ориентирами.

За год использования данной методики удалось в разы сократить количество осложнений связанных с катетеризацией центральных сосудов – пункция нецелевого сосуда 2017-2018 (15), а 2018-2019 (2), пневмоторакс 2017-2018 (4), а 2018-2019 (1) (аномалия развития костно-суставных структур и органов грудной клетки), гематома 2017-2018 (24), а 2018-2019 (3).

Выводы:

Данная методика зарекомендовала себя с положительной стороны, имея недостаток только в необходимости наличия дорогостоящего оборудования, а именно – аппарата УЗИ, обладающего следующими режимами визуализации: серошкальным двухмерным, цветовым доплеровским картированием, спектральным доплером.

Литература.

1. М.Быков, Ультразвуковые исследования в обеспечении инфузионной терапии в отделениях реанимации и интенсивной терапии, Тверь: ООО "Издательство "Триада", 2011, р.36

2. Н. Малашенко, Ультразвуковая навигация инвазивных манипуляций в анестезиологии // Автореферат канд. дисс., Санкт-Петербург: 16, 2012

3. Закиров И.И., Овезов А.М., "Катетеризация внутренней яремной вены у детей под ультразвуковым контролем," Казанский медицинский журнал, т. ХСІ, №6, pp. 815-817, 2010

Мацнева М.Г.

ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА ВОЗНИКШЕГО НА ФОНЕ АНТИ-БИОТИКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА №2» ЗА ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД 2018-2019 гг.

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Основная причина грибковых поражений связана с особенностями иммунореактивности конкретных пациенток. Нарушение локальной защиты слизи-

стых оболочек влагалища способствует их колонизации грибами и дальнейшему повреждению местных (иммунных, эпителиальных) барьерных механизмов. Свой вклад в рецидивирование кандидозного вульвовагинита вносят и нарушение нормального биоценоза влагалища. Высокая концентрация ферментов, синтезируемых условно-патогенными бактериями, обусловленная их избыточным ростом, а также изменение pH среды не только благоприятны для развития колоний дрожжеподобных грибов, но и усиливают их патогенность.

За осенне-зимний период 2018-2019г. в диагностическое отделение ИБ 2 к врачу-гинекологу обратилось 32-е пациентки репродуктивного возраста с жалобами на зуд в половых органах, боль и раздражение при мочеиспускании, отечность тканей половых органов и изменение характера выделений. После осмотра и взятия мазка им был выставлен диагноз- кандидозный вульвовагинит, возбудителем которого у 28-ти пациенток являлись грибы рода *Candida albicans*, а у 4-х – рода *Candida glabrata*.

С целью лечения всем пациенткам назначена схема лечения: Флюкостат 150 мг однократно перорально, Тержинан таблетки вагинальные по 1 таблетке 1 раз в день в течение 10 дней. При контрольном осмотре у 27-и пациенток отмечалось улучшение состояния и отсутствие прежних жалоб, мазок в пределах нормы. С целью восстановления нормальной микрофлоры влагалища и шейки матки был назначен препарат – Лактожиналь по 1 вагинальной капсуле в день в течение 24-х дней.

У 5-ти пациенток на фоне уменьшения жалоб и снижения клинической картины в мазке сохранялось присутствие грибов рода *Candida*. Этим пациенткам была назначена альтернативная схема лечения: Залаин 300 мг (Сертаконазол) 1 вагинальный суппозиторий однократно. При последующем осмотре, через 7 дней, у пациенток отмечалось отсутствие жалоб и клинической картины, мазок в норме. Так же, как и остальным пациенткам, с целью восстановления нормальной микрофлоры был назначен препарат – Лактожиналь по 1 вагинальной капсуле в день в течение 24-х дней.

Вывод. Ввиду изменения видового состава патогенных грибов – распространение *C. non-albicans* – привели к росту частоты осложненного течения КВВ и снижению эффективности обычных антимикотических препаратов. Применение местных форм антимикотических средств имеет ряд преимуществ – быстрое достижение высокой концентрации действующего вещества в слизистой оболочке влагалища, купирование патологических симптомов и отсутствие системных побочных эффектов. Задача врача-гинеколога оглядываясь на социальную значимость и рецидивирующий характер заболевания- прервать череду обострений и восстановить качество жизни женщины.

Литература.

1. Прилепская В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: клиника, диагностика, принципы терапии. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2010. -80 с.
2. Логунова Л.С., Матюхина Е.Г. Рационализация подходов к лечению пациенток с кандидозным вульвовагинитом // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2016. – №1 (30).-С.91-94.

З. Завороченцева Н.В., Белая Ю.М. Проблема урогенитального кандидоза у женщин в современном мире // РМЖ. – 2016. – №15. – С. 976-981.

Мельник В.А., Каленчук Н.Л., Бабуркина А.И.,

Мельник К.В., Мельник А.В., Ткаченко О.Н.

СОСТОЯНИЕ ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2018 г. И ПЕРВОМ КВАРТАЛЕ 2019 г.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы, г. Донецк

В последние годы эпизоотическая и эпидемическая ситуация по рабической инфекции в мире усложняется, активизируются ее эпизоотические и формируются антропургические очаги. В дикой природе вирус бешенства продолжает сохраняться в основном среди животных семейства собачьих – шакалов, волков, лис, енотовидных собак, что определяет характер противо-эпизоотических и противоэпидемических мероприятий в отношении этой инфекции. В ряде стран мира в целом и на их отдельных территориях не удается локализовать бешенство, а многие вопросы функционирования паразитарной системы рабической инфекции до сих пор остаются недостаточно изученными [1, 2, 3, 4].

Для уточнения состояния эпидемической и эпизоотической ситуации по бешенству был проведен ретроспективный анализ его распространенности среди животных на территории Донецкой Народной Республики (ДНР) в 2018 г. и первом квартале 2019 г.

На территории ДНР в 2018 году отмечено ухудшение эпизоотической и эпидемической ситуации по бешенству. Борьба с ним в ДНР в настоящее время продолжает проводиться только за счет профилактики заболеваемости людей. При этом, напряженность эпизоотической ситуации по рабической инфекции определяется увеличением количества бездомных животных, в т.ч. – больных бешенством.

За антирабической помощью в 2018 г. в лечебно-профилактические учреждения ДНР обратилось 4433 человека, показатель заболеваемости составил 191,7 на 100 тыс. населения, что выше аналогичного показателя 2017 г. на 22,6% (3614 человек, показатель – 156,3). Антирабическое лечение было назначено 1384 лицам из числа обратившихся или 31,2% (в 2017 г. – 24,2%). Комбинированные курсы вакцинации получили 145 человек.

Всего в 2018 г. было зарегистрировано 42 случая заболевания бешенством животных (в 2017 г. – 50), в т.ч. 2 случая у летучих мышей и 1 – у серой крысы. В эпизоотический процесс бешенства были вовлечены города Донецк – 9 сл., Докучаевск – 6 сл., Горловка – 4 сл., Макеевка – 3 сл., Шахтерск – 2 сл., Енакиев и Снежное – по 1 сл. и районы: Новоазовский – 4 сл., Тельмановский и Старобешевский – по 6 сл.

В связи с недостаточным проведением профилактических мероприятий по сокращению численности бродячих животных в населенных пунктах ДНР, по до-

ведению до нормируемых показателей плотности популяции диких плотоядных животных в охотничьих угодьях, и не проведением в 2018 г. их профилактической вакцинации, в первом квартале 2019 г. произошло резкое ухудшение эпизоотической ситуации по бешенству. Всего за 1-й квартал 2019 г. было зарегистрировано 20 очагов заболевания бешенством животных (за 1-й квартал 2018 г. – 5), из которых 1 очаг с 2 случаями.

От укусов, оцарапываний и ослюнений больных бешенством животных в первом квартале 2019 г. пострадало 40 человек (в сравнении за соответствующий период 2015 г. – 62 человека, 2016 г. – 68 человек, 2017 г. – 113 человек, 2018 г. – 111 человек), 34 из них был назначен комбинированный курс антирабического лечения.

Отмечено, что учреждения здравоохранения ДНР продолжает недостаточно обеспечиваются антирабическим иммуноглобулином из-за его отсутствия перебоев в поставках, что может привести к регистрации заболеваний бешенством уже людей.

В 2017, 2018 гг. и 1 квартале 2019 г. летальных случаев заболевания бешенством не зарегистрировано. Последний случай смерти от бешенства в ДНР был зафиксирован в 2016 г., когда жительница Старобешевского района своевременно не обратилась за антирабической помощью.

О необходимости усиления санитарно-просветительной работы среди населения ДНР свидетельствуют отказы от лечения (8,5%), самовольное прекращение пострадавшими курса антирабического лечения (7,4%), позднее обращение в учреждения здравоохранения за антирабической помощью (9,1%).

Таким образом, за 2018 г. и за 1-й квартал 2019 г. на территории ДНР эпизоотическая и эпидемическая ситуация по бешенству продолжает оставаться напряженной. Учреждения здравоохранения, оказывающие антирабическую помощь населению, не обеспечиваются в достаточном количестве антирабической вакциной и антирабическим иммуноглобулином. Большая часть этих препаратов поступает в ДНР в виде гуманитарной помощи.

Остается недостаточной информированность населения ДНР по риску заболевания бешенством, о чем свидетельствуют отказы от лечения, самовольное прекращение пострадавшими курса антирабического лечения и позднее обращение их в учреждения здравоохранения за антирабической помощью.

Литература.

1. Бешенство в Донецкой области / Е. А. Чебалина [и др.] // Дифференциальная диагностика, лечение и профилактика актуальных инфекционных и паразитарных болезней: тезисы докладов научно-практической межрегиональной конференции с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 123-125.

2. Обеспечение эпидемиологического благополучия по бешенству в условиях осложнения ситуации / Ю. В. Очкасова [и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2017. – №5. – С. 152.

3. Пакскина Н. Д. Об эпидемиологической ситуации по бешенству в Российской Федерации / Н. Д. Пакскина, И. В. Попова // Инфекция и иммунитет.

– 2017. – №5. – С. 53.

4. Проблемы надзора и контроля за бешенством в Российской Федерации / Е. Г. Симонова [и др.] // Инфекционные болезни. – 2018. – Т. 16, №3. – С. 31-36.

Мельник К.В., Мельник А.В., Беседин И.Е., Шкурят О.А., Ткаченко О.Н.
ВЛИЯНИЕ ТРУДОВ ДЖИРОЛАМО ФРАКАСТОРО НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ
СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, г. Донецк

Исторически сложилось, что на территории Донецкой Народной Республики (ДНР) сформировались природные очаги сибирской язвы, туляремии, лептоспироза и других зоонозных инфекций. Поэтому врачам-эпидемиологам в ДНР приходится со студенческой скамьи уделять больше внимания освоению тактики проведения эпиднадзора за этими инфекциями, что требует глубоких исторических изысканий о путях формирования эпидемиологии как науки и мерах борьбы с распространением инфекционных болезней. Будучи учениками академика Л.В. Громашевского, основатели научно-эпидемиологической школы в г. Донецке заложили в основы преподавания эпидемиологии его теорию эпидемического процесса.

С глубокой древности человечество не всегда четко представляло, какую опасность для жизни имели инфекционные болезни, особенно тогда, когда количество заразившихся людей резко возрастало. На момент зарождения официальной медицины о происхождении инфекционных заболеваний было известно немного, поэтому врачи того времени пытались лечить больных как лекарственными средствами, так и хирургическими методами. Поиском путей борьбы с распространением инфекционных болезней занимались многочисленные ученые того времени. Однако, их труды, за редким исключением, не приносили реального результата. Среди успешных исследователей известен врачеватель древнего мира Али ибн Сина (Авиценна), который рекомендовал изолировать заразившихся оспой и холерой во избежание заражения ими окружающих людей [1].

Достойный вклад в становление эпидемиологии как науки внес и другой средневековый просветитель итальянского происхождения Джироламо Фракасторо (Дж. Фракасторо). В нашей работе было проанализировано влияние его научных трудов на развитие эпидемиологии как науки от средневековья и до наших дней [2].

В 1546 г. выходит в свет основной труд Дж. Фракасторо «О контагии, контагиозных болезнях и лечении», где итальянский ученый впервые систематизировал учение об инфекции, в современном ее понимании, и путях её передачи. Исходя из длительных наблюдений и их анализа, изложенных в трехтомном труде, Джироламо Фракасторо выделял три пути распространения заболеваний между людьми:

– непосредственный прямой контакт, что соответствует современному

контактному механизму передачи (укус, ослюнение, половой контакт) ;

– через предметы обихода (или очаг) – одежду, деревянные и другие предметы, на которых остаются контагии (в современном понимании – возбудители болезни), что соответствует современному контактно-бытовому пути передачи возбудителя;

– путем заражения людей на расстоянии (современный аэрогенный механизм передачи) [2].

Самым действенным средством против распространения заразы Дж. Фракасторо считал изоляцию больных и дезинфекцию: тщательную уборку и очистку места, где находился больной. Даже теперь можно признать эти требования справедливыми. Однако, дополнительно к ним необходима дезинфекция противомикробными средствами, которых в распоряжении современников Дж. Фракасторо не было.

Ученый предполагал, что «начало» инфекции (в современном понимании – возбудитель), содержащееся в очаге, может быть совершенно иной природы, чем та инфекция, которая находится в уже зараженном человеке. Контагий может сохраняться по несколько лет в зависимости от природы вещества, на котором он находится [2]. Иными словами, уже тогда Дж. Фракасторо был очень близок к пониманию той инфекционной сущности, которая нашему современнику известна как природная очаговость, учение о котором было разработано академиком Е.Н. Павловским лишь в середине XX века.

Помимо исследований в медицине, Дж. Фракасторо занимался астрономией. В трактате «Книга о концентрических кругах или о звездах» он отмечает, что если поставить линзу между глазом и объектом, то можно будет увидеть увеличение последнего. К сожалению, ученый не смог пойти дальше и предположить, что оптика могла бы помочь в более подробном изучении строения источников болезней. Возможно, это не состоявшееся открытие смогло бы изменить и ускорить тернистый путь становления учения об эпидемиологии инфекционных болезней и их возбудителей.

Начиная со времен просветительской деятельности средневекового ученого Дж. Фракасторо, профилактика и борьба с инфекциями продолжают быть одними из наиболее актуальных проблем для всего человечества. Только лишь изучив особенности заболевания, выяснив, каким возбудителем оно вызвано, врач способен составить четкий план мероприятий, которые необходимо провести, чтобы победить эту болезнь и не допускать ее распространения.

Литература.

1. Мосараф, Али. Практики Востока и Запада для здоровья и долголетия. Метод доктора Али / Али Мосараф. – Москва : Эксмо, 2015. – 288 с.

2. Фракасторо, Джироламо. О контагии, контагиозных болезнях и лечении / Джироламо Фракасторо: В 3 кн. / под ред. акад. К. М. Быкова ; пер. с латин. В. О. Горенштейна, А. А. Садова; примеч. П. Е. Заблудовского, В. П. Зубова. – Москва: Изд-во Акад. наук СССР, 1954. – 324 с.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Введение. Туберкулез (ТБ) остается глобальной проблемой здравоохранения во всем мире. Несмотря на значительные положительные тенденции, связанные со снижением заболеваемости и смертности от туберкулеза, ТБ является одной из 10 ведущих причин смерти. По данным ВОЗ в 2017 году ТБ заболели 10 миллионов человек, и 1,6 миллиона (в том числе 0,3 миллиона с ВИЧ-инфекцией) умерли от этой болезни. Основной проблемой, препятствующей элиминации туберкулеза во всем мире, является туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) [1]. По оценкам ВОЗ, в 2017 году выявлено 558 000 новых случаев туберкулеза с устойчивостью к рифампицину, из которых в 82% случаев был диагностирован МЛУ-ТБ. Не-решенной остается данная проблема и в Республике Беларусь, где, несмотря на значительные успехи в данном направлении, сохраняется высокая доля случаев МЛУ-ТБ [2]. Помимо МЛУ-ТБ одной из ведущих проблем фтизиатрии и общественного здравоохранения в целом является ВИЧ-ассоциированный туберкулез. Известно, что ТБ – главная причина смертности ВИЧ-позитивных людей в странах с развивающейся экономикой. Таким образом, проблема ВИЧ-ассоциированного МЛУ-ТБ остается актуальной.

Цель исследования: выявить особенности течения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией в Республике Беларусь.

Материалы и методы: проведен сплошной ретроспективный анализ медицинской документации 127 пациентов (средний возраст – 38,7 года) с лекарственно-устойчивым ТБ с сопутствующим диагнозом ВИЧ-инфекции, проходивших стационарное лечение в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» за период с 2016 по 2018 гг.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов с лекарственно-устойчивым ВИЧ-ассоциированным ТБ, как и в целом при туберкулезе, преобладали мужчины 104 (81,9%), средний возраст которых составил 38,4 года. 56 пациентов (44,1%) были минчанами, 57 (44,9%) были зарегистрированы в других регионах Республики Беларусь. 2 (1,6%) пациента являлись гражданами России, но почти каждый десятый пациент не имел постоянного места жительства – 12 (9,4%). В анализируемой группе трудоустроены были только 19 (15%) пациентов, имели группу инвалидности – 19 (15%), 1 (0,8%) пациент являлся пенсионером, в то время как большинство не имели постоянного места работы на момент обследования – 88 (69,2%) пациентов.

Все пациенты относились к категории угрожаемых по туберкулезу и, в большинстве случаев, имели сочетание нескольких медицинских и социальных факторов риска. 46 (36,2%) пациентов являлись наркозависимыми, 28 (22%) – прибыли из пенитенциарных учреждений, 41 (32,3%) – страдали хроническим алкоголизмом, являлись лицами без определенного места жительства – 12 (9,4%), перенесли ТБ другой локализации – 4 (3,1%), имели остаточные рентгенологиче-

ские признаки перенесенного ТБ легких – 1 (0,8%).

При выявлении 45,7% пациентов имели жалобы бронхо-легочного характера, у остальных ТБ был диагностирован при профилактическом осмотре (54,3% пациентов). Доминировал ТБ органов дыхания – 123 (96,8%) пациентов, экстраторакальный туберкулез диагностировался редко. Почти 40% пациентов уже получали ранее противотуберкулезное лечение. Распределение пациентов по группам первичной регистрации выглядит следующим образом: впервые выявленные – 78 (61,4%), рецидивы – 13 (10,2%), лечение после первого неэффективного курса – 5 (3,9%), лечение после повторного неэффективного курса – 6 (4,7%), лечение после перерыва – 12 (9,4%), другие, в том числе не получающие этиотропное лечение – 13 (10,2%).

В структуре клинических форм преобладал инфильтративный ТБ легких (88 (69,2%) пациентов), что является характерным для пациентов с туберкулезом в целом. В то же время наблюдалось большое число случаев диссеминированного и остропрогрессирующего туберкулеза: 20 (15,7%) – диссеминированный (в том числе 3 (2,4%) – милиарный), 2 (1,6%) – казеозная пневмония. Редко, по сравнению с пациентами без ВИЧ-инфекции, наблюдались случаи очагового – 4 (3,1%), фиброзно-кавернозного туберкулеза – 3 (2,4%), туберкулезного плеврита – 3 (2,4%). Среди пациентов с внелегочными формами у каждого второго пациента имел место туберкулезный менингит – 2 (1,6%), у 1 (0,8%) – туберкулез периферических лимфоузлов и туберкулез позвоночника – у 1 (0,8%) пациента.

У обследованных пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом доминировали поздние стадии ВИЧ-инфекция: у 50 (39,3%) пациентов диагностирована 4-я стадия ВИЧ-инфекция, 3-я стадия – у 68 (53,5%), 1-2 стадии – только у 9 (7%). Антиретровирусную терапию получали 102 (80,3%) пациента. Прием ко-тримаксазола зафиксирован в 99 (77,9%) случаях.

Распределение пациентов в зависимости от вида лекарственной чувствительности возбудителя: монорезистентность – 5 (3,9%), множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) – 45 (35,4%), широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) – 32 (25,2%), преШЛУ – 45 (35,4%), пациентов. Рентгенологически положительная динамика была достигнута в среднем через 3-6 месяцев после приема противотуберкулезных лекарственных средств в 104 (81,9%) случаях. В процессе лечения были абациллированы 88 (69,3%) пациентов, из них: на 1-м месяце – 29 (22,8%), на 2-4 месяце – 42 (33%), на 5 месяцев и более – 17 (13,4%) пациентов. На момент проведения исследования продолжали основной курс лечения 69 (54,3%) пациентов, зарегистрированы как излеченные – 14 (11%), лечение завершено у 5 (3,9%), неудача в лечении – 11 (8,7%), отрыв от лечения – 8 (6,3%), смерть пациента зарегистрирована в 17 (13,4%) случаях.

Выводы: пациенты с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией в Республике Беларусь – это преимущественно мужчины в возрасте около 40 лет, социально-дезадаптированные (неработающие, прибывшие из пенитенциарных учреждений, злоупотребляющие алкоголем и являющиеся потребителями инъекционных наркотиков). Структура клинических форм туберкулеза является неблагоприятной, с частым развитием остропрогрес-

сирующих и деструктивных форм. Среди случаев экстраторакального туберкулеза у 2-х из 4-х пациентов развился менингит. У пациентов с туберкулезом преимущественно имеет место ВИЧ-инфекция на стадии синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) и (преСПИД). Наличие ВИЧ-инфекции отрицательно сказывается на течении ТБ легких: в большинстве случаев длительно сохраняется бактериовыделение (до 4 меся-цев от начала противотуберкулезной терапии), медленно наблюдается по-ложительная рентгенологическая динамика в легких (3-6 месяцев от начала химиотерапии).

Литература.

1. ВОЗ. Информационный бюллетень. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.

2. Михайлова, О. В. Влияние коморбидной патологии на течение туберкулеза органов дыхания / О. В. Михайлова, Г. Л. Бородина, В. И. Коломиец // Материалы Всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. уч. «Инфекцион-ные болезни как междисциплинарная проблема». – Курск, 30 ноября 2016. – С. 165-171.

Михайлюк И.Л.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Центральная районная больница, г. Белореченск

В последние годы при ультразвуковой визуализации органов брюшной полости в брюшной аорте и ее ветвях лоцируются атеросклеротические бляшки и структурные изменения стенок брюшной аорты и ее ветвей.

Актуальность обусловлена большим числом пациентов с экстренной га-строэнтерологической патологией.

Цель: Изучение лабораторных, инструментальных данных у пациентов находящихся на лечении в инфекционном отделении с патологией ЖКТ.

Материалы и методы: Медицинские карты стационарных, амбулатор-ных пациентов за 2014-2018 гг.

Результаты исследования: Всего 1620 пациентов. Разделены на 4 груп-пы заболеваний:

1. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки – всего 292 (18%) – ОКИ гастритический вариант (бактериальной, вирусной этиологии). Га-стро-скопические варианты: эрозивный эзофагит, эрозивный гастрит, эрозив-но-не-кротический гастрит, язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь две-надцати-перстной кишки, катаральный гастрит, катаральный дуоденит.

2. Болезни печени и желчного пузыря – всего 711 (43,89%) – ОБГ (А,В,С), ХВГ (В,С: коинфекция В+Д:В+С), циррозы печени этаноловой, ви-русной этиоло-гии, НАЖБ, НАСГ, АБП ГЦК, АИГ, острый холецистит, хрони-ческий холецистит, пигментный гепатоз Жильбера.

3. Заболевания поджелудочной железы – всего 179 (11,05%) – острый пан-креатит, хронический панкреатит, новообразования поджелудочной же-лезы.

4. Заболевания кишечника – всего 438 (27,04%) – энтерит, колит, энте-ро-колит (сальмонеллезной, дизентерийной, эшерихионной этиологии: вирус-ной

(ЦМВ: астро; норо; энтеро; и др.), СРК, аппендицит, непроходимость кишечника, НЯК, с-г толстого кишечника.

Атеросклероз брюшной аорты выявлен: в I группе у 14 больных (4,8%), во II группе у 24 больных (3,37%), в III группе у 16 больных (8,94%), в IV группе у 22 больных (5,03%). Всего пациентов с атеросклерозом БА – 76 (4,7%): мужчин – 34 (45%), женщин – 42 (56%). Возраст: М (30-39л) – 2; (40-49л) – 6; (50-59л) – 10; (60-69л) – 16. Ж (30-39л) – 4; (40-49л) – 9; (50-59л) – 11; (60-69л) – 18.

Клинические проявления Атеросклероза БА: 1.Нарушения пищеварения: снижение аппетита, рвота, отрыжка, обезвоживание, вздутие живота, чередование поносов с запорами. 2.Боли в животе: – боли при физической нагрузке, после приема пищи без точной локализации, самостоятельно проходят ч/з 2-3 часа. 3.Потеря веса – носит прогрессирующий характер и является следствием стойкого нарушения пищеварения.

Диагностические признаки: УЗ признаки: бугристость внутренней стенки БА, утолщение интимы БА с сужением просвета, кальцинированные атеросклеротические бляшки в БА с неровной поверхностью (атерокальциноз), холестериновые бляшки в просвете БА и ее ветвях, аневризма супраренального отдела БА.

Аускультация – систолический шум в мезогастральной области. Пальпация живота-урчание, метеоризм, плотность БА.

ЭКГ – гипертрофия ЛЖ, метаболические, ишемические изменения зубца Т. ФГДС-эрозивные, язвенные, язвенно некротические поражения желудка.

Колоноскопия – эрозивно язвенные поражения.

Лабораторные признаки: копрограмма – слизь, жир, эритроциты, плохо переваренные мышечные волокна. Биохимия крови: триглицериды 2,3 и >, холестерин 5,5-6,5 ммоль/л, ↑ атерогенных липопротеинов ЛПОНП, ЛПНП, ↓ антиатерогенных ЛПВП. С-м гепатодепрессии (3 случая) : АЛТ 1,5-2 N: ги-пербилирубинемия за счет ПБ, гипопротеинемия, гипоальбуминемия, гипо-фибриногенемия.

Вывод: Выявление атеросклероза брюшной аорты и ее ветвей при УЗИ исследовании ЖКТ меняет тактику консервативной терапии, профилактирует недостаточность органов пищеварения.

Литература.

1. Липовецкий Б.М. «Дислипидемии, атеросклероз», С-Петербург, 2017,
2. «Дислипидемии и атеросклероз», под ред. акад. РАМН Р.Г. Оганова, издат. группа «ГЭОТАР-медиа», 2017 г.
3. Бархатов И.В. «Особенности клинических проявлений с-ма хронической абдоминальной ишемии», Клиническая медицина №10 2013 г.

*Моренец Т.М., Яковчук Е.Е., Савицкая И.М., Городин В.Н.,
Шубина Г.В., Книжник Т.А., Чернявская О.В.*

**ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КРИПТОКОККОЗА
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

В период эпидемии СПИДа значительно возросло число случаев зарегистрированного криптококкоза, который относится к наиболее тяжело протекающим нейтроинфекциям у ВИЧ-инфицированных.

На территории Краснодарского края первые случаи криптококкоза у ВИЧ-инфицированных выявлены в 2014 году (1), и в течение последующих 5 лет (2014-2018гг.) в ГБУЗ СКИБ у 14 больных ВИЧ-инфекцией документирован диссеминированный криптококкоз. Летальность среди лиц с этой тяжелой СПИД-индикаторной инвазией составила 28,5%. Среди госпитализированных преобладали мужчины (78,5%), возраст пациентов составлял 29-45 лет, лишь одному больному было 64 года. Все больные находились на 4В стадии ВИЧ-инфекции с лабораторными признаками выраженных иммунологических нарушений: уровень CD4 1-2-5-6-8%, число клеток 3-5-10-15-29, максимум 122 в мл; у всех отмечалась фаза прогрессии, в одном случае на фоне приема АРВТ в течение 2х месяцев, у остальных – без приема АРВТ.

Криптококкоз сочетался с другими оппортунистическими инфекциями, среди которых лидировал орофарингеальный кандидоз (100%), у 57% наблюдалась реактивация ВЭБ-, у 50% – ЦМВ-инфекции; отмечался генерализованный кандидоз, пневмонии, рецидивирующий герпес, папилломавирусная инфекция, контагиозный моллюск, криптоспоридиоз, диссеминированный процесс в легких.

Проявлением диссеминированной формы криптококкоза в данной группе больных был менингоэнцефалит (10 чел.), энцефалит (2 чел.), менингит (1 чел.) тяжелого течения; у одного пациента признаки поражения центральной нервной системы отсутствовали. Лабораторным подтверждением диссеминированного микоза служило обнаружение криптококка в ликворе (СМЖ), крови, в ряде случаев одновременно с обнаружением возбудителя в мокроте, мазке из носа.

Изменения в ликворе в первые дни манифестации криптококкоза у 7 больных проявлялись очень умеренным (от 6 до 75 клеток/мл) лимфоцитарным, у 3 пациентов – нейтрофильным, у 1 – смешанным плеоцитозом, значительным (до 0,3 ммоль/л) снижением уровня глюкозы, умеренным (1,5-2N) повышением содержания белка. У 3 больных, несмотря на клинические признаки тяжелого менингоэнцефалита с выделением криптококка из ликвора (одна пациентка умерла на третий день госпитализации), плеоцитоз отсутствовал, что вызывало затруднения в первоначальном диагнозе поражения ЦНС.

В 2014-2015 гг. в лабораториях СКИБ превалировал бактериологический метод подтверждения диагноза криптококкоза: положительная гемокультура (1 больной), положительная гемокультура с высевом криптококка из СМЖ (2 чел., из них у 1 микроскопически были обнаружены «дрожже-подобные клетки», которые ввиду отсутствия окраски прижизненно остались недифференцированными), высев культуры из СМЖ (2 чел.), высев культуры из СМЖ и отделяемого носа (1чел.). С 2016 года в лабораторную практику внедрен экспресс-метод диагностики криптококкоза [микроскопия СМЖ после окраски по Романовскому-Гимза и латекс-агглютинация (РЛА), позволяющая выявлять антиген криптококка], а с 2017 года – молекулярно-генетический метод ПЦР. Одновременное использо-

вание культурального, микроскопического и молекулярно-генетического метода диагностики крип-токкоккоза показало их полную сопоставимость: положительная гемокультура + положительная ПЦР крови + положительная РЛА (1 чел.), положительная культура СМЖ + положительная ПЦР СМЖ + обнаружение в ликворе крип-тококков микроскопическим методом (1чел.), положительная гемокультура + положительная ПЦР крови, СМЖ, мокроты (1 чел.), положительная культура СМЖ + обнаружение криптококков при микроскопии ликвора (1чел.). У 4-х больных ПЦР ликвора и крови оказалась положительной при отрицательных бактериологических посевах, что подтверждает высокую чувствительность и эффективность молекулярно-генетического метода при данной инвазии (2). Внедрение экспресс-диагностики СМЖ методом РЛА при криптококкозе позволяет получить результат исследования в течение 1-2 часов, методом микроскопии – через несколько часов; результат ПЦР выдается на второй – третий, бактериологического исследования – на 5-7 день с момента забора материала. Данные экспресс-диагностики (РЛА) с учетом возможных ложноположительных результатов (3) расцениваются как предварительные и требуют подтверждения бактериологическим методом, ПЦР и микроскопией.

Таким образом, расширение спектра лабораторных методик и их комплексное применение способствует более раннему и достоверному выявлению криптококкоза у ВИЧ-инфицированных больных, тем более что изменения в СМЖ не всегда соответствуют степени поражения ЦНС при этой тяжелой оппортунистической инфекции.

Литература

1. Моренец Т.М., Савицкая И.М., Яковчук Е.Е., Чернявская Е.Е., Еремина Г.А., Шубина Г.В. Лабораторно-инструментальная диагностика оппортунистических нейроинфекций у ВИЧ-инфицированных. Мат-лы Ежегодного Все-российского конгресса по инфекционным болезням с международным участием, Москва, 24-26 марта 2016г. Инфекционные болезни. – Т.13. – №1. – 2016. – С.195
2. Венгеров Ю.Я., Волкова О.Е., Сафонова А.П., Тишкевич О.А., Нагиби-на М.В., Коваленко Т.М., Мартынова Н.Н. Криптококковый менингоэнцефалит у ВИЧ-инфицированных больных. Мат-лы X научно-практ.конф. Южного Федерального округа с международным участием, Краснодар, 28-29 мая 2015г. – С.35-37
3. J.D., Sande M.A. Cryptococcal infection in AIDS //The medical management of AIDS, 1992.

*Налетов А.В., Ляник В.А., Мацынина Н.И.,
Артемова Н.Ф., Николаенко С.М.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Городская детская клиническая больница №1, г. Донецк

Лямблиоз – кишечная инвазия с преимущественным поражением тонкой

кишки, вызываемая у человека одноклеточным паразитом – лямблией кишечной *Lamblia intestinalis* (*Giardia intestinalis*, *Giardia duodenalis*, *Giardia lamblia*). Заболевание является одним из наиболее распространенных инфекционных патологий в мире особенно в педиатрической практике. Для формирования хронической формы лямблиоза необходимым условием является формирование иммунодефицитного состояния у пациента [1-3].

В патогенезе сахарного диабета (СД) 1-го типа наряду с генетической предрасположенностью, большую роль играет воздействие факторов внешней среды. Доказано, что нарушение иммунного и микробиологического статуса является одной из причин, определяющих течение СД 1-го типа у детей. Наличие сопутствующей соматической или инфекционной патологии может существенно влиять на течение заболевания, а также на эффективность проводимой терапии.

Цель исследования. Определить особенности течения лямблиоза у детей с СД 1-го типа.

Материалы и методы. Под наблюдением на базе КУ «ГДКБ №1 г. Донецка» находилось 25 детей (12 девочек, 13 мальчиков), страдающих СД 1-го типа в возрасте от 6 до 17 лет (средняя длительность заболевания составила $5,5 \pm 0,2$ лет) у которых был диагностирован лямблиоз.

Диагностика лямблиоза основывалась на обнаружении цист лямблий в копрофильtrate при проведении копроскопии. Заборы проб проводились трехкратно в связи с особенностями размножения паразита.

Результаты обследования. Среди обследованных пациентов с СД 1-го типа, у 16 ($64,0 \pm 9,6\%$) детей отмечался субоптимальный уровень гликемического контроля, 4 ($16,0 \pm 7,3\%$) ребенка поступили в клинику в состоянии кето-ацидоза различной степени тяжести.

Большинство пациентов – 20 ($80,0 \pm 8,0\%$) детей, предъявляли жалобы на периодическую боль в животе. Боль не имела четкой локализации у 8 ($32,0 \pm 9,3\%$) пациентов, локализовалась в правом подреберье – у 4 ($16,0 \pm 7,3\%$), в области пупка – у 5 ($20,0 \pm 8,0\%$), в эпигастрии – у 3 ($12,0 \pm 6,5\%$). Абдоминальный болевой синдром у больных нередко сопровождался диспептическими жалобами (тошнотой, отрыжкой, изжогой, горечью во рту, чувством переполнения в эпигастрии и снижением аппетита) – 12 ($48,0 \pm 9,9\%$) детей, что указывало у данных пациентов на развитие патологии верхних отделов пищеварительного тракта на фоне паразитарной инвазии. Неустойчивый стул беспокоил 16 ($64,0 \pm 9,6\%$) больных, метеоризм – 14 ($56,0 \pm 9,9\%$). Кожные проявления лямблиоза (сухость, шелушение кожи концевых фаланг пальцев и ладоней) выявляли у 10 ($40,0 \pm 9,8\%$) детей, хейлит диагностировали у 6 ($24,0 \pm 8,5\%$). Жалобы общего характера: вялость, слабость, плохое настроение отмечали у 14 ($56,0 \pm 9,9\%$) больных. Повышение температуры до субфебрильных цифр регистрировали у 7 ($28,0 \pm 9,0\%$) детей. Явления хронической крапивницы диагностированы у 5 ($20,0 \pm 8,0\%$) пациентов.

При проведении эндоскопического исследования у 22 ($88,0 \pm 6,5\%$) больных установлены признаки гастродуоденопатии. При изучении ультрасонографической картины органов брюшной полости установлены изменения со стороны поджелудочной железы в виде увеличения ее размеров, снижения эхогенности

паренхимы у 18 (72,0±9,0%) пациентов. Со стороны билиарной системы выявляли диффузное уплотнение внутривенных желчных протоков в виде холангита и/или уплотнение стенки желчного пузыря – у 10 (40,0±9,8%).

Таким образом, лямблиоз является одной из причин формирования патологии различных органов пищеварительной системы и поддержания хронизации патологического процесса в них, что, в свою очередь, может усугублять течение СД 1-го типа у пациентов детского возраста. Широкая распространенность лямблиоза у детей обуславливает необходимость более тщательной диагностики данного заболевания у больных, страдающих СД 1-го типа.

Литература.

1. Приворотский В.Ф. Лямблиоз у детей: современное состояние проблемы. / В. Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова // Педиатр. – 2013. – Т. IV, №3. – С. 101-110.
2. Захарова И.Н. Лямблиоз у детей: что нового? / И. Н. Захарова, Т. И. Авдюхина, И. В. Бережная и др. // Медицинский совет. – 2015. – №14. – С. 59-62.
3. Файзуллина Р.А. Лямблиоз у детей: особенности клиники, диагностики и лечения / Р. А. Файзуллина // Доктор. Ру. – 2014. – №3 (91). – С. 23-30.

Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Светличный П.А2, Баранов А.В.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки, Луганская детская инфекционная больница, г. Луганск

В отделении интенсивной терапии ГУ «Луганская детская инфекционная больница» проводится интенсивная терапия детям с генерализованными формами острых кишечных инфекций.

Цель исследования: оценить эффективность назначения полного кратковременного сбалансированного парентерального питания, а также оптимизировать антибиотикотерапию у детей с генерализованными формами острых кишечных инфекций.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 26 детей в возрасте от 2 месяцев до 5 лет с генерализованными формами острых гастроэнтероколитов. Контроль составила группа из 25 детей, пролеченных в соответствии с клиническими протоколами.

Диагноз верифицировали на основе клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных данных. В отделение интенсивной терапии дети поступали на 2-4 сутки от начала заболевания. Трижды выполнялось бактериологическое обследование с целью выявления возбудителей кишечных инфекций. У всех пациентов высевалась условно-патогенная микрофлора в концентрации 10⁴-10⁹.

Эффективность предложенного метода лечения оценивалась по срокам устранения проявлений эндотоксикоза, восстановления функции желудочно-кишечного тракта, возобновления энтерального питания, сроками перевода в соматическое отделение.

тическое отделение.

Результаты исследования. При анализе эффективности терапии установлено, что в условиях коротких курсов лечения (2-3 суток) у 20 детей (77%) сокращалась длительность водно-чайной паузы в среднем на 3 часа, позволявшая начать более раннее энтеральное питание. У 19 детей раньше купировались симптомы токсико-эксикоза (1 степени – за 6-10 часов, 2 степени – за 24 часа), у 24 пациентов сократилась длительность эпизода диареи.

На 2-3 сутки лечения в посевах кала роста патогенной и условно-патогенной флоры не наблюдалось.

В соматическом статусе детей исследуемой группы выявлена положительная динамика, которая привела к улучшению общего состояния и сокращения периода пребывания больных в отделении реанимации на 24 часа, по сравнению с контрольной группой со средним сроком лечения детей 6 суток.

Таким образом, комплексное лечение генерализованных форм кишечных инфекций имеет значительные преимущества по сравнению с традиционными методами.

Литература.

1. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций / Под ред. И.Н. Тимченко, В.В. Леванович, И.Б. Михайлова. – Санкт-Петербург, «ЭЛБИ-СПб», 2007. – с.170-178.

2. Курек. В.В. Руководство по неотложным состояниям у детей / В.В. Курек, А.Е. Кулагин. - М.: Мед лит. – 2008. – 464с.

3. Feigin and Cherry's textbook of pediatric infectious diseases, 6-th Edition. Vol. 2/ [edited by] R.D. feigin et al.]. 2009.- p.2007-2088/

Новак К.Е., Эсауленко Е.В.

ГЕОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАВОЗНЫХ ИНФЕКЦИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г.
Санкт-Петербург

Актуальность: в странах тропического и субтропического климата сохраняется эпидемиологическое неблагополучие по трансмиссивным инфекциям. Ежегодно на территории Северо-Западного федерального округа, в том числе и в Санкт-Петербурге (СПб) регистрируются завозные случаи малярии [1], лихорадки денге (ЛД) [2], лихорадки Западного Нила (ЛЗН). Условия для распространения данных заболеваний на местном уровне отсутствуют.

Гепатиты А (ГА) и Е (ГЕ), брюшной тиф – инфекции с фекально-оральным механизмом передачи, в нашем регионе могут быть как завозными, так и автохтонными, с широким распространением завозных случаев среди местного населения [3, 4, 5].

Цель исследования: охарактеризовать современную геоэпидемиологию завозных инфекций в СПб.

Материалы и методы: в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» в 2012-2018 го-

дах наблюдалось 86 пациентов с ЛД, 90 – с малярией, 2 – с ЛЗН, 29 – с брюшным тифом, 65 с ГЕ и 199 – с ГА.

Результаты: пациенты с диагнозом ЛД (100% туристы) посещали азиатские страны в 89,4%, Африку – в 4,7%, Кубу – в 3,5%, в 2,4% – Бразилию и Мексику.

В структуре пациентов с малярией 68,9% – граждане РФ, выезжавшие в субтропические и тропические страны, а 30% – мигранты, прибывшие в СПб. Зарегистрирован 1 случай прививной тропической малярии. Микроскопически *P. vivax* обнаружен у 40%, *P. falciparum* у 57,8%, *P. ovale* у 2,2% пациентов. Случаев четырехдневной малярии не обнаружено. Незадолго до госпитализации посещали страны Азии 32,2%, из них Индию – 18 человек (из 29), страны Западной Африки – 23,3%, Восточной Африки – 5,6%, Северной Африки – 4,4%, Центральной Африки – 26,7%, Южной Африки – 4,4%, Доминикану и Кубу по 1,1%. Случаи завоза из стран СНГ не зарегистрированы.

ЛЗН является ярким примером эмерджентной болезни, нозоареал которой интенсивно расширяется, в СПб за последние 5 лет зарегистрировано 6 случаев, все после туристических поездок в Таиланд.

41,7% пациентов с ГА выезжали или въезжали в СПб с других территорий в сроки, соответствующие инкубационному периоду. Среди завозных случаев 62% – мигранты из стран СНГ, 38% – российские туристы, выезжавшие на отдых в Египет, Турцию, Китай, Таиланд, Индию, Африку и др. Изучение генетического разнообразия изолятов ГА способствует расследованию очагов ГА и выявлению источника инфекции, установлению эпидемиологической связи между различными случаями заболевания и идентификации завозных случаев инфекции [3, 4].

Среди пациентов с завозным ГЕ (31 из 65 чел.) прибыли из Индии 67,7%, единичные завозы были из: Абхазии, Казахстана, Азербайджана, Испании, Черногории, Сочи.

В структуре пациентов с завозным брюшным тифом (20 из 29 чел.) преобладали лица, посетившие Индию (27,5%) и Таджикистан (27,5%), единично – Узбекистан, Таиланд, Мексику.

Закключение: возможное тяжелое течение этих инфекций с развитием осложнений и летальных исходов, обуславливает необходимость внимательного сбора эпидемиологического анамнеза у пациентов с более частым включением врачами в диагностический поиск заболеваний, ранее считавшиеся экзотическими на территории нашей страны.

Литература.

1. Новак К.Е., Эсауленко Е. В. Анализ завозных случаев малярии в Санкт-Петербурге, проблемы терапии. В сборнике: Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России Материалы II Межрегионального научно-практического форума. 2017. С. 102-103.

2. Новак К.Е., Эсауленко Е.В., Федуняк И.П., Дьячков А.Г. Анализ завозных случаев лихорадки денге в Санкт-Петербурге. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2016. Т. 21. №5. С. 262-267.

3. Новак К.Е., Бушманова А.Д., Тельнова Н. В., Скворода В.В. Гепатиты А и Е: завозные или автохтонные? В сборнике: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания Материалы V Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием. 2018. С. 179-181.

4. Новак К.Е., Бушманова А.Д. Клинико-лабораторные особенности течения завозного гепатита А. В сборнике: Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ. 2016. С. 152-153.

5. Новак К.Е., Дьячков А.Г., Эсауленко Е.В. Эпидемиологические особенности и эволюция клиники брюшного тифа в Санкт-Петербурге. Журнал инфектологии. 2019. Т. 11. №1. С. 25-32.

Носкова Н.Ю.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Кировский государственный медицинский университет, г. Киров

За последнее время с проблемой парентеральных вирусных гепатитов сталкиваются миллионы людей. В мире насчитывается около 240 миллионов больных хроническими формами HBV -инфекции. Хронические вирусные гепатиты на протяжении ряда последних лет продолжают оставаться широко распространенными инфекционными заболеваниями среди населения России и Кировской области. Течение хронического гепатита В может усугубляться злоупотреблением алкоголя, что неблагоприятно влияет на клинику и исходы заболевания [1-4].

Цель исследования: оценить влияние такого отягощающего фактора, как алкоголь, на течение хронического гепатита В с помощью оценки маркера холестерина ГГТП.

Материалы и методы: Нами были изучены истории болезни у 46 пациентов с хроническим гепатитом В. Из них 8,7% больных злоупотребляли алкоголем длительное время (5-10 лет). Моно- инфекция ХГВ выявлена в 91% случаев, в 9% случаев встречалась микст -инфекция ХГВ+С. Диагноз ХГВ был установлен на основании анамнеза заболевания, сохранения активности печёночных ферментов АЛТ/АСТ, наличия серологических маркёров (HbsAg, анти-Hbcor, анти-Hbe) более 6 месяцев. Полученные данные были обработаны и внесены в базу данных, созданную в программе «Microsoft Access». Для упрощения сопоставления пациентов и их результатов лабораторных и физикальных показателей были установлены межтабличные связи.

Результаты: В ходе исследования было установлено, что преобладающим механизмом передачи был половой (69%), также HBV-инфекция, и микст-инфекция с гепатитом С, передавалась в семейных очагах (16%), при донорстве (12%), нанесении татуировки (3%), о чём указывали и другие авторы [2-4]. Мы выяснили, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, исходные лабораторные показате-

ли были достоверно выше (общий билирубин 121,25 ммоль/л, прямой билирубин 27,13 ммоль/л), по сравнению с пациентами не употребляющих алкоголь (общий билирубин 26,15 ммоль/л, прямой билирубин 13,9 ммоль/л); был выше уровень цитолитических ферментов и ниже уровень протромбина. Также нами была установлена связь между значительным повышением фермента ГГТП и употреблением алкоголя (средний у лиц, злоупотребляющих алкоголем ГГТП – 286,13 ед/л., у не злоупотребляющих – 101,5 ед/л.). Об абсолютной гепатотоксичности опасных доз алкоголя указывали и другие исследователи [4]. Дальнейшее злоупотребление алкоголем может привести к развитию цирроза печени смешанного генеза и в более короткие сроки, как это наблюдается и при других вариантах вирусных инфекций [4,5].

Выводы. На основании полученных результатов можно утверждать, что злоупотребление алкоголем характеризуется значительным повышением ГГТП и способствует более тяжелому течению хронического гепатита В и повышает риск развития смешанного цирроза печени.

Литература.

1. Официальные данные Роспотребнадзора в Кировской области по инфекционной заболеваемости // <http://www.43.rospotrebnadzor.ru>.

2. Барамзина С.В. Клинико-иммуногенетическая характеристика гепатита С. // Дисс. учен. степ. канд. мед. наук /ЦНИИ эпидемиологии. Москва, 2002, С. 187.

3. Барамзина С.В. Хроническая HCV- инфекция: эпидемиологическая характеристика у взрослых и детей за 14-летний период наблюдения // Медицинский альманах. 2014. №1 (31). С. 34-37.

4. Ивашкин В.Т., Маевская М.В. Алгоритмы диагностики и лечения в гепатологии //М.-МЕДПРЕСС, 2016, с.176.

5. Бондаренко А.Л., Барамзина С.В. HCV- цирроз печени: клиника, диагностика, прогностические критерии его формирования на этапе хронического гепатита С. // Вятский медицинский вестник. – №3. – 2010. – С.3-8.

Петровская О.В., Пневский Ю.А.,

Шахова Т.А., Кротова И.Ю., Пасечник О.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУЛЯРЕМИЕЙ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Управление Роспотребнадзора по Омской области;

Омский государственный медицинский университет, г. Омск

Территория Российской Федерации является обширным ареалом распространения природно-очаговых болезней, в том числе, передающихся клещами – иксодовые клещевые боррелиозы, клещевой вирусный энцефалит, туляремия и другие инфекции. В 2012-2017 гг. по ряду природно-очаговых болезней либо сохранилась тенденция к снижению заболеваемости, либо регистрировались циклические колебания.

Заболеваемость туляремией в Российской Федерации носит спорадический характер, среднесноголетний показатель заболеваемости составляет

0,07 на 100 тыс. населения. Заболеванию подвержены взрослые, часто проживающие в сельской местности или выезжающие на территорию, где расположены активные природные очаги.

На фоне сохранения актуальности данной инфекции в последние годы в РФ отмечается тенденция снижения количества привитого населения против туляремии [1].

Омская область относится к регионам, неблагоприятным по риску заболевания людей туляремией, что обусловлено наличием природных очагов различной степени активности. В 2017 году по ориентировочным расчетам экономический ущерб, связанный с заболеваемостью населения туляремией и затратами на проводимые профилактические мероприятия, для Омской области составили 2626,45 тысяч рублей.

О сохранении активности природных очагов свидетельствуют результаты ежегодного эпизоотологического мониторинга. В 2017 году из объектов внешней среды в природных очагах серологическим методом исследовано 1125 проб, из них 163 положительных (14,4%), в 2018 году – исследовано 865 проб, из них 120 серопозитивных (13,8%). Бактериологическим методом в течение года исследовано 54 пробы от млекопитающих, культуры *Francisella tularensis* получены не были.

В 2018 г. зарегистрировано 18 случаев заболеваний туляремией, что составило 0,92 на 100 тысяч населения. Показатель заболеваемости в 18 раз превышал уровень заболеваемости по Российской Федерации (0,05 на 100 тысяч населения).

В городе Омске зарегистрировано 9 случаев заболевания туляремией (0,77 на 100 тысяч населения, в 2017 г. – 0,59 на 100 тысяч населения), в сельских районах заболеваемость составила также 9 случаев (1,14 на 100 тысяч населения, 2017 г. – 1,38 на 100 тысяч населения), случаи туляремии регистрировалась в 7 муниципальных районах области.

В возрастной структуре заболевших преобладают взрослые (55,6%). Профессиональная структура заболевших: школьники (33,3%), дети детских дошкольных учреждений (5,6%), неорганизованные дети (5,6%), работающее население (33,3%) ; неработающее население трудоспособного и пенсионного возраста (16,7%), учащиеся профессиональных образовательных учреждений (5,6%).

В клинической структуре случаев туляремии на долю glandулярной формы заболевания приходилось 77,8%, ulцерогlandулярной формы – 22,2%.

По степени тяжести туляремии основную долю занимала среднетяжелая форма – 61,1% (11 сл.).

Из установленных путей передачи возбудителя наибольшую долю составил трансмиссивный – 55,6% (10 сл.), на алиментарный и контактный пришлось 27,8% (5 сл.) и 5,6% (1 сл.) соответственно, в 2-х случаях путь передачи не установлен.

Заражение горожан, не вакцинированных против туляремийной инфекции, как правило, происходило при посещении территории природных оча-

гов, обуславливающим контакты населения с источниками инфекций

Вакцинация остается одним из основных мероприятий по профилактике туляремии. В отчетном году привито против туляремии 27833 человека, из них 17079 вакцинировано (73,08% от плана) и 10754 получили ревакцинацию (71,97% от плана).

С учетом прогнозируемой ситуации по туляремии было издано Постановление

Главного государственного санитарного врача по Омской области «Об усилении мероприятий по профилактике туляремии в Омской области», которое предусматривает организацию дополнительных профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения туляремии.

Литература.

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018. – 268 с.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Омской области в 2017 году: Материалы для государственного доклада. – Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Омской области, 2018. – с. 201.

Пивовар О.И., Непочатай А.В., Слепухова Д.В.

ПАГУБНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Актуальность темы. Злоупотребление алкоголем оказывает пагубное влияние на все стороны жизни общества, особенно на такие, как возникновение трудопотери и брака на производстве, что обуславливает большие экономические потери, распад семей, дефекты в воспитании молодого поколения, возникновение преступлений, наконец, на одно из ценнейших достояний – генетический фон человека.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния алкоголя на возникновение болезненных состояний организма.

Материалом исследования послужили Заключение судебно-медицинских экспертов из архива Андижанского областного Бюро судмедэкспертизы за последние 20 лет.

Результаты исследования. Наши исследования показали, что в экспертной практике у лиц, страдавших ишемической болезнью сердца (ИБС) и злоупотреблявших алкоголем, отмечается более значительное увеличение площадей, занятых коронарным атеросклерозом; чаще возникают инфаркты миокарда, чем у

лиц, страдающих ишемической болезнью сердца, но не употребляющих алкоголь.

В экспертной практике также возникает необходимость дифференцировать смерть от ИБС на фоне алкогольной интоксикации, от смерти от отравления алкоголем. Обычно отсутствие специфических морфологических критериев дифференцировки создаёт условия для гипердиагностики смерти от острой алкогольной интоксикации.

Алкоголь раздражающе действует на слизистую оболочку верхних дыхательных путей: зева, носоглотки, гортани, а также голосовые связки, вызывая их воспаление. Голосовые связки при этом утолщаются и уплотняются. У лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, голос становится грубым, сиплым.

От небольших доз алкоголя дыхание учащается и углубляется. Но несмотря на усиленную работу лёгких, количество доставляемого организму кислорода не увеличивается, так как он связывается с алкоголем. Большие дозы алкоголя действуют наркотически, резко замедляя дыхание и уменьшая объём поступающего в лёгкие воздуха.

Алкоголь действует и на почки, которые являются важнейшим органом выделения. Они удаляют из организма продукты обмена веществ, являющиеся для него опасным ядом. Поэтому при нарушении мочеотделения наступает тяжелейшее отравление организма.

При нормальной деятельности почек кровь, проходя через них, отдаёт накопившиеся в ней вредные вещества. Если алкоголь попадает в больших количествах и большой концентрации, почки начинают усиленно работать, количество мочи при этом увеличивается за счёт воды, которую алкоголь жадно поглощает в организме и уносит с собой. Поражённые алкоголем почечные клетки теряют способность выводить из организма вредные вещества. От воздействия алкоголя почечные клетки воспаляются, и через почки вместе с мочой начинает обильно выделяться необходимый организму белок. С течением времени, под влиянием алкогольного отравления почки сморщиваются, мочеотделение нарушается, что приводит к гибели больного.

Выводы. 1. Алкоголь является способствующим фактором риска, определяющим неблагоприятные исходы скрыто протекающих заболеваний. 2. Борьба с пьянством должна стать делом всей широкой общественности. 3. Главным в борьбе с пьянством остаётся предупреждение его возникновения.

Литература.

1. Капустин А.Б. Алкоголь – враг здоровья. М.: «Медицина», 2010
2. Лубоцкая-Росселье Е.М. Алкоголь и дети. М.: «Медицина», 2014
3. Носов Н. Об употреблении спиртных напитков. В кн.: «Иронические юморески», М.: «Советская Россия», 2011.
4. Дашук А.М. Клиническая Дерматовенерология /А.М. Дашук, Л.О. Куцевляк, О.М. Карабан. – Х.: «С.А.М.». – 2015. – 769 С.
5. Дерматология и венерология / Под Ред. Проф. В.И. Степаненко. – Киев: Ким, 2012. – 904 с.

Подборонов В.М., Самсонова А.П.
**ПЕРСИСТЕНЦИЯ БАКТЕРИЙ И ВИРУСОВ
В ОРГАНИЗМЕ КЛЕЩЕЙ Ixodes**

Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почет-
ного академика Н.Ф. Гамалеи, г. Москва;
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова, г. Москва

Как известно, клещи, в том числе представители *Ixodes*, имеют большое эпидемиологическое и эпизоотологическое значение как резервуары и пере-носчики в распространении возбудителей природноочаговых заболеваний людей и животных (клещевой энцефалит, клещевые боррелиозы, риккетсиозы, эрлихиозы и др.) Например, иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) является самым распространенным заболеванием среди клещевых инфекций в РФ, его доля в разных регионах составляет 45% – 92,2%. Среди субъектов Южно-го федерального округа наиболее неблагополучным по заболеваемости ИКБ (55,6%) является Краснодарский край (Куличенко А.Н. и др., 2016, Авдеева М.Г. и др., 2014). В настоящее время большое внимание уделяется изучению смешанных инфекций в организме клещей в природных условиях (Алексеев А.Н. и др., 2011, Коренберг Э.И., 1999, 2003). В то же время работ по естественной зараженности клещей другими микроорганизмами, например, представителями кишечной группы, а также смешанных инфекций относительно мало, чтобы определить их роль в качестве переносчика этих возбудителей. Ранее в экспериментах ряда авторов, в том числе и наших (Подборонов В.М. и др., 1995-2018), с одной стороны, была показана способность клещей вос-принимать и сохранять бактерии (эшерихии, сальмонеллы, листерии), зара-жать ими восприимчивых животных и передавать по ходу метаморфоза (трансфазово- и трансвариально), а с другой- способность возбудителей вызывать патологические изменения в органах и тканях клещей.

При изучении взаимоотношений между кровососущими членистоногими и микроорганизмами – возбудителями инфекционных заболеваний важно знать, с одной стороны, механизмы изменчивости бактерий при взаимодействии с организмом переносчика, а с другой – изменения в его органах и тка-нях. В этой связи целью настоящей работы является изучение персистенции микроорганизмов в организме иксодовых клещей при смешанном инфициро-вании. Экспериментальной моделью послужили клещи *Ixodes ricinus* (Linnaeus, 1758) – специфические переносчики возбудителей клещевого энце-фалита. Исследования проводили на клещах лабораторной линии, свободной от патогенной флоры. Для заражения белых мышей использовали вирус кле-щевого энцефалита (ВКЭ) штамм Софьин и бактериальную культуру *Salmonella typhimurium* штамм LT2 (смешанная ин-фекция). На следующем этапе для заражения клещей использовали титрованную 10% суспензию моз-га больных мышей и бактериальную культуру *S. typhimurium*. Полностью напивавшихся клещей проверяли на зараженность вирусами и бакте-риями. Определение титров ВКЭ в клещах проводили путем интрацеребрального заражения приготовленными суспензиями (в разведениях от 10-1 до 10-10) белых

мышей, а титров сальмонелл – путем посева этих разведений на пластины МПА с последующим подсчетом выросших колоний.

Показано, что при одновременном заражении клещей ВКЭ и сальмонеллами отмечается снижение титра вируса к 30-40-м суткам примерно на 1 порядок, а через 60 суток вирус полностью элиминируется. В контрольной группе, где клещи были заражены только ВКЭ, вирус выделялся в течение всего срока наблюдения (60 дней). При заражении нимф ВКЭ в их организме сохранялся в течение всего срока наблюдения, как при заражении одним ВКЭ, так и при смешанной вирусно-бактериальной инфекции. Однако количество вируса при смешанной инфекции было через 60 дней наблюдения на 2 порядка ниже, чем при моноинфекции ВКЭ, и не достигало исходной заражающей дозы.

Сальмонеллы при смешанном заражении с ВКЭ сохранялись в организме половозрелых клещей до 12 суток. В контрольной группе при моноинфекции бактериальной культурой сальмонеллы сохранялись в течение всего срока наблюдения и их число составляло 58 КОЕ/мл. Аналогичные данные получены при заражении нимф. Сальмонеллы погибали при заражении смешанной культурой через 12-18 суток, в то время как в контрольной группе при сальмонеллезной моноинфекции они оставались жизнеспособными весь период наблюдения (60 суток). Таким образом, при одновременном смешанном заражении половозрелых клещей *I. ricinus* и их нимф двумя возбудителями (ВКЭ и *S. typhimurium*) происходит более быстрое угнетение роста и развития как ВКЭ, так и сальмонелл.

Исходя из вышеизложенного, представляется необходимым дальнейшее изучение смешанных клещевых инфекций в связи с эпидемиологической и эпизоотологической значимостью как резервуаров и переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний людей и животных. Создание экспериментальной модели паразитоценоза в организме клещей может служить перспективным подходом к изучению механизмов взаимного влияния его сочленов на параметры сохранения и передачи возбудителей инфекций клещами, широко распространенными в природе, в частности, *I. ricinus*.

Литература.

1. Авдеева, М.Г., Мошкова Д.Ю., Блажная Л.П., Городин В.Н., Зотов С.В., Ванюков А.А., и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика клещевого боррелиоза в Краснодарском крае //Эпидемиология и инфекционные болезни, 2014, с. 11-14.
2. Алексеев А.Н., Дубинина Е.В., Мишаева Н.П., Головлева И.В. О взаимодействии клещевых патогенов в организме беспозвоночного хозяина, клеща *Ixodes ricinus* (Ixodidae) // Естеств. техн. науки, 2011, 3, с.136-139.
3. Коренберг Э.И. Микст-инфекции, передающиеся иксодовыми клещами: современное состояние проблемы //Успехи соврем. биол., 2003, 5, 475-486.
4. Куличенко А.Н., Малецкая О.В., Василенко Н.Ф., Манин Е.А., Прислегина Д.А., Дубянский В.М., Григорьев М.П. //Эпидемиологическая обстановка по природноочаговым инфекционным болезням в Южном, Северо-Кавказском и Крымском федеральных округах в 2015 году. (Аналитический обзор). Ставрополь, 2016, 96 с.

5. Подборонов В.М., Самсонова А.П. О взаимодействии патогенов в организме беспозвоночного хозяина – клеща *Hyalomma asiaticum*// Инфекционные болезни, 2016, том 14, №1 (приложение), с. 231-232.

6. Подборонов В.М., Самсонова А.П., Москвитина Г.Г. Особенности взаимодействия иксодовых клещей с возбудителями сальмонеллез // Инфекционные болезни, 2018, том 16, №1 (приложение), с.172.

Pulatov M.D., Azizov Yu.D.

VARIABILITY OF SOME PROPERTIES OF CYSTITIS AGENTS

Andijan State Medical Institute, Andijan

Relevance: Urinary infections are the most common bacterial infections in adult women. A polyclinic doctor encounters urinary tract infections (UTI) almost daily. Diagnosis and treatment of this disease are fully within the competence of the general practitioner. The most frequent causative agents of cystitis are gram-negative enterobacteria, mainly *Escherichia coli* (up to 90%). The second most common selection is *Staphylococcus saprophyticus* (up to 20%), which is more often detected in young women. Much less frequently, cystitis is caused by *Klebsiella* sp. or *Proteus mirabilis*.

Objective: – a comparative study and assessment of the variability (variability) of certain biological properties of cultures of microorganisms isolated from the urine of sick women of fertile age with acute and chronic cystitis.

Material and Methods: A total of 1026 urine samples of women of fertile age (18-49 years old) with urinary tract infections obtained for bacteriological studies were studied. 278 (27.1%) samples were obtained from patients with cystitis, of which 194 (69.8%) were acute (OC) and 84 (30.2%) were chronic (HC). After the cultures were identified, 29 strains of *E.coli* (15 from women with OC and 14 with CW) of urinary origin were used for further in vitro studies with >10⁵ CFU / ml in urine. For comparison of taxonomic characters, 21 *E. coli* strains identified from the feces of healthy women of comparable age were used. The intergeneric and interspecific identification of strains was carried out simultaneously, under the same conditions, using traditional bacteriological methods [4].

Results and discussion: The main etiological agent of urinary tract infections, including OC and HC, were *E.coli* (73.9%), so the strains of this particular pathogen were subjected to further research. Together with *E.coli*, representatives of the family Enterobacteriaceae, *Staphylococcus* sp., *Streptococcus* sp., *Enterococcus* sp., *Pseudomonas* sp., *Candida* sp. Were often sown. Further identification of isolated cultures testified to the homogeneity of microorganisms of the genus *Escherichia*, *Pseudomonas*, and *Staphylococcus* by their basic biological properties. The study of the total hemagglutinating activity of the strains under study is of great importance, since it characterizes one of the pathogenic factors of bacteria – adhesiveness. The facts established in the course of bacteriological studies are of great importance in diagnosing, predicting the course and outcome, as well as assessing the occurrence and course of urological infection in women of fertile age due to *E.coli*.

Conclusion: The causative agents of acute and chronic cystitis (*E.coli*) with different frequencies revealed taxonomic features with which their pathogenicity is associated. The adhesiveness of *E.coli*, obtained from patients with chronic cystitis, is 1.6 and 3.6 times higher than that of patients with acute cystitis and healthy women. The isolated cultures of *E.coli* were distinguished by variability in some biological characteristics, differences in the ability of sucrose fermentation and hemolytic activity were revealed.

Bibliography:

1. Kondratov S. Yu. Pathogens of urinary tract infections in outpatient practice // Infection, immunity and pharmacology. – 2005. – №3. – p.17-19.
2. Kudrya E.V. Biological properties of microorganisms colonizing the gallbladder in acute and chronic calculous cholecystitis // Authors. dis... kavd. hon-ey. Sciences-Rostov-on-Don. – 2002.23 s.
3. Sultanova E.A., Grigoryan V.A., Amosev A.V. and other. Treatment of uncomplicated lower urinary tract infections caused by opportunistic flora in women // Rus. Honey. Log – 2005. – V. 13, №27. – P.1846-1849..
4. Sultanova E.A., Grigoryan V.A., Amosev A.V. and other. Treatment of uncomplicated lower urinary tract infections caused by opportunistic flora in women // Rus. Honey. Log – 2005. – V. 13, №27. – P.1846-1849.
5. Duschanov B.A., Kondratova S.Yu., Turkin V.A. Generic and species structure of microflora, determined in various forms of community-acquired infection. Vestnik KK of the Branch of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan. – 2006. – №3. – P.44-48.

Pulatov M.D., Ibragimova L.M.

ADHESIVE URINE ACTIVITY AND BLOOD SERUM IN WOMEN

Andijan State Medical Institute, Andijan

Relevance: It is established that the higher the anti-adhesive properties of humoral substrates on the surface of mucous membranes, the higher the resistance of the organism.

Objective: Was to study the method for determining the anti-adhesive activity of urine and serum in healthy and patients with uncomplicated urinary tract infections in women of fertile age.

Material and Methods: Identified collection and hospital strains (test microbes) of microorganisms were used to carry out research using identified bacteriological methods up to the species. Our proposed method is based on the change in the adhesive activity of test microbes under the influence of urine, obtained from the studied women. For this purpose, strains of microorganisms with high adhesiveness were selected and an object of adhesion was prepared (human erythrocytes o (I) Rh +). The system is the object of adhesion, the test strains and the test urine were prepared simultaneously. In the control, urine was replaced with 0.9% NaCl solution, the average degree of adhesion according to Brilis VI was determined. (1986).

Results and discussion: Expressed as an indicator of the "anti-adhesive activity of urine" (PAAM) :

PAAM = $1 - N_0 / N_k$, where,
 N_0 - average adhesion in the experience;
 N_k - average adhesion in the control.

In total, we examined 197 healthy and sick women. The study of adhesive properties was carried out on 82 strains of *E. coli*, 43 strains of *P. aeruginosa* and 39 strains of *Proteus* (*P. vulgaris* and *P. mirabilis*).

The highest anti-adhesive activity of urine was found in healthy women (0.96 ± 0.02 units), the lowest in the group of patients with chronic uncomplicated urinary tract infections (0.22 ± 0.01 units), and in patients with acute uncomplicated infections urinary tract anti-adhesive activity of urine was in the range of 0.71 ± 0.02 units.

Findings: The findings suggest that the degree of bacterial colonization and the nature of the pathological process may depend on the severity of adhesion in the uropathogenic microorganism, on the anti-adhesive effect of secrets or non-specific protection factors washing the mucous membranes of the urinary tract.

Bibliography:

1. Galeeva E.V., Samarina O. Yu. Experience of using DipStreak test system for bacteriological rapid urine analysis at the stage of standardized technology "Bacteriological analysis of urine" // Clinical laboratory diagnostics. – Moscow, 2012. – №9. – P.48-52.
2. Satlikov R.K. Microbiological features and antimicrobial resistance in uncomplicated urinary tract infections. Thesis for the title of Candidate of Medical Sciences. – Tashkent, 2008. – 121 p.
3. Duschanov B.A., Kondratova S.Yu., Turkin V.A. Generic and species structure of microflora, determined in various forms of community-acquired infection. Vestnik KK of the Branch of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan. – 2006. – №3. – P.44-48.
4. Adauskiene D., Kinderyte A., Tarasevicius R., Vitkauskiene A. Etiology, risk factors, and outcome of urinary tract infection // Medicina (Kaunas). 2006; 42 (10) : P.805-809.
5. Perepanova TS, Kudryavtsev Yu.V., Khazan P.L. Uncomplicated urinary tract infection // Consilium – medicum. – 2003. – №5. – C.13-25

Путинцева Е.В., Алексейчик И.О., Смельянский В.П.

АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИХОРАДКОЙ ЗАПАДНОГО НИЛА КАК ЭЛЕМЕНТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА

Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт, г. Волгоград

Разработка эффективных профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости населения лихорадкой Западного Нила (ЛЗН), возможна лишь на основе осуществления действенного эпидемиологического надзора, включающего прогнозирование эпидемической ситуации.

Основой прогнозирования является принцип системности и комплексности. Он включает исследование количественных и качественных закономерностей в экологических системах. Комплексный подход рассматривает явления в их взаимосвязи и взаимозависимости. Учитывая циклическую смену сезонов с подъемами и снижениями заболеваемости ЛЗН, прогноз следует осуществлять по многолетнему тренду.

Кроме этого, за 20 лет наблюдения за заболеваемостью ЛЗН климат значительно изменился, что повлияло на изучаемые факторы. Изменившаяся окружающая среда нарушила сбалансированное природное равновесие, возникло комплексное сложное взаимодействие новых элементов в создаваемых экосистемах.

Краткосрочный прогноз на сезон, при индивидуальном подходе к изучению ситуации на каждой конкретной территории, является наиболее вероятным, в условиях изменяющейся природной среды. Необходимо учитывать, что даже в краткосрочных прогнозах в настоящее время отсутствует эффективный алгоритм, использующий конкретные показатели, которые могут осложнить эпидемическую ситуацию и привести к эпидемическому уровню заболеваемости населения.

Краткосрочный прогноз базируется на основе мониторинга и оценки ряда факторов. Ареал и сезонность ЛЗН определяется биотическими (наличие возбудителя, разнообразие и большая численность носителей, переносчиков, возможность контакта с населением и другие) и абиотическими факторами (температура воздуха, относительная влажность, осадки и другие) [1]. По мнению исследователей эпидемический уровень заболеваемости населения может реализоваться на территории, где при заражении вирус накапливается в слюнных железах комаров в количествах, достаточных для передачи вируса через укус; минимальная температура для этого должна быть 14° (накопление в течение 58 суток), а при температуре 23-30° нужная концентрация вируса достигается через 11-15 дней. Устойчивость сезонных очагов возможно на территории с условиями сохранения температуры 24-30° на протяжении 50-60 дней [2].

По мнению зарубежных и российских исследователей, различия температуры являются ключевым фактором, дифференцирующим годы с более высокой и более низкой заболеваемостью населения. Влияние засушливой весны с последующей повышенной влажностью отмечалось в некоторые, но не во все годы эпидемических подъемов. Более низкое количество осадков является наиболее важным фактором прогноза повышения инфицированности комаров, которая может, но не всегда приводит, к повышенной заболеваемости населения. Таким образом, временные и пространственные характеристики осадков и температуры воздуха, наиболее вероятно, имеют постоянное влияние на время и место повышенной инфицированности комаров в изучаемой зоне. Изменения погодных характеристик в связи с глобальным потеплением особенно важны для прогнозирования их влияния на переносчиков и на риск заболеваемости ЛЗН. Прогноз заболеваемости может быть связан с погодными условиями предшествующего года. Ряд американских исследователей выявили обратную зависимость между

риском заболеваемости людей и общим количеством осадков в течение предшествующего года: высокая частота появления засушливого лета прошлого сезона может повысить относительный риск вспышек ЛЗН в будущем [3].

Как известно, источником инфекции и главным резервуаром вируса Западного Нила в природе являются птицы. По мнению европейских ученых потепление продлило сроки гнездования птиц и изменило маршруты весенних и осенних перелетов, даже места летнего и зимнего пребывания. Осваивая новые территории, пернатые образуют новые экосистемы, что приводит к распространению возбудителей на новые территории, появлению геновариантов вирусов, обладающих новыми свойствами. Таким образом, наблюдение за птицами, а также изучение их зараженности в местах весеннего гнездования является неоспоримым и основным фактором в прогнозировании интенсивности заноса инфекции на территорию и его эпидемического потенциала.

Наиболее эффективным в мониторинге и прогнозе за ЛЗН является обследование маркерных видов сельскохозяйственных животных (лошадей, крупного рогатого скота) и маркерных видов птиц (врановых в антропогенных и бакланов в природных биоценозах), по результатам которых можно определить ареал вируса ЗН на территории и уровень активности его циркуляции. Возможно использовать опыт эпидемиологического надзора в США, когда массовая гибель ворон положена в основу системы раннего оповещения медицинских служб и населения о предстоящем обострении эпидемической ситуации по ЛЗН в отдельном штате. Результаты исследования комаров-переносчиков на зараженность вирусом ЗН являются показателем активности природного очага и могут позволить прогнозировать развитие эпидемической ситуации в данном сезоне.

Литература.

1. Сафронов В.А., Смоленский В.Ю., Смелянский В.П., Савченко С.Т., Раздорский А.С., Топорков В.П. Оценка динамики эпидемических проявлений лихорадки Западного Нила в Волгоградской области в зависимости от климатических условий, предшествующих началу эпидемического сезона. Вопросы вирусологии. 2014; 59 (6) : 42-46
2. Клинико – эпидемиологическая характеристика лихорадки Западного Нила в Краснодарском крае/Жукова Л.И., Рафеев Г.К., Городин В.Н., Ванюков А.А. / ЖМЭИ, №2, 2016, С.74-80
3. Paull S.H., Horton D.E., Ashfaq M., Rastogi D., Kramer L.D., Diffenbaugh N.S., Kilpatrick A.M. Drought and immunity determine the intensity of West Nile virus epidemics and climate change impacts. Proc. Biol. Sci. 2017; 284 (1848) : 1-10. DOI: 10.1098/rspb.2016.2078.

Рафеенко Г.К., Зинченко И.Н., Хурум З.Ю.

**ЛАБОРАТОРНАЯ РАСШИФРОВКА ГРИППА И ОРВИ И ИЗУЧЕНИЕ ОЦЕНКИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА НА БАЗЕ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ
ЛАБОРАТОРИИ ФБУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ
В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ»**

Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае, г. Краснодар
Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Краснодара

В периоды эпидемий гриппа и ОРВИ в эпидемический процесс вовлекается значительная часть населения Краснодарского края, что определяет высокую социально-экономическую значимость этих инфекций [1, 2].

За период с 2014-2018 гг. гриппом и ОРВИ переболело 560536 человек, в т.ч. гриппом 8263 человека, это более 10% населения края. С 2013 года (15,8 на 100 тыс. населения) отмечается превышение средних многолетних показателей заболеваемости гриппом (12,2 на 100 тыс. населения) с 1,8 раза до 6,6 раза в 2016 году (80,42 на 100 тыс. населения), заболеваемость же ОРВИ с 2012 года на уровне среднемноголетних показателей (2398 на 100 тыс. населения), т.е. уменьшения не наблюдается.

В эпидемические периоды 2014 г. переболело гриппом 546 человек, в 2015 году переболело гриппом 790 человек, в 2016 г. было зарегистрировано 4373 случаев заболевания гриппом, в 2017 г – 1648 случаев гриппа, в 2018 г. – 906 случаев гриппа. Все случаи гриппа лабораторно подтверждены, лабораторная диагностика проводится на базе 4 инфекционных стационаров края и 5 испытательных лабораторных центров ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае» молекулярно-биологическим, серологическим и вирусологическим методами.

В ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае», являющем опорной базой Федерального центра по гриппу и острым респираторным вирусным инфекциям, ежегодно проводится лабораторная расшифровка этиологической структуры гриппа и ОРВИ с тяжелым течением.

Лабораторная диагностика гриппоподобных больных проводится с использованием молекулярно-биологического (ПЦР), серологического (исследование парных сывороток в РТГА) и вирусологического методов.

В работу с 2014 по 2017гг. на культуру клеток MDCK взяты РНК положительных на грипп пробы, из 356 исследованных проб, изолировано 55 вирусов гриппа, что составило 15,4%. В 2018 году только классическим методом исследовано 47 проб, выделено 6 изолятов вируса гриппа- 13%.

Преимуществом метода изоляции вирусов на клеточной культуре перед другими тестами является получение инфекционного вируса, который может быть далее использован для антигенного и генетического анализа, выявления важных свойств возбудителя: чувствительность к химиопрепаратам, тропизм к разным системам хозяина и т.д.

Возрастная структура подтвержденных случаев гриппа за последних 5 лет представлена: 54% – дети в возрасте 0-2 лет, 29% – взрослые от 15-64 лет, 13%

-дети от 3-14 лет.

В возрастной группе 0-2 лет с 2014-2018гг. выделено 33 изолята гриппа, из них А (H1N1) pdm09 – 31 шт. (94%), А (H3N2) – 1 шт. (3%), В (Ямагатская линия) – 1 шт. (3%). Наиболее часто вирусы выделяются от детей младшего возраста, у которых вирус находится в свободном состоянии (вне иммунных комплексов) и сохраняется в носоглотке до 10-14 дней.

В возрастной группе 15-64 лет выделено 18 изолятов гриппа, из них А (H1N1) pdm09 – 12 шт. (67%), В (Ямагатская линия) – 3 шт. (17%), А (H3N2) – 2 шт. (11%), В (Викторианской линии) – 1 шт. (5%).

В возрастной группе 3-6 лет и 7-14 лет выделено по 5 изолятов гриппа. В первой группе преимущественно выделялся А (H1N1) pdm09 – 3 шт. (60%), во второй – А (H3N2) – 3 шт. (60%).

Следует отметить, что многие годы на территории Краснодарского края циркулировал вирус гриппа В/Викторианской линии, с 2017 года на клеточной культуре выделялся только грипп В/Ямагатской линии.

Все выделенные и типированные вирусы гриппа отправлены в референс-центры по мониторингу за гриппом. Антигенная принадлежность всех изолятов подтверждена на 100%.

Два выделенных штамма А (H1N1) pdm09: А/Краснодар/41/2016 и А/Краснодар/4/2018 депонированы в международный референс-центр ВОЗ по гриппу (CDC) в Атланте (США).

Использование клеточной культуры MDCK позволяет расширить диапазон выделяемых возбудителей с составлением наиболее полной картины о структуре циркулирующих вирусных популяций.

Выделение вирусов гриппа классическим методом вносит важный вклад в понимание закономерностей распространения и эволюции вируса гриппа, прогнозирования эпидемий и разработке рекомендаций по составу вакцин, диагностических препаратов на предстоящий сезон.

За период 2014-2018 исследовано 98 парных сывороток от больных с диагнозами «Грипп», «ОРВИ». Удельный вес лабораторно подтверждённого гриппа серологическим методом составил 34%. За текущий период наибольший удельный вес сывороток с сероконверсией 61% составил к вирусу гриппа А (H1N1) pdm09, к гриппу В 30%, гриппу А (H3N2) – 9%.

С 2018 года, в соответствии с МУ 3.1.3490-17, на базе ФБУЗ «ЦГиЭвКК» проводится изучение эффективности вакцинации к гриппу на территории Краснодарского края в целевых группах: 3-6 лет, 7-14 лет, 15-18 лет, 18-60 лет, 60 лет и старше. При оценке иммунологической эффективности вакцин против гриппа пользуются критериями, определенными Европейским медицинским агентством: фактор сероконверсии, уровень сероконверсии и уровень серопротекции.

Так в январе 2018 года на напряженность иммунитета к гриппу было исследовано 150 медицинских работников МБУЗ ГП №1 (50 чел.), МБУЗ ГП №3 (50 чел.), МБУЗ ГП №5 (50 чел.) г. Краснодара, иммунизированных вакциной «Со-вигрипп». Испытания показали эффективность вакцинации против вируса гриппа А (H1N1) pdm09, А (H3N2) и В. Уровень серопротекции у привитых в возраст-

ной группе 18-60 лет составил более 70% (72,8% к А (H1N1) pdm09; 82,4% к А (H3N2) ; 95,2% к гриппу В), в возрастной группе 60 лет и старше более 60% (84% к А (H1N1) pdm09; 76% к А (H3N2) ; 88% к гриппу В).

В сентябре-декабре 2018 году проводилась оценка эффективности вакцинации против гриппа вакцины «Совигрипп» в г. Краснодар среди 77 медицинских работников ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» МЗ КК в возрастных группах: 18-60 лет (55 чел.), 60 лет и старше (17 чел.) ; и у 94 детей г. Армавир в возрастных группах: 3-6 лет (31 чел.), 7-14 лет (30 чел.), 15-18 лет (33 чел.).

Испытания вакцины в г. Армавир перед эпидсезоном 2018-2019 гг. показали эффективность вакцинации в возрастной группе 3-6 лет против вируса гриппа А (H1N1) pdm09 и А (H3N2), фактор сероконверсии (прирост СГТ) составил 4,0 и 2,8 раз соответственно, а уровень серопротекции к А (H3N2) более 70%.

Результаты испытаний вакцины «Совигрипп» в г. Краснодар в возрастных группах 18-60 лет, 60 лет и старше подтвердили эффективность вакцинации. Согласно лабораторным исследованиям у взрослого населения до 60 лет фактор сероконверсии к А (H1N1) pdm09 составил 2,9, к гриппу В – 2,5; уровень сероконверсии по 45% к гриппу А (H3N2) и В. В возрастной группе 60 лет и старше фактор сероконверсии к А (H3N2) составил 3,3, уровень сероконверсии к гриппу А (H1N1) pdm09 – 35% и В – 47%. Уровень серопротекции в обеих группах превысил заявленных 70 и 60% и составил в возрасте до 60 лет: к гриппу А (H1N1) pdm09 – 76%, А (H3N2) – 89% и гриппу В-85%; в возрасте 60 лет и старше: к гриппу А (H1N1) pdm09 – 94%, А (H3N2) – 88% и гриппу В – 82%.

Проведение серологического мониторинга с целью изучения популяционного иммунитета и эффективности вакцинации к гриппу является обязательным элементом эпидемиологического надзора, поскольку эпидемиологическое благополучие населения в отношении гриппа определяется состоянием популяционного иммунитета к актуальным штаммам возбудителя.

Литература.

1. Жукова Л. И., Городин В. Н., Рафеенко Г. К., Ковалевская О. И. Клинико-эпидемиологическая характеристика гриппа в Краснодарском крае в 2016 году //Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – №3, Т.24. – С.39-44
2. Пархоменко В.В., Рафеенко Г.К., Зинченко Н.И., Назимова Т.И., Жукова Л.И. Этиологический мониторинг гриппа в Краснодарском крае //Матер. XI съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. Москва. – 16-17 ноября 2017 г./под ред. А.Ю. Поповой. СПб.: ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, 2017. – С. 269.

Романенко Т.А., Горохова А.А., Трунова О.А., Скрипка Л.В., Ткаченко И.М. АНАЛИЗ ИММУНИТЕТА ПРОТИВ КРАСНУХИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В 2018 г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы, г. Донецк

Динамическое слежение за состоянием коллективного иммунитета является основной составной частью системы управления эпидемическим процессом краснухи, которая должна включать также эпидемиологический мониторинг заболеваемости, обязательное лабораторное подтверждение диагноза, вирусологический мониторинг популяции возбудителя, надзор за организацией и проведением иммунопрофилактики. Цель иммуномониторинга краснухи – оценка состояния популяционного иммунитета на конкретных территориях, определение уровня фактической защищенности от инфекции в определенных возрастных группах, оценка качества профилактических мероприятий, прогноз заболеваемости. В соответствии с рекомендациями ВОЗ на каждой административной территории органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют выборочный серологический мониторинг. Требования к его организации, формированию обследуемых групп населения в разных странах отличаются [1, 2, 3]. Изучение иммунитета против краснухи населения Донецкой Народной Республики представляет практический интерес, так как в современных условиях имеются проблемы в организации вакцинопрофилактики, что влияет на популяционный иммунитет и уровень заболеваемости [4].

Цель: проанализировать состояние популяционного иммунитета против краснухи для установления фактической защищенности в различных возрастных группах на территории Донецкого региона в 2018 г.

Материалы и методы: Изучение противокраснушного иммунитета проведено путем исследования сывороток крови 112 условно здоровых лиц различных возрастных групп: новорожденные первого года жизни – 29 человек, дети в возрасте 1 год – 13 человек, взрослые старше 18 лет – 70 человек. Исследования проводились в вирусологической лаборатории РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР методом иммуноферментного анализа (ИФА) с определением иммуноглобулинов G (Ig G) к краснухе. Оценку специфического иммунитета осуществляли согласно нормативно-технической документации на используемые тест-системы «Вектор-Бест». Серонегативными считали лиц с уровнем противокраснушных Ig G 0 МЕ/мл, серонезащищенными – с уровнем 1-9 МЕ/мл, серозащищенными – с уровнем 10 МЕ/мл и выше. Серозащищенных мы условно разделили на три группы в зависимости от концентрации специфических антител: 10-49 МЕ/мл – низкий уровень иммунитета, 50-99 МЕ/мл – средний, 100 и выше МЕ/мл – высокий.

Результаты исследования показали, что пятая часть (20,5%, 23 человека) среди всех обследованных лиц были серонегативными к краснухе. Незащищенных выявлено 7 человек (6,3%), защищенных – 82 человека (73,2%). Среди защищенных лиц было 24 человека с низким уровнем иммунитета (21,4%), со средним – 14 человек (12,5%), с высоким – 44 человека (39,3%).

Самый слабый иммунитет установлен среди детей в возрасте 1 год – 53,8% серонегативных, 15,4% незащищенных, 30,8% лиц с низким уровнем антител, лиц со средним и высоким уровнем не выявлено. В группе новорожденных удельный вес серонегативных составил 41,4%, серонезащищенных – 13,8%. Среди серозащищенных преобладали дети с низким уровнем антител – 37,9%, со средним и

высоким уровнем было по 3,4%.

У взрослых различных возрастных групп удельный вес серонегативных колебался от 4,2% среди 18-27-летних до 14,3% среди 48-57-летних лиц, и в среднем составлял 5,7%. Лиц с уровнем иммунитета 1-9 МЕ/мл не выявлено вообще. Среди взрослых молодого возраста преобладали лица с высокой концентрацией антител – от 58,8% среди 28-37-летних до 77,8% среди 38-47-летних. Среди лиц старше 48 лет 54,5% имели средний уровень, 36,4% – высокий уровень иммунитета.

Выводы: Результаты исследования свидетельствуют о высокой иммунной прослойке к краснухе среди взрослых всех возрастных групп и о крайне низком уровне защищенности от краснухи новорожденных и детей в возрасте 1 год, что, по-видимому, обусловлено утратой материнского иммунитета и низким охватом вакцинацией против краснухи в 12 месяцев. Прогноз эпидемической ситуации по краснухе в этих возрастных категориях можно считать неблагоприятным.

Литература.

1. WHO. Manual for the laboratory diagnosis of measles and rubella virus infection; 2 ed. Geneva, Switzerland: WHO, 2006, pp. 58-65.

2. Влияние особенностей популяционного иммунитета на структуру заболеваемости корью и краснухой / А. П. Топтыгина, М. А. Смердова, М. А. Наумова [и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2018. – №3. – С. 341-348.

3. Лыткина И.Н. Унификация системы управления эпидемическим процессом кори, эпидемического паротита и краснухи / И. Н. Лыткина, И. В. Михеева // Эпидемиология. Вакцинопрофилактика. – 2011. – №1. – С. 9-16.

4. Романенко Т.А. Состояние иммунитета против кори и краснухи населения Донецкого региона / Т.А. Романенко, О.О. Демкович, И.М. Ткаченко // Обеспечение эпидемиологического благополучия: вызовы и решения: Материалы XI съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов, Москва, 16-17 ноября 2017 г. Под редакцией проф. А.Ю. Поповой. – С. 281.

Романенко Т.А., Скрипка Л.В., Калиберда С.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АКТУАЛЬНЫХ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы, г. Донецк

Донецкий регион является эндемичной территорией, где сформировались и активно функционируют природные, антропогенные и смешанные очаги особо опасных инфекционных болезней. Процессы, происходящие в окружающей среде под влиянием антропогенных и природных факторов, приводят к трансформации очагов, их активизации, угасанию, появлению новых очагов уже

циркулировавших ранее на территории инфекций и тех, которые ранее не возникали (орнитоз, лептоспироз, листериоз, Ку-лихорадка, лихорадка Западного Нила, иксодовый клещевой боррелиозом (ИКБ), туляремия, бешенство, сибирская язва) [1, 2, 3, 4]. Поэтому эпидемическая ситуация в современный период остается напряженной.

Так, почти на всех территориях Республики наблюдаются очаги бешенства, ежегодно фиксируется 42-50 больных бешенством животных, а также от 62 до 113 людей, пострадавших от больных бешенством животных. В 2018 г. на 22,6% увеличилось количество обратившихся за антирабической помощью по сравнению с 2017 г. (191,7 и 156,3 на 100 тыс. населения соответственно).

В Республике имеются стационарно неблагополучные пункты по сибирской язве. В 2018 г. зарегистрирован случай заболевания Ку-лихорадкой. Ежегодно возникают случаи лептоспироза, показатель заболеваемости колеблется от 0,09 до 0,4 на 100 тыс. населения. Имеется тенденция к росту заболеваемости листериозом с 0,02 на 100 тыс. населения в 2014 г. до 0,39 в 2018 г.

Не снижается актуальность туляремии, единичные случаи которой регистрировались в 1993 г., 1994 г., 1997 г., 2002-2007 гг. В 2016-2017 гг. в Республике возникла вспышка туляремии, охватившая около 10 человек. В 2018 г. случаи туляремии у людей не регистрировались, однако, существуют энзоотичные территории по туляремии – 31 населенный пункт 8 регионов ДНР, 8 из которых – активные очаги. При исследовании 233 экземпляров мелких мышевидных грызунов выявлены антитела к туляремии у 2 грызунов: полевки обыкновенной и мыши домовая в разных очагах. Из 173 исследованных погадок хищных птиц в 52 (30,1%) выявлен антиген к возбудителю туляремии.

Уровень заболеваемости ИКБ с 2014 г. по 2017 г. характеризовался тенденцией к росту (с 56 до 226 случаев соответственно). В 2018 г. впервые за много лет отмечено снижение показателя заболеваемости на 23,6% по сравнению с предыдущим годом (7,4 на 100 тыс. населения и 9,7 на 100 тыс. населения соответственно). Однако остаются стабильно высокими показатели обращаемости населения по поводу укусов клещей (170 на 100 тыс. населения). Большинство заболевших ИКБ (93,0%) заразились на энзоотичных территориях ДНР, что подтверждается позитивными лабораторными исследованиями иксодовых клещей и выявлением новых энзоотичных территорий в 32 населенных пунктах Республики. Удельный вес инфицированных боррелиями клещей составил 18,3%, что выше, чем в 2017 г. (10,5%). Проведенный анализ возможного инфицирования заболевших позволил выделить микро-территории обитания источников и переносчиков заболевания и провести своевременные и более прицельные профилактические мероприятия.

Эпидемиологический мониторинг за особо опасными природно-очаговыми инфекциями подтвердил, что на территории существуют благоприятные условия для распространения лихорадки Западного Нила: регистрируется до 20 видов немалярийных комаров, из которых наиболее распространенными являются комары рода кулекс – переносчики возбудителя этого заболевания. На энтомологическом учете находятся подтопленные подваль-ные помещения, в 35%

из которых фиксируется размножение комаров. Со-хранение тенденции последних лет к повышению температуры окружающей среды в летний период может привести к дальнейшему обострению эпидеми-ческой ситуации по лихорадке Западного Нила в Донецком регионе.

Литература.

1. Романенко Т.А. Актуальність природно-осередкових інфекцій і про-блеми їх викладання студентам-медикам / Т.А. Романенко, Т.А. Біломеря, Г.М. Дараган, Н.І. Сіднева // Природно-осередкові інфекції: матеріали Все-української науково-практ. конф. інфекціоністів, м. Ужгород, 17-18 травня 2012 р. – Тернопіль, 2012. – С. 80-82.

2. Степанова М.Г. Эпидемические аспекты болезни Лайма на террито-рии Донецкой области / М.Г. Степанова, Е.В. Старостенко, Т.В. Плетнева, С.В. Калиберда // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сборник научно-педагогических статей. Вып. 26. – Донецк, 2012. – С. 36-43.

3. Романенко Т.А. Опыт проведения специфической профилактики ту-ля-ремии в Донецком регионе / Т.А. Романенко, Л.В. Скрипка, Л.С. Акимова, О.О. Демкович, А.И. Бабуркина, В.С. Савченко // Обеспечение эпидемиологиче-ского благополучия: вызовы и решения : Материалы XI съезда Всероссий-ского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и па-разитологов, Москва, 16-17 ноября 2017 г. Под редакцией проф. А.Ю. Попо-вой. – Москва, 2017. – С. 229.

4. Калиберда С.В. Анализ распространенности и биолого-экологических особенностей переносчиков иксодового клещевого боррелиоза в Донецком ре-гионе / С.В. Калиберда, Д.Г. Клишкан, М.П. Романченко, Л.В. Скрипка, А.И. Бабур-кина // Материалы II Международного медицинского Форума Донбас-са «Наука побеждать... болезнь» 14 – 15 ноября 2018 г., г. Донецк, 2018 – С. 184-185.

Саламех К.А., Соцкая Я.А., Помников П.С.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, г. Луганск

Введение. В настоящее время заболеваемость острыми тонзиллофа-рин-гитами (ОТФ) неуклонно возрастает, особенно среди лиц молодого наибо-лее трудоспособного возраста, что связано с загрязнением окружающей среды, хроническими стрессовыми состояниями в условиях продолжающихся бое-вых действий. Особенно увеличилось количество случаев ОТФ на фоне хро-нической

обструктивной болезни легких (ХОБЛ), что вызывает определенные трудности в лечении больных с данной сочетанной патологией.

Целью работы было изучение влияния циклоферона на показатели макрофагальной фагоцитарной системы (МФС) у больных ОТФ на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 62 больных ОТФ на фоне ХОБЛ. Обследованные больные были разделены на две группы – основную (32 человека) и сопоставления (30 человек).

Результаты исследований. При проведении иммунологического обследования до начала лечения было установлено, что в крови больных ОТФ на фоне ХОБЛ, имеет место достоверное снижение изученных показателей фагоцитарной активности макрофагов (ФАМ) относительно соответствующих значений данных показателей в норме.

До начала проведения лечения у больных ОТФ на фоне ХОБЛ свидетельствуют о существенном угнетении всех показателей; ФИ был снижен в среднем в 1,63 раза относительно нормы (норма – $(26,4 \pm 1,7) \%$; $P < 0,001$) и составил $(16,6 \pm 0,6) \%$, ФЧ в этот период исследования были снижены до $2,3 \pm 0,13$, что в среднем было в 1,8 раза ($P < 0,001$) ниже относительно нормы (норма – $4,0 \pm 0,04$; $P < 0,001$), показатель ИА был в среднем в 1,5 раза ниже нормы ($P < 0,01$), то есть понижался до $(11,2 \pm 0,12) \%$ ($P < 0,01$), показатель ИП понижался до $(13,15 \pm 0,4) \%$, что было в среднем в 2,1 раза ниже соответствующего показателя нормы ($P < 0,001$).

После завершения общепринятого лечения у больных ОТФ на фоне ХОБЛ в целом показатели функциональной активности МФС оставались достоверно ниже нормы, но отмечено некоторое повышение значений изученных показателей ФАМ, причем в основной группе изученные показатели были достоверно выше, чем у больных получавших общепринятую терапию. Так, ФИ повысился по сравнению с исходным в 1,3 раза и составил в основной группе $(24,5 \pm 0,7^*) \%$, что было в 1,24 раза менее соответствующего показателя нормы; ФЧ у этих больных повысилась относительно исходного его значения в 1,41 раза и составил $(3,95 \pm 0,15^*)$, что было в 0,3 раза меньше нормы ($P < 0,05$). ИА повысился до $(13,9 \pm 0,13) \%$, что было меньше нормы в среднем в 1,01 раза ($P < 0,05$). ИП составлял $(22,4 \pm 0,4) \%$, что было ниже нормы в 0,74 раза ($P < 0,05$).

Выводы. Проведение общепринятой терапии у больных ОТФ на фоне ХОБЛ, имеет определенное положительное влияние на изученные иммунологические показатели, но не обеспечивает полной нормализации изученных показателей, а применение циклоферона способствует существенному улучшению и даже полной нормализации некоторых из изученных иммунологических показателей. Полученные данные позволяют считать патогенетически обоснованным применение циклоферона в комплексе лечебных средств патогенетической терапии у больных ОТФ на фоне ХОБЛ.

Литература.

1. Баранов А.А., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С., Ряпис Л.А. (2013 год). Стрептококки и пневмококки. Ростов-на-Дону, «Феникс», 301стр.
2. Галченко М.Т., Субботина М.В. Ангины. Иркутск, ГОУ ВПО Иркутский

государственный медицинский университет, 2009. 60 с.

3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007 г.) / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. 100 с., ил.

4. Фролов В.М., Пересадин Н.А., Пшеничный И.Я. Определение фагоцитарной активности моноцитов периферической крови у больных // Лаборат. дело. 1989. №9. С. 27-29.

Саркисян Н.С., Ковалевич Н.И., Пономаренко Д.Г.

ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕИНОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора, г. Ставрополь

Исследования белковых фракций сыворотки крови один из наиболее распространенных биохимических анализов, позволяющих получить более полную картину клинико-физиологического состояния организма. Известно, что белковые компоненты крови выполняют многочисленные функции: участвуют в поддержании гомеостаза, транспортируют ионы и органические вещества, обеспечивают иммунную защиту организма, обладают ферментативной и гормональной активностью [1].

Информативным методом исследования количественного соотношения фракций общего белка в сыворотке крови является гель-электрофорез, который позволяет определить альбумин, альфа-1-глобулин, альфа-2-глобулин, бета-глобулин, гамма-глобулин, изучить их биологические и физические характеристики, дифференцировать наличие острых и хронических воспалительных процессов в организме, оценивать эффективность проводимой терапии [2].

Целью исследования явилось изучение особенностей фракционного состава белков сыворотки крови у больных острым и хроническим бруцеллезом.

Исследования были проведены с помощью автоматизированной системы для электрофореза (SAS-1+ SAS-2), HELENA, с использованием тест-системы «Белки-сыворотки-24», которая позволяет проводить разделение и количественный анализ белков сыворотки посредством электрофореза в агарозном геле. Концентрацию общего белка определяли на автоматическом биохимическом анализаторе Cobas с 311. Изучен клинический материал (сыворотка крови) от 49 человек с подтвержденным диагнозом – «хронический бруцеллез» и 42 с – «острым бруцеллезом», поступивших в отделение по диагностике, лечению и экспертизе профпатологии бруцеллеза ГБУЗ СК «Городская клиническая больница №2», г. Ставрополя. Группу сравнения составили здоровые люди (n=12) не переболевшие бруцеллезом и не вакцинированные против этой инфекции. У всех обследуемых оценивали концентрацию общего белка, альбумина, α -1 и α -2 фракций глобулинов, β -глобулинов, γ -глобулинов и альбумин-глобулиновое соотношение. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Statistica 8.0.

В ходе проведенного исследования у больных острым бруцеллезом выяв-

лено повышение показателей α -1 фракции глобулинов в сыворотке крови в среднем до 7,04% ($4,3 \div 10,7\%$), α -2-фракции глобулинов до 12,3% ($8,5 \div 15,78\%$). Увеличение α -глобулинов при острой бруцеллезной инфекции можно связать с наличием у больных экссудативно-воспалительных процессов, сопровождающихся увеличением содержания в крови гаптоглобина, ми-грирующего при электрофорезе вместе с α -глобулинами. Наблюдается также снижение концентрации общего белка в крови до 51,7 г/л ($63,7 \div 75,8$ г/л), альбумина до 39,7 г/л ($45,8 \div 55,6$ г/л) и повышение в крови относительного количества глобулинов в среднем до 20,8% ($11,7 \div 28,6\%$) в основном за счет α – и γ -глобулиновых фракций. Повышение γ -глобулиновой фракции и появление М-пика в γ -зоне у больных острым бруцеллезом связано с иммуно-воспалительными реакциями, активизацией антителогенеза и концентрацией их в сыворотке крови. Количество β -глобулинов было в референтных пределах.

У больных хроническим бруцеллезом выявили снижение значений α -1 фракции глобулинов в сыворотке крови в среднем до 3,61% ($4,1 \div 5,5\%$) ; α -2-фракции глобулинов до 5,6% ($7,1 \div 10,4\%$). Отмечалось умеренное снижение концентрации общего белка в крови до 59,3 г/л ($62,3 \div 74,1$ г/л), альбумина до 42,4 г/л ($49,2 \div 56,8$ г/л) и повышение в крови относительного количества γ -глобулинов в среднем до 34,8% ($19,7 \div 39,9\%$). Повышение γ -глобулиновой фракции в γ -зоне у больных хроническим бруцеллезом связано с накоплением в сыворотке крови специфических иммуноглобулинов (IgA, IgG), в том числе так называемых неполных антител. Уровень β -глобулиновой фракции оставался в пределах референтных значений.

Таким образом, у больных острым и хроническим бруцеллезом наблюдается диспротеинемия, которая характеризуется повышением содержания γ -глобулиновой фракции, гипоальбуминемией, снижением альбумино-глобулинового коэффициента. При этом при остром бруцеллезе отмечается повышение содержания α -1 и α -2-фракций глобулинов. У хронически больных наблюдается снижение уровня α -фракции.

Патофизиологические изменения белкового состава сыворотки крови у больных острым бруцеллезом характеризуются метаболической перестройкой, демонстрируя преимущественно воспалительный характер протеино-граммы. Изучение белкового профиля при бруцеллезе позволит выявить характерные биохимические нарушения с целью использования их для клинического мониторинга больных острым и хроническим бруцеллезом, контроля эффективности проводимого лечения.

Литература.

1. Камышников В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: в 2-х т. / В. С. Камышников. – Минск: Беларусь, 2011. – Т. 2. – 463 с.
2. Сергеева Н.А. Электрофорез в современном диагностическом процессе / Н.А. Сергеева // Журнал клиническая лабораторная диагностика. – 1999. – №2. – С. 25-32.

Актуальность. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) нижних конечностей в настоящее время является самой распространенной патологией сосудистой системы человека и характеризуется нарушениями венозного оттока на макрогемодинамическом уровне [1]. При ХВН нижних конечностей нередко наблюдается такое осложнение, как рожа (около 80% [2]). Несмотря на достаточно изученные вопросы этиопатогенеза и лечения рожи, заболеваемость данной патологией имеет тенденцию к росту среди населения.

Целью данной работы является изучение частоты заболеваний вен нижних конечностей у пациентов, страдающих рожей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 792 медицинских карт стационарного пациента с рожей с 2013 по 2017 гг. Среди всего количества обследуемых, коморбидная патология регистрировалась у 556 пациентов (70,2%). В числе обследуемых с коморбидной патологией были 191 мужчина (средний возраст – $58,7 \pm 1,05$ года) и 364 женщины, средний возраст которых составил $64,5 \pm 0,67$ года ($\chi^2=4,3$, $p<0,001$). Пациенты с заболеваниями вен нижних конечностей встречались в возрасте от 24 до 88 лет, их средний возраст – $60,8 \pm 12,3$ лет. Среди данной группы пациентов было 37 мужчин (средний возраст – $56,5 \pm 13,7$ лет) и 45 женщин (средний возраст $63,7 \pm 10,5$ лет), $p<0,004$.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы «Statistica», версия 10.0 for Windows 8.0. О статистической значимости различий судили по уровню значения $p<0,05$, где p – это величина уровня статистической значимости (ошибка первого рода).

Результаты исследования и их обсуждение. Заболевания вен нижних конечностей были выявлены у 82 пациентов (14,7% от количества обследуемых пациентов с коморбидной патологией), при чем у мужчин чаще, чем у женщин ($\chi^2=2,08$, $p<0,05$). Заболевания вен нижних конечностей были представлены в виде варикозного расширения вен (ВРВ, 50 пациентов, 61%), пост-тромбофлебитического синдрома (ПС, 17 пациентов, 20,7%) и ХВН с развитием трофических язв (15 пациентов, 18,3%).

При эритематозной форме рожи (404 пациента) заболевания вен нижних конечностей встречались у 47 пациентов (11,6% от числа пациентов с данной формой рожи) : ВРВ нижних конечностей встречалось у 26 пациентов (55,3% от числа пациентов с заболеваниями вен данной формы*), ПС – у 5 пациентов (10,6%*), ХВН с трофическими язвами – у 16 пациентов (34%*). Последствие рожи в виде лимфедемы в сочетании с ХВН с трофическими язвами было выявлено у 1 пациента (2,13%*). При эритематозно-буллезной форме рожи (104 пациента) заболевания вен нижних конечностей встречались у 26 пациентов (25% от числа пациентов с данной формой рожи) : ВРВ нижних конечностей встречалось у 11 пациентов (42,3%*), ПС – у 9 пациентов (34,6%*). Последствие рожи в виде лимфедемы в сочетании с ХВН с трофическими язвами было выявлено у 6 паци-

ентов (23,07%*). При эритематозно-геморрагической форме рожи (21 пациент) заболевания вен нижних конечностей встречались у 7 пациентов (33,3% от числа пациентов с данной формой рожи) : ВРВ нижних конечностей встречалось у 6 пациентов (85,7%*), ПС – у 1 пациента (14,3%*). При буллезно-геморрагической форме рожи (27 пациентов) заболевания вен нижних конечностей встречались у 2 пациентов (7,4% от числа пациентов с данной формой рожи) в виде ПС (2 пациента, 100%).

Статистически значимо реже у пациентов с эритематозной формой регистрировались заболевания вен нижних конечностей, чем у пациентов с эритематозно-буллезной формой ($\chi^2 = 3,3$, $p < 0,001$) и эритематозно-геморрагической формой ($\chi^2 = 2,5$, $p < 0,02$). ПС встречался при эритематозно-буллезной форме встречался значительно чаще, чем у пациентов с эритематозной формой ($\chi^2 = 2,05$, $p < 0,05$).

Вывод. 14,7% имеют коморбидную патологию в виде заболеваний вен нижних конечностей. Заболевания вен нижних конечностей при роже встречаются у мужчин чаще, чем у женщин ($\chi^2 = 2,08$, $p < 0,05$).

Статистически значимо реже у пациентов с эритематозной формой регистрировались заболевания вен нижних конечностей, чем у пациентов с эритематозно-буллезной формой ($\chi^2 = 3,3$, $p < 0,001$) и эритематозно-геморрагической формой ($\chi^2 = 2,5$, $p < 0,02$). ПС встречался при эритематозно-буллезной форме встречался значительно чаще, чем у пациентов с эритематозной формой ($\chi^2 = 2,05$, $p < 0,05$).

При развитии рожи на фоне ХВН необходимо комплексное этапное лечение, а также профилактические мероприятия, включающие консультацию флеболога (для подбора адекватной эластической компрессии, назначения ЛФК, коррекции дозы флеботоника, планирования и выполнения малоинвазивного оперативного лечения).

Литература.

1. Кабанов М. Ю. Особенности клинического течения рожистого воспаления на фоне хронической венозной недостаточности / М. Ю. Кабанов, Н. И. Линькова, Д. К. Савченков, Н. В. Рухляда // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2011. – №4 (36). – С. 14-16.
2. Красавцев Е.Л. Характеристика клинических форм рожи и частоты ее рецидивов / Е.Л. Красавцев, А.Л. Свентицкая // Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению коморбидной патологии: сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием (Гомель, 29 – 30 ноября 2018 года) / А. Н. Лызилов [и др.]. – Гомель: ГомГМУ, 2017. – С.255-258.

Семенова С.А. Новак К.Е.

ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность: гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) – наиболее часто встречающаяся опухоль среди первичных злокачественных новообразований печени. Наиболее существенными факторами риска являются цирроз печени, а также инфицирование вирусом гепатита В и/или С (ХВГВ и ХВГС) [1, 2, 3]. Эксперты прогнозируют рост заболеваемости в ближайшие десятилетия в связи с увеличением числа больных с ХВГ в цирротической стадии (ХВГ-ЦП). Независимыми факторами развития ГЦК признаны мужской пол, возраст (старше 40 лет), курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, сахарный диабет [1, 4].

Цель исследования: характеристика случаев ГЦК в исходе ХВГ-ЦП на основании анализа клинико-анамнестических и лабораторных данных умерших пациентов.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 64 статистических карт стационарного больного пациентов, умерших от ГЦК в исходе ХВГ-ЦП в СПб ГБУЗ «КИБ им. С. П. Боткина» в 2015-2017 гг. Этиологию ХВГ определяли выделением специфических маркеров вирусов В и С (HBsAg, HBcorAb, HCVAb, HDVAb) из сыворотки методом ИФА.

Результаты: средний возраст умерших пациентов составил $57,5 \pm 25,6$ лет (мужчин 79,7%, женщин 20,3%), из них у 10,9% летальный исход заболевания наступил в молодом возрасте, у 46,9% в среднем возрасте. У всех умерших от ГЦК в «КИБ им. С. П. Боткина» в 2015-2017 гг. опухоль развилась на фоне цирротической трансформации ткани печени вирусной этиологии (ГС 53,1%, ГВ 14%, ГВ+С 29,7% неverifiedированного гепатита у 3,1%). По шкале Чайлд-Пью у 50% определен цирроз класса В, у 50% – класса С. При оценке кофакторов прогрессирования выяснено, что 6,25% больных являлись нарко-зависимыми, 9,4% – алкоголь-зависимыми, 18,75% – курящими, 7,8% – ВИЧ-инфицированными. Среди пациентов с известным анамнезом (n=47) впервые выявлен ХВГ был у 55,3% (n=26). У 44,7% (n=21) ГЦК обнаружена через $10,6 \pm 4,3$ лет после выявления ХВГ. УЗИ было проведено лишь 40 пациентам, у 30 – обнаружены очаговые образования в печени. Только у 20 пациентов определен альфа-фетопrotein (АФП), у 19 – превышал норму. У 69% ГЦК впервые была диагностирована постмортально. 34,4% имели множественные метастазы. Непосредственной причиной смерти больных в большинстве случаев (59%) было аррозийное желудочное кровотечение и из ВРВП. В результате истощения, раковой интоксикации с развитием ОССН смерть наступила у 25%, с развитием асцит-перитонита у 13%. По религиозным соображениям, согласно последней воле умершего, вскрытие не проводилось у 15 (23,4%).

Закключение: Всемирной организацией здравоохранения ГЦК включена в перечень 130 основных причин заболеваемости и смертности населения, что требует разработки и осуществления крупномасштабных мер профилактики и лечения. В нашем исследовании диагноз ГЦК у всех больных установлен на поздней стадии заболевания, что связано с поздней обращаемостью пациентов и отсроченной постановкой диагноза. Пациенты с ХВГ должны подвергаться регулярному обследованию с целью скрининга ГЦК (исследование АФП и выполнение УЗИ (КТ, МРТ) органов брюшной полости один раз в 6 месяцев. В качестве профилак-

тики ГЦК необходимо рассматривать пре-дупреждение инфицирования вирусами гепатитов, устранение действия гепа-тотоксичных веществ, вакцинацию против гепатита В, раннее выявление больных ХВГ и проведение противовирусной терапии.

Литература.

1. Щеголев А.И., Туманова У.Н., Мишнёв О.Д. Факторы риска развития гепатоцеллюлярной карциномы. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – №9. – С. 164-169; URL: <https://applied-research.ru/article/view?id=12407> (дата обращения: 23.03.2019).

2. Новак К.Е., Карев В.Е., Дунаева Н.В., Эсауленко Е.В. Постмортальная морфологическая характеристика печени больных хроническими вирусными гепатитами с клиническими признаками цирроза. Российский медицинский журнал. 2011. №2. С. 8-11.

3. Новак К.Е., Карев В.Е., Дунаева Н.В., Эсауленко Е.В. Характеристика регенераторной способности печени (по экспрессии ki-67) у больных с небла-гоприятными исходами хронических вирусных гепатитов. Фундаментальные исследования. 2011. №6. С. 138-143.

4. Novak K.E., Karev V.E., Dunaeva N.V., Esaulenko E.V. Comparative morphological characterization of viral and viral-alcoholic liver cirrhosis (based on autopsy data). Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 2011. №62. С. 137-140.

Сиволопова О.Н., Петренко Л.Ю., Вайтович М.А., Пасечник О.А.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А
В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Управление Роспотребнадзора по Омской области;
Омский государственный медицинский университет, г. Омск

В мае 2016 г. Всемирная организация здравоохранения приняла первую «Глобальную стратегию сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016-2021 гг.», целью которой является уменьшение числа новых случаев заболевания на 90% и снижение смертности от вирусных гепатитов на 65% к 2030 году [1].

В Российской Федерации динамика заболеваемости вирусным гепатитом А в последние годы характеризовалась колебаниями показателей от 4,4 до 7,19 на 100 тыс. населения. Сохраняется неравномерное распределение заболеваемости ВГА на территории страны: в Удмуртской Республике, Пермском крае, Пензенской, Новгородской, Архангельской области, г. Москве, Ивановской, Иркутской, Новосибирской, Калужской области, г. Санкт-Петербурге заболеваемость от 1,5 до 3,6 раз превысила среднероссийский показатель [2].

Цель исследования: изучение эпидемиологических проявлений заболеваемости ВГА в Омской области в 2017 году.

Материалы и методы: материалом для исследования послужили данные форм статистического наблюдения, результаты эпидемиологического рас-сле-

дования случаев заболевания населения ВГА. Дизайн исследования – описательное эпидемиологическое исследование.

Результаты: Проблема борьбы с вирусным гепатитом А (ВГА) остается приоритетной для здравоохранения Омской области. По ориентировочным расчетам экономический ущерб от заболеваемости ВГА в регионе в 2017 го-ду составил 8 553,78 тысяч рублей [3].

На территории Омской области в 2017 году показатель заболеваемости населения вирусным гепатитом А находился на уровне 4,4 на 100 тысяч населения, что на 25,0% ниже среднероссийского показателя (5,5 на 100 тысяч населения). В сравнении с 2016 годом заболеваемость увеличилась с 73 до 87 случаев, показатель выше среднесноголетнего уровня в 1,06 раз (4,17 на 100 тыс. населения).

Удельный вес детей до 14 лет составил 9,2% (2016 г. – 38,4%). На возрастную группу от 0 до 17 лет пришлось 17,2% (в 2016 г. – 39,7%), на долю взрослого населения – 82,8% (в 2016 г. – 60,3%) от общего числа заболевших вирусным гепатитом А.

Анализ внутригодовой динамики заболеваемости показал, что максимальный уровень зарегистрирован в период с июля по сентябрь 2017 г. (32,2%) и с января по март (44,8%).

Среди клинических форм ВГА преобладали случаи, протекающие с желтухой -

92,0%, (в 2016 г. – 97,3%), на долю безжелтушных форм приходилось 8,0% случаев.

Анализ путей передачи показал, что удельный вес установленных путей передачи составил 94,0%, среди них ведущее место занимал водный путь передачи – 35,4%, пищевой путь – 29,6% (2016 г. – 54,8%), на долю контактно-бытового пути пришлось 10,4% (2016 г. – 41,1%), не установлен путь передачи – в 6,0% (2016 г. – 4,1%).

В 2017 году была зарегистрирована вспышечная заболеваемость (15 случаев), реализовавшаяся посредством водного пути передачи.

В целях обнаружения маркеров вируса гепатита А (AgВГА Ig M+Ig G) было обследовано 1649 жителей Омской области, положительный результат обнаружен в 8,2% случаев (n=136), в том числе 48,2% среди больных ВГА (160 из 220), 2,1% среди контактных лиц из очагов ВГА (30 из 1429).

С целью мониторинга за циркуляцией вируса и по эпидемическим показателям исследовано методом ПЦР 211 проб питьевой воды централизованного и децентрализованного водоснабжения, 13 проб воды поверхностных водоемов, 8 проб сточных вод, вирус ГА в пробах не обнаружен.

Против ВГА было привито 11129 человек, что составило 83,3% от плана, в том числе детей 4077 человек.

Таким образом, с целью достижения «Глобальных целей ВОЗ по гепатиту» в регионе будет продолжена работа по иммунизации населения, профилактике передачи инфекции, организации раннего выявления больных вирусным гепатитом А.

Литература.

1. WHO. Global health sector strategy on viral hepatitis, 2016-2021/ WHO/ HIV/2016.06.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018. – 268 с.

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации по Омской области в 2017 году: Материалы для государственного доклада. – Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Омской области, 2018. – с. 201.

Скворода В.В., Буцкая М.Ю., Алексеева М.В., Иванова Н.В., Семенов А.В.

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБТИПОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В
НА ТЕРРИТОРИЯХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА 2012-2018 гг.**

Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера, г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Вирус гепатита В (ВГВ) – ДНК-содержащий вирус, способный вызывать, как острое тяжелое заболевание (1), так и клинически бессимптомное течение, с высокой вероятностью хронизации инфекционного процесса (2). Вирус генетически разнообразен, и на сегодняшний момент известно 10 генотипов и 34 субтипов (3). Применение молекулярно-генетических методов позволяет определить генотипов/субтип ВГВ, циркулирующего на конкретных территориях. Знания об их распространенности позволяют по-новому оценить эпидемиологическую ситуацию и совершенствовать методы надзора.

Целью – определить генотипы/субтипы ВГВ, циркулирующие на территориях Северо-Западного федерального округа (СЗФО) и составить картограмму их распределения. Материалы и методы. За период 2013-2018 гг. было собрано 131 образцов сывороток крови от пациентов с острым гепатитом В (ОГВ) из девяти субъектов СЗФО: Санкт-Петербург (n=54), Вологодская (n=15), Мурманская (n=9), Архангельская (n=13), Псковская (n=1), Ленинградская (n=3), Калининградская (n=22) области, республики Карелия (n=6) и Коми (n=8) в рамках программы «Элиминация острого гепатита В в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации» (4). Из полученных образцов выделена ДНК ВГВ, проведен анализ методами ПРЦ и секвенирования, с помощью которых, были получены генотипы и субтипы ВГВ.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования 90% (118/131) изолятов ВГВ относились к генотипу D, 9,1% (12/131) – генотип А и 0,9% (1/131) – генотип С, что соответствует данным, полученным ранее (5). Более детальный

разбор изолятов с определением их субтипов выявил, что на территории СЗФО встречается все субтипы D. Процентное соотношение выявленных субгенотипов D1, D2 и D3 составило 26,3%, 52,5% и 21,2%, соответственно. Изоляты вируса генотипа A были представлены только A2. Единичный случай субгенотипа C1 был зарегистрирован в Санкт-Петербурге. На основе полученных данных секвенирования была составлена карта распределения субгенотипов ВГВ на территориях СЗФО. Все субгенотипы D встречались на всех исследуемых субъектах округа, кроме Ленинградской. Субгенотип D1 превалировал в Псковской и Мурманской областях; D2 – Ленинградской, Вологодской и Архангельской области, Санкт-Петербурге и республика Карелия; D3 – Калининградская область и Республика Коми. Субгенотип A2 встречался только в Санкт-Петербурге и Калининградской области.

Выводы.

Установлено, что на территории СЗФО в 2013-2019 гг. ВГВ генотипа D преобладал Вторым по встречаемости генотипом/субгенотипом являлся субгенотип A2. Самым редким генотипом являлся встречался генотип C, обнаруженный в образце с субгенотипом C1. Субгенотип D2 практически в два раза чаще встречался, чем субгенотипы D1 и D3. Составлена картограмма распределения генотипов/субгенотипов ВГВ на территории СЗФО, с указанием частоты распределения генотипов/субгенотипов ВГВ по субъектам округа.

Литература.

1. Эсауленко Е.В., Алексеева М.В., Сухорук А.А., и др. Фульминантный гепатит в реальной клинической практике. Ж. Инфекционные болезни. 2017. Т. 15. №2. С. 70-74.
2. ВОЗ. Информационная бюллетень ГВ. Июль 2018 г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
3. Мануйлов В.А., Карандашова И.В., Карлсен А.А. и др. Генетическое разнообразие вируса гепатита В и оценка его эволюции в Сибири //Молекулярная диагностика 2017//Сборник трудов IX Всероссийской науч-но-практической конференции с международным участием 2017 г. С. 40-41.
4. Скворода В.В., Балаева Т.В., Лялина Л.В., Эсауленко Е.В. Влияние вакцинации на активность эпидемиологического процесса острого гепатита В на территории Северо-Западного федерального округа. Тезисы Российской научно-практической конференции Управляемые и другие социально-значимые инфекции: диагностика, лечение и профилактика. Журнал инфектологии. 2019 г; 11 (151). С.116-117.
5. Елпаева Е.А., Порецкова Е.А., Писарева М.А., и др. Генотипическая характеристика вируса гепатита В у хронически инфицированных больных. Дальневосточный журнал инфекционной патологии. 2009. №15 (15). С. 55-58.

Смолякова Я.А., Вертепная Е.Т., Бортникова А.К.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, г. Донецк

ВИЧ-инфекция в наше время стала одной из самых распространенных проблем беременных женщин. Неуклонный рост числа ВИЧ-серопозитивных беременных при отсутствии перспективы на излечение создает необходимость детального изучения течения ВИЧ-инфекции у беременных, иммунологического статуса женщин, путей заражения плода и новорожденного.

Цель: оценить особенности течения и развития ВИЧ инфекции у беременных.

Материалы и методы: для проведения анализа был осуществлен поиск и обработка зарубежных и отечественных публикаций, статистические материалы показателей здоровья населения г. Донецка за 2010-2018 гг.

Считается, что Россия – лидер среди стран Европы и Центральной Азии по количеству ВИЧ инфицированных. 70% из них составляют мужчины, однако доля женщин возрастает с каждым годом, что связано с началом перехода от быстрого распространения вируса среди потребителей наркотиков к более медленному его распространению при гетеросексуальных контактах. Среди лиц, проживающих на территории ДНР, заразившихся половым путем, в 2018 году доля женщин составила 68,7% против 46,8% в 2014 году.

По данным СДС и САНАМ (1998), от 15 до 25% детей, рожденных от инфицированных матерей, заражены ВИЧ, а вирус может передаваться от инфицированной матери при кормлении. Без проведения профилактических мероприятий передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку составляет 20-40%. Применение специальных профилактических мероприятий снижает передачу инфекции до 1-2% (прием антиретровирусной лекарственной терапии (АРТ) во время беременности и родов, применение профилактики новорожденным, родоразрешение путем кесарева сечения, замена грудного вскармливания искусственным).

С каждым годом количество ВИЧ-инфицированных возрастает, пропорционально растет и количество ВИЧ-инфицированных беременных – в пределах 1,5-2%.

По данным за 2010 год в Донецкой области обследованы на ВИЧ инфекцию были 99,17% беременных женщин, из них имели положительный ВИЧ – статус 1,42%, в 2011 году обследовано 99,23%, позитивный статус – 1,67%. В 2017 году из 99,34% обследованных позитивный статус имели 1,87%.

Подавляющее большинство беременных женщин заражаются ВИЧ-инфекцией половым путем – этот показатель остается относительно стабильным – в 2010 г – 95,4%, в 2015 г. – 96,4%, в 2017 г. – 94,8%.

В настоящее время недостаточно изучено влияние беременности на течение ВИЧ-инфекции после родов. Часть авторов придерживается мнения о том, что беременность и связанные с ней иммунологические изменения ускоряют прогрессирование болезни, уменьшают продолжительность жизни ВИЧ-инфи-

цированных женщин. Другие исследователи указывают на отсутствие значимого влияния беременности на течение ВИЧ-инфекции, особенно при условии назначения АРТ.

Есть данные, что у ВИЧ-инфицированных женщин возрастает риск вне-маточных беременностей. Это может быть связано с влиянием сопутствующих инфекций, передаваемых половым путем, таких как *Chlamydia trachomatis*, *Candida albicans* и пр.

ВИЧ-положительным женщинам следует уделить особое внимание про-филактике и ранней диагностике кандидозного стоматита и опоясывающего герпеса. Так наиболее частым клиническим проявлением ВИЧ-инфекции у беременных пациенток по данным лечебных учреждений г. Донецка за 2016 -2018 годы явились генерализованная лимфаденопатия, зарегистрированная у 73,6% больных, кандидоз слизистых у 5,8%, гепатомегалия у 4,6%, опоясывающий и генитальный герпес – 6,8%.

У женщин с ВИЧ-инфекцией в период беременности больше риск возникновения бактериальных пневмоний, инфекций мочевых путей, а также сопутствующих условно-патогенных инфекций, связанных с ослаблением иммунитета.

При наличии в анамнезе пациенток туберкулеза, на фоне беременности наблюдается волнообразное, прогрессирующее его течение. Вероятно, прогрессированию данной ко-инфекции способствовал нерегулярный прием противотуберкулезной терапии на фоне беременности.

Выводы: По данным лечебных учреждений, большинство женщин инфицируются ВИЧ половым путем, диагноз в чаще всего устанавливается впервые при постановке на диспансерный учет по беременности. Необходима ранняя диагностика и профилактика сочетанных инфекций. При условии применения АРТ беременность у ВИЧ-инфицированных женщин не оказывает отрицательного влияния на течение заболевания после родов.

Литература.

1. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. В. В. Покровского. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -528 с. -ISBN 978-5-9704-2891-7.
2. Влияние беременности на течение ВИЧ-инфекции. Мурашкина И.Д., Орлова С.Н. – Иваново, 2016.
3. ВИЧ-инфекция и беременность: монография/Е.И. Барановская -Минск, 2011. -200 с.
4. Акушерство: национальное руководство/под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. -2-е изд., перераб. и доп. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -1122 с. – (Серия «Национальные руководства»).
5. Показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики за 2016-2017 гг. – Донецк, 2018. – 272 с.
6. Проблема ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае (социально- эпидемиологическое исследование): Монография / Ф.И.Ларин, В.В.Лебедев, А.Н.Редько - Москва: «Воскресенье», 2005. - 256 с.

Сорокина К.А.

**ЧАСТОТА ПОПАДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ,
КАК ОСНОВНЫМ ДИАГНОЗОМ, В ИНФЕКЦИОННУЮ БОЛЬНИЦУ
В 2018 ГОДУ**

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Одной из задач клинической лаборатории ГБУЗ «Инфекционная больница №2» (далее – КДЛ) является выполнение гематологических исследований, включающих микроскопию мазков крови. Эта работа выполняется как в рамках профилактических осмотров приписного населения, так и для постановки и уточнения диагноза инфекционного заболевания, что способствует правильному выбору специфического лечения и определению сроков выписки больного из стационара.

Целью данной работы явился ретроспективный анализ работы КДЛ по частоте первичного попадания пациентов с острым лейкозом, как основным диагнозом, в инфекционную больницу в 2018 году.

Острый лейкоз – опухолевое поражение кроветворной системы, морфо-логической основой которого выступают незрелые (бластные) клетки, вытесняющие нормальные гемопоэтические ростки.

Первыми «ласточками» острого лейкоза могут быть: лихорадка, ухудшение аппетита, боль в костях и суставах, бледность кожи, повышенная кровоточивость (геморрагии на коже и слизистых, носовые кровотечения), безболезненное увеличение лимфатических узлов. Эти признаки очень напоминают острую вирусную инфекцию, поэтому не редко больных лечат от нее, а в ходе обследования (включающего общий анализ крови) обнаруживают ряд изменений, характерных для острого лейкоза.

В соответствии с целью была сформулирована задача провести количественный анализ работы по разделу общий анализ крови и микроскопия мазков крови в 2018г.

За 2018 год КДЛ было выполнено 23811 (100%) исследований по разделу Гематология, из них у четырех (это 0,017%) пациентов количество лейкоцитов превышало $50 \cdot 10^9/\text{л}$, гемоглобин был снижен на несколько десятков единиц, тромбоциты так же были ниже нормы, порядка $60-90 \cdot 10^9/\text{л}$. В лейкоцитарной формуле наблюдался сдвиг в сторону лимфоцитов. При микроскопии обнаружались бластные клетки. Для подтверждения предварительного анализа острого лейкоза, мазки отправлялись в цитологическую лабораторию онкологического диспансера.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод:

Процент первичного попадания пациентов с острым лейкозом, как основным диагнозом, в инфекционную больницу в 2018 г. равен 0,017.

Данный процент нужно обязательно учитывать при постановке точного и своевременного диагноза.

Литература.

1. С.А. Луговская, М.Е. Почтарь, Гематологический атлас.4-е издание, до-

полненное. – Москва-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2016.-434 с.:1993 ил.

2. Вялов С.С. Диагностическое значение лабораторных исследований: Учеб. пособ./ С.С. Вялов.-2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 320 с.

3. Кишкун А.А. Клиническая лабораторная диагностика: учебное пособие.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-976 с.: ил.

4. <https://okeydoc.ru/ostryj-lejkoz-simptomy-lechenie-i-prognoz/>

Соцкая Я.А, Хомутянская Н.И., Урбанович Е.С.,

Коломина Т.Б., Ефимова А.С.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНОЙ ВСПЫШКИ НОРОВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА (НВГЭ) В Г. ЛУГАНСКЕ

Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки; Луганская детская инфекционная больница, г. Луганск

В последние годы повсеместно в мире наблюдается тенденция к росту заболеваемости норовирусным гастроэнтеритом (НВГЭ), что определило возросший интерес к данной инфекции.

Цель исследования: изучение клинических и эпидемиологических особенностей НВИ при вспышечной заболеваемости в школе в условиях чрезвычайной (военной) ситуации с целью оптимизации диагностики и профилактики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 детей в возрасте от 6 до 15 лет с диагнозом норовирусный гастроэнтерит, госпитализированные в инфекционное отделение №2 ГУ «Луганская детская инфекционная больница» ЛНР 26.04 – 28.04.2018 г.

Результаты и обсуждение. В период с 26.04. по 28.04.2018 г. в инфекционное отделение №2 поступило 15 детей с предварительным диагнозом «Пищевая токсикоинфекция» (ПТИ), из них 13 учащихся средней школы №17 и 2 детей неорганизованного детства из семейного очага. Ведущие клинические проявления: синдром рвот, болевой абдоминальный синдром, явления эндотоксикоза II степени (повышение температуры тела, вялость, слабость, адинамия, сонливость, отсутствие аппетита). Тип вспышки – бытовой (кон-тактно-бытовой путь передачи), возникшей в связи с крайне неудовлетворительным водоснабжением школы, не соблюдением индивидуального питьевого режима для детей младших классов, отсутствием условий для соблюдения личной гигиены учащихся и персонала. При исследовании образцов кала методом ПЦР обнаружено наличие РНК норовирусов генотипа II (NorovirusGtII) у 12 из 15 детей (80%).

Выводы. 1. В г. Луганске впервые зарегистрирована локальная вспышка норовирусного гастроэнтерита среди учащихся начальных классов средней школы. При этом истинное число больных детей НВГЭ в школе и семейных очагах не установлено («феномен айсберга»).

2. Группой риска по инфицированию НВИ оказались дети младших классов.

3. В клиническом плане НВГЭ у детей проявился гастроэнтеритическим

синдромом в 60% случаев и острым гастритом – 40% в сочетании с выраженными общетоксическими явлениями.

Литература.

1. Григорьева Г. И. Норовирусные инфекции: этиология, эпидемиология, диагностика. Аналитический обзор / Г. И. Григорьева. – Нижний Новгород, 2004. – 64 с.

2. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным норовирусной инфекцией, разработанный ФГБУ НИИДИ ФМБА России, 2015 г. – 86 с.

3. Учайкин В. Ф. Противовирусный препарат в комплексной терапии острых кишечных инфекций вирусной и вирусно-бактериальной этиологии у детей / В. Ф. Учайкин, А. А. Новокшенов // Детские инфекции 2012. – Т. 11. – С. 44.

Соцкая Я.А., Хомутиянская Н.И., Овсиенко Т.Н., Рожкова В.Н.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕГИОНА ДОНБАССА

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, Луганская государственная многопрофильная больница №4, г. Луганск;
Свердловская городская больница №2, г. Свердловск

Введение. Актуальность изучения сальмонеллеза (СЛМН), обусловлена широкой повсеместной распространенностью данной убикивтарной инфекции, многообразием клинических форм, множественной лекарственной устойчивостью возбудителей и летальностью.

Цель исследования – изучение клинико-эпидемиологических особенностей вспышечной заболеваемости СЛМН в промышленном регионе Луганской Народной Республики (ЛНР), оценка качества диагностики и лечения СЛМН в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ вспышечной заболеваемости СЛМН в регионе за период 12.08.18-14.08.18. Обследовано 17 пациентов с СЛМН, возраст которых составил от 21 до 65 лет. Диагноз выставлен на основании эпидемиологического анамнеза, клинических и лабораторных данных. Для подтверждения использовался бактериологический посев кала и анализ кала методом ПЦР.

Результаты исследования и их обсуждение. В августе 2018 г. был зарегистрирован факт вспышечной заболеваемости СЛМН. Из 17 больных – мужчин было 8 чел. (47,1%), женщин – 9 (52,9%). Основная масса больных была представлена молодыми, трудоспособными лицами: 8 чел. (47%) – 21-30 лет, 4 чел. (23,5%) – 31-40 лет, 2 чел. (11,8%) – 41-50 лет. Остальные 17,7% – от 51 до 65 лет. Большинство больных поступали в отделение в первые сутки от начала болезни – 76,4%, на 2-е сутки – 11,8%, на 3-е сутки – 11,8%. На момент госпитализации состояние всех больных расценивалось как средней степени тяжести, обусловленное интоксикационным синдромом, лихорадкой, абдоминальным синдромом, признаками дегидратации I степени на фоне диарейного синдрома. Характер

стула при этом был жидкий, ко-ричневого цвета, необильный, без патологических примесей у 9 больных (52,9%), у 8 – с примесью зелени (47,1%). Из эпид. анамнеза – всех поступив-ших объединял факт употребления в пищу накануне своего заболевания «фастфудов» («шаурма», «панини» и т.д.), содержащих соус из сырых яиц. Окончательный диагноз выставляли на основании бактериологического по-сева кала на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы – у 100% больных была обнаружена *S. Enteritidis*. Анализ кала методом ПЦР позволил обнаружить ДНК микроорганизмов Сальмонелл (*Salm. Spp*) у 76,5% боль-ных. Гастроэнтероколитический вариант СЛМН мы наблюдали у 11больных (64,7%), энтеритический – у 6 (35,3%). В качестве этиотропной терапии паци-енты получали цефтриаксон 2,0 в/м 2 р/сут. до 7 дней/доксисицилин 400,0 – 2 р/сут. до 7ми дней. Кроме того, получали симптоматическую, дезинтоксика-ционную, регидратационную терапию (р-р Рингера/«пламалит»/трисоль), энтеросорбен-ты (полисорб/активированный уголь/энтеросгель), пробиотики и полифермент-ные препараты. На 2-3й день пребывания в стационаре тен-денция к улучшению, что проявлялась нормализацией температуры, умень-шением выраженности абдоминального синдрома, улучшением аппетита, урежением частоты стула с изменением его характера (приближался к оформленному) наблюдалась лишь у 6-ти пациентов (35,3%), но при этом еще сохранялся выраженный астено-веге-тативный синдром и абдоминаль-ный разной степени выраженности; на 4 й день подобное улучшение отмеча-лось у большинства – 11 (64,7%). Были выписаны из отделения в удовлетво-рительном состоянии на 11е сутки – 4 чел. (23,5%), на 12-е – 9 чел. (52,9%), на 13е – 1 чел. (5,9%).

Закключение. Для СЛМН характерно многообразие клинических форм. Для диагностики СЛМН неважное значение играет подробный сбор эпиде-миоло-гического анамнеза. Более достоверным методом, подтверждающим диагноз, является все тот же бактериологический посев кала, чем более со-временный – метод ПЦР. Этиотропная терапия СЛМН обладает эффективно-стью в случае ис-пользования лекарственных средств хорошего качества, при соблюдении реко-мендуемых режимов дозирования и необходимых сроков антибиотикотерапии.

Литература.

1. Сальмонеллез у взрослых: клин. Рекомендации / сост. Д.Р. Ахмедов, Т.В. Сологуб, В.В. Цветков и др. Дагестан, 2015. 62 с.
2. Сальмонелла (небрюшнотифозная) – Информационный бюллетень ВОЗ №139, август 2013 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs139/ru/> (дата обращения – 20.11.2014 г.)

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА
У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, г. Москва,

Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, г. Москва

Себорейный дерматит (СД) самый распространенный дерматоз, который встречается у 3-5% взрослого населения [1]. У ВИЧ инфицированных больных СД диагностируется в 30-80% случаев [2].

Цель работы. Оценить частоту встречаемости и тяжесть клинических проявлений себорейного дерматита у ВИЧ инфицированных больных в зависимости от стадии болезни и получения антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 745 ВИЧ-инфицированных больных, из них СД выявлен у 261 пациента (35%), в возрасте от 21 до 32 лет.

Оценку тяжести СД проводили с помощью ИТПОД (индекса тяжести периферического дерматита), с оценкой следующих клинических проявлений – эритема, папулы и шелушение в баллах (от 0,5 до 3,0) : легкое течение – 0,5-2,5; средней тяжести 3,0-5,5; тяжелое течение 6,0-9,0 баллов [3].

Результаты:

При 2 стадии ВИЧ инфекции СД (n – 9) протекал в легкой форме у 8 человек (88,9%) и в 1 случае (11,1%) в средней тяжести, при 3 стадии ВИЧ (суб-клиническая, n – 37) легкое течение отмечалось у 30 пациентов (81,1%), а средней тяжести у 7 больных (18,9%).

Антиретровирусную терапию (АРТ) назначали больным только в стадии 4 А-В ВИЧ-инфекции (n – 141, 65,6%).

В 4А стадии (n – 90) АРТ получали – 54 человека (60%) из них легкое течение СД отмечалось в 28 случаях (51,8%), без АРТ – 12 (33,3%), течение средней тяжести с АРТ у 26 (48,2%), без АРТ у 21 (58,3%) пациента и тяжелое течение отмечалось только в группе не получавших АРТ в 3 случаях (8,4%).

В стадии 4Б (n – 77) получали АРТ 49 человек (63,6%) легкое течение СД выявлено в 28 случаях (57,1%), без АРТ у 6 человек (21,4%), средней тяжести у 19 (38,8%) с АРТ и без АРТ у 18 (64,3%) пациентов. Тяжелое течение отмечалось у 2 (4,1%) и 4 (14,3%) соответственно.

В стадии 4В (n – 48) у получавших АРТ легкое течение отмечалось в 20 случаях (52,6%), без АРТ у 2 (20%), средней тяжести у 16 (42,1%) и 4 (40%) человек соответственно. Тяжелое течение отмечалось у 2 человек получавших АРТ (5,3%) и у 4 (40%) без АРТ.

Таким образом, себорейный дерматит у ВИЧ-инфицированных больных встречался в 35% случаев и достоверно чаще у больных 4А-В стадии (82,4%). У пациентов, принимавших АРТ, фиксировалось легкое течение себорейного дерматита.

Литература.

1. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И., Джилкрест Б.А., Паллер Э.С., Леф-фель Д.Лж. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Пер. с англ. М.: Изд. Панфилова; БИНОМ; 2012. Т.1: 868:235-43.

2. Luis J. Borda, Tongyu C. Wikramanayake. Seborrheic Dermatitis and Dandruff: A Comprehensive Review. J Clin Invest Dermatol. 2015 Dec; 3 (2) : 10.13188/2373-1044.1000019.

3. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352с.

Сухорук А.А., Эсауленко Е.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Проблема хронических вирусных гепатитов по-прежнему сохраняет актуальность как в Российской Федерации, так и в мире. В структуре показаний к выполнению ортотопической трансплантации печени (ОТП) у взрослых хронический гепатит С (ХГС) занимает одно из ведущих мест: от 30 до 50% всех операций обусловлены циррозом печени в исходе ХГС [1, 2]. Эволюция режимов и схем противовирусной терапии (ПВТ) ХГС от стандартных интерферонов к препаратам прямого противовирусного действия привела к значительному повышению эффективности и безопасности лечения реципиентов печени [3, 4, 5].

Материалы и методы. Проанализирован собственный опыт лечения 25 пациентов с возвратной HCV-инфекцией после трансплантации печени. В зависимости от режима терапии пациенты были стратифицированы в две группы: 1 группа получала интерферонсодержащий режим (пегилированный интерферон-альфа+рибавирин, 48 недель; n=15), а 2 группа – безинтерфероновый режим (омбитасвир+паритапревир, бустированный ритонавиром+дасабувир±рибавирин, 12 недель, n=10). Всем пациентам лечение проводили в СПбГБУЗ «Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина» (клиническая база кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России) в 2011-2018 гг. Мониторинг концентрации иммунодепрессантов с коррективкой их доз осуществлялся доктором медицинских наук, ведущим научным сотрудником группы трансплантационной хирургии ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» Минздрава России О.А. Герасимовой.

Результаты исследования. ПВТ в интерферонсодержащем режиме привела к достижению устойчивого вирусологического ответа (УВО) у 37,5% пациентов в случае инфицирования вирусом 1b генотипа и у 66,6% при инфицировании возбудителем 2/3 генотипов. Отмечалось частое развитие нежелательных явлений, в т.ч. гематологических (61,5%), что требовало коррекции доз проти-

вовирусных препаратов и/или назначения адъювантной терапии. Терапия в безинтерфероном режиме была более эффективной. При использовании схемы омбитасвир+паритапревир, бустированный ритонави-ром+дасабувир±рибавирин УВО был достигнут у всех пациентов, инфициро-ванных возбудителем 1b геноти-па. Частота развития нежелательных явлений при использовании безинтерферо-нового режима была значительно ниже (от-мечались транзиторное повышение уровня билирубина у трех пациентов, а также снижение уровня гемоглобина до $116,7 \pm 19,8$ г/л к восьмой неделе те-рапии), однако требовался тщательный мони-торинг и коррекция доз иммуно-депрессантов.

Закключение. Использование современного безинтерферонового режима ПВТ для лечения ХГС у реципиентов печени позволяет достичь излечения забо-левания в максимально ранние и короткие сроки, что обусловлено боль-шей эф-фективностью и безопасностью данного режима.

Литература.

1.Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Понятишина М.В., Шибеева Е.О., Заха-ров К.А. Клинико-лабораторная характеристика оккультного гепатита В. Журнал ин-фектологии. 2016. Т. 8. №1. С. 66-72.

2. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А. Трансплантация печени в детском воз-рас-те и у взрослых. Педиатр. 2015. Т. 6. №3. С. 98-103.

3.Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Ганченко Р.А. Оценка эффективности за-трат на противовирусную терапию хронического вирусного гепатита С (1 geno-тип) у пациентов с циррозом печени. Инфекционные болезни. 2017. Т. 15. №1. С. 55-60.

4. Эсауленко Е.В., Герасимова О.А., Сухорук А.А., Хомченко И.В. Опыт про-тивовирусной терапии хронического гепатита С после трансплантации печени. Инфекционные болезни. 2012. Т. 10. №2. С. 84-87.

5. Эсауленко Е.В., Сухорук А.А., Мусатов В.Б., Каченя Г.В., Басина В.В. Кли-нический опыт безинтерфероновой терапии хронического гепатита С после трансплантации печени. Инфекционные болезни. 2018.Т.16,№3. С.108-114.

Тужикова Е.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Приемное отделение является самостоятельным структурным подраз-де-лением стационара, главной целью которого является осуществление го-спи-тализации всех обратившихся при наличии показаний и оказание неот-лож-ной медицинской помощи тем, кому госпитализация не показана. Приемное отделение всегда является «передовым рубежом» больницы. И перед персо-на-лом стоит задача повышения качества обслуживания и эффективности оказания медицинской помощи.

В задачи приемного отделения входит:

- Прием, осмотр и обследование больных, поступающих в приемное от-де-

ление;

- Оказание медицинской помощи госпитализируемым больным, и больным, не нуждающимся в стационарном лечении;
- Проведение санитарной обработки больным, направленных в отделения стационара (по показаниям).
- Распределение больных по характеру, тяжести и профилю заболевания.
- Оформление и ведение установленной медицинской учетной документации
- Получение сведений о движении больных.
- Постоянно поддерживать готовность отделения к работе в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций и при выявлении пациентов с ООИ.

Качество оказания медицинской помощи в приемном отделении зависит от многих факторов, таких как: оснащенность отделения, уровень квалификации персонала, удаленность других отделений, доступность в ночное время.

Для повышения качества оказания медицинской помощи необходимо своевременно повышать профессиональный уровень медицинских работников, повышать уровень технических навыков по оказанию экстренной медицинской помощи, регулярно осуществлять внутренний контроль за качеством оказания помощи, вести мониторинг удовлетворенности больных. Немаловажным аспектом является регулярное обновление аппаратуры для лабораторных и инструментальных методов обследования, внедрение новых диагностических методов.

Одним из важных моментов оптимизации работы приемного отделения является регулирование и управление телефонными контактами. Текущие телефонные звонки существенно отвлекают от выполнения наиболее важных задач. Даже кратковременный телефонный разговор приводит к тому, что после него человек должен «входить в работу» и сосредоточиться на выполнении задачи. Прерывание текущей работы приводит к увеличению вероятности возникновения ошибок. Исходя из этого, можно сделать вывод, что для повышения эффективности работы приемного отделения необходимо управление телефонными контактами путем создания call-центра. Основная часть телефонных звонков в приемное отделение носит справочный характер: график работы, запись к врачу, наличие той или иной медицинской услуги. Такие звонки легко оптимизируются на основе call-центра учреждения. Call-центр должен стать самостоятельным подразделением, для обработки обращений и информирования по голосовым каналам связи.

Совершенствование работы приемного отделения в перспективе повысит показатели оказания специализированной медицинской помощи.

Оценка качества оказания медицинских услуг должна производиться путем внутренней и внешней экспертизы, для этого необходимо разработать и внедрить соответствующие весовые показатели (индикаторы). Индикаторами могут послужить: время пребывания пациента в приемном отделении, повторное обращение пациента, расхождение предварительного и клинического диагнозов, удовлетворенность пациента оказанием помощи.

Подводя итоги, можно сказать, что оптимизация работы приемного от-

ления может внести существенный вклад в повышение качества оказания медицинской помощи, сосредоточить сотрудников на выполнении своих непосредственных задач и позволить более рационально распределять человеческие ресурсы.

Литература.

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник О.П.Щепин, В.А. Медик.-2011. 592с.

2. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева И.А. Управление персоналом организации. Учебник для вузов / Под редакцией В.И. Стародубова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 1104 с

3. Подгорбунских Е.И. Условия для эффективного управления качеством деятельности приемного отделения // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XXI междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2013.

Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2019 гг. В СРАВНЕНИИ С ЭПИДСЕЗОНОМ 2017-2018 гг.

«Специализированная клиническая детская инфекционная больница, г. Краснодар

В структуре детской инфекционной заболеваемости наиболее частой патологией являются острые респираторно-вирусные заболевания, которые способствуют развитию бактериальных осложнений, задержке психомоторного и физического развития [2]. Одним наиболее грозным заболеванием среди всех респираторных вирусных инфекций остается грипп, который до настоящего времени характеризуется тяжестью течения и высокой смертностью [1,3].

Эпидемический сезон 2017-2018 гг. характеризовался началом регистрации больных гриппом с 3-й недели января 2018 г. В ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» с 14.01.2018 г. по 31.03.2018 г. было госпитализировано 115 детей с гриппом, из них 86 детей с гриппом А/Н1N1/pdm09 и 30 – с гриппом В. В январе было госпитализировано 4 ребенка с гриппом, в феврале – 41, а в марте – 70 больных. За январь-март 2018 г. было госпитализировано 2987 детей с диагнозом ОРИ.

Грипп А регистрировался в 73,9% случаев. Следует отметить, что в эпидемический сезон 2017-2018 гг. с января 2018 г. заболеваемость гриппом А и В регистрировалась одновременно. В 46,3% случаев грипп В наблюдали в феврале 2018 г. В марте госпитализация детей с гриппом В снизилась и составила 12,9% случаев.

Из 115 детей, больных гриппом, дети грудного возраста составили 9,6% (11 случаев), раннего возраста – 25,2%, школьники – 29,6%. В 83,5% случаев заболевание протекало как средней степени тяжести. В 73% дети были из организованных коллективов. Ни один ребенок, заболевший гриппом, не был привит от этой инфекции. Чаше заболевание начиналось с лихорадки и катаральных симптомов. В лечении гриппа использовали широко, как и в предыдущие годы,

противовирусную терапию (эргоферон, арбидол, тамифлю, ви-ферон, орвирем). Реже, чем в предыдущем сезоне, использовали антибактериальную и инфузионную терапию. Ни одного летального случая не зарегистрировано.

В 73,3% случаев грипп В протекал как средней степени тяжести. Дети грудного возраста составили 20%, а школьники – 50%. В 80% случаев поступили дети из организованных коллективов. Все дети не были привиты от гриппа. Заболевание характеризовалось более выраженной интоксикацией, подъемом температуры, катаральными явлениями. Несколько чаще регистрировали осложнения в виде пневмонии. По сравнению с гриппом А реже отмечали лейкопению, тромбоцитопению. В лечении широко использовали противовирусную терапию. В 60% случаев назначали инфузионную терапию.

В Краснодарском крае подъем заболеваемости гриппом в эпидемический сезон 2018-2019 гг. начался с последней недели 2018 г., когда было зарегистрировано 5 случаев заболевания детей гриппом А/Н3N2/ и 1 случай гриппа А/Н1N1/pdm09. За январь-первую неделю марта 2019 г. было госпитализировано 516 детей с гриппом (257 – грипп А/Н1N1/pdm09, 5 – грипп А /Н1N1/, 254 – грипп А/Н3N2/). До середины марта грипп В не регистрировался. В январе детей с гриппом было госпитализировано 127, в феврале – 364, а за первую неделю марта – 25.

Из 516 пациентов, больных гриппом, дети грудного возраста составили 16,5%, школьники – 25,2%. В 88,2% случаев заболевание протекало как средней степени тяжести. Было отмечено, что школьники чаще болели гриппом А/Н1N1/pdm09, чем сезонным, а дети грудного возраста чаще болели сезонным гриппом, чем пандемическим. В 47,5% дети были из организованных коллективов. Ни один ребенок, заболевший гриппом, не был привит от этой инфекции. Чаще заболевание начиналось с лихорадки и катаральных симптомов. В ОРИТ пролечено меньше больных с гриппом А/Н3N2, чем с пандемическим гриппом. В лечении гриппа широко использовали противовирусную терапию, включая жидкую форму ремантадина. Реже, чем в предыдущем сезоне, использовали антибактериальную и инфузионную терапию. Ни одного летального случая не зарегистрировано.

Таким образом, эпидемический сезон эпидемический сезон 2017-2018 гг. характеризовался началом заболеваемости гриппом в январе 2018 г., подъемом заболеваемости в феврале, чаще болели дети школьного возраста и более тяжелым течением, чем в предыдущий эпидемический сезон. В эпидсезон 2018-2019 гг. грипп В до середины марта не регистрировался. В 100% случаев болели дети, не привитые против гриппа. В оба сезона активно использовали противовирусную терапию. В виду своевременного комплекса диагностических и лечебных мероприятий в оба сезона летальных исходов гриппа у детей не наблюдали.

Литература.

1. Бабанов С.А. Профилактика и терапия острых респираторных вирусных инфекций //Справочник поликлинического врача. – М., 2012. – №9. – С.8-12.
2. Избранные лекции по инфекционной и паразитарной патологии детского возраста / под ред. Н.В.Скрипченко. – Санкт-Петербург, 2013. – 464 с.

3. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лечение, профилактика: клиническое руководство /Геппе Н.А. и др.-М., 2018. – 200 с.

Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.

КЛИНИКА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА КУБАНИ В 2018 г.

Специализированная клиническая детская инфекционная больница, г. Краснодар

Энтеровирусная инфекция (ЭВИ) является одной из тех инфекций, которые могут протекать как в легкой, так и в тяжелой форме заболевания, от самых простых форм заболевания в виде ОРИ до тяжелых поражений нервной системы, мышечной ткани и внутренних органов (почки, печень, сердце), от единичных случаев до массовых заболеваний [1,3]. Многообразие серотипов энтеровирусов и их изменчивость обуславливает региональные особенности заболевания и различия клинической картины в разные эпидемические сезоны [2,4].

Ежегодно этой инфекцией болеет большое количество детей и взрослых. За счет своего пути распространения эта группа вирусов имеет типичную сезонность – лето, когда открыт сезон массовых купаний и снижается бдительность в отношении гигиены рук и не только.

В 2018 г. заболеваемость ЭВИ по сравнению с 2017 г. уменьшилась на 3,9% и составила 384 случая или 6,95 на 100 тысяч населения (за 2017 г. – 399 случаев или 7,27 на 100 тыс. населения), в том числе 368 случаев ЭВИ (и.п. 32,27 на 100 тыс. населения) среди детей до 17 лет, что на 14,3% выше аналогичного периода прошлого года (за 2017г. – 322 случаев или 29,79 на 100 тыс. детского населения). Чаще болели дети энтеровирусным менингитом (ЭВМ) : 2018 г. – 135 детей, 2017 г. – 74. В возрастной структуре всех больных ЭВИ преобладают дети до 17 лет и составляет 95,8% от числа заболевших, в том числе среди ЭВМ – 95,7%. Вирусологическим методом чаще обнаруживались вирусы Коксаки В5 (25,8%), ЕСНО6 (24,2%), ЕСНО30 (18%), ЕСНО13 (15,8%), реже – ЕСНО11 (10%), Коксаки В4, Коксаки А5, Коксаки А4, энтеровирус 70 тип (по 0,8%), нетипируемый энтеровирус (3%).

Нами проведен клинический анализ различных форм ЭВИ у 186 детей, госпитализированных в ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» министерства здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар), являющейся ведущим специализированным детским лечебным учреждением, куда госпитализируются дети с инфекционной патологией не только Краснодарского края, но и различных регионов России, приезжающие в летний сезон на Азово-Черноморское побережье. Мальчики (61,8%) болели чаще девочек (38,2%). Дети из организованных коллективов болели в 79,6% случаев. В 56,5% случаев ЭВИ болели дети дошкольного возраста. В 83,9% случаев госпитализировались жители г. Краснодара. В структуре заболеваемости ЭВИ преобладали больные с поражением нервной системы (менингиты и энцефалиты) – 71,5%, другие формы – 28,5% (ОРИ – 18,9%, герпангина – 26,4%, острый гастроэнтерит – 5,7%, смешанные формы (ОРИ, герпангина и экзантема) – 49,0%). В 6,0% случаев (неврологические формы) лечение проводилось в условиях отделения реанима-

ции и интенсивной терапии. У всех детей заболевание начиналось остро. Только в 52,4% случаев у больных с менингитами выявляли менингеальные знаки. Наличие различных форм сопутствующей патологии способствовало более тяжелому течению заболевания. При кишечных формах ЭВИ чаще выделяли серотипы ЕСНО 6 и 13, при ОРИ – ЕСНО 6, 11, Коксаки В5, а при поражении нервной системы – ЕСНО 6, 30, Коксаки А4, В5. Следует отметить, что при кишечных формах в 54,5% случаев вирус выделялся только из кала, при ОРИ – из зева в 70% случаев, а при поражении нервной системы – вирус из спинномозговой жидкости был выделен только в 37,3% случаев (в остальных случаях – только из кала).

У всех детей с тяжелыми формами заболевания наблюдали отсутствие прививки или незаконченный тур вакцинации от полиомиелита. В 57,8% случаев цитоз был лимфоцитарного характера. Чем выше было содержание белка в спинномозговой жидкости (более 0,5 г/л), тем тяжелее протекало заболевание. Летальных исходов не было.

В 100% случаев дети получали инфузионную терапию. В качестве противовирусной терапии широко использовали умифеновир, меглюмина акридонат, в качестве антибиотика – цефтриаксон. При лечении менингоэнцефалита использовали гормонотерапию. В 100% случаев дети выписывались с выздоровлением. Ни одного летального случая не зарегистрировано.

Таким образом, в Краснодарском крае в 2018 г. наблюдали подъем заболеваемости энтеровирусной инфекцией. Чаще регистрировали форму заболевания с поражением нервной системы. Заболевание характеризовалось острым течением, тяжестью, в 47,6% случаев серьезный менингит протекал без менингеальных знаков. В лечении широко использовали этиотропную терапию. В виду своевременного комплекса диагностических и лечебных мероприятий летальных исходов у детей не наблюдали.

Литература.

1. Избранные лекции по инфекционной и паразитарной патологии детского возраста / под ред. Н.В. Скрипченко. – Санкт-Петербург, 2013. – 464 с.
2. Канаева О.И. Энтеровирусная инфекция: многообразие возбудителей клинических форм // Инфекция и иммунитет. – 2014. – Т.4. – №1. – С.27-36.
3. Лобзин Ю.В., Скрипченко Н.В., Мурина Е.А. Энтеровирусные инфекции. – Санкт-Петербург, 2012. – 432 с.
4. Нейроинфекции у детей / Под ред. Н.В. Скрипченко. – Санкт-Петербург, 2015. – С.228-244.

*Угрюмова Л.А., Рыхлевич Е.Г., Головчанская К.В.,
Шубина Г.В., Городин В.Н.*

АНАЛИЗ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ШИГЕЛЛ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ»

Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар

По официальным данным Роспотребнадзора заболеваемость дизентерией в России за последние 15 лет неуклонно снижается и достигает в 2017 году интенсивного показателя – 4,54 на 100 тыс. населения. Одну из причин сниже-

ния заболеваемости связывают с широким применением цiproфлoксaцинa [1]. Считается, что благодаря двойному механизму противомикробного действия, резистентность к фторхинолонам формируется крайне редко. Однако, важным свойством шигелл является их способность быстро изменять свою чувствительность к различным антибактериальным средствам в зависимости от частоты их применения в том или ином регионе [2].

Цель исследования – анализ чувствительности/резистентности шигелл, выделенных от взрослых больных в ГБУЗ СКИБ г. Краснодарa с 2015 по 2017 гг. За анализируемый период бактериологически подтвержденная ди-зентерия диагностирована у 85 пациентов. В 2015-2016 годах в этиологической структуре госпитализированных шигеллезов преобладала дизентерия *Sonnei*, а в 2017 г, впервые за последние 18 лет, дизентерия *Flexneri*. За исследуемые 3 года (2015-2017 гг.) очевидна тенденция нарастания устойчивости к ампициллину: для *S. Sonnei* – 22-37%, а для *S. Flexneri*. – 75-81%. К триметоприму/сульфаметоксазолу резистентность *S. Sonnei* составила 52-75%, а для *S. Flexneri*. В среднем 55%. За последние 10 лет возросла устойчивость *S. Sonnei* к цефтриаксону (почти до 25%). А вот все выделенные штаммы *S. Flexneri* (n=26) были к цефтриаксону чувствительны. Настораживает результат определения чувствительности *S. Flexneri* к фторхинолонам: в 2017 году резистентными к цiproфлoксaцину оказались 45,5% выделенных культур. В отличие от шигелл, у бактерий рода *Salmonella* сохраняется высокая чувствительность (>90%) ко фторхинолонам II поколения [3]. Особого внимания заслуживает проблема полирезистентности шигелл. Если полирезистентность *S. Sonnei* отмечалась в среднем 13% случаев, то полирезистентная *S. Flexneri* выявлена в 45-55%.

Таким образом, за внешне благополучной эпидемиологической ситуацией по дизентерии кроется изменения этиологической структуры и постепенное преобладание более вирулентной и резистентной к антимикробным препаратам (АМП) *S. Flexneri*. Учитывая, что вакцинопрофилактика не обеспечивает защиту от шигеллеза *S. Flexneri*, нынешнее эпидемиологическое состояние может оказаться «затишьем перед бурей». Как видно из приведенных результатов исследования, перечень эффективных и относительно безопасных у различных категорий пациентов антибактериальных средств при шигелллезе существенно ограничен. Если не прекратить широкое и бессистемное применение в России АМП, мы рискуем остаться без надежных средств терапии шигеллезов. Осложняет проблему крупномасштабное использование АМП в животноводстве и сельском хозяйстве [2]. Применительно к результатам проведенного нами анализа, для стартовой терапии тяжелых форм дизентерии следует выбрать Цефалоспорины III поколения. Мониторинг резистентности шигелл позволит сформировать наиболее обоснованную политику в отношении рациональной терапевтической тактики.

Литература.

1. Никифоров В.В., Шахмарданов М.З., Бутова С.В., Томилин Ю.Н., Абушева А.С. Эволюция этиотропного лечения шигеллезов //Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2017. -Т. 22, №5. -С.264-266.

2. Ахметова Л.И., Розанова С.М. Чувствительность к антимикробным препаратам штаммов шигелл и сальмонелл, выделенных в Екатеринбурге // Клин.микроб.и антимикр.химиотер. 2000. - Т2.№3. -С.58-62.

3. Городин В.Н., Мойсова Д.Л., Угрюмова Л.А., Рыхлевич Е.Г., Давыдова А.В. ГБУЗ «СКИБ» //В книге: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания Материалы II всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 2015. С. 48-49.

Улуханова Л.У.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

Актуальность. Эпидемический паротит относят к числу управляемых «детских» инфекций, поскольку возбудитель заболевания, обладающий достаточно высоким индексом контагиозности, способен к быстрому распространению преимущественно среди детского контингента. Однако этот факт не исключает возможность развития заболевания у взрослых (основной диапазон охвата: лица от 2 до 25 лет). Летальность невелика, но недостаточное внимание врачей к особенностям течения данного заболевания у взрослых таит в себе серьезную опасность из-за возможности поражения нервной системы и репродуктивного аппарата мужчин. С этим заболеванием могут быть связаны такие последствия как бесплодие, глухота и сахарный диабет [1,2, 3,4,5].

Цель исследования. Для снижения уровня заболеваемости по республике Дагестан показать охват вакцинации против данной инфекции.

Результаты исследования

По республике Дагестан за 2017 г. зарегистрировано 2632 случая паротитной инфекции (ПИ). Для сравнения за весь 2016 год было зарегистрировано 148 больных ПИ, в 2015 только 1 больной. В результате дополнительной иммунизации в 2018 году снизилась заболеваемость эпидемическим паротитом в 2,5% раза по сравнению с 2017 г. (1037 в 2018 г. случаев против 2632 в 2017 г.). Таким образом, можно констатировать, что в Дагестане с 2016 года началась и идет масштабная эпидемия ПИ. У госпитализированных в РЦИБ больных заболевание протекало как с поражением слюнных желез (чаще всего околоушных), так и с одновременным поражением поджелудочной железы, орхита и серозного менингита.

Ведущий путь передачи воздушно-капельный, в механизме передачи активная роль в распространении была за студентами (21,6% заболевших в 2016 году и 21,5% в 2017г.); за детьми школьного возраста (20,2% в 2016г. и 31,1% в 2017г.) и неработающим взрослым населением (52% в 2016 г. и 23,8% за 6 мес. 2017г.). Доля всех взрослых в общей структуре заболеваемости эпидпаротитом в 2016 году составила 68,2% (101 чел.), за 6 мес. 2017 г. – 52,3% (683 чел.), т.е. эпидпаротит «повзрослел», что еще больше прослеживается в анализе возрастной структуры заболевших.

Закономерным следствием отсутствия антител к вирусу эпидемического

паротита у части матерей является развития врожденных форм эпидемического паротита, а также то, что их новорожденные дети, не обладая пассивным (материнским) иммунитетом, не защищены от этой инфекции с момента рождения и могут активно вовлекаться в эпидемический процесс паротитной инфекции в течение первого года жизни.

После вакцинации уже через 7 лет отмечается снижение уровня защитных антител, что способствует заболеванию. Для исполнения постановления главного Государственного санитарного врача РД №10 от 28.02.17 г. «О проведении дополнительной иммунизации против эпидемического паротита в Республике Дагестан» привито на декабрь 2017 г. 45265 человек, из них по подчищающей схеме 33021, что составило 72,9%. Так же в очагах инфекции контактных привито 7910 человек.

При анализе прививочного статуса заболевших в 2017 г. из 2632 случаев паротита не привитых оказалось 1492 человека (56,6%), в том числе детей 460 (30,8%) и взрослых 1032 (69,1%). Из 1492 не привитых – 483 отказа (32,3%), 55 случаев мед. отвода (3,6%), прививочный статус не известен у 954 (63,9%) лиц. Лица, получившие плановую вакцинацию в соответствии с национальным календарем составили всего 43,4%. При проведении эпидемиологического анализа выявились недостатки в организации противоэпидемических и профилактических мероприятий ввиду несвоевременной иммунизации контактных лиц. Также имелись недостатки в планировании прививок и своевременной постановки на учет вновь прибывших граждан на территорию медицинской организации.

Таким образом, в результате дополнительной иммунизации в 2018 году снизилась заболеваемость эпидемическим паротитом в 2,5% раза по сравнению с 2017 г. (1037 в 2018 г. случаев против 2632 в 2017 г.). Также в ходе эпидемии было установлено, что среди всех возрастных категорий наибольшее количество заболевших приходится на возраст от 15 до 25 лет, причем и осложнения в этой группе были чаще.

Выводы. 1. В ходе эпидемии было установлено, что среди всех возрастных категорий наибольшее количество заболевших приходится на возраст от 15 до 25 лет, причем и осложнения в этой группе были чаще.

2. При анализе прививочного статуса заболевших ЭП в 2017г. из 2632 случаев паротита не привитых оказалось 1492 человека (56,6%), в том числе детей 460 (30,8%) и взрослых 1032 (69,1%). Из 1492 не привитых – 483 отказа (32,3%), 55 случаев мед. отвода (3,6%), прививочный статус не известен у 954 (63,9%) лиц. Лица, получившие плановую вакцинацию в соответствии с национальным календарем составили всего 43,4%.

3. В результате дополнительной иммунизации в 2018 году удалось снизить заболеваемость эпидемическим паротитом в 2,5% раза по сравнению с 2017 г. (1037 случаев против 2632).

Литература.

1. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей. 2-е издание. М.: 2009.- С.382-392.
2. Казанцев А. П. Эпидемический паротит. – Л.: Медицина, 1988. – 176 с.

3. Малов В.А., Горобченко А.Н. Эпидемический паротит. Лечащий врач. – 2003.- №9.

4. Постановление главного Государственного врача РД №10 от 28.02.17 г. «О проведении дополнительной иммунизации против эпидемического паротита в республике Дагестан» rdpress.ru/file/download/1876.

5. Харченко Г.А., Кимирилова О.Г. Эпидемический паротит у детей – актуальность проблемы. Детские инфекции, 2017;16 (3) : 28-31.

Улуханова Л.У., Омариева Р.М.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОРЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Дагестанский государственный медицинский университет, г. Махачкала

Актуальность. Успехи иммунизации позволили отнести корь к «уходящим» инфекциям, включенным в Национальную программу, возможность ликвидации ее в нашей стране к 2010 г. (показатель заболеваемости на тот период составил 0,2 на 100 тыс. населения). Однако в 2011 году ситуация резко изменилась: в связи с отказами от прививок заболеваемость корью в России возросла до 4,2 на 100 тыс. населения [1,2]. Заболеваемость корью в республике Дагестан на этапе элиминации и сертификации территории осложнилась с осени 2010 года. С этого времени в республике идет эпидемический подъем заболеваемости корью [2, 3].

Цель исследования: проанализировать заболеваемость кори в республике Дагестан за период с 2011 по 2017 гг., а также показать охват вакцинации с целью снижения заболеваемости.

В связи с осложнением эпидемической ситуации по кори, в 2013 году было привито 18614 чел., из них 7500 студентов. По эпидемическим показателям проводилась реиммунизация взрослого населения – 832 чел.

В 2014 году оставалась неблагоприятной эпидемиологическая обстановка по кори. За отчетный год зарегистрировано 620 лабораторно подтвержденных случаев кори, в т.ч. у детей до 17 лет – 306 сл. (49,4%). Анализ иммунной структуры заболевших корью выявил, что 41,6% (258 чел.) заболевших – это лица, не привитые или не имевшие сведения о проведенных прививках против кори, а на долю заболевших корью, получавших прививки, пришлось 33,7% (209 чел.). Среди заболевших корью доля не привитых против кори детей составила – 32,1% (199 чел.), из которых 16,9% (105) не достигли прививочного возраста, остальные не были привиты по причине отказов (48 чел.) и медицинских отводов (46 чел.). В 2014 году по эпидемическим показаниям было привито 230343 чел., в т.ч. вакцинировано против кори взрослых 18684 чел., ревакцинировано 211659, в т.ч. детей – 57647 чел.

В 2015 году эпидемиологическая обстановка по кори в республике стабилизировалась. Были зарегистрированы 2 случая кори, но была продолжена иммунизация как взрослого, так и детского населения по эпидемическим показаниям и в рамках национального календаря (привито всего 153204 чел., в том числе детей – 100246 и взрослых- 52958 чел.).

За 2017 г. в РД зарегистрировано 99 лабораторно подтвержденных случаев кори. Привито всего в 2017 году 3554; из них по эпид. показаниям – 931 чел. (в том числе детей 424); не привитых детей было 312 (из них мед. отказов – 31, отказов – 281).

Таким образом, учитывая широкий охват вакцинации и ревакцинации, особенно в очагах контактным по кори (ранее не привитым, либо утратившим иммунитет взрослым) удалось снизить заболеваемость кори в республике Дагестан в 2017 и 2018 гг.

Выводы. Заболеваемость корью в республике Дагестан на этапе элиминации и сертификации территории осложнилась с осени 2010 года. С этого времени в республике идет эпидемический подъем заболеваемости корью.

Учитывая широкий охват вакцинации и ревакцинации, особенно в очагах контактным по кори (ранее не привитым, либо утратившим иммунитет взрослым) удалось снизить заболеваемость кори в республике Дагестан.

Литература.

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 г.» 26 мая 2017 г.
2. <http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php>.
3. СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» <http://05.rospotrebnadzor.ru/docums/regional/sanpin/>
4. <https://medn.ru/statyi/kor-simptomy.html>.

Филиппов П.Г., Огиенко О.Л., Кускова Т.К., Еремушкина Я.М.

**ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В МОСКВЕ ПО МЕРЕ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, г. Москва

Цель: выявление изменений структуры летальности пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Объект исследования: анализ историй болезни и результатов вскрытия ВИЧ-инфицированных пациентов в различные периоды эпидемии. Проведен анализ историй болезни и результатов вскрытия, больных 3 групп: 1 группа – 250 ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших в период 1991-2003 гг.; 2 группа – 271 ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших в период 2005-2006 гг.; 3 группа – 236 ВИЧ-инфицированных пациентов, умерших в 2009-2015 годах.

Основные причины летальности были объединены в 6 кластеров: 1) СПИД, 2) не связанные со СПИД инфекции (включая инфекционный эндокардит, сепсис, анаэробную инфекцию), 3) болезни печени, 4) не связанные со СПИД онкологические заболевания, 5) сердечно-сосудистая патология, а также 6) не связанные с предыдущими причины (суицид, злоупотребление наркотиками или алкоголем, токсические эффекты АРТ, насилие и другие причины).

СПИД считался причиной смерти в том случае, если диагноз на момент

смерти соответствовал общепринятым критериям СПИДа, принятым в РФ.

Полученные результаты. Выявлено, что с течением времени уменьшается летальность от СПИДа: 1 группа – 76,3%, 2 группа – 57,6% и 3 группа – 44,2%. Также с течением времени изменилась структура регистрируемых СПИД-индикаторных заболеваний. Соответственно, во 2 и 3 группах чаще стали регистрироваться не связанные со СПИДом инфекции, болезни печени, не связанные со СПИДом онкологические заболевания, а также не связанные с предыдущими причины. В 3 группе также стала регистрироваться сердеч-но-сосудистая патология (ишемические поражения).

Показано, что на структуру летальных исходов влияют следующие факторы: употребление психоактивных веществ, наличие ко-инфекции вирусными гепатитами С и/или В, злоупотребление алкоголем, возраст больного, применение и приверженность к применению АРТ, пол больного, проведение профилактики различных оппортунистических и СПИД-индикаторных заболеваний, сроки, прошедшие от момента заражения до летального исхода, абсолютный уровень и процент CD4+ клеток на момент летального исхода, наличие тяжелой сопутствующей патологии.

Литература.

1. Nicolai Lohse et al., Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005. Ann Int Med. Jan. 16, 2007;146:87-95
2. The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs Study Group. Liver-Related Deaths in Persons Infected With the Human Immunodeficiency Virus. Arch Intern Med. Aug. 14/28, 2006; 166: 1632-1641
3. Chaturvedi AK et al. Elevated risk of lung cancer among people with AIDS. AIDS. 2007 Jan 11; 21:207-13
4. The DAD Study Group. Class of Antiretroviral Drugs and the Risk of Myocardial Infarction. N Engl J Med. Apr. 26, 2007; 356;17; 1723-1735
5. А.Р. Черноусова, П.Г. Филиппов, Е.Л. Голохвастова. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ВИЧ-инфекцией на фоне высокоактивной антиретровирусной терапии. Инфекционные болезни. 2007; том 5; №2; 11-16.

Халяпин Е.Б., Курбацкий А.А., Савченко О.Г.

**ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КУЛЬТУР
PSEUDOMONAS AERUGINOSA F**

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) является одним из самых опасных оппортунистических патогенов. Частота её выделения из крови при сепсисе составляет примерно 20%, из мокроты при муковисцидозе – 70%, при нозокомиальных пневмониях – 45-70%, при интраабдоминальных инфекциях – 28%, при нозокомиальных инфекциях мочевых путей – 10%. В общей этиологической структуре внутрибольничных инфекций доля *P.aeruginosa* варьирует в пределах 20-30%. Чрезвычайно важным аспектом работы клинического бакте-

риолога является определение чувствительности выделенных из клинического материала штаммов *P.aeruginosa* к адекватному спектру антимикробных препаратов (далее – АМП), что способствует оптимизации терапии инфекций, вызванных этим возбудителем.

В рутинной лабораторной практике, как правило, применяется исследование чувствительности к АМП диско-диффузионным методом, который обладает такими несомненными достоинствами, как простота исполнения и экономическая доступность. Тем не менее, при работе этим методом с некоторыми штаммами *P. aeruginosa* исследователь может столкнуться с некоторыми реализуемыми *in vitro* феноменами, которые требуют своевременного учета и дальнейшего изучения.

Целью данной работы явилось выявление закономерности в одновременном определении чувствительности штаммов *P.aeruginosa* к цефтазидиму, имипенему и пиперациллин-тазобактаму. В работе использовались диски фабричного производства, импрегнированные растворами вышеперечисленных АМП. В качестве плотной питательной среды для исследования использовался агар Мюллера-Хинтон. Интерпретация результатов исследования проводилась в соответствии с Клиническими рекомендациями «Определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам», версия 2018 года (далее – КР). Перед началом работы было подтверждено соответствие доз АМП в используемых дисках и доз АМП, приведенных в КР.

В ходе исследования было установлено, что при аппликации вышеперечисленных дисков с АМП на поверхность агара Мюллера-Хинтон с засеянной культурой *P.aeruginosa* в последовательности «цефтазидим – имипенем – пиперациллин-тазобактам» на расстоянии 1,5 см у устойчивых к имипенему штаммов наблюдалось искажение зон задержки роста (далее – ЗЗР) вокруг дисков с цефтазидимом и пиперациллин-тазобактамом со стороны диска с имипенемом. В этом случае зоны задержки роста принимали вид латинской буквы D, что имеет внешнее сходство с описанным в литературе «D-феноменом», наблюдаемым у штаммов микроорганизмов родов *Staphylococcus* и *Streptococcus*, проявляющих индуцибельную резистентность к клиндамицину. Несмотря на это, при замере ЗЗР вокруг дисков с цефтазидимом и пиперациллин-тазобактамом их размер, как правило, укладывался в диапазон значений «чувствителен».

Всего было исследовано 50 культур *P.aeruginosa*, выделенных от пациентов с инфекциями различной локализации, преимущественно – штаммы из верхних дыхательных путей и отделяемого ран. Результаты исследования распределились следующим образом: в 96% от общего количества случаев вокруг диска с имипенемом образовывалась ЗЗР, соответствующая значению «устойчиво». При этом ЗЗР вокруг дисков с пиперациллин-тазобактамом и цефтазидимом принимали D-образную форму, но по диаметру оставались достаточными для интерпретации культуры как чувствительной к этим АМП. В 48% от общего количества случаев при вышеописанной картине культура интерпретировалась как чувствительная к меропенему, в 52% – была к нему устойчива. В 2% случаев культура была чувствительна ко всем четырем препаратам одновременно, и

искажения зон задержки роста не возникало вовсе. В 2% случаев культура была нечувствительна одновременно к имипенему, меропенему, пиперациллин-тазобактаму и цефтазидиму, искажения зон задержки роста вокруг дисков с АМП при этом также не наблюдалось. Для случайно выбранных устойчивых к обоим карбапенемам культур было проведено дополнительное исследование: вместо диска с имипенемом был использован диск с меропенемом, цефтазидим был заменен цефепимом, пиперациллин-тазобактам был заменен тикарциллин-клавуланатом, результаты в различных комбинациях были идентичными тем, что наблюдались при использовании имипенема, цефтазидима и пиперациллин-тазобактама. Для тех же случайно выбранных культур было проведено следующее исследование: диски с имипенемом, пиперациллин-тазобактамом и цефтазидимом были апплицированы на три отдельные чашки Петри, засеянные данными культурами. В данном случае зоны задержки роста остались теми же, что при совместном использовании дисков на одной и той же чашке, но у пиперациллин-тазобактама и цефтазидима не наблюдалось D-образного искажения ЗЗР. Таким образом, между совместным расположением дисков с данными антибиотиками и искажением ЗЗР у пиперациллин-тазобактама и цефтазидима наблюдается сильная положительная корреляционная связь (коэффициент корреляции, рассчитанный в программе Excel, равен 0,86).

Резюмируя вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

Подавляющее большинство исследованных культур (96%) проявляют устойчивость к имипенему, 52% – также и к меропенему. Резистентность синегнойной палочки к карбапенемам требует тщательного отслеживания и выявления ее механизмов доступными в рутинной практике тестами.

Искажение зон задержки роста вокруг дисков с пиперациллин-тазобактамом и цефтазидимом в присутствии имипенема и при условии устойчивости к последнему синегнойной палочки – это не до конца ясная авторам фенотипическая девиация. Похожий феномен давно описан в литературе и применяется в скрининге металло-бета-лактамаз у *P. aeruginosa* в фенотипическом тесте с имипенемом, меропенемом, цефтазидимом и ЭДТА. Возможно, в данном случае речь также идет о сходных механизмах резистентности данного микроорганизма к карбапенемам, цефалоспорином и ингибитор-защищенным пенициллинам. Тем не менее, этот вопрос требует дальнейшего изучения с дополнительным применением иных, не бактериологических методик (например, ПЦР) и поиском связи между полученными результатами.

Литература.

1. Козлов Р.С., Голуб А.В., Дехнич А.В., исследовательская группа SMART. Антибиотикорезистентность грамотрицательных возбудителей осложнённых интраабдоминальных инфекций в России. Клиническая микробиология и антибактериальная химиотерапия. 2015;17 (3) :227-234.).
2. Поздеев О.К. Медицинская микробиология: учебное пособие / под ред. В.И. Покровского. – 4-е изд. испр. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 768 с. : ил. (Серия «XXI век»). ISBN 5-9704-0132-3, с 343-348
3. Richards MJ, Edwards JR, Culver DH, et al. Nosocomial infections in medi-cal

intensive care units in the United States. National Nosocomial Infections Sur-veillance System. Crit Care Med 1999;27 (5) : 887-92.

4. Сидоренко С.В., Резван С.П., Еремина Л.В. и др. Этиология тяжелых госпитальных инфекций в отделениях реанимации и антибиотикорезистентность среди их возбудителей // Антибиотики и химиотерапия. 2005. Т. 50. №№2-3. С. 33-41.

Хан Р.В., Ковальчук М.А., Лебедева И.С.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ВРАЧАМИ-ЭПИДЕМИОЛОГАМИ В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Одной из целей национального проекта «Здравоохранение», утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», является ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях. Для её решения в медицинских вузах страны реализуется Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

Формирование специалиста-эпидемиолога, отвечающего требованиям времени, проводится на всех уровнях его подготовки: до получения диплома, последипломном, а в последующем – и на уровне дополнительного профессионального образования. [2]

Целью нашей работы явился анализ кадрового обеспечения врачами-эпидемиологами в медицинских организациях Краснодарского края. Для выполнения указанной цели мы использовали сводную форму государственного статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» по медицинским организациям Краснодарского края за 2014-2018 гг. Вычислялись показатели укомплектованности штатов, в т.ч. физическими лицами, коэффициент совместительства должностей врачей по лечебной сети в целом и по медицинским организациям, оказывающим амбулаторную и стационарную помощь, отдельно. Для уточнения тенденции аналогичные показатели изучали по врачам-инфекционистам, как наиболее близкой и часто сравниваемой в литературе специальности, а также, по врачебному персоналу в целом.

С 2014 по 2018 гг. число должностей врачей-эпидемиологов в медицинских организациях края снизилось на 4,7%, с 184,75 до 176. При этом число должностей в организациях, оказывающих амбулаторную помощь, снизилось на 10,4%, со 100,75 до 90,25, а в оказывающих помощь в стационарных условиях, напротив, выросло на 2,6%, с 76,25 до 78,25. Данная тенденция отличается от общей закономерности: при общем снижении количества всех врачебных должностей на 0,8% их число в организациях, оказывающих амбулаторную помощь, выросло на 3,2%, а в оказывающих стационарную помощь – снизилось на 3,9%. В инфекционной службе общий рост числа врачебных должностей на 1,2% обе-

спечен их ростом на 7,8% в поликлиниках, поскольку в стационарах отмечается снижение на 3,9%. Эти изменения в структуре должностей объясняются изменением структуры оказания медико-санитарной помощи в целом в связи с внедрением в современную систему здравоохранения России стационарзамещающих технологий, в то же время нормативы обеспеченности должностями врачей-эпидемиологов существенно меньше зависят от этих тенденций, чем должности врачей клинических специальностей. [1]

Несмотря на снижение с 2014 по 2018 гг. укомплектованности штатов лечебных должностей в целом с 78,2% до 77,5%, укомплектованность штатов врачей-эпидемиологов выросла с 67,5% до 72,2%, хотя и остается ниже, чем в лечебной сети в целом. Для сравнения укомплектованность штатов в инфекционной службе за тот же период выросла с 75,9% до 79,1%. Однако следует отметить, то если рост укомплектованности эпидемиологов связан, в первую очередь, с амбулаторным звеном (с 59,8% до 68,7%), то инфекционистов – со стационаром (с 74,6% до 85,4%), в то время как в поликлиниках укомплектованность этими специалистами упала с 79,0% до 71,1%.

Укомплектованность физическими лицами врачей-эпидемиологов существенно выросла за рассматриваемый период: с 46,5% до 60,2%, рост отмечается как в амбулаторном, так и стационарном звене. Среди врачей в целом этот показатель также вырос, хотя и менее значительно (с 59,1% до 62,7%). Коэффициент совместительства должностей, соответственно, снизился, для врачей-эпидемиологов в целом на 17,2% (с 1,45 до 1,2), в то время как для врачей всех специальностей – на 6,1% (с 1,32 до 1,24).

Таким образом, с 2014 по 2018 гг. число должностей врачей-эпидемиологов в медицинских организациях края снизилось за счёт их сокращения в поликлиниках, что не согласуется с общей тенденцией изменения кадровой структуры здравоохранения; укомплектованность же штатов, в том числе физическими лицами, выросла существенно, хотя эти показатели и остаются всё ещё ниже средних по всем должностям. Для сохранения благоприятных тенденций и полного устранения кадрового дефицита врачей-эпидемиологов медицинским вузам необходимо увеличить количество подготавливаемых выпускников по специальности «Медико-профилактическое дело».

Литература:

1. Бутарева М.М. Стационарзамещающие технологии в здравоохранении Российской Федерации / Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – №4. – С. 23-29.
2. Голубкова Л.А., Федорова Е.В., Смирнова С.С. Подготовка врача-эпидемиолога в условиях современных образовательных стандартов и мониторинг качества // Пермский медицинский журнал. – 2017. – Т. 34. – №4. – С. 89-93.

Хомутянская Н.И., Шаповалова И.А., Кузовлева И.А., Столярова Л.Е.
**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ
В Г. ЛУГАНСКЕ В 2018 ГОДУ**

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск

По данным ВОЗ, ежегодно в мире 30-40 миллионов человек болеют корью, более 800 000 умирают от этой инфекции и осложнений.

Цель исследования. Оценка клинических и эпидемиологических особенностей кори у взрослых в г. Луганске с целью оптимизации диагностики и профилактики.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 28 больных, госпитализированных в инфекционное боксированное отделение ГУ «ЛГМБ №4» ЛНР в период май – сентябрь 2018 года. Возрастная структура выглядит следующим образом: 19-30 лет – 23%, 31-40 лет – 47%, 41-57 лет – 30%. Диагноз кори подтверждали методом ИФА: выявление иммуноглобулинов класса Ig G к вирусу кори в динамике: положительный результат (0,2 МЕ/мл), нарастание титра антител в 5,5 раза.

Результаты и их обсуждение. В период май-сентябрь 2018 года в инфекционное боксированное отделение ГУ «ЛГМБ №4» ЛНР поступило 28 больных, из них госпитализированно – 26 больных, в т. ч. одна беременная (срок беременности 11 недель) ; 2 больных отказались от госпитализации. Особенность клиники у взрослых: в большинстве случаев клиническое течение кори оставалось классическим, выражен интоксикационный синдром с первых дней заболевания с лихорадкой (80%), сочетание с катаральными проявлениями и пятнисто-папулезной сыпью. Риск осложнений составил у 14,8% больных. Наблюдались также легкие формы кори (до 20%), среди привитых (у 67% подтвержденные данные о 2-х кратной вакцинации). Предположительное место заражения: контакт с больным – 5 человек (19,2%), из них по работе контактировали 3 человека, был контакт с больным в семье у 1 пациента, контакт с больным другом – 1 пациент. В 21,3% случаев был выезд за пределы Республики. В 13 случаях (46%) место заражения установить не удалось. Также нами выявлены 2 семейных очага с вторичными случаями (в сумме 6 человек) и локальная вспышка (5 случаев среди работников ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР).

Выводы. В летний сезон 2018г. возник эпидемический подъем заболеваемости корью среди взрослого населения в г. Луганске с вовлечением в эпидпроцесс непривитых детей. Необходимо отметить, что одной из решающих причин роста заболеваемости корью, как управляемой инфекции, является снижение охвата иммунизацией детского и взрослого населения. Согласно рекомендации ВОЗ необходим 95% охват подлежащих контингентов.

Литература.

1. Постановление Главного государственного врача РФ «Об утверждении Программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013-2015 гг.) » и плана ее реализации». – Зарегистрировано в Минюсте РФ, 30 августа 2013 г. – N 29831.

2. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» СП 3.1.2952-11. – Зарегистрировано в Минюсте РФ, 24 ноября 2011 г. – N 22379.

3. Kroger A.T., Atkinson W.L., Marcuse E.K., Pickering L.K. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) // MMWR Recomm Rep. – 2011. – 60. – P.1-60.

Хурум З.Ю., Шапран Е.Г., Горбулина Н.В.

**АНАЛИЗ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В ГБУЗ «КБСМП г.КРАСНОДАРА» МЗ КК ЗА 2018 ГОД.**

Клиническая больница скорой медицинской помощи города Краснодара;
Кубанский медицинский институт, г. Краснодар

Проблема эпидемиологической безопасности медицинских работников в крупных многопрофильных стационарах является, несмотря на достижения в современном здравоохранении, первостепенной и значимой (4).

С работником во время выполнения им своих непосредственных обязанностей может произойти аварийная ситуация. Не секрет, что каждый медицинский работник ежедневно в процессе реализации должностных обязанностей выполняет десятки различных манипуляций, таких, например, как: выполнение инъекций, дезинфекция инструментария, эксплуатация медицинских изделий, обращение с медицинскими отходами, проведение текущих и генеральных уборок и др. При выполнении выше указанных манипуляций медицинский работник может оказаться в совершенно различных аварийных ситуациях, например: загрязнение кожных покровов и слизистых работников кровью и другими биологическими жидкостями пациентов; уколы и порезы колющим и режущим инструментарием; рассыпание (разлив) медицинских отходов классов Б и В, которые могут привести к заражению гемоконтактными инфекциями

Гемоконтактные инфекции являются одной из ведущих проблем современного здравоохранения. Особенно актуально внутрибольничное инфицирование медицинских работников такими заболеваниями, как ВИЧ [3], гепатиты В и С. Исследования, проведенные в различных регионах России, пока-зали, что уровень заболеваемости гепатитами среди медицинского персонала в среднем в 2-3 раза выше, чем среди населения страны в целом [1,2].

Нами проанализировано 28 случаев аварийных ситуаций зарегистрированных в ГБУЗ «КБСМП г. Краснодара» МЗ КК за 2018год, в 2017 году зарегистрировано 28 случаев, в 2016г.-16. В общем количестве случаев аварийных ситуаций в ЛПУ города Краснодара удельный вес учтенных случаев по БСМП составляет в 2018г-30% (2017г.- 31%, 2016г. – 38%), по краю в 2018г-18,5% (17% и 7% соответственно). Можно предположить, что это не полный учет аварийных ситуаций в медицинских организациях.

Наибольшее количество пострадавших медицинских работников составили медицинские сестры – 37% (10 сотрудников), врачи – 33,3% (9) и фельдшер скорой медицинской помощи – 22,2% (6). Младший медперсонал составил

– 7,4% (2). Из них преимущественно женщины – 62,9% (17), мужчины – 37% (10). Средний возраст составил – $37,8 \pm 0,5$ лет. Стаж работы до 1 года – 33,3% случаев, от 1 до 5 лет – 22,2%, от 6 до 10 лет – 7,4% и старше 10 лет – 37%. Большая часть аварийных ситуаций происходила в бригадах скорой медицинской помощи – 55,5% (15 случаев), в подразделениях хирургического профиля и операционных блоках – 22,2%, в приемном покое – 11,1%, в терапевтических отделениях – 7,4% и в реанимационном отделении – 3,7%. Регистрация фиксировалась в течение 2 часов в 100% случаев.

Наибольшее количество аварийных ситуаций зарегистрировано при оказании медицинской помощи во время проведения медицинских манипуляций (74% случаев) как и в 2017-2016 годы – укол использованной иглой. Доля таких ситуаций в 2018 г. – 96% (в 2017 г. – 82%, в 2016 г. – 69%). При утилизации отходов – 14,8%.

Непредвиденные ситуации стали причиной технических аварий в 60% случаев (оказание медицинской помощи в салоне автомобиля скорой медицинской помощи во время движения; неадекватного поведения больных при оказании медицинской помощи). Профилактические мероприятия выполнены пострадавшими мед. работниками в течение 5 минут от момента аварии.

При обследовании пострадавших отмечены отрицательные результаты в 92,5% случаев на HCV и HBsAg, в 96,2% на ВИЧ-инфекцию. Имелись по 1 случаю ХВГС и ХВГВ. Проведена прививка от ВГВ менее 5 лет назад и более 5 лет по 48% случаев.

По результатам обследования больных выявлен ХВГС у 25,9% (7 больных), отрицательный результат у 48% (13) и 1 не обследован. ХВГВ выявлен у 7,4%, отрицательный результат у 16,6% и двое не обследованных. ВИЧ-инфекция обнаружена у 44,4% (12), отрицательный у 33,3% (9), не обследовано 5 больных (неизвестные источники).

Постконтактная профилактика АРВТ назначена в 59% случаев (16 сотрудников), не назначалась в 29,6% случаев и в 11,1% (3) отказались.

Медицинские работники, пострадавшие в результате технической аварии состоят на «Д» – учете в ГБУЗ «КЦ ПБ СПИД» МЗ КК, в течение 12 месяцев с момента технической аварии проходят диспансерное наблюдение согласно правилам установленного порядка. По окончании срока диспансеризации случаев заболевания гемоконтактными инфекциями не зарегистрировано.

С целью своевременного проведения профилактических мероприятий в ГБУЗ «КБСМП г. Краснодар» МЗ КК разработан алгоритм действий медицинского работника при возникновении аварийной ситуации. В каждом структурном подразделении созданы укладки для проведения первичных профилактических мероприятий, ведется учет аварийных ситуаций. На рабочих местах имеются средства индивидуальной защиты. Медицинские работники обучаются правилам и техники оказания экстренной помощи при возникновении аварийной ситуации.

Литература:

1. Гаврилова Р.В. Профессиональное заражение медицинских работников

вирусными гепатитами: проблемы диагностики. Медиаль. 2016. №1 (18), апрель. С. 30.

2. Локтионова О.В. Система эпидемиологической безопасности в операционном блоке. Московский хирургический журнал. 2009. №5 (9). С. 25-31.

3. Пасечник О.А., Миленина В.М., Магар Н.И. Профилактика инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи. Медиаль. 2015. №3 (17), ноябрь. С. 77.

4. Шайхразиева Н.А., Курбангалиева А.М., Лопушов А.В., Нестерова А.Ф. Эпидемиологическая безопасность медицинских работников в много-профильном стационаре // Медицинский альманах. 2016. №3. С.340.

Чернышева Е.В., Побережник В.Д., Лепов А.А.

ОСОБЕННОСТИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Инфекционная больница №2, г. Сочи

Ежегодно в осенне-зимний период отмечается повышение заболеваемости острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). Наиболее часто от инфекций страдают дети раннего возраста. Тяжелым проявлением ОРЗ является пневмония. Высокая распространенность пневмоний сочетается с высокой смертностью детей от этого заболевания во всем мире. Так, по данным ВОЗ, в 2015 г. от пневмонии умерли 920 136 детей в возрасте до 5 лет, что составляет 15% всех случаев смерти детей этого возраста. В связи с чем, внебольничные пневмонии остаются актуальной проблемой в педиатрической практике.

За период с 2017 по 2018 гг. в отделении №5 Инфекционной больницы №2 г. Сочи на стационарном лечении находилось 7702 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет. Из них 1698 пациентов с диагнозом: Пневмония, что составило в 2017 году 14,9% от общего числа пролеченных больных. В 2018 году отмечается увеличение количества больных с подтвержденным диагнозом пневмонии и составил 30,2%. Пневмония вызывается целым рядом возбудителей инфекции, включая вирусы, бактерии и грибки. К числу наиболее распространенных относятся: *streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenzae type b* (Hib), респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус, вирус гриппа, а также пневмонии, вызванные атипичными бактериями: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae* и реже *Legionella spp.* С целью определения этиологического фактора проводились следующие виды исследования: бактериоскопия мазка мокроты, окрашенного по Грамму; иммунологические методы диагностики (ИФА, ИХА), ПЦР диагностика (особенно для выявления атипичных бактерий и респираторных вирусов.) Однако применение микробиологической диагностики в детском возрасте по объективным причинам ограничено (в связи с физиологическими особенностями детей, технической трудностью забора материала для лабораторного обследования), исходя из выше изложенного внебольничные пневмонии неуточненной этиологии составляют более 80% случаев. Пневмонии, вызванные РС-вирусом встречались преимущественно у детей первого года жизни и составили 1.4% в 2017г. и 1.6% в 2018 г.; другие вирусные пневмонии (вызванные вирусом гриппа,

парагриппа, аденовируса, риновируса и др) встречались в 2% случаев в 2017г. и в 1.8% в 2018г. В 2018 г. отмечается рост показателей атипичной пневмонии, главным образом за счет *M. pneumoniae*. В 2018г. *Mycoplasma pneumoniae* была выявлена у 6,5% детей в возрасте старше 5 лет и у 0,8% детей младше 5 лет. Лабораторное подтверждение этиологического фактора пневмонии основано на ПЦР и ИФА диагностики. Клиническая картина микоплазменной пневмонии как правило протекала с выраженной и длительной лихорадкой, ознобом, сильной болью в горле и сухим кашлем, развитием бронхообструктивного синдрома. Навязчивый, непродуктивный кашель часто продолжался в течение нескольких недель. Аускультативно выслушивались рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы. В общем анализе крови отсутствовал лейкоцитоз, СОЭ нормальная или умеренно повышенная. Рентгенологически нередко отмечались реакции междолевой плевры. На фоне стартовой терапии антибактериальными препаратами В-лактаминового ряда, отмечалась слабоположительная динамика (в связи с особенностями жизненного цикла возбудителя). После определения этиологического фактора возбудителя пневмонии, положительная динамика при применении аб-препаратов макролидного ряда.

Таким образом, *Mycoplasma pneumoniae* – достаточно распространенный возбудитель ОРЗ и как осложнение пневмоний у детей в возрасте старше 5 лет. Особенности данного возбудителя определяют возможность длительной персистенции микроорганизма, а также отсутствие стойкого постинфекционного иммунитета, что может способствовать персистенции возбудителя и вызывать затяжное течение заболевания. Эффективность лечения микоплазменной инфекции напрямую связана с точностью этиологической диагностики.

Литература.

1. Информационный обзор о пневмонии [Электронный ресурс]. Всемирная организация здравоохранения. Ноябрь 2016 г. URL http://www.who.int/topics/pneumococcal_infections/ru.
2. Ширококов В.П. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Винница: Нова книга, 2015. 898 с.
3. Коровина Н.А., Заплатников А.Л. Респираторный микоплазмоз у детей // РМЖ. 2004. №13. С. 778-779.
4. Рачина С.А., Бобылев А.А., Козлов Р.С. Особенности внебольничной пневмонии, вызванной *Mycoplasma pneumoniae*: обзор литературы и результаты собственных исследований // Клин. Микробиол. Антимикроб. Химиотер. 2013. Т. 15. №1. С. 4-13.
5. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. М., 2015. 64 с. URL <http://mosgorzdrav.ru/uploads/imperavi/ru-RU/028.pdf>.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ
ОПАСНОСТИ МАССОВОГО МЕРОПРИЯТИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ
ОБЛАСТИ В 2018 ГОДУ**

Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт, г. Волгоград

На территории Волгоградской области циркулируют возбудители таких природно-очаговых инфекций (ПОИ), как чума, лихорадка Западного Нила (ЛЗН), Конго-крымская геморрагическая лихорадка (ККГЛ), геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ), туляремия, лихорадка Ку, лептоспироз, бешенство. По некоторым из данных зоологий отмечается заболеваемость среди населения.

В период проведения массового мероприятия (ММ) с международным участием – матчей Чемпионата мира по футболу 2018 г. (ЧМ-2018) в г. Волгограде, в связи с ожидаемой нагрузкой потока туристов и вероятностью их контактов с природно-очаговыми комплексами, данные инфекции представляли внутренние эпидемиологические угрозы и могли повлечь чрезвычайную ситуацию санитарно-эпидемиологического характера.

В связи с этим для планирования санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по ПОИ нами была проведена комплексная оценка потенциальной эпидемической опасности данного массового мероприятия (ПЭО ММ) с международным участием.

Цель данной работы – определить эффективность оценки ПЭО ММ по внутренним рискам, выполненной по МР 3.1.0079/2-13 [1] и сравнить заболеваемость природно-очаговыми болезнями в год проведения ММ с среднечисленными показателями по региону.

В результате с учетом времени проведения ММ (июнь) ПЭО по ККГЛ была определена как высокая (количественный показатель (КП) составил 0,78). Умеренная оценка по ЛЗН, в связи с низкой регистрацией случаев в период проведения матчей (КП – 1,41) и для бешенства (КП-0,02), из-за того, что на основе имеющихся данных была отмечена тенденция к увеличению лабораторно подтвержденных случаев среди животных и высокая обращаемость среди населения по поводу укусов. Низкая как по качественным, так и количественным показателям – по ГЛПС (КП-0,52), ИКБ (КП-0,24), лихорадке Ку (КП-0,14) лептоспирозу (КП-0,07) [2].

Следует отметить, что данные ПЭО ММ подтвердились. По ККГЛ в июне зафиксировано 4 случая (среди местного населения) из 9 за год, что составило 44,4%. По ЛЗН в период проведения матчей ЧМ-2018 заболеваний зарегистрировано не было, всего за год на территории Волгоградской области выявлено 28 больных. По ГЛПС не было случаев в период ММ, за год зарегистрировано у 7 человек. ИКБ – 1 больной в июне среди местного населения из 5 за год.

Также нами был проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости ПОИ в Волгоградской области в год проведения матчей ЧМ-2018 по фут-

болу со среднемноголетними данными. Средний интенсивный показатель (ИП) зарегистрированных случаев за 2013-2017 гг. по ЛЗН составил 0,47 на 100 тыс. нас., ККГЛ – 0,26 на 100 тыс. нас., ГЛПС – 0,17 на 100 тыс. нас., ИКБ – 0,008 на 100 тыс. нас., лихорадкой КУ – 0,05 на 100 тыс. нас., лепто-спирозом – 0,02 на 100 тыс. нас., сибирской язвой – 0,01 на 100 тыс. нас., бе-шенством – 0,01 на 100 тыс. нас.

По итогам 2018 г. ИП заболеваемости по ЛЗН составил 1,11 на 100 тыс. нас., по ККГЛ 0,36 на 100 тыс. нас., по ГЛПС 0,28 на 100 тыс. нас., ИКБ 0,2 на 100 тыс. нас. По лихорадке КУ, лептоспирозу и бешенству случаев среди местного населения и гостей ММ не зарегистрировано.

Таким образом, заболеваемость природно-очаговыми инфекциями в 2018 г. в Волгоградской области была несколько выше среднемноголетних показателей, что связано с закономерной цикличностью их проявлений. В результате можно сделать вывод об эффективности оценки ПЭО ММ для планирования стратегии проведения комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, чтобы минимизировать внутренние риски и обеспечить стабильную эпидемиологическую ситуацию в период проведения ММ.

Литература.

1. Методические рекомендации «Организация санитарно-противоэпидемического обеспечения массовых мероприятий с международным участием» (МР 3.1.0079/2-13)

2. Чеснокова С.Н., Смелянский В.П., Путинцева Е.В., Жуков К.В., Бородай Н.В., Шахов Л.О., Алексейчик И.О., Агаркова Е.А., Алиева А.К. Оценка «внутренних» эпидемиологических рисков в период проведения массового мероприятия с международным участием – матчей чемпионата мира по фут-болу 2018 года в городе Волгограде // Окружающая среда и здоровье. Инновационные подходы в решении медико-биологических проблем здоровья населения: Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и специалистов. – Москва. – 2018. – С. 263-268.

Шапран Е.Г., Горбулина Н.В., Хурум З.Ю.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Краснодара

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница скорой медицинской помощи г. Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края является многопрофильным стационаром. Количество обращений за 2018г. составило 173424 случая, 18,3% поступивших доставлено бригадами скорой медицинской помощи, самостоятельно обратилось – 67%.

Среди пациентов, нуждающихся в оказании экстренной помощи, у 324 пациентов сопутствующим заболеванием являлась ВИЧ-инфекция, у 109 человек – вирусные гепатиты «В» и «С».

Больные с гемоконтактными инфекциями нуждались в оказании медицин-

ской помощи различного профиля: терапевтической – 81%, хирургической – 11%, акушерской – 6%.

Длительность существования очагов инфекций с парентеральным механизмом передачи в некоторых отделениях стационара составляла 237 календарных дней.

С целью профилактики внутрибольничного инфицирования в ГБУЗ «КБ-СМП г. Краснодара» МЗ КК организован и проводится комплекс противоэпидемических мероприятий: имеется приказ главного врача по больнице, определяющий ответственных за соблюдение санитарно-противоэпидемического режима и алгоритм действия при возникновении аварийной ситуации; проводится вводный инструктаж и ежегодное обучение медицинского персонала по соблюдению правил инфекционной безопасности; разработаны памятки, алгоритмы по обеспечению безопасности медицинских манипуляций; рабочие места оснащены иглоотсекателями для утилизации колющего медицинского инструментария; медицинские работники обеспечены средствами индивидуальной защиты; вакцинопрофилактика медицинских работников против вирусного гепатита В.

Проводимые мероприятия не исключают риск возникновения аварийных ситуаций.

С 2017 по 2018 гг. зарегистрировано 56 аварийных ситуаций у медицинских работников, в 2018 г. завершено диспансерное наблюдение у 44 медицинских работников. Случаев профессионального инфицирования ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами среди медицинского персонала не зарегистрировано.

Для обеспечения инфекционной безопасности медицинских работников в комплекс мероприятий необходимо включать:

1. Административные мероприятия (доступность экспресс-тестов, определяющих ВИЧ, АРВТ; разработка алгоритмов (технологических карт) проведения манипуляций; отработка навыков безопасности проведения манипуляций и работы на оборудовании; соблюдение режима труда и отдыха медицинских работников).

2. Мероприятия по оптимизации медицинских технологий (замена инъекций на другие пути введения лекарственных средств; использование автоматически убирающих игл и т.д.; предотвращение непосредственного контакта с кровью и биологическими жидкостями больного).

3. Эргономические мероприятия (организация рабочего места; соблюдение требований по утилизации эпидемиологически опасных отходов).

4. Соблюдение алгоритмов действия при возникновении аварийной ситуации.

Литература.

1. Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев, «Эпидемиология», г. Санкт-Петербург, издательство «Фолиант», 2008 г., стр. 385-386, стр. 396-400.

2. В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин, «Инфекционные болезни и эпидемиология», г. Москва, издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2008 г., -стр. 467-469, стр. 476-478.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗОВ В РОССИИ

Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи, г. Москва

Лептоспирозы относятся к числу повсеместно распространенных природно-очаговых инфекций человека и животных. По примерным оценкам ВОЗ заболеваемость лептоспирозами в мире составляет более 1 миллиона случаев ежегодно или около 5 случаев на 100 тыс. населения (колеблется в пределах от 0,1 до 995 в зависимости от региона). Наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются в странах с тропическим и субтропическим климатом (Южная и Юго-Восточная Азия, Океания, Карибский бассейн, страны Африки к югу от Сахары и Латинской Америки) [1]. Однако во многих странах лептоспирозы выявляются не полностью из-за сложной клинической и лабораторной диагностики и отсутствия возможности подтверждения диагноза. По разным данным на их долю может приходиться до 20% лихорадок неясного генеза в мире.

В России лептоспирозы по-прежнему остаются в числе наиболее распространенных зоонозных природно-очаговых инфекций, что обусловлено наличием почти на всех территориях природных, хозяйственных (антропоургических) и городских очагов. В последние годы на территории РФ официально регистрируется несколько сотен случаев заболеваний людей в год, подтвержденных лабораторными методами (относительный показатель заболеваемости 0,15-0,2 на 100 тыс. населения) [1, 2].

В настоящее время описано 23 вида лептоспир, которые входят в группы (клады) патогенных, сапрофитных или промежуточных, обладающих выраженной генетической и антигенной гетерогенностью [3, 4]. Серологически виды подразделяются на более чем 300 сероваров, которые на основе антигенного родства объединяют в серогруппы [4]. С другой стороны, в основе внутривидовой идентификации лептоспир лежат методы молекулярно-генетического анализа, в первую очередь использование схем мультилокусного секвенирования (MLST) и пульс-электрофореза [3]. Наибольшее эпидемическое и эпизоотическое проявление в качестве возбудителей лептоспирозов принадлежит трем видам: *L. interrogans*, *L. kirschneri* и *L. borgpeterseni*.

Резервуарными хозяевами лептоспир могут являться более ста видов диких и домашних животных; основные среди них в природных очагах – грызуны (крысы, мыши и др.) и насекомоядные (ежи, землеройки), в хозяйственных очагах – собаки, сельскохозяйственные животные (крупный рогатый скот, свиньи, овцы, реже козы и лошади), а также пушные звери клеточного содержания (песцы, лисицы, нутрии). Лептоспиры колонизируют извитые канальца коркового слоя почек теплокровных животных с формированием длительного, иногда и пожизненного, лептоспираносительства с выделением возбудителя во внешнюю среду с мочой [1].

Больной человек является «тупиком» для возбудителя инфекции и не

имеет значения в качестве его источника.

Животные-носители выделяют лептоспир с мочой во внешнюю среду, инфицируя почву, открытые водоемы, корма, продукты и др. объекты внешней среды. Заражение человека чаще всего связано с водой и происходит при купании, рыбной ловле, питье инфицированной воды или занятиях водными видами спорта, меньшее значение имеет алиментарный и контактный пути. Лептоспиры проникают в организм через слизистые оболочки либо поврежденные кожные покровы, включая микротравмы [1, 3, 5].

Согласно рекомендациям Центра по контролю и предотвращению заболеваний (CDC), клинические признаки лептоспирозов включают лихорадку в течение последних двух недель и как минимум два из следующих клинических проявлений: миалгия, головная боль, желтуха, гиперемия конъюнктивы без гнойных выделений или сыпь; или же хотя бы один из следующих клинических симптомов: асептический менингит, нарушение пищеварения (боль в животе, тошнота, рвота, диарея и др.), легочные осложнения (кашель, одышка и др.), сердечные аритмии, нарушения ЭКГ, почечная недостаточность (анурия, олигурия и др.), кровоизлияния (например, кишечные, легочные, гематурия, кровавая рвота), желтуха с острой почечной недостаточностью.

Диагностика лептоспирозов основана на комплексе эпизоотологических, эпидемиологических, клинических данных с обязательным подтверждением диагноза любым из лабораторных методов [1]. Основу лабораторной диагностики лептоспирозов составляют серологические методы, в первую очередь, реакция микроагглютинации (РМА) – «золотой» стандарт диагностики [5]. CDC рекомендует тестирование пациентов, имеющих высокий уровень подозрения на лептоспироз, основанный на клинических признаках и симптомах, и/или анамнестических данных, включающих профессиональные, рекреационные (туристические) и прочие эпидемиологические риски. Особую важность представляет ранняя диагностика лептоспирозов, позволяющая начать раннюю антибиотикотерапию и снизить вероятность развития тяжелых форм заболевания и частоту летальных исходов, которые могут достигать 15% при отсутствии своевременного лечения [3].

Эпидемиологический надзор за лептоспирозами, как природно-очаговыми инфекциями, требует комплексного подхода и основан на эпизоотологическом мониторинге процессов в природных, хозяйственных и смешанных очагах, а также мониторинге заболеваемости населения. Заражение людей в природных очагах имеет ярко выраженную летне-осеннюю сезонность и связано с сельскохозяйственными работами, рыбалкой и охотой, туристическими походами, занятиями водными видами спорта, купанием в открытых водоемах и др. Также могут наблюдаться вспышки лептоспирозов при авариях и стихийных бедствиях, например наводнениях и паводках.

Профилактика лептоспирозов основана на комплексе мероприятий, перечисленных в соответствующих нормативных документах [5]. Для специфической профилактики в эндемичных по лептоспирозам регионах РФ, а также в группах риска применяется концентрированная поливалентная корпускулярная фе-

ноловая вакцина, содержащая антигены эпидемически значимых серогрупп: Icterohaemorrhagiae, Grippotyphosa, Pomona, Sejro. Кроме того, CDC сообщает об эффективности химиопрофилактики доксициклином (200 мг перорально, ежедневно), начатой за 1-2 дня до поездки в гиперэндемичный регион для коротких поездок взрослых.

Литература.

1. Ананьина Ю.В. (2019) Лептоспирозы в кн. «Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней» под ред. Н.И. Брико, Г.Г. Онищенко, В.И. По-кровский, М., ООО «Издательство Медицинское информационное агентство».
2. Haake, D.A., Levett, P.N. *Leptospira Species (Leptospirosis)* (2015) in: *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8th ed. (Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds.). Philadelphia, PA: Saunders, p. 2714-2720.
3. Levett, P.N. (2015) Systematics of Leptospiraceae. *Curr. Top. Microbiol. Immunol.*, 387, 11-20.
4. Fouts, D.E., Matthias, M.A., Adhikarla, H., Adler, B., et al. (2016) What makes a bacterial species pathogenic? Comparative genomic analysis of the genus *Leptospira*, *PLoS Negl. Trop. Dis.*, 10, e0004403.
5. МУ 3.1.1128-02. Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиология, диагностика и профилактика заболеваний людей лептоспирозами. Методические указания.

Шатохина Я.П., Соцкая Я.А.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ НА ТЕРРИТОРИИ Г.ЛУГАНСКА ВСЛЕДСТВИЕ ИХ МИГРАЦИИ

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, г. Луганск

Миграция является мощным двигателем и важным следствием экономических, политических и социальных изменений. Последствия миграции рассматриваются в контексте безопасности – политической, социальной или экономической. Всё чаще обсуждается влияние миграции на здоровье населения. Особую актуальность охраны здоровья граждан страны приобретает в связи с усилением миграционных процессов. Всего за период 2009-2014 гг. по линии миграционного обмена с государствами из стран Африки и Азии прирост населения г. Луганска ежегодно, за счет иностранных граждан, временно прибывающих на территории и обучавшихся в ГУ «ЛГМУ», составлял примерно 10 тыс. человек, представителей более чем из 60 стран. При этом 28% иностранных студентов, временно прибывающих на территории, это были граждане Федеративной Республики Нигерия, 45% – граждане Республики Индия и только 1% – граждане РФ. Однако, в связи с происходящими событиями украинского военнополитического кризиса на юго-востоке Украины за период 2016-2018 гг. по линии миграционного обмена прирост населения г. Луганска, за счет иностранных граждан, временно прибывающих на территории и обучавшихся в ГУ «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», составил только 100 иностранных студентов. Причем

64 человека – это долгосрочные мигранты из РФ (64%) и 36 (36%) – из стран Северной Африки, Ближнего Востока и Южной Азии, таких как Египет, Иран, Ливия, Пакистан, Сирия и др.

Миграция населения тесно связана с распространением инфекционных болезней. Проводится постоянное наблюдение мигрантов, обеспечивается специальный учет всех инфекционных заболеваний, организация и проведение противоэпидемических мероприятий с целью снижения инфекционной заболеваемости. Иностранные студенты, временно прибывающих на территории г. Луганска, проходят ежегодный профилактический медицинский осмотр на основании приказа ректора ВУЗа «Про организацию и проведение профилактического медицинского осмотра иностранных студентов».

Для анализа результатов углубленного медицинского осмотра иностранных студентов ГУ «ЛГМУ» были изучены «Отчеты о результатах профилактических медицинских осмотров иностранных студентов» за вышеперечисленный период.

За последние годы иностранные студенты ГУ «ЛГМУ» охвачены профосмотрами: в 2009г. – 98.5%; в 2010г. – 96.4%; 2011г.- 97%, 2012г. – 99%; в 2013г. и 2014г. – 99,2%. Это объясняется активной миграцией иностранных граждан, временно прибывающих на территории, с учетом отчисленных из ВУЗа и восстановленных на обучение иностранных студентов в течение соответствующего учебного года. Если проанализировать рост общей заболеваемости, то отмечается рост в группе инфекционных заболеваний и гельминтозов с 2% в 2010г до 8.8-9% в 2012-2014гг. за счет эффективного проведения профосмотров, своевременного выявления инфицированных больных (факт проживания в общежитии), проведения карантинных мероприятий и т.д. По результатам периодического медицинского осмотра выявлены гельминтозы (аскаридоз, трихоцефалез и лямблиоз); что составило от 0,3% до 1,3% в разные годы. Все иностранные студенты были пролечены в амбулаторных условиях, контроль лечения проведен. Проведены также бактериологические исследования на носительство кишечных инфекций. Были выявлены случаи бактерионосительства в 0,2% до 1,6% в разные годы: в основном *E.coli* 0144, *E.coli* O75, *E.coli* O125. По разрешению межрайонной СЭС, проведено лечение в амбулаторных условиях, выполнен контроль лечения во всех случаях. Единичные случаи *S.infantis*, *S.Enteritidis*, *S.thyphi*. Проведено лечение в условиях стационара, выполнен контроль лечения.

Таким образом, располагая информацией о численности и составе мигрантов, можно оценить положительные и отрицательные последствия миграции. Для составления эпидемиологических прогнозов очень важно знать величину потоков мигрантов из стран, где распространены наиболее опасные инфекционные заболевания. Мигранты часто прибывают из сообществ, затронутых войной, конфликтами или экономическим кризисом, и предпринимают долгие, утомительные переезды, которые повышают риск развития заболеваний, включая инфекционные болезни, передаваемые с пищей и водой. Результаты работы показали, что официальная регистрация иностранных граждан, временно прибывающих на территории г. Луганска и обучающихся в ГУ «ЛГМУ», улучшение

жилищных условий, обеспечение безопасно-го водоснабжения и адекватной санитарии, эффективная работа систем здра-воохранения не позволяют изменить в худшую сторону эпидемическую ситу-ацию вследствие миграции населения.

Литература.

1. Европейское региональное бюро ВОЗ [электронный ресурс] / Мигра-ция и здоровье: ключевые вопросы / <http://www.euro.who.int>

2. Кузнецова, И.Б. Здоровье мигрантов как социальная проблема / И.Б. Кузнецова, Л.М. Мухарямова, Г.Г. ВАфина // Казанский медицинский жур-нал. – 2013. – том 94 – №3. – с. 367-372

3. Статистика международной миграции / Практическое руководство для стран Восточной Европы и Центральной Азии//Женева, ООН.- 2011. – с.104.- Режим доступа – URL: https://www.uncece.org/.../RUS_International_Migration_Statistics_Practical_Guide.pdf

Шевченко А.Г, Глузмин М.И., Егорова Е.В.,

Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Шевченко В.В., Охалкин В.Е.

ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА И СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Цель исследования: Определить тенденции, и основные направления ра-боты дерматовенерологов при ведении больных рожистым воспалением, совместно со смежными специалистами, анализ случаев рожи на приеме у дерматовенеролога. Повышение эффективности лечения рожи, снижение ча-стоты рецидивов заболевания посредством своевременной диагностики, ле-чения и маршрутизации пациентов.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования яв-лялись форма 0-25У «Медицинская карта пациента, получающего помощь в ам-булаторных условиях» больных рожистым воспалением пациентов Рожис-тое воспаление кожи и выписные эпикризы из формы 003/У Медицинская карта ста-ционарного больного.

Основные результаты. Рожистое воспаление кожи занимает опреде-лен-ное место в структуре инфекционной патологии взрослых, заболеваемость вариабельна, пациенты с данной патологией на амбулаторном приеме встреча-ются у инфекционистов, дерматовенерологов. Рожа, вызываемая β -гемолити-ческим стрептококком группы А, занимает четвертое место по рас-пространен-ности среди инфекционной патологии. Ведущая роль принадле-жит иммунному воспалению в коже и характеризуется умеренным угнетени-ем как Т-клеточного звена (уменьшения Т-лимфоцитов), так и функциональ-ной активности В-лимфо-цитов при сохранении их абсолютного и относи-тельного количества. В период разгара заболевания количество иммуногло-булинов классов А, М, G снижено, особенно у пациентов с рецидивирующими и осложненными формами. Заболе-вание относится к числу наиболее распро-страненных стрептококковых инфек-ций. Первичная и рецидивирующая фор-мы рожистого воспаления, встречаются

чаще у женщин в возрасте 35-50 лет, а у мужчин старше 50 лет. Женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины, 80% всех форм заболевания приходится на поражение нижних конечностей, преобладает эритематозная форма, немного меньше эритематозно-буллезная форма, еще реже эритематозно-геморрагическая. Все пациенты с установленным диагнозом на приеме, направляются на стационарное лечение в отделения инфекционной больницы или ККВД. Базисное лечение рожистого воспаления заключается в назначении антибиотиков цефалоспоринового ряда 3 поколения (цефазолин, цефтриаксон, цефотаксим) по 1,0 г. 1-2 раза в сутки, в зависимости от формы заболевания в течении 10-14 дней, нестероидные противовоспалительные препараты (найз, кеторол, кетанов по 1 таблетке 1-2 раза в день, 10 дней), антигистаминные препараты 3 поколения (лора-тадин 10 мг 1 раз в сутки, 10 дней), аскорбиновая кислота по 0,5 г в сутки, в течении 14 дней, дезинтоксикационная терапия (реамберин 200 мл внутривенно-капельно, 7-10 дней), иммунокорректирующая (нуклеинат натрия, пен-токсил, иммунофан), наружная терапия заключается в назначении антибактериальных мазей (мазь ба-неоцин, супироцин, бактробан, белогент 2 раз в сутки) при эритематозных формах, при буллезных формах применяют примочки с фурациллином, риванолом, бетадином), также применяют, как противовоспалительную и рассасывающую терапию (ихтиоловую 10% мазь, бальзамический линимент Вишневского, под окклюзионную повязку, 1 раз в сутки в течение 7-10 дней), а также заживляющие мази (аргосульфат, декспантенол, пронтосан), иммуномодулирующий препарат Деринат, который повышает активность комплемента, В-лизинов, бактерицидной активности сыворотки крови. В качестве противорецидивного лечения после выписки из стационара, пациентам проводят бициллинотерапию (бициллин-3 600.000 тыс Ед, би-циллин-5 1.5 млн) 1 раз в неделю, затем 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3 месяца и далее 1 раз в 6 месяцев, все пациенты после выписки из стационара состоят на «Д» учете у врача инфекциониста и дерматолога в течение года. Своевременная комплексная терапия, включая общее и местное лечение рожистого воспаления в стационарах инфекционной больницы, профильного отделения снижает длительность лихорадочного периода, продолжительность симптомов интоксикации в среднем на 1,5 дня, разрешение местного воспалительного процесса на 2,5 дня по сравнению с несвоевременным направлением на стационарное лечение.

Клинический случай. Пациентка, 64 года, обратилась на прием к врачу дерматологу с жалобами на высыпания коже правой голени, которые появились 4 дня назад, на фоне полного благополучия, появилась резкая болезненность в области высыпаний распирающего характера, боли при ходьбе, повышение температуры тела до 38,2°C. Предвестниками начала заболевания в течение недели были: общая слабость, недомогание без видимых причин. Из анамнеза болезни удалось установить, что пациентка 10 дней назад получила микротравму правой нижней конечности (тупой удар). Из анамнеза жизни установлено, что пациентка страдает варикозной болезнью в течение 10 лет. При объективном осмотре: кожа правой голени от колена до стопы гиперемирована, отечна, отмечается выраженная инфильтрация, папуловезикулезная сыпь красного цвета обиль-

ная, крупные пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, плотные, напряженные, пальпаторно: кожа горячая на ощупь, болезненна. Пациентка в этот же день проконсультирована врачом инфекционистом поликлиники, установлен предварительный диагноз Рожистое воспаление правой нижней конечности? и направлена на до-обследование в инфекционную больницу, где пациентке был подтвержден диагноз Рожа. Пациентка госпитализирована, получила стационарное лечение. Продолжила наблюдение и лечение у инфекциониста и дерматолога по месту жительства.

Клинический случай. Пациент, 45 лет, обратился на прием к врачу дерматологу с жалобами на высыпания коже лица правой половины в течение 2 х дней, головные боли распирающего характера, повышение температуры тела до 37,7°C, болезненность, резко выраженная в правой половине лица. Из анамнеза болезни удалось выяснить, что пациент был на отдыхе в горах и при катании на лыжах при падении получил ссадину на коже лица, которую не обработал антисептиками, а также было длительное переохлаждение всего организма. При объективном осмотре: на коже лица в области правой щеки, височной области разлитая гиперемия, отечность, глазная щель из-за отечности верхнего и нижних век сужена, на коже папуловезикулезная сыпь красного цвета, с мацерацией, при пальпации резкая болезненность, заушные лимфатические узлы увеличены, размерами с крупные горошины, напряженные, не спаяны с окружающими тканями. Пациент совместно проконсультирован дерматовенерологом с инфекционистом и направлен с предварительным диагнозом Рожистое воспаление лица и Эпидемический паротит на консультацию и дообследование в инфекционную больницу, диагноз «Рожа» подтвержден, пациент госпитализирован, получил стационарное лечение. Применение комплексной терапии (патогенетической, противовоспалительной и местной) у больных рожистым воспалением способствует улучшению клеточного и гуморального звеньев иммунитета и приводит к более быстрому разрешению процесса и излечению. Особо нужно отметить роль амбулаторно-поликлинического звена в профилактике рецидивов заболевания после выписки из инфекционного стационара. Все пациенты состоят в течение года на диспансерном учете в инфекционном кабинете и в КВК по месту жительства или пребывания. Регулярно, согласно клиническим рекомендациям по профилю, пациенты активным патронажем вызываются на прием к врачу, где проводится санация очагов фокальной инфекции, осмотр специалиста скрининг коморбидности и проводится противорецидивное лечение, что снижает риск обострений заболевания на 95%. Положительный местный эффект оказывает применение физиотерапевтического лечения в поликлинических условиях, таких как озонотерапия, лазеротерапия, в их основе лежит выраженный противовоспалительный эффект, нормализуется микроциркуляция в очаге воспаления, усиливаются репаративные процессы. Только слаженная совместная работа амбулаторно-поликлинического звена (первичной медико-социальной помощи) и стационаров инфекционных отделений и отделений кожно-венерологических диспансеров приведет к своевременной госпитализации больных, активной терапии, уменьшит максимальный риск развития осложнений рожистого воспаления.

ния, исключить риск летальных исходов.

Выводы: Данным сообщением обращается внимание смежных специалистов (терапевтов, инфекционистов и других врачей инфекционного блока и первичной медицинской помощи), осматривающих кожные покровы при поступлении в медицинские организации и нахождении пациентов в амбулаторно-поликлинической сети, на важность сбора эпидемиологического анамнеза, возможность выявления случаев рожистого воспаления. Своевременное обращение пациента к врачу дерматологу, совместный осмотр дерматовенеролога с врачом инфекционистом и ранняя госпитализация в инфекционное отделение (больницу), приводит к полному излечению пациентов и снижает максимально риск рецидива рожистого воспаления.

Литература.

1. Рож: клинико-эпидемиологическая характеристика, совершенствование методов лечения и прогнозирования течения болезни» тема диссертации и автореферата по ВАК 14.00.10, д.м.н. Жаров М.А.

2. Абдулов Р.Х., Валишин Д.А., Абдулова Г.Р. К вопросу о комбинированном лечении рожистого воспаления // VII Российский съезд инфекционистов. Нижний Новгород, 25-27 октября, 2006. С. 68. Научная библиотека диссертаций и авторефератов

3. Глухов А.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления, фундаментальные исследования, 2014г,

4. Вестник дерматологии и венерологии, научно-практический журнал, №2 2016г,

5. Кожные болезни: диагностика и лечение / Томас П. Хэбиф: Пер. с англ.; под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007.

6. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2009

Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Охалкин В.Е., Вислогузов А.Б, Охрименко В.А., Демченко И.В.

СЛУЧАЙ ПОДОЗРЕНИЯ НА ЛЮПУС-КАРЦИНОМУ У МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПАЦИЕНТА

Клинический кожно-венерологический диспансер, г. Краснодар

Цель исследования: анализ случая редкой формы туберкулеза кожи с малигнизацией, определить тенденции ведения пациентов и основные направления работы специалистов при выявлении случаев туберкулезной волчанки, люпус-карциномы в практике дерматологов, смежных специалистов, ведения данной категории больных фтизиатрами и онкологами.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования являлись форма 0-25У «Медицинская карта пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях». форма 003-У «Медицинская карта стационарного боль-

ного», пациентов с туберкулезной волчанкой, люпус-карциномой, мето-дом описательной статистики проведен ретроспективный анализ данных, аккумулярованных в первичной медицинской документации и результатов лабораторного и дополнительного обследования.

Основные результаты. Туберкулезное поражение кожи – явление достаточно редкое, в структуре заболеваемости туберкулезом составляет менее 0,1%. Среди всех внелегочных форм туберкулеза, крайне редко отмечается поражение кожи. Туберкулез кожи возникает на фоне измененной реактивности и сниженного иммунобиологического состояния организма; распространяется преимущественно эндогенно (гематогенным или лимфогематогенным путем) из других очагов туберкулезной инфекции в организме (легкие, лимфатические узлы и др.) ; может сочетаться с другими локализациями туберкулезного процесса. Волчанка туберкулезная (*lupus vulgaris*) – самая распространенная форма туберкулеза кожи. Возбудитель попадает в кожу преимущественно лимфо- или гематогенно из других очагов туберкулезной инфекции в организме (легкие, лимфатические узлы и др.). Часто сочетается с туберкулезом периферических лимфатических узлов (97%) и костно-суставным туберкулезом (30%). Обычная туберкулезная волчанка всегда заканчивается образованием рубца. При рецидивах заболевания характерной особенностью туберкулезной волчанки является образование на рубцах новых люпом. Гистопатология. При туберкулезной волчанке в дерме образуются бугорки, состоящие из эпителиоидных и гигантских клеток, окруженных зоной лимфоцитов. Гигантские клетки Лангханса располагаются в центральной части бугорка, в периферической зоне, кроме лимфоцитов, в большом количестве находятся и плазматические клетки. В бугорках не бывает казеозного некроза или он выражен очень слабо. Отмечается новообразование сосудов, а местами встречаются сосуды с изменением всех их стенок вплоть до облитерации просветов. Туберкулезные микобактерии обнаруживают с трудом и в очень небольшом количестве. Иногда выявляется диффузный лимфоидный инфильтрат с гигантскими клетками; коллагеновая и эластическая ткань в области инфильтрата отсутствует. В эпидермисе изменения вторичного характера: гиперкератоз, акантоз и папилломатоз (при веррукозной форме волчанки). Эпидермис у краев волчаночных язв находится в состоянии значительного акантоза. В области рубцов иногда сохраняется волчаночный инфильтрат, что обуславливает рецидив люпом на рубцовой ткани. Пациент, мужчина, 38 лет, обратился на прием к врачу дерматологу в КВК поликлиники с жалобами на высыпания на коже лица в течение 3-х месяцев, когда они впервые появились, субъективно жалоб не предъявляет. Из анамнеза: Пациент состоит на «Д» учете у врача инфекциониста с диагнозом Хронический гепатит С в течение 2-х лет. Объективно: при осмотре на коже лица, в области щек 3 бугорка округлой формы, цвет высыпаний бледно-розовый, при пальпации бугорковые элементы плотные, безболезненные, подвижные. Определены феномен яблочного желе – витопрессия бугорков, при определении феномена явно видна желто-коричневая окраска поверхности бугорков, а также определен феномен западения бугорка при надавливании пуговчатым зондом, положительные симптомы туберкулезной волчанки. Есть все

основа-ния заподозрить на приеме, что у пациента возможна туберкулезная инфекция и кожная форма туберкулезной волчанки (*Lupus vulgaris*). Пациент направлен на обследование: Обзорная рентгенография легких и сердца, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, при необходимости необходимо гистологическое исследование кожи. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с лейшманиозом кожи, злокачественными новообразованиями кожи, после получения всех результатов пациент будет направлен на дообследование для выставления клинического диагноза и назначения лечения и при изменениях на рентгенограмме и в клинических анализах в противотуберкулезный диспансер. Наиболее тяжелым осложнением туберкулезной волчанки, развивающимся в большинстве случаев в результате нерационального лечения (особенно лучевого) или раздражающих воздействий, в том числе метеорологических, является *lupus-carcinoma*, которая протекает более тяжело, чем обычная спиналиома. Обычно возникает спиналиома, реже базалиома и редко другие формы опухолей. В. А. Рахманов наблюдал развитие люпус-карциномы у 1,9% больных туберкулезной волчанкой. Ни один из них не получал лучевой терапии, но все больные длительно работали на открытом воздухе, многократно лечились раздражающими средствами и УФО. Частота люпус-карциномы, по данным О. В. Санта-ловой, составила 1,5% от числа больных, лечившихся в Ленинградском лю-позории в 1947-1958 гг. Чаше рак развивался на фоне язвенной волчанки или изъязвившейся плоской. Однако имеются сведения и о более высокой частоте злокачественного перерождения волчаночного туберкулеза кожи. Так, М. А. Зеликман наблюдал развитие люпус-карциномы у 12,5% больных туберкулезной волчанкой, несколько чаще у мужчин, преимущественно в возрасте 50-70 лет с давностью процесса свыше 10 лет. Обращает автор внимание на роль позднего начала лечения, рецидивов и гиперкератотических изменений в зоне рубцов. Описано развитие люпус-карцином и на фоне других форм туберкулеза кожи, в частности скрофулодермы. Располагается люпус-карцинома чаще на лице, но может быть и на других участках кожного покрова. Для диагностики используются реакция Пирке и Манту (положительные у большинства больных), а также терапия *ex juvantibus* противотуберкулезными препаратами. Отмечено что наиболее тяжелым осложнением туберкулезной волчанки, развивающимся в большинстве случаев в результате нерационального лечения (особенно лучевого), является люпус-карцинома (*lupus-carcinoma*), которая протекает более тяжело, чем обычный плоскоклеточный рак. Туберкулезная волчанка нередко осложняется рожей при локализации процесса на коже носа, губы, нижних конечностях, лимфангитами, пиогенным процессом (*lupus impetiginosus*) и, что особенно опасно, развитием на фоне атрофических волчаночных рубцов кожного рака (*lupus – carcinoma*). В связи с редкостью и трудностью диагностики и дифференциальной диагностики и особенностями проявлений и торпидностью течения данной патологии приводим собственное наблюдение. Пациентка М.Н.А. 51 года, больной себя считает с 2010 года, когда на коже голени появился бугорок, в последствии на фоне наружного лечения фулцином, серной мазью, бугорок увеличился до размеров 10 см. Наблюдалась у дерматолога по месту жительства

с различными диагнозами. Из анамнеза – в 15 лет отмечен тубвираж положительные реакция Пирке и Манту. Страдает различными патологическими состояниями лимфатических узлов, легких, женских половых органов неопластической и туберкулезной природы с 2009 года. Морфологически с учетом клинических данных нельзя исключить наличие туберкулеза. С учетом заключения и в качестве терапии ex juvantibus проведен основной курс (6 мес.) антимикобактериальной терапии в тубдиспансере с отсутствием (отрицательным) клинического эффекта в виде отсутствия рассасывания изменений на коже. В связи с неэффективностью специального противотуберкулезного лечения была направлена на клинический консилиум кожнодиспансера, где впервые консультирована на предмет туберкулезной волчанки. Объективно: патологический процесс локализовался на коже задней поверхности правой голени, представлен образования размером до 10 см застойно розоватого цвета с инфильтрацией. Флюорография органов грудной клетки от 14.10.10 – без патологии. Общие анализы мочи и крови в норме. В биохимическом анализе крови увеличение СРБ до 11,62 мг/л. Пациентка направлена на гистологическое исследование. Гистология: визуализируются гигантские клетки, окруженные зоной лимфоцитов. Гигантские клетки Лангханса располагаются в центральной части бугорка, в периферической зоне, кроме лимфоцитов, в большом количестве находятся и плазматические клетки. Отмечается новообразование сосудов, а местами встречаются сосуды с изменением всех стенок вплоть до облитерации просветов. Туберкулезные микобактерии не обнаружены. В эпидермисе изменения вторичного характера: гиперкератоз, акантоз и папилломатоз (соответствуют веррукозной форме простой туберкулезной волчанки). Эпидермис у краев волчаночных язв находится в состоянии значительного акантоза. С учетом анамнестических клинических данных и торпидного течения кожного патологического процесса на фоне специфической противотуберкулезной терапии заподозрено наличие у пациентки редкой формы междисциплинарной патологии с поражением кожи – люпус-карциномы.

Выводы. Таким образом, приведенный клинический случай демонстрирует важность междисциплинарного взаимодействия и преемственности дерматовенерологов, фтизиатров, онкологов, противотуберкулезной и онкологической настороженности смежных специалистов консультантов.

Литература.

1. Кожные болезни: диагностика и лечение / Томас П. Хэбиф: Пер. с англ.; под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А. Кубановой. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 672 с.
2. Внелегочный туберкулез / Беллендир Э.Н. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 374 с.
3. Потейко П.И., Крутько В.С., Шевченко О.С.2, Ходош Э.М., Туберкулез кожи, Журнал «Болезни и антибиотики» 2 (7) 2012
4. Клиническая дерматология: Редкие и атипичные дерматозы /А.А. Ка-ламкарян, В.Н. Мордовцев, Л.Я. Трофимова.- Ер.: Айстан, 1989 567. с.: ил.
5. Кардашенко Б.Я., Шахтмейстер И.Я., Анименко М.М. Люпус-карцинома.

Вестн. дерматол. и венерол., 1981, 2, 53-54.

6. Зеликман М.А. К вопросу об озлокачествлении туберкулезной волчанки. Вестн. дерматол. И венерол., 1981, 7, 53-55.

7. Лалаева А.М., Левинитова Г.И., Деменкова Н.В. Люпус-карцинома. Вестн. дерматол. и венерол. 1981, 7, 53-55.

Шемшур А.Б., Бендус И.В., Милованова И.И., Топольская С.В., Лебедев П.В., Кулагин В.В., Городин В.Н.

ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ АРТ 1-ОЙ ЛИНИИ И ПАТТЕРНЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВИЧ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Клинический центр профилактики и борьбы со СПИД, г. Краснодар
Специализированная клиническая инфекционная больница, г. Краснодар
Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар

В последние годы в мире отмечается стабилизация пандемии ВИЧ-инфекции [1]. Тенденция к снижению уровня заболеваемости наметилась также в России [2]. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, заболеваемость ВИЧ-инфекцией к концу октября 2018 года несколько снизилась, по сравнению с соответствующим периодом предыдущего года, и достигла уровня 58,2 на 100 тыс. населения. При этом темп роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения Краснодарского края в 2018 году также уменьшился: прирост интенсивного показателя в 2018 г. составил 3,8%, по сравнению с приростом на 11,8% в 2017 г. (интенсивные показатели заболеваемости: 42,8 на 100 тыс. населения в 2016 г., 47,4 – в 2017 г., 49,2 – в 2018 г.) [3].

Указанное замедление динамики эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае может быть связано с реализацией «Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России...», ключевым компонентом которой является расширение доступности тестирования на ВИЧ и антиретровирусного лечения (АРТ) [4]. Число больных, получающих АРТ, в 2018 году достигло в крае 7 220 чел. (63,0% от всех, состоящих на диспансерном учете), что в 1,3 раза выше чем в 2017 г. (49,5%). Повышение охвата лечением пациентов, состоящих на диспансерном учете, способствовало снижению средневзвешенной вирусной нагрузки ВИЧ среди них с $26\,060 \pm 14\,840$ копий/мл в 2017 г. до $12\,481 \pm 6\,365$ копий/мл в 2018 г., что свидетельствует о снижении их эпидемиологического потенциала. При этом с ростом продолжительности лечения у части больных отмечалось восстановление репликации ВИЧ на фоне приема антиретровирусных препаратов, очевидно вследствие формирования лекарственноустойчивых форм вируса.

В связи с вышеизложенным, в течение 2018 года проведен анализ вирусологической эффективности различных схем АРТ по итогам первого года лечения у 1 082 больных, наблюдавшихся в КЦ ПБ СПИД.

Полного подавления вирусной репликации (<500 копий/мл) к концу первого года лечения достигли 82% пациентов из числа начавших и продолживших АРТ. Большая часть пациентов (64%) в качестве первой линии АРТ получала

комбинации на основе ННИОТ (преимущественно на основе EFV, а также NVP, ETR, RPV, Элсульфавирина). Частота регистрации вирусной нагрузки ниже порога обнаружения в данной группе составила 81,2%. Ана-логичный показатель среди пациентов, начавших лечение с использованием бустированных ИП (треть всех анализируемых, схемы АРТ преимущественно на основе LPV/r, а также ATV/r, FPV/r), составил 79,2%. Среди немногочисленной группы больных (3% из всех анализируемых), получивших стартовые схемы на основе ИИ (преимущественно RAL и DTG), полное подавление размножения ВИЧ через год лечения было зарегистрировано у 93,9% пациентов.

В соответствии с действующими методическими рекомендациями среди больных с вирусологической неэффективностью АРТ была изучена частота формирования мутаций резистентности ВИЧ. У 78 из 106 обследованных (74%) были обнаружены различные мутации гена *pol*, опосредующие лекарственную устойчивость вируса к основным классам применяемых АРВП (НИОТ, ННИОТ, ИП). Наиболее часто выявлялись мутации резистентности к препаратам нуклеозидной основы НИОТ (всего – 63%; M184V – 60%, T215FY – 10%, M41L – 6% и др.), ННИОТ (всего – 59%; G190S – 30%, K103N – 27%, Y181C – 10%, K101EQ – 9% и др.), реже – к ИП (всего – 8%; M46I – 39%, L90M – 36%, I50L – 15%, V84V – 9% и др.). Виртуальное фенотипирование последовательностей вирусных РНК показало, что у 50% пациентов с наличием мутаций резистентности к НИОТ размножающиеся штаммы ВИЧ обладали перекрестной устойчивостью к большинству препаратов данного класса. Мутации перекрестной устойчивости к ННИОТ зарегистрированы в 35% случаев, к ИП – в 5% случаев. Мутаций резистентности ВИЧ к ингибиторам интегразы в гене *int* зарегистрировано не было.

Таким образом, расширение масштабов выявления и лечения больных ВИЧ-инфекцией в Краснодарском крае сопровождается тенденцией к стабилизации эпидемии и снижением эпидемического потенциала лиц, живущих с ВИЧ. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в случае использования для АРТ первой линии комбинаций на основе традиционных ННИОТ и ИП, приблизительно у каждого пятого пациента регистрируется вирусологическая неэффективность терапии, обусловленная селекцией мутантных штаммов вируса, устойчивых к соответствующим препаратам (в том числе с перекрестной устойчивостью). В то же время наиболее высокая вирусологическая эффективность отмечена при использовании схем АРТ первой линии на основе ИИ. Выявленные тенденции требуют подтверждения и делают актуальным проведение систематического молекулярно-эпидемиологического мониторинга за циркуляцией ВИЧ в условиях расширения масштабов противовирусного лечения. Для обеспечения высокой эффективности АРТ в крае необходимо предусмотреть мероприятия по повышению приверженности больных наблюдению и лечению, рационализации состава применяемых препаратов с учетом полученных данных [5].

Литература.

1. UNAIDS DATA 2018 // http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf
2. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2018 г. // <http://vocmp>.

oblzdrav.ru/wp-content/uploads/Справка.-ВИЧ-инфекция-в-Российской-Федерации-в-2018-г.pdf

3. Справка об эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Краснодарском крае в 2018 году. // <http://www.hivkuban.ru/statistics/>

4. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России на период до 2020 года и дальнейшую перспективу. // <http://government.ru/docs>

5. Ending AIDS. Progress towards the 90-90-90 targets. GLOBAL AIDS UPDATE, 2017 // http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf

*Шутова О.В., Романова Н.Н., Мартынов В.А., Гарев А.А., Серьгина Е.В., Смирнова Е.Н.,
Сорока Е.В., Щеголькова О.И.,
Кагарличенко А.А., Шлыков А.И.*

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ СОВРЕМЕННОГО HERPES ZOSTER

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Рязань; Клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Рязань

Инфекционные болезни всегда служили своеобразным индикатором социально-экономического неблагополучия. Последние десятилетия, в большей степени, чем другие исторические эпохи, озаменовались изменением спектра инфекционной патологии. Возвращаются старые, почти забытые инфекции – трихинеллез, малярия, растет заболеваемость ГЛПС и другими природно-очаговыми инфекциями. Настораживает появление и распространение новых чрезвычайно опасных заболеваний – ВИЧ-инфекция, геморрагические лихорадки, лихорадка Зика. Оппортунистические инфекции, с преобладающим в прошлом латентным течением, приобретают в сложившихся экологических и социально-экономических условиях характеристики агрессивного клинического течения болезни [1, 2]. Появились новые понятия – оппортунистические и СПИД-ассоциированные инфекции. Одной из них является Herpes zoster [3,4].

Нами изучена эволюция Herpes zoster с 1990 по 2017 г. по материалам клиники инфекционных болезней РязГМУ. Всего 656 больных: в возрасте от 20 до 25 лет – 24,7% (преимущественно мужчины – 74,1%) и от 58 до 80 лет – 75,3% (преимущественно женщины – 74,5%). Обнаружено закономерное нарастание числа больных с Herpes zoster, позволившее поделить 28-летний период наблюдения на 7 равных четырехлетий. На 1990-1993 гг. приходилось всего 19 случаев Herpes zoster (2,9% от 656 больных). В 1994-1997 гг. больных стало в 2 раза больше – 39 (5,9%). Это были пациенты пожилого возраста с различными хроническими заболеваниями и классической локализацией сыпи по ходу тройничного и межреберных нервов. В последующие годы продолжился рост заболеваемости лиц пожилого возраста. Всего оказалось 436 больных, в среднем на каждое четырехлетие приходилось 87 человек. К тому же, наряду с пожилыми, стали направляться на лечение очень молодые больные с Herpes zoster – 162 человека, преимущественно мужчины, с сопутствующими хроническими гепатитами В,

С или сочетанными, ВИЧ-инфекцией, наркоманией. Появлению Herpes zoster у молодежи предшествовала вспышка парентеральных гепатитов в 1998-1999 гг., связанная в нашем регионе с подъемом наркомании. Лишь у половины этих больных герпес протекал с классической локализацией сыпи. В остальных 44,4% случаев сыпь локализовалась на бедрах, ягодицах или носила генерализованный характер.

В целом пациентов с Herpes zoster в 1998-2001 гг. было 90 (13,7%), в 2002-2005 гг. – 123 (18,8%), в 2006-2009 гг. – 153 (23,3%), в 2010-2013 гг. – 125 (19,1%), в 2011-2017 гг. – 107 (16,3%). В сравнении с исходными 1990-1993 гг. число больных постепенно увеличилось больше, чем в 6-8 раз. В общем числе стационарных больных с разнообразными инфекциями удельный вес Herpes zoster вначале составлял лишь 0,6%. Затем он постепенно увеличивался до 3,3% в 2006-2009 гг. В последние 8 лет наметился обнадеживающий перелом этой тенденции – до 2,6% в 2010-2013 гг. и 1,8% в 2014-2017 гг.

Таким образом, диалектика заболеваемости Herpes zoster должна быть охарактеризована как тревожная. Общий рост заболеваемости Herpes zoster определяется, во-первых, у пожилого населения формированием иммунодефицита в связи с экологическим и экономическим неблагополучием и, во-вторых, вовлечением в инфекционный процесс за последние 20 лет молодежи, преимущественно мужчин, ведущих асоциальный образ жизни, с сопутствующими парентеральными инфекциями и наркоманией.

Литература.

1. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека: руководство для врачей / под ред. В.А. Исакова. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 2-е изд. перераб. и доп. – 670 с.
2. Калугина М.Ю., Каражас Н.В. Козина В.И. и др. Герпетические инфекции у больных с иммунодефицитным состоянием // ЖМЭИ. 2009. №1. С. 79-80.
3. Степанова Е.В. Герпесвирусные заболевания и ВИЧ-инфекция // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. 2009. Т. 2, №1. С. 16-30
4. Халдин, А. А. Герпес-вирусные поражения кожи и слизистых (простой и опоясывающий герпес) : учебно-методическое пособие / А. А. Халдин, А. В. Молочков. – М., 2013 – 51 с.

Эсауленко Е.В., Бушманова А.Д.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТИТА А В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, г. Санкт-Петербург

Актуальность: в настоящее время гепатит А (ГА) по-прежнему остается актуальной проблемой здравоохранения несмотря на снижение заболеваемости в текущем столетии. Заболеваемость ГА в Российской Федерации (РФ) в многолет-

ней динамике характеризуется тенденцией к снижению, а также циклическими колебаниями с подъемами заболеваемости в 2014 и 2017 гг. [1], которые могут быть обусловлены увеличением миграционных потоков за счет лиц, прибывающих из стран с высоким уровнем эндемичности: трудо-вых мигрантов и российских туристов [2,3]. Также учитывая «повзросление» ГА, клиническая картина и течение основного заболевания могут изменяться за счет коморбидной патологии пациентов [4,5].

Цель: оценить эпидемиологическую ситуацию ГА в РФ

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ данных рефе-ренс-центра по мониторингу за вирусными гепатитами при Центральном НИИ эпидемиологии (Москва).

Результаты: заболеваемость с 2007 г. по 2017 г. снизилась практически в два раза (с 10,8 до 5,6 на 100 000 населения). Минимальный показатель был зарегистрирован в 2011 г. и составил 4,3 на 100 000 населения. Небольшой подъем произошел в 2014 г. (7,3 на 100 000 населения), прирост по сравнению с 2013 г. составил 21,0% и в 2017 г. (5,6 на 100 000 населения) прирост по сравнению с 2016 г. – 25,0%.

В 2017 г. в РФ было зарегистрировано 8059 случаев ГА, из них 22,0% составили дети до 14 лет, но при этом показатель заболеваемости детского населения превышает показатель заболеваемости взрослого населения (6,9 и 5,6 на 100 000 населения).

В субъектах РФ (2016-2017 гг.) зарегистрировано 34 эпидемических очагов ГА разной интенсивности, с общим числом пострадавших 582 человека. В 2016 г. доля заболевших во время вспышек составила 2,3%, а в 2017 году 3,8%. Доля детей в возрасте до 14 лет, вовлеченных в групповую или вспышечную заболеваемость, составила половину от взрослых – (50,7%) на 2016 год, и (50,0%) на 2017 год.

В период 2016-2017 гг. в РФ зарегистрировано две крупные вспышки ГА (50 и более человек) с общим числом пострадавших 106 человек, из них детей до 14 лет – 41 человек. Доля детей во вспышечной заболеваемости в среднем составила 38,7%. В 2016 году вспышки зарегистрированы в – Пермском и Красноярском краях, а в 2017 году вспышки не были зарегистрированы.

Вакцинопрофилактика является основной мерой профилактики ГА. С 2007 года число территорий в РФ, сообщивших о проведении вакцинации, увеличилось в 4,3 раза. Также увеличивается и абсолютное число вакцинированных лиц. За предыдущий период (2013-2015 гг.) число привитых против ГА суммарно составило более 1,5 млн. человек (559,4; 520,7; 475,4 тыс. в год соответственно).

В 2017 году по сравнению с предыдущим годом число привитых против ГА увеличилось в 1,2 раза. Более половины (56,0%) привитых за последние два года приходится на детей до 17 лет, составив в 2017 г. 52,0%.

Выводы: таким образом, в РФ в многолетней динамике заболеваемость ГА в целом характеризуется тенденцией к снижению. При этом для данной инфекции характерна цикличность (периодические подъемы и спады заболеваемости с интервалами 3-5 лет).

А также в результате проводимых в стране мероприятий по профилактике ГА, за последние 5 лет число вспышек ГА в стране уменьшилось в 4 раза, но объемы иммунизации остаются недостаточными для влияния на эпидемический процесс ГА, что может способствовать дальнейшему росту заболеваемости населения РФ.

Литература:

1. Вирусные гепатиты в Российской Федерации (аналитический обзор). Под ред. А.А. Тотоляна (коллектив авторов, в. т.ч. Е.В. Эсауленко, А.А. Сухо-рук, А.Д. Бушманова). СПб: ФБУН НИИЭМ имени Пастера, 2018.

2. Новак К.Е., Бушманова А.Д., Тельнова Н. В., Скворода В.В. Гепатиты А и Е: завозные или автохтонные? В сборнике: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания Материалы V Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием-ем. 2018. С. 179-181.

3. Новак К.Е., Бушманова А.Д. Клинико-лабораторные особенности течения завозного гепатита А. В сборнике: Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ. 2016. С. 152-153.

4. Бушманова А.Д., Новак К.Е., Иванова Н.В., Скворода В.В. Предрасполагающие факторы к тяжелому течению гепатита А. В сборнике: Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания Материалы V Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции с международным участием. 2018. С. 38-39.

5. Бушманова А.Д. Частота встречаемости и спектр сопутствующей патологии у больных гепатитом А. В книге: Актуальные вопросы инфекционной патологии Тезисы III Межрегионального Форума специалистов совместно с заседанием профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации, по специальности «Инфекционные болезни». 2018. С. 34-35.

Ющук Н.Д., Хадарцев О.С.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА И РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова, г. Москва

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире до 2 млрд. человек переносят инфекционные заболевания, из которых около 17 млн. умирают. Каждый год во время эпидемий сезонного гриппа и респираторных вирусных инфекций регистрируют до 5 миллионов случаев тяжелого гриппа, из которых до 500 000 имеют летальный исход [1]. Ежегодно каждый взрослый человек «болеет» острыми респираторными инфекциями 2-4 раза, школьник – до 4-5 раз, дошкольник – до 6 раз, а ребенок в возрасте до 1 года имеет от 2 до 12

эпизодов болезни [2].

Благодаря усилиям Минздрава России и Роспотребнадзора, направленным на реализацию программ вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционными болезнями, удалось добиться многократного снижения заболеваемости, прежде всего гриппа. Ежегодное увеличение охвата населения страны прививками против гриппа (с 15,66 млн. в 2000 году до 70,3 млн. в 2018 году) привело к многократному снижению показателя заболеваемости (с 2973,3 в 2000 году до 26,48 в 2018 году), в т.ч. среди контингентов населения, входящих в группы риска.

На протяжении последних десятилетий в Российской Федерации ежегодно регистрируют до 35 млн. случаев инфекционных заболеваний, из них более 90% составляют ОРВИ. На заболевания, вызываемые респираторными вирусами, приходится до 40% больничных листов, а экономический ущерб от них в 2017 году составил 513,2 млрд. рублей, т.е. на ОРВИ пришлось 81,8% совокупного ущерба от инфекционных инфекций [3].

В Российской Федерации заболевания ОРВИ регистрируются круглый год, период эпидемического подъема заболеваемости отмечается с октября по апрель, а самые высокие показатели заболеваемости приходятся на январь – март, в эти же месяцы регистрируется эпидемический подъем заболеваемости гриппом. Во время сезонных подъёмов заболеваемости ОРВИ и гриппа в эпидемический процесс вовлекается до 20% населения. Если при ОРВИ на долю детей в возрасте до 17 лет приходится более 70% всех заболеваний, то при гриппе – около 45%.

Наиболее вовлеченными в эпидемический процесс при ОРВИ и гриппе являются дети первых лет жизни и подростки. Наиболее высокие показатели заболеваемости приходятся на детей возрастной группы от 3 до 6 лет, среди которых более 80% составляют дети посещающие детские дошкольные организации.

Если при гриппе и некоторых других инфекционных болезнях вакцинация является основным методом специфической профилактики, то для респираторных вирусных заболеваний специфическая профилактика не разработана.

Следует учитывать, что не все вакцинируемые отвечают формированием протективного иммунитета, а также вакцины против гриппа не могут использоваться в разгар эпидемии, как средство для экстренной индивидуальной профилактики.

Высокие показатели заболеваемости респираторными инфекциями обусловлены разнообразием вирусов, вызывающих клинически сходную картину. В настоящее время известно более 200 вирусов, вызывающих сходные заболевания [2].

Поэтому профилактика ОРВИ, в т.ч. гриппа, должна быть комплексной, включая проведение неспецифической профилактики с применением противовирусных препаратов и лекарственных средств, которые могут оказывать существенное влияние, как на предупреждение возникновения заболеваний, так и на благоприятный исход возникшего заболевания.

Среди средств неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ особое ме-

сто занимают препараты интерферонового ряда.

Уже первые исследования интерферона, после его открытия в 1957 году, показали его эффективность при лечении различных вирусных инфекций. Преимущество интерферона заключается в том, что в его образовании участвуют все живые клетки, и начинают вырабатывать этот белок практически сразу после проникновения вируса в организм, достигая максимума уже на второй день. Т.к. интерферон способен задерживать размножение почти всех известных вирусов, в то же время, оставаясь безвредным для организма, он по праву считается первой линией защиты организма от вирусов [4].

Многочисленные исследования, в частности, местного применения препаратов, содержащих интерферон, в рамках профилактических программ, доказывают его эффективность при всех респираторных инфекциях.

Многолетний опыт изучения препарата человеческого рекомбинантного интерферона альфа-2b, подтверждает его противовирусное действие при гриппе и ОРВИ. Показано, что профилактическое использование препарата в организованных коллективах способствует снижению заболеваемости гриппом и ОРВИ в 2,5-3,5 раза. Назначение препарата, особенно на ранних стадиях заболевания, приводит к сокращению продолжительности болезни на 30-50%, а также частоты развития осложнений в 9 раз. Преимущество препарата в том, что его можно использовать не только для профилактики, но и для лечения гриппа и ОРВИ у новорожденных, детей, беременных, взрослых, пожилых людей и пациентов с сопутствующими хроническими инфекциями, вариантами аллергозов, независимо от состояния их иммунного статуса [5].

Широкое использование в практике здравоохранения препаратов на основе рекомбинантных интерферонов, уже сегодня может привести к значительному снижению заболеваемости населения ОРВИ и гриппом, а также снизить частоту эпидемических вспышек, в первую очередь в организованных коллективах и среди контингентов, относящихся к группам риска.

Литература.

1. Юшук Н.Д., Мартынов Ю.В. Непрерывное медицинское образование – этап подготовки и аккредитации. Итоги работы выездного заседания учебно-методической комиссии по инфекционным болезням в Сочи. Ж. Инфекционные болезни, №1, 2017. С. 9-12.
2. Селькова Е.П., Калюжин О.В. ОРВИ и грипп. Монография. М., 2015. С. 12-14, 25.
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году». М. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018 (268 с).
4. Денисов А.А., Шолохов И.В. Открытие интерферона и его клиническое применение. Ж. Инфекционные болезни. Москва. 2017, №1 (18). С. 23-31.
5. Юшук Н.Д., Хадарцев О.С. Использование интерферонов в профилактике и лечении респираторных вирусных инфекций у взрослых и детей. Ж. Лечащий врач, №3, 2018. С. 67-72.

Якимович С.Е., Борзенко И.А.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ
АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ
ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, г. Луганск

В настоящее время отмечается рост сочетанной патологии, полиморбидность стала характерной чертой пациентов среднего, наиболее активного возраста. Актуальной для нашего региона является проблема коморбидного течения хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) и хронического некалькулезного холецистита (ХНХ).

Целью наших исследований явилось изучение влияния комбинации препаратов ремаксол и гепатосан на показатели процессов липопероксидации и систему антиоксидантной защиты у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 64 больных ХВГВ на фоне ХНХ возрастом от 25 до 49 лет, разделенных на 2 рандомизированных группы – основную (32 пациента) и группу сравнения (32 пациента). Пациенты основной группы дополнительно в комплексе обще-принятой терапии получали ремаксол по 400,0 мл ежедневно внутривенно капельно и гепатосан по 0,4 г (2 капсулы) 2 раза в день в течение двух недель. В объем исследования включали изучение функциональных проб печени унифицированными стандартными методами, УЗИ органов брюшной полости, а также проводили изучение концентрации продуктов ПОЛ в сыворотке крови.

Результаты и их обсуждение. В целом концентрация конечного продукта ПОЛ – МДА в основной группе в среднем 2,22 раза выше нормы ($P < 0,001$), в группе сравнения – в 2,17 раз ($P < 0,001$). Содержание в крови больных основной группы промежуточных продуктов ПОЛ – ДК в среднем в 2 раза выше нормы ($P < 0,001$), в группе сравнения – в 2,02 раза ($P < 0,01$). Активность КТ у больных основной группы до начала лечения была в среднем в 1,3 раза ниже нормы ($P < 0,001$), в группе сравнения – в 1,27 раз ($P < 0,01$), СОД – соответственно в 1,7 и 1,81 раз ($P < 0,001$). Интегральный показатель Ф был снижен у больных основной группы в среднем в 5,12 раза относительно нормы ($P < 0,001$), группы сопоставления – в 4,85 раз ($P < 0,01$). При повторном обследовании через 20-21 день с момента начала лечения было установлено, что почти у всех больных основной группы (которая получали комплекс препаратов ремаксол и гепатосан), концентрация продуктов ПОЛ – МДА и ДК нормализовалась, тогда как в группе сравнения, несмотря на положительную динамику данных показателей, их уровень оставался достоверно

выше показателей нормы и основной группы, что свидетельствовало о сохранении повышенного уровня липопероксидации.

Выводы. Полученные данные позволяют считать патогенетически обоснованным и перспективным использование комбинации ремаксола и гепато-сана в лечении больных ХВГВ на фоне ХНХ

Литература.

1. Гейвандова, Н.И. Хронические гепатиты (диагностика, лечение, профилактика) / Н.И. Гейвандова, А.В. Ягода. – Ставрополь, 2004. – 62 с.

2. Долгова В.В. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство / В. В. Долгова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 808 с.

3. Кнышова В.В. Функциональное состояние печени и метаболические нарушения при хроническом некалькулезном холецистите / В.В. Кнышова, А.И. Шейкина // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2009. – №4. – С. 74-79.

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Алиев А.Ю.</i> ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА КАК ОСНОВА БЕЗОПАСНОСТИ ПЕРЕВОЗОЧНОГО ПРОЦЕССА.....	3
<i>Аникин В.В., Беганская Н.С., Изварина О.А., Николаева Т.О., Ястребов Г.Н.</i> ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	5
<i>Анищенко Е.В., Красавцев Е.Л.</i> АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.....	6
<i>Ашур Ахмад Махмуд Хуссейн</i> ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ С НА ФОНЕ РЕЦИДИВА ПСОРИАЗА.....	8
<i>Байрамян К.А., Чечет Ю.С., Вохминцева Н.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ЦЕРЕБЕЛЛИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ.....	10
<i>Барамзина С.В., Слобожанинова А.И.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ОСВЕДОМЛЁННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В и С.....	12
<i>Береговой А.А.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ.....	14
<i>Бобоев М.М., Мадумарова М.М.</i> ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МИКОЗОВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	16
<i>Бородина Г.Л., Стальмашко Т.С., Козловский Д.С.</i> ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ПНЕВМОНИИ	18
<i>Бушманова А.Д., Скворода В.В., Иванова Н.В.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМОРБИДНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТИТОМ А	20
<i>Вишняк К.А., Колесникова А.Г., Максимова М.А., Мельник В.А.</i> НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ КОКЛЮША В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	21
<i>Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Охалкин В.Е., Вислогузов А.Б., Охрименко В.А., Демченко И.В.</i> РЕПРОДУКТИВНОЕ И МИКОТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	23

<i>Глузмин М.И., Шевченко А.Г., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Охалкин В.Е., Вислогузов А.Б., Полуян И.Н., Антонов Е.Н., Охрименко В.А., Демченко И.В.</i> К ВОПРОСУ КРУСТОЗНОЙ ЧЕСОТКИ В КРУПНЕЙШЕМ СУБЪЕКТЕ ЮФО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	27
<i>Голосова С.А., Филиппова А.А., Голдобин В.Н., Ключева Е.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЦЕНТРЕ КРОВИ.....	29
<i>Городин В.Н., Бахтина В.А., Палиева Е.В., Чечко С.В.</i> ОГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ.....	30
<i>Городин В.Н., Люлин И.С.</i> ВНЕДРЕНИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕНДЖМЕНТА КАЧЕСТВА, КАК НЕОБХОДИМЫЙ ЭЛЕМЕНТ СОЗДАНИЯ «НОВОЙ МОДЕЛИ» МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗА ИИ.....	32
<i>Городин В.Н., Палиева Е.В., Бахтина В.А., Люлин И.С.</i> КЛЮЧЕВЫЕ ТРЕНДЫ ИЗМЕНЕНИЙ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	34
<i>Демкович О.О., Беседина Е.И., Азаркова Л.Д., Жадан Е.С., Нагорнюк Г.Г., Калиберда С.В.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	36
<i>Демкович О.О., Беседина Е.И., Лыгина Ю.А., Акимова Л.С., Говжеева Л.П., Давыдова А.В.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ИЕРСИНИОЗАМИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	37
<i>Дзезмова А.А., Новак К.Е.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ГЕПАТИТА Е В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	39
<i>Дорофеева К.В., Ващёнок Н.И.</i> СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	41
<i>Еремушкина Я.М., Кускова Т.К., Мигманов Т.Э., Филиппов П.Г., Огиенко О.Л.</i> ЛИСТЕРИОЗ, КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	42
<i>Завора Д.Л., Дубовицкая Н.А., Чепель Ю.А., Бакаева З.З.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППАА (H1N1,2009).....	43

<i>Завора Д.Л., Хаснудинова С.Р.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ.....	45
<i>Завора Д.Л., Яшина Ю.В.</i> КРАТКИЙ АНАЛИЗ НОМЕНКЛАТУРЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ЗАКУПЛЕННЫХ ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА №2» В 2018 ГОДУ....	46
<i>Зуева Г.В., Масюта Д.И.</i> ВЛИЯНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	48
<i>Ильмеева Л.А., Кирбаба Л.В., Думчева И.Н., Павленко В.Н.</i> ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ДОНОРОВ И РЕЦИПИЕНТОВ КРОВИ КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ	50
<i>Ильменёв О.В., Мацнев А.А., Кривопустов П.С., Мартемьянов А.Е.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ.....	51
<i>Ковалевская О.И., Яковчук Е.Е., Швачкина Н.С., Шавкунова Р.Г., Книжник Т.А.</i> КОКЛЮШ У ВЗРОСЛЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ «СКИБ».....	54
<i>Коннова Т.В., Голик О.О.</i> КАРТИНА МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	57
<i>Красавцев Е.Л., Волковец А.В., Архипенко Т.В.</i> ЧАСТОТА ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ И СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СТАДИЯМИ ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ.....	59
<i>Кулемзина Т.В., Красножон С.В.</i> ГОМЕОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ.....	60
<i>Кулиева Э.М.</i> РОЛЬ ПРОДУКТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В РАСПРОСТРАНЕНИИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ.....	62
<i>Курешева О.А., Налетов А.В., Якимчук Н.В., Мельник В.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	64

Кустова М.А.

СОЧЕТАНИЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ И КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
ГЕНИТАЛИЙ В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ.....66

Лагун Л.В., Мишукова Ю.Д., Акушевич С.А.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ШТАММОВ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*,
ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ МОЧИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ МОЧЕВОЙ
СИСТЕМЫ.....67

*Лыгина Ю.А., Каленчук Н.Л., Андреев Р.Н., Егоров В.С., Серажим А.Г.,
Сихарулидзе А.Г.*

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
ИНФЕКЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....69

Максимова М.А., Колесникова А.Г., Вишняк К.А.

К ВОПРОСУ О БЕЗВРЕДНОСТИ И ОПТИМИЗАЦИИ
ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....71

*Малов С.И., Малов И.В., Расулов Р.И., Орлова Л.С., Ющук Н.Д., Марш П.,
Декан Т., Мацек-Жилкова З.*

ОСТЕОПОНТИН – НОВЫЙ БИОМАРКЕР ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ
КАРЦИНОМЫ В ИСХОДЕ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ «В» И «С».....73

Малов С.И., Степаненко Л.А.

МИКРОРНК-122 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР СПОНТАННОГО
КЛИРЕНСА ВИРУСА ГЕПАТИТА С ПРИ ОСТРОМ ИНФИЦИРОВАНИИ.....76

Маргиты М.М., Маржохова М.Ю.

ОЦЕНКА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ
ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ.....78

Маргиты М.М., Маржохова М.Ю., Маржохова А.Р.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ БИОЛОГИЧЕСКИХ
МЕМБРАН У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ВЕТРЯНОЙ ОСПОЙ.....80

Матыцина А.Ф., Завора Д.Л., Ковалева И.А.

СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ81

Мацнев А.А., Ильменев О.В., Кривопустов П.С., Мартемьянов А.Е.

КАТЕРИЗАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ.....82

Мацнева М.Г.

ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА ВОЗНИКШЕГО НА ФОНЕ
АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК ГБУЗ «ИНФЕКЦИОННАЯ
БОЛЬНИЦА №2» ЗА ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД 2018-2019 гг.....83

<i>Мельник В.А., Каленчук Н.Л., Бабуркина А.И., Мельник К.В., Мельник А.В., Ткаченко О.Н.</i> СОСТОЯНИЕ ЭПИЗООТИЧЕСКОЙ И ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2018 г. И ПЕРВОМ КВАРТАЛЕ 2019 г.	85
<i>Мельник К.В., Мельник А.В., Беседин И.Е., Шкурят О.А., Ткаченко О.Н.</i> ВЛИЯНИЕ ТРУДОВ ДЖИРОЛАМО ФРАКАСТОРО НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ СОВРЕМЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ.....	87
<i>Михайлова О.В., Бородин Г.Л., Жаворонок С.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ ДИАГНОЗОМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	89
<i>Михайлюк И.Л.</i> СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ.....	91
<i>Моренец Т.М., Яковчук Е.Е., Савицкая И.М., Городин В.Н., Шубина Г.В., Книжник Т.А., Чернявская О.В.</i> ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КРИПТОКОККОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.....	92
<i>Налетов А.В., Ляник В.А., Мацынина Н.И., Артемова Н.Ф., Николаенко С.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА	94
<i>Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Светличный П.А.2, Баранов А.В.</i> ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	96
<i>Новак К.Е., Эсауленко Е.В.</i> ГЕОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАВОЗНЫХ ИНФЕКЦИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	97
<i>Носкова Н.Ю.</i> КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ.....	99
<i>Петровская О.В., Пневский Ю.А., Шахова Т.А., Кротова И.Ю., Пасечник О.А.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУЛЯРЕМИЕЙ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	100
<i>Пивовар О.И., Непочатай А.В., Слепухова Д.В.</i> ПАГУБНОЕ ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ЖИЗНЬ ЧЕЛОВЕКА.....	102
<i>Подборонов В.М., Самсонова А.П.</i> ПЕРСИСТЕНЦИЯ БАКТЕРИЙ И ВИРУСОВ В ОРГАНИЗМЕ КЛЕЩЕЙ Ixod es.....	104

<i>Pulatov M.D., Azizov Yu.D.</i> VARIABILITY OF SOME PROPERTIES OF CYSTITIS AGENTS.....	106
<i>Pulatov M.D., Ibragimova L.M.</i> ADHESIVE URINE ACTIVITY AND BLOOD SERUM IN WOMEN.....	107
<i>Путинцева Е.В., Алексейчик И.О., Смелянский В.П.</i> АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИХОРАДКОЙ ЗАПАДНОГО НИЛА КАК ЭЛЕМЕНТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА.....	108
<i>Рафеев Г.К., Зинченко И.Н., Хурум З.Ю.</i> ЛАБОРАТОРНАЯ РАСШИФРОВКА ГРИППА И ОРВИ И ИЗУЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГРИППА НА БАЗЕ ВИРУСОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ФБУЗ «ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ».....	111
<i>Романенко Т.А., Горохова А.А., Трунова О.А., Скрипка Л.В., Ткаченко И.М.</i> АНАЛИЗ ИММУНИТЕТА ПРОТИВ КРАСНУХИ НАСЕЛЕНИЯ ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА В 2018 г.....	113
<i>Романенко Т.А., Скрипка Л.В., Калиберда С.В.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АКТУАЛЬНЫХ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫХ ИНФЕКЦИЙ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....	115
<i>Саламех К.А., Соцкая Я.А., Помников П.С.</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТИРУЮЩИХ МАКРОФАГОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	117
<i>Саркисян Н.С., Ковалевич Н.И., Пономаренко Д.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕИНОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ.....	119
<i>Свентицкая А.Л., Красавцев Е.Л., Пасечник С.П., Повжик К.С.</i> ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С РОЖЕЙ.....	121
<i>Семенова С.А. Новак К.Е.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	122
<i>Сиволапова О.Н., Петренко Л.Ю., Вайтович М.А., Пасечник О.А.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ВОМСКОЙ ОБЛАСТИ.....	124

<i>Скворода В.В., Буцкая М.Ю., Алексеева М.В., Иванова Н.В., Семенов А.В.</i> РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБТИПОВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В НА ТЕРРИТОРИЯХ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА 2012-2018 гг.....	126
<i>Смолякова Я.А., Вертепная Е.Т., Бортникова А.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	128
<i>Сорокина К.А.</i> ЧАСТОТА ПОПАДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ, КАК ОСНОВНЫМ ДИАГНОЗОМ, В ИНФЕКЦИОННУЮ БОЛЬНИЦУ В 2018 ГОДУ.....	130
<i>Соцкая Я.А., Хомустьянская Н.И., Урбанович Е.С., Коломина Т.Б., Ефимова А.С.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛОКАЛЬНОЙ ВСПЫШКИ НОРОВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА (НВГЭ) В Г. ЛУГАНСКЕ...	131
<i>Соцкая Я.А., Хомустьянская Н.И., Овсиенко Т.Н., Рожкова В.Н.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ НА ТЕРРИТОРИИ РЕГИОНА ДОНБАССА.....	132
<i>Сундуков А.В., Евдокимов Е.Ю., Понежева Ж.Б.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	134
<i>Сухорук А.А., Эсауленко Е.В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С У РЕЦИПИЕНТОВ ПЕЧЕНИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	135
<i>Тужикова Е.В.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	136
<i>Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ В 2019 гг. В СРАВНЕНИИ С ЭПИДСЕЗОНОМ 2017-2018 гг.....	138
<i>Тхакушинова Н.Х., Леденко Л.А., Бевзенко О.В.</i> КЛИНИКА ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА КУБАНИ В 2018 г.....	140
<i>Узрюмова Л.А., Рыхлевич Е.Г., Головчанская К.В., Шубина Г.В., Городин В.Н.</i> АНАЛИЗ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ШИГЕЛЛ ПО ДАННЫМ ГБУЗ «СКИБ».....	141
<i>Улуханова Л.У.</i> ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	143

<i>Улукханова Л.У., Омариева Р.М.</i> ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОРЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....	145
<i>Филиппов П.Г., Огиенко О.Л., Кускова Т.К., Еремушкина Я.М.</i> ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В МОСКВЕ ПО МЕРЕ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ.....	146
<i>Халяпин Е.Б., Курбацкий А.А., Савченко О.Г.</i> ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ КУЛЬТУР PSEUDOMONAS AERUGINOSA F.....	147
<i>Хан Р.В., Ковальчук М.А., Лебедева И.С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРАЧАМИ-ЭПИДЕМИОЛОГАМИ В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ.....	150
<i>Хомутянская Н.И., Шаповалова И.А., Кузовлева И.А., Столярова Л.Е.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ В Г. ЛУГАНСКЕ В 2018 ГОДУ.....	152
<i>Хурум З.Ю., Шапран Е.Г., Горбулина Н.В.</i> АНАЛИЗ АВАРИЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГБУЗ «КБСМП Г.КРАСНОДАРА» МЗ КК ЗА 2018 ГОД.....	153
<i>Чернышева Е.В., Побережник В.Д., Лепов А.А.</i> ОСОБЕННОСТИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ.....	155
<i>Чеснокова С.Н., Смелянский В.П.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНКИ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ МАССОВОГО МЕРОПРИЯТИЯ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2018 ГОДУ.....	157
<i>Шапран Е.Г., Горбулина Н.В., Хурум З.Ю.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	158
<i>Шарапова Н.Е.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗОВ В РОССИИ.....	160
<i>Шатохина Я.П., Соцкая Я.А.</i> ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ НА ТЕРРИТОРИИ Г.ЛУГАНСКА ВСЛЕДСТВИЕ ИХ МИГРАЦИИ.....	162

<i>Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Шевченко В.В., Охалкин В.Е.</i> ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА И СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ.....	164
<i>Шевченко А.Г., Глузмин М.И., Егорова Е.В., Чакрян А.А., Авдеев Н.Н., Охалкин В.Е., Вислогозов А.Б., Охрименко В.А., Демченко И.В.</i> СЛУЧАЙ ПОДОЗРЕНИЯ НА ЛЮПУС-КАРЦИНОМУ У МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПАЦИЕНТА	167
...	
<i>Шемшура А.Б., Бендус И.В., Милованова И.И., Топольская С.В., Лебедев П.В., Кулагин В.В., Городин В.Н.</i> ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ АРТ 1-ОЙ ЛИНИИ И ПАТТЕРНЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВИЧ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ.....	171
<i>Шутова О.В., Романова Н.Н., Мартынов В.А., Гарев А.А., Серьгина Е.В., Смирнова Е.Н., Сорока Е.В., Щеголькова О.И., Кагарличенко А.А., Шлыков А.И.</i> К ХАРАКТЕРИСТИКЕ СОВРЕМЕННОГО HERPES ZOSTER.....	173
<i>Эсауленко Е.В., Бушманова А.Д.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАТИТА А В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	174
<i>Ющук Н.Д., Хадарцев О.С.</i> ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА И РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	176
<i>Якимович С.Е., Борзенко И.А.</i> ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ И АКТИВНОСТЬ ФЕРМЕНТОВ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	179

Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России

**МАТЕРИАЛЫ XII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ**

ISBN 978-5-907133-85-3

Издательство «Новация»
г. Краснодар, ул. Фадеева, 429
info@file-market.ru

отпечатано в ООО «Типография Б+»
г. Краснодар, ул. Дальняя, 43
Тираж 1000 шт.



MSD

INVENTING FOR LIFE

Более века MSD, одна из ведущих международных биофармацевтических компаний, создает и делает доступными лекарства и вакцины для профилактики и лечения заболеваний, которые относятся к наиболее насущным проблемам здравоохранения. MSD — это торговая марка компании Merck & Co., Inc., штаб-квартира которой находится в Кенилворте, штат Нью-Джерси, США.

Мы работаем в более чем 140 странах мира, предлагая инновационные рецептурные лекарственные препараты, в том числе биологические препараты и вакцины. Мы также осуществляем и поддерживаем программы и партнерские проекты, которые способствуют повышению доступности медицинской помощи.

Сегодня MSD продолжает оставаться на переднем крае научно-исследовательской деятельности. Мы работаем над созданием новых решений для профилактики и лечения заболеваний, которые угрожают людям во всем мире, включая злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения, нарушения метаболизма и инфекционные заболевания, такие как ВИЧ и Эбола.

В России MSD работает с 1991 года. Мы концентрируем внимание на обеспечении доступности инновационных лекарств и вакцин, партнерстве с локальными производителями и ведущими медицинскими учреждениями, проведении масштабных программ клинической разработки, а также поддержке медицинского образования и информации. Мы применяем богатый международный опыт, чтобы внести вклад в развитие здравоохранения и фармацевтической промышленности России.

Подробнее на сайте www.msd.ru.

ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 115093, Москва, ул. Павловская, 7

Бизнес-центр «Павловский»

Тел.: +7 495 916 7100

Факс: +7 495 916 7094

- Возможность излечения $\geq 90\%$ ваших пациентов с ХГС любого генотипа, ранее не получавших лечение, при применении схем, основанных на СОВАЛЬДИ®¹, за 12 недель^{1а}
- Отсутствие нежелательных реакций, специфичных для СОВАЛЬДИ®^{1,6}
- Терапия, основанная на СОВАЛЬДИ®, включена в международные клинические рекомендации²⁻⁵
- Более 1,5 миллионов пациентов получили лечение режимами, основанными на софосбувире⁶

^a На основании суммарной частоты УВО12, которая применялась в качестве первичной конечной точки в базовых клинических исследованиях для регистрации препарата **СОВАЛЬДИ®**.

⁶ При изучении в комбинации с RBV ± Peg-IFN α1



(Полная информация о препарате и безопасности его применения содержится в Инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата СОВАЛЬДИ®).

«Совалди» можно применять одновременно с ингибиторами Р гликопротеина и/или BCRP. Более полную информацию о лекарственных взаимодействиях «Совалди» с другими препаратами можно найти в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата «Совалди». **Особые указания:** Препарат «Совалди» не рекомендуется применять в виде монотерапии, он должен назначаться в комбинации с другими противовирусными препаратами. При применении «Совалди» необходимо наблюдение и блокада сердца. Сообщалось о случаях развития выраженной брадикардии и блокады сердца при применении комбинации препаратов «Совалди» и Даклатиза (даклатизин) в сочетании с амiodоном или другими лекарственными препаратами, замедляющими частоту сердечных сокращений. Применение «Совалди» в сочетании с Даклатизином и Амiodоном может усилить негативные эффекты. Пациенты с или наличием противопоказаний к альтернативной антиаритмической терапии. Пациенты с высоким риском развития брадикардии следует непрерывно мониторировать в течение 48 часов в условиях соответствующего уровня оснащенной клиники. При необходимости начать комбинированную терапию с Амiodоном и «Совалди» и Даклатизином. При применении «Совалди» и Даклатизина необходимо наблюдение необходимо осуществлять за теми, кто прекратил прием амiodона в последние несколько месяцев, так как амiodон имеет длительный период полувыведения. Все пациенты, принимающие комбинацию препаратов «Совалди» и Даклатизина вместе с амiodоном, должны быть предупреждены о необходимости прекращения приема «Совалди» и Даклатизина в случае возникновения побочных эффектов, особенно в случае появления таких симптомов. **Почечная недостаточность:** Безопасность применения препарата «Совалди» не изучали у пациентов с почечной недостаточностью тяжелой степени тяжести (КК <30 мл/мин) или с почечной недостаточностью терминальной стадии, требующей гемодиализа. Более того, у пациентов с почечной недостаточностью легкой или средней степени тяжести не проводились исследования с ривароксаном или глугитероном альфа/ривароксаном у пациентов с КК <50 мл/мин. Смотрите также инструкцию по медицинскому применению препарата ривароксана. **Форма выпуска:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг. По 28 таблеток во флаконе белого цвета. По 1 флакону вместе с инструкцией по применению в картонной коробке. **Срок годности:** 36 месяцев. **Условия хранения:** Хранить при температуре не выше 30°С. Хранить в местах, недоступных для детей. **Срок годности:** 5 лет. Не применять по истечении срока годности, указанного на упаковке. **Словесная отсылка:** По рецепту, ВЛАДЕЛЕЦ РЕГИСТРАЦИОННОГО ПОДАРОК. **Flowers Building, Grant Park, Abington, Cambridgeshire, CB21 6JY, United Kingdom**

Получить дополнительную информацию о препарате, а также направить свои претензии и информацию о нежелательных явлениях можно по адресу: ООО «Гилеад Сайенсиз Раша», Российская Федерация, 115114, город Москва, ул. Летниковская, дом 2, строение 1. Тел.: +7 (495) 641-18-04. E-mail: drugsafety.russia@gilead.com.

При вторичной упаковке препарата на ОАО «Фармстандарт-Лексредства». Вторичная упаковка, выпускающий контроль качества и организация, принимающая претензии потребителей: ОАО «Фармстандарт-Лексредства», 305022, Россия, г. Курск, ул. 2-я Агартная, 1а/18, тел./факс: (4712) 34-03-13, www.pharmstd.ru.

Ссылки: 1. SOVALDI® (sofosbuvir). Summary of Product Characteristics, EMA, March 2016. / Инструкция по применению препарата Совальди®. РУ ЛП-003527 от 25.03.2016. Дата внесения изменений в регистрационное удостоверение лекарственного препарата (дата замены регистрационного удостоверения лекарственного препарата): 12.01.2019.

penapata) 17/01/2019.
2. WHO. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Updated version, April 2016. <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>
3. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol* 2018, available online 9 April 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.026>

4. AASLD and IDSA HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. Last updated: November 2018. www.hcvguidelines.org.

