ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2 `2018

Учредитель:
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Читинская государственная медицинская академия” Министерства здравоохранения Российской Федерации

Главный редактор:
Говорин А.В.

Заместители главного редактора:
Ларева Н.В.
Горбунов В.В.

Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Богомолов Н.И., Витковский Ю.А., Говорин Н.В., Лобанов С.Л., Мироманов А.М., Мочалова М.Н., Пархоменко Ю.В., Погребняков В.Ю., Романова Е.Н., Сахаров А.В., Смекалов В.П., Серебрякова О.В., Пинелис И.С., Цыбиков Н.Н., Шаповалов К.Г., Шильникова Н.Ф., Щербак В.А.

Технический редактор - Чернова Ю.Г.
Корректор - Новикова С.Н.

Ежеквартальное научно-практическое издание

Подписано в печать 25.06.2018
Бумага офсетная
Формат 60x84/8
Усл. изд. л. 7,6
Тираж 100

Адрес редакции:
672000, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 311
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (3022)32-30-58
E−mail: Zabmedvestnik@mail.ru

© ЧГМА, 2018

Редакционно-издательский центр ЧГМА

СОДЕРЖАНИЕ

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ
Гаймоленко С.Г., Сущенко Р.А., Сидорова А.А., Дручкова С.Л., Мазин А.С.
ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ, АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ.....3
Жигжитова Е.Б., Балбарова С.Б., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Устинова Е.Е., Томина Е.А., Жилина А.А.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА.....6

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ
Иозефсон С.А., Чацкис Е.М., Хавень Т.В., Голыгин Е.В., Куклин С.И., Шальнёва Е.В., Ефимцева И.П., Ванчикова С.Б.
АРТЕРИО-ВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ СОСУДОВ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....8
Малов В.И., Устинова Е.Е., Ларева Н.В., Батурина Е.Г., Сорокина Л.А., Елина Т.В.
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ВАСКУЛИТА - МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА.....13
Максимова О.Г., Петрухина И.И., Мацеха Е.П., Кряжева О.И., Степанова Н.В., Матвеева О.А.
СИНДРОМ ФИШЕРА-ЭВАНСА У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА.....16

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Волков С.В., Каюкова Е.В., Горбачева О.В.
РАК ЖЕЛУДКА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ: ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА.....20
Сенижук А.И., Шильникова Н.Ф., Савицкая Н.И.
ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ КРАЕВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ НА ОСНОВЕ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССАМИ.....24

МАТЕРИАЛЫ IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКТОЛОГИИ. СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ" И I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ, ДЕТИ И ВИЧ".....29

МАТЕРИАЛЫ IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ОТ РЕБЕНКА К ВЗРОСЛОМУ".....47

ИНФОРМАЦИЯ
VII конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием, Чита, 21-22 мая 2018 г. "АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ".....64

ТОРЖЕСТВЕННЫЙ ПРИЕМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА В КАНУН ДНЯ МЕДРАБОТНИКА.....69

ЮБИЛЕЙ
70 ЛЕТ БОГОМОЛОВУ НИКОЛАЮ ИВАНОВИЧУ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ КРАСНОКАМЕНСКА - 50 ЛЕТ

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК: 616.613-089-053.3

Гаймоленко С.Г.[1], Сущенко Р.А.[1],
Сидорова А.А.[2], Дручкова С.Л.[1], Мазин А.С.[1]

ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ, АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)
[2]ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", г. Чита (гл. врач- В.В. Комаров)

Введение. Врожденные пороки развития органов мочевыделительной системы (МВС) представляют собой серьезную медико-социальную проблему и являются одной из основных причин утраты почечной функции у детей. Встречаемость пороков МВС вариабельна, выявляется у 5-14% новорожденных. Частота их составляет 6-8 случаев на 1000 новорожденных [3]. Особое значение среди врожденных пороков МВС у детей занимают обструктивные уропатии, вследствие значительной распространенности в популяции, до 50% всех выявленных пороков развития МВС. Термин "обструктивные уропатии" (ОУ) объединяет комплекс структурно-функциональных изменений почечной паренхимы преимущественно тубулоинтерстициального типа, которые развиваются вследствие нарушения пассажа мочи функционального и/или органического генеза на уровне чашечно-лоханочного, лоханочно-мочеточникового, пузырно-уретрального сегмента или являются следствием инфравезикальной обструкции [2,5,6]. Прогрессирующее расширение лоханки и чашечек вследствие нарушения оттока мочи в конечном итоге приводит к необратимым изменениям архитектоники почки и, как следствие, ухудшению почечной функции. К ОУ у детей относят гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) и обструктивный мегауретер (ОМУ). ОУ без своевременной диагностики и адекватного лечения сопровождаются задержкой функционального развития почек, а при присоединении вторичных изменений - полной утратой функции почек [1]. Из этого следует вывод о том, что чем раньше будет выполнена диагностика и устранена обструкция, тем лучше результат лечения. Изучению вопросов своевременности и адекватности проведения ранней диагностики, поиску способов коррекции посвящено данное исследование.

Материалы и методы. В основу работы положен ретроспективный анализ обследования и лечения 104 детей в возрасте до 1 года с врожденными обструктивными заболеваниями МВС, находившихся в ГУЗ КДКБ г. Чита в период с 2015-2016 гг. В группу изучения включены дети, проходившие лечение в отделении реанимации новорожденных, патологии новорожденных, а так же отделения раннего возраста в данный временной период с антенатально и постнатально выявленным расширением чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). Всем больным ОУ за время нахождения в стационаре проведено обследование и лечение согласно общепринятому плану и технической оснащенности стационара, включавшему изучение анамнеза, клинико-лабораторные, рентгенологические (МСКТ, микционная цистоскопия, экскреторная урография), УЗИ, эндоскопические методы исследования, функциональные пробы.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования, в группе изучения с расширением ЧЛС по половозрастному критерию, преобладали дети мужского пола 77 (74%) в возрасте до 3-х месяцев жизни, доля девочек составила 26% (27). Всем детям проводился УЗИ скрининг. В большинстве случаев антенатально выявленные расширения ЧЛС пришлись на третий триместр (82%), в среднем на 33,5±1 неделе внутриутробного развития. Антенатальные признаки обструкции во втором триместре выявлены у 18%. Доля пациентов с антенатально выявленными признаками ОУ составила 55% (58), постнатально диагноз установлен у 46 (45%) детей. В группе постнатально выявленной ОУ диагноз установлен в среднем на 5,1±1неделе жизни. В анализируемой группе преобладали доношенные дети 88 (85%), количество недоношенных составило 16 (15%). Сочетанные и комбинированные пороки имели 35 (34%) детей. На долю детей от матерей с отягощенным акушерским анамнезом (ОАА) пришлось 97 (93%). В группе детей рожденных от матерей с ОАА, большинство случаев (69%) составила беременность, протекающая на фоне внутриутробной инфекции (ВУИ). Преобладающей формой ВУИ явилась цитомегаловирусная инфекция 73%, микст инфекция 27%. Поздно встали на учет 28% матерей. Наследственные факторы патологии МВС реализовались у 33 (32%) исследу-

Признаки расширения ЧЛС, выявленные антенатально, подтверждены в 100% случаев в постнатальном периоде.

Всем детям с выявленными ОУ проводилось обследование, включающее лабораторные, инструментальные и функциональные методы. В общем анализе крови у всех детей выявлены общевоспалительные изменения, признаки анемии у 84 (81%). Повышение уровня азотистых шлаков отмечалось у 60 (58%) детей. В микробиологическом исследовании мочи преобладающей формой микрофлоры (64%) явилась E. coli с нормальной ферментативной активностью, представленная антибиотико-резистентными штаммами. Воспалительные изменения в моче подтверждены пробой Нечипоренко в 52% (56) случаев. В постнатальном периоде всем пациентам проводилось УЗИ МВС: пиелоэктазия ≥10мм регистрировалась у 88(85%) детей, расширение ЧЛС ≥15мм у 16 (15%). Усиление эхоплотности паренхимы почки отмечено в 29% случаев. Во всех случаях расширения ЧЛС фармакоэхография не проводилась. В ходе рентгенологического исследования 78 (75%) детей имели клинически значимые отклонения от нормы. Из них ПМР выявлен у 13 детей, уретерогидронефроз - 19, гидронефроз - 30, пиелоэктазия - 16. По данным экскреторной урографии снижение функции почки отмечено в 61% (63) случаев. Статистически значимой сторонности поражения при ПМР и гидронефрозе не выявлено, наиболее часто выявлялся рефлюкс III степени. В ходе диагностики у 11 (10%) детей наблюдались комбинации ОУ: гидронефроз с одной и пиелоэктазия с другой стороны в 7 случаях, гидронефроз и ПМР на одной стороне - 3, двусторонний гидронефроз и ПМР у одного ребенка. Наиболее часто отмечен правосторонний уретерогидронефроз, который в равной степени обусловлен рефлюксирующим и обструктивным механизмами.

Хирургического лечения в периоде новорожденности выполнено 25 детям с ОУ. Нэфрэктомия 1, уретерокутанеостомия 4, пластика ЛМС по Ян-Кучера 18, эндокоррекция ПМР 2. Остальной группе детей было продолжено динамическое наблюдение на фоне проводимой консервативной терапии с отсроченным хирургическим лечением.

Выводы.

1. Основную группу с антенатально и постнатально выявленными обструктивными уропатиями составили дети, рожденные от матерей с инфекционным анамнезом. Их количество более чем в 2 раза превышало число детей с наследственно-реализуемой патологией МВС;
2. Преобладающее большинство случаев антенатально выявленных нарушений уродинамики пришлось на поздние сроки беременности, что требует детального изучения причин поздней диагностики;
3. Антенатально выявленные признаки обструктивной уропатии достоверно подтверждены в постнатальный период, что может свидетельствовать об эффективности УЗ диагностики;
4. В ходе исследования отмечен рост числа уропатогенных антибиотикорезистентных штаммов E. coli у детей с ОУ, что в свою очередь требует изучения адекватности применения антибиотиков;
5. Отсутствие активного применения фармакоэхографии как основного функционального метода исследования МВС в практике в значительной степени удлиняет время диагностического поиска и ведет к необоснованным экономическим затратам на использование дорогостоящих методов диагностики.

С целью оптимизации медицинской помощи детям в Забайкальском крае и повышению качества диагностики обструктивных уропатий возможно использование следующего диагностического алгоритма [4,7]:

Этапы:

1. Прогностический;
2. Диагностический;

Прогностический этап. В прогностический этап ведется оценка и стратификация рисков развития патологии МВС у плода, основанная на сборе анамнестических данных у беременной. Осуществляется на уровне женских консультаций.

Диагностический этап

1. Антенатальный период;
2. Постнатальный период.

Антенатальный период диагностического этапа основан на проведении скринингового УЗИ плода в декларированные сроки (10-14 неделя, 20-24 неделя, 32-34 неделя гестации).

Наибольшее диагностическое значение имеет переднезадний размер лоханки в аксиллярной плоскости в проекции почечной ножки. **Все случаи пренатально выявленного расширения, выходящие за пределы норма-**

тивных значений, классифицируются по группам риска:

1. Группа А1 (низкий риск постнатального формирования обструктивных уропатий).
   16-27 недель - ПЗР 4-7мм; ≥ 28недель - ПЗР 7>10мм.
2. Группа А2-3 (повышенный риск формирования обструктивных уропатий).
   16-27 недель - ПЗР ≥ 7мм; ≥ 28 недель - ПЗР ≥ 10мм.

Постнатальный период диагностического этапа

1 этап. Осуществляется на уровне роддомов (ультразвуковое исследование на 3-5 сутки жизни ребенка, сбор общего анализа мочи);

2 этап. Осуществляется при отсутствии показания для экстренного перевода ребенка в стационар. Проводится амбулаторно на базе многофункционального диагностического центра (ДКМЦ г. Читы) на 14-18 день. (Контрольное ультразвуковое исследование почек с доплерографией почечных сосудов, лабораторные методы исследования, радиоизотопное исследование, регистрация ритма спонтанных мочеиспусканий);

3 этап. Стационарный этап. Осуществляется при расширении собирательной системы почки более 15 мм и расширение мочеточника более 8 мм, сочетающееся с уменьшением толщины паренхимы с нарушением внутриорганного кровотока и при наличии инфекционных осложнений.

Все случаи постнатально выявленного расширения мочевых путей, выходящие за пределы нормативных значений, классифицируются по группам риска:

1. P_1 (низкий риск). Характеризуется значениями ПЗР лоханки в интервале от 10 до 15 мм;
2. P_2 (промежуточный риск). Почечная паренхима должна иметь нормальную толщину и эхоструктуру, мочеточник не должен визуализироваться, не должно выявляться патологических отклонений в анатомии мочевого пузыря. К группе промежуточного риска Р2 относят новорожденных, у которых ПЗР лоханки составляет ≥15 мм, может выявляться расширение больших и малых чашечек, возможна визуализация расширенного мочеточника;
3. P_3 (высокий риск). Характерно наличие уменьшения толщины паренхимы, повышение её эхогенности, нарушение кортико-медулярной дифференцировки. У пациентов группы Р3 возможно выявление утолщения стенки мочевого пузыря, уретероцеле или расширение задней уретры. Пациенты, у которых ПЗР лоханки <15 мм, но выявляются изменения со стороны почечной паренхимы или патология мочевого пузыря, должны быть классифицированы как P_3.

Постнатальная программа обследования новорожденных и детей грудного возраста с антенатально выявленным расширением собирательной системы МВС.

1. **Лабораторная диагностика** (ОАК, ОАМ, определение степени бактериурии с обязательным выполнением антибиотикограммы, БХ крови, при наличии инфекционных осложнений РСТ и СРБ);
2. **УЗИ почек и мочевыделительных путей** в сочетании с доплерографией почечных сосудов (размеры паренхимы в 3-х точках, степень её дифференцировки, состояние ЧЛС, ширина просвета, толщина стенки мочеточника и его перистальтика);
3. **Диуретическая сонография.** После проведения обзорного УЗИ в "В" режиме и фиксации размеров лоханки или мочеточника, ребенку внутримышечно вводится лазикс из расчета 0,5 мг/кг веса ребенка. Затем фиксируются размеры собирательной системы почки через 15, 30, 45 минут после введения препарата. Признаком органической обструкции является увеличение размеров лоханки или мочеточника на 50% и более процентов от первоначального размера;
4. **Рентгенологические методы.** Ретроградная цистоуретерография, экскреторная урография по стандартной методике или в 3D реконструкции (показания: расширение тазового отдела мочеточника по данным УЗИ);
5. **Радиоизотопная сцинтиграфия** с использованием технеция 99 (статическая, динамическая);
6. **Регистрация ритма** спонтанных мочеиспусканий. Выполняется в течение двух суток с определением остаточной мочи по данным УЗИ для оценки эвакуаторной функции мочевого пузыря;
7. **Ретроградная цистоуретероскопия** (диагностическая, лечебная);
8. **Мультиспиральная компьютерная томография** (показания: в случае обструкции ПУС осложненного наличием конкрементов в ЧЛС и при травме гидронефротически-измененной почки);

9. **МРТ** с целью получения анатомической детализации гидронефроза, исследование почечной функции и уродинамики в условиях диуретической нагрузки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айнакулов А.Д., Зоркин С.Н.//Диагностика и лечение обструктивных уропатий у детей/ Дет. хир. - М.: 2012. № 6. С. 23-26.
2. Гуревич А.И., Пыков М.И., Шмиткова Е.В., Николаев С.Н.//Материалы III Российского конгресса "Современные технологии в педиатрии и детской хирургии". - М.: 2003. С. 552-553.
3. Левитская М.В., Меновщикова Л.Б., Голоденко Н.В., Гуревич А.И., Мокрушина О.Г., Юдина Е.В., Шумихин В.С.//Диагностический алгоритм у младенцев с антенатально выявленной пиелоэктазией /Дет. хир. - М.: 2012. № 1. С. 7-11.
4. Левитская М.В., Меновщикова Л.Б., Мокрушина О.Г, Юдина Е.В., Гуревич А.И.//Диагностика и лечение новорожденных и детей раннего возраста с пороками мочевыделительной системы/ Сборник научных трудов, посвященный 100-летию медицинского образования в Пермском крае, 95-летию со дня рождения профессора А.А. Лишке. 2014. С. 127-138.
5. Меновщикова Л.Б., Гуревич А.И., Севергина Э.С., Николаев С.Н.// Материалы II Российского конгресса "Современные технологии в педиатрии и детской хирургии". - М.: 2003. С. 231.
6. Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагностика заболевания почек у детей. - СПб.: 2006.
7. Сизонов В.В.//Диагностика обструкции пиелоуретрального сегмента у детей/ Вестник урологии. - М.: 2016. № 4. С. 56-120.

УДК 616-071: 616.61-002-02:618.3

Жигжитова Е. Б., Балбарова С. Б., Ларева Н.В., Лузина Е.В., Устинова Е.Е., Томина Е.А., Жилина А.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПО МАТЕРИАЛАМ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Введение. Частота встречаемости гестационного пиелонефрита составляет 6-10% [1, 2, 3, 4, 5, 7]. Его возникновению способствуют гормональные изменения, свойственные женщинам в период беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы и т.д.). Под влиянием прогестерона, продуцируемого плацентой, наблюдается расслабление гладкой мускулатуры кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. В результате у беременных наблюдается склонность к запорам и значительное замедление пассажа мочи вследствие расширения и искривления мочеточников, увеличения полости лоханок. Нарушается кровообращение в почках и уродинамика верхних мочевыводящих путей. Таким образом, создается благоприятный фон для распространения инфекции восходящим путем из уретры, мочевого пузыря по субэпителиальному слою ткани в почечные лоханки на фоне нарушения функции мочевого пузыря (увеличение его объема в результате снижения тонуса) [1, 5, 7]. Патологический процесс развивается в интерстициальной ткани почки и завершается ее склерозированием, сдавливанием почечных канальцев, что влечет за собой нарушение концентрационной способности почек. Инфицирование стенки мочеточника нарушает его перистальтику, приводит к стазу мочи. Инфекция в почечных лоханках способствует образованию камней, травмирующих эпителий мочевыводящих путей. Образуется порочный круг - на фоне беременности снижается эвакуация мочи, способствуя развитию инфекции, а инфекция мочевых путей усугубляет стаз и тяжесть патологического процесса [1,3,6,8].

Возбудителями пиелонефрита у беременных часто являются условно-патогенные микроорганизмы.Чаще всего высевается грамотрицательная микрофлора. Наиболее частым

возбудителем является Esherichia coli (80-90%). Также высеиваются и другие микроорганизмы, как грамотрицательные (Proteus, Klebsiella, Enterobacter, Pseudomonas и т.д.), так и грамположительные (Staphylococcus, Enterococcus faecalis и т.д.).

Проблема гестационного пиелонефрита актуальна с позиций современного акушерства, так как чаще всего заболевание проявляется или возникает впервые во время беременности, обусловливая его осложненное течение и высокую заболеваемость новорожденных. Это связано с тем, что нарушение работы почек может привести к нарушению многих жизненно важных функций организма, а беременность, в свою очередь, существенно увеличивает нагрузку на почки. По данным ряда авторов [2, 5, 7], при наличии у матери гестационного пиелонефрита плацентарная недостаточность является основной причиной возникновения преждевременных родов. Кроме того, пиелонефрит повышает риск развития внутриутробной инфекции плода и новорожденного.

Цель исследования. Изучить факторы риска, клинические проявления, лабораторные показатели и течение беременности у женщин с гестационным пиелонефритом.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни женщин, находившихся на лечении в отделении нефрологии ГУЗ "Краевая клиническая больница" Забайкальского края в 2014-2015 годах. В опытную группу были включены 60 женщин с гестационным пиелонефритом, средний возраст которых составил 25,4±6,17 лет.Контрольную группу составили 40 женщин с хроническим пиелонефритом, средний возраст - 29,6±6,50 лет. В обеих группах женщины были с ХБП 1-2 стадии. Полученные результаты обработаны в программе BioStat (версия 4.03, 1998). Статистическую значимость различий между исследуемыми показателями определяли с помощью критерия Стьюдента и хи-квадрат. Статистически значимыми считали значения $P< 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Гестационный пиелонефрит развивался чаще во втором и третьем триместрах беременности, в сравнении с первым (50% и 41,7% vs 8,3%; $P<0,002$). Это связано с анатомо-физиологическими особенностями организма женщин во время беременности, которые приводят к замедлению опорожнения мочевого пузыря. Нарушение уродинамики усиливается по мере роста беременной матки [1, 5, 7].

Общим фактором риска развития пиелонефрита в двух группах была мочекаменная болезнь, наблюдавшаяся в опытной группе у 4-х пациенток, в контрольной группе у 2-х. Другие факторы риска воспалительного процесса в почках выявлены не были.

Проанализировав структуру и частоту клинических проявлений пиелонефрита, мы выделили 2 подгруппы женщин: 1 подгруппа с активной фазой воспаления и 2 подгруппа с неактивной фазой. В опытной группе пациенток с активным воспалением было 66,7%, а в контрольной группе 47,5%. Однако эта разница оказалась статистически незначимой ($P>0,05$).

При гестационном пиелонефрите в активной фазе воспаления наблюдались ноющие боли в поясничной области у 67,5% женщин, общая слабость - у 47,5%, подъем температуры тела до субфебрильных цифр - у 27,5%, учащенное и болезненное мочеиспускание - у 22,5%. Частота встречаемости этих симптомов у небеременных пациенток статистически значимо не отличалась.

Рост микроорганизмов в посевах мочи был обнаружен у 55% пациенток с гестационным пиелонефритом, однако, среди них клинически значимая бактериурия ($\geq$ 105 КОЕ/мл) отмечалась у 36,4% женщин. В 75% случаев микрофлора была представлена грамотрицательными микроорганизмами: Esherichia coli, Enterobacter aerogenes, Acinetobacter spp. и Pseudomonas spp. У женщин с более низким содержанием уропатогенов (< 105 КОЕ/мл) активность воспалительного процесса устанавливалась с учетом клинических и лабораторных данных.

В обеих исследованных группах среднее количество лейкоцитов в общем анализе крови не превышало верхнего референтного предела. Однако у женщин с гестационным пиелонефритом этот показатель был выше, чем в группе небеременных (9,9±3,36 $x10^9$/л и 6,1±1,27 $x\ 10^9$/л соответственно; $P< 0,0001$). Ускорение СОЭ также преобладало у беременных женщин (35,3±14,68 мм/час и 23,2±15,41 мм/час соответственно; $P< 0,0001$).

Лейкоцитурия отмечалась у 34 (56,7%) женщин с гестационным пиелонефритом. Бессимптомная бактериурия в этой группе была выявлена у 6 (10%) пациенток. В контрольной группе лейкоцитурия наблюдалась у 16 (40%) женщин, бессимптомной бактериурии не было.

Течение беременности осложнялось хронической фетоплацентарной недостаточностью у

8 беременных, при этом компенсированная форма наблюдалась у 6 пациенток, а субкомпенсированная форма - у 2 женщин. Другие осложнения беременности у обследованных женщин не выявлялись.

Выводы.

1. Гестационный пиелонефрит чаще развивается во II и III триместрах беременности.
2. Наиболее частыми клиническими проявлениями гестационного и негестационного пиелонефрита являются болевой синдром и слабость, реже встречаются лихорадка и дизурия.
3. В 75% случаев гестационного пиелонефрита выявляются грамотрицательные уропатогены.
4. У беременных женщин с активной фазой пиелонефрита среднее содержание лейкоцитов в крови и ускорение СОЭ выше, чем у небеременных пациенток.
5. Бессимптомная бактериурия выявляется у 10% женщин с гестационным пиелонефритом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Савельева Г.М. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Г.М. Савельева, В.И. Серов, Г.Т. Сухих. - 4-е изд., доп. и перераб. - М. : "Гэотар-Медиа", 2015. - 350 с.
2. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. - М.: Триада-Х, 2003. - 816 с.
3. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В. Кан. - М.: Медицина, 1986. - 488 с.
4. Лопаткин Н.А. Хронический пиелонефрит / Н. А. Лопаткин // Пленум правления Всероссийского общества урологов : конф. - Москва, 1996. - 107-125 с.
5. Орджоникидзе И.И. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих путей / И.И. Орджоникидзе. - М.: Медицина, 2009. - 129 с.
6. Шилова М.Е. Нефрология: учебное пособие для послевузовского образования / М.Е. Шилова. - М.: Гэотар-Медиа, 2008. - 229 с.
7. Минасян А.М. Беременность на фоне хронического пиелонефрита / А.М. Минасян, М.В. Дубровская // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 4, № 8. - С. 22-27.
8. Батюшин М.М. Инфекции мочевых путей. Клиническая нефрология / М.М. Батюшин, П. Е. Повилайтите. - М.: Элиста, 2009. - 424 с.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 618.14:616.13-007

Иозефсон С.А.[1], Чацкис Е.М.[2], Хавень Т.В.[3], Голыгин Е.В.[3], Куклин С.И.[3], Шальнёва Е.В.[3], Ефимцева И.П.[3], Ванчикова С.Б.[3]

АРТЕРИО-ВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ СОСУДОВ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)
[2]Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2, ОАО РЖД (директор - П.В. Громов)
[3]ГУЗ "Краевая клиническая больница" (главный врач - В.А. Шальнёв)

Артерио-венозные мальформации (АВМ), или ангиодисплазии могут располагаться в различных органах, на конечностях, голове и шее, в органах малого таза. АВМ матки - непосредственная коммуникация маточных вен с ветвями артерий разного калибра из бассейнов внутренних подвздошных артерий. Существует два типа АВМ матки: врожденные мальформации и приобретенные (трофобластическая болезнь, аденомиоз и др.). Синонимы АВМ матки: диффузный кавернозный ангиоматоз, ангиодисплазия матки, артериовенозные соустья или шунты, лагуны, варикозная аневризма матки [5, 6, 9, 10, 12].

Артерио-венозная мальформация матки (АВМ) является редким, но потенциально опасным для жизни пациенток состоянием. Артериовенозная аномалия матки представляет собой участок множества шунтов между артериями и венами миометрия, состоящими из диспластичных сосудов с аномальными стенками [4]. Главным и чаще всего единственным симптомом сосудистой аномалии является кровотечение из половых путей различной интенсивности, что зависит от диаметра кровоточащего сосуда [11, 12]. Клинические проявления заболевания зависят от локализации АВМ. В этом аспекте важна близость очага АВМ к полости матки, что приводит к спонтанным маточным кровотечениям и кровотечениям при внутриматочных вмешательствах [9]. Отличительной чертой кровотечений при АВМ матки является отсутствие эффекта от проводимых традиционных консервативных методов лечения, а также тяжесть развивающихся при этом постгеморрагических осложнений, требующих в ряде случаев реанимационных ме-

роприятий [4, 9, 12]. По литературным данным АВМ относят к потенциальным причинам привычного невынашивания беременности [9]. Массивное кровотечение, являющееся состоянием, угрожающим жизни женщины, в ряде случаев приводит к радикальному оперативному лечению и потере детородного органа [3].

Учитывая редкость данной патологии, а также трудности диагностики, мы сочли возможным представить два клинических случая артериио-венозной мальформации сосудов матки во время беременности.

Клинический случай 1. Больная Л., 20 лет, жительница с. Красные речки Красночикойского района Забайкальского края, повторнобеременная, повторнородящая (в анамнезе роды в 2015 г., в 2016 г. без особенностей). Менархе с 13 лет, по 5 дней, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные.

Поступила в гинекологическое отделение ГУЗ ККБ 26.01.2018 г. по направлению из ГУЗ "Красночикойская ЦРБ" с диагнозом: "Солидное образование брюшной полости. Неразвивающаяся беременность? Образование яичника". При поступлении предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота. Последняя менструация 01.09.2017 г. Настоящая беременность 3-я, желанная, на учёте состоит с 14-15 недель (18.12.2017 г.). На второй явке в женскую консультацию (15.01.2018 г.) был выставлен диагноз: "Беременность 20-21 неделя".

24.01.2018 г. прошла обследование на УЗИ в ГУЗ "Петровск-Забайкальская ЦРБ", при этом обнаружено: "На всю брюшную полость визуализируется грушевидное изоэхогенное однородное образование с чёткими ровными контурами, растущее из малого таза (матка? образование яичника?). В верхнем полюсе визуализируется гиперэхогенное образование размерами 81х13 мм, дающее акустическую тень, эхоплотность образования сопоставима с костной тканью (неразвивающийся плод?). Заключение: "УЗ-признаки образования брюшной полости, произрастающее из малого таза. Неразвивающаяся беременность? Образование яичника?".

Пациентка направлена на МСКТ брюшной полости, которое было проведено 24.01.2018 г. Заключение: "Солидное образование брюшной полости, произрастающее вероятно из матки".

Направлена на госпитализацию в ГУЗ ККБ в гинекологическое отделение.

При поступлении в ГУЗ ККБ проведено УЗИ малого таза: "В проекции матки определяется овальной формы пониженной эхогенности образование 216х113х180 мм (объём 2321 мл), неоднородной структуры за счёт единичных анэхогенных включений округлой формы, наибольший размерами 16х13 мм и компонента умеренно повышенной эхогенности, расположенного пристеночно ближе к шейке матки - неправильной формы толщиной 30 мм. В околопупочной области визуализируется эмбрион - сердцебиение и двигательная активность не определяются, костные структуры деформированы, окружность головы 76 мм (13 недель 1 день), длина бедра 15 мм (14 недель 2 дня). Яичники не визуализируются. Шейка матки 37х36 мм. Цервикальный канал не расширен. Свободной жидкости в малом тазу нет". Заключение: "Неразвивающаяся беременность на сроке 13-14 недель. Образование хориона? Отёк плаценты?".

Данные объективного осмотра: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. ЧСС - 74 в 1 мин., АД 110/70 мм рт. ст., ЧДД 16 в 1 мин. По органам и системам без патологии. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, увеличен за счёт беременной матки. При специальном гинекологическом обследовании: влагалище свободное, шейка матки сформирована, визуально не изменена. Матка увеличена до 20 недель, плотная, чувствительная при пальпации. Придатки не пальпируются, своды свободные, выделения слизистые. Выставлен диагноз: "Неразвивающаяся беременность на сроке 13-14 недель. Опухоль малого таза".

Назначено обследование, подготовка к медикаментозному завершению беременности.

28.01.2018 г. в 01 час 25 мин. пациентка предъявила жалобы на кровянистые выделения из половых путей. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрическая, длиной 2,0-2,5 см, цервикальный канал проходим для 3 см. В цервикальном канале элементы плацентарной ткани. Матка в тонусе, увеличена до 13-14 недель, из дна матки пальпируется образование плотной консистенции, безболезненное размерами до 20 см. Выделения кровянистые, обильные. Диагноз: "Неразвивающаяся беременность на сроке 13-14 недель. Образование малого таза. Миома матки? Кровотечение".

Произведена катетеризация 2-х периферических вен. Под внутривенным наркозом произведена операция: "Инструментальная ревизия полости матки". Удалены плацентарная ткань (30х30 см, толстая, отечная), сгустки

крови, соскоб направлен на гистологическое исследование. Кровопотеря за время операции составила 1500 мл. На фоне проводимой консервативной терапии (окситоцин 10 ЕД 2,0 в/м, NaCl 0,9%-500,0 в/в; транексамовая кислота 1000 мг в/в; гелофузин 1000,0 в/в) продолжается гипотоническое маточное кровотечение. Пациентка переведена в отделение общей реанимации. Начата трансфузия СЗП в объеме 800 мл, эритроцитарной массы в объеме 1500 мл.

В 05 час 00 мин 28.01.2018 г. с продолжающимся гипотоническим кровотечением пациентка взята в операционную. Произведена нижнесрединная лапаротомия. Интраоперационно: в брюшной полости серозный выпот до 200 мл. Матка увеличена до 14-15 недель, бледная, мягкая, неправильной формы. Придатки без особенностей. Произведена экстирпация матки без придатков, перевязка внутренних подвздошных артерий, дренирование брюшной полости. Кровопотеря 500 мл. Диагноз после операции: "Неразвивающаяся беременность на сроке 13-14 недель. Хронический эндометрит. Гипотоническое кровотечение от 28.01.2018 г. ДВС-синдром. Геморрагический шок II ст. Экстирпация матки. Перевязка внутренних подвздошных артерий. Дренирование брюшной полости".

В послеоперационном периоде отмечалась постгеморрагическая анемия тяжёлой степени (Hb - 64 г/л), пациентка 4 дня находилась в ОРИТ, где проводилась инфузионная, противовоспалительная, антианемическая терапия.

Выписана пациентка в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции. Гемоглобин при выписке составил 113 г/л.

Результат гистологического исследования: в стенке матки определяются множественные очаги скопления многочисленных, местами анастомозирующих между собой сосудов различного калибра, диаметра и строения. Среди них встречаются сосуды артериального типа с утолщенной несколько фиброзированной интимой, основную массу составляют диспластически развитые анастомозирующие между собой сосуды венозного типа, местами с очень тонкими стенками, резко расширенными и тромбированными сосудами. Эндометрий в пределах исследованных фрагментов гистологически не определяется за счет массивного кровоизлияния с формированием внутриматочной гематомы. Миометрий с неравномерной гипертрофией мышечных волокон, неравномерным интрамуральным и периваскулярным разрастанием соединительной ткани, выраженным отеком и очаговыми кровоизлияниями, наличие большого количества диспластически развитых, анастомозирующих, разнокалиберных, местами тромбированных сосудов. Гистологическое заключение: Множественные очаги артерио-венозной мальформации сосудов матки (сосудистая дисплазия).

Код по МКБ-10 - I77.3 (Мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий).

Клинический случай 2. Пациентка М., 36 лет, жительница г. Чита поступила в отделение оперативной гинекологии ГУЗ "ККБ" 23.04.2018 г. с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота. Беременность 6-я, родов - двое: 2001 г. кесарево сечение (клинически узкий таз), 2006 г. - кесарево сечение по поводу рубца на матке, 3 медицинских аборта на малых сроках с выскабливанием полости матки. Данная беременность шестая, желанная. Последняя менструация 25.02.2018 г. 20.04.2018 г. появились кровянистые выделения из половых путей. Сделала УЗИ в ГУЗ ККБ (23.04.2018 г.) - Заключение: "Признаки неразвивающейся беременности, срок 6 недель. Интерстицио-субсерозная миома матки". Пациентка в тот день ещё дважды сделала УЗИ, сомневаясь в диагнозе "неразвивающаяся беременность".

УЗИ в ГУЗ ЗКПЦ на аппарате "Voluson 730 Expert" - Заключение: "Эктопическая беременность 8-9 недель (беременность в послеоперационном рубце). Анэмбриония. Интерстициальный узел задней стенки матки".

УЗИ в Дорожной клинической больнице на ст. Чита-2 ОАО РЖД на аппарате экспертного класса "Toshiba Aplio 500" (врач УЗИ высшей категории Чацкис Е.М.) - "…к области послеоперационного рубца интимно прилежит плодное яйцо, определяется выраженный разнонаправленный кровоток, миометрий значительно истончён, убедительно не определяется. Заключение: "Анэмбриония на сроке 12 недель (по менструации). Ультразвуковые признаки мальформации сосудов в области послеоперационного рубца. Не исключается врастание хориона в области рубца. УЗ признаки интерстицио-субсерозной миомы матки" (рис. 1).

При поступлении общее состояние удовлетворительное. По органам и системам без особенностей. При бимануальном влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка матки сформирована, цервикальный канал закрыт. Матка увеличена до 9 недель беременности, мягковатая, безболезненная при пальпа-

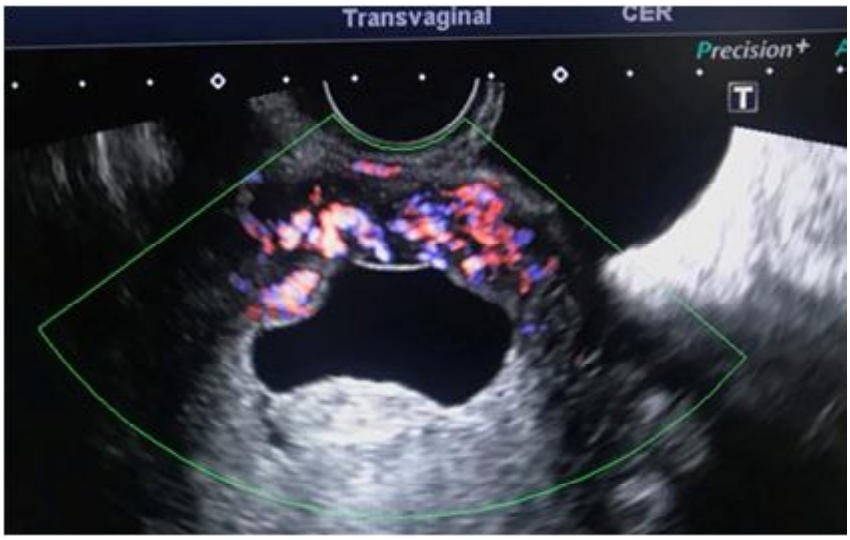


Рис. 1. Вращение хориона и мальформация сосудов матки
(Трансвагинальное УЗИ на аппарате экспертного класса "Toshiba Aplio 500")

ции. Придатки не пальпируются. Выделения кровянистые умеренные. Проведен консилиум, выставлен диагноз: "Неразвивающаяся беременность на сроке 9-10 недель. ОАА. Рубец на матке. Врастание ворсин хориона в область послеоперационного рубца. Мальформация сосудов матки? Интерстицио-субсерозная миома матки. Хронический эндометрит, обострение". Решение консилиума: показано оперативное лечение в объёме экстирпации матки.

24.04.2018 г. Операция: Лапаротомия по Пфаненштилю. Экстирпация матки. Дренирование брюшной полости. Интраоперационно: матка увеличена до 9-10 недель беременности, мягкая. По передней стенке в области перешейка имеется деформация в виде "грыжевого мешка" размерами 5,0x4,0 см с истончением мышцы матки. Макропрепарат: экстирпированная матка. По правой боковой стенке определяется интерстицио-субсерозный миоматозный узел 2,0x3,0 см плотной консистенции. По передней стенке матки в области перешейка имеется истончение мышцы в виде "грыжевого мешка" размерами 5,0x4,0 см. На разрезе в области перешейка плодное яйцо, соответствующее 9-10 неделям. Ворсины хориона плотно проникают в мышцу передней стенки матки, механически отслоить хорион от стенки матки не представляется возможным. Истончение передней стенки матки до 1 мм.

Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии на 12 сутки.

Результат гистологического заключения: в зоне плацентации - нижний сегмент, частично с переходом на внутренний зев отмечаются участки атрофичного эндометрия с наличием плотного прикрепления плацентарной ткани, истончение базальной децидуальной пластинки, отсутствием фибриноида, очагами с наличием "бухтообразных врастаний" ворсин хориона в первые пучки миометрия; пенетрирующие ворсинки с выраженными дистрофическими изменениями, фиброзированные, строма аваскуляризированная, часть - некротизированные (placenta acreta vera). Часть сосудов паретически расширены, местами тромбированы (флеботромбозы), часть запустевшие, спавшиеся, очаговые кровоизлияния. В отдельных относительно сохранных ворсинках отмечаются единичные центрально расположенные сосуды с утолщённой стенкой, эритроцитами в просветах, наличием стромальных каналов. Среди анастомозирующих между собой сосудов различного калибра, диаметра и строения встречаются сосуды артериального типа с утолщенной несколько фиброзированной интимой, основную массу составляют диспластически развитые анастомозирующие между собой сосуды венозного типа, местами с очень тонкими стенками, резко расширенными и тромбированными сосудами. Гистологическое заключение: Множественные очаги артерио-венозной мальформации сосудов матки (сосудистая дисплазия).

Диагноз: Истинное вращение (placenta acreta vera) с пенетрацией первых пучков миометрия на фоне очаговой атрофии эндометрия в месте плацентации с острыми нарушениями кровообращения в области плацентарной площадки, флеботромбозами. Замершая беременность на сроке 8-9 недель (по клиническим и морфологическим данным). Не исключена низкая плацен-

тация. Гистопатические изменения миометрия. Хронический продуктивный эндометрит. Множественные леомиомы тела матки субсерозной и интрамуральной локализации. Аденомиоз тела матки 1 степени. Хронический цервицит.

Код по МКБ-10 - 044.1 (Предлежание плаценты с кровотечением).

Код по МКБ 10 - О02.1 (Несостоявшийся выкидыш).

Код по МКБ-10 - I77.3 (Мышечная и соединительнотканная дисплазия артерий).

При беременности спектр возможных диагностических исследований ограничен, и ведущим методом диагностики является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое достаточно информативно при АВМ. Характерные ультразвуковые признаки в В-режиме: в толще миометрия четко отграниченный патологический очаг гетерогенной эхоструктуры с анэхогенными включениями и гиперэхогенными тонкими перегодками, что и представляет собой аномальное сосудистое образование, как правило, сообщающееся с полостью матки. При цветовом допплеровском картировании (ЦДК) определяется гиперваскуляризация очага с мозаичным окрашиванием, что указывает на турбулентный характер кровотока [2]. При импульсно-волновой допплерографии спектральный анализ кривой в сосудах характеризуется высокой скоростью кровотока во время диастолы и низким периферическим сосудистым сопротивлением [2, 7].

Приведенные клинические случаи показывают, насколько трудна диагностика АВМ матки, особенно во время беременности. В первом клиническом случае, несмотря на проведенные дополнительные методы исследование в виде УЗИ, МСКТ малого таза, выставлялись разные диагнозы - "образование яичника, солидное образование брюшной полости, образование брюшной полости, произрастающее из малого таза, солидное образование брюшной полости, произрастающее вероятно из матки, образование хориона, отёк плаценты". Отсутствие чёткого диагноза АВМ привело к тому, что даже в стационаре III уровня пациентке было проведено оперативное лечение с опозданием, что привело к массивной кровопотере.

Во втором клиническом случае диагноз "артерио-венозная мальформация сосудов матки" был выставлен на догоспитальном этапе при ультразвуковом исследовании на аппарате экспертного класса. В результате чего пациентке в плановом порядке было проведено своевременное оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Деменюк Ю.А. Ультразвуковая диагностика артерио-венозной мальформации матки. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2010; 2: 94-7.
2. Зыкин Б.И., Медведев М.В., ред. Допплерография в гинекологии. М.: РАВУЗДПГ, Реальное время; 2000. 152 с.
3. Мирович Е.Д., Шемякова М.А., Талалаенко Ю.А., Чуриков Н.А. Перспективы органосохраняющего лечения артериовенозной аномалии матки. / Таврический медико-биологический вестник. 2011; 14.
4. Митьков В.В., Медведев М.В., ред. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. т. 3. М.: Видар-М; 1997. 320 с.
5. Орехова Е.В., Семёнов Ю.А., Шумаков Ю.А., Шумаков С.Ю. Ультразвуковая диагностика артерио-венозной мальформации матки: анализ собственного опыта. В кн.: Информационные технологии в радиологии. Всероссийская научно-практической конференции. 26 апреля. Челябинск; 2013: 44-5.
6. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. М.: Видар-М; 2013. 564 с.
7. Федорова Е.В., Липман А.Д. Применение цветового допплеровского картирования и допплерометрии в гинекологии. М.: Видар-М; 2002. 104 с.
8. Ультразвуковая гинекология: курс лекций: в двух частях / М.Н. Буланов. - 4-е изд. - Москва: Издательский дом Видар-М, 2017. - 560 с.
9. Arredondo-Soberon F., Loret de Mola J.R., Shlansky-Goldberg R., Tureck R.W. Uterine arteriovenous malformation in a patient with recurrent pregnancy loss and a bicornuate uterus. A case report. // J. Reprod. Med. 2010; 42(4): 239-43.
10. Hoffman M.K., Meilstrup J.W., Shackelford D.P., Kaminski P.F.// Arteriovenous malformations of the uterus: an uncommon cause of vaginal bleeding. Obstet. Gynecol. Surv. 1997; 52(12): 736-40.
11. Su Y.N., Shih J.C., Chiu W.H., Lee C.N., Cheng W.F., Hsieh F.J. Cervical pregnancy: assessment with three-dimensional power Doppler imaging and successful management with selective uterine artery embolization. Ultrasound Obstet. Gynecol. 1999; 14(4): 284-7.
12. Valenzano M., Foglia G., Tedeschi C., Paoletti R., Fulcheri E. Color Doppler sonography of uterine arteriovenous malformation. // J. Clin. Ultrasound. 2000; 28(3): 146-9.

УДК: 616.16 - 002.4.

Малов В.И., Устинова Е.Е., Ларева Н.В., Батурина Е.Г., Сорокина Л.А, Елина Т.В.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ВАСКУЛИТА - МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА

ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)

Микроскопический полиангиит относится к группе некротизирующих системных васкулитов, ассоциированных с появлением аутоантител к ферментам гранул цитоплазмы нейтрофилов (АНЦА). К числу АНЦА-ассоциированных васкулитов относятся: микроскопический полиангиит (МПА), гранулематоз с полиангиитом (гранулематоз Вегенера) и эозинофильный гранулематозный полиангиит (синдром Черджа-Стросс). Клинические проявления МПА разнообразны, но наиболее часто поражаются почки и легкие [1]. В большинстве случаев заболевание имеет острое начало и агрессивное течение. Гломерулонефрит может развиться в дебюте заболевания, либо появиться в последующие обострения его.

Проявляется бессимптомным мочевым синдромом (протеинурия, микрогематурия), нефротическим, остронефритическим, но чаще развивается быстропрогрессирующий гломерулонефрит (БПГН), наблюдаемый в 40-50% случаев [7]. Основным его проявлением является быстрое падение функции почек. Темпы ухудшения функции почек высоки: креатинин нарастает в крови в 2 и более раз каждые 3 месяца [4]. Терминальная почечная недостаточность без лечения появляется уже в течение первого года болезни. При естественном течении процесса прогноз для пациентов неблагоприятный. В случае диагностики данного заболевания, оно всегда рассматривается как ургентное состояние [2, 5, 6].

Проведение нефробиопсии важно не только для верификации заболевания, но и оценки прогноза. Морфологически наблюдается тяжелое диффузное поражение клубочков с экстракапиллярной пролиферацией, формированием в 60-90% гломерул полулуний и отсутствием иммунных депозитов в почке. Пролиферация происходит на основе макрофагального механизма (в полость капсулы попадают макрофаги, секретирующие фибрин) или в результате запуска иммунными комплексами системы комплемент-нейтрофил, что способствует выпадению в полость капсулы клубочка фибрина [6, 10]. Образующиеся "полулуния" сдавливают клубочки и приводят к падению клубочковой фильтрации. Имеют место также фибриноидный некроз сосудистых петель клубочков и тяжелая дистрофия эпителия извитых канальцев [9].

В лёгких у 35-70% больных с МПА развивается некротизирующий альвеолит, имеющий на рентгенограммах вид инфильтратов. Клинически поражение имеет тяжелые проявления. В половине случаев возникает легочное кровотечение. Оно может возникать внезапно и быть единственным клиническим проявлением заболевания. Патология верхних дыхательных путей обусловлена развитием атрофического или некротического ринита (у 30-70% пациентов), синусита, среднего отита (10-30%). 70% пациентов имеют поражения кожи в виде язвенно-геморрагических или уртикарных высыпаний преимущественно на конечностях. У 30% больных возможно развитие склерита и эписклерита, мононеврита. Еще реже встречаются боли в животе, диарея, кровотечения вследствие развития ишемических язв желудка и кишечника. Следует отметить возможность отсутствия параллелизма между выраженностью изменений в органах и скудностью клинической симптоматики.

Диагностика АНЦА-васкулита базируется на выявлении патогномоничных симптомов. Однако, в то время как для гранулематоза с полиангиитом и эозинофильного гранулематоза с полиангиитом имеются клинические диагностические критерии, для МПА такие критерии не разработаны.

Первым этапом диагностики БПГН является исключение других заболеваний, сопровождающихся быстропрогрессирующей почечной недостаточностью: истинной склеродермической почки, острого тубулоинтерстициального нефрита, апостематозного нефрита, острого канальцевого и кортикального некроза, тромбоза почечных вен, гемолитико-уремического синдрома, злокачественной гипертонической болезни [3, 8].

На втором этапе дифференцируют первичный и вторичный варианты БПГН. Важное значение в диагностике придают иммунологическим тестам - выявлению циркулирующих антител к цитоплазме нейтрофилов. Определяют антитела двумя методами: непрямой иммунофлюоресценции и иммуноферментного анали-

за с выявлением специфичности к протеиназе-3 (ПР-3) и миелопероксидазе (МПО). АНЦА с цитоплазматическим типом свечения (цАНЦА) - антитела к ПР-3 - более свойственны для гранулематозного полиангиита. АНЦА с перинуклеарным свечением (пАНЦА) чаще обнаруживают при эозинофильном гранулематозном полиангиите. При МПА с одинаковой частотой обнаруживают оба типа антител.

В лечении БПГН-ассоциированного с МПАП используются стандартные схемы глюкокортикостероидов и циклофосфамида (ЦФ), которые позволяют достичь ремиссии у 75-95% больных [1, 2, 4]. Однако, у 1/3 больных она неполная. У 10% пациентов наблюдается рефрактерность к ЦФ [7]. У 45-65% отмечается возникновение рецидивов заболевания, что заставляет проводить иммуносупрессивную терапию длительный период времени. Это вызывает развитие ряда серьёзных побочных эффектов. Вовлечение почек при микроскопическом полиангиите является фактором неблагоприятного прогноза для больного. Поэтому необходима как можно ранняя и адекватная иммуносупрессивная терапия.

Представляется следующее наблюдение. Больной А., 39 лет, житель районного центра, по профессии взрывник. В анамнезе многолетний стаж курения, ежегодные респираторные инфекции. В 2014 году он успешно оперирован по поводу катаракты правого глаза. 6 лет назад диагностирован хронический вирусный гепатит С, активно наблюдался инфекционистом.

Настоящее заболевание дебютировало за 8 месяцев до госпитализации эпизодами безболевой макрогематурии. В феврале 2017 года в связи с очередным эпизодом гематурии он обратился к урологу. Опухоль, мочекаменная болезнь, патология простаты были исключены. Так как самочувствие больного не страдало, пациент продолжал работать. В середине августа он перенес ОРВИ, осложнившуюся левосторонней пневмонией, в связи с чем был госпитализирован в стационар по месту жительства.

На фоне антибактериальной терапии пневмония разрешилась, но рецидивировала макрогематурия и развилось острое почечное повреждение (креатинин крови составил 1300 мкмоль/л, мочевина - 30 ммоль/л). Hb снизился до 97 г/л. В течение трех недель проводились сеансы гемодиализа. В связи с сохранением мочевого синдрома и почечной недостаточности 19.09.17 пациент был переведен в отделение нефрологии Краевой клинической больницы города Читы. При поступлении он жаловался на повышение температуры по вечерам до $37{,}6^0$, слабость, плохой сон.

При объективном обследовании установлено: ИМТ 30 кг/м^2, бледные кожа и слизистые; отеки отсутствовали. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. ЧДД 16 в мин. ЧСС 70 в мин., тоны сердца ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, печень, селезенка не увеличены, почки не пальпировались. Диурез 400 мл/сут без стимуляции. В о/а крови: Hb 89 г/л, MCV 87 fl, MCH 29 pg; L $9{,}9\times10^9$/л, T 204×10^9/л, СОЭ 74 мм/час. О/а мочи: белок 1,66 г/л (суточная потеря 7-9 г), эритроцитов большое количество, зернистые цилиндры 3-4 в поле зрения.

Биохимические показатели крови: креатинин 484 мкмоль/л, мочевина 17.0 ммоль/л, общий белок 61,4 г/л, альбумины 42,7% (25,6 г/л), α_1 7,4%, α_2 18,3%, β 13,0%, γ 18,4%. A/G 0,75; общий ХС 6,37 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,28 ммоль/л, ХС ЛПНП 5.1 ммоль/л, индекс атерогенности 3,9 ед.; билирубин общ. 8,6 мкмоль/л, глюкоза 4,4 ммоль/л, АЛТ 10 ед, АСТ 25 ед, ГГТП 24 ед, ЩФ 66 ед, железо сыворотки 1,5 мкмоль/л, P 2,33 ммоль/л, Ca^{++} 2,41 ммоль/л, ПТГ 37,6 пг/мл (N 12-88); K^+ 4,2 ммоль/л, Na^+ 140 ммоль/л, дефицит буферных оснований - 4,1 ммоль/л, осмоляльность плазмы 283 ммоль/кг, фибриноген 1265 мг/дл, МНО 1,13, АЧТВ 50,4 с.

При ультразвуковом исследовании размеры почек были нормальными, отмечались диффузные изменения паренхимы. ЭхоКГ выявила умеренную гипертрофию миокарда левого желудочка. ЭКГ: синусовый ритм. Рентгенография легких подтвердила остаточные изменения перенесенной левосторонней пневмонии. Посевы мочи и крови роста микрофлоры не выявили. Исключены туберкулез мочеполовой системы, ВИЧ-инфекция. Выявлен положительный тест а/ВГС (cor+, NS3+, NS4+, NS5-). Инфекционистом подтвержден диагноз ХВГ С минимальной активности.

Учитывая быструю потерю функции почек, наличие нефротического синдрома, был предположен диагноз быстропрогрессирующего гломерулонефрита. 27.09.17 года сделана нефробиопсия. Гистологическое изучение проведено в "Национальном центре клинической морфологической диагностики" города Санкт-Петербурга.

Светооптическое исследование было выполнено на парафиновых срезах с использо-

ванием гематоксилин-эозина, PAS-реакции, трихром по Массону, импрегнации солями серебра по Джонсу. Получено 20 клубочков. Они значительно увеличены. Гломерулярная базальная мембрана не изменена. **Во всех клубочках** выявлены преимущественно **клеточные полулуния** (16). В 4 - **фиброзные**. В интерстиции умеренно выраженное воспаление, тотальное острое повреждение эпителия канальцев. Стенки артериол и артерий мелкого калибра резко утолщены за счет гипертрофии мышечного слоя.

Иммунофлюоресцентное исследование с использованием FITC-коньюгированных антител к человеческим IgA, IgG, IgM, C1q, C3, легким цепям kappa и lambda **дало отрицательный результат со всеми реагентами.**

Гистологическая картина позволила установить наличие pauci-иммунного (не иммунного) полулунного нефрита с преимущественно клеточными полулуниями, умеренным тубуло-интерстициальным воспалением, тотальным острым канальцевым некрозом, выраженным артериолосклерозом.

Скрининговое серологическое исследование (непрямая реакция иммунофлюоресценции) определило наличие перинуклеарных антител (пАНЦА) Ig G, в титре 1:320 (N $\leq$ 1:40). В подтверждающем тесте на наличие антител к ПР-3 и МПО диагностировано повышение последних до 80 (N $\leq$ 20). Антител к гломерулярной базальной мембране не выявлено.

Наличие тяжелого легочно-почечного синдрома, данные нефробиопсии, результаты иммунологических исследований позволили диагностировать АНЦА-ассоциированный васкулит (микроскопический полиангиит): БПГН с нефротическим синдромом, АГ, острым почечным повреждением III ст. от 21.08.2017; васкулит сосудов легких, с формированием полости распада и очагами воспаления в нижней доле правого легкого от декабря 2017. ДН I степени.

Начата индукционная пульс-терапия метилпреднизолоном (2 г) и циклофосфамидом. Пульсы ЦФ в дозе 0,5 г повторялись каждые 2, затем 3 недели. Продолжалась терапия преднизолоном (60 мг/сут.), статинами, антикоагулянтами, сартанами, антибиотиками. После второго пульса Цф нормализовался гемоглобин, уменьшились суточная потеря белка (4 г) и выраженность гематурии, снизилась СОЭ до 20 мм/час. СКФ стабилизировалась на цифрах 72-80 мл/мин. В середине декабря на фоне продолжающейся терапии у пациента появилась экстраренальная симптоматика: умеренная одышка при ходьбе, потливость, слабость. Он был госпитализирован для очередного введения цитостатика.

Рентгенологически выявлена обширная инфильтрация в верхней доле правого легкого. Сохранялись микрогематурия, субнефротическая протеинурия. Несмотря на адекватную антибактериальную терапию, инфильтрация в легком продолжала распространяться. При КТ выявлены фокусы воспаления в верхней и нижней долях правого легкого и полость распада диаметром 3 см. Обращала внимание скупость клинических проявлений патологии легких: небольшая одышка при ходьбе, покашливание, скудная мокрота, отсутствие фебрильной лихорадки. Появление этой симптоматики на фоне иммунодефицита потребовало исключения инфекции (абсцедирующей пневмонии, туберкулезного процесса, аспергиллеза) и опухоли легкого. Введение ЦФ было отсрочено. Проведена фибробронхоскопия с исследованием бронхоальвеолярного секрета на микобактерий, атипичные клетки, грибы. После исключения вышеуказанных заболеваний изменения в легких связали с текущим АНЦА-васкулитом. В середине января 2018 г. возобновлена пульс-терапия метилпреднизолоном (3 г), а доза ЦФ увеличена до 1000 мг. Пульсы повторялись каждые 3 недели.

Спустя 2 месяца усиленной терапии полость в легком исчезла, инфильтрация уменьшилась, суточная потеря белка составила 2,7 г, СКФ повысилась до 90 мл/мин, СОЭ 24 мм/час. Положительная динамика заболевания позволила начать медленное снижение дозы глюкокортикоидов. К 20.05.18 введено 6 г циклофосфана. При контрольной КТ в правом легком определяется участок фиброза, подчеркнутость междолевой плевры. Нефротический синдром купирован, сохраняется минимальная протеинурия. Гематурии нет, функция почек нормальная.

Представленное наблюдение демонстрирует тяжесть, быстроту развития легочно-почечного синдрома и скупость клинических проявлений воспаления при микроскопическом полиангиите. Проведение широкой дифференциальной диагностики с синдромно-схожими заболеваниями затягивало диагностический процесс и усложняло лечение системного васкулита. Лишь усиление иммуносупрессии позволило получить положительный результат. В настоящее время терапия продолжается.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бекетова Т.В. Современные представления о классификации и лечении системных васкулитов, ассоциированных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами: итоги 2011 г. / Т.В. Бекетова, Е.Л. Насонов // Терапевтический архив. - 2012. - № 5. - С. 68-74.
2. Брашнов Д.Г. Болезни почек. Профилактика, диагностика, лечение: научное издание / Д.Г. Брашнов. - Ростов н/Д. : Феникс, 2013. - 187 с.
3. Бун Н.А. Нефрология. Ревматология: пер. с англ. / Н.А. Бун и др. ; под ред. Н.А. Мухина. - М. : Рид Элсивер, 2010. - 240 с.
4. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит при АНЦА-ассоциированных васкулитах: течение, эффективность лечения, прогноз / Н.А. Томилина и др. //Терапевтический архив. - 2008.- № 6. - С. 15-24.
5. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит, люминесцентная микроскопия / Кумар В., Аббас А.К., Фаусто Н., Астер Дж.К.- Основы патологии заболеваний по Роббинсу и Котрану. Том 2. - С. 1045-1047.
6. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит (БГН) Электронный ресурс . - Режим доступа: http://med-info.ru/content/view/466 (21 янв. 2014).
7. Нефрология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Н.А. Мухина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 597 с.
8. Чиркин А.А. Диагностика быстропрогрессирующего гломерулонефрита Электронный ресурс . - Режим доступа: http://www.moskvamed.ru/view_art.php?art=12&page=30.
9. Шилов Е.М. Национальные рекомендации. Диагностика и лечение быстропрогрессирующего гломерулонефрита (экстракапиллярного гломерулонефрита с полулуниями) / Е.М. Шилов, Н.Л. Козловская, Ю.В. Коротчаева. - Москва, 2014. - 23 с.
10. Luqmani R.A. Nomenclayure and classification of vasculitis - update on the ACR/EULAR Diagnosis and Classication of Vasculitis Study (DCVAS) / R.A. Luqmani et al. // Clin. Exp. Immunol.. - 2011. - V. 164, Suppl. 1. - P. 11-13.

УДК 616.155.294 - 053.37

Максимова О.Г., Петрухина И.И., Мацеха Е.П., Кряжева О.И., Степанова Н.В., Матвеева О.А.

СИНДРОМ ФИШЕРА-ЭВАНСА У РЕБЁНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)
ГУЗ "Забайкальский краевой онкологический диспансер" (главный врач - М.Г. Пимкин)

Синдром Фишера-Эванса (СФЭ) - аутоиммунное заболевание, характеризующееся сочетанием иммунной тромбоцитопении (ИТП) и аутоиммунной гемолитической анемии (АИГА), которые могут развиться одновременно или последовательно; иногда СФЭ сочетается с иммунной нейтропенией. Впервые заболевание описано Джорджем Фишером в 1947 году, а затем в 1951 году - Робертом Эвансом. [1, 2].

СФЭ - редкое заболевание, диагностируемое по современным данным у 0,8 - 3,7% всех пациентов с впервые выявленной ИТП или АИГА [3]. По данным педиатрического регистра средний возраст к моменту заболевания составлял 5,4 года (0,2-17 лет). Среди детей младшего возраста преобладали мальчики, старшего - девочки. В 22% случаев больные имели одного или более родственников с какими-либо аутоиммунными заболеваниями [3]. У большинства пациентов (до 82%) СФЭ сочетался с другими системными заболеваниями: экземой, инсулинозависимым сахарным диабетом, аутоиммунным гепатитом или нефритом и др. [7, 8].

Патофизиология. СФЭ развивается в результате иммунной дизрегуляции организма. Пусковой механизм нарушения толерантности иммунной системы к собственным антигенам не ясен. У детей вероятными триггерами могут быть инфекции или вакцинация. Ведущая роль в патогенезе СФЭ принадлежит В-лимфоцитам и плазматическим клеткам, продуцирующим аутоантитела, направленным против тромбоцитов и эритроцитов [1, 4. 7]. Механизм развития тромбоцитопении связан с выработкой антитромбоцитарных антител (иммуноглобулинов класса G), направленных против антигенов мембраны тромбоцитов - gpIIb - IIIa и gpIb и их комбинации. Антитромбоцитарные антитела опсонизируют тромбоциты, что приводит к их разрушению макрофагами, преимущественно в селезёнке. Иммунная деструкция эритроцитов в большинстве случаев развивается вследствие фиксации аутореактивных

иммуноглобулинов класса G, активированных при 37^0C (тепловые антитела) на поверхности мембраны эритроцитов, что приводит к внесосудистому гемолизу. Реже развивается внутрисосудистый гемолиз с участием иммуноглобулинов класса A и M, разрушающих эритроциты опосредованно через каскад компонентов комплемента при низкой температуре (холодовые антитела). В некоторых случаях оба механизма могут сочетаться. Развитие нейтропении связано также с образованием антинейтрофильных антител.

В настоящее время стало известно, что патогенез СФЭ, как и других аутоиммунных заболеваний, более сложный. Так, при обследовании детей с СФЭ выявлено персистирующее повышение Т4 (хелперов), снижение Т8 (супрессров) и значительное повышение Т4/Т8 в сравнении с контролем у пациентов, страдающих хронической ИТП [1, 2]. У пациентов с СФЭ обнаруживают также повышение продукции ИЛ10 и ИНФ-γ, являющиеся активаторами В-клеток. Однако эти изменения неспецифичны и выявляются при других аутоиммунных состояниях и вирусных инфекциях.

СФЭ может ассоциироваться со многими инфекционными, аутоиммунными и лимфопролиферативными заболеваниями (вторичный СФЭ): Эпштейн-Барр вирусной, цитомегаловирусной, вирусом иммунодефицита, гепатитом С, парвовирусом, варицелла-зостер вирусом, микоплазменной инфекцией, туберкулёзом, иммунодефицитными состояниями, ревматоидными и злокачественными заболеваниями [4].

Клинические проявления СФЭ обусловлены тромбоцитопенией и гемолитической анемией [2, 5]:

- петехиально пятнистый тип кровоточивости (полиморфная геморрагическая сыпь, спонтанные кровотечения со слизистых оболочек);
- слабость, бледность, сонливость, желтуха.

Симптомы заболевания могут проявиться остро или постепенно; у половины пациентов в дебюте заболевания развиваются анемия и/или тромбоцитопения тяжёлой степени. У части больных описывают увеличение лимфатических узлов, печени и/или селезёнки, которые могут быть постоянными или проявляться в периоды обострения болезни. Развитие нейтропении встречается в 14,7-55% случаев, панцитопении - в 6-14%. У пациентов с нейтропенией могут развиться мукозиты, повторные инфекции верхних дыхательных путей, диарея и более тяжёлые бактериальные инфекции, включая сепсис [2, 3, 7-10].

Лабораторная диагностика.

1. В гемограмме выявляется анемия, тромбоцитопения ± нейтропения. При морфологическом исследовании крови могут обнаруживаться аномальные формы эритроцитов, агглютинация эритроцитов по типу "монетных столбиков".
2. В биохимическом анализе сыворотки крови определяется повышение ЛДГ, неконъюгированного билирубина, снижение гаптоглобина.
3. При проведении прямой и непрямой проб Кумбса реакция может оказаться положительной, слабо положительной и даже отрицательной (в 10%) [2, 5, 6, 11].

В связи с тем, что СФЭ - диагноз исключения, в круг дифференциальной диагностики включают другие иммунные цитопении, системную красную волчанку, иммунодефицитные состояния, врождённые и приобретённые гемолитические анемии, пароксизмальную ночную гемоглобинурию, тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру, гемолитико-уремический синдром. В таблице 1 представлен ориентировочный план обследования пациента с СФЭ [2, 4].

Таблица 1

Обследования, необходимые при синдроме Фишера-Эванса

Гематологические и биохимические исследования	Общий анализ крови Ретикулоциты Шизоциты Гематологические индексы: ЛДГ, гаптоглобин, билирубин Прямая и непрямая проба Кумбса Биохимический анализ крови: мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, ГГБ, ЦРБ Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, Д-димер Витамин B_{12} Миелограмма
Инфекционный скрининг	*ВИЧ, гепатит В, С* ЭББ, ЦМВ, парвовирус В19 *Helicobacter Pylori*
Иммунологические исследования	Иммунофенотипирование лимфоцитов: CD3, CD4, CD19, CD16, CD56, наивные В-клетки (CD19+IgD +CD27-), В-клетки памяти (CD19+CD27+) Сывороточные иммуноглобулины и их субклассы С3, С4, СН50 Аутоантитела: антинуклеарные, анти-ДНК, антифосфолипидные, анти-Sm, анти-ТГ, анти-ТПО Скрининг аутоиммунного лимфопролиферативного синдрома: дубль-негативные Т-лимфоциты (CD4-/CD8-,CD3+, TCRαβ+), ИЛ10, ИЛ18, циркулирующий FAS, FAS-апоптотический функциональный тест
Генетические исследования	Гены *FAS, FAS-L, CASP8, CASP10* Мультигенная панель иммунодефицитных состояний
Инструментальные исследования	Рентгенография грудной клетки УЗИ (селезёнка, печень, лимфоузлы)

Лечение. По аналогии с терапией ИТП и АИГА препараты, применяемые для лечения СФЭ, делятся на препараты первой и второй линии [2, 6, 11]. Цель терапии первой линии - достижение быстрого контроля над цитопенией, предотвращение развития жизнеугрожающих кровотечений и анемии. В отличие от ИТП и АИГА при достижении инициального ответа снижение доз препаратов первой линии проводится значительно более медленно. Терапия второй линии требуется пациентам с резистентностью к терапии первой линии, при рецидивирующем течении СФЭ для поддержания длительной ремиссии и минимизации доз глюкокортикостероидов (ГКС), рекомендуемых в первой линии. Длительность поддерживающей терапии обычно составляет не менее 2 лет. В случае сохранения ремиссии отмена препарата проводится постепенно, не быстрее чем за 6 мес.

Препаратами первой линии остаются ГКС (преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон), позволяющие достичь хорошего инициального ответа (около 83%). Преднизолон назначают в стандартных дозах - 1-2 мг/кг/с на 4 недели с постепенным снижением; хороший эффект достигается при применении метилпреднизолона - 30 мг/кг за 3 дня или 20 мг/кг за 4 дня, также с постепенным снижением дозы. Но, несмотря на инициальный ответ, у большинства пациентов (около 70%) болезнь рецидивирует после снижения дозы ГКС и/или при присоединении инфекции [2].

При неэффективности или токсичности ГКС для достижения ремиссии иногда применяют внутривенные иммуноглобулины (ВВИГ) в различных режимах (за 1-5 дней) - суммарно 1-2 г/кг/курс. В случае АИГА некоторые авторы рекомендуют дозы до 5 г/кг/курс [1]. Частота ответов на ВВИГ при СФЭ составляет, в среднем, 40%; длительность ремиссии обычно продолжается не более 4 недель. Инициальная терапия с применением ВВИГ предпочтительна для детей младше 2 лет [8]. Необходимость одновременного назначения ВВИГ и ГКС не доказана.

В острых ситуациях при выраженных симптомах анемии и/или кровотечениях могут потребоваться заместительные трансфузии компонентов крови (эритроцитарной взвеси и/или тромбоцитарного концентрата).

Вторичная линия терапии чаще требуется взрослым пациента с вторичным СФЭ. Дети в 69% случаях также нуждаются во второй линии терапии [2, 6, 11]. В качестве второй линии терапии применяют ритуксимаб, циклоспорин А, микофенолатамофетил, даназол, винкристин и др., проводят спленэктомию (табл. 2).

Таблица 2

Терапия второй и последующих линий при синдроме Фишера-Эванса

Иммуносупрессивные агенты	Циклоспорин А Микофенолатамофетил
Химиотерапия	Циклофосфамид Винкристин
Моноклональные антитела	Ритуксимаб Алемтузумаб
Другие	Азатиоприн Анти-D Антитимоцитарный глобулин Бортезомиб Даназол Сиролимус Такролимус ТРО-РА 6-меркаптопурин
Спленэктомия	
Плазмаферез	
Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток	

Прогноз. По данным педиатрического регистра при последовательном и одновременном развитии ИТП и АИГА соответственно полную ремиссию в течение 6,5 лет сохраняли 24 и 31%, парциальную - 49 и 31%; 2 и 3% пациентов наблюдались без ремиссии; умерли 10% детей. Среди погибших от геморрагических осложнений (кровоизлияния в головной мозг и желудочно-кишечные кровотечения) умерли 30% больных, от инфекционных осложнений - 70% [3].

Клиническое наблюдение. Роман В., 1 г. 7 мес., доставлен бригадой СМП из стационара ЦРБ п. Карымское. Жалобы при поступлении: повышение температуры тела до 38,5^{0}С, геморрагическую сыпь ниже стягивающей одежды (кожа живота ниже пупка, плечевых костей), лёгкую желтушность кожи, отказ от еды, сонливость.

Анамнез болезни. Ребёнок болен в течение недели, когда повысилась температура тела до 39^{0}С, появился сухой кашель, заложенность носа. Педиатром детской поликлиники диагностировано ОРЗ, назначен амоксициллин, на фоне которого отмечена сыпь по типу крапивницы, препарат отменён. Через 3 дня состояние ребёнка ухудшилось: появилась бледность кожи с желтушным оттенком, геморрагии на коже, сонливость, отказ от еды. Мальчик гос-

питализирован в ЦРБ п. Карымское, откуда бригадой СМП доставлен в отделение интенсивной терапии и реанимации Краевой детской клинической больницы № 1.

Анамнез жизни. Ребёнок от молодых родителей, 4 беременности, 2 родов, 2 выкидыша на ранних сроках. Беременность протекала без осложнений, роды в срок, масса тела при рождении - 3050 г, длина тела - 51 см, оценка по Апгар - 7-8 баллов. Развивался удовлетворительно, редко болел ОРЗ. На грудном вскармливании был до 8 мес., прикормы введены с 5 мес. (каши, овощи, фрукты, мясо). С 8 мес. кормился цельным коровьим молоком, после года получал пищу с "семейного стола". Старший ребёнок 5 лет здоров. Родители, родственники, со слов матери, здоровы. Настоящая масса тела - 11 кг, длина - 78 см. Мальчик самостоятельно ходит, говорит до 20 слов, изъясняется двусложными предложениями, показывает на картинках знакомые предметы, есть с ложки самостоятельно, пьёт из кружки. Развитие ребёнка соответствует возрасту.

Состояние при поступлении расценено тяжёлым за счёт интоксикации, анемии, геморрагического синдрома. Кожа, слизистые оболочки бледные, с иктеричным оттенком. Кожа плеч, нижней части живота сине-багрового оттенка, на фоне которого определяется петехиальная геморрагическая сыпь (по типу "симптома жгута"). Эластичность кожи, тургор мягких тканей не нарушены. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышечный тонус удовлетворительный. Деформации скелета нет. Большой родничок закрыт. Частота дыханий - 36 в мин, частота сердечных сокращений - 130 в мин. Других изменений со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем не обнаружено. АД - 90/60 мм рт. ст. Слизистая полости рта чистая, молочных зубов - 14. Живот умеренно вздут, мягкий. Печень определяется на 3 см ниже реберного края, пальпируется край селезёнки. Стул оформлен, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено, моча насыщенно жёлтого цвета. Ребёнок сонлив, негативно реагирует на осмотр. Патологических очаговых неврологических симптомов не выявлено.

Данные дополнительных методов исследования.

Гемограмма: гемоглобин - 54 г/л, эритроциты - $1{,}7 \times 10^{12}$/л, MCV - 80 fl, ретикулоциты - 4%, тромбоциты - 68×10^{9}/л, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные - нейтрофилы - 70%, эозинофилы - 8%, моноциты - 4%, лимфоциты - 13%. СОЭ - 40 мм/ч. Аномальные формы эритроцитов в мазке крови не определяются.

Урограмма без патологии. Гемоглобин в моче не обнаружен.

Биохимический анализ крови: билирубин общий - 60 ммоль/л, прямой - 5 ммоль/л, АЛТ - 30 ЕД, АСТ - 40 ЕД, ЛДГ - 550 ЕД, мочевина - 6 ммоль/л, креатинин - 40 ммоль/л.

Коагулограмма: АЧТВ - 29 сек, МНО - 1,02, фибриноген - 1,5 г/л, РФМК - 18 ммоль/л.

Пробы Кумбса прямая и непрямая положительные.

УЗИ органов брюшной полости, почек: умеренное увеличение печени, селезёнки.

Рентгенография органов грудной клетки: патологии не выявлено.

ЭКГ: умеренные метаболические изменения в миокарде.

Исследование на инфицирование ВИЧ, гепатит В, С, ЦМВ, ЭБВ - отрицательный результат.

Был выставлен предварительный диагноз: аутоиммунная гемолитическая анемия. В плане дифференциальной диагностики исключены врождённые гемолитические анемии (наследственный сфероцитоз, дефицит Г-6ФДГ) гемолитико-уремический синдром. По жизненным показаниям: тяжёлая анемия, гемодинамические нарушения - проведена трансфузия эритроцитарной взвеси от индивидуального донора, введён преднизолон. Дальнейшее обследование и лечение проводилось в детском отделении Краевого онкологического диспансера.

Учитывая сочетание АИГА и тромбоцитопении, исключение инфекционного заболевания, врождённых гемолитических анемий, гемолитико-уремического синдрома диагностировано: синдром Фишера-Эванса. Пациенту назначен преднизолон в дозе 2 мг/кг/с внутрь на 4 недели с последующим постепенным снижением. На фоне проводимой терапии купировались клинические симптомы желтухи, анемии, геморрагического синдрома, нормализовались лабораторные показатели. В течение 3 лет рецидива не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Norton A., Roberts I. Management of Evans syndrome // Br. J. Haematol. - 2006. - Vol. 132(2). - P. 125-137.

2. Сунцова Е.В., Байдильдина Д.Д., Кузьминова Ж.А. и др. Синдром Фишера-Эванса / / Вопросы гематологии /онкологии и иммунопатологии в педиатрии. - 2018. - Т. 17(1). - С. 175 - 186.
3. Aladjidi N., Fernandes H., Leblanc T. et al. Long-Term Outcome in Prospective French National Observation Cohort // Front Pediatr. - 2015. - Vol. 29 (3). - P. 79.
4. Miano M. How I manage Evans Syndrome and AIHA cases in children // Br. J. Haematol. - 2016. - Vol. 172 (4). - P. 524 - 534.
5. Кузник Б.И., Стуров В.Г., Левшин Н.Ю. и др. Геморрагические и тромботические заболевания и синдромы у детей и подростков. Новосибирск: Наука, 2018. - 524 с.
6. Кузьминова Ж.А., Сметанина Н.С. Аутоиммунная гемолитическая анемия: современная диагностика и терапия // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. - 2016. - Т. 15 (3). С. 5 - 11.
7. Jaim-Perez J.C., Guerra-Leal L.N., Lopez-Razo O.N. et al. Experience with Evans syndrome ein referral center // Rev. Bras. Hematol. Hemoter. - 2015. - Vol. 37(4). - P. 230 - 235.
8. Dosi R.V., Ambaliya A.P., Patell R.D. et al. A case report of Evans Syndrome // Indian. J. Med. Sci. - 2012. - Vol. 66 (3-4). - P. 82 - 85.
9. Porcaro F., Valenzise M., Candela G. et al. Evans Syndrome: A case report // Pediatr. Ved. Chir. - 2014. - Vol. 31 (4). P.167 - 169.
10. Savasan S., Warrier I., Ravindranath Y. The spectrum of Evans syndrome // Arch. Dis. Child. - 1997. - Vol. 77 (3). P. 245 - 248.
11. Петров В.Ю. Внутривенные иммуноглобулины - препараты выбора в терапии иммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей // Педиатрия. - 2016. - Т. 95 (4). - С. 36 - 41.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616-006.61

Волков С.В.,[1] Каюкова Е.В.,[1] Горбачева О.В.[2]

РАК ЖЕЛУДКА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ: ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ, ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА.

[1]ФГБОУ ВО “Читинская государственная медицинская академия” МЗ РФ (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)
[2]ГУЗ "Забайкальский краевой онкологический диспансер" (главный врач - М.Г. Пимкин)

Введение. Рак желудка ежегодно регистрируется у примерно 980000 пациентов по всему миру (75% первичных случаев диагностируется в развивающихся и восточных странах), при этом за год от этой патологии погибает около 740 тысяч человек. Рак желудка является четвертой наиболее распространенной формой среди злокачественных новообразований, в Российской Федерации занимает 6 место в структуре онкологической заболеваемости [1].

Смертность от рака желудка в Российской Федерации находится на втором месте среди мужского и женского населения (11,9%) [2]. Данная ситуация обусловлена многими факторами, одним из которых является поздняя диагностика заболевания. Несмотря на успехи, достигнутые в развитии диагностических технологий, число больных, выявляемых в далеко зашедшей стадии (III-IV), остается высоким, достигая 60,9% [3].

Цель исследования. Проанализировать показатели заболеваемости и смертности населения Забайкальского края от рака желудка, оценить факторы риска развития заболевания и определить перечень профилактических мероприятий, направленных на снижение уровня развития заболевания.

Материалы и методы исследования. Анализ заболеваемости и смертности населения Забайкальского края проводился сплошным методом по данным формы 090/у "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования", формы 027-2/у "Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования". Рассчитывался показатель смертности на 100 тыс. населения и нозологическая структура в %.

Результаты. В структуре онкологической заболеваемости в Забайкальском крае рак желудка занимает 5 место. За последние 3 года заболеваемость фактически не изменилась и в 2016 г. составила 20,6 на 100 тыс. населения, причем показатели по Российской Федерации (РФ) 25,9, а по Сибирскому Федеральному округу (СФО) 27,0 на 100 тыс. (рисунок 1).

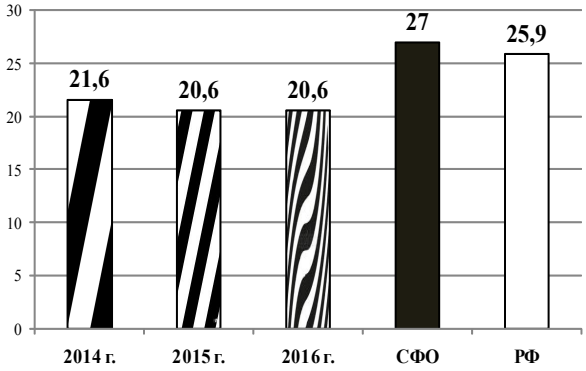


Рис. 1. Заболеваемость злокачественными опухолями в Забайкальском крае на 100 тыс. населения

Показатель смертности от рака желудка в 2016 г. в Забайкальском крае составил 18,7 на 100 тыс. населения, что меньше соответствующих показателей по России (20,8) и по СФО (21,4) (рисунок 2).

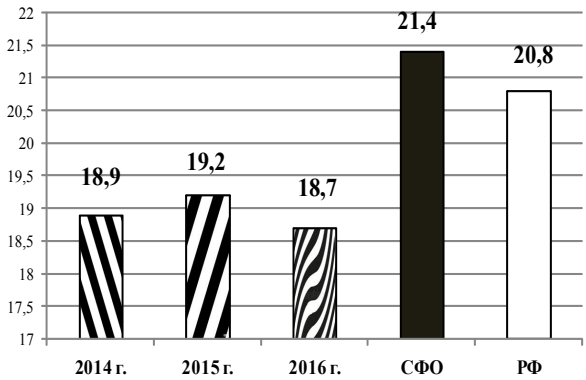


Рис. 2. Смертность от рака желудка в Забайкальском крае на 100 тыс. населения.

При анализе показателя смертности от рака желудка в нашем регионе в течение 3 лет выявлено, что уровень показателя остается стабильным - 18,9-19,2 на 100 тыс. населения.

Исходя из приведенных данных, следует, что рак желудка достаточно распространенная патология как в пределах Забайкальского края, так и в России в целом. Возникает необходимость постоянного поиска способов наиболее раннего выявления этого заболевания.

Как известно, рак желудка - полиэтиологичное заболевание, поэтому обязательным для каждого врача является умение выявлять основные факторы риска.

Избыточное потребление поваренной соли, недостаток витаминов А и С, потребление копченых, маринованных и вяленых продуктов, хранение пищи без использования холодильника, низкое качество питьевой воды - пищевые факторы риска. Увеличение потребления молока и молочных продуктов, свежих фруктов и овощей способствует снижению смертности от рака желудка [4]. В частности, следует избегать переедания, а также консервированных, маринованных и копченых продуктов; нужно употреблять в пищу больше свежих овощей (в том числе лука и, особенно, чеснока), витаминов (А, С), зелени, фруктов и натуральных соков, круп грубого помола, хлеба из отрубей, молока и молочных продуктов [5].

Образ жизни и состояние окружающей среды, а именно, профессиональные вредности (производство резины, угля), курение табака, ионизирующее излучение, ожирение, инфекционные агенты являются факторами риска для развития заболевания. Герпесвирусы (вирус простого герпеса, цитомегаловируса, вируса Эпштейна-Барра) оказывают влияние на функционирование систем местного иммунитета слизистых оболочек и способствуют формированию и поддержанию локальной иммунной недостаточности, а в дальнейшем - злокачественной трансформации тканей. Международное агентство по изучению рака (IARC) зарегистрировало инфекцию H. pylori как канцероген первого порядка. Риск развития рака желудка у лиц, зараженных H. pylori, в 2-6 раз больше, чем у неинфицированных. Особо вирулентным считается CagA-положительный штамм, который увеличивает риск развития атрофии и метаплазии с последующей злокачественной трансформацией [4].

Не маловажное значение в развитии рака желудка играет наличие наследственной предрасположенности (группа крови А (II), пернициозная анемия, семейный рак желудка, наследственные синдромы, сопровождаемые полипозом ЖКТ). Особенно должно настораживать наличие предраковых заболеваний желудка: аденоматозные полипы желудка, хронический атрофический и гиперпластический гастрит.

Несмотря на сложность диагностики рака желудка, очень важным проявлением эффек-

тивности профилактической работы медицинских работников с пациентами является показатель активной выявляемости. На протяжении 3 лет данный показатель по Забайкальскому краю увеличился в 3,5 раза и составляет 7,4%, что на 2,4% меньше общероссийского показателя (рисунок 3).

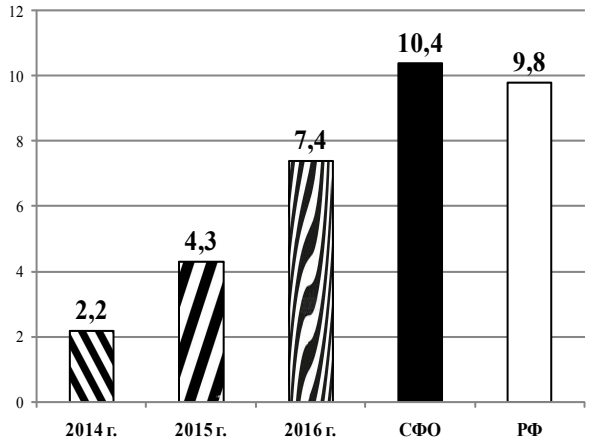


Рис. 3. Удельный вес ранней выявляемости злокачественных новообразований желудка, при профилактических осмотрах, %

"Золотым стандартом" среди методов ранней диагностики рака желудка является фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Этот метод позволяет под визуальным контролем оценить картину слизистой оболочки желудка. Наиболее целесообразно проводить ФГДС в рамках скрининга у пациентов, попавших в одну из групп риска: лица с предраковыми заболеваниями желудка, лица с отягощенным анамнезом по раку желудка, лица, прибывшие из эндемичных по раку желудка районов. Только желание и умение медицинских работников выявлять пациентов, относящихся к группам риска по раку желудка, может стать твердым основанием для развития настоящей профилактической медицины. При эндоскопическом обследовании диспансерных групп больных, страдающих хроническими заболеваниями желудка, рак выявляют у 5-10% пациентов, причем у 30% из них в самой ранней стадии болезни [6].

С учетом ресурсного обеспечения, в Забайкальском крае всего в 8 районных больницах возможно выполнение ФГДС: ГУЗ "Агинская ЦРБ", ГУЗ "Могойтуйская ЦРБ", ГУЗ "Петровск-Забайкальская ЦРБ", ГУЗ "Борзинская ЦРБ", ГУЗ "Карымская ЦРБ", ГУЗ "Читинская ЦРБ", ГУЗ "Ясногорская ЦРБ", ГУЗ ККБ № 4.

Если возникает подозрение на распространение опухолевого процесса в брюшной полости, то в этом случае незаменима обзорная лапароскопия. Основная цель проведения данной процедуры - решение вопроса о возможности выполнения радикальной операции, что достигается путем визуализации серозной оболочки желудка для определения ее вовлечения в злокачественный процесс, при необходимости ее биопсия. Идентификации диссеминатов по брюшине, при положительной диагностике взятие биопсии. Ревизии печени на предмет гематогенных метастазов. При их обнаружении - необходимо проведение прицельной биопсии. Благодаря использованию лапароскопии удается избежать пробной лапаротомии у 60% больных [7].

Одним из прогностических факторов, определяющих тактику ведения пациентов и их дальнейшей судьбу, является стадия онкологического заболевания. Только глубокая ответственность, настойчивость в вопросе онконастороженности медицинских работников первичного звена дает возможность выявлять онкопатологию на ранних стадиях, в том числе и рак желудка. Следует отметить, что за последние 3 года на 24% увеличилось количество больных с III стадией опухолевого процесса, а также уменьшилось количество пациентов с IV стадией на 22% (рисунок 4).

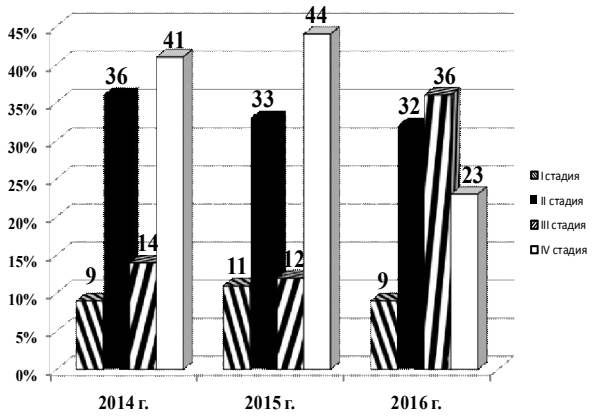


Рис. 4. Распределение удельного веса больных раком желудка по стадиям в Забайкальском крае, %

За анализируемый период доля пациентов, имеющих IV стадию заболевания, сократилась до 41% и сопоставима с аналогичным показателем по СФО и РФ (рисунок 5).

Высокий показатель запущенности пациентов, по данным Забайкальского края, чаще всего объясняется скрытым течением заболевания или поздней обращаемостью пациентов за медицинской помощью. Основная масса пациентов с IV стадией (82%) в возрасте от 50 до

80 лет, причем половина из них (40%) - пожилые люди (63-65 лет). Необходимо отметить, что существуют четкие гендерные различия - мужчины болеют в два раза чаще женщин.

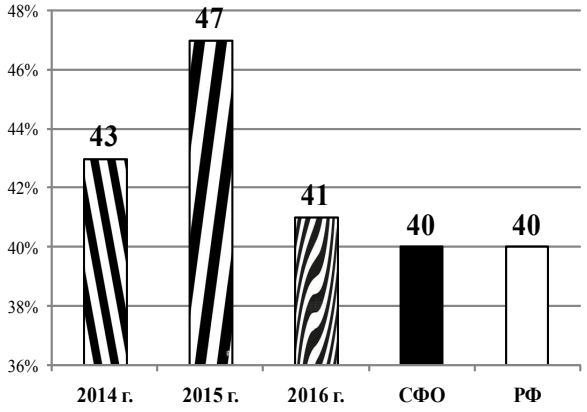


Рис. 5. Доля пациентов с IV стадией заболевания, в общем числе больных с впервые установленным диагнозом, %

Известно, что IV стадия рака желудка характеризуется обязательным наличием отдаленных метастазов. По собственным статистическим данным 2016 г. по Забайкальскому краю отдаленные метастазы были найдены в печени (46%), по брюшине (30%), в легких (15%), в костях (8%). Фактически у каждого пятого пациента (у 19%) метастазы были в нескольких органа. Наиболее распространенные сочетания: печень + брюшина (9%), печень + легкие (5%). Наибольшее количество случаев запущенных форм рака желудка в Краснокаменском (8%), Чернышевском (6%), Читинском (6%), Шилкинском (6%), Борзинском (5%), Забайкальском (5%), Могойтуйском (5%) районах.

Своевременность выявления злокачественных новообразований среди населения наиболее полно характеризуется показателем одногодичной летальности. В Забайкальском крае за последние 3 года этот показатель уменьшился на 5,3% и в 2016 г. составил 52,9%, что превышает общероссийский показатель (рисунок 6).

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что эффективная первичная профилактика РЖ, основанная на пропаганде и внедрении рационального питания и здорового образа жизни, в настоящее время является несомненной реальностью. Это в настоящее время подтверждено многолетним опытом, например в США, где заболеваемость раком желудка снизилась за последние 70 лет в несколько раз и составляет всего 3% от всех злокачественных заболеваний; это безусловно результат многолетней пропаганды "здорового образа жизни" и, прежде всего, значительных изменений в питании населения [5]. Очевидна необходимость отказа от курения и крепких алкогольных напитков (особенно в сочетании с жирной, жареной, копченой и соленой пищей), контроль массы тела и активное занятие физическим трудом и спортом, профилактическая ФГДС.

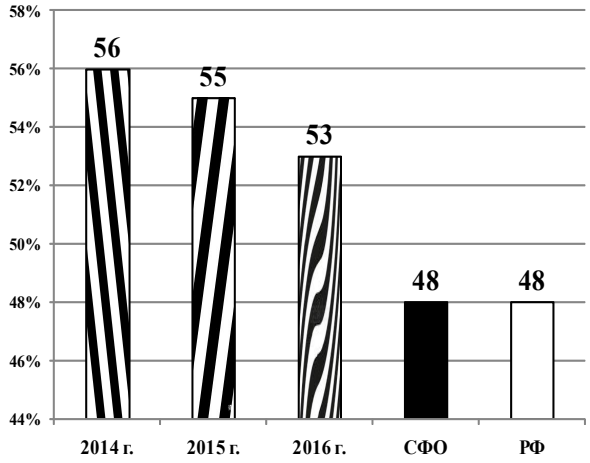


Рис. 6. Уровень одногодичной летальности при установленном диагнозе рак желудка, %.

Вышеупомянутые профилактические меры носят достаточно общий характер, но их эффективность неоспорима и наглядно подтверждена на практике зарубежными учеными.

Выводы:

В Забайкальском крае высокие показатели заболеваемости, смертности, одногодичной летальности, высокий удельный вес распространенных форм рака желудка. Сложившаяся ситуация свидетельствуют о необходимости усиления и расширения объема проводимых лечебно-профилактических мероприятий на территории Забайкальского края: выявление пациентов, относящихся к группам риска, проведение профилактического эндоскопического исследования у наибольшего количества пациентов, своевременная консультация пациентов на базе межрайонных центров и краевого онкодиспансера.

Для изменения ситуации необходимо:

- расширить объем диспансеризации и медицинских осмотров взрослого и детского населения;
- повысить онкологическую настороженность медицинских работников первичного звена;

- обеспечить повышение квалификации врачей - онкологов, работающих в центральных районных больницах Забайкальского края
- повысить медицинскую грамотность населения за счет регулярного проведения гигиенического воспитания и пропаганды здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шаназаров Н.А. Эпидемиологические особенности на современном этапе / Н.А. Шаназаров, А.М. Машкин, Ж.К. Сагандыков, А.А. Мидленко // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - № 4. - С. 31-34.
2. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. М.: ФГБУ "МНИОИ им. П.А. Герцена" Минздрава России, 2013. 289 с.
3. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. -М.: Мед. информ. аг-во ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2009. - С. 158
4. Никитина Л.В. Рак желудка: факторы риска, диагностика рака и предшествующих поражений / Л.В. Никитина // Дальневосточный медицинский журнал. - 2010. - № 1. - С.122-127.
5. Бондарь Г.В. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович // Онкология. - 2006. - Т.8, № 2. - С. 171
6. Takuji G. Endoscopic resection of early gastric cancer / G. Takuji // Cancer. - 2007. - Vol. 10, № 11(1). - P. 1-11.
7. Каюкова Е.В. Возможности лапароскопии в онкологии на региональном уровне / Е.В. Каюкова, Т.В. Каюкова // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины. - 2013. - Т.1 - С. 52-56

УДК 614.2 - 005

Сенижук А.И.[1], Шильникова Н.Ф.[1], Савицкая Н.И.[2]

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ КРАЕВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ НА ОСНОВЕ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССАМИ

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ (ректор - заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В. Говорин)
[2]ГУЗ Краевая клиническая больница (главный врач - В.А. Шальнев)

Введение. Поиск новых подходов к организации медицинской помощи населению с позиций принципов обеспечения и непрерывного повышения качества медицинских услуг, в соответствии с Концепцией развития здравоохранения в России до 2025 года, определяет первостепенной задачей для руководителя медицинской организации любого уровня повышение доступности, эффективности и качества оказания медицинской помощи. Развитие здравоохранения предполагает переход на персонализированную медицину, при которой пациент получает помощь "в нужный момент и в нужном месте".

Каждый вид деятельности учреждения здравоохранения представляет собой некоторый процесс, преобразующий "вход" процесса в его "выход". Эти процессы непосредственно влияют на качество услуги, а их результат обладает ценностью для пациента. Зная проблемные точки, можно предотвратить потери качества, не тратя средства на восстановление уже утраченного качества. Для этого необходимо провести мониторинг потерь качества, который сводится к следующим направлениям:
- непрерывная оценка качества услуг;
- выявление дефектов и ошибок, повлекших снижение качества и эффективности услуг;
- изучение удовлетворенности пациентов (методом анонимного анкетирования);
- оперативная реакция руководства организации на выявленные потери качества;
- постоянная оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов.

Действия, направленные на управление промежуточными процессами, а не на конечный результат, приводят к улучшению качества услуг, позволяют выявлять отклонения, проводить анализ и предотвращать дефекты.

Целью исследования явилась разработка и обоснование мер оптимизации существующих процессов оказания медицинской помощи в консультативной поликлинике для повы-

шения доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов.

Результаты и обсуждение. Для достижения поставленной цели нами определены и описаны основные процессы в рамках работы консультативной поликлиники, выявлены зоны риска (проблемные участки), намечены мероприятия по оптимизации основных процессов поликлиники и управлению рисками для выделенных процессов.

Краевая консультативная поликлиника является структурным подразделением ГУЗ "Краевая клиническая больница", оказывает первичную медико-санитарную специализированную медицинскую помощь. Предоставляются медицинские услуги за счет обязательного медицинского страхования в объеме, предусмотренном программой государственных гарантий, а так же на договорной основе с юридическими лицами (предприятиями, организациями), с физическими лицами и по системе добровольного медицинского страхования. Направление пациентов в консультативную поликлинику проводится в сложных случаях диагностики и лечения, в случаях невозможности полного обследования по месту жительства, а так же при наличии других обоснованных причин направляющей стороны. Консультация осуществляется на основании обследования, проведенного в медицинской организации по месту жительства.

Осуществляемая в целом деятельность поликлиники формируется как совокупность деятельности её отдельных подразделений, отдельных исполнителей, поэтому определять и рассматривать процессы можно на различных уровнях детализации (фрагментации). Для достижения целей управления выделены основные (главные) и вспомогательные процессы.

Участниками основных процессов являются пациенты и сотрудники поликлиники. К этим процессам отнесены:

- процесс, связанный с распределением входящих потоков пациентов, записи на прием: "Работа регистратуры";
- процесс, связанный с деятельностью врачей-специалистов: "Прием у врача-специалиста".

Вспомогательные процессы (сопровождающие основные):

- медицинская информационная система (МИС);
- функционирование телефонной связи;
- информационное обеспечение пациентов;
- хозяйственная деятельность;
- формирование отчетной документации;
- обучение медицинских работников;
- материально-техническое обеспечение и т.д.

Описаны и построены схемы основных процессов "как есть", с указанием основных характеристик и исполнителей, выделены проблемные участки процессов. В процессе "Работа регистратуры" выделен подпроцесс "Предварительная запись на прием к врачу", который является важным в обеспечении доступности медицинской помощи, осуществляется следующими способами: при личном обращении в регистратуру поликлиники, по телефону через "call-центр", обслуживающими медицинскими организациями при оформлении направления ф057/у-04 в программе РМИС, в модуле "Управление предварительной записью". При анализе способов предварительной записи выделен наиболее оптимальный способ для пациента - запись обслуживающими медицинскими организациями при оформлении направления ф057/у-04 в программе РМИС, в модуле "Управление предварительной записью". Такой способ позволяет согласовать с пациентом удобную для него дату и время приема врача.

Процесс "Работа регистратуры" характеризует организацию работы регистратуры и самих регистраторов. "Входом" в основном процессе работы регистратуры является пациент. Посещение пациентом поликлиники начинается с его взаимодействия с администратором зала, который осуществляет распределение входящих потоков пациентов. Этот процесс проходит быстро при соблюдении всех организационных мер со стороны обслуживающих медицинских организаций, направляющих пациента в консультативную поликлинику. Таким образом, поток входящих пациентом можно разделить на три основных:

1. Пациенты ОМС, имеющие все правильно оформленные направительные медицинские документы;
2. Пациенты ОМС, не имеющие те или иные направительные медицинские документы (отсутствует направление, талон предварительной записи или действующий полис ОМС);
3. Другие пациенты: ДМС, платной или договорной основы.

Рассмотрен наиболее проблемный процесс работы регистратора, когда у пациента отсутствует направление ф057/у-04 в электронном виде, а это обязательное условие, оно необходимо при оформлении посещения и является гарантом оплаты посещения, отсутствует действующий полиса ОМС и талон предварительной записи на прием к врачу. Этот процесс занимает много времени и включает в себя много промежуточных

операций, предшествующей самой записи. Это взаимодействие с обслуживающей медицинской организацией, для решения проблемы отсутствующего электронного направления, взаимодействие со страховой компанией или ТФОМС для решения проблемы с полисом ОМС, оформление электронной амбулаторной карты, подбор записи на прием. Рассматриваемый процесс имеет ряд проблемных мест, которые не дают качественно и быстро обеспечить пациента должным обслуживанием. Основной проблемой "выхода" данного процесса является неудовлетворенность пациента. Критериями причин рассматриваемой проблемы будут являться: увеличение по времени записи на прием, отсутствие на момент обращения действующего полиса ОМС, пациента не устраивает свободная дата и время приема врача. Для определения причинно-следственных связей проанализировано влияние различных факторов. Так, на длительность процесса влияет работа программного обеспечения, качество телефонной связи, оперативная ответная реакция работников обслуживающей медицинской организации.

После посещения регистратуры начинается второй основной процесс, это процесс "Прием у врача-специалиста". "Входом" в процессе так же является пациент. В данном процессе происходит взаимодействие пациента с врачом и медицинской сестрой. Процесс включает в себя последовательные действия: опрос пациента, осмотр, оформление документации, рекомендации, оформление направлений на обследования или плановую госпитализацию, выписка рецептов. От того, насколько правильно и рационально организован этот процесс, зависит удовлетворенность пациента на "выходе". При рассмотрении процесса "как есть" выявлены ряд проблемных мест: длительное ожидание пациента у кабинета врача, неполное информирование пациента о состоянии здоровья, неудовлетворенность пациента квалификацией врача, незапланированные пациентом дополнительные обследования, необходимость повторного посещения регистратуры. Выделены причины, которые приводят к проблемам в данном процессе: специфика контингента пациентов (жители районов края) - раннее посещение поликлиники, смещение времени начала приема (неотложные состояния, консилиум, сложный диагностический случай), неудовлетворительная работа медицинской информационной программы (сбои в работе, медленная скорость), стаж и квалификация врача, отсутствие медицинской сестры на приеме, ограниченное время приема, отсутствие свободной очереди на исследования и повторный прием в ближайшее время, незапланированные денежные расходы пациентов. Ненужные его этапы и избыточные виды деятельности являются причинами неудовлетворительных результатов и больших затрат. Чтобы увидеть и оценить возможные проблемы, необходимо постоянно контролировать процессы и анализировать потенциальные риски с целью их ликвидации или сокращения.

В рамках настоящего исследования выделены и сгруппированы ключевые показатели эффективности деятельности поликлиники, среди которых выделена подсистема показателей качества и доступности медицинских услуг. Мониторинг ключевых показателей дает возможность формировать планы и программы развития, принимать обоснованные управленческие решения (таблица 1).

Таблица 1

Ключевые показатели качества и доступности медицинских услуг

Наименование показателя	Единица измерения	2014	2015	2016
1. Показатели доступности				
Посещаемость поликлиники	Число посещений в смену	500	500	500
Укомплектованность врачебными кадрами	%	100	100	100
Продолжительность ожидания пациентом в очереди на прием к врачу у кабинета	Минута	45	30	25
Продолжительность ожидания пациентом посещения по предварительной записи	Календарные дни	14	2-14	2-14
Продолжительность приема врачом	Минут в расчете на одно посещение	25	20	15
2. Показатели качества				
Наличие МИС	Есть/нет	есть	есть	есть
Количество сотрудников, прошедших повышение квалификации	%, от работающих	100	100	100
Степень удовлетворенности персонала	%, от числа опрошенных	80	90	90
Степень удовлетворенности пациентов	%, от числа опрошенных	65	70	75
Количество посещений	Число посещений в год	101170	80719	88100

Анализ результатов продемонстрировал сокращение продолжительности ожидания пациентом в очереди на прием к врачу на 45%, ожидание посещения по предварительной записи уменьшилось на 50%. По итогам проведенного анкетирования уровень удовлетворенности пациентов за данный период возрос на 14%, а сотрудников учреждения - на 12%.

Для оптимизации основных процессов работы рассмотрены конечные результаты анализа основных процессов консультативной поликлиники "как должно быть". Определены мероприятия по улучшению основных процессов консультативной поликлиники:

- открытость и доступность информации на сайте больницы, электронных стендах, постоянное обновление информации;
- разделение работы регистратуры и "call-центра";
- обучение операторов "call-центра" записи на приемы к специалистам;
- безбарьерная регистратура;
- "Вежливая регистратура", алгоритмы общения с пациентами, пути выхода из конфликтных ситуаций. Постоянное психологическое сопровождение.
- правильная организация работы и оформления медицинской документации обслуживающими медицинскими организациями при направлении пациентов в консультативную поликлинику;
- мониторинг записи на прием к врачам всех специальностей и диагностические исследования;
- замена медицинской информационной системы;
- установка в регистратуре "электронной очереди";
- необходимость решения кадровых проблем с целью увеличения количества квалифицированных врачей-специалистов для возможности работы консультативной поликлиники в две смены;
- обеспечение каждого приема врача средним медицинским персоналом;
- мероприятия по развитию кадрового потенциала, в т.ч. постоянное повышение квалификации медицинских работников по программам последипломного и дополнительного профессионального образования;
- соблюдение требования к стажу для врача консультативной поликлиники не менее 5 лет;
- сбалансированная нагрузка врача и медсестры;
- заинтересованность пациентов, ожидающих очереди у кабинета: проведение анкетирования, информационный материал по профилактике заболеваний;
- строгое регулирование очередности пациента по времени ожидания в очереди при получении медицинской услуги. Соблюдение предельных сроков ожидания посещения врача в очереди не более 30 мин;
- организация рабочего места врача. Создание оптимальных условий труда медицинского персонала;
- увеличение времени на приеме для общения с пациентом, за счет правильно организованного рабочего места врача, отказа от лишней бумажной работы;
- необходимость врачу обслуживающей медицинской организации, при направлении пациента в консультативную поликлинику, определять объем исследований с учетом нозологии и осуществлять предварительную запись;
- исключение необоснованных назначений анализов;
- замена медицинской информационной программы на другую программу, включающую ЛИС (лабораторная информационная система);
- отказ от заполнения бумажных носителей (протокол осмотра, бланки направлений на исследования);
- исключение лишних перемещений пациентов. Осуществление медицинской сестрой записей на дополнительные исследования, анализы и повторный прием в кабинете специалиста, исключая повторное посещение пациентом регистратуры;
- мониторинг качества информирования врачом пациента о состоянии его здоровья, необходимости и объеме дополнительных обследований;
- улучшение материально-технической базы больницы, оснащение современным медицинским современным диагностическим оборудованием в достаточном количестве, для сокращения времени ожидания проведения диагностического исследования до 5-10 дней;
- исключение пересечения платных и бесплатных услуг;
- обучение работников поликлиники быстрой работе с компьютером (техника набора текста);
- сохранение доброжелательности, вежливости и компетентности медицинских работников. Проведение повторных семинаров по соблюдению Кодекса профессиональной этики и деонтологии, занятий с психологами по теме профессионального выгорания;
- проведение в поликлинике капитального ре-

монта с целью повышения комфортности и удовлетворенности условиями ожидания в очереди;
- регулярное проведение мониторинга степени удовлетворенности пациентов качеством обслуживания в поликлинике.

Таким образом, использование четко прописанных процедур реализации основных процессов в работе поликлиники способствует улучшению качества медицинских услуг, повышению имиджа организации и сотрудников, позволяет повысить уровень удовлетворенности пациентов. Процессный подход может принести большую пользу в случае, если все его аспекты: планирование, организация, мотивация, контроль, продуманы с максимальной точностью. При разработке программы повышения качества любого процесса важно понимать, что управление качеством не имеет завершения, а является непрерывным процессом. Практическая значимость результатов заключается в том, что они могут быть использованы при подготовке и реализации мероприятий в рамках проекта "Бережливая поликлиника" в ГУЗ "Краевая клиническая больница", так как именно оптимизация процессов, обеспечение комфорта пациента при посещении медицинской организации лежит в основе данного плана.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горохова И.В. Новые подходы к управлению качеством в многопрофильной городской поликлинике. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2016.
2. Елиферов В.Г. Процессный подход к управлению. Моделирование бизнес-процессов, Москва, 2012.
3. Ермакова С.Э. Формирование процессно-ориентированной системы управления медицинской организации. Монография. - Москва: Макс-пресс, 2011.
4. Кригер А.Б. О роли моделирования в совершенствовании бизнес-процессов. Экономика. Теория и практика. Перспективы 21 век: сб. материалов II международной научно-практической конференции (27 февраля 2015) - Саратов. Издательство: ЦПМ "Академия бизнеса" (Саратов), 2015.
5. Туркова Е.А., Оржак А.М. Процессный подход в управлении медицинскими организациями. Томск, 2013.
6. Федеральный проект "Бережливая поликлиника". Применение методов бережливого производства в медицинских организациях. Открытие проектов по улучшению. Методические рекомендации, МЗ РФ, ГК по атомной энергии "Росатом", Москва, 2017.

МАТЕРИАЛЫ IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКТОЛОГИИ. СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ" И I НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ, ДЕТИ И ВИЧ"

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ
МЗ Забайкальского края
Забайкальская региональная общественная организация
"Общество инфекционистов, эпидемиологов и микробиологов"
г. Чита 5-7 апреля 2018 года

Юрчук С.В.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ПЛАНЫ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", Чита, Россия

Причинами сложной и чрезвычайно динамичной современной эпидемиологической ситуации является ряд причин, таких как возникновение новых, патогенных для человека, реассортантных штаммов вируса гриппа птиц, новых коронавирусов; массовый завоз и распространение в ряде территорий случаев кори; сохраняющаяся угроза заноса дикого полиовируса из неблагополучных по полиомиелиту стран; рост заболеваемости острой кишечной инфекцией вирусной этиологии; угроза завоза нетипичных штаммов холеры V. cholerae biovar eltor с повышенной вирулентностью (эпидемия холеры на Гаити и в ряде др. стран); появление новых высокоустойчивых к антибактериальным препаратам штаммов бактерий, приводящих к формированию эпидемических очагов с необычно тяжелым клиническим течением; увеличение активности циркуляции возбудителей в очагах инфекций, общих для человека и животных, и природно-очаговых инфекций (геморрагические лихорадки, клещевой энцефалит, бешенство, бруцеллез, сибирская язва), расширение ареала лихорадки Западного Нила, а также других трансмиссивных инфекций и ряд других факторов. Поэтому все более важными являются разработка новых подходов к диагностике, лечению и профилактике инфекций у взрослых и детей, совершенствование лабораторной диагностики и эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями.

Характерной чертой современности является постоянная угроза инфекционных болезней: появление новых или возвращение, казалось бы, уже потерявших свое значение болезней в сочетании с быстрым распространением и эпидемическим потенциалом некоторых из них, что повышает уровни предотвратимой заболеваемости, преждевременной смертности и потенциальной угрозы этих инфекций для здоровья. Поэтому вопрос готовности к появлению инфекционных болезней по-прежнему занимает приоритетное место в повестке дня общественного здравоохранения.

Инфекционная служба Забайкальского края структурно представлена специализированным стационаром государственного учреждения здравоохранения "Краевая клиническая инфекционная больница" (ГУЗ ККИБ), инфекционным отделением на 25 детских коек, расположенным в ГУЗ "Городская больница № 2" и 186 койками инфекционного профиля, находящимися в районах края на базе 21 отделения.

Стоит выделить ряд особенностей службы, характерных для Забайкальского края:

1. Значительно большее количество госпитализаций пациентов с инфекционными заболеваниями на 1000 населения от рекомендованного Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации показателя. В Забайкальском крае этот показатель составляет 15,4 человека на 1000 населения, в то время как рекомендованный - 11,7 человек на 1000 населения. Данная ситуация напрямую связана с недостаточным количеством врачей-инфекционистов в районах края, невысоким доходом жителей, проживающих в районах, отдаленностью части населенных пунктов от медицинских организаций, где жителям может быть оказана первичная медико-санитарная помощь как врачебная, так и доврачебная, а также с неудовлетворительной работой первичного звена.
2. Недостаточное количество пациентов с хроническими вирусными гепатитами, охваченных противовирусным лечением. Эта особенность связана с отсутствием регионального финансирования данных программ, а также достаточно ресурсоемким лечением заболевания.

Однако, открытие дневного стационара на базе ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" с 2017 года позволило взять на лечение 18 пациентов с ХВГС, из которых 4 человека закончили лечение в 2017, а 14 человек продолжили лечение в 2018 г. Затраты 2017 года в рамках территориальной программы ОМС составили 5261,6 тысяч рублей.

3. В направлении работы с ВИЧ-инфицированными пациентами по данным 2017 г. к особенностям можно отнести превышение ряда целевых показателей:
   - процент обследованных на ВИЧ-инфекцию составляет 23,8% от населения края (целевой показатель - 21%)
   - диспансерная группа ВИЧ-положительных пациентов, подлежащих наблюдению, составила 92,4% (при целевом показателе - 76,7%)
   - охват антиретровирусной терапией лиц с ВИЧ-инфекцией от числа состоящих на диспансерном учете составил 47,3% (при целевом показателе - 44% и соответствующем показателе по РФ - 46,3%)
   - охват информированностью населения края по проблеме ВИЧ/СПИД обеспечен на 86% (целевой показатель - 84%).

Основные задачи, стоящие перед инфекционной службой Забайкальского края:

- эффективное использование коечного фонда, сохранение основных структур, развитие дневных стационаров, приведение действующих отделений и кабинетов в соответствии с требованиями санитарного законодательства, порядков оказания медицинской помощи по профилю
- активное участие в Реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в части иммунопрофилактики инфекционных болезней, профилактики и лечения больных ВИЧ/СПИД, хроническим гепатитом В, С
- повышение уровня подготовки и квалификации медицинских кадров первичного звена по инфекционной патологии и, как следствие, повышение качества медицинской помощи инфекционным больным
- дальнейшее развитие нормативной и методической базы в области организации лечебной работы и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний
- совершенствование регистрации и системы отчетности, создание регистров по отдельным нозологиям на основе современных информационных технологий
- совершенствование инфраструктуры инфекционной службы и принятие действенных мер по укреплению материально-технической базы инфекционной службы
- пересмотр системы и методов диспансерного наблюдения переболевших острыми и страдающих хроническими инфекционными болезнями.

Юрчук С.В.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГУЗ "КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА" В РАЗРЕЗЕ КСГ ЗА 2015-2017 ГОДЫ

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница"

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" является единственным специализированным стационаром в Забайкальском крае, предназначенным для госпитализации, проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам с различными бактериальными и вирусными инфекционными заболеваниями. В больнице предусмотрена высокая маневренность, при которой лечебные отделения как взрослые, так и детские могут быть перепрофилированы для госпитализации больных с любыми инфекционными заболеваниями в зависимости от эпидемической обстановки в крае и потребности в койках. Мощность стационара ГУЗ ККИБ составляет 220 коек, в том числе 94 койки предназначены для оказания медицинской помощи взрослым, 114 - детям, 12 - реанимационным больным.

ГУЗ ККИБ на протяжении всех лет работает с положительным медико-социальным и экономическим эффектом: ежегодно порядка 97% пациентов выписываются с улучшением и выздоровлением, показатели работы коечного фонда свидетельствуют о его рациональном использовании. Для повышения эффективности работы коечного фонда, а также в целях оказания медицинской помощи больным с хроническими вирусными гепатитами на базе стационара круглосуточного пребывания развернут дневной стационар, рассчитанный на 2 койки.

Таблица 1

Основные показатели работы стационара
ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" за 2015-2017 годы

№	Показатель	2015 год	2016 год	2017 год	РФ	СФО
1	Поступило больных всего	8381	8307	8364		
2	Выписано больных	8359	8326	8290		
3	Проведено койко-дней	68.515	65.468	63.612		
4	Работа койки	314,3	297,6	291,8	294,3	283,1
5	Средние сроки лечения	8,2	7,87	7,63	7,27	6,95
6	Оборот койки	38,3	37,8	38,2	38,5	39

Сложившиеся за три анализируемых года показатели работы стационара соответствуют средним показателям по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу.

Таблица 2

Фактически выполненные объемы медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", в рамках реализации территориальной программы ОМС

№	Показатель	2015 год	2016 год	2017 год
1	Количество случаев лечения всего	8359	8326	8290
2	Количество случаев лечения детей	5079	5102	5309
3	% пролеченных детей (от числа всех пролеченных)	60,76	61,27	64,04
4	Количество случаев лечения взрослых пациентов	3280	3224	2981
5	% пролеченных взрослых пациентов (от числа всех пролеченных)	39,24	38,73	35,96

Стоит отметить, что количество детей, пролеченных в стационаре ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в течение анализируемых лет увеличилось на 3,3% и составила в 2017 году 64,04% от числа всех пролеченных пациентов.

Проведенный структурный анализ работы ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" за 2015-2017 годы в разрезе клинико-статистических групп на предмет количества случаев, пролеченных в медицинской организации детей и взрослых, представлены в таблицах № 3-4.

Таблица 3

Пролечено по КСГ (количество случаев), дети

КСГ	Профиль/ наименование КСГ	Количество случаев			% от числа пролеченных пациентов			Средний % за 3 года от числа пролеченных пациентов
		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
Инфекционные болезни		**2270**	**2771**	**3464**	**44,69**	**54,32**	**65,25**	**54,75**
57	Кишечные инфекции, дети	1237	1372	1517	24,36	26,89	28,57	26,61
66	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	830	1101	1610	16,34	21,58	30,33	22,75
64	Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети	203	293	216	4	5,74	4,07	4,60
67	Грипп, вирус гриппа идентифицирован			120	0	0	2,26	0,75
68	Клещевой энцефалит		5	1	0	0,1	0,02	0,04
Неонатология		**40**	**13**	**23**	**0,79**	**0,25**	**0,43**	**0,49**
111-113	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде	40	13	23	0,79	0,25	0,43	0,49
Пульмонология		**731**	**501**	**872**	**14,39**	**9,82**	**16,42**	**13,54**
188	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	731	501	872	14,39	9,82	16,42	13,54
Терапия		**1519**	**1248**	**853**	**29,91**	**24,46**	**16,07**	**23,48**
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	1519	1248	853	29,91	24,46	16,07	23,48
Прочие		**519**	**569**	**97**	**10,22**	**11,15**	**1,83**	**7,73**
	ИТОГО	5079	5102	5309	100	100	100	100,00

Представленные в таблице данные свидетельствуют о следующем: доля госпитализированных в ГУЗ ККИБ детей в разрезе КСГ по профилю "Инфекционные болезни" составила 54,75% от всех пролеченных за 3 года в стационаре детей. В структурном составе профиля на первом месте находятся заболевания КСГ "Кишечные инфекции" - 48,51%, на втором - КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети" - 41,63%, КСГ "Другие инфекционные и паразитарные болезни", включая КСГ "Грипп, вирус гриппа идентифицирован", а также КСГ "Клещевой энцефалит" составили 9,86% от общего количества.

Доля детей, пролеченных в стационаре по профилю "Пульмонология" (КСГ "Пневмония, плеврит, другие болезни плевры") составил 13,54% от всей структуры выполненных объемов, по профилю "Терапия" (КСГ "Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания") - 23,48%, "Неонатология" - 0,49%, прочие заболевания (единичные случаи из разных профилей КСГ) - 7,73%.

Таблица 4

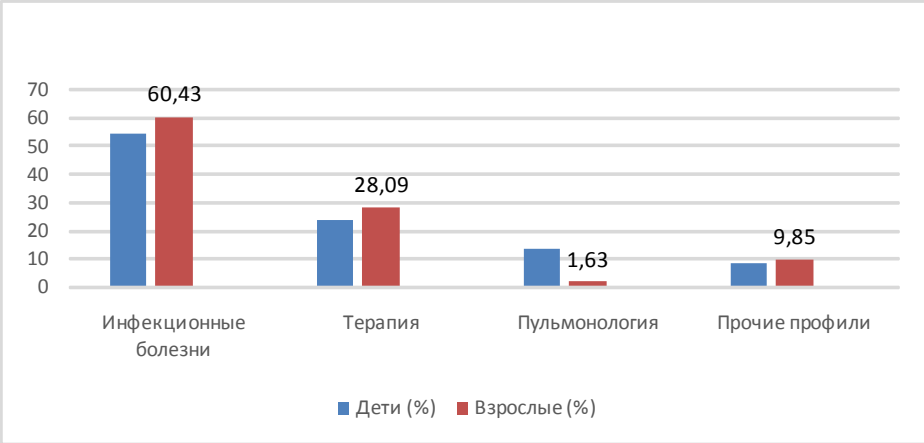
Пролечено по КСГ (количество случаев), взрослые

КСГ	Профиль/ наименование КСГ	Количество случаев			% от числа пролеченных пациентов			Средний % за 3 года от числа пролеченных пациентов
		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
Инфекционные болезни		**1669**	**1854**	**2159**	**51,29**	**52,35**	**77,65**	**60,43**
56	Кишечные инфекции, взрослые	585	521	441	17,98	14,71	15,86	16,18
65	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	559	851	965	17,18	24,03	34,71	25,31
59	Вирусный гепатит, хронический	356	329	300	10,94	9,29	10,79	10,34
58	Вирусный гепатит, острый	34	13	24	1,04	0,37	0,86	0,76
63	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	135	136	231	4,15	3,84	8,31	5,43
67	Грипп, вирус гриппа идентифицирован			185	0	0	6,65	2,22
68	Клещевой энцефалит		4	13	0	0,11	0,47	0,19
Пульмонология		**30**	**59**	**64**	**0,92**	**1,67**	**2,3**	**1,63**
188	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	30	59	64	0,92	1,67	2,3	1,63
Терапия		**1124**	**1282**	**376**	**34,54**	**36,19**	**13,53**	**28,09**
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	1124	1282	376	34,54	36,19	13,53	28,09
Прочие		**431**	**347**	**181**	**13,25**	**9,80**	**6,51**	**9,85**
	ИТОГО	3280	3224	2981	100	100	100	100

Структурный анализ выполненных объемов медицинской помощи по круглосуточному стационару в разрезе КСГ показал, что доля взрослых пациентов, госпитализированных в Краевую клиническую инфекционную больницу по профилю "Инфекционные болезни", составил 60,43% от всех пролеченных за 3 года в стационаре взрослых пациентов. В структурном составе профиля КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые" составил 41,8% от общего количества взрослых пациентов, КСГ "Кишечные инфекции, взрослые" - 27,23%. КСГ "Вирусный гепатит хронический" находится на третьем месте и занимает в структуре профиля "Инфекционные болезни" - 17,3%. КСГ "Другие инфекционные и паразитарные болезни", включая КСГ "Грипп, вирус гриппа идентифицирован", "Вирусный гепатит, хронический", а также КСГ "Клещевой энцефалит" составили 13,67% от общего числа пролеченных взрослых пациентов по профилю "Инфекционные болезни".

Доля взрослых, пролеченных в стационаре по профилю "Пульмонология" (КСГ "Пневмония, плеврит, другие болезни плевры") составила 1,63% от всей структуры выполненных объемов, по профилю "Терапия" (КСГ "Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания") - 28,09%, прочие заболевания (единичные случаи из разных профилей КСГ) - 9,85%.

Сравнительные данные по распределению числа взрослых и детей, пролеченных в стационаре ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в разрезе профилей КСГ в 2015-2017 годах



Таким образом, проведенный структурный анализ заболеваемости в ГУЗ ККИБ в разрезе КСГ за 2015-2017 годы продемонстрировал, что лидирующим профилем КСГ по количеству пролеченных в стационаре пациентов как среди детей, так и среди взрослых является профиль "Инфекционные болезни". При этом внутри данного профиля доля взрослых и детей, пролеченных по одинаковым КСГ различается: у детей первое место занимает КСГ "Кишечные инфекции, дети" (48,51%), у взрослых - КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые" (41,8% от общего количества); на втором месте у детей - КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети" (41,63%), в то время как у взрослых - КСГ "Кишечные инфекции, взрослые" (27,23%). Профиль КСГ "Терапия" по количеству пролеченных в круглосуточном стационаре пациентов находится на втором месте, при этом у детей составил 23,48%, у взрослых - 28,09% от общего количества пролеченных пациентов. Профиль КСГ "Пульмонология" у детей - 13,54%, у взрослых - 1,63% от общего количества пролеченных. Это связано с увеличившимся количеством внебольничных пневмоний среди детей в 2017 г.

Другие профили КСГ: "Другие инфекционные и паразитарные болезни", "Грипп, вирус гриппа идентифицирован", "Клещевой энцефалит", "Вирусный гепатит острый у детей", к которым можно отнести прочие инфекционные заболевания, составил у детей - 8,22%, а у взрослых - 9,85%.

Емельянова А.Н.[1], Чупрова Г.А.[1], Емельянов А.С.[1], Муратова Е.[2], Юрчук С.В.[2], Витковский Ю.А.[1]

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА В В ЭПИДСЕЗОН 2016 -2017 гг.

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия
[2]ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница". Чита, Россия

Грипп и ОРВИ остаются одной из самых актуальных проблем здравоохранения. В структуре инфекционной заболеваемости на грипп и ОРВИ приходится до 90-95% случаев от всех регистрируемых в стране инфекционных заболеваний.Учитывая постоянное появление в циркулировании существенно измененных штаммов вируса гриппа А[1,4,5]; значимые вспышки гриппа В в 1979 году в Сингапуре, 1978-79 годах в Ганновере, в Японии, и Англии, 1986 году в Ленинграде, 2002 году в Шанхае, 2004 - в Малайзии, увеличенное число заражений серотипом В России в 2012-2013 годах и 2015, необходим не только непрерывный контроль за эпидемической ситуацией, но и регистрация возможных изменений характера клинической картины и тяжести заболевания, выявление предикторов их развития для своевременного реагирования и предупреждения развития осложнений и летальных исходов.

Цель исследования. Дать оценку клинико-эпидемиологическим и лабораторным особенностям гриппа В в эпидемический сезон 2016-2017 гг.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 96 больных с гриппом В в возрасте от 17 до 80 лет, поступивших на стационарное лечение в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" г. Читы в эпидсезоне 2016-2017 гг. Верификация диагноза в 100% осуществлялась методом ПЦР. Все больные получили стандартное лечение противовирусными, дезинтоксикационными, по показаниям - антибактериальными препаратами. У 20 больных проведено определение показателя лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) по методу, предложенному Ю.А. Витковским и соавт. (1999) на 3 сутки с момента поступления в стационар. Свежую гепаринизированную кровь обследуемых больных наслаивали на градиент урографинфекол (плотность 1,077) и выделяли лимфоциты. Собирали интерфазное кольцо, содержащее клетки и кровяные пластинки, однократно промывали фосфатно-солевым буфером (pH 7,4) и центрифугировали на 1500 об/мин. в течение 7 минут. Надосадочную жидкость сливали, осадок микроскопировали в камере Горяева. Подсчет лимфоцитарно-тромбоцитарных коагрегатов производили на 100 клеток. Для выявления закономерностей анализ гемограммы осуществлялся у каждого пациента с подтвержденным гриппом В.

Контрольную группу составили 50 здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту. Статистическая обработка осуществлена при помощи электронной программы Windows XP Excel, 2010, "Биостат, 2006". Достоверность различий между двумя независимыми совокупностями оценивали с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия сравниваемых показателей считали достоверными при $p \leq 0,05$. В работе соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной медицинской Ассоциации (World Medical Association Declarationof Helsinki) 1964, 2013 - поправка) и Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава РФ (19.06.2003 г. № 266).

Полученные результаты. В 2016-2017 гг. во время эпидемического периода в Забайкальском крае первый случай заболевания гриппом В зарегистрирован 15 февраля, последний - 8 мая 2017 г. Пик заболеваемости пришелся на март 2017 г. (61,5% от общего числа госпитализированных с гриппом В). Средний возраст заболевших составил 27,6±2,7 лет. Установлено, что основная группа обследуемых представлена женщина-

ми - 70%, из них 56,2 % - беременными на разных сроках гестации. Обращение за медицинской помощью в первые сутки от начала заболевания отмечается в 55% случаев. 25% пациентов связывали своё заболевание с переохлаждением, 25% указывали на наличие контакта с больными ОРВИ или гриппом.

Анализируя особенности клинического течения гриппа В выявлено, что заболевание начиналось остро с повышения температуры до фебрильных цифр в 40,62%, до субфебрильных - 54,2%, пиретических - 5,2% и/или синдрома интоксикации. Катарально-респираторный синдром манифистировал себя явлениями ринофарингита у 11,5% больных, ринофарингита и ларингита - у 1%, ринофарингита и бронхита - у 80,2%; ринофарингита и трахеобронхита - у 7,3%. Несмотря на то, что клиническая картина характеризовалась выраженным интоксикационным синдромом, обусловленного гипертермией, головной болью, миалгиями, артралгиями, выраженной слабостью, в 100% случаев имела место среднетяжелая форма заболевания и только в 3,1% случаев - осложненное вирусно-бактериальной пневмонией течение. Среднее число дней пребывания на больничной койке составило 6,36±1 к/день.

При оценке гемограммы изменений не выявлено у 60,4% пациентов, лейкоцитоз имел место в 33,3%, а лейкопения - в 6,3% случаев. При оценке показателей периферического анализа крови выявлено, что среднее их значение не превышало нормы и составило: лейкоцитов - $5,19±0,6*10^9$/л, гемоглобина - 128,6±4,7 г/л, лимфоцитов - 27,3±2,7%. СОЭ практически не превышало показателей нормы и составило 15,4±2,7мм/ч.

Неблагоприятный коморбидный фон, обусловленный наличием ХОБЛ, наблюдался у 5,2% госпитализированных, а 30% заболевших курили.

Примером тесной взаимосвязи иммунитета и гемостаза, которые составляют часть единой интегральной клеточно-гуморальной системы, является феномен лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) [2]. Известно, что тромбоциты способны вступать в контакт с гранулоцитами в процессе остановки кровотечения и развития воспалительной реакции. Механизмы взаимодействия кровяных пластинок и лимфоцитов, непосредственных участников иммунного ответа, изучены при многих инфекционных заболеваниях [3,4], однако, недостаточно освещены при гриппе В. При определении ЛТА у 20 пациентов установлено, что у пациентов с гриппом В повышалась способность лимфоцитов к взаимодействию с тромбоцитами по сравнению с группой контроля (табл. 1).

Таблица 1

Лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия у больных с гриппом" В" (M±m)

Показатели (%)	**Контроль (n=20)**	**Показатели ЛТА у больных с гриппом В (n=20)**
ЛТА P_1	11,62±1,1 $P_1 \geq 0,05$	15,3±2,2 $P_1 \leq 0,04$

Примечание: P_1- достоверность различий по сравнению со здоровыми.

Выводы

1) при среднетяжелой форме гриппа В в клинической картине превалировали типичные, клинические признаки гриппа в виде умеренно-выраженного катарально-респираторного синдрома и синдрома интоксикации
2) в большинстве случаев заболевание протекало с явлениями трахеобронхита
3) грипп В преобладал в группе лиц молодого возраста, среди которых превалировали женщины
4) изменений в периферическом анализе крови, которые повлияли бы на течение и исход заболевания, выявлено не было
5) у больных с гриппом В повышается способность лимфоцитов к взаимодействию с тромбоцитами.

Список литературы:

1. Анализ вспышки высокопатогенного гриппа A(H1N1) в Забайкальском крае в 2009 г. / Л.Б. Кижло [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2011. - № 5. - С. 50-52.
2. Витковский Ю.А. Феномен лимфоцитарно-тромбоцитарногорозеткообразования. / Б.И. Кузник, А.В. Солпов//Иммунология. - 1999. - № 4. - С. 35-37.
3. Емельянова А.Н. ЛТА у больных рожей / А.Н. Емельянова, Ю.А. Витковский // Медицинская иммунология. - 2013. - Т.15, № 2. - С. 163-168.
4. Клинические и патогенетические закономерности гриппа H1N1/09/ А.В. Говорин, А.Н. Емельянова [и др.]. - Новосибирск: Наука, 2015. - 303 с. Тираж 500 экз.
5. Особенности течения гриппа и ОРВИ в эпидемический сезон 2016-2017 гг. в Забайкальском крае, Всероссийская междисциплинарная научно-практическая конференция с международным участием "Социально-значимые и особо опасные инфекционные заболевания", г. Сочи, 1-4 ноября 2017 г.

Березовская Т.С., Мироманова Н.А., Бочкарева Л.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОРВИ

Читинская государственная медицинская академия, г.Чита

В настоящее время на фармацевтическом рынке имеется большой арсенал противовирусных препаратов различных как по ценовой политике и форме выпуска, так же по эффективности.

Цель работы. Выделить наиболее эффективный противовирусный препарат для лечения и профилактики ОРВИ.

Материалы и методы. Проведено анонимное независимое анкетирование студентов 6 курса педиатрического факультета (n=78), из них девушек 57 (73,1%) и молодых людей 21 (26,9%). Полученные данные статистически обработаны с помощью программы Statistika.

Результаты. В результате анализа полученных данных мы выявили, что самым эффективным препаратом для лечения острых респираторных вирусных инфекций студенты считают Кагоцел® таблетки 12 мг - 24 человека (30%), особенно указывая на пользу данного лекарственного средства при начале приема в первые сутки заболевания. Равную эффективность респонденты отмечают у Циклоферон® таблетки 150 мг и Ингавирин® капсулы 90 мг - по 13 студентов (по 16,7%), которые отмечают хороший терапевтический результат данных препаратов при начале их приема в первые двое суток от начала катаральных проявлений. Всего 9 человек (11,5%) с курса получают желаемый эффект от приема таблеток эргоферона, так же указывая на необходимость начала терапии в первые двое суток от начала заболевания. Двое студентов, прошедших анкетирование, ответили что никогда при клинических проявлениях ОРВИ не используют противовирусные препараты и проводят лишь симптоматическую терапию.

Приверженность к лекарственной профилактике ОРВИ, в сезон эпидемического подъёма, на курсе составляет 38,5% (30 студентов), из них большинство девушек - 21 (70%). Среди препаратов, позволяющих защититься от респираторных вирусных инфекций, лидирует Кагоцел® таблетки 12 мг - 12 человек (15,4%), принимаемый по рекомендуемой схеме профилактики. Так же полезным в период подъема ОРВИ студенты считают таблетки анаферон с 10 дневным курсом профилактики - 6 человек (7,7%). По 4 респондента (по 5,1%) отметили одинаковую эффективность при приеме с профилактической целью витаминов, Циклоферон® таблеток 150 мг и Арбидол® капсулы 100 мг.

Вывод. По мнению студентов 6 курса педиатрического факультета, основанному на собственном опыте, наиболее эффективным препаратом для лечения и профилактики ОРВИ является Кагоцел® таблетки 12 мг.

Березовская Т.С.[1], Мироманова Н.А.[1], Зверева Л.А.[2], Патеюк Ю.Н.[2], Бочкарева Л.С.[1]

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕДИАГНОСТИРОВАННОГО ПОРОКА СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, ПОВЛЕКШЕГО СМЕРТЬ РЕБЕНКА НА ФОНЕ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

[1]*Читинская государственная медицинская академия, г.Чита,*
[2]*Краевая клиническая инфекционная больница, г.Чита*

Больной М., в возрасте 1 месяц, поступил в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" (ККИБ) по направлению участкового врача с диагнозом: Инфекционный энтерит, средней степени тяжести. Анамнез заболевания: Заболевание началось за 11 часов 30 минут до госпитализации с появления вялости и отказа от груди. Через 5 часов после кормления грудью появилась рвота и жидкий стул с зеленью без частоты и без запаха. Осмотрен бригадой скорой медицинской помощи, не госпитализирован (причина неизвестна!). Утром обратились в поликлинику к участковому педиатру и с диагнозом "инфекционный энтерит" направлен в ГУЗ ККИБ, во время транспортировки отмечено резкое ухудшение состояние пациента, в связи с чем госпитализирован в ОРИТ.

Из анамнеза жизни: Ребенок от 3 беременности и 3 родов в срок естественным путем с оценкой по шкале Апгар 10/10 баллов. Во время беременности прием мальтофера по поводу гестационной анемии и вильпрофена с диагнозом хламидиоз на 30 неделе. Данные об исследовании на TORCH-инфекции отсутствуют. Послеродовый период и период новорожденности без особенностей. Вакцинирован по возрасту (ВГВ и БЦЖ). С момента выписки из родильного дома осмотрен первично врачом педиатром и двукратно участковой медицинской сестрой с заключением осмотра - здоров. По данным эпидемиологического анамнеза контакт с инфекционными больными не выявлен. Кормление грудью (диету мама не соблюдала) и смесью "Nan" (данные о правильности приготовления и хранения отсутствуют), что могло явиться фактором инфицирования.

При поступлении диагноз расширен: Инфекционный гастроэнтероколит, неуточненной этиологии, тяжелой степени. ИТШ 2 степени. Пневмония? Гипербилирубинемия. Состояние пациента расценено как

тяжелое за счет проявлений основного заболевания и его осложнения, прогноз заболевания серьезный. За время наблюдения диагностические и лечебные мероприятия проведены в полном объеме и своевременно. По заключению инструментальных методов исследования: рентген ОГК - двусторонняя полисегментарная пневмония и кардиомегалия, ЭхоКГ - недостаточность митрального и трикуспидального клапанов, дилатация левых камер, не исключается аномалия развития коронарных сосудов. Пациент двукратно осмотрен консилиумом ведущих специалистов ГУЗ. Краевая клиническая инфекционная больница и главным внештатным детским инфекционистом с целью уточнения диагноза и выбора тактики ведения. К консультации привлечен главный детский реаниматолог-анестезиолог.

В динамике состояние пациента прогрессивно ухудшалось за счет явлений шока смешанного генеза и нарастающей полиорганной недостаточности, все реанимационные мероприятия не принесли успеха и через 22 часа 55 минут констатирована биологическая смерть пациента. Посмертный диагноз: *Основной:* ВПС: аномалия развития коронарных сосудов. Инфаркт миокарда боковой, задней стенки левого желудочка. ХСН 3 ст. *Конкурирующий:* Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелой степени. *Осложнение:* Шок смешанного генеза (кардиогенный, септический) декомпенсированный. Синдром полиорганной недостаточности. Отек головного мозга. Отек легких. ДВСК (состоявшееся желудочное кровотечение). *Сопутствующий:* Инфекционный гастроэнтероколит?

В результате секционного исследования установлен патологоанатомический диагноз: *Основное комбинированное заболевание:*

1. Острая аденовирусная инфекция (прижизненное вирусологическое исследование - обнаружен hAdvB, C, E): катарально - десквамативный ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит; двусторонняя интерстициальная пневмония; очаговый интерстициальный миокардит; катарально-десквамативный энтерит.
2. Первичная кардиомиопатия: некомпактный миокард левого желудочка с вторичным фиброэластозом эндокарда, миогенной дилатацией полостей сердца, относительной недостаточностью створок митрального и трикуспидального клапанов, расширением левого и правого атриовентрикулярных отверстий. Кардиомегалия (31 г, норма 23 г).

Осложнения основного заболевания: Очаговая фрагментация кардиомиоцитов (фибрилляция желудочков). Некоронарогенные метаболические множественные некрозы миокарда задней, боковой стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки. Респираторный - дистресс синдром взрослого типа (диффузное альвеолярное повреждение). Хроническое общее венозное полнокровие внутренних органов. Водянка серозных полостей: гидроперикард (6 мл), двусторонний гидроторакс (9 мл). Тромбогеморрагический синдром. Отек - набухание головного мозга. Акцидентальная трансформация вилочковой железы 1-2 фаза. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Сопутствующие заболевания: Открытое овальное окно. Гетеротопия вилочковой железы.

Непосредственная причина смерти: Очаговая фрагментация кардиомиоцитов (фибрилляция желудочков).

Заключение. Учитывая установленную первичную кардиомиопатию с вторичным фиброэластозом эндокарда (у детей чаще всего как результат тяжелых врожденных пороков сердца) и не исключенную аномалию коронарных сосудов (по ЭхоКГ - устья коронарных сосудов не лоцируются, по протоколу патологоанатомического вскрытия - не указана локализация устья левой и правой коронарной артерий), особенно если у пациента было аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола (АОЛКА от ЛА), согласно литературным данным, любой неблагоприятный фактор, в том числе и инфекционный агент, мог привести к гибели пациента. Врачам необходимо иметь высокую настороженность и выяснять возможные маркеры наличия пороков развития сердечно-сосудистой системы у детей.

Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А., Березовская Т.С..

ВЕТРЯНАЯ ОСПА, ХАРАКТЕР ТЕЧЕНИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Актуальность. Ветряная оспа представляет собой инфекционное заболевание, относящееся к группе детских инфекций по причине наибольшей распространенности среди детей, особенно в возрасте до 10 лет. Заболеваемость ветряной оспой в Забайкальском крае в 2017 году составила 583,3 случая на 100 тыс. населения. Ветряная оспа у детей обычно характеризуется лёгким течением, но в некоторых случаях могут наблюдаться серьезные осложнения, включая бактериальные инфекции (пневмония и пр.) и неврологические осложнения (энцефалит), которые могут быть смертельными. Более высокая заболеваемость и смертность от болезни характерна для новорожденных и лиц с нарушениями иммунной системы.

Цель исследования: установить особенности течения ветряной оспы среди госпитализированных больных детского возраста на современном этапе.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни детей с ветряной оспой обоего пола (50% мальчиков, 50% девочек) в возрасте от 1 месяца до 13 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" с января 2015 года по декабрь 2017 года. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Результаты исследований. В ходе исследования выявлено, что наибольшее число заболевших ветряной оспой среди госпитализированных больных наблюдалось в возрастной группе детей до 1 года (52%), на группы в возрасте с 1 до 3 лет и старше 3-х лет пришлось 28% и 20% соответственно. В 94% случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 2% наблюдалось легкое течение болезни, тяжелые проявления ветряной оспы отмечались у 2% госпитализированных детей. Осложненное течение ветряной оспы зарегистрировано у 18% детей. При этом наиболее часто осложнения фиксировались среди детей первого года жизни (44,5%), у детей в возрасте от года до 3 лет их частота снижалась до 33,3%. У детей старше 3-х летнего возраста частота осложнений составила 22,2%. Структура осложнений распределилась следующим образом: пиодермия - 44,5%, 22,2% - стрептодермия, 22,2% - инфильтрат подкожно-жировой клетчатки,11,1% - афтозный стоматит. Фоновые состояния, которые могли способствовать тяжелому и осложненному течению болезни (иммунодефицитные состояния и другие), у наблюдаемых нами госпитализированных больных не выявлено. Длительность периода высыпаний составила в среднем 6±1,4 дней. Средние показатели температуры тела среди госпитализированных детей при ветряной оспе регистрировались на уровне 38±0,5°С. Выраженных изменений в гемограмме у больных не выявлялось. Во всех случаях заболевание заканчивалось благоприятно. Среднее количество койко-дней составило 8±2,3. Несмотря на то, что ветряная оспа предусматривает установление диагноза по клиническим и эпидемиологическим критериям, в стационарных условиях в 100% случаев течение ветряной оспы подтверждалась при помощи ПЦР-исследования (обнаружение вируса варицелла-зостер-VZV в содержимом везикул). При этом моноинфекция, вызванная VZV, наблюдалась у 96% госпитализированных детей, а в 4% наблюдалось течение микст-инфекции (у 2% сочетание VZVc герпесом 6 типа; в 2% - с вирусом герпеса 1, 2 типа). Лечение проводилось противовирусными препаратами: ацикловир - 86%, циклоферон - 14%, что соответствовало стандартам лечения ветряной оспы. Следует отметить, что частота назначения антибактериальных препаратов-30%, не соответствовала встречаемости бактериальных осложнений - 18% случаев.

Выводы. Ветряная оспа среди госпитализированных больных в целом характеризуется среднетяжелым течением, регистрируясь чаще среди детей первого года жизни и формируя в каждом втором случае в этой возрастной группе бактериальные осложнения. Антибактериальная терапия должна быть всегда обоснованной и назначаться строго по клиническими показаниям. Микст-инфицирование вируса варицелла-зостер с вирусами герпеса 1,2 и 6-го типов наблюдается редко, но может способствовать изменению классической картины болезни и требовать интенсификации этиотропной терапии.

Брылёва Л.И.[1], Калинина Э.Н.[2], Дашипылова Е.Д.[2], Базарова А.Ч.[2]

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И ПРОКАЛЬЦИТОНИН, КАК БИОМАРКЁРЫ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

[1]ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", г. Чита
[2]Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Инфекционные болезни остаются одной из ведущих причин смерти на земном шаре. По данным ВОЗ ежегодно умирает 16 млн. людей, причиной смерти которых являются инфекционные болезни, занимающие 3-4 позиции в структуре причин смертности. И хотя в этиологической структуре вирусная инфекция преобладает над бактериальной, именно последняя определяет развитие синдрома системного воспалительного ответа (сепсиса), который утяжеляет течение инфекционной болезни. Каждый год в мире регистрируется 18 миллионов случаев сепсиса, 30% из них закачиваются летальным исходом.

В последнее время на госпитальном этапе оказания ургентной медицинской помощи всё шире аргументируется целесообразность использования определённого набора биомаркёров. На сегодняшний день наиболее хорошо изученными и достаточно широко используемыми в клинической практике являются тест на прокальцитонин (ПКТ) и С-реактивный белок (СРБ).

Цель. Определить диагностическую ценность тестов на ПКТ и СРБ в сыворотке крови у больных с различными бактериальными инфекциями.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 52 историй болезни пациентов с положительным тестом на ПКТ и СРБ, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" г. Чита с июня по декабрь 2017 г. Для определения уровня ПКТ использовался полуколичественный тест Brahms PCT-Q (Германия). С-реактивный белок

определялся полуколичественным методом латекс-аглютинации с использованием специфичных антител (Россия). Полученные данные обработаны при помощи программы Microsoft Office Excel 2010.

Результаты. За исследуемый период тесты на прокальцитонин и С-реативный белок были положительными (ПКТ≥0,5 нг/мл и СРБ более 10,2 мг/мл) у 52 пациентов (42 детей и 10 взрослых), находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии Краевой клинической инфекционной больнице г. Чита. Среди анализируемых случаев заболеваний наиболее высокие показатели ПКТ и СРБ регистрировались при менингококцемии (3,8%) - ПКТ≥10,0нг/мл и СРБ более 20 мг\мл. На втором месте, по уровню ПКТ и СРБ - инфекции нижних дыхательных путей (бактериальные пневмонии 52%) - ПКТ ≥ 1,2 нг/мл и СРБ более 11,2 мг\мл. На третьем месте кишечные бактериальные инфекции (9,6%) - ПКТ ≥ 1,1нг/мл и СРБ 10,2 мг\мл.

Острый энцефаломиелит и менингоэнцефалит (серозного характера, в том числе и герпетический энцефалит) как у детей, так и у взрослых пациентов (9,6%) незначительно отличается показателями биомаркеров - ПКТ ≥ 1,1нг/мл и СРБ 10,8 мг\мл. Низкие положительные результаты ПКТ регистрировались при острых инфекциях верхних дыхательных путей (25%) - ≥ 0,5нг/мл, цитомегаловирусной инфекции (9,6%) - ≥ 0,5 нг/мл, при этом СРБ умеренно повышен до 10,2 мг\мл.

Вывод. Таким образом, необходимо отметить, что определение С-реактивного белка и прокальцитонинового теста является наиболее приемлемыми биомаркерами течения бактериальной инфекции с бактериемией. Поэтому данные биомаркеры должны широко использоваться в практике врача ургентной медицины для оценки тяжести и прогнозирования течения заболевания и контроля антибиотической терапии. Сочетанное измерение ПКТ и СРБ позволяет проводить раннюю дифференциальную диагностику воспалительных процессов, связанных и не связанных с бактериальными инфекциями, прогнозировать их развитие и осуществлять мониторинг их тяжести, проводить объективно обоснованную терапию.

Брылёва Л.И., Веселова Е.В., Севостьянова А.В., Солдатова К.Ю.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", г. Чита

За последние десятилетия лазерная терапия заняла прочные позиции в медицине. Создание современных лазерных установок позволило использовать их при лечении многих заболеваний и патологических состояний. Одним из наиболее распространенных способов воздействия низкоинтенсивным лазерным излучением на организм человека является внутривенное лазерное облучение крови, которое в настоящее время успешно используется в кардиологии, эндокринологии, неврологии и других областях. Применение внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) позволяет значительно сократить сроки лечения, увеличить время ремиссии, стабилизировать течение заболеваний.

Цель нашей работы - оценка клинической эффективности применения внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) в терапии острых внебольничных пневмоний средней степени тяжести у детей.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Краевой клинической инфекционной больницы г. Чита, в ходе которого проанализировано 30 историй болезни.

Курс процедур ВЛОК проведен у 20 больных острыми пневмониями, контрольную группу составили 14 пациентов, кому лазерная терапия не применялась. Следует отметить, что пациенты контрольной группы достоверно не различались по полу, возрасту, тяжести болезни по сравнению с пациентами, в лечении которых применялась лазеротерапия. Критерием исключения была сопутствующая инфекционная патология. Как правило, медикаментозное лечение включало в себя противовирусную, антибактериальную терапию, а также симптоматическую. Использовался лазерный терапевтический аппарат "ВЛОК". Одноразовый световод, находящийся внутри пункционной иглы, вводился в кубитальную вену. Длина волны излучения 0,63 мкм, мощность 1 мВт, время облучения составляло 40 минут. Курс ВЛОК включал ежедневные процедуры в среднем 5 дней. Проведено исследование показателей гемограммы, анализ клинических симптомов: длительность интоксикации, выраженность аускультативной картины. По результатам нашего исследования, средняя длительность пребывания пациента на койке при использовании ВЛОК составила 8,2±0,554 дня, в контрольной группе - 11,9±1,14 дней. Отмечена положительная динамика проявлений гематологических показателей в группе больных с ВЛОК: снижение лейкоцитов, нейтрофилов, СОЭ. Во время проведения сеансов ВЛОК у наших пациентов не отмечалось негативных реакций в виде лихорадки, местных воспалительных изменений. Ухаживающие родители отмечают хорошую переносимость детьми данной процедуры, что повышает приверженность пациентов к терапии в стационаре и общую удовлетворенность лечением.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что курсовое применение ВЛОК обладает мощным противовоспалительным эффектом и приводит к достоверной положительной динамике показателей гемограммы, раннему купированию клинических симптомов, снижению сроков пребывания пациентов в стационаре.

Калинина Э.Н.[1], Журавлева Е.А.[2], Кульда Н.А.[3], Емельянова А.Н.[1]

ИЗУЧЕНИЕ КОНТАМИНАЦИИ КОЖИ РУК И СОТОВЫХ ТЕЛЕФОНОВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ

[1]Читинская государственная медицинская академия, г. Чита
[2]ГУЗ "Краевая детская клиническая больница", г. Чита
[3]ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", г. Чита

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются основной проблемой при обеспечении безопасности пациентов, именно поэтому предотвращение их возникновения должно быть приоритетной задачей для медицинских организаций любого профиля. ИСМП по данным ВОЗ поражают в среднем 5-10 % пациентов, находящихся на стационарном лечении, и занимают десятое место среди причин смертности населения. Показатель заболеваемости ИСМП в РФ в 2016 г. составил 1,8 на 1000 госпитализированных больных против 1,7 в 2015 г. В Забайкальском крае в 2016 г. в медицинских организациях было зарегистрировано 325 случаев ИСМП. Основным механизмом передачи возбудителей ИСМП является контактный или контактно-бытовой (как правило, через руки медицинского персонала). С ним связывается до 70% всех случаев ИСМП.

Первоначальные знания об актуальности и принципах профилактики ИСМП врачи получают еще в студенчестве во время учебного процесса. Именно эти знания и отработка практического навыка гигиенической обработки рук на клинических базах является первоочередной мерой в дальнейшей практической деятельности, позволяющей обеспечить более безопасную медицинскую помощь.

Цель работы. Выявить наличие обсемененности микроорганизмами рук и мобильных телефонов студентов 5 курса лечебного факультета ЧГМА. Для решения поставленной цели проанализировали качественный состав микробиоценоза рук и сотовых телефонов, оценили общее микробное число, повысили уровень информированности о ИСМП, наметили эффективные гигиенические мероприятия профилактики ИСМП.

Материалы и методы. На базе Краевой клинической инфекционной больницы (ККИБ) в период прохождения цикла инфекционных болезней у 20 студентов 5 курса ЧГМА были выполнены смывы с рук и телефонов. Одновременно работа осуществлялась в Краевой детской клинической больнице (КДКБ): у 50 работников отделения реанимации и интенсивной терапии и хирургических отделений отобраны смывы с рук. Использовался метод посева на питательных средах и инкубирование посевов с последующей идентификацией колоний. В качестве питательных сред использовали кровяной, солевой агар. Исследования проводились в бактериологической лаборатории ККИБ и микробиологической лаборатории КДКБ. Идентификацию выделенных условно-патогенных микроорганизмов проводили классическими методами, с помощью стандартных тест-систем "MICRO - LA - TEST".

Результаты. Из всех проб (90), взятых до обработки дезинфицирующими средствами рук и телефонов, 39% оказались положительными. Из 70 обследованных у 25% с рук были получены положительные результаты на гемолитический стафилококк - из них 11% с обильным ростом, 44% со скудным и 44% с умеренным ростом; эпидермальный стафилококк выявлялся у 70% с рук - 14% обильный рост, 14% умеренный и 72% скудный. С телефонов - 20 результатов - гемолитический стафилококк - у 15%: 33% - обильный рост, 33% - умеренный и 34% - скудный, сапрофитный стафилококк у 85%: 23,5% обильный рост, 58,8% умеренный, 17,7% скудный. Бактериальная обсеменённость мобильных телефонов и рук у студентов составила 68%. Тогда как в пробах с кожи рук медицинского персонала условно патогенная микрофлора была выделена только в 16% случаях. Это объясняется высокой кратностью обработки рук врачей и медицинских сестер в смену.

Были выделены и идентифицированы 3 вида стафилококка (гемолитический, эпидермальный, сапрофитный), которые относятся к условно-патогенной для человека микрофлоре. Для здоровых людей вероятность инфицирования данными микроорганизмами очень мала, но в случае ослабления иммунитета или уже имеющегося заболевания имеет место риск получения вторичной инфекции.

Выводы. Таким образом, телефон и руки являются основными факторами в цепочке переноса условно-патогенных микроорганизмов, а иногда могут стать причиной возникновения инфекционного заболевания. Поэтому помимо обработки рук, которую студенты проводят перед одеванием перчаток и после снятия, возникает необходимость обработки телефонов влажными антибактериальными салфетками. Для повышения качества обработки рук медицинского персонала в медицинских организациях продолжить использование эпидемиологического мониторинга, который позволяет увеличить кратность обработки рук.

Кочерова В.В.[1], Григорьева С.В.[2], Ли А.А.[2]

СЛУЧАЙ ГЕРПЕС ВИРУСНОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

[1]Читинская государственная медицинская академия, г. Чита
[2]Краевая детская клиническая больница, г. Чита

Общеизвестно, что источником герпес вирусной инфекции (ГВИ) являются вирусоносители и больные манифестными, скрытыми, латентными формами. Пути передачи новорожденным детям, прежде всего,

являются больные матери в момент родов, трансплацентарный - во время беременности, но встречаются случаи и постнатального заражения. В человеческой популяции герпес вирусы широко распространены, восприимчивость к ним высока. По данным Исакова В.А. около 90% населения ими инфицированы, каждый четвертый страдает рецидивирующими формами. Сведений о распространенности в периоде новорожденности и в раннем возрасте, в доступной литературе нам не встречались. В развитии инфекции в период новорожденности большую роль играют матери с латентными формами ГВИ. Ввиду незрелого собственного иммунитета, а часто и иммуноскомпроментированности младенцев создаются условия к развитию генерализованной формы ГВИ, в том числе и менингоэнцефалита.

Мы представляем клинический случай герпетического менингоэнцефалита, развившегося в неонатальный период. В отделении реанимации новорожденных детей Краевой детской клинической больницы г. Читы, находился на лечении ребенок Б., девочка, поступившая в возрасте 21 дней жизни.

Из анамнеза: ребенок родился в срок, вес при рождении 3500, рост 52 см. На учет мать встала в поздние сроки, УЗИ однократное, на сроки 34 недель перенесла ОРВИ, за лечением не обращалась. Сведения об обследованиях матери, развитии ребенка до момента поступления в стационар отсутствуют. Ребенок заболел остро, на 20 сутки жизни отказался от питания (не сосал, не глотал), отмечалось повышение температуры до субфебрильных цифр, сыпи не было. Родители обратились в стационар ЦРБ. При осмотре в приемном покое состояние оценено тяжелым, за счет неврологической симптоматики в виде угнетения, интоксикации, ребенок госпитализирован в отделение реанимации ЦРБ. В течение 6 часов тяжесть состояния усугублялась за счет нарастания общемозговой симптоматики, сознание угнетено до комы 2 ст. Пациент консультировался специалистами КДКБ (реаниматологом, неврологом), с последующим переводом в ОРИТН краевого стационара в возрасте 21 дня жизни. При поступлении младенец находился на ИВЛ, сознание угнетено до комы 2 ст., появились медикаментозно резистентные генерализованные тонико-клонические судороги (получал комбинированную противосудорожную терапию: сибазон, оксибат, тиопентал, депакин, пиридоксин). У ребенка отмечалось выбухание большого родничка, запрокидывание головы, экстензорный гипертонус, перекрест голеней, спонтанный рефлекс Бабинского.

Проведено общеклиническое обследование: в общем анализе крови уровень гемоглобина физиологический (163 г/л), тромбоциты в норме (254 тыс.), лейкоциты при поступлении 8,4 тыс., палочкоядерные нейтрофилы 5%, сегментоядерный 52%, лимфоциты 39%, моноциты 4%, токсическая зернистость лейкоцитов +++, в динамике лейкоциты снижались до 5,6 тыс., преобладали лимфоциты 57%, нейтрофилы 31%, токсическая зернистость лейкоцитов +, общий анализ мочи без патологии, копрограмма - возрастная. Рентгенография грудной клетки - без патологии, нейросонография - общий отек, субэпендимальное кровоизлияние билатеральное. ЭКГ синусовый ритм. Кал на УПМ Klebsiellaepneumonia 103. Бактериологический посев из зева Staphylococcusepidermitis10 5. ПЦР крови на ВУИ отрицательно. ПЦР ликвора на ВУИ - ЦМВ, токсоплазмоз отрицательно, ВПГ 1,2 типа положительно.ИФА ВПГ JgG положительно (без титра и авидности). Общий анализ ликвора: вытекал под давлением, цитоз более 280 клеток с преобладанием лимфоцитов более 50%, с небольшим повышением белка, реакция Панди отрицательная. Ребенок консультирован инфекционистом, неврологом.

После выявления этиологической причины менингоэнцефалита начато специфическое лечение ацикловиром 10 мг/кг каждые 8 часов, 14 дней. Противосудорожная и посиндромная терапия. Однако, на фоне терапии, состояние без положительной динамики, в неврологическом статусе сохраняется угнетение сознания до комы 2 (мышечная атония, арефлексия, отсутствие реакции зрачков на свет, нет реакции с трахеи на санацию, парез мочевого пузыря). В дальнейшем у ребенка развилась атрофия головного мозга, гидроцефалия, системный кандидоз, вентилятор-ассоциированная пневмония, смерть наступила в возрасте 3 месяцев.

Заключение. В данном случае герпетический менингоэнцефалит развился в конце первого месяца жизни, без выявленного контакта с больным острой формой ГВИ. Недостаточное наблюдение женщины во время беременности, отсутствие обследование на ВПГ с определением титра и авидности не позволили своевременно установить латентно текущее заболевание матери, протекавшее "под маской" респираторной патологии. Настороженность врачей на своевременную, в течение 72 часов, специфическую терапию, улучшили бы прогноз по выживанию и сохранению качества жизни.

Маякова Е.И.

ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ В ЛЕЧЕНИИ СТЕАТОГЕПАТИТОВ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита

Жировая болезнь печени, включающая стеатозы и стеатогепатиты, занимает значительное место в структуре хронической патологии печени. В лечении данной патологии широко используются гепатопротекторы - лекарственные средства, которые повышают устойчивость печеночных клеток к патологическим воздействиям, усиливают их обезвреживающую функцию и способствуют восстановлению нарушенных

функций печени. Одним их таких лекарственных препаратов является Эссенциале Н, эффективность и безопасность которого доказана многочисленными исследованиями.

Цель: оценить клиническую эффективность и безопасность эссенциальных фосфолипидов (Эссенциале Н) в комплексной терапии стеатозов и стеатогепатитов различной этиологии.

Материалы и методы: было обследовано 36 больных, в том числе 22 женщины, 14 мужчин. Средний возраст составил 45 ± 5,6 лет. В 20 случаях был выставлен диагноз стеатоз печени, в 16 - стеатогепатит. Диагноз выставлялся на основании анамнеза, лабораторных и инструментальных (УЗИ) исследований. Эссенциале Н назначался по 2 капсулы 3 раза в день в течение 6 недель. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических симптомов, нормализации лабораторных показателей (общий билирубин, АСТ, АЛТ), данных УЗИ (размеры печени, эхогенность, визуализация диафрагмального контура). Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программы Statistica 6.1.

Результаты: положительная динамика по основным клиническим симптомам - общая слабость, утомляемость в группе больных со стеатозом отмечалась в 30,7 % случаев (до лечения в 100 %), в группе со стеатогепатитом в 33,3 % (до лечения в 100%). Значительно уменьшились болевой синдром и гепатомегалия в обеих группах: 7,7 % в группе больных стеатозом и 23,1 % в группе больных со стеатогепатитом (до лечения 61,5 % и 53,4 % соответственно). Диспептические явления полностью исчезли в группе со стеатозом и значительно уменьшились в группе больных со стеатогепатитом. В процессе лечения улучшились показатели биохимических проб. К концу второй недели снизились показатели общего билирубина на 43,5% ($p < 0, 001$), АСТ на 68,9 % ($p < 0, 001$), АЛТ на 59,7 % ($p < 0, 001$) в группе со стеатозом и к шестой неделе - в группе со стеатогепатитом. Статистически значимых изменений показателей УЗИ до начала лечения и к 6 неделе лечения не выявлено. Отмечалась хорошая переносимость препарата у всех больных, ни у одного больного не было зафиксировано побочных эффектов препарата.

Выводы: Эссенциале Н является эффективным препаратом в комплексном лечении стеатозов и стеатогепатитов.

Попова Н.Г.[1], Чернышева Е.С.[1], Веселкова Г.В.[2]

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИВИДОВОГО СИНБИОТИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ,
[2]ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница"

В Западной Европе (Франция, ФРГ, Испания) от 50 до 70 % всего населения инфицированы цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ). Точных статистических данных частоты распространения инфицированности по России нет. Эта инфекция может вызвать серьезные изменения у новорожденного: гепатоспленомегалию, тромбоцитопению, затянувшуюся желтуху, потерю слуха, умственную отсталость, болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). ЦМВ имеет склонность к существованию в зонах изъязвлений ЖКТ, что приводит к избыточному росту условно-патогенной микрофлоры (УПМ). Клинически это проявляется коликами, запорами или разжижением стула.

Цель исследования. Проведено сравнение клинической картины, данных посева кала на УПМ, результатов пробы Бенедикта у 26 новорожденных детей с ЦМВИ при включении одноштаммового пробиотика Бифидумбактерин (Ланафарма ООО) и мультивидового пробиотика Бак-сет беби (Probiotics International).

Материалы и методы. В исследование включено 26 детей, рожденных на сроке гестации 30-34 недели, разделенных на две группы: 1-я - 18 детей получали традиционную терапию (специфический иммуноглобулин, симптоматическую терапию, Бифидумбактерин) и 2-я - 18 детей, пролеченных по протоколу специфическим иммуноглобулином, симптоматическими препаратами и Бак-сет беби. Пробиотики подключались после верификации диагноза ЦМВИ в стандартное дозе 1 саше до еды 1 раз в день 14 дней. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение. Для недоношенных детей характерна лактазная недостаточность, обусловленная незрелостью. Инфицирование ЦМВИ усугубляет тяжесть этого процесса. До начала терапии пробиотиками уровень углеводов кала по пробе Бенедикта составлял 0,32-0,36% в обеих группах. Через 14 дней приема Бак-сет беби содержание углеводов снизилось до 0,2 у 27% детей, до 0,25% - у 64%, у 8% - оставался выше нормы - 0,28-0,3. На фоне терапии Бифидумбактерином показатели углеводов кала значимо не менялись - у 87% - 0,30-0,34%.

Младенческие колики - еще одна проблема недоношенных новорожденных. При опросе матерей, чьи дети получали Бак-сет беби, 49% отметили положительный эффект через 8-10 дней от начала приема пробиотика.Кроме того, купирование колик через 14 дней также значительно чаще отмечалось в группе мультипробиотика ($p = 0,002$) по сравнению монопробиотиком Бифидумбактерином.

Проблемой недоношенных детей являются запоры. 84% опрошенных мам детей, получавших Бак-сет беби, отметили регулярность дефекации уже через неделю от начала приема пробиотика.

Данная тенденция сохранялась в течение четырех недель после окончания лечения в отношении как частоты (p = 0,047), так и консистенции (p = 0,052) стула. У пациентов, принимавших Бак-Сет Беби, наблюдалось уменьшение боли в животе (p = 0,019).При назначении Бифидумбактерина регулярность дефекации не изменилась.У недоношенных детей с ЦМВИ отмечался избыточный рост УПМ Candidaalbicans, Escherichiacoli, а также Clostridiumdifficile, что было обусловлено проводимой антибактериальной терапии. При подключении пробиотика Бак-сет беби у 57% детей купировался избыточный рост как Candidaalbicans, так и Escherichiacoli. Clostridiumdifficile сохранялись после курса терапии у 11% детей, хотя их титр значимо снизился (p = 0,03). На фоне терапии Бифидумбактерином у 17% детей отмечался рост УПМ, у 83% - изменения количества копий не отмечалось.

Заключение. Включение мультивидового пробиотика Бак-сет беби в комплексную терапию ЦМВИ способствует статистически значимому уменьшению нарушений со стороны ЖКТ в неонатальный период. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения.

Попова Н.Г.[1], Чернышева Е.С.[1], Веселкова Г.В.[2]

СУКЦИНАТЫ В ТЕРАПИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЦНС

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ,
[2]ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница"

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), продолжают оказывать негативное влияние на здоровье населения. По данным Росстата и Министерства здравоохранения России по своей социальной значимости ИППП занимают второе место после болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением. Доказано, что в настоящее время среди ИППП наиболее распространенным является хламидиоз, влекущей в 50% к развитию воспалительных заболеваний малого таза, которые в свою очередь приводят к нарушению репродуктивного здоровья мужчин и женщин.

Вероятность передачи хламидиоза ребенку составляет до 50-70%, при этом, по меньшей мере, до 29% детей уже при рождении имеют клиническую картину внутриутробной инфекции, а до 41% - разворачивают ее после рождения.

Однако оценка роли Chlamydiatrachomatis в патологии человека неоднозначна, и до сегодняшнего дня эта проблема вызывает острые дискуссии среди врачей.

Цель исследования. Проведено сравнение клинической картины, данных НСГ и доплерографии у 58 новорожденных детей с хламидийной инфекцией на фоне традиционной терапии и при включении препарата Цитофлавин ООО “НТФФ “ПОЛИСАН”, Санкт-Петербург.

Материалы и методы. В исследование включено 58 детей, рожденных на сроке гестации 37-39 недель, разделенных на две группы: 1-я - 28 детей получали традиционную терапию (макролиды, иммуномодуляторы, препараты, улучшающие мозговое кровообращение, антигипоксанты, витамины группы В, физиолечение); 2-я - 30 детей, у которых в традиционную терапию был добавлен препарат Цитофлавин.Цитофлавин подключался после верификации диагноза врожденного хламидиоза в стандартной дозе 2 мл/кг в разведении 10% глюкозой в соотношении 1:5 на протяжении 10 дней. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение. Распространение хламидий в кровеносном русле происходит совершенно беспрепятственно, что позволяет им, находя клетки-мишени, нарушать функции тех или иных органов, а проникая через гематоэнцефалический барьер - вызывать поражение центральной нервной системы (ЦНС), что было подтверждено в экспериментальной работе Санкт-Петербургских ученых М.М. Одинак и соавторов, 2005.

В нашем исследовании с первых дней жизни у детей с хламидийным поражением ЦНС появляются симптомы, сходные с гипоксическими, хотя дети родились в удовлетворительном состоянии.

При проведении НСГ в структуре очаговых образований головного мозга до лечения в 59% встречались субэпиндемальные псевдокисты, эхоплотные включения в подкорковых ганглиях (48%), кисты головного мозга (10%).У 57,2% детей с увеличением затылочных рогов диагностировался синдром гипертензии, у 10,8% - тонико-клонические судороги. 57% детей были склонны к быстрому охлаждению. У 63% длительно сохранялся локальный цианоз, "мраморность" кожных покровов.

На фоне терапии отмечалось уменьшение дилатации затылочных рогов - в 1-й группе дилатация сохранялась у 37%, во 2-й - у 15%, деформация сосудистых сплетений снизилась до 32% детей 1-й группы и 17% - 2-й. Синдром гипертензии сохранялся в 1-й группе у 35% детей, во 2-ой - у 13%, у 3,5% детей 1-й группы диагностировались тонико-клонические судороги, во 2-й - судороги не отмечались. Термолябильность сохранилась соответственно у 26% (1-я группа) и 9% детей (2-я группа), локальный цианоз, "мраморность" кожных покровов - 29% (1-я группа) и 10% (2-я группа) соответственно. Минимальная диастолическая

скорость до начала терапии была достоверно снижена при врожденном хламидиозе - 0,13+0,2м/с. Соответственно увеличивался индекс резистентности - 0,79+0,3, что свидетельствует о повышении тонуса мозговых сосудов и ухудшении церебрального кровотока. У детей с врожденным хламидиозом выявлялось достоверное увеличение средней скорости в вене Галена - 0,14+0,01 м/с. Минимальная диастолическая скорость на фоне терапии в 1-й группе оставалась сниженной до 0,12+0,4м/с (p<0,01), повышенный индекс резистентности - 0,82+0,2 (p<0,01), увеличение средней скорости в вене Галена - 0,16+0,02 м/с (p<0,01) до 20 суток в среднем по сравнению со 2-й группой, где проводилась коррекция Цитофлавином.

Заключение. Включение препарата Цитофлавин в комплексную терапию врожденного хламидиоза способствует статистически значимому восстановлению гемо- и ликвородинамических нарушений в неонатальный период. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения.

Хохлова З.А.[1], Попова О.А.[2]

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ВЭБ-МОНОНУКЛЕОЗ

[1]НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Новокузнецк
[2]Томское ЛПУМГ ООО "Газпром трансгаз Томск"

Инфекционный мононуклеоз является наиболее частой манифестной формой ВЭБ-инфекции у детей. Способность вируса Эпштейна-Барр длительно персистировать в организме человека, поражая клетки иммунной системы (преимущественно В-лимфоциты), обусловливает развитие иммунной недостаточности, лимфопролиферативных и аутоиммунных заболеваний. Сроки возникновения и манифестации этих процессов могут значительно варьировать (от нескольких месяцев до нескольких лет). Вместе с тем, согласно клиническим рекомендациям (утвержденным Профильной комиссией по инфекционным заболеваниям у детей МЗ РФ 09.10.2013), диспансерное наблюдение за реконвалесцентами ВЭБ-мононуклеоза рекомендуется проводить лишь в течение 12 месяцев.

Нами проведено проспективное наблюдение за 187 детьми в возрасте 1-14 лет в острый период инфекционного мононуклеоза ВЭБ-этиологии и в дальнейшем, в течение 6 лет. Дети в возрасте 1-3 года составили 35%, 4-6 лет - 35%, 7-14 лет - 30%; преобладали лица мужского пола - 68%, женского - 32%. Диагноз подтвержден обнаружением в сыворотке крови антител класса IgMVCA (+) к ВЭБ методом ИФА, ДНК ВЭБ в слюне методом ПЦР.

Все пациенты перенесли среднетяжелую форму заболевания. В процессе наблюдения за реконвалесцентами после их выписки из стационара установлено, что из клинических симптомов наиболее часто и длительно сохранялась лимфоаденопатия: при выписке и через 1 год - в 48,7%, через 3 года - в 23,9%, через 6 лет - в 4,7% случаев. Гепато/спленомегалия при выписке определялась в 48,7%/31,0%, через 1 год - в 21,2%/4,2%, через 3 года - в 17,7%/4,4%,, через 6 лет - в 1,2%/1,2% случаев соответственно.

Гематологические изменения регистрировались в течение 1-3-х лет, в двух случаях до 6 лет. Биохимические маркеры синдрома гепатита (повышение АЛТ и АСТ) выявлялись спустя 6 месяцев у 9% пациентов. В дальнейшем показатели нормализовались у всех наблюдавшихся детей.

ДНК ВЭБ и антитела класса IgM определялись через 1 месяц после выписки у 36,9%, через 1 год - у 16,4%. Через 3 года ДНК ни в одном случае не выявлялась, а IgM определялись у 5,3% пациентов. Через 6 лет после выписки IgM сохранялись в 4,8% наблюдений. Длительная циркуляция в крови специфических антител IgMVCA свидетельствует о нарушении переключения класса иммуноглобулинов в процессе иммунного ответа, что может быть следствием нарушения функционирования В-лимфоцитов в результате инфицирования ВЭБ. Обнаружение сывороточных IgM является показателем текущего инфекционного процесса.

Частота простудных и других заболеваний после острого периода инфекционного мононуклеоза может служить косвенным показателем состояния иммунитета. В течение 1-го года после выписки у 17,6% детей отмечались частые простудные заболевания, у 30,3% сформировался хронический тонзиллит, у 1,2% анемия. Кроме того, у 2-х детей развился пиелонефрит, у 13 (7,9%) - аллергия, и у 2-х - бронхиальная астма, которые перешли в хроническое течение и регистрировались в течение всех 6 лет наблюдения. Всего 58,2% детей не имели здорового статуса.

Выводы. Таким образом, при диспансерном наблюдении, как правило, уже на первом году после перенесенного ВЭБ-мононуклеоза выявляются дети, нуждающиеся в углубленном обследовании и медикаментозной коррекции. В данном исследовании число таких пациентов составило более 50%. Особого внимания заслуживают дети с длительно циркулирующими антителами IgMVCA (у 4,8% пациентов IgMVCA определялись в течение 6 лет), что свидетельствует о переходе в хроническое течение ВЭБ-инфекции. Кроме того, эти дети составляют группу риска по развитию лимфопролиферативных и аутоиммунных заболеваний и нуждаются в дальнейшей диспансеризации.

Чупрова Г.А., Мороз В.В., Емельянова А.Н., Калинина Э.Н.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА И ЭНЦЕФАЛИТА В ЗАБАЙКАЛЬЕ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита

Природноочаговые инфекции, передающиеся иксодовыми клещами, такие как иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ), клещевой энцефалит (ВКЭ) и их микст-формы представляют серьезную проблему здравоохранения для большинства территорий Российской Федерации.Наличие единого переносчика, возможность существования в организме клеща как вируса КЭ, так и боррелий определяет возникновение сочетанных форм этих инфекций.По мере улучшения диагностики показатели заболеваемости приближаются к прогнозированной величине, которая составляет не менее 10-12 тыс. случаев в год.Наибольшее число случаев приходится на Урал, Сибирь. Забайкалье, в том числе, относится к числу активных природных очагов иксодового клещевого боррелиоза и клещевого энцефалита в России.

Цель работы. Определение эпидемиологических особенностей клещевого боррелиоза и клещевого энцефалита в Забайкалье в эпидемические сезоны 2016 и 2017 г.г.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 78 пациентов, находящихся на стационарном лечении в Краевой клинической инфекционной больнице г.Читы в эпидемические сезоны 2016 и 2017 гг. Диагноз выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных, подтвержден методом ИФА, ПЦР крови.

Результаты. Всего за периоды эпидемических сезонов 2016 и 2017 гг. было госпитализировано с диагнозом клещевой боррелиоз 56 больных, а клещевой энцефалит - 22. По половому признаку среди госпитализированных с клещевым энцефалитом преобладали лица мужского пола - 73%, женского - 27%, у больных клещевым боррелиозом особых различий в половой структуре не выявлено, доля мужчин составила 29 (53,7%), женщин - 25 (46,3%). Возраст больных в обеих группах колебался от 18 до 76 лет. Установлен пик заболеваемости, который пришелся на конец весны - первую половину лета. У 100 % госпитализированных с диагнозом ВКЭ укус клеща произошел в лесной местности, а у пациентов с СКБ - у 25 больных (47,2%)в лесном массиве, в черте города у 12 (22,6%), на приусадебных участках - 15 (31,5%), в одном случае (1,9 %) укуса клеща не наблюдалось. Противоклещевой иммуноглобулин на догоспитальном этапе больным КВЭ был введен 4 пострадавшим. Из общего числа госпитализированных привито от клещевого энцефалита - 6 человек. Первичную антибиотикопрофилактику клещевого боррелиоза доксициклином получили 15 (26, 7 %) человек. Самостоятельное удаление клеща наблюдалось в67,9% случаях, в условиях травматологического пункта - 26,4%, поликлиники - 5,7%. У двоих больных была диагностирована микст-инфекция: клещевой энцефалит + клещевой боррелиоз.

Выводы: Первые случаи госпитализации больных с клещевыми инфекциями в эпидемиологическом сезоне 2016-17 года отмечались с первых месяцев весны и до середины осени. Максимальное количество госпитализированных с данными нозологиями приходилось на конец весны, начало лета, что связано с повышением активности клещей в этот период с учётом климатических условий края. Наибольшее количество пациентов, подвергшихся нападению клещей, наблюдалось в лесном массиве.

Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Галиева А.Т., Галимов Р.Р., Дубровская Д.Н.

РЕТИНИТ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ГБОУ ВПО Башгосмедуниверситет МЗ РФ, г. Уфа, Россия

Центральная серозная хориоретинопатия - заболевание, проявляющееся серозной отслойкой нейроэпителия сетчатки и/или пигментного эпителия. Установлено, что серозная отслойка может быть идеопатической, а также обусловленной воспалительными и ишемическими процессами. Пусковым механизмом в развитии заболевания может быть стресс, а возникновение заболевания обусловлено повышенной проницаемостью мембраны Бруха. При этом в патогенезе заболевания важное значение придают нарушению скорости кровотока и гидростатического давления в хориокапиллярах, а также увеличению проницаемости стенок сосудов хориоидеи [3].

Одной из причин развития центральной серозной хориоретинопатии является цитомегаловирусная инфекция. Цитомегаловирусные ретинит встречается достаточно в клинике ВИЧ-инфекции и является одной из причин потери зрения у данной категории пациентов. В клинической практике поражения глаз данной этиологии у лиц, не инфицированных ВИЧ не такое частое явление. Развитие данного поражения требует диагностического поиска для уточнения этиологических причин данного состояния у пациентов.

Вашему вниманию представлен клинический случай центрального серозного ретинита цитомегаловирусной этиологии пациента ГБУЗ РБ ИКБ № 4 г. Уфа в январе 2014 года.

Пациентка Г., 29 лет, поступила с жалобами на подъем температуры до субфебрильных цифр, нечеткость зрения, отечность век, периодическую головную боль, ломоту в пояснице. Учитывая острое начало заболева-

ния, лихорадку, боли в пояснице, нарушение зрения; на основании эпидемиологического анамнеза (проживание в частном доме, выезд в деревню за последние три месяца); учитывая клинические данные: гиперемия зева, инъекция сосудов склер, коньюнктив, положительный симптом Пастернацкого, был выставлен предварительный клинический диагноз при поступлении: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

По данным клинического обследования: лейкоцитоз - 9,9х109/л, СОЭ - 24 мм/ч; б/х анализ крови: мочевина - 4,7 мм/л, креатинин - 70 мкм/л; кровь МФА на ГЛПС 1 отр., 2 отр.; кровь ИФА на токсоплазмоз, токсокароз, эхинококкоз, трихинеллез, описторхоз - отр.; микрореакция на сифилис - отр.; ЦМВ инфекция IgG - 3,0; ВПГ1,2 - IgG - 1:800; Chlamydia trachomatis - IgG - 1:40. При ультразвуковом исследовании эходанных за отек почек не выявлено. Рентгенография органов грудной клетки - легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Данные лабораторных и инструментальных исследований позволили нам исключить ГЛПС. Учитывая основные жалобы больной на нарушение зрения, отечность век, на восьмой день от начала заболевания больная была консультирована офтальмологом в Уфимском НИИ глазных болезней. На основании результатов обследования: визометрия - VOD = 0,09, VOS = 0,1 ; бесконтактная тонометрия - OD 10 ммрт.ст., OS 10 ммрт.ст.; оптическая когерентная томография - визуализируется отслойка нейроэпителия сетчатки OS>OD на высоту в OD = 750 мкм, в OS = 790 мкм, заключительный диагноз - центральный серозный хориоретинит.

С уточнения диагноза заболевания пациента и выявления причины развития хориоретинита, больная была обследована на герпесвирусные инфекции методом ИФА, на 15 день болезни в крови больной определили IgM - антитела к ЦМВ, ДНК вируса методом ПЦР. Проведено лечение валганцикловиром в сочетании с препаратами интерферонового ряда. После курса лечения у больной отмечено уменьшение выраженности и площади воспаления, уменьшение отека сетчатки, уменьшение величины отслойки нейроэпителия сетчатки. Проведенное лечение позволило повысить остроту зрения у пациентки через 3 месяца.

Описанный случай хориоретинита представляет интерес для инфекционистов, проводящих обследование больных. Недостаточная информированность о клинике и диагностике поражения хориоидеи глаз инфекционными агентами, схожесть проявления заболевания с симптомами других заболеваний (в данном случае - с ГЛПС), могут явиться причиной грубой диагностической ошибки и неправильного выбора тактики лечения. Современные технические диагностические возможности специализированных офтальмологических учреждений, адекватные методы иммунологических исследований, позволяют избежать диагностических ошибок и провести правильное лечение.

Выводы. Инфекционные поражения глаз нередко встречаются в клинической практике и требуют совместной работы врачей-инфекционистов и офтальмологов с целью более раннего выявления и лечения таких пациентов.

Литература:

1. Бикбов М.М. Анализ работы офтальмологической службы в Республике Башкортостан / М.М. Бикбов, З.Р. Марванова, Л.Х. Мурова // материалы научн. - прак. конф. по офтальмохирургии с международным участием "Восток - Запад", 6-7 июня 2013 г. / ГБУ "Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан" / под ред. проф. М.М. Бикбова. - Уфа : Дизайн Пресс, 2013. - 466 с.
2. Першин Б.С., Богинская О.А., Шелихова Л.Н., Смирнова А.Б. Цитомегаловирусный ретинит у пациента после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток // Б.С. Першин, О.А. Богинская // Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. - 2014. - Т. 13. - С. 69.
3. Розанова О.И., Сенченко Н.Я., Якимов А.П. Клинический опыт лечения цитомегаловирусных ретинитов, ассоциированных с синдромом приобретенного иммунодефицита / О.И. Розанова, Н.Я. Сеченко, А.П. Якимов // Современные технологии в офтальмологии. - 2015. - С. 116-118.

Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Галимов Р.Р., Хунафина Д.Х., Галиева А.Т., Куватова Н.Д.

ОСОБЕННОСТИ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

ГБОУ ВПО "Башгосмедуниверситет" МЗ РФ, г. Уфа, Россия

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные изучению патогенеза, клинического течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), эффективные методы терапии, позволяющие предупреждать развитие тяжелых клинических форм заболевания, до сих пор продолжают разрабатываться и совершенствоваться. Вирус, вызывающий ГЛПС, относится к роду Хантаан, семейства Буньявирусов. Негативный РНК геном хантавирусов разделен на S, M, L сегменты, что характерно для всех вирусов семейства Буньявириде. Сегменты РНК кодируют N протеин, гликопротеины поверхностной оболочки, и РНК зависимую РНК полимеразу. S сегмент кодирует N протеин, необходимый для репликации, и в некоторых Хантавирусах неструктурные протеины (NSs). N протеин образует оболочку вокруг вирусных РНК, формирующих три независимых рибонуклеопротеина, окруженных внешней оболочкой вируса.

Интегрины - клеточные поверхностные протеины, играющие наибольшую роль в клеточной адгезии, играют также большую роль в реализации многих механизмов, в том числе гемостазе. Первые результаты, что эти белки являются рецепторами хантавирусов, получили в исследованиях, в которых репликация ГЛПС-вызывающих Хантавирусов была ингибирована антителами к интегрину $\alpha_v\beta_3$ или его лиганду, витронектину [1, 5]. В естественных условиях исследования взаимодействия между интегринами и хантавирусами ограничены. В лабораторных условиях при изучении инфицированных мышей выявлено влияние блокады рецепторов интегринов β_3 на вирусную нагрузку и выживаемость последующего поколения [5]. В настоящий момент одним из перспективных направлений изучения лечения ГЛПС может быть выявление и последующее применение препаратов, снижающих взаимодействие между патогенными хантавирусами и интегринами $\alpha_v\beta_3$.

В настоящее время, учитывая все известные на данный момент механизмы синтеза Хантавирусов, одним из наиболее давно используемых препаратов с известной точкой приложения является рибавирин (1- β-D- рибофуранозил -1, 2, 4 - триазол-3- caboxamide). Препарат вызывает снижение синтеза вирусных частиц путем образования рибавиринтрифосфата, который используется РНК полимеразой в качестве нуклеотида. Так же считается, что он ингибирует инозин монофосфат дегидрогеназу (IMPDH), что приводит к снижению внутриклеточного гуанозинтрифосфата (ГТФ), сопровождающееся снижением вирусной нагрузки. Впервые противовирусный эффект рибавирина при Хантавирусных инфекциях была выявлен в 1986 г. при исследовании в Vero E6 клетках (Хаггинс и др., 1986; Ким и МакКи, 1985). Мы исследовали эффективность рибавирина на базе ГБУЗ РБ ИКБ № 4 г. Уфа в 1992 - 2000 гг. Клиническая эффективность рибавирина была показана в работах Шамсиевой А.М., Хунафиной Д.Х. (1992-1995), которые применяли отечественный аналог рибавирина - рибамидил (в таблетках) по 0,2 г 4-5 раз в сутки в течение 5 дней, что снижало длительность лихорадки, интоксикации, проявления ДВС - синдрома, показатели мочевины и креатинина. Рибавирин также инфузионно применялся в дозах по 700 -750 мг/сут. в течение 3 дней в первые 4-5 дней [2, 4]. В Китае было проведено проспективное, рандомизированное, двойное слепое, параллельное, плацебо-контролируемое клиническое испытание у 242 пациентов с серологически подтвержденным диагнозом ГЛПС, используя внутривенно рибавирин (доза 33 мг/кг, далее 16 мг/кг каждые 6 ч в течение четырех дней, далее 8 мг/кг каждые 8 ч в течение трех дней). При лечении у пациентов наблюдали значительно меньший риск развития олигоурии, кровотечения, наблюдалось снижение в семь раз риска смертности пролеченных больных по сравнению с контрольной группой. Гемолитическая анемия рассматривается как основной побочный эффект терапии рибавирином. Таким образом, существуют выраженные ограничения при использовании данного препарата в клинике: так как он применяется в первые дни заболевания (учитывая механизм действия), а также выраженность побочных эффектов, в частности гемолитической анемии, что ограничивает применение рибавирина в том числе при тяжелом течении.

Помимо рибавирина в настоящий момент проводятся поиски других препаратов, способных влиять на ту или иную фазу репликации вируса. Одним из перспективных препаратов для лечения Хантавирусных инфекций является фавипиравир (Т-705, 6-фтор-3-гидрокси-2-пиразинкарбоксамида). Т-705 является новым производным пиразинкарбоксамида, обладающим ингибирующей противовирусной активностью в отношении ряда РНК-содержащих вирусов, в том числе членов семейства Bunyaviridae [3]. Механизм действия Т-705 варьируется от рибавирина тем, что он, по-видимому, способен специфично ингибировать вирусную РНК-полимеразу, практически не влияя на пул нуклеиновых кислот [3], т.е. не ингибирует инозинмонофосфатдегидрогеназу (IMPDH). Данный препарат, Т-705, обладает широкой противовирусной активностью и уже прошел клинические испытания фаз II и III против гриппа, и вторую фазу клинических испытаний против инфекций, вызываемых Хантавирусами (ГЛПС, Хантавирусный кардиопульмонарный синдром).

Вывод. Таким образом, важность полимеразного комплекса для репродукции вирусов ГЛПС и эффективность ее ингибиторов говорят о перспективности подобных соединений в качестве средств химиотерапии данной инфекции.

Литература:

1. Байгильдина А.А. Роль адгезивных молекул vcam-1 и ve-кадгерина в развитии дисфункции эндотелия при ГЛПС / А.А. Байгильдина // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2009. - Т. 5. - № 4. - С. 278.
2. Камилов Ф.Х. Оксид азота в механизмах развития геморрагической лихорадки с почечным синдромом / Ф.Х. Камилов, Д.Х. Хунафина, А.Т. Галиева, В.Ф. Шайхмиева // Дальневосточный медицинский журнал. - 2003. - № 3. - С. 55-57.\
3. Мингазова Э.М. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. современные аспекты этиотропной терпии / Э.М. Мингазова, Л.Р. Шайхуллина, Д.А. Валишин и др // Медицинский вестник Республики Башкортостан. - 2015. - т.1. - №5. - С.54 - 67.
4. Хунафина Д.Х. Совершенствование этиотропной терапии геморрагической лихорадки с почечным синдромом / Д.Х. Хунафина, Р.Т. Мурзабаева, А.Н. Бурганова и др. // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. - 2008. - №12. - 223 -224.
5. Buranda, T. Recognition of decay accelerating factor and avb3 by inactivated hantaviruses: toward the development of high-throughput screening flow cytometry assays / Buranda, T., Wu, Y., Perez, D., Jett, S. D., BonduHawkins, V., Ye, C.,Edwards, B., Hall, P., Larson, R. S. & other authors // Anal Biochem. - 2010. - 402. - P. 151-160.

МАТЕРИАЛЫ IV МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ "БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ОТ РЕБЕНКА К ВЗРОСЛОМУ" г. Чита, 24 мая 2018 г.

УДК: 616.9

Емельянова А.Н., Чупрова Г.А., Емельянов А.С., Калинина Э.Н., Епифанцева Н.В., Осаула А.Н., Пятых К. А., Ведюшенко А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСУ СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Введение. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), включая грипп, остаются одной из ключевых проблем здравоохранения во всем мире. В настоящее время их относят к социально значимым заболеваниям. Грипп и другие ОРВИ занимают первое место по частоте и количеству случаев в мире и составляют 95% всех инфекционных заболеваний. В России ежегодно число заболевших гриппом и ОРВИ достигает 30 млн. человек [4,5]. Взрослый человек переносит ОРВИ в среднем 2 раза в год [5], среди детей этот показатель выше в 3-4 раза [2]. Если пик заболеваемости гриппом, как правило, приходится на зимние месяцы, то вспышки других ОРВИ могут происходить круглогодично, поэтому проблема эффективной профилактики и лечения этих инфекций актуальна в любое время года [4,5]. Современные представления о патогенезе воспаления в верхних дыхательных путях основаны на понимании роли различных механизмов защиты, препятствующих проникновению возбудителя в толщу слизистой оболочки, ее колонизации, а также развитию сначала локального, а затем и диффузного воспалительного процесса. Согласно современным взглядам препараты, применяемые в терапии респираторных вирусных инфекций, должны способствовать элиминации возбудителя, стимулировать защитные силы организма и корректировать возникающие в процессе болезни функциональные нарушения [6]. Таким требованиям отвечает новый комбинированный препарат Эргоферон (РУ № ЛСР-007362/10-290710), созданный на основе аффинно очищенных антител к гамма-интерферону человека (анти-ИФН-γ), CD4 (анти-CD4) и гистамину (анти-Н). Трехкомпонентный состав Эргоферона позволяет воздействовать на различные механизмы воспалительною ответа и формировать адекватный противовирусный ответ широкого спектра. Экспериментально доказано, что антн-ИФН-γ повышают экспрессию ИФН-γ, ИФН-α, рецепцию ИФН-γ и нормализуют цитокиновый статус [8-10]. Анти-CD4 - второй компонент Эргоферона - регулирует активность CD4-рецептора, представленного на антиген-презентируюших клетках (макрофагах, дендритных метках), Т-хелперных лимфоцитах 1-го и 2-го типов. В эксперименте показано, что модулирующее влияние анти-CD4 на CD4+ клетки системы иммунитета сопровождается повышением их функциональной активности, нормализацией соотношения CD4/CD8 и субпопуляиионного состава CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, а также усилением противовирусной эффективности компонентов, входящих в состав Эргоферона [8,9]. Третий компонент препарата - анти-Н - уменьшает проницаемость сосудов и снижает агрегацию тромбоцитов, подавляет высвобождение гистамина из тучных клеток и базофилов, оптимизирует продукцию лейкотриенов [3,8-10,13].

Цель работы. Так как на данный период времени существует множество различных групп препаратов для лечения ОРВИ и гриппа, мы решили выяснить степень осведомленности врачей о препарате Эргоферон, частоту и эффективность его применения для лечения и профилактики.

Методы исследования. Нами была разработана анкета, которая содержала вопросы о схеме применения Эргоферона, механизме его действия, о цели и частоте назначения препарата, включая вероятность применения с профилактической направленностью. Группа опрашиваемых формировалась среди врачей, проводящих лечение больных гриппом и ОРВИ, и желающих участвовать в исследовании.

Результаты и их обсуждение. Для изучения закономерностей и мотивов, которыми руководствуются при выборе средств фармакотерапии амбулаторных и стационарных больных ОРВИ и гриппом, нами было проанкетировано 116 специалистов. Респондентами выступили фельдшеры и врачи разных специальностей, большую часть из которых составили врачи-инфекционисты (78%); терапевты, дерматологи и педиатры - примерно 15% от общего числа опрошенных. Стаж работы специалистов, участвовавших в анкетировании, составил от 3 до 45 лет: более 20 лет имели 30%, от 15 до 19 лет - 15%, от 10 до 14 лет - 30%, от 3 до 9 лет - 25% респондентов. 99,4% опрашиваемых работают в государственных учреждениях городской и сельской местности, большей частью оказывая помощь амбулаторным больным.

Несмотря на то, что в рамках изучения терапевтической активности Эргоферона в лечении ОРВИ и гриппа было проведено несколько рандомизированных исследований (в т.ч. многоцентровые двойные плацебо-контролируемые), и, согласно полученным данным (в т.ч. в НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМП профессором М.П. Костиновым и НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевс-

кого профессором Е.П. Сельковой) все испытуемые, рандомизированные в группу терапии Эргофероном, заканчивали участие в исследовании выздоровлением или значительным улучшением, 24 специалиста (15% от общего числа анкетированных) либо не слышали о препарате, либо никогда его не назначали ни с лечебной, ни с профилактической целью. В эту категорию респондентов вошли в 99,9 % случаев медицинские работники сельской местности.

Известно, что для назначения новых лекарств важным является достаточное наличие сведений о них. В анкету нами был включен вопрос относительно источников и методов получения информации о новых лекарственных препаратах. Чаще всего новые сведения о лекарственных средствах врачи и средние медицинские работники черпают из докладов и лекций на семинарах, конгрессах, конференциях и курсах повышения квалификации, часто получают информацию от медицинских представителей фармацевтических компаний или коллег. Для сельских врачей эти каналы предоставления информации нередко малодоступны.

Однако, в последнее десятилетие стратегические подходы в лечении многих болезней, в том числе гриппа и ОРВИ, быстро изменяются, создаются и внедряются в практику фармацевтические препараты совершенно нового типа, следовательно, медицинским работникам необходимо своевременно получать подробную информацию.

Фармакология этих лет связана с использованием высоких технологий (генная терапия, рекомбинантные технологии и др.), что способствовало появлению нового класса фармакологических средств для профилактики и лечения многофакторных заболеваний, к которым относятся грипп и другие ОРВИ. К группе таких препаратов принадлежат релиз-активные формы [1] - т.е. препараты с активностью, высвободившейся в результате процесса приготовления "высоких разведений" исходного вещества.

Сегодня инициировано углубленное изучение данной группы лекарственных средств, итогом которого явилась изначально экспертиза терапевтического действия сверхмалых доз на клеточном уровне [15], а позже - обоснование новой технологии производства и эффективности релиз-активных форм препаратов [7,11,12]. Рандомизированными клиническими сравнительными и плацебо-контролируемыми исследованиями, выполненными в соответствии с требованиями клинической практики (GCP) и принципами доказательной медицины, показано, что относительно недавно появившиеся на отечественном фармацевтическом рынке релиз-активные лекарственные препараты обладают доказанной терапевтической эффективностью и другими свойствами, к которым относятся: отсутствие токсичности, формирование толерантности, привыкания и пристрастия; высокая эффективность, сравнимая с фармакологическими "эталонными" препаратами; удобное пероральное применение; оптимальное соотношение высокой терапевтической эффективности с безопасностью применения в клинической практике; хорошие фармакоэкономические показатели; возможность длительного применения с профилактической целью и для лечения хронических заболеваний; возможность безопасного применения у пациентов с сопутствующими заболеваниями как для монотерапии, так и в комплексном лечении; возможность безопасного применения в педиатрической практике.

К таким препаратам и относится Эргоферон - новый комбинированный препарат, эффективность которого в отношении широкого спектра острых респираторных вирусных инфекций, включая грипп, как раз достигается благодаря сочетанию противовирусного, противовоспалительного и антигистаминного действий.

Учитывая фармакологические свойства препарата, а также показания к применению (применение показано для профилактики и лечения различных инфекционных заболеваний, к которым относятся: грипп, ОРВИ, включая парагрипп, аденовирусную, респираторно-синцитиальную, риновирусную инфекции, герпетические инфекции (простой герпес, офтальмогерпес, герпес губ, половых органов), энтеровирусный менингит, острые кишечные инфекции, вызванные различными вирусами (энтеровирус, аденовирус), бактериальные инфекции, вызванные атипичными возбудителями (микоплазмы, легионеллы), для предупреждения развития вторичной бактериальной инфекции на фоне вирусных заболеваний), в опросник был включён вопрос: "Назначался ли Вами препарат и при каких состояниях?"

Из данных анкет были получены сведения о том, что более 80% опрошенных врачей рекомендуют пациентам использовать препарат только с лечебной целью амбулаторных лёгких и среднетяжёлых форм ОРВИ, в том числе гриппа; 11% - и с лечебной и профилактической целью.

На вопрос об эффективности применения данного препарата, 80% опрошенных ответили, что препарат для лечения ОРВИ, включая грипп, является высокоэффективным. Интересен тот факт, что те 20% специалистов, которые охарактеризовали Эргоферон, как средне- или даже низкоэффективное (а это не более 3% респондентов) терапевтическое средство, не соблюдали способ применения и дозировку (таблетки Эргоферон предназначены для рассасывания. Их не разжевывают, а рассасывают во рту до полного растворения. Средняя рекомендуемая дозировка для лечения вирусных инфекций составляет 1таблетка в первые 2 часа через каждые 30 минут. Затем в течение 1-х суток выполняется еще 3 приема препарата через примерно одинаковые промежутки времени. Дальше принимается 1 таблетка 3 раза в день до полного выздоровления. Детям в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет таблетку перед приемом лучше растворять в небольшом объеме кипяченой воды - 1 столовая ложка).

Также было выявлено, что большинство врачей (80%), не только инфекционисты, соблюдают инструкцию по использованию, обращая внимания на аннотацию, где есть несколько особых указаний в отношении правильного применения препарата: таблетки содержат в своем составе лактозу, поэтому их применение не рекомендуется лицам с сопутствующим нарушением переваривания и всасывания определенных углеводов; в случае приема пациентами с сопутствующим сахарным диабетом, важно корригировать дозировку инсулина или сахароснижающих препаратов под контролем уровня глюкозы в крови; применение препарата Эргоферон во время беременности и кормления грудью возможно только в том случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода или грудного ребенка; действующие компоненты препарата не взаимодействуют с лекарственными средствами других фармакологических групп; препарат не оказывает непосредственного влияния на функциональную активность структур центральной нервной системы, а именно концентрацию внимания, а также скорость психомоторных реакций. Анкетированием установлено, что ни один из специалистов не встречался с побочными эффектами препарата. А 6 врачей имели данные о самостоятельном приёме препарата беременными женщинами без каких-либо последствий для плода и новорожденного, хотя безопасность применения препарата Эргоферон при беременности не изучалась.

Из анкет опрошенных специалистов также следует, что ряд врачей рекомендуют препарат для лечения только ОРВИ (43% респондентов), гриппа и других ОРВИ (18%), острых кишечных инфекций вирусной этиологии (11%), герпетических инфекций (19%).

Сведения, полученные из данных анкет, говорят о том, что только 1% опрошенных очень редко прибегают к назначению Эргоферона. Этот же процент анкитируемых не смогли указать механизмы фармакологического действия препарата.

Для изучения закономерностей и мотивов, которыми руководствуются врачи при выборе средств фармакотерапии амбулаторных больных, нами оценивалось отношение специалистов к стоимости и, соответственно, к доступности препарата, в том числе для малообеспеченной группы пациентов.

Исследованием установлено, что только 5% опрошенных считает препарат не доступным по цене, около 15% - малодоступным, большинство указывают на то,что ценовая политика вполне приемлема для пациентов с разным материальным доходом.

Выводы. Проведя опрос методом анкетирования, мы смогли получить статистику об осведомлённости о современных подходах к лечению ОРВИ, включая грипп, среди фельдшеров и врачей различных специальностей; выяснить, что большинство специалистов используют релиз-активные формы, к которым относят препарат Эргоферон, для лечения и гриппа и других ОРВИ.

Литература:

1. Дмитриев А.Н. Релиз-активные лекарственные препараты - новое направление в лечении острых респираторных вирусных инфекций (обзор литературы) // Практическая медицина 2014 . № 7 (83). - С.145-152
2. Кареткина Г.Н. Грипп, ОРВИ: проблемы профилактики и лечение// Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение 2015. № 4. - С. 25-32
3. Княжеская Н.П., Баранова И.А., Фабрика М.П., Белевский А.С. Новые возможности лечения и профилактики ОРВИ у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких // Медицинский совет 2017. № 5. - С. 38-41
4. Савенкова М.С., Савенков М.П., Афанасьева А.А., Абрамова Н.А. Возможности противовирусной и иммуномодулирующей терапии в лечении гриппа, ОРВИ, герпес-вирусных инфекций // Пульмонология 2014. № 5. - С. 83-93
5. Сисин Е.И. Возбудители острых респираторных вирусных инфекций. Грипп // Сестринское дело 2014. № 2. - С. 45-48.
6. Романцов М.Г., Киселев О.И., Сологуб Т.В. Этиопатогенетическая фармакотерапия ОРВИ и гриппа // Лечащий врач 2011. № 2. - С. 92-96
7. Эпштейн О.И. Регуляторные возможности сверхмалых доз // Бюл. экспер. биол. и мед. - 2002 (Прил. 4). - С. 8-14.
8. Эпштейн О.И., Дугина Ю.Л., Качанова М.В., Тарасов С.А., Хейфец И.А., Белопольская М.В. Противовирусная активность сверхмалых доз антител к гамма-интерферону // Вестник Международной академии наук (Русская секция) 2008. № 2. - С. 20-23
9. Эпштейн О.И., Дыгай А.М., Шерстобоев Е.Ю. Экспериментальное исследование фармакологических эффектов сверхмалых доз антител к эндогенным регуляторам функций / /Бюл. экспер. биол. 2008. Прил. № 2. - С. 82-88
10. Эпштейн О.И. Сверхмалые дозы (история одного исследования). М., 2008. 336 с.
11. Эпштейн О.И. Релиз-активность - от феномена до создания новых лекарственных средств // Бюл. экспер. биол. - 2012. - Т. 154, № 7. - С. 62-67
12. Эпштейн О.И. Феномен релиз-активности и гипотеза "пространственного" гомеостаза // Успехи физиол. наук. - 2013. - Т. 44, № 3. - С. 54-76

13. Шестакова Н.В., Загоскина Н.В., Самойленко Е.В. и др. Эффективность и безопасность применения Эргоферона в комплексной терапии внебольничных пневмоний //Доктор.ру 2012. № 8 (76). - С. 44-47
14. Шиловский И.П., Корнилаева Г.В., Хаитов М.Р. in vitro исследование противовирусной активности эргоферона // XIX Российский национальный конгресс "Человек и лекарство". - М., 2012. - С. 438-439
15. Davenas E., Poitevin B., Benveniste J. Effect on mouse peritoneal macrophages of orally administered very high dilutions of silica // Europ. J. of Pharmacol. - 1987. - Vol. 135. - P. 313-319

УДК: 616.921.8 (048.8)

Епифанцева Н.В., Емельянова А.Н., Калинина Э.Н., Пономарева А.А., Чупрова Г.А., Мороз В.В.

КОКЛЮШ: НОВЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ (ОБЗОР)

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Введение. Коклюш является инфекционной патологией преимущественно детского возраста, при этом в последние годы определяется рост заболеваемости среди подростков и взрослых. Так же отмечается значительная роль взрослых как источников инфекции в семейных очагах, детских дошкольных коллективах, стационарах разного профиля [1].

Цель работы. Анализ современных данных об особенностях течения заболевания, диагностики и профилактики коклюша.

Материалы и методы. Проведен обзор научных публикаций как отечественных, так и зарубежных авторов по данной проблеме.

Результаты, обсуждение. В настоящее время, несмотря на высокий охват детей вакцинацией, отмечается рост заболеваемости коклюшем. В нашем крае, по данным Роспотребнадзора по Забайкальскому краю, заболеваемость коклюшем за 2017 год выросла в 2,4 раза, при этом все случаи заболевания зарегистрированы среди детей до 17 лет, наиболее высокий показатель заболеваемости зарегистрирован у детей до 1 года и школьников 7-14 лет. Из числа заболевших детей 44,5% не были привиты против коклюша, следовательно, больше половины имели вакцинацию АКДС. Коклюшная инфекция по праву считается недоуправляемой инфекцией, т.к. единственная ревакцинация АКДС проводится в 18 месяцев, а через 4-5 лет иммунитет угасает, что делает как детей с 6 лет так и взрослых уязвимыми к данному заболеванию. Но если у детей коклюш имеет классическую картину, то у взрослых протекает в виде легких и стертых форм, что сильно затрудняет их диагностику и своевременную изоляцию. При этом частота заболеваний взрослых составляет от 10 до 23% [1]. Инкубационный период коклюша составляет в среднем 7-10 дней, период же спазматического кашля у взрослых часто протекает под "маской" различных заболеваний респираторного тракта и характеризуется длительным сухим, малопродуктивным кашлем. Кашель может наблюдаться как в дневное, так и в ночное время, плохо поддается лечению, которое они получают, как правило, у терапевтов, аллергологов и отоларингологов [2]. Но и среди данных пациентов коклюш может протекать типично и иметь такие осложнения, как пневмония (2%), недержание мочи (28%), коллапс (6%), перелом ребер (4%) [5]. Наибольшую же опасность данное заболевание представляет для детей первого года жизни, особенно первых 3 месяцев. В этой возрастной группе коклюш протекает наиболее тяжело с ярко выраженной клинической картиной и развитием постгипоксической энцефалопатии, летальным исходом. Следовательно, для предупреждения распространения коклюша и защиты, в первую очередь, наиболее уязвимой группы населения, необходимо своевременное выявление заболевания и проведение мер профилактики. Диагностика коклюша основывается на эпидемиологических и клинико-лабораторных данных. Обязательному лабораторному обследованию на коклюш подлежат все больные, кашляющие более 7 дней (2-кратное бактериологическое и/или 1-кратное исследование методом ПЦР) [3]. Подтверждением клинического диагноза "коклюш" у непривитых больных является однократное обнаружение специфических IgM и/или IgA, и/или IgG методом ИФА, или определение антител в титре 1/80 и более методом РА. У привитых заболевших о коклюше свидетельствует увеличение в 4 и более раз уровня специфических IgG и/или IgA (ИФА), или уровня антител (РА) при исследовании парных сывороток, взятых с интервалом 14 дней. Большое диагностическое и прогностическое значение при коклюше имеют гематологические изменения (лейкоцитоз с лимфоцитозом, моноцитозом и нормальное СОЭ).[2] Что же касается профилактики коклюша, то учитывая угасание иммунитета, несомненно необходимо проводить ревакцинацию в течении всей жизни, как это сделали многие страны. При этом особенно важно защитить новорожденных детей и детей до 6 месяцев. Например, в США для этого используют два способа защиты, первый это создание пассивного иммунитета путем вакцинации беременных, второй - создание "кокона", т.е. вакцинация всех членов семьи независимо от возраста [4].

Заключение. Исходя из проведенного анализа, можно отметить рост коклюша среди подростков и взрослого населения, в том числе и привитых. Клиническая картина в данной группе населения имеет атипичное стертое течение, что представляет угрозу в распространении заболевания среди всех слоев насе-

ления и в первую очередь, среди детей первого года жизни. Отсюда необходимо формировать настороженность врачей к данной патологии, с целью своевременного выявления, изоляции и лечения больных коклюшем. Также необходимо проведение ревакцинации против коклюша.

Литература:

1. Кузнецова Т.Ю. Проблема дифференциальной диагностики кашля у взрослого пациента с коклюшем [Электронный ресурс] / Т.Ю. Кузнецова, Ю.И. Журавлев, Т.Н. Пономаренко, В.Н.Тхорикова,- Режим доступа:https://cyberleninka.ru/article/n/problema-differentsialnoy-diagnostiki-kashlya-u-vzroslogo-patsienta-s-koklyushem-klinicheskoe-nablyudenie
2. Николаева, И.В. Коклюш на современном этапе / И.В. Николаева, Г.С. Шайхиева // Вестник современной клинической медицины. - 2016. - Т. 9, вып. 2. - С.25-29.
3. Профилактика коклюша: санитарно-эпидемиологические правила СанПиН 3.1.2.3162-14: утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 17.03.2014 № 9. - М., 2014
4. Таточенко В.К. Коклюш - недоуправляемая инфекция. [Электронный ресурс] /В.К. Таточенко// Вопросы современной педиатрии - 2014. - Т.13 (2). - С.78-82 - Режим доступа:. https://cyberleninka.ru/article/n/koklyush-nedoupravlyaemaya-infektsiya
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Pertussis (Whooping Cough), Clinicians, Clinical Complications Retrieved. - 2012. - July 20. -URL: http:/ www.cdc.gov/pertussis/clinical/features.html

УДК: 616.24-002

Калинина Э.Н.[1], Бурдинская Ж.С.[2], Емельянова А.Н.[1], Епифанцева Н.В.[1]

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАНИМАЦИИ

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия
[2]ГУЗ "Городская клиническая больница № 1", Чита, Россия

Введение. Актуальность проблемы инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) определяется высокой эпидемиологической и социально-экономической значимостью этих заболеваний, широким распространением, значительным ущербом здоровью населения и экономике государства. Наиболее часто ИСМП развиваются у пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). В случае нахождения пациентов в ОРИТ частота возникновения нозокомиальных инфекций существенно возрастает и составляет от 15% до 61% [1].

Нозокомиальная пневмония (НП) является вторым по частоте видом инфекций, относящихся к группе ИСМП [2]. В РФ в структуре ИСМП в 2016 г. на первое ранговое место впервые вышли внутрибольничные пневмонии, которые составили 24,1 % от общего числа зарегистрированных случаев ИСМП (2015 г. - 21,3%). Проведя анализ внутрибольничных инфекций дыхательных путей в общей структуре ИСМП, необходимо отметить, что в Российской Федерации из всей группы инфекций дыхательных путей статистическому учету подлежат только пневмонии, отсутствует отдельная регистрация вентилятор-ассоциированных инфекций дыхательных путей (как пневмоний, так и трахеобронхиальных инфекций), что делает невозможным изучить заболеваемость данными актуальными инфекциями, а, соответственно, и оценить эффективность профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Пневмонию, возникшую через 48-72 ч после начала искусственной вентиляции легких (ИВЛ), называют вентилятор-ассоциированной (ВАП) [3]. ВАП является одной из актуальных проблем современной интенсивной терапии и пульмонологии. Это наиболее частое осложнение среди пациентов ОРИТ, получающих респираторную поддержку [1]. ВАП развивается в среднем у 8-20% больных в ОРИТ и у 27% больных в условиях ИВЛ. Частота развития ВАП напрямую зависит от продолжительности респираторной поддержки. Увеличение частоты техногенных катастроф, постарение населения и ухудшение экологии, широкое внедрение в клиническую практику инвазивных диагностических технологий и расширение хирургической агрессии, а так же широкое и бесконтрольное применение антибиотиков обуславливают неуклонный рост частоты ВАП. Развитие ВАП является независимым прогностическим признаком неблагоприятного исхода у тяжелых больных, требующих ИВЛ [4].

Цель работы. Изучить современные клинико-эпидемиологические особенности вентилятор-ассоциированной пневмоний.

Методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 21 истории болезни пациентов отделения хирургической реанимации многопрофильной городской клинической больницы (600 коек) за двухлетний период (2016-2017 гг.) с установленным диагнозом вентилятор-ассоциированной пневмонии. Среди пациентов большинство были мужчины - 81,8%. Средний возраст пациентов 43 ± 2,3 года (от 17 до 85 лет). В зависимости от основного заболевания все пациенты с внутрибольничным поражением дыхательных пу-

тей были разделены на две группы: первая - тяжелые травмы (18 человек), вторая - заболевания органов брюшной полости и грудной клетки (3 человек). Оперативное лечение по поводу основного заболевания проводилось у 21 пациентов (100%). Следует подчеркнуть, что лишь у 23,8 % пациентов была осуществлена периоперационная антибиотикопрофилактика путем внутривенного введения антибактериального препарата во время вводного наркоза до проведения разреза. Антибиотикопрофилактика проводилась с применением цефалоспоринов: II поколения - 43,9%, III поколения - 56,1%. После оперативного лечения все пациенты помещались в отделение хирургической реанимации, где им проводилась продленная ИВЛ. Больные с тяжелыми травмами из приемного отделения сразу поступали в отделение хирургической реанимации и также находились на продленной ИВЛ. В основу проведенного анализа положены результаты комплексного эпидемиологического (оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ, эпидемиологическое обследование очагов) и клинико-инструментального (рентгенография легких) исследования. Статистическую обработку материалов исследования проводили на основе расчета интенсивных и экстенсивных показателей.

Результаты и обсуждение. Вентилятор-ассоциированные пневмонии развивались в разные сроки от начала проведения ИВЛ. Причем выявлена зависимость возникновения ВАП от типа примененного аппарата ИВЛ. Так, в первые 10 суток ВАП были диагностированы у 18 пациентов (85,7%), из них 11 человек находились на аппаратах ИВЛ без использования вирусно-бактериальных фильтров, а 7 человек - на аппаратах ИВЛ с защитными бактериальными фильтрами. Следовательно, использование бактериальных фильтров при проведении продленной ИВЛ позволяет снизить в 1,6 раза количество ВАП в ранние сроки после начала ИВЛ.

Важно отметить, что развитие ВАП сопровождается увеличением длительности нахождения больного в хирургическом ОРИТ на 4-6 сут и в стационаре - на 4-9 сут., что, соответственно, приводит к росту материальных затрат на лечение самого заболевания и прочих осложнений. Результаты микробиологического исследования показали, что наиболее частыми возбудителями ВАП являлись грамотрицательные неферментирующие бактерии - 48%. Среди последних лидирующие позиции занимала P. aerogenosa, представленная монокультурой или в ассоциации с другими микроорганизмами у 10 пациентов. В единичных случаях из эндотрахеального аспирата пациентов выделялись грамположительные бактерий: S. aureus, S. pneumoniae, грамотрицательная флора (Pseudomonas aeruginosa, E.coli. Citrobacter) и грибы рода Candida. В половине случаев ВАП выделение возбудителей оказалось невозможным вследствие применения антибиотиков до забора материала на исследование.

Выводы. Таким образом, пациенты отделений хирургической реанимации относятся к группе высокого риска развития ВАП. Среди факторов, приводящих к развитию ИВЛ-ассоциированных инфекций дыхательных путей, большое значение имеют как эндогенные (тяжесть основного заболевания), так и экзогенные (длительность проведения ИВЛ и наличие защитных фильтров на аппаратах искусственной вентиляции легких) факторы.

Литература:

1. Белобородов В.Б. Вентилятор-ассоциированная пневмония: диагностика, профилактика и лечение // Consilium medicum. - 2000. - Т. 2, № 4. - С. 10-17.
2. Егорова И.Н., Власенко А.В., Мороз В.В., Яковлев В.Н., Алексеев В.Г. Вентилятор-ассоциированная пневмония: диагностика, профилактика, лечение (современное состояние вопроса) // Общая реаниматология. 2010. № 6 (1). С. 79-88.
3. Елисеева Е.П. Вентилятор-ассоциированная пневмония: патогенез, факторы риска, профилактика // Клиническая физиология кровообращения. 2008. № 4. С. 56-65.
4. Киреев С.С., Асланян В.А., Гургенидзе В.Н., Асланян А.А., Антошина О.В. Внеорганная детоксикация у больных с абдоминальной инфекцией // Вестник новых медицинских технологий. 2009. Т. 16, № 2. С. 98-99.

УДК 616.248 - 053.2

Потапова Н.Л., Шангина Л.В.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Введение. Бронхиальная астма (БА) является глобальной проблемой во всем мире. Распространенность ее достигает до 12,1% в России, в мире же БА страдают 334 миллиона человек. Несмотря на постоянное изучение предрасполагающих факторов, поиск новых методов прогнозирования течения и терапии болезни, акценты на управлении заболевания в рамках первичной и вторичной профилактики, бронхиальная астма во многом остается для нас загадкой. В детском возрасте актуальным остается явное "омоложение" бронхиальной астмы, высокая степень инвалидизации пациентов с "ранней" астмой [2,3]. Одной из составляющих необратимых изменений при бронхиальной астме является четкая трансформация стенки

бронха с пролиферацией фибробластов, неоангиогенезом и гиперплазией гладкомышечных клеток [1]. Подобные структурные нарушения неизбежно отражаются на состоянии вентиляции легких и приводят к формированию стойких обструктивных симптомов [2, 4]. В связи с этим, особое значение приобретает мониторинг лёгочной вентиляции, позволяющий выявить в ранние сроки необратимый характер изменений функции легких.

Цель: оценить состояние вентиляционной функции лёгких у детей с бронхиальной астмой вне обострения методом компьютерной бронхофонографии.

Материалы и методы. Проведено одномоментное исследование в амбулаторных условиях, на базе ГУЗ ДКМЦ, в поликлинических подразделениях № 3-5. В исследование включено 47 пациентов, средний возраст которых составил 7,3±4,3 лет. Родители всех пациентов были проинформированы о цели и методах проведения исследования, получено информированное добровольное согласие.

Критерии включения:
- Установленный диагноз бронхиальной астмы.
- Диспансерный учет по поводу бронхиальной астмы.
- Наличие регулярной базисной терапии в соответствии со степенью тяжести болезни.

Критерии исключения:
- Наличие обострения бронхиальной астмы.
- Наличие острых респираторных заболеваний.
- Наличие признаков декомпенсации деятельности со стороны других органов и систем, способных повлиять на результаты исследования.

Всем детям проведен клинико-анамнестический анализ. Все пациенты находились вне обострения бронхиальной астмы и были распределены по степени тяжести заболевания: 1 группа - 30 (67%) - дети с легким течением БА, 2 группа -12 детей (25%) - среднетяжелая БА и 3 группа - около 8% (5 детей) - тяжелое течение болезни. С целью оценки анамнеза у всех пациентов проведен анализ истории развития ребенка (форма 112/у). Учитывались следующие опорные точки: постановка на учет по диагнозу "бронхиальная астма", сроки постановки, регулярность наблюдения, триггеры обострения, соблюдение врачебных рекомендаций относительно базисной терапии.

Исследование функции внешнего дыхания проводилось на месте, при помощи аппарата компьютерной бронхофонографии "Паттерн-01". Анализировались акустические показатели высоко - и среднечастотного диапазона (К2 и К3), наиболее чувствительные к обструктивным нарушениям. Статистическая обработка материала проведена при помощи программы Биостат (2008). Данные представлены в виде M±SD, статистическую значимость различий оценивали по критерию Манна-Уитни ($p<0,05$).

Результаты. Все дети имели атопический вариант БА. Стоит отметить, что диагностика бронхиальной астмы запаздывает. Так, у 56% детей длительность периода, в течение которого регистрировались повторяющиеся приступы бронхообструкции, составила 10-12 месяцев. Чаще всего родители детей обращались по поводу одышки, малопродуктивного приступообразного кашля к педиатру - 84%. Терапия, назначаемая педиатром, в 90% случаев соответствовала рекомендациям по лечению обструктивного синдрома, однако, отсутствовали рекомендации по обращению к врачу-специалисту - аллергологу или пульмонологу.

Частота диспансерного наблюдения педиатром детей с бронхиальной астмой составляет 1 раз в 1 или 3 месяца в зависимости от степени контроля, аллергологом - 1 раз в 3 или 6 месяцев - так же, в зависимости от контроля течения заболевания. Согласно данным истории развития ребенка, результатам опроса детей и родителей, диспансерное наблюдение соблюдалось только у трети пациентов.

Анализ триггеров обострения бронхиальной астмы продемонстрировал четкую зависимость от разнообразных аллергенов, при этом в качестве триггера ни один пациент не назвал острые респираторные вирусные инфекции. Это можно объяснить тем, что большую часть обследуемых составили дети школьного возраста, имеющие более низкие показатели заболеваемости ОРВИ, а также включением других механизмов в развитие болезни. В структуре названных аллергенов на 1 месте расположились эпидермальные (около 1/2 пациентов) и пищевые (1/3) аллергены. Среди пищевых аллергенов преобладали облигатные аллергены (цитрусовые, мед, шоколад). Группа пациентов, имеющая пищевую сенсибилизацию, также имела проявления сопутствующих аллергических заболеваний - атопический дерматит (20%), рецидивирующую крапивницу и ангионевротический отек (25%). 1/4 детей имели проявления поливалентной аллергии, представленной сочетанием сенсибилизации к эпидермальным (эпителий кошки, собаки, хомяка), пищевым и пыльцевым/лекарственным аллергенам.

При анализе рекомендаций по базисной терапии установлено, что при легком течении бронхиальной астмы в 80% были рекомендованы антагонисты лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст) и низкие дозы ингаляционных кортикостероидов, при среднетяжелом течении - средние дозы ингаляционных кортикостероидов (флутиказон, беклазон) или низкие дозы комбинированных препаратов - флутиказон/сальметерол, будесонид/формотерол (20% пациентов). Базисная терапия тяжелой бронхиальной астмы в 50% была пред-

ставлена средними и высокими дозами комбинированных препаратов, у половины пациентов рекомендованы высокие дозы кортикостероидов. Однако, несмотря на регламентированные правила приема, у 24% детей (90% детей с легким течением болезни) базисная терапия не соответствовала рекомендациям и степени тяжести болезни и представлена использованием только короткодействующих В2-агонистов. Частота использования В2-агонистов вне обострения составила в среднем 1,6±0,2 раза в неделю, что соответствует критериям контролируемого течения заболевания.

В оценке вентиляционного статуса больных детей особое внимание уделялось анализу высокочастотного диапазона, соответствующего обструктивному поражению на уровне нижних дыхательных путей. Анализ осцилограмм пациентов свидетельствует об отсутствии бронхообструкции у 90% больных. Около 10% детей имели незначительные нарушения бронхиальной проходимости на фоне адекватной базисной терапии, не имея при этом жалоб и не чувствуя симптомов астмы. Погрупповое сравнение показало, что акустические показатели высокочастотного диапазона не имели достоверных различий по степени тяжести и составили 31,1±14,3, 25,5±12,3 и 43,7±3,3, соответственно ($p>0,05$). Однако были получены крайне интересные результаты, демонстрирующие достоверно более низкие (в 2 раза) показатели бронхиальной проходимости у пациентов с поливалентной сенсибилизацией, по сравнению с моновалентной - 50,5±11,4 и 22,3±8,2, соответственно ($p<0,05$). Вероятно, это свидетельствует о неоднородности классического для детского возраста "атопического" фенотипа БА.

Выводы.

1. Среди обследованных пациентов регистрируется "атопический" вариант бронхиальной астмы.
2. 90% пациентов с легкой астмой не соблюдают рекомендованную базисную терапию.
3. Состояние вентиляционной функции легких у детей, больных БА, вне периода обострения, в целом характеризуется удовлетворительными показателями легочной функции.
4. Поливалентная сенсибилизация приводит к увеличению акустической работы дыхания в высокочастотном диапазоне, что указывает на нестабильность лёгочной функции, возможно, обусловленной разными фенотипами ответа в зависимости от причинно-значимых аллергенов.

Литература:

1. Геппе Н.А., Селиверстова Н.А., Малышев В.С. и др. Бронхофонографическое исследование легких у больных бронхиальной астмой раннего возраста /Пульмонология. - 2008. - № 3. - С. 38-41.
2. Мизерницкий Ю.Л., Павленко В.А., Мельникова И.М. Клинико-функциональные критерии прогноза бронхиальной астмы в раннем детском возрасте // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2015. - № 4. - С. 82-88.
3. Сюракшина М.В., Лукина О.Ф., Балаболкин И.И. Функциональные характеристики легких при бронхиальной астме у детей первых лет жизни // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2008. - № 4. - С.28-34.
4. Цыпленкова С.Э., Мизерницкий Ю.Л. Современные возможности функциональной диагностики внешнего дыхания у детей / Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2015. - № 5. - С. 14-20.

УДК 616.248 - 053.2

Потапова Н.Л., Утенкова Ю.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПРОСНИКА ASQ - 5 В КОНТРОЛЕ ДЕТСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

В ряду многочисленных заболеваний органов дыхания у детей важное место принадлежит аллергическим поражениям дыхательной системы, наиболее распространенным из которых является бронхиальная астма (БА) [2]. Наблюдение за пациентами в условиях первичного звена является основой вторичной и третичной профилактики заболевания. Однако, в настоящее время контроль за течением данного заболевания, коррекция терапии в большей степени осуществляется в специализированных условиях. Согласно литературным данным, у более половины пациентов течение бронхиальной астмы остается частично или полностью неконтролируемым даже при условии соблюдения стандартной базисной терапии. Оценка контроля за течением БА вне стационара становится базовой для возможности снижения будущих рисков обострения. Данный подход требует наличия стандартизованных, удобных инструментов для оценки степени контроля за течением бронхиальной астмы, которые могли бы успешно использоваться как у взрослых, так и у детей [3]. Особое значение в современных условиях приобретает использование опросника ASQ - 5, неоднократно зарекомендовавшего себя как надежный, доступный, валидизированный опросник [1,4,5].

Цель работы. Изучить степень контроля за течением БА у детей на амбулаторном этапе.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 57 детей, больных БА, наблюдаемых на базе 3, 4 и 5 поликлинических подразделений ДКМЦ г. Читы.Средний возраст пациентов составил 8,5±2,3.

Всем детям проводилось клиническое обследование, включавшее в себя стандартный объективный осмотр пациента. Перед обследованием всех детей было получено информированное добровольное согласие. 2 этапом проводилось анкетирование по самостоятельно разработанной анкете и опроснику ASQ - 5. Разработанная нами анкета включала вопросы, составляющие в итоге общую целостную информацию об информированности о базисной терапии, пикфлоуметрии, как средстве амбулаторного контроля. Опросник ASQ - 5 содержит 5 вопросов, оценивающих симптомы астмы в течение последних 4 недель. В опроснике учитываются ночные симптомы астмы, симптомы астмы при пробуждении утром, степень одышки и ограничения жизнедеятельности, связанные с затруднением дыхания. Опросник удобен в использовании, прост, заполнение занимает минимальное время, что позволяет использовать его в амбулаторных условиях.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Биостат, 2008. Данные представлены в виде M±SD, достоверность различий оценивалась по критерию Манна-Уитни, статистическая значимость различий при $p<0,05$.

Результаты. По степени тяжести бронхиальной астмы пациенты распределились следующим образом: $^{2}/_{3}$ составили больные с легким течением заболевания, $^{1}/_{4}$ - дети со среднетяжелым течением и около 5% с тяжелой степенью болезни. При клиническом обследовании установлено, что все дети находились вне периода обострения бронхиальной астмы и не имели дневных, ночных симптомов заболевания.

Огромное значение в достижении контроля имеет установление полного комплайнса между родителями, детьми и лечащим врачом. При опросе выяснилось, что около половины опрошенных родителей идут навстречу рекомендациям врача и ведут правильный образ жизни - избегают курения (43%), наличия в доме сильнопахнущих средств бытовой химии, парфюмерии (57%). 52% родителей остаются безответственными по отношению к своим детям и продолжают курить. По результатам тестирования мы пришли к выводу, что необходимые жилищно-бытовые условия и гипоаллергенная диета соблюдаются в 53% случаев. 17% родителей не соблюдают гипоаллергенный быт и диету вообще. 57% из всех опрошенных родителей считают, что терапия эффективна. 4% воздержались от ответа, в 21% случаев родители считают терапию, назначенную доктором, не эффективной, в 17% - частично эффективной.

Чёткое представление о "главном лекарстве" (препарат базисной терапии) имеют лишь 1/3 пациентов при легком течении БА. С нарастанием степени тяжести родители начинают проявлять медицинскую сознательность и обязательность соблюдения базисной терапии отмечается у 46% и 67% детей при среднетяжелом и тяжелом течении соответственно. При этом Неверная тактика с использованием в лечении только короткодействующих β2-агонистов по потребности имеет место у 1/3 детей, частота применения бронходилататоров составила 2,3±0,5 в неделю.

Существенное значение в контроле БА имеет амбулаторный пикфлоумониторинг в форме фиксации в дневнике пикфлоуметрии, позволяющий прогнозировать приближающийся приступ удушья. Большинство пациентов не соблюдают предписанные рекомендации и в среднем суточная пикфлоуметрия проводится только у 30% детей. При анализе диспансеризации выявилась парадоксальная ситуация - планово посещают врача-аллерголога (пульмонолога) около 80% детей при легком и среднетяжелом течении болезни, а при тяжелой астме лишь 1/3 пациентов. Причем самый высокий уровень госпитализации в связи с обострением БА отмечается в группе тяжелого течения - около 30% и составляет 2,4 раза в год. Это обстоятельство, по всей вероятности, связано как с несоблюдением плана диспансерного посещения, так и с выраженностью симптомов болезни. При опросе родителей было установлено, что около 2/3 госпитализаций осуществлялись в связи с ухудшением состояния ребенка, около 20% - по поводу продления установленной ранее инвалидности, в остальных случаях - планово. Более 80% родителей имеют положительное мнение о рекомендациях врача и считают, что базисная терапия достаточно эффективна и помогает облегчить состояние ребенка.

Одним из возможных мероприятий профилактики и контроля может являться астма-школа.

По данным опроса 10 % родителей знают о существовании астма-школ, но не посещают их. Около 30% родителей получают информацию о причинных факторах, течении болезни, методах немедикаментозной терапии из сети интернет, но при этом не могут назвать конкретные источники, чаще пользуясь научно-популярными текстами в первой колонке поискового запроса.

Опросник ASQ - 5 позволяет не только получить представление о степени контроля, но и спрогнозировать повышенный риск развития обострений. Результаты анкетирования(опросник ASQ - 5) при легком течении бронхиальной астмы составляют 0,1 балла, что соответствует уровню высокого контроля над заболеванием. Чуть более высокие показатели выявлены в группе пациентов со среднетяжелым течением и составили 0,6 балла, что также соответствует хорошему контролю. В группе детей с тяжелым течением бронхиальной астмы получены менее утешительные результаты - 1,4 балла ($p<0,05$), что свидетельствует о частичном контроле с риском развития обострения, состоянии, близком к неконтролируемому течению. Все респонденты отметили простоту и удобство опросника ASQ - 5, среднее время заполнения составило 3,2 ±0,5 мин.

Выводы.

1. Анализ данных демонстрирует явный диссонанс между мнением и поведением родителей - около 80%

родителей считают терапию правильной, однако придерживаются плана диспансеризации и строго следуют рекомендациям врача по всем пунктам только в 40%.

2. "Удовлетворительное" состояние пациентов в группе тяжелой БА в амбулаторных условиях является кажущимся, так как эти больные имеют высокую частоту госпитализации при обострении (30%) и близки к неконтролируемому течению заболевания.
3. Положительный сдвиг в амбулаторном контроле БА может быть достигнут при активной работе первичного звена в плане повышения профилактической и медицинской активности населения.

Литература:

1. Авдеев С.Н. Опросник ASQ - 5 - новый инструмент оценки контроля над бронхиальной астмой // Пульмонология. - 2011. - № 2. - С. 93-99.
2. Жолондзь Н.Н., Воронина Н.В. Современные подходы к оценке контроля над бронхиальной астмой в клинической практике // Дальневосточный медицинский журнал. - 2013. - № 2 - С. 13-16.
3. Князева Е.В., Геппе Н.А. Взаимосвязь спирографических параметров и бронхиальной гиперреактивности с уровнем контроля астмы у детей (по результатам тестов ASQ - 5 и АСТ - С). - Современные технологии в медицине. - 2013. - № 5 (2). - С. 47-52.
4. Евсеева И.П., Захарова Ю.В. Оценка информативности инструментальных и анкетных методов в определении контроля бронхиальной астмы // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. - 2013. - № 1. - 3 с.
5. Евсеева И.П., Пунин А.А., Воронцов К.Е. Сравнение шкал оценки контроля бронхиальной астмы (АСТТ, ASQ) и индекса кооперации // Сибирский медицинский журнал (Томск). - Т. 28. - № 3. - С. 40-44.

Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А., Татарников А.Н., Веселкова Г.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия

В многочисленном ряду актуальных респираторных инфекций в детском возрасте респираторно-синцитиальный (РС) вирус занимает особое место в связи с высокой заболеваемостью и тяжестью клинических проявлений вызываемой им болезни у детей раннего возраста, обусловливая значимую потребность в госпитализации и летальность в группах риска. Считается, что РС-вирусу принадлежит лидирующая роль в развитии инфекции нижних дыхательных путей у детей младшего возраста. Частота РС-вирусной инфекции в структуре ОРВИ в различных регионах мира варьирует от 6 до 44,1%. Вероятность инфицироваться РС-вирусом на первом году жизни составляет примерно 50%. Практически каждый ребенок хотя бы один раз переносит РС-вирусную инфекцию (РСВИ) в первые два года жизни, при этом половина заболевших переносят инфекцию тяжело в форме обструктивного бронхита, бронхиолита или пневмонии. Самые высокие показатели заболеваемости и госпитализации отмечаются среди детей в возрасте от 1 до 6 месяцев, при этом пик заболеваемости приходится на возраст 3-4 месяцев. Уровень госпитализации по поводу РСВИ у детей первых 6 месяцев жизни может составлять от 12 до 34 на 1 000 населения данной возрастной группы в год. Среди госпитализированных детей с РСВИ из групп риска смертность достигает 3 - 5%, при этом летальность от РСВИ среди детей первого года жизни превышает показатели летальности от гриппа этой же возрастной категории в 9 раз.

Цель: изучить особенности течения РСВИ среди госпитализированных пациентов детского возраста.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование 207 историй болезни детей с РС-вирусной инфекцией обоего пола (45,4% - девочки, 55,6% - мальчики), находившихся на лечении в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" с 2013 по 2017 гг. Возраст детей составил 9,3±7,3 месяцев (от 1 до 36 месяцев). Диагноз РСВИ устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, комплекса характерных клинических симптомов и верифицировался путем обнаружения РНК вируса в назофарингеальных мазках методом ПЦР.

Результаты. В ходе исследования выявлено отчетливое увеличение количества детей, поступивших на стационарное лечение по поводу РСВИ, в зимне-весенний период года. Наибольшее число заболевших составила группа детей первого года жизни (74,3%). В большинстве случаев отмечалось нетяжелое течение РСВИ (84,5% случаев). Тяжелые формы РСВИ наблюдалисьу 15,5% детей.В клинической картине преобладали симптомы ринофарингита (96,1%) и бронхиолита (69,6%), реже встречались симптомы бронхита (18,8%) и ларинготрахеита (5,3%). В 17,4% случаев течение инфекции осложнялось пневмонией. Синдром интоксикации в большинстве случаев характеризовалсяумеренной выраженностью, средний показатель температуры тела составил 37,3±0,7^{0}С. Повышение температуры тела у 62,3% детей сопровождалось вялостью и снижением аппетита (46,8%). Тяжесть состояния детей с РСВИ обусловливалась признаками дыхательной

недостаточности различной степени выраженности (1 степени - 23,2%; 2 степени - 12,6%; 3 степени - 0,5%). В момент госпитализации у больных отмечались: тахипноэ (частота дыхательных движений 40±9,6 в мин.), тахикардия (частота сердечных сокращений 138±14,6 ударов в мин.), снижение уровня SpO2 (в среднем 91±4,8%), участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (50,2% госпитализированных детей), акроцианоз (27,3%). Гемограмма у больных с РСВИ часто соответствовала возрастными показателям. В 6,8% случаев РСВИ протекала в виде ассоциированной инфекции с другими респираторными вирусами. Так, РС-вирус часто выявлялся с помощью ПЦР в комбинации с риновирусом (у 64,3% детей), реже - с бокавирусом, вирусом парагриппа (по 14,3%) и аденовирусом (7,1%). Продолжительность стационарного лечения детей при РСВИ составила в среднем 8,7±3,6 дней. Потребность госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии возникла у 22,7% больных детей, которая длилась в среднем 8,6±3,6 дней. Механическая вентиляция легких потребовалась в 3,4% случаев и продлилась в среднем 6,1±2,3 дня. Неинвазивная кислородная поддержка оказывалась 12,5% пациентов на протяжении 5,1±2,3 дней.

Вывод: РСВИ среди госпитализированных больных в целом характеризуется среднетяжелым течением, регистрируясь чаще среди больных первого года жизни и формируя в каждом третьем случае в этой возрастной группе осложнение в виде пневмоний. Тяжесть при РСВИ обусловлена бронхо-обструктивным синдромом и развитием в трети случаев дыхательной недостаточности разной степени выраженности, что требовало госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии, а также проведения респираторной поддержки.

Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А., Казанцев В.Н., Прокопенко О.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ИЗ ГРУПП РИСКА

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", г. Чита, Россия

Респираторно-синцитиальная (РС) инфекция представляет собой одну из наиболее значимых респираторных инфекций в детском возрасте, которая обуславливает высокую заболеваемость, потребность в госпитализациях и летальность среди детей групп риска. Установлено, что РС-вирус является лидирующей этиологической причиной бронхиолитов и инфекции нижних дыхательных путей у детей первого года жизни. В развивающихся странах РС-вирус обуславливает до 15-40% летальных исходов от пневмонии и бронхиолита. Однако, инфекция нижних дыхательных путей с тяжелой дыхательной недостаточностью развивается не у всех заболевших детей. Наиболее значимыми факторами тяжелого течения РС-инфекции у детей раннего возраста является недоношенность, врожденные пороки сердца и хронические болезни легких (в том числе бронхолегочная дисплазия - БЛД), нейромышечные болезни, иммунодефициты. Наиболее высока смертность у детей, рожденных на сроке гестации <32 недель, с врожденными пороками сердца (ВПС), БЛД. У недоношенных пациентов она выше в 15 раз (19,7 на 100000 против 1,3 у доношенных), а у недоношенных с массой тела <1500 г - в 23 раза (29,8 на 100000).

Цель: изучить особенности течения респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (РСВИ) среди госпитализированных пациентов детского возраста из групп риска тяжелого течения инфекции.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 207 историй болезни детей с РС-вирусной инфекцией обоего пола (45,4% - девочки, 55,6% - мальчики), находившихся на лечении в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" с 2013 по 2017 гг. Возраст детей составил 9,3±7,3 месяцев (от 1 до 36 месяцев). Диагноз РСВИ устанавливался на основании эпидемиологического анамнеза, комплекса характерных клинических симптомов и верифицировался путем обнаружения РНК вируса в назофарингиальных мазках методом ПЦР. В процессе анализа была сформирована группа детей с РСВИ, которую составили 24 ребенка в возрасте от 1 до 34 месяцев (средний возраст 7,7±6 мес.) с выявленными факторами риска тяжелого течения РСВИ, такими как срок гестации <32 недель, масса тела при рождении<1500 г, ВПС, БЛД.Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 6.1. Количественные показатели выражали в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Для сравнения групп по качественным бинарным признакам пользовались непараметрическим критерием ?2. Различия в распределении частот изучаемых признаков в сравниваемых группах считали статистически подтвержденным при значении $\chi^2 \geq 3,84$ для уровня значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Нами обозначена частота встречаемости отдельных факторов риска в исследуемой группе детей. Так, вес при рождении <1500 г. регистрировался в 58,3% случаев, срок гестации <32 недель к моменту рождения - 58,3%, наличие ВПС - 62,5%, БЛД - 16,7%. Установлено, что в обеих группах заболевание чаще регистрировалось среди детей до 6 месяцев, они составили 58,3%. Большая часть детей госпитализировались в период года с декабря по май. У детей раннего возраста отмечено частое вовлечение в патологический процесс нижних дыхательных путей (бронхиолит, обструктивный бронхит, пневмонии) с более тяжелым клиническим течением. Наибольшая тяжесть РС-инфекции наблюдалась у детей первых месяцев

жизни с факторами риска. Так, тяжелые формы РС-инфекции регистрировались чаще у пациентов первой группы (62,5%) против 10% во второй группе детей, которые не имели факторов риска тяжелого развития патологического процесса (p=0,0001). Недоношенные дети, рожденные на сроке гестации менее 32 недель со средней массой тела при рождении детей 1570±351,5 г. чаще формировали клинические проявления тяжелого бронхиолита по сравнению с детьми, рожденными позднее 32 недели гестации (p=0,0001). Пневмония развивалась у 50% пациентов группы риска (16,4% - во второй группе, p=0,017). Пациенты первой группы чаще нуждались в кислородной поддержке (p=0,0001), в том числе с использованием режима назального CPAP и механической вентиляции легких, а также пролонгированной госпитализации (12,6±5,1 против 9,1±2,4 койко-дней во второй группе больных, p=0,0001).

Выводы: РСВИ у детей из групп риска в большинстве случаев протекает в тяжелой форме с выраженной дыхательной недостаточностью и осложнением в виде пневмоний, что в совокупности требует более тщательного наблюдения за этой категорией детей и актуализирует проведение специфической профилактики этой инфекции у детей с высоким риском тяжелого течения заболевания.

Власова А.Н., Аксенова В.М.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Актуальность. Обструктивные заболевания занимают 1 место среди других болезней легких, по частоте встречаются у каждого пятого ребенка.

Целью исследования явилась оценка качества жизни и показателей акустической работы дыхания у детей с бронхообструктивными заболеваниями бронхолегочной системы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе поликлинических подразделений города Читы.

Обследовано 37 детей в возрасте 5-7 лет. Все дети были разделены на 3 группы.

Первую группу составили дети с бронхиальной астмой - основная группа (14), вторая группа - дети с гиперреактивностью дыхательных путей - группа сравнения (13). В группу контроля вошли 10 относительно здоровых детей.

Дети всех групп были сопоставимы по возрасту и полу.

Методами исследования явились анализ анамнеза, оценка качества жизни с помощью адаптированного на детский возраст SF-36 - теста. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Из них формировали два параметра: психологический (ПКЗ) и физический (ФКЗ) компоненты здоровья. Показатели каждой шкалы варьировали между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Всем детям проведена бронхофонография с помощью компьютерно-диагностического комплекса "Pattern-01". Сканирование респираторной волны производилось в частотном диапазоне от 0,2 до 12,6 кГц. Выделяли три зоны частотного спектра: 0,2-1,2 кГц (низкочастотный диапазон), 1,2-5,0 кГц (средние частоты), 5,0-1,2 кГц (высокочастотный диапазон). Количественная оценка работы дыхания проводилась по абсолютным цифрам и коэффициентам.

Обработка полученных бронхофонограмм осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Pattern и Pattern Analyser с определением акустической работы дыхания (АРД), выраженной в нДж. При статистической обработке полученных данных применялись методы вариационной статистики с помощью программы Statistica.10.0. с расчетом частоты встречаемости признака и использованием непараметрических критериев для оценки значимости различий (критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования. Проведенный анализ анамнестических данных выявил следующие характеристики пациентов. Угроза прерывания беременности чаще встречалась в 1 группе, чем во второй, 25% и 2% случаев соответственно. Гестоз выявлен у каждой четвертой матери первой группы исследуемых. Среди заболеваний на первом году жизни перинатальное поражение центральной нервной системы с большей частотой выявлено у детей второй группы - 74%, чем у первой - 44%.

На основании анкетирования по шкале SF-36 теста пациенты первой группы в 55% контролировали заболевание, что свидетельствовало об адекватности подобранной терапии. Больные имели низкие показатели качества жизни физического (45,9 ±7,5) и психического компонентов (45,0 ±11,3), p<0,05.

У детей из 2 группы также определялись низкие показатели физического (48,7±3,6) и психического компонентов (51,7±10,2), p<0,05.

Показатели группы здоровых детей определялись в пределах следующих значений: ПКЗ - 98,5±12,1 и ФКЗ - 97,5±5,3 соответственно.

Выявленное преобладание акустической работы дыхания в низко- и среднечастотном диапазонах у обследуемых детей обеих групп может быть связано с хроническим воспалительным процессом в носоглотке.

Показатели акустической работы дыхания в низкочастотном и среднечастотном диапазонах бронхиальной астмы ниже (АРД1 = 439,3 (225,6-1042,9) нДж,; АРД2 = 231 (161,8 - 894,6) нДж), чем показатели акустической работы дыхания у детей второй группы (АРД1 =831,2 (9,09-956,2) нДж; АРД2 = 63, 7 (1,7-98,8) нДж). Это может свидетельствовать о нарушении аэродинамики как верхних и средних, так нижних дыхательных путей у данных групп.

Выводы.

1. У детей с бронхообструктивными заболеваниями легких страдает как физический, так и психический компоненты здоровья.
2. Выявлены нарушения аэродинамики у детей с гиперреактивностью дыхательных путей.
3. Данной группе детей необходимо проводить адекватную медикаментозную коррекцию, что позволит предупредить развитие бронхиальной астмы.

Гаймоленко И.Н., Петрова А.И., Марковский А.В.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2014-2017 ГОДЫ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Муковисцидоз (МВ) - моногенное, аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов. Клинически МВ проявляется поражением бронхолегочной системы, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы, нарушением процессов пищеварения, а также холестатическими осложнениями.

Необходимость ведения учета больных МВ очевидна: это накопление данных и мониторинг важнейшей клинической информации, касающейся больных МВ.

Цель работы: оценить динамику показателей регистра больных МВ в Забайкальском крае за 2014-2017 годы.

Материалы и методы. Проанализированы данные регистра больных МВ в Забайкальском крае за 3-летний период. Оценивалась динамика анализируемых в национальном Регистре показателей: половозрастная структура, возраст установления диагноза, наличие осложнений. Среди показателей функции внешнего дыхания учитывались объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) и форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) как процент от должных величин. Нутритивный статус больных муковисцидозом оценивался с помощью индекса массы тела (ИМТ) по Quetelet (масса (кг) / рост (м)^2). Для взрослых пациентов целевые значения ИМТ - 22 кг/м^2 для женщин и 23 кг/м2 для мужчин. Нутритивный статус детей оценивался в системе перцентилей, целевым значением для детей и подростков с МВ являются показатели ИМТ, соответствующие нормальным цифрам для здоровых детей того же пола и возраста - 50-й перцентиль. Расчет перцентилей ИМТ проводился при помощи программ Всемирной организации здравоохранения: WHO Anthro (для детей до 5 лет) и WHO Anthroplus (для детей старше 5 лет). Для детей младшего возраста использовался массо-ростовой индекс (МРИ) (фактическая масса / идеальная масса по росту и полу х 100%), недостаточность питания констатировалась, если МРИ < 90%. Анализировались результаты генетического исследования на поиск частых мутаций МВ, который был проведен у части пациентов в генетических лабораториях Медико-генетического научного центра РАМН и в лаборатории молекулярной генетики ФГБОУ ВО ЧГМА. Оценивался микробиологический профиль и объем терапии. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ BIOSTAT, Microsoft Exsel 2007 методами вариационной статистики.

Полученные результаты. В 2014 году в национальный Регистр были представлены данные 17 пациентов, с установленным диагнозом МВ, на основании клинической картины, данных положительной потовой пробы и / или генетического исследования, а также неонатальным скринингом (с 1 января 2007 года), проживающих на территории Забайкальского края. Из них 12 мужского пола (71%) и 5 - женского (29%). Средний возраст пациентов 9,8±5,9 лет. Доля взрослых больных (старше 18 лет) - 11,7 % (2 человека). Ежегодное увеличение численности пациентов привело к тому, что в 2017 году в Регистр включен 21 человек, из них 14 мужского пола (67%) и 7 - женского (33%). Средний возраст пациентов 9,2±4,5 лет. Доля взрослых больных (старше 18 лет) - 4,8 % (1 человек).

За период с 2014 по 2017 гг. умерло 3 ребенка, средний возраст которых составил 11±1,5 лет, основная причина смерти - бронхолегочная. Один взрослый пациент сменил место жительства и в настоящее время наблюдается в РДКБ г. Москва.

Средний возраст постановки диагноза 2,5±2,3 года. Минимальный возраст установления диагноза - в 2 месяца, максимальный - в 10,3 лет. Доля пациентов, диагноз которым установлен по неонатальному скринингу выросла с 35,3% (2014г) до 42,9% (2017г). Доля больных с мекониальным илеусом составила 11,7% (2014г).

За отчетный период генотипирование было проведено в 100% случаев, общая суммарная частота идентифицированных аллелей составила 71% (выявлено у 17 человек), в 29% (у 7 человек) случаев патологический аллель выявить не удалось. Мутация F508del обнаружена у 13 (76,5%) больных и встретилась у 30,8% (4 больных) - в гомозиготном состоянии, у одного ребенка (7,7%) - в гетерозиготном состоянии, в сочетании с мутацией N1303K, у 61,5% (8 больных) - второй мутации не обнаружено. Также у четырех детей (23,5%) были выявлены более редкие мутации: W1282X, G542X, 2143delT.

За трехлетний период распространенность инфицирования различными микроорганизмами значительно изменилось, составляя для S. aureus: 66,7% - 62,5%, P.aeruginosa 33,3% - 50%, хронический высев Achromobacter xylosoxidans в настоящее время регистрируется у одного ребенка.

Изменились и показатели респираторной функции: средние показатели ОФВ1 и ФЖЕЛ варьировали от 73,7±25,4 и 75,8±22,4% от должного до 67,5±22,3 и 69,8±21,2% соответственно. Измерение нутритивного статуса за отчетный период было проведено у всех пациентов. ИМТ среди взрослых менялся в пределах 18,1-17,9 кг/м2, медиана перцентиля ИМТ среди детей значительно уменьшилась с 40 (2014г) до 23,2 (2017г), МРИ в среднем составил 86% (2017г).

Минимальные динамические изменения выявлены среди частот осложнений заболевания. По данным регистра 2017 года 4 (19%) человека имеют поражение печени, в виде цирроза без признаков портальной гипертензии. У 3 детей (14,3%) развился полипоз верхних дыхательных путей, у одного ребенка (4,8%) зафиксирован аллергический бронхолегочный аспергиллез. В 2016 году зарегистрирован случай спонтанного пневмоторокса, потребовавшего дренирования грудной полости.

Объем медикаментозной терапии изменился: значительно увеличилась терапия препаратом Гианеб с 0% в 2014 г. до 14,2% в 2017 г. Также выросло число пациентов, получавших интермитирующие курсы ингаляционных антибиотиков с 35,3% в 2014 г. до 57,1% в 2017 г., что связано с повышением числа больных с первичным и хроническим высевом P. aeruginosa.

Выводы: оценка показателей регистра в динамике продемонстрировала рост числа пациентов, диагноз которым установлен по неонатальному скринингу, увеличение числа пациентов, инфицированных P. aeruginosa, что отражается на ухудшении респираторной функции легких, у большинства больных выявлена недостаточность питания с тенденцией к её ухудшению. Также отмечается значительное увеличение использования в терапии ингаляционных антибиотиков и гипертонического раствора натрия хлорида с гиалуроновой кислотой.

Таким образом, в результате ежегодного анализа систематизированных данных появилась возможность оценивать важнейшие клинические показатели, генетический статус, объем медикаментозных и реабилитационных мероприятий больных муковисцидозом в Забайкальском крае.

Гаймоленко И.Н., Петрова А.И., Дутова А.А.

ОСТРЫЕ БРОНХИТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ЭТИОЛОГИЯ И БРОНХИАЛЬНАЯ ПРОХОДИМОСТЬ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия

Цель исследования: изучить этиологическую структуру и особенности бронхиальной проходимости при острых бронхитах у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе ГУЗ КДКБ города Читы с сентября 2017 по февраль 2018 гг. Под наблюдением находилось 80 детей, получавших стационарное лечение в отделении пульмонологии, в возрасте от 1 года до 5 лет. Диагноз острый простой бронхит (ОБ) установлен у 27 детей (28%), из них 17 (63%) - мальчиков, 10 (37%) - девочек, средний возраст 2,2±1,1 лет, острый обструктивный бронхит (ООБ) диагностирован у 53 пациентов, из них 30 (57%) - мальчиков, 23 (43%) - девочек, средний возраст 2,4± 1,1 лет. Для определения этиологии ОРВИ всем детям в день поступления в стационар проводилось вирусологическое обследование (мазок со слизистой задней стенки глотки), с целью детекции респираторных вирусов с применением метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Бронхофонография проводилась с помощью компьютерного акустического диагностического комплекса "Паттерн-01" в частотном диапазоне от 200 Гц до 12600 Гц, в трех зонах частотного спектра: 200-1200 Гц (низкочастотный диапазон), 1200-5000 Гц (среднечастотный диапазон), 5000-12600 Гц (высокочастотный диапазон). Для анализа паттерна дыхания из записанного 10-секундного интервала выбирался 4-х секундный интервал, который состоит из 4-х блоков (секунд). Количественная оценка работы дыхания проводилась по абсолютным цифрам и коэффициентам, представляющим относительные величины для исключения влияния индивидуальных особенностей пациентов на характеристики паттерна дыхания. Обработка полученных бронхофонограмм осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Pattern и PatternAnalyser с определением акустической работы дыхания (АРД), выраженной в нДж. АРД3 - зона высоких частот (выше 5000 Гц) отражает обструктивные

изменения в нижних дыхательных путях и коррелирует со звуковыми характеристиками сухих хрипов, АРД2 - соответствует зоне средних частот (1200-5000 Гц) показывает нарушения бронхиальной проходимости в средних отделах дыхательных путей и АРД1 - низкочастотный диапазон (200-1200 Гц), отображает поражение верхних дыхательных путей. Статистическая обработка выполнена с использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel XP, "Statistica-6.0", данные представляли в виде Me (25-75 перцентили), где Me - медиана. Использовались методы непараметрической статистики с применением U-критерия Манна-Уитни (сравнение двух независимых переменных). Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Полученные результаты. Серологическим методом этиология ОРВИ была установлена у 56 детей, что составило 70%, из них с ООБ 42 ребёнка (75%), с ОБ - 14 (25%). У 41 (73,2%) обследованных ОРВИ определялась как моноинфекция. Лидирующую позицию заняла респираторно-синцитиальная инфекция (РС инфекция) - около половины случаев 18 детей (44%). На втором месте по частоте встречаемости стоит аденовирусная инфекция у 8 (19,5%) обследованных. Риновирусная, как и парагриппозная инфекция (ПГ 1 типа, ПГ 3 типа, ПГ 4 типа) регистрировались несколько реже у 6 человек (по 14,6%). У трех детей (7,3%) диагностирована коронавирусная инфекция (covNL63, covHKU1). У 15 детей (26,8%) диагностирована микст-инфекция (преобладало сочетание коронавирусной инфекции с РС вирусом (20%), с риновирусом (15%) и аденовирусом (7%)). Выявлено, что у больных ОРВИ смешанной этиологии чаще наблюдался острый обструктивный бронхит (80% от всех наблюдений).

Характер бронхита зависел от этиологии, так острый обструктивный бронхит при моноинфекции чаще развивался на фоне РС инфекции - у 11 детей (36,6%), аденовирусной инфекции и вируса парагриппа - у 6 (по 20%), риновирусной инфекции - у 5 (16,7%), коронавирусной - у 2 обследованных (6,7%). Острый простой бронхит - при РС инфекции у 7 детей (50%), при аденовирусной инфекции у двух детей (14,3%), коронавирусной и риновирусной инфекции у двух детей (по 7,1%).

Показатели акустической работы дыхания в 100% случаев увеличивались во всех частотных диапазонах, у детей с ООБ и ОБ наблюдалось преобладание нарушения бронхиальной проходимости в верхних дыхательных путях АРД1 - 588,4 (163,1-1175,3) нДж и 268,1 (72,2-437,8) нДж соответственно, АРД2 ООБ/ОБ - 129,5 (24,5-429,8)/72,4 (27,5-287,1) и АРД3 ООБ/ОБ - 8,3 (1,8-54,3)/3,17 (0,8-12,9) нДж. Сравнительный анализ акустических показателей по критериям Манна-Уитни выявил статистически значимые различия параметров в базовом (200-1200 Гц) и высокочастотном (5000-12600 Гц) диапазонах, то есть АРД1, АРД3 у пациентов с ООБ и ОБ.

Выводы. В подавляющем числе случаев (70%) этиологическими агентами острых бронхитов у детей являются респираторные вирусы. В этиологическом спектре лидирует респираторно-синцитиальная инфекция (44%). Обструктивный бронхит чаще развивается на фоне ОРВИ смешанной этиологии (в 80%).

У детей с острыми бронхитами методом бронхофонографии выявлено нарушение бронхиальной проходимости на всех уровнях бронхов. Степень выраженности вентиляционных нарушений зависит от нозологии заболевания, так при ООБ наблюдается более выраженное поражение крупных и мелких бронхов ($p \leq 0,05$).

Мироманова Н.А., Манерная Е.С.

АНАЛИЗ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ЛАРИНГИТЕ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", Чита, Россия
ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", Чита, Россия

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), несмотря на очевидные успехи в их диагностике и лечении, до сих пор занимают лидирующее место в структуре инфекционной патологии, особенно среди детей. Особенностью ОРВИ в детском возрасте является частота развитий при них обструкции дыхательных путей, среди которых особое место занимает острый стенозирующий ларингит/ларинготрахеит (ОСЛТ), требующий оказания неотложной и экстренной помощи на разных этапах оказания медицинской помощи.

Цель работы. Определить соответствие фактического оказания медицинской помощи при ОСЛТ у детей имеющимся клиническим рекомендациям.

Методы исследования. Методом случайной выборки проведен рестроспективный анализ 49 историй болезни детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет (средний возраст 17±15,2) обоего пола (67,3% мальчиков,32,7% девочек) с установленным диагнозом стенозирующего ларингита/ларинготрахеита при ОРВИ, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в 2017 году. Оценивание соблюдения алгоритмов оказания медицинской помощи детям при ОСЛТ в реальной клинической практике осуществляли в соответствии с клиническими рекомендациями (Круп у детей (острый обструктивный ларингит): клинические рекомендации. - Москва, 2015). Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 6.1.

Результаты. Нами установлено, что 37 детей (75,5%) поступали в стационар по линии скорой медицинской помощи (СМП). В этой группе оценивался алгоритм оказания медицинской помощи на разных этапах ее оказания (догоспитальный, стационарный). В 12 случаях (24,5%) отмечалось самообращение за медицинской помощью в стационар, соответственно для этой группы оценивалась только помощь, оказываемая в стационарных условиях. По степени тяжести стеноза гортани, определяемым врачами бригады СМП, пациенты распределялись следующим образом: ОСЛТ 1 степени -17 человек (45,9%), ОСЛТ 2 степени - 4 детей (10,8%). В 35,2% случаев врачи не могли установить точную степень стеноза гортани, и пациенты направлялись с ОСЛТ 1-2 степени. Кроме того, в 8,1% неверно интерпретировалась клиника и констатировалась 0-1 степень ОСЛТ (в действительности соответствует 1 степени стеноза гортани). В качестве компонентов терапии на догоспитальном этапе в соответствии с клиническими рекомендациями оценивали факт использования: глюкокортикоидов (системных - СГК/ингаляционных - ИГК), их дозировки (преднизолон в дозе 2-5 мг/кг; дексаметазон в дозе 0,15-0,6 мг/кг, ИГК в дозе не менее 500 мкг), а также приоритетность выбора доставки глюкокортикоидов в зависимости от тяжести стеноза гортани и ответа на базовую терапию. На догоспитальном этапе, независимо от степени ОСЛТ, в качестве базовой терапии ошибочно выбирался только СГК (17 случаев, 45,9%). Базовая монотерапия ИГК, регламентированная при стенозе гортани нетяжелой степени клиническими рекомендациями, назначалась всего 11 детям (29,8%). 9 детей (24,3%) не получали терапию до поступления в стационар. Ступенчатое использование ИГК с последующим введением при неэффективности СГК отмечалось в 11 случаях, при этом одинаково часто использовались преднизолон и дескаметазон. Начальная доза ИГК часто была недостаточной, в большинстве случаев дети получали 250 мкг ингаляционного будесонида, лишь в 5 случаях доза была достаточной (500 мкг) и ни один ребенок не получал максимальных доз будесонида (1000 мкг). Ни в одном случае не отмечалось увеличение дозы ИГС при неэффективности начальной. Кроме того, в 11 случаях использовались препараты, не указанные в клинических рекомендациях для оказания медицинской помощи детям при крупе: ингаляционные бронходилататоры и спазмолитики. Результатом такой неадекватной терапии явилось сохранение или утяжеление степени стеноза гортани в момент поступления в стационар. Так, в момент госпитализации 32 детям установлена 2 степень ОСЛТ (32 человека, 65,3%), 1-2 степень ОСЛТ - 4 детям (8,2%), ОСЛТ 2 степени регистрировался в 12 случаях (24,5%) и в 1 случае (2%) - ОСЛТ 2-3 степени.

На госпитальном этапе при ОСЛТ в качестве стартовой терапии избирался ИГК (97,9%). Однако, сохранялось использование ИГК в низкой дозе 250 мкг (81,3% случаев), ИГК в рекомендуемых дозах (500 мкг) использовались всего у 18,7% пациентов. В пяти случаях использовалась комбинация ингаляционных и системных глюкокортикоидов.

Заключение. Полученные нами результаты продемонстрировали низкую приверженность у врачей следованию клиническим рекомендациям на разных этапах оказания медицинской помощи детям с ОСЛТ, а также ошибки в установлении степени тяжести стеноза гортани.

Муравьева Т.П., Баранова О.В., Уварова Л.М., Кулинич Т.С., Цепелева Т.Г.

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2015-2017 ГГ.

ФКУ "Главное бюро МСЭ по Забайкальскому краю" Минтруда России, г. Чита

Муковисцидоз - наследственное, моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регуляторного белка (CFTR), что приводит к системному поражению экзокринных желез, жизненно важных органов и систем, обусловливает тяжелое течение и прогноз. Эпидемиология: частота 1:5000-10000 новорожденных. Муковисцидоз является одним из наиболее часто встречающихся и тяжело протекающих наследственных заболеваний. Проблема муковисцидоза имеет большое социальное значение.

Цель исследования: изучить динамику инвалидности вследствие муковисцидоза у детей в возрасте до 18 лет в Забайкальском крае за период 2015-2017 гг. Изучить потребность в различных аспектах реабилитации.

Материалы и методы. Проведен анализ 23 дел медико-экспертных документов (направление на медико-социальную экспертизу форма 088/у-06, акты и протоколы освидетельствования педиатрических бюро МСЭ № 10 и № 11). Исследована структура инвалидности вследствие муковисцедоза у детей Забайкальского края за период 2015-2017 гг. на основании форм федерального статистического наблюдения № 7-Д (собес) "Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте до 18 лет".

Результаты. При анализе направительных медицинских документов (направление на МСЭ форма 088/у-06) выявлено, что диагноз "Муковисцидоз" устанавливался в возрасте от 1 месяца до 1,5 лет. В исследованных случаях (23 человека) в клинической картине преобладала смешанная форма - 22 человека (95,7 %), преимущественно легочная форма отмечалась у 1 ребенка (4,3%).

В 2015 году освидетельствовано всего 19 человек, все дети освидетельствованы повторно, всем уста-

новлена категория "ребенок-инвалид". Впервые направленных в бюро МСЭ в 2015 г. не имелось. В 2016 году освидетельствовано всего 23 ребенка, из них: впервые 2, повторно 21, всем установлена категория "ребенок-инвалид". В 2017 году освидетельствовано всего 23 ребенка, из них: впервые 2, повторно 21, всем установлена категория "ребенок-инвалид".

В структуре общей инвалидности вследствие муковисцидоза по возрасту первое ранговое место занимают дети-инвалиды в возрасте 8-14 лет (10 человек: мальчики - 7 чел.(70%), девочки - 3 чел. (30%). Второе ранговое место занимают дети в возрасте 0-3 лет (9 человек: мальчики - 5 чел. (55,6%), девочки - 4 чел. (44,4%). Третье ранговое место занимают дети-инвалиды в возрасте 4-7 лет (4 человека: мальчики - 3 чел. (75%), девочки -1 чел. (25%).

Чаще всего дети-инвалиды, вследствие муковисцидоза имели тяжелое, осложненное течение заболевания: 20 человек (87%), средне-тяжелое течение заболевания имели 3 человека (13%). Наиболее часто встречающиеся осложнения: хронический панкреатит отмечался у 11 человек (47%), вторичный хронический бронхит 8 человек (34%), хроническое легочное сердце 4 человека (17%), хроническая дыхательная недостаточность 7 человек (30%), цирроз печени 2 человека (8,6%), гипотрофия 3 человека (13%), анемия 3 человека (13%), кишечная непроходимость 2 человека (8,6%).

Отягощенный семейный анамнез (наличие больных братьев или сестер) выявлен у 3 человек (13% случаев).

Дети-инвалиды вследствие муковисцидоза имели ограничения жизнедеятельности: способность к самостоятельному передвижению 20 человек (86%, из них 60% (12 чел.) имели ограничение к передвижению 2 степени), способность к самообслуживанию 23 человека (100%), к обучению 19 человек (82%).

Муковисцидоз является тяжелым наследственным заболеванием, протекающий с осложнениями, усугубляющими прогноз заболевания.

В настоящее время, в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 339 от 29.03.2018 г. "О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом" детям с муковисцидозом с тяжелым течением, приводящим к выраженным и значительно выраженным нарушениям функций организма возможно установление категории "ребенок-инвалид" до достижения возраста 18 лет при первичном освидетельствовании.

Для полного или частичного восстановления нарушенных или компенсации утраченных функций организма ребенка-инвалида оценивались реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал, уточнялись все необходимые реабилитационные мероприятия с последующей разработкой индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (ИПРА). Раздел медицинской и социальной реабилитации разрабатывался всем детям в 100% случаев. В двух случаях (8%) определена нуждаемость в технических средствах реабилитации - выписаны специальные средства при нарушениях функции выделения - калоприемники и средства по уходу за стомой.

Дети-инвалиды, вследствие муковисцидоза получали воспитание и обучение в дошкольных учреждениях общего назначения и компенсирующего, получали образование в массовых образовательных учреждениях и на дому.

Выводы. В структуре общей инвалидности вследствие муковисцидоза по возрасту первое ранговое место занимают дети-инвалиды в возрасте 8-14 лет. В структуре по полу во всех возрастных группах преобладают мальчики. Осложненное течение заболевания отмечалось в большинстве исследованных случаях. Нарушение пищеварительной, дыхательной функции у детей данной категории приводит к ограничению способности к самообслуживанию, обучению, передвижению. Вследствие этого доступность среды для ребенка ограничена. В мероприятиях медицинской и социальной реабилитации нуждаются все дети-инвалиды в 100% случаев.

ИНФОРМАЦИЯ

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА НА СЛУЖБЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ

Информация о VII конференции
акушеров-гинекологов Забайкальского края
с Всероссийским участием,
Чита, 21-22 мая 2018 г.

21-22 мая 2018 года в Читинской государственной медицинской академии состоялась VII научно-практическая конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием "Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии. Бережливая поликлиника на службе здоровья женщины", организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация "Забайкальское общество акушеров-гинекологов" (ЗОАГ), Министерство здравоохранения Забайкальского края, некоммерческое партнерство "Забайкальская медицинская палата". Конференция была организована в формате образовательного мероприятия и включала лекции профессорско-преподавательского состава, тренинг с интерактивным голосованием по контрацепции по материалам международной группы CARE, мастер-класс по заболеваниям шейки матки и вульвы с презентацией клинических случаев и их интерактивным разбором, школу сохранения репродуктивного и духовного здоровья с участием ведущих специалистов-экспертов по обсуждаемым проблемам.

Участники, прошедшие обучение, получили 12 зачетных единиц (кредитов), обеспеченных ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России и КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", согласно п.3 и п.4.1. Устава "ЗОАГ" об образовательной деятельности организации.

Основной задачей данного образовательного мероприятия было формирование профессиональных компетенций для оказания квалифицированной пациенториентированной персонализированной амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии и повышения уровня знаний в области юридических аспектов деятельности медицинских работников. При презентации программных докладов все докладчики озвучили современные клинические протоколы и алгоритмы, основанные на лучших клинических практиках и сведениях доказательной медицины; порядки, стандарты и приказы, регламентирующие деятельность врача.

В конференции приняли участие 142 участника: врачи акушеры-гинекологи, дерматовенерологи, организаторы здравоохранения,эндокринологи, эксперты службы страховых представителей г.Читы и Забайкальского края, преподаватели Читинской медицинской академии и Читинского медицинского колледжа, клинические ординаторы и члены Молодежного научного общества ЧГМА.

Открыла конференцию заместитель Министра здравоохранения Забайкальского края по вопросам охраны материнства и детства На-

талья Геннадьевна Игнатьева. В приветственном слове участникам конференции она отметила достижения и перспективы развития акушерско-гинекологической амбулаторно-поликлинической службы региона, поблагодарила за задачи, которые были успешно решены после предыдущей конференции в мае 2017 года, и определила цели и проблемы, которые предстоит решить в крае.

В пленарном докладе "Антенатальная охрана плода: проблемы и задачи" главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Забайкальского края Валентина Фёдоровна Лига представила детальный анализ перинатальной смертности и мертворождаемости в Забайкальском крае за 2017 год, выделив медико-биологические, организационные и социально-экономические аспекты проблемы и обозначив необходимые для их решения меры и мероприятия для каждого из уровней оказания акушерско-гинекологической помощи в регионе.

В докладе врача-эксперта службы страховых представителей государственной страховой медицинской компании "ЗАБАЙКАЛМЕДСТРАХ" Любовь Иосифовны Фисенко "Аналитическая информация результатов экспертиз по профилю "акушерство и гинекология" за 2017 год" прозвучали выводы, сделанные на основе 6405медико-экономических экспертиз: 3453 плановых (1934 амбулаторно-поликлинических и 150 стационар-замещающих случая) и 2952 - целевых (из них 1205 амбулаторно-поликлинических). Экспертами выявлено 1173 (18,3%) нарушений, в структуре выявленных дефектов доминирует непредставление медицинской документации - 454 случая (38,7%). Сделано заключение: в случае отсутствия по объективным причинам запрашиваемой медицинской документации медицинская организация должна надлежащим образом известить государственную страховую медицинскую компанию.

Важные медицинские проблемы и приоритетные задачи для их преодоления были подняты в докладах "Акушерский дистанционный консультативный центр Забайкальского края: достижения, проблемы, перспективы", "Внедрение автоматизированной программы "Пред Эко" в Забайкальском крае: первые итоги и возникшие проблемы" (главный врач Забайкальского краевого перинатального центра Агафонова Елена Николаевна, г. Чита), "Бережливая поликлиника. Опыт Красноярского края" (к.м.н., доцент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Красноярского государственного медицинского университета Костарева Ольга Васильевна, г. Красноярск), "ИППП как значимый фактор риска репродуктивных нарушений" (к.м.н., заместитель главного врача Краевого кожно-венерологического диспансера Шипулина Елена Анатольевна, г. Чита).

Образовательная программа конференции включала лекции: "Акушерский риск пациентки и юридическая ответственность врача", "Нарушения менструального цикла: современные клинические протоколы и системные ошибки на практике" (профессор Белокриницкая Т.Е., г. Чита),"СПКЯ: современные алгоритмы ведения пациенток", "Метаболические изменения

и сердечно-сосудистые риски, ассоциированные с менопаузой: возможности профилактики и лечения", "Пути преодоления репродуктивных нарушений у пациенток с функциональной и органической гиперпролактинемией" (профессор Сутурина Лариса Викторовна, г. Иркутск), "Акушерский риск при многоплодной беременности" (д.м.н., доцент Тарбаева Долгорма Александровна, г. Чита), "Современные аспекты прегравидарной подготовки" (к.м.н., доцент Волков Рэм Валерьевич, г. Новосибирск), "Предраковые процессы шейки матки и вульвы: эффективные клинические практики" (к.м.н., доцент Свердлова Елена Семеновна, г. Иркутск), "Ранние репродуктивные потери: что может врач амбулаторного звена" (к.м.н., доцент Белозерцева Евгения Петровна, г. Чита), "Ведение повторной беременности у пациенток с неблагоприятными перинатальными исходами в анамнезе" (к.м.н., доцент Костарева Ольга Васильевна, г. Красноярск),"Anti-age в гинекологии: новое качество жизни" (к.м.н., доцент Мочалова Марина Николаевна, г. Чита), "Современные возможности диагностики стертых форм сужения таза" (к.м.н., доцент Мудров Виктор Андреевич, г. Чита), "Эмболизация маточных артерий в практике гинеколога: новые возможности сохранения здоровья и качества жизни женщин" (Баркан Татьяна Михайловна, г. Чита).

Руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ "Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека" г. Иркутска профессор Сутурина Лариса Викторовна провела тренинг с интерактивным голосованием "Контрацепция после аборта: особенности консультирования молодых женщин" по материалам международной группы CARE. Аб-бревиатура CARE (англ. "забота") расшифровывается: Contraception, Awareness, Resources, Education, что означает Контрацепция, Осведомленность, Ресурсы, Образование. Целеполагание этого образовательного мероприятия - сохранение репродуктивного здоровья молодых женщин-подростков, которые подвержены более высокому риску незапланированной беременности и негативных последствий аборта, чем женщины старших возрастных групп. Профессор Л.В. Сутурина представляет Россию в международной группе CARE, объединившую независимых экспертов в области сексуального и репродуктивного здоровья молодых женщин из 13 стран мира. Все участники конференции получили уникальную возможность обучения международной экспертной методике консультирования молодых девушек и подростков по вопросам контрацепции. Формат тренинга с интерактивным голосованием позволил врачам сразу же "применить на практике" новые знания.

Высокую оценку участников конференции получила "Школа сохранения репродуктивного и духовного здоровья", организованная по инициативе Забайкальского общества акушеров-гинекологов при участии Центра охраны здоровья семьи и репродукции Забайкальского краевого перинатального центра и Читинской епархии, модератором которой стал председатель Забайкальского отделения Общества Православных Врачей России во имя свт. Луки (Войно-Ясенецкого), заведующий кафедрой нормальной физиологии профессор Юрий Антонович Витковский. С докладом о проблемах сохранения беременности у женщин, планирующих аборт, выступила Кравцова Ольга Владимировна - заведующая отделением Центра охраны здоровья семьи и репродукции Забайкальского краевого перинатального центра (г. Чита). Большой резонанс у врачей Забайкалья и гостей из других городов России вызвали глубокие по смыслу, яркие и убедительные выступления протоиерея Владислава Москаленко, настоятеля храма Святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого) Забайкальской митрополии" Духовно-нравственные аспекты искусственного прерывания беременности" и иерея Валерия Шаферова, клирика Казанского кафедрального собора г. Читы "Аборты - катастрофа нашего времени. Пути решения проблемы". В ходе бурной дискуссии было принято решение и намечены конкретные мероприятия по взаимодействию Забайкальского общества акушеров-гинекологов, Читинской и Забайкальской епархии в работе по профилактике абортов у женщин с незапланированной беременностью.

В рамках конференции прошел мастер-класс "Заболевания шейки матки и вульвы: от диагноза к лечению", в ходе которого модераторами профессором Т.Е. Белокриницкой (г. Чита) и доцентом Е.С. Свердловой (г. Иркутск) были представлены современные сведения об алгоритмах ведения пациенток и интерактивно разобраны сложные клинические ситуации с презентацией анамнеза заболевания и предшествующих методов лечения, фотографий кольпоскопических исследований, результатов

дополнительных методов обследования, выполненных видов лечения и их исходов.

На основании заслушанных докладов в соответствии с заявленной программой, их обсуждения участниками конференции и советом ЗОАГ была принята резолюция.

РЕЗОЛЮЦИЯ
научно-практической конференции акушеров-гинекологов Забайкальского края "Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии. Бережливая поликлиника на службе здоровья женщины",
Чита, 21-22 мая 2018 года

1. Организационные мероприятия по повышению безопасности и качества акушерско-гинекологической помощи

1. Качество и безопасность медицинской помощи - приоритетные задачи деятельности всех медицинских учреждений всех форм собственности.
2. Строго соблюдать Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи № 572н МЗ РФ от 12.11.2012 г. с изменениями от 12.01.2016 г, федеральные и региональные протоколы.
3. Проводить регулярный и тщательный многоуровневый аудит соблюдения клинических протоколов.
4. Принять во внимание результаты экспертиз ГК "ЗАБАЙКАЛМЕДСТРАХ" по профилю "акушерство и гинекология" за 2017 год и повысить ответственность и контроль руководителей медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, за устранение сделанных замечаний.
5. Ходатайствовать перед ТФОМС Забайкальского края о введении в штат экспертов специалиста по акушерству и гинекологии.
6. Утвердить на уровне МЗ ЗК и внедрить в практическую деятельность региональные клинические протоколы "Инфекции мочевыводящих путей у беременных" и "Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин".
7. Разработать и внедрить региональные клинические протоколы "Многоплодная беременность", "Преконцепционная подготовка".
8. Для повышения качества информирования пациентов разработать, утвердить и внедрить стандартизованные чек-листы к информированным согласиям/отказам пациентов (анемия; гипертензивные расстройства /преэклампсия; дородовое излитие околоплодных вод в сроки недоношенной беременности; инфекции мочевыводящих путей; риски сверхранних преждевременных родов; роды через естественные родовые пути после кесарева сечения в анамнезе, при тазовом предлежании плода, двойне; профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при ведении беременности и послеродового периода на амбулаторном этапе).
9. Информировать следственный комитет Забайкальского края о нарушениях пациентками статьи 27 "Обязанности граждан в сфере охраны здоровья" № 323 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 г в случаях отказа от госпитализации, лечения, представляющих угрозу здоровью и жизни для женщины и её ребенка.
10. Обеспечить качество наблюдения беременных в женской консультации с целью своевременной диагностики хронической плацентарной недостаточности с формированием задержки роста плода и решения вопроса по ведению беременности в медицинских учреждениях третьего уровня.
11. Усилить контроль за выполнением Распоряжения № 573 "О совершенствовании работы АИС "Мониторинг беременных женщин" в Забайкальском крае" от 16.05.2017 г., на основании которого надлежит обеспечить 100%-ное подтверждение проведенных консультаций в виде аудиозаписи с использованием IP-телефонии.
12. Принятие мер по своевременному обследованию и лечению пациентов с бесплодием по программе "Пред ЭКО" и направлению их на ЭКО в сроки, утвержденные приказом Минздрава России № 107н "О порядке использования ВРТ, противопоказаниях и ограничениях к их применению" от 30.08.2012 г.

2. Задачи в области охраны репродуктивного здоровья

1. Активно пропагандировать среди населения приверженность к здоровому образу жизни, содействовать распространению знаний по вопросам охраны репродуктивного здоровья, укрепляя и расширяя междисциплинарное и межведомственное взаимодействие.
2. Полноценно консультировать пациенток по вопросам преконцепционной подготовки, для повышения качества информирования пациенток разработать и внедрить чек-листы пе-

речня необходимых мероприятий и индивидуальной оценки степени акушерского и перинатального риска.

3. Активно повсеместно использовать персонализированный подход к выбору метода контрацепции с использованием чек-листов для консультанта-врача и пациентки.
4. Консолидировать усилия акушеров-гинекологов, представителей конфессий, социальных работников, психологов и органов исполнительной власти и общественных организаций для решения проблемы отказа от аборта у женщин с незапланированной беременностью.
5. Провести обучение и тренинги медицинских работников, психологов, социальных работников и волонтеров по вопросам доабортного консультирования.
6. Принять во внимание опыт центральных регионов России, где совместной работой медицинских работников и сотрудников епархии достигнут 15-20%-ный уровень отказа женщин от аборта, и создать на базе одной из женских консультаций города Читы совместно с Читинской епархией кабинет для организации предабортного консультирования. Сотрудник для работы в кабинете предоставляется Читинской епархией, оплата его труда ведется соответственно за счет Читинской епархии.
7. Внедрять и повышать доступность современных методов завершения нежеланной и неразвивающейся беременности (медикаментозный, вакуумная аспирация), как наиболее эффективных и безопасных с позиции сохранения репродуктивного здоровья.

3. Медико-демографические задачи

1. Обратить внимание Законодательных органов власти на проблемы охраны репродуктивного здоровья населения Забайкальского края.
2. Обратить внимание Законодательных органов власти Забайкальского края на высокий уровень заболеваемости раком шейки матки и раком молочной железы женщин репродуктивного возраста и обусловленную этим необходимость срочного внедрения в регионе программ скрининга на рак шейки матки и молочной железы.
3. Консолидировать усилия медицинских и социальных работников, педагогов, психологов, представителей конфессий, органов исполнительной власти и общественных организаций по пропаганде у населения семейных ценностей, формированию у молодежи приверженности к ответственному родительству, ориентации на многодетную модель семьи.
4. Обратить внимание Министерства здравоохранения Забайкальского края и региональных Законодательных органов власти на необходимость активных действий по закреплению врачебных кадров в регионе, обеспечения социально-экономической поддержки молодых специалистов, особенно в районах края.

Президент КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", Заслуженный врач России, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., профессор Т.Е. Белокриницкая

Секретарь КОО "Забайкальское общество акушеров-гинекологов", доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ФПК и ППС ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н. Д.А. Тарбаева

"Нас учили профессионалы высшей степени, вложившие в нас душу и сердце"
А.В. Саклаков

Торжественный прием представителей медицинского сообщества, традиционно состоявшийся в канун Дня медработника, на этот раз объединил выпускников Читинского мединститута 1985 года.

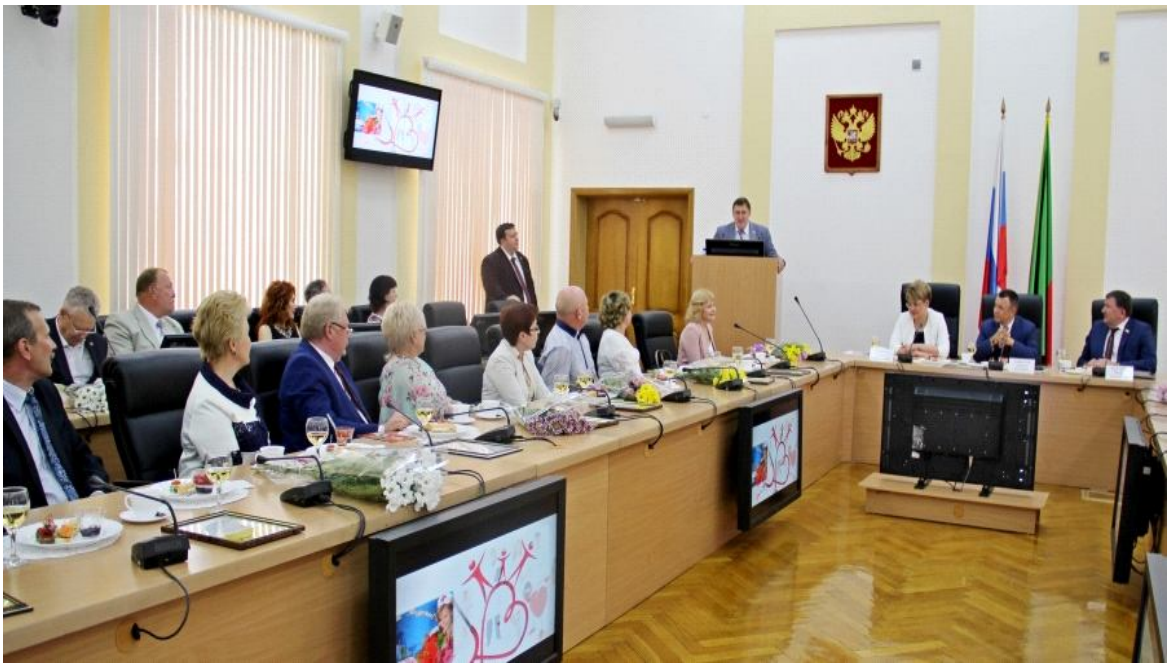
Открывая прием, Губернатор Забайкальского края Наталья Жданова не только сказала много нужных, теплых и действительно искренних слов о людях, посвятивших себя врачебному делу, но и поблагодарила депутата Алексея Саклакова за новую региональную традицию - чествовать медицинских работников накануне их профессионального праздника. В предыдущие годы первые лица края устраивали такие встречи в честь врачебных и хирургических династий, в 2018-м решено было пригласить на праздничный прием выпускников Читинского медицинского института 1985 года.

… Со времени клятвы советского врача, которую они читали со сцены актового зала альма-матер, прошло 33 года. Многие с родным институтом так и не расстались. Как, например, возглавляющая кафедру гинекологии доктор медицинских наук, профессор Татьяна Белокриницкая, профессор кафедры факультетской терапии Андрей Филев, Игорь Щербаков. Настоящими большими руководителями стали заместитель начальника Забайкальской дирекции здравоохранения Юрий Коннов, главный врач Краевой клинической больницы Виктор Шальнев, главный эпидемиолог Забайкалья Наталья Кривошеева, заместитель главного врача станции скорой медицинской помощи Александр Знаменский и многие другие.

По словам Алексея Саклакова, измерить вклад выпуска 1985 года в дело спасения здоровья и жизней людей просто невозможно. "Сложите вместе людей, которых спасли, например, одни только специалисты Краевой клинической больницы - зав. отделением реанимации Сергей Костромитин, анестезиолог-реаниматолог Олег Саланин, кардиолог Елена Воронина, прибавьте к ним тех, кому помогли полноценно жить и работать зав.отделом контроля за лечебным питанием Нина Озерская и врач-анестезиолог Александр Барышников, умножьте на количество бессонных ночей, отнимите потерянное за три десятка лет здоровье и разделите на количество оставшихся выпускников 1985 года. Подсчитайте, если хотите!", - говорит Саклаков и тут же, не задумываясь, дает ответ на другой вопрос: "Почему ваш выпуск получился таким сильным?"

- Нас учили добрые, умные люди, профессионалы высшей степени, которые вложили в нас душу и сердце!

Эта необычная встреча выпускников запомнится им самим еще и потому, что в этот день все были удостоены высоких краевых наград. Глава регионального парламента, зас-



луженный врач РФ Игорь Лиханов лично вручил медали "За вклад в развитие Забайкальского края" заведующему санитарно-гигиенической лабораторией военного госпиталя Александру Захарову, директору ООО "Клиника Медикс" Ирине Мищенко, заведующему кабинетом патоморфологических исследований Клинического медицинского центра г. Читы Владимиру Ляшеву и зав. отделением функциональной диагностики Городской клинической больницы № 1 Светлане Чепцовой.

А профессору Татьяне Белокриницкой, ассистенту кафедры пропедевтики внутренних болезней ЧГМА Михаилу Серкину, заведующему хирургическим отделением Балейской ЦРБ Олегу Соловьеву и заместителю главного врача городской больницы № 1 Федору Чепцову об этом дне будет напоминать врученный главой региона знак отличия "За усердие на благо Забайкальского края".

Выпуск ЧГМИ 1985 года - продолжение следует!

Елена Овчаренко, пресс-служба Законодательного Собрания Забайкальского края

ЮБИЛЕЙ

70 ЛЕТ БОГОМОЛОВУ НИКОЛАЮ ИВАНОВИЧУ

22 мая 2018 г. исполняется 70 лет доктору медицинских наук, профессору, Заслуженному изобретателю РФ, Заслуженному врачу РФ Богомолову Николаю Ивановичу.

Богомолов Н.И., русский, родился 22 мая 1948 года в селе Мангут Кыринского района Читинской области. Окончив с серебряной медалью среднюю школу в 1966 году, поступил на лечебный факультет Читинского государственного медицинского института. После окончания института "с отличием" в 1972 году был направлен хирургом в Мангутскую участковую больницу. Пройдя первичную специализацию по хирургии, в начале 1973 года переведён в Хапчерангинскую медсанчасть хирургом и главным врачом. Ежегодно выполнял около 500 (пятисот) малых и больших операций совместно с акушер-гинекологом, оказывая хирургическую помощь 32000-му населению Кыринского района, многократно выезжал в Монголию для оказания экстренной хирургической и акушерско-гинекологической помощи жителям Хэнтейского аймака МНР, за что имел поощрения от консульства. Избирался депутатом Районного Совета депутатов трудящихся, был председателем комиссии по здравоохранению.

С 1976 года хирург-эндоскопист Дорожной клинической больницы ст. Чита-2 Забайкальской железной дороги. Один из первых специалистов Читы и области по клинической эндоскопии, получивший первичную подготовку в

Москве на центральных базах и мастер-классах японских эндоскопистов, внедрил более 22 методик исследования и лечения по эндоскопии. Подготовил на специализации более 250 врачей-эндоскопистов, более 300 врачей-эндоскопистов прошли переподготовку (усовершенствование) у Богомолова Н.И. из Забайкальского края и соседних регионов. Неоднократно поощрялся администрацией академии, больниц, врачебно-санитарной службы и Министерства здравоохранения: "Отличник социалистического соревнования", "Ударник коммунистического труда", "Отличник здравоохранения", Почётная грамота Министра здравоохранения РФ, в 2006 году присвоено звание "Заслуженный изобретатель РФ", а в 2013 - "Заслуженный врач РФ". В 2011 г. биография Николая Ивановича опубликована в издательстве "Who is Who in the World". Занимал призовые места в академии на учебно-методических конференциях и в ежегодной премии "Профессия-жизнь". С 2001 по 2009 годы возглавлял Областное общество хирургов.

С конца 1980 года Богомолов Н.И. ассистент кафедры общей хирургии Читинского государственного медицинского института. В 1987 году в Совете Иркутского мединститута защитил кандидатскую диссертацию на тему "Эндоскопическая, функционально-морфологическая характеристика постгастрорезекционных синдромов у язвенных больных и определение показаний к их лечению". Для набора клинического материала обследовал больных во всех линейных больницах ЗабЖД, в ряде районных больниц Читинской области, всего было взято на учёт 1248 человек, перенёсших резекцию желудка и более 600 - ушивание перфоративной язвы. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью совершенствовал совместно с хирургами 321 ОВКГ ЗабВО. В 1988 году утверждён доцентом кафедры. Получив специальную подготовку в НИИ проктологии в Москве, освоил третью хирургическую специальность - проктологию. В 2000 году защитил докторскую диссертацию по теме "Принципы лечения перитонита и его последствий" и стал заведующим кафедрой общей хирургии. Впервые применены авторские разработки охраноспособных методик лечения перитонита, снижающих тяжесть течения и предупреждающих развитие тяжёлых его последствий, предложена классификация последствий перитонита. В 2002 году Богомолов Н.И. переведен в Областную больницу и избран заведующим кафедрой госпитальной хирургии. В академии неоднократно работал ответственным секретарем приёмной комиссии, помощником декана лечебного факультета, на протяжении 14 лет участвовал в выполнении хоздоговорных тем института.

Круг научно-практических интересов доктора медицинских наук Богомолова Н.И. включает помимо клинической эндоскопии хирургическую гастроэнтерологию, экстренную и абдоминальную хирургию, гнойную хирургию, проктологию. За 26 лет работы в Дорожной больнице выполнены сотни операций, в том числе оригинальных и повышенной сложности. Более четверти века регулярно ежемесячно отрабатывал по 5-6 дежурств, включая экстренные в роли старшего хирурга. После выполнения сложнейших операций у тематических больных приходилось сутками находиться в клинике.

Богомолов Н.И. автор 23 заявок на изобретения, имеет 18 патентов и 1 авторское свидетельство Российской Федерации на изобретения, 52 рацпредложений, нашедших применение в клинике. Впервые в истории здравоохранения Управление ЗабЖД заключило с Богомоловым Н.И. лицензионное соглашение, приобрело патенты на способы лечения больных по сорбционным технологиям. Методики лечения, разработанные Н.И. Богомоловым, внедрены в ЛПУ Читы, края и других регионов России. Имеются акты внедрения из 11 лечебных организаций от Урала до Владивостока.

В результате внедрения сорбционных технологий по патентам Богомолова Н.И. удалось снизить летальность при перитоните в 1,8 раза (с 25,7% до 14,29%), при кишечной непроходимости в 3,2 раза (с 13,4% до 4,2%), при панкреонекрозе в 7,9 раза (с 60,8% до 7,7%), при гнойных ранах в 2 раза сокращены сроки лечения в стационаре.

Богомолов Н.И. внедрил в Дорожной больнице в 1980 году органосохраняющие операции (ваготомии) при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Желудок при этих методиках сохраняется, а если и резецируется, то в значительно меньших объемах. Благодаря этому удалось снизить число инвалидов после операции в 6 раз. Всего за 26 лет успешно оперировано более 2500 человек. В отдельные годы не было послеоперационной летальности и по этому показателю наши результаты одни из лучших в

России. Эти данные подтверждаются актами внедрения, подписанными руководством врачебно-санитарной службы и больницы. Богомолов Н.И. разработал и внедрил новые запатентованные методы лечения перитонита, панкреонекроза, кишечной непроходимости, спаечной болезни, гнойных ран, холедохолитиаза и другой патологии. Он первым в регионе стал применять зондовую интубацию кишки (с 1981 года), методику лапаростомии (с 1983 года) при хирургическом лечении перитонита, изобрёл "Энтеральный зонд" и способы лечения перитонита и панкреонекроза, основанные на сорбционных технологиях.

Работая в течение 14 лет по хоздоговорным темам, Н.И. Богомолов в составе врачебных бригад обследовал и лечил работников Орловского, Жирикенского и Шерловогорского горно-обогатительных комбинатов, Харанорского и Восточного (Дровяная) угольных разрезов, строителей БАМа, Читинского машзавода и КСК. Лично возглавлял выездную врачебную бригаду для обследования и лечения больных в линейных больницах Забайкальской железной дороги, а в отделенческих бывал и оперировал неоднократно ещё и как куратор и консультант Свободненского отделения Дороги, а позже Петровск-Забайкальской ЦРБ. Принимал участие как врач-исследователь в медико-биологической оценке Шивыртуйского месторождения цеолитов, работа осуществлялась одиннадцатью исследовательскими институтами Советского Союза.

Богомолов Н.И. обучил своим методикам более 300 врачей-хирургов, прошедших через усовершенствование на кафедрах, методики работают в районах края и в других регионах России, сам имеет высшую квалификационную категорию по хирургии. Успешно совмещает лечебную, педагогическую, научно-исследовательскую и общественную деятельность.

Под руководством Богомолова Н.И. выполнены диссертационные исследования (1 докторская и 5 - кандидатских), разрабатываются новые методики и технологии лечения, а также устройства для их исполнения. Много лет, руководя студенческим научным кружком, он подготовил и увлёк хирургией десятки человек, студенты В.Д. Курносов, В.П. Кирюшкин, О.Б. Гринькова, А.М. Петухова, А.Н. Кушнир, А.В. Чередник и другие завоёвывали призовые и первые места на Всесоюзных, Всероссийских и внутривузовских конкурсах студенческих работ, а шесть бывших студентов являются соавторами его изобретений и совладельцами патентов на изобретения. Трём его бывшим кружковцам присвоено звание "Заслуженный врач РФ". Во внутривузовском конкурсе на звание лучший преподаватель ЧГМА в 2011 году в своей номинации занял 1-е место. По этой же номинации во всероссийском конкурсе независимых экспертов набрал 3% голосов. Разработал и внедрил оригинальные, по сути, многоуровневые клинические задачи, опубликованные в двух книгах. Такая форма задач получила признание в Российском обществе хирургов, выложена на сайте для общероссийского использования. За время работы в вузе Богомоловым Н.И. опубликовано 74 учебно-методических труда, в том числе лекции по хирургии в трёх книгах.

В настоящее время работает профессором курса оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО ЧГМА, является членом диссертационного совета по хирургии при ДВГМУ (Хабаровск), членом аттестационной комиссии по хирургии при ИГМУ (Иркутск), член редколлегии Забайкальского медицинского вестника и Забайкальского медицинского журнала, действительный член РОХа и РОЭХа.

Им опубликовано 604 работы, в том числе весь комплекс учебно-методических изданий (всего 74), включая три книги лекций. С грифом МЗ СССР в Москве в Учмедпособии опубликовано два учебных пособия и с грифом УМО МЗ РФ - ещё два. Все пособия используются для качественного преподавания на кафедрах и на циклах усовершенствования врачей. Подготовил и издал 7 монографий по результатам своей научно-исследовательской и практической деятельности, одна из которых, "Цеолиты в хирургии", получила признание и за рубежом. Многократно с результатами своих исследований выступал на Всесоюзных, Всероссийских, республиканских, международных и региональных форумах учёных и врачей.

Н.И.Богомолов воспитал двух детей, дочь работает в ЧГМА, защитила кандидатскую диссертацию, сын - инженер-электронщик-программист, живёт и работает в г. Новосибирск. Жена - Богомолова Людмила Викторовна - врач, пенсионер.

Основные труды Богомолова Н.И.

1. Богомолов Н.И. "Эндоскопическая, функционально-морфологическая характеристика постгастрорезекционных синдромов у

язвенных больных и определение показаний к их лечению: Дис. … канд. мед. наук.- Чита, 1987.- 247 с.
2. Богомолов Н.И. "Принципы лечения перитонита и его последствий": Дис. … д-ра мед. наук.- Чита, 2000.- 305 с.
3. Богомолов Н.И. (совм. с Н.И. Иорданской) Конспекты лекций по хирургии.- Чита, 1992.- Ч.1.- 213 с. Ч.2-я. - 224 с.
4. Богомолов Н.И. (с соавт.) Принципы лечения перитонита и его последствий.- Новосибирск: Наука, 2002.- 178 с.
5. Богомолов Н.И., Куликов Л.К., Богомолова Н.Н. Коррекция энтеральной недостаточности при кишечной непроходимости и перитоните.- Чита, 2003.- 109 с.
6. Богомолов Н.И., Сафронов Д.В., Богомолова Н.Н. и др. Осложненные заболевания ободочной кишки.- Чита, 2004.- 224 с.
7. Богомолов Н.И. (совместно с А.М. Паничевым и др.) Цеолиты в хирургии.- Владивосток, 2004.- 118 с.
8. Богомолов Н.И. с соавт. Шивыртуйские цеолиты на службе здоровья животных и человека.- Чита, 2005.- 145 с.
9. Богомолов Н.И., Гончаров А.Г., Кулиш Н.И. Дивертикул Меккеля как причина кишечной непроходимости.- Чита, 2006.- 144 с.
10. Богомолов Н.И. с соавт. Методические рекомендации для подготовки к занятиям по госпитальной хирургии.- Чита, 2006.- 188 с.
11. Богомолов Н.И. и соавт. Методическое пособие для подготовки к практическим занятиям по госпитальной хирургии.- Чита, 2007.- 215 с.
12. Околов В.Л., Богомолов Н.И. Заведующие кафедрами хирургии вузов России. Чита, Изд-во "Поиск", 2009.- 600 с.
13. Богомолов Н.И. Конспекты лекций по частной хирургии. Часть 1. Чита, ИИЦ ГБОУ ВПО ЧГМА, 2008.- 180 с.
14. Богомолов Н.И., Сафронов Д.В. Многоуровневые клинические задачи. Часть 1. Чита ИИЦ ГБОУ ВПО ЧГМА, 2010. - 104 с.
15. Богомолов Н.И. Многоуровневые клинические задачи. Часть II. Учебное пособие, Чита: РИЦ ЧГМА, 2012.- 122 с.
16. Богомолов Н.И., Гончаров А.Г. Лапаротомия. Учебное пособие с грифом УМО. Чита: РИЦ ЧГМА-Экспресс-издательство, 2012.- 126 с.

Публикации о Н.И.Богомолове

1. Макаров Б.К. Если люди зовут на помощь. Документальная повесть. Чита: "Экспресс-издательство", 2011.- 48 с.
2. Подопригора А.А. Богомолов Николай Иванович.- Энциклопедия Забайкалья.- Новосибирск: "Наука", 2004. - Том II.- С.126.
3. Белинов Н.В. 60 лет со дня рождения заведующего кафедрой госпитальной хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГОУ ВПО ЧГМА, д.м.н. Богомолова Н.И. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области.- Чита, 2008.- С. 58-63.
4. Саклаков А.В. Хирургические династии Забайкалья.- Чита: Экспресс-издательство, 2009.- 288 с.- Богомоловы.- С.13-17.
5. Саклаков А.В., Сафронов Д.В. 22 мая 2008 года исполняется 60 лет Богомолову Н.И.- заведующему кафедрой госпитальной хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии ГОУ ВПО ЧГМА. Забайкальский медицинский вестник.- 2008.- № 1.- С.85-87.

ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ КРАСНОКАМЕНСКА - 50 ЛЕТ!

В апреле текущего года хирургическая служба города Краснокаменска Забайкальского края отметила славный пятидесятилетний юбилей. История начиналась в далёком 1968 году вместе с образованием города и единственного в стране предприятия по добыче урана - Приаргунского производственного горно-химическое объединения (ППГХО). В феврале 1968 года был издан приказ об образовании ППГХО, а 20 марта этого же года был издан приказ Министерства здравоохранения СССР об образовании медико-санитарной части г. Краснокаменска. Хирургическое отделение на 25 коек располагалось в посёлке Октябрьский в приспособленном двухэтажном деревянном здании. Первую помощь оказывали врачи военных госпиталей, а приезд из Киргизиии Нинель Николаевны Хоментовской, уже опытного хирурга, можно считать началом всей хирургии Краснокаменска. В своё время она заканчивала Горьковский мединститут вместе с Н.Н. Блохиным. Из разных регионов страны приехали молодые специалисты: Г.М. Козина, И.И. Солдатов, В.Г. Волков, В.В. Шабалин, Г.В. Кобелев. Старшей сестрой хирургического отделения многие годы была Т.Д. Плотникова.

В 1971 году медсанчасть переехала в Краснокаменск в приспособленное здание школы - больницы, было развёрнуто два хирургических отделения. Первое возглавила Н.Н. Хоментовская, второе - Л.В. Повышев. Было сформировано операционное отделение в составе четырёх операционных, первой старшей операционной сестрой была А.Г. Абрамова. Чуть позже приехала новая когорта врачей - хирург Л.А. Садохина, травматолог В.В. Третьяков, анестезиолог Н.А. Коряев.

После окончания Читинского медицинского института в 1978 году молодые специалисты пополнили ряды краснокаменских медиков: А.С. Давыдов, В.Г. Звягин, С.Н. Милованов, В.П. Туранов. Вскоре приехали выпускники Благовещенского мединститута - В.Н. Грохольский, Л.А. Лемента, супруги Востриковы, С.С. Дюмин; из Ярославля - супруги Ерышаловы; из Твери - супруги Рукобратские; из Барнаула - В.Г. Пастухов, Н.А. Багаева.

В 1983 году медсанчасть переехала в типовое здание с открытием 265 хирургических коек, были развёрнуты отделения хирургии, травматологии, гинекологии, урологии, детской хирургии, реанимации, операционный блок. В 1994 году приказом Читинского Областного отдела здравоохранения на базе медсанчасти была образована Областная больница № 4, вторая крупнейшая больница в регионе, оказывающая экстренную и плановую помощь жителям девяти районов юго-востока нашего края. Были выделены специализированные койки - онкологические, сосудистые, проктологические, нейрохирургические, глазные.

Длительное время хирургическую службу возглавляла Н.Н. Хоментовская (почётный гражданин Краснокаменска, хирург высшей категории, награждена медалью "За трудовую доблесть", знаком "Отличник здравоохранения", благодарностью Министра здравоохранения). С 1994 главным внештатным хирургом Краевой больницы № 4 трудится В.П. Туранов. Хирургическим отделением с 2004 года заведовал Ю.К. Кокотов, ранее более десяти лет руководивший всей хирургией Читинской области. Много лет заведовала отделением детской хирургии Г.А. Наумова, врач высшей категории. Главный врач больницы, Любовь Андреевна Лемента, тоже имеет хирургическую специальность - оториноларинголог. Именно "человеческий фактор" является сегодня главной составляющей успехов краснокаменских хирургов. Активно работает отделение санитарной авиации, операционные оснащены видеохирургическим оборудованием. За год выполняется 7,5 тысяч операций, проводятся реконструктивные операции на органах брюшной полости и магистральных сосудах. В 2007 году была запущена в работу низкотемпературная камера для карантинизации компонентов крови, в 2008 году будет развёрнуто 5 гемодиализных мест для лечения больных с острой и хронической почечной недостаточностью.

Медицинская общественность Забайкалья гордится специалистами краснокаменской хирургической службы, в настоящее время работающими в других регионах и городах нашей необъятной России: С.А. Ковригина (директор Саратовского медучилища), В.П. Нечунаев (зам. главного врача Барнаульского онкодиспансера), Л.А. Садохина (ассистент кафедры хирургии Иркутского института РВХ СО РАМН), С.Н. Милованов (заведующий оперблоком Краевой больницы г. Читы), М.П. Ерышалов (заведующий отделением хирургии Ярославской ОКБ), В.Н. Грохольский (травма-

На конференции в г. Краснокаменске.

толог Благовещенской ОКБ), В.А. Шильников (заведующий отделением эндопротезирования института травматологии им. Вредена, Санкт - Петербург), Н.И. Хлебников (начмед по хирургии Белгородской городской больницы), А.Н. Бутыльский (врач-анестезиолог, помощник Губернатора Забайкальского края), С.С. Дюмин (заведующий хирургическим отделением Хилокской ЦРБ), А.В. Семенченко (эндохирург, Тула).

В юбилейные дни, в апреле 2018 года на базе Краевой больницы № 4 была проведена конференция по актуальным вопросам хирургии. Из столицы Забайкальского края приехали ведущие специалисты Министерства здравоохранения, Городской больницы № 1, Читинской государственной медицинской академии. На торжественной части, длившейся более двух часов, медиков поздравляли руководители района и города, атомщики, депутаты и представители трудовых коллективов. Главный врач больницы Л.А. Лемента попросила всех ветеранов подняться на сцену, чтобы еще раз подчеркнуть их вклад в развитие медицины Краснокаменска.

По словам главного фтизиатра Забайкалья П.А. Фадеева: "Сегодняшняя встреча читинских и краснокаменских хирургов - яркий пример сотрудничества и хорошая школа обучения для районных специалистов. Достижения, успехи, ежедневная трудная работа, сотни спасённых больных, улыбающиеся ребятишки во вновь открытом отделении детской хирургии, внедрение новых технологий, перспектива развития - вот только некоторые штрихи к портрету сегодняшнего дня хирургии солнечного забайкальского города Краснокаменска….". С юбилеем вас, мои дорогие коллеги!

А.В. Саклаков
депутат Законодательного Собрания
Забайкальского края

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редакционная коллегия ежеквартального научно-практического журнала "Забайкальский медицинский журнал" принимает материалы для публикации по следующим рубрикам:
- вопросы организации здравоохранения;
- клинические лекции;
- новые медицинские технологии;
- в помощь практическому врачу;
- случаи из практики;
- краткие сообщения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция "Забайкальского медицинского журнала" просит внимательно ознакомиться с нижеследующими положениями по изданию журнальных публикаций

Статья должна быть представлена в печатном виде и на электронном носителе в формате MS Word (любой версии).

Бумажный вариант статьи должен быть напечатан на одной стороне листа А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль - 14. Размеры полей: левое - 30 мм, правое - 10 мм, верхнее и нижнее - каждое не менее 20 мм.

Объем публикаций по вопросам организации здравоохранения не должен превышать 5-7 страниц, лекций - 12-15 страниц, случаев из практики - 2-4 страницы, кратких сообщений - 2-3 страницы.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: индекс УДК, название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации.

Основной текст статьи должен структурно строиться в следующем порядке: введение; цель исследования; методы и материалы; результаты и обсуждение; заключение; литература.

Единицы измерения, характеристики и показатели изучаемых явлений должны быть представлены в единицах единой метрической системы.

Таблицы, диаграммы и рисунки помещаются в тексте по ходу изложения. Иллюстративный материал должен быть пронумерован и снабжен подписями.

Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (русские, затем иностранные источники) в соответствии с действующим ГОСТом. В тексте статьи литературные источники проставляются цифрами в квадратных скобках, соответственно списку.

Вся ответственность за достоверность представленных данных возлагается на автора(ов) статьи.

Статьи, не соответствующие указанным требованиям, к опубликованию не принимаются.

Материалы для публикации отправляются или сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, редакционно-издательский центр.