

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

3` 2021

Учредитель:

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

Главный редактор:
Зайцев Д.Н.

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

Редакционная коллегия:

Белокриницкая Т.Е., Байке Е.Е.,
Богомолова И.К., Витковский Ю.А.,
Говорин Н.В., Говорин А.В.,
Емельянова А.Н., Евстафьева Ю.В.,
Лобанов С.Л., Миromanов А.М.,
Миromanова Н.А., Мочалова М.Н.,
Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.,
Панченко А.С., Писаревский Ю.Л.,
Романова Е.Н., Сахаров А.В.,
Смекалов В.П., Серебрякова О.В.,
Сенижук А.И., Солпов А.В.,
Цепелев В.Л., Цыбиков Н.Н.,
Шаповалов К.Г., Щербак В.А.

Ответственный секретарь - Макеева Л.Н.
Технический редактор - Чернова Ю.Г.
Корректор - Кириллова О.А.

Ежеквартальное научно-практическое издание



Подписано в печать 28.09.2021

Бумага офсетная

Формат 60x84/8

Усл. изд. л. 6,2

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: chgmazabmed@mail.ru

© ЧГМА, 2021



СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А.
ИММУНИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ТЯЖЕЛОМУ ТЕЧЕНИЮ
РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ.....3

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Сенижук А.И., Тюменцев А.Г., Климович К.И., Важаева С.С.
АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ» НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА.....6

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ И ИССЛЕДОВАТЕЛЮ

- Панченко А.С., Суслопарова Е.В., Щербак Н.М.
ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПОДДЕРЖКИ
ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В Г. ЧИТА.....11

- Кашафеева А.А., Гаймоленко С.Г., Соловьева Т.Л.
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРОМБОФИЛИИ У ДЕТЕЙ.....14

- Обыденко В.И., Баясхаланова Ц.Б., Губина М.Ю.
ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ
РЯДА БИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И КОГНИТИВНОЙ АКТИВНОСТИ
У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ.....21

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- Калинина Э.Н., Зимина И.Н., Епифанцева Н.В., Емельянова А.Н., Чупрова Г.А.
ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТА
С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ COVID-19: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....24

- Емельянова А.Н., Ковалева Л.А., Емельянов А.С.,
Чупрова Г.А., Епифанцева Н.В., Калинина Э.Н., Юрчук С.В.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА
ПРИ ГРИППЕ А (H1N1).....26

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ

- МАТЕРИАЛЫ VII МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКТОЛОГИИ.
СОЦИАЛЬНОЗНАЧИМЫЕ И ОСОБООПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»
И IV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ, ДЕТИ И ВИЧ».....29

ЮБИЛЕЙ

- Губанова И.В., Москалева Е.П., Смекалов В.П.
БЫТЬ, А НЕ КАЗАТЬСЯ! (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ НЕВРОЛОГА,
Д.М.Н., ПРОФЕССОРА, ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧГМИ
П.В. МЕЛЬНИЧУКА).....53

ИНФОРМАЦИЯ

- Сахаров А.В., Ступина О.П.
ИНФОРМАЦИЯ О ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«II КАНДИНСКИЕ ЧТЕНИЯ» (Г. ЧИТА, 10-11 ИЮНЯ 2021 ГОДА).....56

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.9-053.2:615.373

Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А.

ИММУНИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА ПОТЯЖЕЛОМУТЕЧЕНИЮ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор - д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Каждый год около 15 млн детей рождается преждевременно – это более 10% всех детей, рожденных в странах мира [1]. Все новорожденные уязвимы, но преждевременно рожденные уязвимы особенно. Недоношенность – основная причина смерти новорожденных детей во всем мире и вторая по значимости причина детской смертности в целом (после пневмонии). Многие из выживших недоношенных детей обречены на инвалидность. К недоношенным относят детей, родившихся до истечения 37 нед беременности и имеющих массу тела недоношенности, так как многие доношенные рождаются с массой тела 2500 г. По массе тела условно выделяют 4 степени недоношенности [2]:

- I степень – 2001-2500 г;
- II степень – 1501-2000 г;
- III степень – 1001-1500 г;
- IV степень – 500 г при сроке беременности не менее 22 нед.

Критерии ВОЗ по оценке живорождения и жизнеспособности плода внедрены в нашей стране с 2012 г. [2].

Кроме этого, среди детей, родившихся преждевременно, эксперты ВОЗ выделяют степень недоношенности в зависимости от срока беременности в неделях:

- легкая – родившиеся при сроке от 32 до 37 нед. 6 дней;
- умеренная – родившиеся при сроке от 28 до 32 нед 6 дней;
- тяжелая – родившиеся при сроке <28 нед.

В докладах ВОЗ 2018, 2019 гг., ООН 2019 г. о глобальных действиях в отношении преждевременных родов говорится примерно о 15 млн преждевременно рожденных детей, из которых более 1 млн умирают вскоре после рождения [3-5]. По данным Минздрава РФ, частота рождения детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в России фиксируется на уровне 0,2%, с очень низкой массой тела (ОНМТ)

– 0,8% [6]. Недоношенные дети умирают в 30-35 раз чаще, чем дети, родившиеся в срок. Осложнения в результате преждевременных родов являются основной причиной смерти детей в возрасте до 5 лет. Россия в 2011 г. приняла нормативы ВОЗ, согласно которым младенцев необходимо выхаживать с 22 нед. при массе от 500 г и длине тела более 35 см.

Внедрение современных перинатальных технологий, широкое использование методов интенсивной терапии в лечении недоношенных новорожденных привели к существенному увеличению выживаемости данной категории детей, что не может не отразиться на показателе младенческой смертности. Если в 2012 г. в связи с переходом на новые рекомендованные экспертами Всемирной организации здравоохранения критерии регистрации новорожденных было отмечено увеличение показателя младенческой смертности на 16% (до 8,6 на 1000 родившихся живыми), то уже в 2013 г. этот показатель снизился до 8,2 (на 5%), а по данным первых 2 мес. 2014 г. — до 7,9 на 1000 родившихся живыми [7]. Немалую роль в данном процессе сыграли реализация Национального проекта «Здоровье», существенно повысившего уровень оказания медицинской помощи в акушерстве и неонатологии за счет открытия перинатальных центров, а также региональные программы модернизации здравоохранения. По мере снижения неонатальной смертности детей с ОНМТ и ЭНМТ все большее влияние на прогноз жизни и здоровья таких детей оказывают респираторные заболевания, как формирующиеся в неонатальном периоде (бронхолегочная дисплазия, БЛД), так и развивающиеся в грудном и раннем детском возрасте. В возрасте до 2 лет у недоношенных детей, в т.ч. детей с БЛД и гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца (ВПС), тяжело протекает инфекция, вызванная респираторно-синцициальным вирусом (РСВ). Данное положение подтверждается результатами исследований, полученных за рубежом и в нашей стране [8-11].

Этиотропных методов лечения РСВИ в настоящее время нет, что обуславливает поиск специфических методов профилактики. Существует международная практика использования программ иммунопрофилактики РСВИ и организации гигиенических мероприятий, которая способствует снижению младенческой смертности и частоты госпитализации детей группы риска тяжелого течения РСВИ (недоношенные дети до 35 недель гестации, дети с бронхолегочной дисплазией

и врожденными гемодинамически значимыми пороками сердца) [12, 13, 14, 15].

За рубежом в течение последних 15 лет у пациентов из групп риска с этой целью эффективно используют инновационный препарат — паливизумаб (Синагис, ООО «Эббви»), который является средством сезонной пассивной иммунизации. Препарат был одобрен для применения FDA (Food and Drug Administration) в США в 1998 г., затем, в 1999 г. — ЕМА (European Medicines Agency) в странах Европейского Союза, а в 2002 г. — в Японии и Канаде. В настоящее время паливизумаб зарегистрирован более чем в 70 странах мира. Паливизумаб — это гуманизированные моноклональные антитела IgG1, взаимодействующие с эпитопом А белка F РСВ. Белок F — поверхностный вирусный гликопротеид, обеспечивающий слияние мембран вируса и клетки хозяина. Он отличается высокой консервативностью у различных штаммов вируса. Таким образом, молекула паливизумаба специфически блокирует проникновение вируса в клетку и распространение инфекции, что обеспечивает высокую эффективность препарата. Паливизумаб, полученный генно-инженерным путем, не является препаратом крови и не несет риска заражения другими инфекциями. Молекула паливизумаба состоит из человеческих (95%) и мышинных (5%) последовательностей. Препарат оказывает выраженное нейтрализующее и ингибирующее действие на белки слияния штаммов РСВ подтипов А и В. Разовая доза препарата составляет 15 мг/кг массы тела. Схема применения обычно состоит из 5 инъекций препарата, проводимых с интервалом 1 мес в течение сезонного подъема заболеваемости, вызываемой РСВ (с ноября-декабря до марта-апреля). Предпочтительно, чтобы первая инъекция была проведена до начала подъема заболеваемости.

В 3 регионах РФ с ноября 2009 по апрель 2010 г. было проведено дорегистрационное мультицентровое исследование безопасности и эффективности применения паливизумаба для профилактики тяжелого течения РСВ инфекции у 100 детей из группы высокого риска, результаты которого позволили прийти к заключению о необходимости использования препарата у недоношенных детей, рожденных до 35-й нед. гестации, в возрасте до 6 мес., а также у пациентов с БЛД и гемодинамически значимыми ВПС в возрасте до 2 лет. У детей данной группы не было зарегистрировано ни одной госпитализации по причине РСВ-

инфекции в течение всего эпидсезона, что свидетельствовало о высокой эффективности препарата. Серьезных нежелательных явлений, связанных с введением паливизумаба, также зарегистрировано не было. Наблюдение за иммунизированными пациентами в период проведения данного исследования позволило выявить всего 3 нежелательных явления, вероятно, связанных с введением препарата: ринит и острый интермиттирующий ринит (у 1 ребенка) и атопический дерматит (у другого ребенка) [16]. По итогам данного исследования, подтвердившего высокую эффективность и безопасность применения препарата, в 2010 г. паливизумаб был зарегистрирован в России под торговым наименованием Синагис.

В Забайкальском крае иммунизация препаратом Синагис была начата в эпидемический сезон с ноября 2019 по апрель 2020 гг.

Целью нашей работы явилось: изучение состояния иммунопрофилактики респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в Забайкальском крае.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 33 случаев иммунопрофилактики РСВИ паливизумабом детей обоего пола (75,8% мальчиков, 24,2% девочек), средний возраст которых составил $9,9 \pm 4,3$ мес. в г. Чита. Отбор и регистрация участников программы профилактики осуществлялись кабинетом катамнеза Детской поликлиники ГУЗ КДКБ. Иммунизация осуществлялась в течение сезонного подъема заболеваемости, вызываемой респираторным синцитиальным вирусом. МФ-обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Результаты исследований: приоритетными группами для иммунизации служили дети первого года жизни из групп риска по тяжелому течению заболевания. Показаниями для проведения профилактики явилось наличие у ребенка БЛД в 47% случаев, ВПС — 17%, сочетание ВПС и БЛД — 12%, экстремально низкая масса тела при рождении в сочетании с ВПС и/или БЛД — 24%. Перед введением препарата уточнялся аллергоанамнез, проводилось полное физикальное обследование, после введения препарата проводилось наблюдение за ребенком в течение 30 мин. Курс из 5 инъекций препарата получил 1 ребенок — 2,7%, 3 инъекции получили 37 детей — 67,6%, 2 инъекции получил 13 человек — 24,3%, 3 ребенка — 5,4% получили одну дозу препарата. Препарат вводился, согласно инструкции, в дозе

15 мг/кг массы тела внутримышечно. Все дети хорошо переносили введение препарата, никаких побочных эффектов на введение препарата зарегистрировано не было. Причинами прерывания схемы иммунизации явились: отказ родителей от дальнейшей иммунизации, удаленность мест проживания, введение режима самоизоляции в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. Во время подъема заболеваемости РСВИ среди исследуемых пациентов случаев РСВИ не регистрировались.

Заключение: несмотря на то, что пассивная иммунопрофилактика РСВИ у детей в Забайкалье продолжилась проводиться и в эпидемический сезон 2020-2021 гг., она носит точечный характер, не покрывая реальную потребность в данном мероприятии. Учитывая многолетнюю международную доказательную базу эффективности препарата паливизумаб в профилактике РСВИ, необходимо не только продолжить иммунизацию детей в Забайкальском крае, особенно групп риска по тяжелому течению заболевания, но и в разы увеличить охват иммунопрофилактикой.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Воронцова В. В России смертность среди недоношенных детей заметно снизилась // News.ru : сайт. – URL: <https://news.ru/russia/nedonoshennye-deti-problemy> (дата обращения: 01.03.2021).
2. Доклад ООН: показатели выживаемости матерей и детей: пресс-релиз // Всемирная организация здравоохранения : сайт. – URL: <https://www.who.int/ru/newsroom/detail/19-09-2019-more-women-and-children-survive-todaythan-ever-before-un-report> (дата обращения: 01.03.2021).
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболеваний (ОРЗ); лечению пневмонии у детей // Министерство здравоохранения Российской Федерации : сайт. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8021-klinicheskierekomendatsii-po-diagnostike-i-lecheniyu-ostryh-respiratornyh-zabolevaniy-orz-lecheniyu-pnevmonii-u-detey> (дата обращения: 01.03.2021).
4. Преждевременные роды: информационный бюллетень ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения : сайт. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (дата обращения: 01.03.2021).
5. Принципы этапного выхаживания недоношенных детей / под редакцией Л.С. Намазовой-Барановой. – Москва : ПедиатрЪ, 2013. – 238 с. – ISBN 978-5-906332-04-2.
6. Пустотина О.А. Инфекционный фактор в генезе невынашивания беременности / О.А. Пустотина, В.В. Остроменский. – DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-13-26-33 // Эффективная фармакотерапия. – 2019. – Т. 15, № 13. – С. 26-33.
7. Респираторно-синцитиальный вирусный бронхолит у недоношенных детей в клинической практике / Д.Ю. Овсянников, Д.Н. Дегтярев, А.А. Корсунский [и др.] // Педиатрия. – 2014. – № 93 (3). – С. 34-40.
8. Рожденные слишком рано: доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов // Всемирная организация здравоохранения : сайт. – http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/ru/ (дата обращения: 01.03.2021).
9. Факторы, определяющие длительность госпитализации детей с тяжелой респираторной синцитиальной вирусной инфекцией в России / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Т.В. Куличенко [и др.] // Педиатрическая фармакология. – 2011. – № 8 (6). – С. 61-66.
10. A prospective, openlabel, non-comparative study of palivizumab prophylaxis in children at high risk of serious respiratory syncytial virus disease in the Russian Federation / T.V. Turti, E.N. Baibarina, E.A. Degtiareva [et al.]. – DOI 10.1186/1756-0500-5-484 // BMC Res. Notes. – 2012. – Vol. 5. – P. 484.
11. A prospective, openlabel, non-comparative study of palivizumab prophylaxis in children at high risk of serious respiratory syncytial virus disease in the Russian Federation / T.V. Turti, E.N. Baibarina, E.A. Degtiareva [et al.]. – DOI 10.1186/1756-0500-5-484 // BMC Res. Notes. – 2012. – Vol. 5. – P. 484.
12. From the American Academy of Pediatrics: Policy statements – modified recommendations for use of palivizumab for prevention of respiratory syncytial virus infections // Pediatrics. – 2009. – Vol. 124 (6). – P. 1694-1701.
13. Mortality and morbidity among infants at high risk for severe respiratory syncytial virus infection receiving prophylaxis with palivizumab: A systematic literature review and meta-analysis / P.A. Checchia, L. Nalysnyk, A.W. Fernandes [et al.]. – DOI 10.1097/PCC.0b013e3182070990 // Pediatr. Crit. Care Med. – 2011. – Vol. 12 (5). – P. 580-588.

14. Rates of hospitalization for respiratory syncytial virus infection among children in Medicaid / T.G. Boyce, B.G. Mellen, E.F. Mitchel [et al.]. – DOI 10.1067/mpd.2000.110531 // J. Pediatr. – 2000. – Vol. 137 (6). – P. 865-870.
15. Respiratory syncytial virus infection in 406 hospitalised premature infants: results from a prospective German multicentre database / A. Simon, R.A. Ammann, A. Wilkesmann [et al.]. – DOI 10.1007/s00431-007-0426-y // Eur. J. Pediatr. – 2007. – Vol. 166. – P. 1273–1283.
16. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (дата обращения: 01.03.2021).

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹Сенижук А.И., ²Тюменцев А.Г.,

¹Климович К.И., ¹Важаева С.С.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «ОНКОЛОГИЯ» НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор - д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

²ГУЗ «Забайкальский Краевой онкологический диспансер», Чита, Россия

Введение. Показатели смертности позволяют судить о многих сторонах жизни общества: его экономическом и социальном развитии, системе здравоохранения и качестве организации медицинской помощи, а также приверженности населения к своевременной диагностике, лечению и профилактике заболеваний, имеющих высокие показатели смертности [1].

Онкологические заболевания являются одной из широко распространенных причин заболеваемости и смертности. Ежегодно во всем мире регистрируется более 10 млн новых случаев рака и более 6 млн случаев смерти от него. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость и смертность будут повышаться, и в 2030 г. патология унесет более 13 млн жизней [2].

В Указе Президента РФ от 7 мая 2018 г. выделены национальные проекты, в числе которых «Демография» и «Здравоохранение». Их задача – снижение смертности и увеличение продолжительности жизни россиян до 78 лет. Исходя из особенностей регионов РФ, данное значение имеет неоднородный характер, таким образом на уровне отдельных субъектов ожидаемая продолжительность жизни от 67,57 в республике Тыва до 83,40 в Ингушетии [3,4,5].

В Российской Федерации в 2019 году запущен федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», целью которого является снижение смертности от новообразований, в том числе злокачественных, до 185 случаев на 100000 населения. Для достижения цели разработан ряд мероприятий, который направлен на преобразование медицинской помощи по профилю онкология. Запланировано развитие сети центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), создание различного уровня референс-центров иммуногистохимических, патоморфологических и лучевых методов исследования, а также иные различные мероприятия [3, 5].

В пределах одной страны определенный уровень неравенства показателей неизбежен, но

слишком высокий его уровень свидетельствует о неравномерном распределении ресурсов для здоровья и безопасности населения. Однако, для понимания того, как степень регионального неравенства может быть сокращена между показателями субъектов РФ и какие меры должны быть приняты, необходимо комплексное изучение региональных особенностей [6].

Цель исследования. Оценить организацию специализированной онкологической помощи населению Забайкальского края.

Для достижения поставленной цели были выделены следующие задачи:

- проанализировать уровень и динамику показателей заболеваемости и смертности злокачественными новообразованиями (ЗНО) в Забайкальском крае за период 2017-2019 гг.;
- оценить онкозапущенность в крае и результаты мероприятий по первичной профилактике ЗНО.

Материалы и методы. В рамках выполнения настоящего исследования изучалась динамика показателей заболеваемости и смертности больных с онкологической патологией, путем выкопировки данных и анализа материалов государственной статистической отчетности Министерства здравоохранения Забайкальского края за период 2017-2019 гг. с применением пакета программ Microsoft Office Excel 2010 г., в соответствии с Международной статистической классификацией болезней десятого пересмотра, на основании данных, представленных в формах государственной статистической отчетности: учетная форма №30 «Контрольная карта диспансерного больного», «Извещение о больном злокачественным новообразованием» (форма 099/у), «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у), «Протокол запущенности» (форма 027/у).

Результаты и их обсуждение. Медицинская помощь по профилю «онкология» в Забайкальском крае оказывается сетью медицинских организаций, взаимодействие которых осуществляется на основании нормативно-правовых актов (НПА). Контроль маршрутизации пациента и сроков оказания специализированной медицинской помощи осуществляется согласно распоряжению Министерства здравоохранения Забайкальского края от 24.04.2018 г. №572/р «О совершенствовании организации оказания онкологической помощи пациентам с подозрением на злокачественное новообразование в Забайкальском крае», а также в соответствии с приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка

оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» и др. НПА.

Структура онкологической службы представлена тремя уровнями медицинских организаций, предусматривает принципы территориальности и профилактической направленности.

На первом уровне оказывается первичная медико-санитарная врачебная помощь, которая представлена сетью медицинских организаций: городская больница № 2, клинические медицинские центры г. Читы, поликлиники при центральных районных больницах, ведомственные медицинские организации и их структурные подразделения.

Второй уровень оказания онкологической помощи в крае представлен первичными онкологическими кабинетами (ПОК): в районах края городе Чита, в которых оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь. В связи с малочисленностью населения, для повышения доступности данного вида помощи, в таких районах как Шелопугинский, Балейский, Ононский и Тунгокоченский пациенты с подозрением на ЗНО и имеющие ЗНО обследуются в межрайонных многопрофильных медицинских центрах (МММЦ).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь – оказывается в учреждениях третьего уровня, на базе: ГУЗ «Краевая клиническая больница» и ГУЗ «Забайкальский Краевой онкологический диспансер».

Успешность работы онкологической службы во многом зависит от кадровых ресурсов. В системе здравоохранения Забайкальского края числится 105 штатных единиц врачей-онкологов (из них занято 87,25 ставки); физических лиц – 64. На специалистов, оказывающих помощь в амбулаторных условиях приходится 48 штатных единиц (из них занято 34,75); физических лиц – 24. В стационарных условиях, выделено 57 штатных единиц (из них занято 52,5); физических лиц – 40. Коэффициент совместительства онкологов – 1,4; радиологов – 1,2. Врачей диагностических специальностей: врачи-лаборанты – 1,6; врачи-рентгенологи – 1,4; врачи-ультразвуковой диагностики – 1,5; врачи-функциональной диагностики – 1,6; врачи-эндоскопии – 1,8; врачи-патологоанатомы – 2,9.

В 2019 году общее число смотровых кабинетов составило 91, что выше по сравнению с предыдущим годом на 23%. За анализируемый период число направленных пациентов в

онкологические учреждения сократилось почти вдвое (2017 г. – 2909; 2019 г. – 1528).

Обеспеченность населения края онкологическими койками в 2019 г. составила 2,4 и сопоставима с аналогичным по РФ в 2019 г. – 2,47 на 10 тыс. населения. Обеспеченность радиологическими койками по краю по Забайкальскому краю в 2019 г. – 0,7 по РФ в 2019 г. – 0,58 на 10 тыс. населения, что свидетельствует о повышенной потребности.

Министерством здравоохранения Забайкальского края реализуются мероприятия, направленные на устранение дефицита медицинских кадров: путем предоставления мер социальной поддержки, а также запланировано и реализуется целевое обучение и переподготовка кадрового состава, за счет ассигнований федерального бюджета осуществляется целевая подготовка в клинической ординатуре, в рамках которой выделяются квоты на обучение (не менее 5 квот).

За исследуемый период онкологическая ситуация в Забайкальском крае характеризуется волнообразным и нестабильным течением показателя заболеваемости (таблица 1). Прирост наблюдается в 2018 году на 5,3%, а в 2019 снижение на 12,1% и ниже общероссийского показателя на 27%.

Таблица 1
Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Забайкальском крае за период 2017-2019 гг.

Наименование показателя	2017г.	2018г.	2019г.	РФ 2019 г.
Заболеваемость злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения (случаи)	371,3	391,0	343,5	436,34

Показатель активного выявления злокачественных новообразований в 2019 году составил 29,0% (РФ–28,8%), что свидетельствует об эффективности профилактической работы в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена (таблица 2).

Таблица 2
Динамика активного выявления больных ЗНО в Забайкальском крае

Наименование показателя	2017г.	2018г.	2019г.	РФ 2019г.
Доля больных, выявленных активно	28,5	30,2	29,0	28,8

Одним из основных параметров, определяющим прогноз онкологического заболевания является степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики. Число лиц с I-II стадиями злокачественных новообразований среди больных с впервые в жизни установленным диагнозом увеличивается на протяжении десятилетнего периода (рис. 1).

Низкий уровень раннего выявления ЗНО сохраняется в следующих муниципальных образованиях за 2019 г.: Александрова-Заводский – 41%, Газимуро-Заводский – 47%, Балейский – 51%, Калганский – 51%, Тунгокоченский – 50%. Данные значения свидетельствуют о недостаточной диагностической базе, неукомплектованности медицинскими работниками, низкой онкологической настороженности при медицинских осмотрах пациентов.

За этот же период времени отмечено снижение числа больных в запущенной 3 визуальной и 4 стадии среди всех ЗНО в регионе (рис. 2).

Показатель выявления запущенных форм ЗНО в III-IV стадии в Забайкальском крае имеет

Уровень ЗНО, выявленных в I-II стадиях

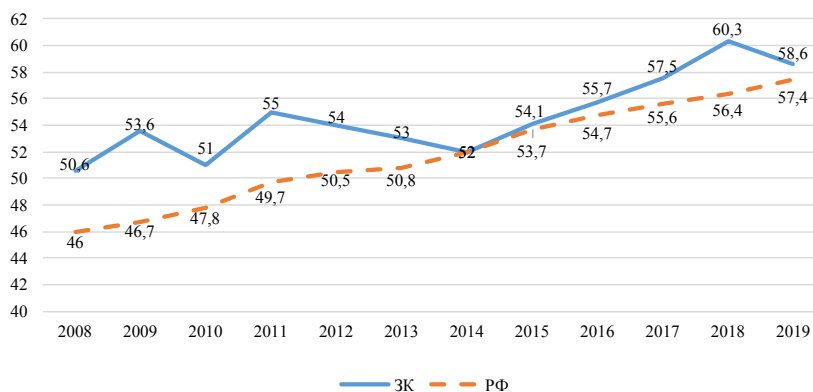


Рис. 1

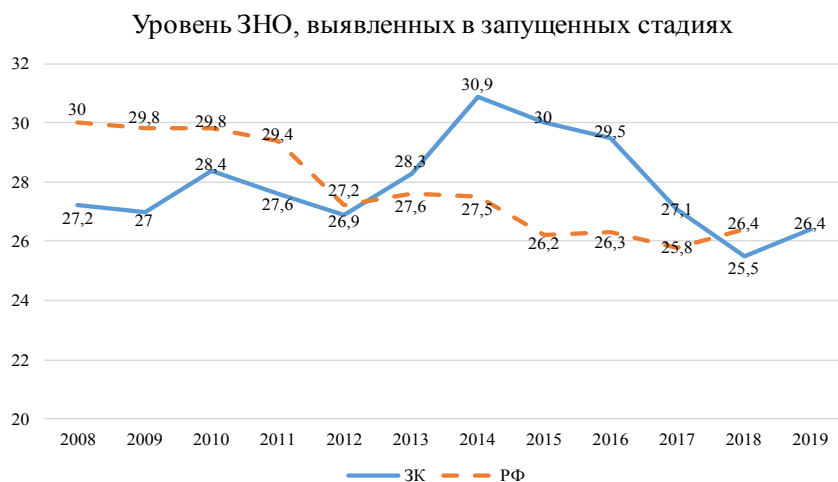


Рис. 2



Рис. 3

тенденцию к снижению, но остается высоким в следующих муниципальных образованиях: Акшинский – 36,3%, Балейский – 34,5%, Калганский – 30,0%, Красночикойский – 32,8%, Нерчинско-Заводский – 38,1%, Ононский – 41,6%. Причины поздней диагностики ЗНО в вышеперечисленных районах, отсутствие онкологической настороженности среди населения и медицинских работников при осмотре.

Наблюдается положительная динамика морфологического подтверждения ЗНО, увеличение на 4,1 % (рис. 3).

Показатель смертности от ЗНО в Забайкальском крае также имеет волнообразное течение (таблица 4). В 2018 году повышается на 6,3 %, а в 2019 снижается на 9,8 % и ниже общероссийского показателя на 10,6 %.

Таблица 4

Динамика смертности от новообразований

Наименование показателя	2017г.	2018г.	2019г.	РФ 2019г.
Смертность от новообразований на 100 тыс. населения	186,9	198,7	179,3	200,6

Одногодичная летальность имеет положительную тенденцию, в 2018 году показатель снизился на 3,5%, а за исследуемый период на 8,7%. В 2019 году значение данного показателя ниже на 3,3% аналогичного по РФ. Показатель в 2018 году увеличился на 11,8%. Показатель одногодичной летальности от злокачественных новообразований в Забайкальском крае удерживается на целевых показателях национального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» (таблица 5).

Динамика одногодичной летальности

Наименование показателя		2017г.	2018г.	2019г.	РФ 2019г.
Одногодичная летальность	Целевой			21,0	21,0
	Фактический	23,0	22,2	21,0	21,7

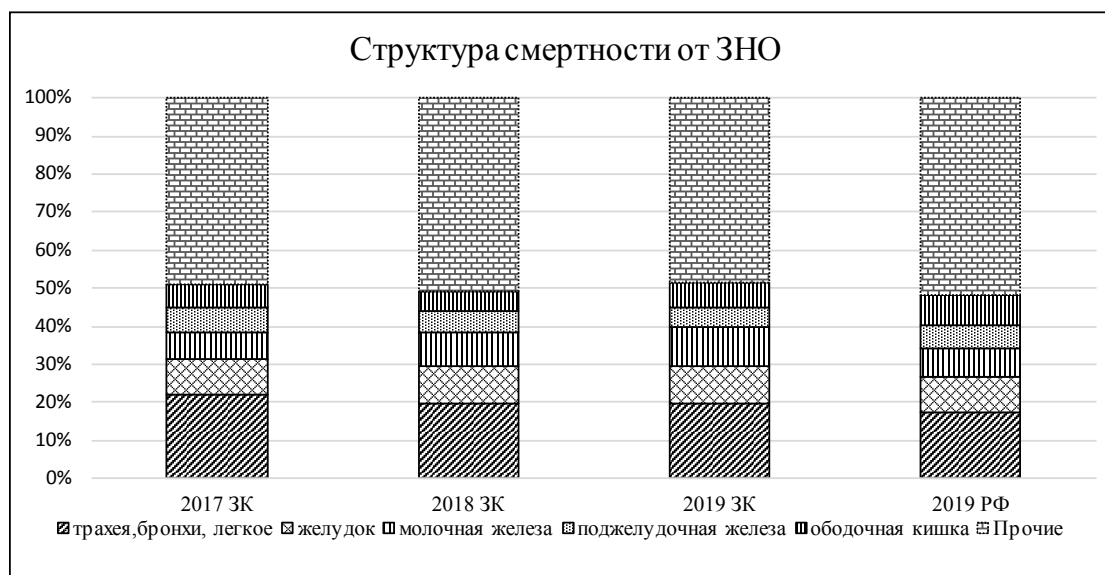


Рис. 4

Основные причины смерти от ЗНО за исследуемый период (рис. 4): на первом месте рак трахеи, бронхов, легкого – 19,6 %, на втором – рак желудка – 10%, на третьем – рак молочной железы – 10 %, на четвертом – рак поджелудочной железы 5,2 %, пятое место – рак ободочной кишки – 6%. Структура соответствует таковой по РФ.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование позволяет оценить организацию деятельности онкологической службы Забайкальского края, определить закономерности и тенденции развития, выявить проблемные зоны.

Показатель заболеваемости носит нестабильный характер, остаётся ниже аналогичного по РФ и является индикатором, отражающим эффективность работы ПМСП и медицинской активности населения. При этом показатель онкозапущенности имеет тенденцию к снижению и сопоставим с аналогичным по РФ.

Смертность и одногодичная летальность с тенденцией к снижению остаются ниже чем в РФ. Данные значения свидетельствуют о высокой выявляемости ЗНО на начальных стадиях, когда патологический процесс имеет благоприятный прогноз к выздоровлению.

Целевые показатели, обозначенные в федеральном проекте в 2019 г. достигнуты. Осуществляются мероприятия по первичной и вторичной профилактике злокачественных новообразований. Реализация выполнения задач национального проекта «Здравоохранение», федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на территории Забайкальского края осуществляется в полном объеме.

Проводится кадровое обучение медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по выявлению злокачественных новообразований.

Для повышения качества и обеспечения доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, активно используются телемедицинские консультации с ведущими клиниками, проводятся консультации по гистологическим материалам. Специалисты ГУЗ «ЗКОД» обучаются в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» и других центральных базах.

Рекомендуется продолжить совершенствование комплекса мер первичной профилактики онкологических заболеваний, выявления предраковых состояний, раннего

выявления онкологических заболеваний, улучшения результатов лечения, снижения смертности и увеличения продолжительности жизни за счет увеличения охвата населения края скрининговыми методами и продолжением работы «Горячая линия» для пациентов и их родственников.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб. / Росстат. - М., 2017. – 170 с.
2. Гордиенко В.П., Вахненко А.А., Янушевский К.В. Основные показатели заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований в Дальневосточном федеральном округе. Социальные аспекты здоровья населения. DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2018-64-6-5>
3. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16).
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 (ред. от 18.10.2019) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
6. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2019 году: Стат. справочник/ Минздрав России. – М., 2020. – 254 с.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 613.287.8:616-053.3

Панченко А.С.¹, Суслопарова Е.В.²,

Щербак Н.М.¹

ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В Г. ЧИТА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор - д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

²ГУЗ Детский клинический медицинский центр (ДКМЦ)

ДПО № 3, Чита (главный врач И.В. Нардина)

Актуальность. Грудное вскармливание является не имеющим себе равных способом обеспечения идеальным питанием грудных детей для их полноценного роста, развития. Грудное вскармливание оказывает уникальное биологическое и эмоциональное воздействие на здоровье матери и ребенка. Физиологическая и психологическая связь матери и ребенка, заложенная во внутриутробном периоде, продолжается и после рождения именно посредством кормления грудью. Все более значимым становится понимание значения кормления грудью для жизни младенца, для обеспечения максимально высоких стандартов здоровья, для эффективного развития психологических и познавательных навыков, для долгосрочного здоровья [1, 3, 4, 5]. По мнению проф. И.М. Воронцова и проф. Е.М. Фатеевой, «грудное молочное вскармливание представляет собой одну из наиболее гениальных находок естественной эволюции жизни», и феномен питания материнским молоком является «золотым стандартом» биологии питания [2].

В последние годы в России и во многих странах, отмечается положительная динамика распространенности грудного вскармливания. По данным официальной статистики Минздрава России, доля детей на грудном вскармливании в возрасте 6–12 месяцев возросла с 27,6% в 1999 г. до 40,4% в 2017 г. [2, 4, 6, 7]. В Чите и Забайкальском крае отмечено увеличение числа детей, получавших грудное молоко. В 2017 г. доля детей, находившихся на естественном вскармливании, к числу детей, достигших 1 года (от 6 до 12 месяцев), составила 42,8%, в 2020 г. – 46,0% (по данным отчетной формы № 31 статистического наблюдения). Во многом такая ситуация сложилась благодаря созданию в Чите в 2015 г. Центра поддержки грудного вскармливания (ЦПГВ).

История открытия центра и его работы

Первый ЦПГВ в Сибирском федеральном

округе был открыт в г. Красноярске в 2001 году, в 2007 году подобный центр появился в г. Томске [4, 7]. Инициатором открытия ЦПГВ в Чите была кафедра повышения квалификации и последипломного образования Читинской государственной медицинской академии (ЧГМА) при поддержке администрации ДКМЦ. Открытие ЦПГВ состоялось на базе поликлинического подразделения №3 ДКМЦ г. Чита в 2015 году. В это же время центром была организована городская телефонная «горячая линия» по вопросам организации грудного вскармливания. В дальнейшем организована профессиональная школа для будущих мам при ЦПГВ. В 2017 году центр получил международное звание Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ЮНИСЕФ (UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Fund) «Больница, доброжелательная к ребенку», на территории края это первое учреждение получившее данное звание.

Функции и особенности организации ЦПГВ. Организационная работа ЦПГВ во многом отличается от поликлинической службы, имея свои особенности:

1. Оказание помощи всему населению Забайкальского края (нет прикрепленного населения).
2. Одновременное консультирование пары «мать–дитя».
3. Методическая деятельность (разработка и распространение методического материала по вопросам грудного вскармливания).

В основу деятельности ЦПГВ положено 10 принципов успешного грудного вскармливания, сформулированных в совместной декларации рекомендациям ВОЗ, впервые провозглашенных в 1989 г. и обновленных в 2018 г. [3, 4].

Основные задачи центра:

1. Повышение уровня знаний врачей и средних медицинских работников по вопросам детской нутрициологии.
2. Разработка методических материалов для медицинских работников и кормящих матерей по грудному вскармливанию.
3. Организация консультативной помощи женщинам по вопросам вскармливания детей разного возраста.
4. Популяризация грудного вскармливания среди населения.

Образовательная деятельность ЦПГВ не ограничивается пропагандой грудного вскармливания по распространению программы

Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Центр проводит обучение медицинского персонала по 40-часовому курсу, утвержденному ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию», инструктаж вновь поступающих медицинских работников по 3-часовой программе. За время работы обучено 1073 медицинских работников с проведением самоаттестации. Кроме того, занятия проводятся в системе онлайн с привлечением поликлинических отделений города Читы. Одним из направлений работы центра является обучение медицинского персонала отдаленных районов края путем введения в программу практического обучения «Курсов повышения квалификации средних медицинских работников» по вопросам грудного вскармливания с предоставлением методического материала и отработкой практических навыков. За 5 лет работы разработано более 70 методических рекомендаций и информационных материалов для медперсонала и кормящих матерей.

Важным направлением деятельности ЦПГВ является консультативная помощь родителям, имеющим детей раннего возраста по вопросам организации рационального вскармливания и диетокоррекции алиментарно-зависимых состояний. В центре консультативная помощь представлена разными способами:

- консультирование пары «мать–дитя»;
- консультирование по телефону «горячей линии»;
- консультирование в одноименной группе в «Контакте».

Консультативная помощь оказывается на базе центра, где оборудован специальный кабинет, оснащенный лактационным креслом, информационным стеллажом с аксессуарами для грудного вскармливания.

Направления деятельности центра:

- подготовка беременных женщин к предстоящему материнству и успешному кормлению грудью
- помощь в становлении и поддержании грудного вскармливания
- проведение индивидуальных консультаций по вскармливанию здорового и больного ребенка, питанию кормящей матери
- помощь в преодолении лактационных кризов
- помощь в правильном прикладывании ребенка к груди, преодолении отказа от груди
- помощь при проблемах с молочной железой (лактостаз, трещины сосков, неинфекционные маститы).

За время работы в ЦПГВ обратились более 6500 тыс. пар «мать–дитя», в большинстве пар (96%) были дети до года, из которых преобладали дети в возрасте от 0 до 3 месяцев (71,3%). Основная часть маленьких пациентов находилась на грудном вскармливании. В ЦПГВ разработана программа подготовки и обучения беременных женщин к успешному грудному вскармливанию с практическими занятиями по уходу за новорожденным ребенком, за 5 лет обучено 399 женщин. В 2020 году с учетом продолжительного периода карантина, проучено всего 18 женщин.

В практической деятельности участкового врача-педиатра при организации грудного вскармливания основной акцент делается на индивидуальные потребности ребенка. К сожалению, недостаточно внимания уделяется психологическому комфорту кормящей женщины, состоянию здоровья, а ведь именно это и определяет эффективность и продолжительность грудного вскармливания. Для оказания психологической помощи кормящим матерям в ЦПГВ выделена ставка психолога, задачами которого является помощь матери в осознании ее проблемы, поиск причин и помощь в обретении уверенности в себе при кормлении грудью. К сожалению, данная помощь кормящим матерям недоступна с 2018 года по причине отсутствия специалиста.

В лактационный период женщина сталкивается со многими проблемами, требующими оказания неотложной помощи. С учетом этого в 2016 г. в центре была организована телефонная «горячая линия» по вопросам грудного вскармливания. Звонки принимаются ежедневно с 9 до 16 часов. Большинство звонков касается проблем, возникающих в раннем послеродовом периоде (техника прикладывания, нагрубание молочных желез, трещины сосков), а также проблемы организации грудного вскармливания в домашних условиях (режим кормления, недостаток молока, оценка эффективности грудного вскармливания).

Преимущество таких консультаций – это оперативность получения рекомендаций специалиста при невозможности очного посещения (отдаленность проживания, плохие метеоусловия и т.д.), выявление женщин, нуждающихся в оказании срочной медицинской помощи, и направление их к врачам-специалистам. Имеются недостатки работы телефона «горячей линии»: отсутствие нормативов, регулирующих

работу телефона «горячей линии» по вопросам грудного вскармливания, нет возможности выделить отдельную телефонную линию для выполнения этой работы.

За 5 лет работы центра на телефон «горячей линии» поступило более 2500 тыс. звонков, причем ежегодно отмечается рост данной услуги, в сравнении с 2016 годом в 7-8 раз. С 2019 года ЦПГВ оказывает платные услуги по организации грудного вскармливания на дому, что позволяет получить квалифицированную консультацию, эмоциональную поддержку, уберечь от многих ошибок недавно родивших матерей.

Популяризация грудного вскармливания – неотъемлемый шаг в работе центра. Согласно десятому принципу успешного грудного вскармливания, кормящим женщинам должна быть обеспечена поддержка после выписки из родильного дома на различных уровнях. Специалисты ЦПГВ принимают активное участие в городских мероприятиях, посвященных материнству и детству: неделя грудного вскармливания, день защиты детей, участвуют в научно-практических конференциях. Самым значимым мероприятием, в котором принимают участие сотрудники ЦПГВ, является Всемирная неделя грудного вскармливания. Ежегодно с 1 по 7 августа в ЦПГВ проводятся дни открытых дверей, когда любой желающий может обратиться в центр с целью получения консультации по вопросам грудного вскармливания без предварительной записи, проводятся конкурсы и викторины для кормящих женщин с вручением призов. Кроме того, персонал ЦПГВ организует и проводит прямые эфиры, размещает информационные материалы по вопросам грудного вскармливания на странице ДКМЦ в Инстаграме.

Статистическая отчетность. Для оценки результатов работы учреждений здравоохранения, муниципальных и федеральных образований в стране существует отчетная форма № 31, позволяющая оценить уровень грудного вскармливания.

Для оценки грудного вскармливания в РФ используется два показателя:

- **доля детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 месяцев:** определяется путем деления числа детей, достигших возраста 1 год и получавших молоко матери не менее 3 месяцев, но не более 5 месяцев 29 дней, на общее число детей, достигших возраста 1 год и помноженное на 100%.

- доля детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 месяцев до 1 года: определяется путем деления числа детей, достигших возраста 1 год и получавших молоко матери 6 месяцев и более, на общее число детей, достигших возраста 1 год и помноженное на 100%.

Данная отчетная форма используется для оценки продолжительности грудного вскармливания в г. Чите с 2017 года. В результате анализа отмечено, что количество детей, находящихся на грудном вскармливании от 6 до 12 месяцев возросло с 42,8 % в 2017 году до 46, 0% в 2020 году в г. Чита (в поликлиническом отделении №3, где существует ЦПГВ, с 42, 9% в 2017 году до 59,7% в 2020 году). Грамотно, профессионально составленный отчет по форме № 31 и его анализ позволит своевременно предпринимать мероприятия по устранению или улучшению существующей практики непосредственно в каждом учреждении.

Заключение. Работа центра поддержки грудного вскармливания показала эффективность по увеличению продолжительности грудного вскармливания. По итогам 2020 года 63% детей, обратившихся в ЦПГВ, были переведены со смешанного на исключительно грудное вскармливание, что на 40,4% выше, чем в 2018 году. Особенности работы с кормящей женщиной, новорожденным ребенком и ребенком первого года жизни диктуют особенности организации работы центра. Дополнительное использование таких технологий, как консультирование по телефону «горячей линии», делают консультацию быстрой, доступной и востребованной. Существуют и ряд проблем: недостаточная материально-техническая база (отсутствие обучающих тренажеров-муляжей, недостаточное количество аксессуаров для грудного вскармливания), недостаточные площади, нет выделенной телефонной линии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абольян Л.В., Новикова С.В. У истоков здоровья: организация грудного вскармливания в медицинских учреждениях родовспоможения и детства// Главный врач, 2016. - №5. – С. 65–71.
2. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка/ СПб.: ИКФ «Фолиант», 1998. – 259 с.
3. Карлос Гонсалес «Подарок на всю жизнь. Руководство по грудному вскармливанию»/ М.: Ресурс, 2019. – 392 с.

4. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации/ ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России /М., 2019.- 112 с.
5. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в Российской Федерации: методические рекомендации/ ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России/ М., 2019. - 36 с.
6. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Лукоянова О.Л. Современные подходы к введению докорма – осознанная необходимость/ Лечащий врач, 2019. - №9. - с. 29-33.
7. Фурцев В.И. Оптимизация вскармливания детей первого года жизни./ метод. пособие для слушателей последиplomного образования (педиатров и специалистов по детскому питанию) 3-е изд., перераб. и доп. – Красноярск, 2017. – 161 с.

УДК:617-089

Кашафеева А.А., Гаймоленко С.Г., Соловьева Т.Л.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРОМБОФИЛИИ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор - д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Введение. Тромбофилия – патологическое состояние (наследственное или приобретенное), в основе которого лежит нарушение свертываемости крови и как следствие развитие тромбоза. В мире летальность от тромбозов составляет 46% от общей смертности, при этом более 50% причиной их возникновения становится тромбофилия [17]. Сведения о наличии данной патологии, популяционной частоте, её проявлениях среди детей незначительны [5].

В настоящее время выявлены генетические дефекты, имеющие прямое или опосредованное отношение к нарушениям гемостаза, существенно влияющие на течение основного заболевания [5, 3]. Основопологающим является тот факт, что нарушения в системе гемостаза и иммунитета являются ведущими во множестве патологических процессов. Группа наследственных и приобретенных дефектов гемостаза, проявляющаяся в повышенной склонности к тромбозу, описывается в литературе под феноменом «тромбофилия» [1, 3, 4]. Научные работы последних 10 лет в

значительной мере расширили представления о молекулярных механизмах формирования тромбофилических состояний [2, 5, 11]. В целом это объясняется успешным изучением такого основного компонента эндогенного риска, как генетическая предрасположенность [5, 7].

В детском возрасте проявления тромбофилии могут иметь опасные последствия. Возможно, что степень риска при носительстве тромбогенных мутаций и полиморфизма у детей и взрослых различается в соответствии с возрастом [5, 11, 19]. Расстройства гемостаза обнаружено приблизительно у 1–2% новорожденных, а среди детей, нуждающихся в интенсивной терапии, – у 16–40% [5, 25]. Кроме того, у 40–47% умерших новорожденных на аутопсии выявлены гемorragии и тромбозы различной локализации [5, 20].

Патогенез тромбофилии является комплексным, для развития заболевания нужно одновременное влияние наследственных и приобретенных факторов. Наследственные тромбофилии, возможно, являются непосредственной причиной тромбозов при хирургических вмешательствах, травмах, инфекциях, физических перегрузках и др. [10].

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) и Международное общество по тромбозу и гемостазу (ISTH) в 1995 г. назвали наследственную тромбофилию как необычную склонность к тромбозу в раннем возрасте, связанную с отягощенностью семейного анамнеза, степенью тяжести тромбоза, непропорциональной известному причинному фактору и эпизодам рецидива тромбозов [2].

В 2008 г. Американская коллегия торакальных врачей по антитромботической и тромболитической терапии назвала тромбофилию как наличие одного или более следующих признаков: дефицит антитромбина, протеина С, протеина S, мутация протромбина G20210A, резистентность к активированному протеину С, мутация фактора V Лейден, гипергомоцистеинемия, гомозиготное носительство термолабильного варианта метилентетрагидрофолатредуктазы, антифосфолипидных антител, увеличение активности фактора VIII или сниженный уровень протеина Z [21, 2, 31].

По данным ВОЗ венозные тромбозы – одна из инвалидизирующих причин заболеваемости и смертности во многих развитых странах мира, которые рассматривались как заболевание взрослых, поэтому для педиатрии данная проблема остается до конца неизученной. У детей

встречаемость венозных тромбозов варьирует от 0,07 до 0,14 случаев на 10 000 детей и подростков в год, а повторные тромбозы обнаруживаются в среднем в 11,4 % случаев [15]. Следует отметить, что почти у 50% детей, перенесших венозные тромбозы, не происходит полного лизиса тромба в просвете пораженного сосуда, у трети пациентов качество жизни ухудшается за счет посттромботического синдрома и приобретенной инвалидности детей и подростков [10].

В норме при ранении мелких сосудов с низким кровяным давлением (проксимальных и терминальных артериол, прекапилляров, капилляров, шунтов и венул) остановка кровотечения осуществляется за счет сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, который приводит к образованию тромбоцитарной пробки (тромбоцитарного тромба) [6, 7]. Условно можно выделить три стадии: 1) временный (первичный и вторичный) спазм сосудов; 2) образование тромбоцитарной пробки за счет адгезии (фиксации к поврежденной поверхности) и агрегации (склеивания между собой) кровяных пластинок; 3) ретракция (сокращение и уплотнение) тромбоцитарной пробки [6].

Патологический тромбоз возможен, если тромботический процесс является избыточным или становится самостоятельной причиной повреждения сосудов. А тромбоз, в свою очередь, – патологическое состояние, вызванное аномальным формированием тромба [1].

На данный момент зарегистрировано достаточное число первичных (генетически обусловленных) и вторичных (приобретенных) тромбофилий, которые отличаются друг от друга по этиологическому фактору, характеру выраженности нарушений в системе гемостаза, осложнениям и прогнозу [1, 14, 17, 29].

1. Наследственные тромбофилии

Мутация V фактора (G1691A) Лейден – замена нуклеотида гуанина в позиции 1691, что способствует замене аминокислоты аргинина на глутамин в позиции 506 и приводит к устойчивости активной формы фактора V к расщепляющему действию активированного протеина С. Риск тромбозов возрастает в 3–6 раз за счет резкого нарастания в крови концентрации V и VIII факторов [1, 5, 22, 27, 33, 34].

Полиморфизм протромбина (G20210A) впервые описан Poort с соавт. в 1996 году [32]. Данная мутация определяет замену нуклеотида гуанина на аденин в позиции 20210. Распространенность в общей популяции от

1% до 6,5% (гетерозиготные носители), среди пациентов с тромбозами – до 8% [1, 5, 28, 29, 35].

Полиморфизм ингибитора активатора плазминогена (5G6754G) -PAI-1 – белок, регулирующий тканевой (урокиназный) активатор плазминогена. Точечная мутация приводит к повышению уровня PAI-1 в крови. Активность тромболитической системы снижается. Распространенность – 5-8% (гомозиготная мутация). Увеличение риска тромбозов в 1,7 раз [1, 5, 26, 30, 36].

Полиморфизм генов рецепторов тромбоцитов. Результат мутаций – повышенная склонность тромбоцитов к адгезии и агрегации. Встречаемость – 8-15%. Клиническое значение: увеличение риска артериальных и венозных тромбозов с выраженным снижением эффективности антиагрегантов [1, 5, 23].

Гипергомоцистеинемия. У гомозигот выявлена миопия, остеопороз, раннее развитие атеросклероза, умственная отсталость [1, 5, 14].

2. Приобретенные тромбофилии. В данной группе нужно выделить антифосфолипидный синдром (АФС) от 20 до 25% случаев. АФС – является аутоиммунным заболеванием с образованием аутоантител к различным фосфолипидам в составе клеточных мембран (кардиолипину, тромбоцитам, β -2-гликопротеину-1 различных классов IgG, IgM, IgA) и наличием волчаночного антикоагулянта [1, 5, 17].

«Волчаночный антикоагулянт» – это группа иммуноглобулинов классов IgM и IgG, которые ингибируют фосфолипид-зависимые коагуляционные тесты (снижается протромбиновый индекс, удлиняется АЧТВ). АФС приводит к формированию тромбозов с поражением вен и артерий. Кроме того, АФС ассоциируется невынашиванием беременности, что сопровождается выкидышами, спонтанными абортными и внутриутробной гибелью плода. Кроме того, АФС характеризуется тромбоцитопенией [1].

Выделяют первичный, вторичный и катастрофический АФС. Первичный АФС проявляется венозной или артериальной тромбоэмболией: тромботический инсульт, синдром Снеддона, рецидивирующее невынашивание беременности, стерильный эндокардит с эмболией [5].

Вторичный АФС развивается на фоне аутоиммунных заболеваний – системной красной волчанки, недифференцированных и смешанных заболеваний соединительной

ткани: системный склероз, синдром Шегрена, ревматоидный артрит, псориазная артропатия, онкологические заболевания (лейкоз, карцинома, миелопролиферативные заболевания) [1, 5].

В последнее время в литературе принято объединять первичный и вторичный АФС. Появление антифосфолипидных антител у здоровых людей возможно связано с употреблением лекарственных препаратов: хлорпромазин, фенитоин, гидралазин, фенотиазин [1].

Катастрофический АФС – патологическое состояние, проявляющееся смешанными тромбозами артериально-капиллярного и артериально-венозного русла и полиорганной недостаточностью. Поражение сосудов кишечника нередко осложняется острыми некротическими повреждениями тканей кишечника с образованием инвагинаций и перфораций, с преимущественной локализацией в тонком кишечнике. При гистологическом изучении для различных форм АФС характерны признаки тромбоза сосудов, васкулиты без микроскопических проявлений [5].

По данным литературы, у 25% пациентов с дефицитом антитромбина III описаны тромбозы редкой локализации (воротной вены, тромбоз печеночных вен, мезентериальных, яичниковых, селезеночных вен, подключичной и подмышечной вен, а так же вен сетчатки и головного мозга), что требует обязательного обследования пациентов с тромбозами атипичных локализаций на наследственные и приобретенные тромбофилические состояния [8]. Причиной тромбозов, по мнению авторов, являются злокачественные опухоли, где тромбоз может быть их первым и единственным проявлением. Таким образом, больным с тромбозами атипичной локализации показано проведение онкопоиска. Фактором риска таких тромбозов может служить прием контрацептивов, беременность, роды, послеродовый период. Ключевая роль в лечении отводится антикоагулянтной терапии [8].

Ряд авторов указывают, что основными этиологическими факторами артериального инсульта в детском возрасте являются болезни системы крови и коагулопатии: тромбоцитоз, гемоглобинопатии, лейкопения, полицитемия, диссеминированное внутрисосудистое свертывание, протромботические состояния при злокачественных новообразованиях, антифосфолипидный синдром. Общим механизмом ишемического инсульта при этих заболеваниях является нарушение микроциркуляции

крови в артериолах, гиперкоагуляция и диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС) [16].

Так же исследователи подчеркивают, что концепция этиопатогенеза инсульта включает в себя положение о мультифакторности и полигенности заболевания, о сложном взаимодействии генетических и средовых факторов, необходимых для реализации процесса, что заставляет уделить особое внимание изучению наследственно обусловленных нарушений в системе гемостаза – тромбофилии, в основе которой лежит нарушение механизмов саморегуляции системы гемостаза, нарушение взаимодействия клеточных и плазменных, прокоагулянтных, антикоагулянтных и фибринолитических её компонентов, компенсаторных возможностей организма, затруднение микроциркуляции крови в капиллярах, связанное с внутрисосудистой активацией гемокоагуляционных факторов, агрегационных и выделительных реакций клеток крови, приводящих к возникновению тромбгеморрагических осложнений в виде нарушений мозгового кровообращения. Провоцирующая роль принадлежит хирургическим вмешательствам, инфекции, травме, длительной иммобилизации [16].

Момот А.П. приводит новый взгляд на тромбофилию, факторы тромбогенного риска, состояние тромботической активности, предшествующие критической сосудистой ишемии. Определена роль возникновения артериальных и венозных тромбозов и выделены современные лабораторные методы оценки факторов риска тромбоза, позволяющие определить начало тромбопрофилактики [11].

Автор указывает, что тромбоопасность по результатам многочисленных описаний зависит от травм и хирургических манипуляций в области крупных венозных магистралей (оперативные вмешательства на тазобедренном суставе, органах малого таза), других фоновых видов патологии и состояний, предрасполагающих к тромбозу вен: сахарный диабет, злокачественные опухоли, ожирение.

На основании приведенных в статье исследований Момот А.П. рекомендует формирование групп высокого тромбогенного риска, ведение регистра с детского возраста и внедрение в практику принципов первичной тромбопрофилактики сосудистых ишемий, осложнений беременности и бесплодия [11].

Кроме того, к лабораторным маркерам состояния тромботической активности рекомендовано отнести активацию тромбоцитов – по данным исследования их функциональной активности на агрегометре или по увеличению экспрессии β -тромбомодулина, а также 3-го и 4-го пластиночных факторов. Значимым является нарастание концентрации ряда маркеров активации свертывания крови и состоявшегося фибринолиза – тканевого фактора, активированного фактора VII, фрагмента протромбина 1+2, фибринопептида А, комплекса тромбин-анти тромбин, растворимых комплексов фибрин-мономера и D-димеров [11].

Малюжинская Н.В. и соавт. рекомендуют всем пациентам с венозным тромбозом проведение обследования на носительство маркеров тромбофилии, в том числе на полиморфизм генов свертывающей системы крови [10].

Морозова Н.Я. и соавт. в своей работе описывают результаты успешного лечения двух новорожденных с венозным тромбозом глубоких вен левой верхней конечности и катетер-ассоциированным тромбозом нижней полой вены в послеоперационном периоде. Рассматриваются особенности клинических случаев и выбранной тактики ведения новорожденных [12]. В статье авторы указывают, что пациенты, проходящие лечение в отделении хирургии новорожденных, – одна из самых угрожающих групп по развитию неонатального тромбоза, т.к. дети находятся в группе риска, и первые 72 ч раннего послеоперационного периода наиболее опасны по развитию тромботических осложнений. В первом клиническом случае ребенок родился с диагнозом: поликистоз почек, врожденная пневмония и правосторонний пневмоторокс. Новорожденный переведен в реанимационное отделение, где выполнена пункция правой плевральной полости, установлен центральный венозный катетер. На 2-е сутки наблюдались отечность и цианоз кисти и предплечья слева. На основании данных ультразвукового исследования (УЗИ) поставлен диагноз: тромбоз глубоких вен левой верхней конечности, назначена антикоагулянтная терапия низкофракционированным гепарином (НФГ), что способствовало положительной динамике [12, 13].

Во втором случае ребенок родился на сроке 36 нед. с диагнозом: атрезия пищевода, изолированная форма. Новорожденный находился в отделении хирургии новорожденных, выполнена предоперационная подготовка, установлен центральный венозный катетер в левую бедренную

вену и выполнен 1 этап операции – удлинение пищевода по Foker с наружной фиксацией. На следующие сутки при УЗИ сосудов в просвете нижней полой вены (НПВ) обнаружен тромб протяженностью 7 мм, выставлен диагноз: катетер-ассоциированный тромбоз НПВ, назначена антикоагулянтная терапия (НФГ). На 9-е сутки жизни антикоагулянтная терапия отменена и выполнен второй этап операции: диагностическая торакоскопия справа, ревизия пищевода, наложение эзофаго-эзофагоанастомоза. Через 12 ч после операции вновь назначена антикоагулянтная терапия. Ребенок выписан на 44-е сутки жизни в удовлетворительном состоянии [12].

В статье авторы отмечают, что патогенез тромбозов носил комплексный характер и необходимо дальнейшее проведение клинических исследований с целью совершенствования тактики ведения новорожденных с высоким риском развития тромботических осложнений в отделениях реанимации и интенсивной терапии [12].

В другой своей работе авторы (Морозова Н.Я. и соавт.) провели ретроспективный анализ историй болезни новорожденных, поступивших для оперативного вмешательства по поводу врожденных пороков развития (ВПР). В результате из 971 ребенка, прооперированных по поводу ВПР в неонатальном периоде, у 14 новорожденных пациентов диагностированы тромботические осложнения в послеоперационном периоде. Тромботические осложнения выявлены на 2-3 сутки после операции. Тромбозы во всех случаях являлись комбинированными и диагностированы ультразвуковым методом. Морозова Н.Я. и соавт. отметили, что УЗИ сосудов позволяет быстро и объективно диагностировать тромбозы у новорожденных в раннем послеоперационном периоде и предложили внедрить ультразвуковой скрининг новорожденным, перенесшим хирургическое вмешательство по поводу пороков развития, что позволит предупредить генерализацию тромботических осложнений и повысить эффективность проводимого лечения [13].

Ждановой Л.В. и соавт. описан случай внутрисердечного тромбоза у ребенка 1 года 7 мес. с снижением уровня протеина С и дефектами в генах метилентетрагидрофолатредуктазы и ингибитора активатора плазминогена 1-го типа. В неонатальном периоде ребенок перенес катетеризацию подключичных вен. Он госпитализирован в больницу в тяжелом состоянии. По результатам эхокардиографии

выявлен тромб в правом желудочке. Авторы указывают, что внутрисердечные тромбы у детей являются следствием воздействия многих протромботических факторов и рекомендуют проведение обследования для выявления генетических тромбофилий у детей, имеющих в анамнезе длительную катетеризацию вен и использование терапии антикоагулянтами с профилактической целью [4].

Также в хирургической практике представлен клинический случай подострого тромбоза воротной, верхней брыжеечной и селезеночной вен, возникший на фоне мутаций 7 генов системы гемостаза у молодого пациента. Вовремя проведенное комплексное обследование с определением полиморфизма генов системы гемостаза позволило определить этиологию заболевания у данного больного, а мультиспиральная КТ – уточнить распространенность тромбоза. В связи с развившимся сегментарным некрозом тонкой кишки выполнена резекция некротизированной части тонкой кишки, наложен энтероэнтероанастомоз. После операции подобрана адекватная антикоагулянтная терапия с целью предотвращения рецидива тромбообразования [18].

У детей одной из причин тромбозов, в том числе распространенных, является использование катетеров для проведения интенсивной терапии [24]. Т. Celkan и соавт., в своей статье указывают, что тромбоз чаще возникает у детей, которым применяли катетеризацию сосудов и интервенционные процедуры в возрасте до 1 года и в подростковом периоде. Авторы предлагают при подозрении на тромбоз сосудов применять неинвазивные методы диагностики: доплерографию и УЗИ (США), эхокардиографию, компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Для профилактики тромбозов рекомендовано введение гепарина, соответствующих катетеров и лучший уход за ними. Кроме того, пациентам с факторами риска тромбофилии необходимо избегать длительной неподвижности (при хирургических и ортопедических проблемах), долгих путешествий, соблюдать правильное питание и здоровый образ жизни [24].

Заключение. Таким образом, показаниями к лабораторным и инструментальным методам обследованиям пациентов, в том числе детей, с подозрением на тромбоз являются: отек, покраснение, болезненность, онемение конечностей, ишемия и некроз мягких тканей

рук и ног, одышка, затруднение дыхания, кашель с кровью, боль в груди при глубоком вдохе, учащенное сердцебиение.

Алгоритм обследования системы гемостаза должен включать в себя стандартизованные методики с определением активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового индекса (ПИ), международного нормализованного отношения (МНО), содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и молекулярно-генетическое тестирование ДНК методом полимеразной цепной реакции[9].

В качестве профилактики и лечения тромбозов необходимо применение антикоагулянтной терапии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильев С.А. Тромбозы и тромбофилии: классификация, диагностика, лечение, профилактика / С.А. Васильев, В.Л. Виноградов, А.Н. Смирнов, Е.П. Погорельская, М.Л. Маркова // РМЖ «Медицинское обозрение». - 2013. - № 17. - С. 896-902.
2. Войцеховский В.В. Тромбэмболия легочной артерии в дебюте наследственной гематогенной тромбофилии / В.В. Войцеховский, Ю.С. Ландышев, Н.Д. Гоборов, Е.А. Филатова // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2016. - Вып. 62. - С. 89-100.
3. Галайко М.В. Тромбофилия и беременность. Клиническая онкогематология / М.В. Галайко, О.В. Рыбина, М.С. Литвиненко, Ю.В. Климов, Б.Ю. Альтшулер, А.В. Губкин // Фундаментальные исследования и клиническая практика. - 2017. - Т.10 (3). - С. 409-422.
4. Жданова Л.В. Внутрисердечный тромбоз у ребенка с наследственной тромбофилией / Л.В. Жданова, А.Б.-Ж. Бимбаев, Р.Б. Гатыпова, Л.И. Патрушев // Кардиология. - 2016. - Т.56 (1). - С. 101-102.
5. Ковтун О.П. Тромботические и нетромботические эффекты тромбофилии: актуальные аспекты педиатрической практики (обзор литературы) / О.П. Ковтун, Д.А. Баранов, Н.Н. Кузнецов, А.Н. Плаксина // Вестник Уральской медицинской академической науки. - 2011. - № 4. - С. 131-136.
6. Кузник Б.И. Клеточные и молекулярные механизмы регуляции системы гемостаза в норме и патологии: монография / Б.И. Кузник. Чита: Экспресс-издательство, 2010. 832 с.:ил.
7. Кузник Б.И. Геморрагические и тромботические заболевания и синдромы у детей и подростков. Патогенез, клиника, диагностика, терапия и профилактика. / Б.И. Кузник, В.Г. Стуров, Н.Ю. Левшин, О.Г. Максимова, Д.А. Кудлай. Монография. Изд-во «Наука», Новосибирск, 2018. - 524 с.
8. Макацария А.Д. Тромбозы редкой локализации и тромбофилии / А.Д. Макацария, С.В. Акиншина // Акушерство. Гинекология. Репродукция. - 2014. - Т.8 (2). - С. 97-111.
9. Максимова О.Г. Случаи тромботических поражений у новорожденных детей с инфекционной и соматической патологией / О.Г. Максимова, И.И. Петрухина, Н.В. Левченко // Забайкальский медицинский журнал. - 2020. - № 4. - С. 4-5.
10. Малюжинская Н.В. Анализ протромботического полиморфизма генов свертывающей системы крови у детей, перенесших тромбозы / Н.В. Малюжинская, М.А. Моргунова, И.В. Петрова, О.В. Большакова, А.Ю. Шалтанюк, А.Р. Шудуева // Международный научно-исследовательский журнал. - 2018. - № 10-2 (76). - С. 29-31.
11. Момот А.П. Проблема тромбофилии в клинической практике / А.П. Момот // Российский журнал детской гематологии и онкологии. - 2015. - № 1. - С. 36-48.
12. Морозова Н.Я. Опыт ведения венозных тромбозов у новорожденных: два клинических наблюдения / Н.Я. Морозова, А.А. Буров, Е.И. Дорофеева, Ю.Л. Подуровская, М.А. Шпилюк, Е.А. Филиппова, М.И. Пыков, М.А. Виноградова, П.В. Свиринов, Д.Н. Дегтярев // Неонатология: новости, мнения, обучение. - 2017. - № 2. - С. 91-98.
13. Морозова Н.Я. Актуальность ранней ультразвуковой диагностики у новорожденных с перинатальными и хирургическими факторами риска развития тромботических осложнений / Н.Я. Морозова, А.А. Буров, Ю.Л. Подуровская, Е.А. Филиппова, Л.В. Ушакова, М.И. Пыков, М.А. Виноградова, Д.Н. Дегтярев // Акушерство и гинекология. - 2017. - № 6. - С. 111-117.
14. Папаян К.А. Ассоциация приобретенных и врожденных тромбофилических факторов у ребенка с ишемическим инсультом / К.А. Папаян, А.А. Шулятьева, А.С. Морозова, Е.А. Квапинская, О.А. Кузнецова // Тромбоз, гемостаз и реология. - 2020. - № 1 (81). - С. 72-78.
15. Свиринов П.В. Педиатрические тромбозы:

- применение далтепарина натрия для лечения и профилактики / П.В. Свирин, Л.Е. Ларина, П.А. Жарков // Российский журнал детской гематологии и онкологии НОДГО. - 2015. - №1. - С. 61- 65.
16. Скоромец А.А. Генетические признаки тромбофилии у детей и подростков при инсульте / А.А. Скоромец, З.Г. Тадтаева, Т.Е. Пак, А.П. Скоромец // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2011. - Сер. 11 (4). - С.62-68.
 17. Урсуленко Е.В. Современный взгляд на тромбофилию / Е.В. Урсуленко, Н.Н. Мартынович // Сибирский медицинский журнал. - 2010. - № 3. - С. 127-128.
 18. Шкляев А.Е. Тромбоз воротной, верхней брыжеечной и селезеночной вен у больного с тромбофилией / А.Е. Шкляев, И.Г. Малахова, А.Г. Бессонов, И.Ю. Уткин // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2016. - Т. 22 (4). - С. 164-168.
 19. Arnold P.D. Coagulation and the surgical neonate / P.D. Arnold // Paediatr. Anaesth. - 2014. - Vol. 24 (1). - P. 89-97.
 20. Aronis S. Indications of coagulation and/or fibrinolytic system activation in healthy and sick very-low-birth-weight neonates / S. Aronis, H. Platokouki // Biol Neonate. - 1998. - Vol.74 (5). - P. 337- 44.
 21. Bates S.M. American College of Chest Physicians. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) / S.M. Bates, I. Greer, I. Pabinger, S. Sofaer, J. Hirsh // Chest. - 2008. - Vol.133 (Suppl.6). - P.844S-886S.
 22. Bloemenkamp K.W. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen / K.W. Bloemenkamp, F.R. Rosendaal // Lancet. - 1995. - Vol. 346. - P. 1593-6.
 23. Bray P.F. Platelet glycoprotein polymorphism as a risk factor for thrombosis / P.F. Bray // Curr Opin Hematol. - 2000. - Vol.7 (5). - P. 284 - 289.
 24. Celkan T. Thrombosis in children: Which test to whom, when and how much necessary? / T. Celkan, G. Dikme // Turk PediatriArs. - 2018 - 53(1). - P. 1-9.
 25. Chabernaud J.L. Platelet transfusions in neonatology / J.L. Chabernaud // Transfus Clin Biol. - 1995. - Vol. 2 (1). - P. 17-25.
 26. Dawson S.J. Genetic variation at the plasminogen activator inhibitor – 1 locus is associated with altered levels of plasma plasminogen activator inhibitor – 1 activity / S.J. Dawson, A. Hamsten // Arterioscler Thromb. - 1991. - Vol.11 (1). - P. 183 - 190.
 27. De Stefano V. Epidemiology of factor V Leiden: clinical implications / V. De Stefano, P. Chiusolo // Semin Thromb Hemost. - 1998. - Vol. 24 (4). - P. 367-79.
 28. De Stefano V. Screening for inherited thrombophilia: indications and therapeutic implications / V. De Stefano, E. Rossi, K. Paciaroni, G. Leone // Haematologica. - 2002. - Vol. 87 (10). - P. 1095-1108.
 29. Franchini M. Uncertain thrombophilia markers / M. Franchini, I. Martinelli, P.M. Mannucci // Thromb Haemost. - 2016. - Vol. 115. - P. 25- 30.
 30. Mansfield M.W. Plasminogen activator inhibitor – 1 (PAI-1) promoter polymorphism and coronary artery disease in non-insulinindependent diabetes / M.W. Mansfield, M.H. Stickland // Thromb Haemost. - 1995. - Vol.74 (4). - P. 1032 - 1034.
 31. Middeldorp S. Inherited thrombophilia: a double-edged sword / S. Middeldorp // Hematology Am Soc Hematol Educ Program. - 2016. - Vol. 2016. - P. 1-9.
 32. Poort S.R. A common genetic variation in the 3'-untranslated region of the prothrombin gene is associated with elevated plasma prothrombin levels and an increase in venous thrombosis / S.R. Poort, F.R. Rosendaal // Blood. - 1996. - Vol. 88 (10). - P. 3698-703.
 33. Rees D.C. World distribution of factor V Leiden / D.C. Rees, M. Cox // Lancet. - 1995. - Vol. 346 (8983). - P. 1133-4.
 34. Ridker P.M. Ethnic distribution of factor V Leiden in 4047 men and women. Implications for venous thromboembolism screening / P.M. Ridker, J.P. Miletich // JAMA. -1997. - Vol. 277 (8990). - P. 1305-7.
 35. Souto JC. The prothrombin 20210A allele is the most prevalent genetic risk factor for venous thromboembolism in the Spanish population / JC. Souto, I. Coll, D. Llobe // Thromb Haemost. - 1998. - Vol. 80 (3). - P. 306-9.
 36. Tassies D. The 4G/5G polymorphism of the type 1 plasminogen activator inhibitor gene and thrombosis in patients with antiphospholipid syndrome / D. Tassies, F.G. Munoz-Rodriguez // Arthritis Rheum. - 2000. - Vol.43 (10). - P. 2349 - 2358.

Обыденко В.И.,

Баясхаланова Ц.Б., Губина М.Ю.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ РЯДА БИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ И КОГНИТИВНОЙ АКТИВНОСТИ У

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор - д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

В иерархии пирамиды доказательной способности научных исследований опыты на животных являются начальной ступенью и в то же время базисной. Поиск новых методов и средств лечения, патогенетических звеньев заболеваний и влияния на них зачастую основывается на результатах именно опытных работ.

При проведении исследований с вовлечением животных, независимо от области и тематики наряду с общепринятыми лабораторными методами используются модели, позволяющие определить состояние биологических функций и их изменение при различных воздействиях. В настоящий момент подобных моделей описано множество. Следовательно, на подготовительный этап, включающий выбор модели уходит достаточно много времени. Анализ различных экспериментальных моделей, позволяющий выявить их преимущества и недостатки, позволил бы значительно сократить время подготовительного этапа.

Целью работы явилось выявление оптимальных экспериментальных моделей изучения определенных биологических функций и когнитивной активности у экспериментальных животных.

Для решения поставленной цели в работе выделены следующие этапы:

1. Преаналитический этап:

- Выбор наиболее часто встречаемых моделей для изучения физической и когнитивной активности: стресс-реакции, пространственного ориентирования и двигательной активности в различных экспериментальных моделях на основе литературных данных
- Апробация выбранных моделей на лабораторных животных

2. Аналитический этап

- Анализ используемых моделей, выявление положительных и отрицательных сторон

каждой модели.

Материалы и методы. В ходе анализа литературных данных были выбраны следующие модели для изучения физической и когнитивной активности: восьмирукавный радиальный лабиринт, приподнятый крестообразный лабиринт, открытое поле, лабиринт Барнес. В качестве лабораторных животных при апробации выбранных моделей использовали крыс породы Вистар в количестве 15 штук, одного возраста и пола. Исследования проводили в одно и то же время суток, с учетом режима питания.

Первая модель - восьмирукавный радиальный лабиринт (Radial maze). Позволяет исследовать пространственную оперативную и долговременную память у крыс. Основой метода является инстинкт грызунов, заставляющий их изучать новые незнакомые места, что в условиях эксперимента сопровождается пищевым подкреплением, и избегание открытых освещенных пространств, т.е. центральной площадки. Иными словами, перед тестируемым животным стоит задача выбора оптимальной стратегии исследования и нахождения пищи с минимальными усилиями.

Лабиринт представляет собой площадку (D 34 см), от которой радиально отходят восемь рукавов одинакового размера (длина – 85 см, ширина – 12,5 см, высота стенок – 20 см). Каждый рукав оснащен съёмной гильотинной дверкой, отделяющей его от центральной площадки, и кормушкой для пищевого подкрепления на другом конце.

Существует множество различных протоколов, для проведения данного теста, выбор того или иного протокола зависит от задач и целей исследования. В своей работе мы использовали трехэтапное тестирование. На первом – происходит привыкание крыс к лабиринту, для чего их сажают на центральную площадку при закрытых дверцах на 1 минуту, а далее открывают разом все рукава, предварительно в каждом размещают пищевое подкрепление. В течение 5 минут тестируемое животное изучает лабиринт. Далее крысу снова закрывают в центре лабиринта на 30 секунд, после чего для исследования лабиринта открывают все двери на 5 минут. Повторяют это действие еще раз.

На втором этапе проводится сам тест. В течение 5 первых минут крысе предоставляется исследовать четыре открытых рукава (остальные закрыты дверцами), на конце которых расположено пищевое подкрепление. Далее исследуемое животное запирают на центральной

площадке на 30 с. После одновременно открывают все двери на 5 минут, при этом пищевое подкрепление располагается только в ранее закрытых рукавах.

Третий этап проводят через час после второго, по той же методике.

Тестирование проводится в течение 6 дней, при чем в 1-ый день осуществляют все три этапа, в последующие - только 2 и 3. На 5-ый день выходной. Рекомендуются лишить исследуемых животных за несколько часов до исследования пищи. После каждого животного необходимо промывать лабиринт для устранения обонятельных меток.

Оценка пространственной памяти определяется количеством входов в рукава, при этом однократный вход в рукава считается корректным, тогда как повторный вход в рукав - некорректным (ошибкой).

Вторая модель - приподнятый крестообразный лабиринт (Elevated plus maze). Является широко распространенным тестом, предназначенным для оценки тревожности у крыс и других грызунов. В основе теста лежат неприязнь грызунов к свету и предпочтение темного пространства, а также боязнь высоты. По результатам его проведения можно оценить тревожность и параметры оценки риска, исследовательскую активность, эмоциональное состояние, двигательную активность.

Лабиринт состоит из квадратной площадки (5x5 см) и 4-х перпендикулярно расположенных рукавов: два закрытых и два открытых, рукава одного типа расположены напротив друг друга. Длина рукавов – 50 см, ширина – 14 см, высота стенок закрытых рукавов – 30 см, высота борта открытых рукавов – 1 см, высота над полом - 50-70 см. Напротив концов каждого из открытых рукавов на высоте 70-100 см от пола и на расстоянии не меньше метра устанавливают светильники для освещения открытых рукавов и затемнения закрытых. В данной модели закрытые рукава представляют собой подобие норы, открытые же воспринимаются крысами как потенциально опасная зона.

Время прохождения теста одной крысой – 3-5 минут. Вначале сажают подопытное животное на квадратную площадку в центре лабиринта так, чтобы его нос был направлен к открытому рукаву, далее в течение установленного времени проводят регистрацию. При анализе поведения регистрации подлежат следующие показатели: двигательная активность – вертикальная (число

стоек) и горизонтальная; время пребывания в закрытых, открытых рукавах, в центральной зоне; количество заходов в них; латентный период первого захода в рукав, количество мочеиспусканий и дефекаций.

Крысы, которые до этого не участвовали в других экспериментах, проводят большую часть времени в закрытых рукавах, а при выходе в открытые – пребывают в них недолгое время. Время, проводимое животными в открытых рукавах, является показателем их тревожности, чем оно дольше, тем ниже уровень тревожности. По длительности нахождения крыс на центральной площадке оценивается показатель принятия решения. О двигательной активности судят по общему числу заходов в открытые и закрытые рукава, количеству вертикальных стоек. Число мочеиспусканий и дефекаций является показателем эмоционального состояния крыс.

Повторно тест можно проводить не ранее чем через 28 суток, иные тесты – не ранее 7 суток.

Третья модель – открытое поле (Open field test). Модель направлена на исследование поведения животных в новых, стрессовых для них условиях. Данный тест позволяет дать оценку уровню эмоционально-поведенческой активности и ориентировочно-исследовательского поведения.

Открытое поле – хорошо освещенная квадратная площадка размерами 1x1 м, с высотой стенок 40 см. Все поле разбивается разметкой на 25 равных секторов.

Время прохождения теста одной крысой – 3-5 минут. Животное помещают в центр площадки и в течение отведенного времени проводят регистрацию. Анализируемые показатели: двигательная активность (горизонтальная - число пересечений квадратов 4 лапами; вертикальная – число стоек с опорой и без); число обследований отверстий (заглядывание, обнюхивание); груминг (короткий – 1-2 быстрых круговых движений лап вокруг носа; длительный – умывание глаз, заведение лап за уши, умывание лап, туловища, хвоста); количество заходов в центральную зону; число дефекаций и мочеиспусканий; реакции замирания.

Об ориентировочно-исследовательской активности животных судят по двигательной активности. Эмоциональная активность и тревожность определяются по уровню дефекации, груминга и количеству заходов в центральную зону. Крысы с меньшей двигательной активностью и большим уровнем дефекации считаются более эмоциональными, чем крысы с

большей двигательной активностью и меньшим уровнем дефекации. Показателями высокой тревожности являются частые и длительные эпизоды замирания, низкая подвижность и редкие стойки, избегание центральной части поля, высокий уровень дефекации, длительный груминг.

Результаты. При использовании модели восьмирукавного лабиринта среди преимуществ мы выявили: компактность, высокое число контролируемых параметров, дискретность решений, принимаемых животным при прохождении теста.

Среди недостатков можно выделить: длительность подготовительного этапа и выполнения, задействованность нескольких исследователей (2-4 человека), от исследователя требуется высокая концентрация внимания и умение дифференцировать ошибки, наличие визуальных и обонятельных меток, облегчающих навигацию в лабиринте, сложность автоматической регистрации теста на камеру.

При использовании приподнятого лабиринта, по нашему мнению, плюсами является отсутствие подготовительного этапа, четкое выявление стресс-реакции животных. Его недостатки: сложность в объективной оценке двигательной активности, замирание животных или их высокая активность в связи с высокой стрессогенностью модели, падение животных с установки (редко).

Положительными характеристиками модели открытого поля являются простота технического исполнения, быстрое проведение теста, задействованность минимального количества исследователей, объективность регистрации изучаемых параметров в количественных значениях, легко проводить видеорегистрацию. Недостатки: субъективная оценка стресс-

реакции, невозможность объективно исследовать когнитивные параметры.

Вывод. В качестве исследования биологических функций используемые нами модели позволяют определить стресс-реакцию и краткосрочную адаптивную реакцию.

При изучении стресс-реакции наиболее приемлемо использовать крестообразный приподнятый лабиринт, так как нахождение в открытом поле само по себе является дополнительным стрессом для животных. При исследовании адаптивной реакции в пространственном ориентировании можно оценивать по всем изученным моделям. При изучении двигательной активности предпочтительна модель открытого поля ввиду наличия объективного критерия.

Модель восьмирукавного лабиринта целесообразно использовать для определения когнитивной активности животных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Горина Я.В. и др. Восмирукавный радиальный лабиринт как инструмент для оценки пространственного обучения и памяти у мышей // Сибирское медицинское обозрение. – 2016. – №. 5 (101).
2. Судаков С.К. и др. Определение уровня тревожности у крыс: расхождение результатов в тестах «открытое поле», «крестообразный приподнятый лабиринт» и тесте Фогеля // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2013. – Т. 156. – №. 10. – С. 489-493.
3. Курьянова Е.В., Укад А.С., Жукова Ю.Д. Половые и типологические различия поведенческой активности нелинейных крыс в тесте «Открытое поле» // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №. 5. – С. 460-460.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.988 - 005.6 : 616.36-002

¹Калинина Э.Н., ²Зими́на И.Н., ¹Епифанцева Н.В.,
¹Емельянова А.Н., ¹Чупрова Г.А.

ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ COVID-19: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор - д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

²ГАУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы»
Поликлиническое подразделение № 4

У большинства населения планеты в настоящий момент слово «коронавирус» вызывает если не страх, панику, то, как минимум, настороженность, тревогу. Однако коронавирусы, о которых большинство из нас впервые услышали только когда началась эпидемия COVID-2019, для врачей-инфекционистов, вирусологов не являются чем-то новым, их характеристика, описание и особенности давно известны специалистам, они широко распространены в природе и являются причинами различных простудных заболеваний (до 25%), не наносящих серьезного вреда здоровью. Правда, за последние 17 лет семейство коронавирусов стало причиной уже третьей эпидемии, с развитием тяжелого респираторного синдрома и высокой летальностью: SARS-CoV-1 (в конце 2002 вызвал эпидемию тяжелого острого респираторного синдрома, ТОРС-вирус); MERS-CoV (в 2012 году вызвал всплеск тяжелой респираторной инфекции, получившей название «Ближневосточный респираторный синдром» (БВРС)); SARS-CoV-2 (в конце 2019 года вызвал новую коронавирусную инфекцию COVID-19) [4, 5]. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) охватила весь мир и явилась причиной стремительного роста числа заболевших и высокой смертности. Так в России зарегистрировано ~ 6,88 млн случаев заболевания, при этом > 182 тыс. скончалось (данные на 3 сентября 2021 г.) [2].

Доказано, что SARS-CoV-2, взаимодействуя с локализованными в эндотелии кровеносных сосудов ACE2 (angiotensin-converting enzyme 2 receptors—рецептор ангиотензинпревращающего фермента 2), вызывает развитие эндотелиальной дисфункции, повышение проницаемости, нарушение микроциркуляции, развитие сосудистой тромбофилии и тромбообразование [1, 3]. Учитывая данный патогенетический

механизм, а так же такие факторы повреждения печени, как вирус-индуцированное влияние, системное воспаление (цитокиновый шторм), гипоксия, гиповолемия, гипотония при шоке, лекарственная гепатотоксичность, можно констатировать, что одной из наиболее уязвимых групп риска развития тяжелых форм COVID-19 с клиническими последствиями и прогрессированием собственно хронического заболевания являются пациенты с циррозом печени как исходом хронического вирусного гепатита С (ХВГС).

Приводим клиническое наблюдение течения цирроза печени, осложнившегося тромбозом воротной вены (ТВВ) в период реконвалесценции COVID-19.

Больной С., 41 год, не работающий, заболел остро 30.05.2020, когда появились выраженная слабость, повышение температуры тела до 38,3° С, отсутствие аппетита, обоняния, редкий малопродуктивный кашель, одышка смешанного генеза при умеренной физической нагрузке. Самостоятельно принимал жаропонижающие, антибиотики, бронхолитики, эффекта от терапии не наблюдал. В связи с нарастанием слабости и одышки 03.06.2020 обратился за медицинской помощью в поликлинику по месту жительства. Был забран носоглоточный мазок методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на covid-19, проведена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, выявлена двусторонняя полисегментарная пневмония (КТ 1– объем поражения легочной ткани 25%). Бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в моногоспиталь. В анамнезе у пациента цирроз как исход хронического вирусного гепатита С (ХВГС) класс В по Чайлд-Пью субкомпенсация с 2013 года, противовирусную терапию не получал, эпизодический прием гепатопротекторов, с 2017 года сахарный диабет 2 тип, принимает метформин 850 мг в сутки, на протяжении 10 лет избыточная масса тела; периодически регистрировалось повышение активности трансаминаз (не более 2-3 норм от верхней границы нормы).

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Телосложение нормостеническое, индекс массы тела – 38.74 кг/м², АКО II степени. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. На коже груди сосудистые звездочки (телеангиэктазии). Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно над легкими укорочение легочного звука в нижних отделах

легких, аускультативно - ослабление дыхания, хрипов нет. Число дыхательных движений (ЧДД) – 26 в мин, SpO₂ (peripheral oxygen saturation – периферическое насыщение кислородом) – 89%. Тоны сердца ясные, ритмичные, число сердечных сокращений (ЧСС) – 95 в мин, артериальное давление – 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Размеры печени по Курлову: 12*10*9 см, край плотный. Пальпировался нижний полюс селезенки (спленомегалия). Отеки стоп и нижней трети голеней. При поступлении: анемия легкой степени тяжести (гемоглобин 100 г/л, эритроциты $2,6 \times 10^{12}$ /л), лейкопения ($2,2 \times 10^9$ /л) и нейтропения (30%), относительный лимфоцитоз (58%), тромбоцитопения (тромбоциты 92×10^9 /л), изменения показателей коагулограммы (активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) 42,8 с, протромбиновое время 16,3 с, свидетельствующие о гипокоагуляции. В биохимическом анализе отмечался синдром цитолиза (повышение активности трансаминаз: АЛТ - 240 Ед/л, АСТ - 180 Ед/л), синдром нарушения билирубинового обмена (увеличение общего билирубина 41,3 мкмоль/л за счет прямой фракции 26,16 мкмоль/л), увеличение С-реактивный белок (СРБ) 12 мг/л. Диагностирован COVID-19, вызванный SARSCoV-2, что подтвердилось выявлением РНК-вируса в носоглоточных мазках спомощью полимеразной цепной реакции от 06.06.2020 и 09.06.2020. Выставлен диагноз: основной: Новая коронавирусная инфекция Covid-19 подтвержденная, тяжелое течение. Внебольничная двусторонняя полисегментарная вирусно-бактериальная пневмония тяжелое течение. ОДН 1 ст. фоновый: Цирроз печени как исход ХВГС класс В по Чайлд-Пью, субкомпенсация. Синдром портальной гипертензии: ВРВП 1-2 ст., гепатоспленомегалия, отеки нижних конечностей. ХГЦН 1 ст. ХПЭ 1 ст. Сопутствующий: Сахарный диабет 2 тип. Целевой уровень гликированного Hb A1c < 7,5 %. Гипертоническая болезнь 3 ст, 3 ст. риск 4. АКО II степени 38.74 кг/м².

Лечение в отделении: внутривенно реамберин 1,5% 500 мл/сут, цефтриаксон 2 г/сут, левофлоксацин 1000 мг/сут, тоцилизумаб 400 мг (однократно); подкожно эноксапарин натрия 8 000 анти-ХА МЕ/сут, актрапид 10 МЕ/мл; в ингаляции будесонид 2 мг/сут; внутрь омепразол 40 мг/сут, спиронолактон 100 мг/

сут, пропранолол 80 мг/сут, лактулоза 30 мл/сут. Для снижения дыхательной недостаточности применялась респираторная поддержка через кислородный концентратор потоком до 8 литров в минуту. На фоне проведенного лечения отмечалась положительная динамика: купировался лихорадочно-интоксикационный синдром, гипокоагуляция и дыхательная недостаточность регрессировали (SpO₂ 98%). Пациент выписан в удовлетворительном состоянии 28.06.2020 г.

Однако 08.07.2020 г. состояние пациента резко ухудшилось, стали беспокоить внезапно появившиеся боли в животе, больше в эпигастральной, околопупочной области, вздутие живота, увеличение его размеров, тошнота, трехкратно рвота съеденной пищей, жидкий водянистый стул до 4 раз без патологических примесей. Пациент обратился за медицинской помощью, госпитализирован в хирургическое отделение многопрофильного стационара. При поступлении на фоне лихорадки до 37,8 °С, отмечаются признаки декомпенсации цирроза печени: отечно-асцитический синдром (асцит, отеки нижних конечностей до верхней трети голеней), выраженная желтуха (общий билирубин повысился с 41,3 мкмоль/л до 107,4 мкмоль/л), общий белок снизился с 62 г/л до 49,2 г/л, тромбоциты упали с 92×10^9 /л до 37×10^9 /л. МСКТ органов брюшной полости от 09.07.2020 г. Печень увеличена: аксиальный размер печени 241*202 мм, вертикально 192 мм. Плотность паренхимы при нативном сканировании 45 ед. X (N 60-70 ед. X). Селезенка увеличена до 193*72 мм (N 100-50 мм), имеет ровные контуры. Плотность паренхимы при бесконтрастном сканировании 45 ед. X (N 40-50 ед. X). Воротная вена расширена до 40 мм. Начиная от уровня ее деления на правую и левую ветви, в проекции просветов последней и ее сегментарных вен в левой доле печени, на фоне выраженного отека и расширения перипортальных пространств определяются гиперденсные включения (до +81 HU – вероятно, тромботические массы). Селезеночная вена расширена до 10 мм. Жидкость между петлями кишечника и в малом тазу. Диагностика тромбоза воротной вены (ТВВ) у данного больного осуществлена благодаря полученным данным МСКТ на 1-й день пребывания в стационаре, однако оценка тяжести цирроза печени, к сожалению, свидетельствовала о неблагоприятном жизненном прогнозе. Пациент скончался после рецидива кровотечения из

ВРВП вследствие прогрессирования печеночно-клеточной недостаточности и развития полиорганной недостаточности.

Заключение. Анализ данного клинического случая продемонстрировал, что коронавирусная инфекция вероятнее всего могла стать триггерным фактором резкой декомпенсации цирроза печени у пациента и развития такого грозного осложнения, как ТБВ, который безусловно усугубил течение заболевания и predetermined его исход.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Никитин И.Г., Ильченко Л.Ю., Федоров И.Г., Тотолян Г.Г. Поражение печени при COVID-19: два клинических наблюдения. Альманах клинической медицины. 2020;48(6):412–21. doi: 10.18786/2072-0505-2020-48-053.
2. Стопкоронавирус.рф: официальный сайт [интернет]. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://стопкоронавирус.рф/>.
3. Arachchilage D.R.J., Laffan M. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost.* 2020. 18(5). 1233–1234. DOI: 10.1111/jth.14820.
4. Corona Resource Centre [Internet]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
5. Guarnier J. Three Emerging Coronaviruses in Two Decades The Story of SARS, MERS, and Now COVID-19. *Am. J. Clin. Pathol.* 2020. 153. 420–421. DOI: 10.1093/AJCP/AQAA029.

Емельянова А.Н.¹, Ковалева Л.А.¹,
Емельянов А.С.¹, Чупрова Г.А.¹,
Епифанцева Н.В.¹, Калинина Э.Н.¹, Юрчук С.В.²
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО
ИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА ПРИ
ГРИППЕ А (H1N1)**

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

²ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», г. Чита (гл. врач – к.м.н. С.В. Юрчук)

Долгое время основная роль в развитии миокардитов отводилась бактериальным инфекциям, таким как брюшной тиф, дифтерия, стрептококковая инфекция, сыпной возвратный тиф, системный клещевой боррелиоз [5]. В настоящее время одной из самых частых причин развития некоронарогенного инфекционного миокардита являются вирусные инфекции [1,

4, 9]. Частота обнаружения вирусов в миокарде варьирует от 3,0% до 60,0% [8]. Природа вирусных агентов, вызывающих поражение миокарда, разнообразна. 50,0% случаев всех вирусных миокардитов обусловлены энтеровирусами, особенно вирусами Коксаки группы В [3]. К этиологическим факторам вирусного поражения миокарда относят и другие вирусы, такие как вирус ЕСНО, полиомиелита, вирусов герпеса 1, 2, 4, 5, 6 типа [1, 7, 9]. По данным М. Креундер при гриппе А миокардит встречается у 9,7% пациентов, при гриппе В – у 6,6%. Инфекционно-токсический миокардит в большинстве случаев характеризуется доброкачественным течением и заканчивается выздоровлением. В то же время – может привести к развитию тяжелой сердечной недостаточности и летальному исходу [1, 2].

Представляем случай течения гриппа А с развитием острого тяжелого миокардита, осложнившего течение инфекционного процесса у пациентки 57 лет. Больная Д., доставлена реанимационной бригадой ССМП в 19:45 02.02.2019 г. в приемное отделение краевого инфекционного стационара. Жалобы при поступлении на резкую слабость, вялость, незначительную заложенность носа и слизистое отделяемое из носовых ходов, одышку смешанного характера, редкий малопродуктивный кашель.

Из анамнеза: от гриппа не привита. Состоит на диспансерном учёте у онколога (Ст.молочной железы, мастэктомия в 2016 г.). Считает себя больной в течение 10 дней. 21.01.2019 г. впервые зафиксированы повышение температуры до субфебрильных цифр и умеренные катаральные явления. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала амоксициллин, бисептол. В динамике состояние ухудшалось, нарастала слабость. 1.02.2019 г. появились мышечные боли в поясничной области, одышка смешанного характера. В связи с ухудшением состояния была вызвана бригада скорой медицинской помощи, диагностирована ОРВИ, пациентка доставлена в стационар городской больницы № 2 г. Читы. На фоне начатой терапии состояние не улучшалось, сохранялась выраженная слабость, одышка. 02.02.2019 г. – состояние с отрицательной динамикой: тахикардия, усиление мышечных болей, нарастание слабости, одышка, снижение АД до 60/40 мм рт. ст. Пациентка переведена в ККИБ.

Состояние при поступлении тяжелое.

Температура тела 36,0 °С. В сознании, контактна, ориентирована. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы бледной окраски, акроцианоз, конечности холодные на ощупь. В ротоглотке умеренная гиперемия миндалин, небных дужек, задней стенки глотки. Дыхание через нос затруднено, из носовых ходов необильное слизистое отделяемое. ЧДД 29 в мин. При перкуссии ясный легочный звук. SpO₂ 80% с кислородной поддержкой. Аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в нижнебоковых отделах с обеих сторон, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца глухие, пульс до 106 ударов в мин., слабого наполнения, артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, Размеры печени по Курлову 9X8X7см. Селезенка не увеличена. Область почек при пальпации безболезненна. Симптом поколачивания по костно-verteбральным углам положительный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови развернутый: WBC: 39,6x10⁹/л; RBC: 6,21x10¹²/л; HGB: 177 г/л; PLT: 119x10⁹/л; П/Я%: 6%; С/Я%: 78,0%, лим%: 11,0%; мон%: 4,0%; Эоз%: 1,0%; СОЭ: 2 мм/час. Результаты ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 128 ударов в мин, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, снижение амплитуды зубцов R, депрессия сегмента ST. По данным рентгенологического обследования органов грудной клетки – усиление легочного рисунка.

Выставлен диагноз: *основной*: ОРВИ, ринофарингит, бронхит тяжелой степени. Грипп? Внебольничная двусторонняя интерстициальная пневмония, тяжелое течение; *осложнение*: Дыхательная недостаточность 2-3 ст. Инфекционно-токсический шок 2-3 степени; *фоновый*: Хронический пиелонефрит, стадия латентного воспаления. ХБП?; *сопутствующий*: С50.4.

Из приёмного отделения пациентка госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии. Начата противошоковая, дезинтоксикационная, симптоматическая, противовирусная, антибактериальная (цефтриаксон 2,0 г 2 раза в сутки) терапия, вводятся ГКС. Несмотря на проводимую терапию, состояние больной не улучшалось: сохранялась и нарастала слабость, одышка в покое, ЧДД до 35 в 1 мин. Тенденция к снижению сатурации: SpO₂ 93% с кислородной поддержкой. Сохраняется гипотония до 76/56 мм рт. ст., тахикардия до 125-127 в мин. При аускультации легких

сохраняется жесткое дыхание с ослаблением в нижнебоковых отделах с обеих сторон. Тоны сердца глухие, ритмичные. Продолжается дезинтоксикационная инфузионная терапия, введение ГКС, адреналина.

В 23:00 на фоне нарастающей дыхательной и сердечной недостаточности принято решение о переводе на инвазивную ИВЛ и катетеризации центральной вены. 03.02.2019 г. в 10:00 состояние крайне тяжелое с отрицательной динамикой, нарастает полиорганная недостаточность. SpO₂ – 90-91%. Гемодинамика нестабильна. ЧСС – 101 в мин. АД – 50/43 мм рт. ст. на фоне титрования вазопрессоров. По данным КЩС: отрицательная динамика, нарастание гиперкапнии, ацидоза. При лабораторном исследовании: в общем анализе крови – нарастание лейкоцитоза до 43,6x10⁹/л, нейтрофиллеза – до 86%, СОЭ – 2 мм/час. В биохимическом анализе крови отмечалось повышение АСТ: 534,9 Ед/л, АЛТ: 262,6 Ед/л; ЛДГ: 532,0 Ед/л, КФК-МВ: 57,0 Ед/л. Амилаза крови: 155,9 Ед/л, мочевины: 19,01 ммоль/л, креатинин: 261,2 ммоль/л. Коагулограмма: ПТИ-70,4%; МНО – 1,14; фибриноген – 3,11 г/л; АЧТВ – 74,7 сек. В 10:30 03.02.2019 г. – остановка дыхания и сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована смерть.

С учетом клинических и имеющихся на тот период времени лабораторных данных (материал исследования специфическими методами диагностики на группу респираторных инфекций методом ПЦР в работе (позже – обнаружена РНК вируса гриппа А (H1N1)) был выставлен заключительный диагноз: *основной*: ОРВИ, ринофарингит, бронхит, тяжелое течение. Грипп тяжелое течение? Двусторонняя интерстициальная пневмония, тяжелой степени; *Осложнение*: Дыхательная недостаточность 2-3 ст. Инфекционно-токсический шок 2-3 ст. Отёк и набухание головного мозга.

Патологоанатомический диагноз: острый диффузно-очаговый интерстициально-паренхиматозный миокардит с неравномерной лейкоцитарно-лимфоцитарной инфильтрацией, интрацеллюлярным и стромальным отеком, дистрофией кардиомиоцитов; миогенная дилатация полостей сердца; множественные некоронарогенные некрозы миокарда левого желудочка; фоновое заболевание: Грипп А (H1N1) (прижизненное вирусологическое исследование мазка из ротоглотки от 3.02.19 г. – методом ПЦР обнаружено – грипп А (H1N1-swine),

посмертное вирусологическое исследование от 06.02.19 г. – методом ПЦР РНК/ДНК вирусов гриппа/ОРВИ не обнаружено); осложнение: кардиогенный шок. Выраженный интерстициально-альвеолярный отек легких. Отек-набухание вещества головного мозга со смещением и ущемлением ствола головного мозга в большом затылочном отверстии. ДВСК-синдром с поражением внутренних органов; сопутствующее заболевание: Атеросклероз аорты II ст. I ст. Хронический простой бронхит. Хронический пиелонефрит. Рак молочной железы (оперативное лечение от 2016 г.). В итоге: расхождение заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов по основному заболеванию. Не диагностирован «миокардит». Причиной смерти явился развившийся кардиогенный шок.

Таким образом, при гриппе, на фоне которого имело место развитие интерстициально-альвеолярного отека легких, заподозрить и подтвердить диагноз миокардита бывает трудно. Клинические симптомы, как и изменения на ЭКГ, неспецифичны и могут быть расценены как проявления синдрома интоксикации, свойственного гриппу. Однократная регистрация ЭКГ малоинформативна для оценки вирусного поражения миокарда. Учитывая тропность вирусов к эндотелиоцитам и миокарду и возможность длительной персистенции возбудителей в организме, врачам нужно помнить, что миокардит – это закономерное осложнение ряда инфекционных заболеваний, которое при гриппе может развиваться на разных стадиях патологического процесса.

Заключение. Описанный клинический пример подчеркивает важность врачебной настороженности в отношении некоронарогенных заболеваний миокарда. Появление слабости, признаков недостаточности кровообращения, патологических ЭКГ-изменений в острый период заболевания или в период реконвалесценции требуют проведения комплекса лабораторных и инструментальных исследований для исключения развития патологии сердца, в частности миокардита [6].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антонова В.Н., Жевнерова Н.С. Вирусные миокардиты: этиология и патогенез, проблемы диагностики. Журнал инфектологии. 2013. 2(5). 13-21. DOI: 10.22625/2072-6732-2013-5-2-13-21.
2. Барт Б.Я., Беневская В.Ф., Бродский М.С. Неревматические миокардиты в практике терапевта и кардиолога поликлиники. Терапевтический архив. 2011. 83(1). 12-17.
3. Плоткин В.Я., Воронель В.Л., Тимошина М.А. и соавт. Энтеровирусная инфекция как фактор риска острого коронарного синдрома и его осложнений. Клиническая медицина. 2011. 2. 25-29.
4. Сеницын, В.Е., Мершина Е.А., Ларина О.М. Новые возможности диагностики некоронарогенных поражений миокарда: роль магнитнорезонансной томографии. Креативная кардиология. 2008. 1. 66-72.
5. Стулова М.А., Константинова Е.В. Желудочковая экстрасистолия как проявление вирусных миокардитов и миоперикардитов у лиц молодого возраста. Терапевтический архив. 2007. 12(79). 29-34.
6. Тихонова Е.П., Киселев О.И., Сергеева И.В. и соавт. Клинический случай острого инфекционного миокардита и перикардита при гриппе В. Сибирское медицинское обозрение. 2015. 5. 89-92.
7. Толстикова Т.В., Марчук Т.П. Клинический случай тяжелого вирусного миокардита с поражением проводящей системы сердца. Сибирский медицинский журнал. 2012. 7. 124-126.
8. Kühl U., Pauschinger M., Seeberg B. et al. Viral persistence in the myocardium is associated with progressive cardiac dysfunction. Circulation. 2005. 112(13). 1965-1970. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.548156.
9. Mahfoud F., Gärtner B., Kindermann M. et al. Virus serology in patients with suspected myocarditis: utility or futility? European Heart Journal. 2011. 32(7). 897-903. DOI: 10.1093/eurheartj/ehq493.



НИАРМЕДИ



**МАТЕРИАЛЫ VII МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКТОЛОГИИ. СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ
И ОСОБО ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»
И IV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. ЖЕНЩИНЫ, ДЕТИ И ВИЧ»**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Забайкальская региональная общественная организация
«Общество инфекционистов, эпидемиологов и микробиологов»
г. Чита 15-16 апреля 2021 года

**ВЛИЯНИЕ МЕДИКОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ
КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ**

Андреева Е.В., Бурзыкова Д.Н., Олейник В.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в России по данным Росстата занимают третье место в структуре инфекционных заболеваний среди детей от 0 до 14 лет [1]. Ведение детей с диареей и гастроэнтеритом предположительно инфекционной этиологии в амбулаторных условиях рекомендовано с использованием приложения к приказу № 714н от 9 ноября 2012 года (стандарт первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)) [2]. Лечение также осуществляется в соответствии с российскими клиническими рекомендациями, рекомендациями ВОЗ и Всемирной гастроэнтерологической организации [3]. Учитывая высокую распространенность вирусных диарей среди детей первых 5 лет жизни, преимущественно ротавирусной инфекции (РВИ) [5], на этапе диагностики и начала лечения острого гастроэнтерита рационально использовать клинические рекомендации оказания помощи детям с РВИ [6].

Цель работы. Изучить влияние медико-социальных факторов на диагностику и лечение острых кишечных инфекций у детей на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Проведено социально-гигиеническое исследование с использованием контент-анализа, аналитического и социологического методов. Объект исследования: 1) родители (294), чьи дети в возрасте до 5 лет имели эпизоды диареи и острого гастроэнтерита предположительно инфекционной этиологии; 2) врач-педиатр участковый (30). Инструмент исследования – авторские анкеты с 2-мя блоками вопросов:

1. медико-организационные факторы риска развития неблагоприятного течения ОКИ такие, как позднее обращение за медицинской помощью, невыполнение рекомендаций врача при заболевании и самолечение; 2. медицинские факторы – соблюдение компонентов стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи детям с диареей и гастроэнтеритом предположительно инфекционной этиологии (обследование и лечение); соблюдение компонентов клинических рекомендаций (профилактика водно-электролитных нарушений, оральная регидратация).

База исследования – медицинские организации, оказывающие ПМСП детям (ГУЗ ДКМЦ г. Чита).

Результаты. Среди медико-организационных факторов риска развития неблагоприятного течения ОКИ первое место разделили позднее обращение респондентов за медицинской помощью (позднее 3-х дней от начала заболевания) и самолечение – по 15% (44). В качестве причины самолечения, и как следствие - позднего обращения, 20% (9) опрошенных родителей указали на отсутствие доверия к участковым врачам. Не соблюдали рекомендации врача по лечению заболевания 11% (32) респондентов, причинами называли: недостаток денежных средств 72% (23) или отсутствие доверия к врачу 28% (9). Назначенное врачом обследование выполняли почти в полном объеме (95%): копроцитологическое исследование, ОАК в 100% случаев; исследование кала на кишечную группу – в 86%.

При оценке соблюдения компонентов стандарта ПМСП, клинических рекомендаций на основании данных опроса родителей на предмет назначения дополнительной жидкости врачом детям при рвоте и диарее установлено, что 20% респондентов проводили оральную регидратацию и восполняли потери жидкости обильным питьем – 26%. Указали на незнание правил проведения оральной регидратации в домашних условиях 69% опрошенных. Соблюдение компонентов стандарта ПМСП по обследованию отмечено в 100% случаев при назначении копрограммы, у 42% респондентов – при исследовании кала на кишечную группу и у 12% – при назначении ОАК.

Соблюдение принципа восполнения потерь жидкости с первого дня заболевания с целью профилактики развития обезвоживания по результатам опроса врачей проводилось назначением обильного питья (36%) и оральной регидратации (24%), при этом 40% врачей дополнительную жидкость детям с клиникой гастроэнтерита легкой степени не назначали.

Выводы.

1. Ведущим медико-организационным фактором риска развития неблагоприятного течения ОКИ стало самолечение, приводившее к позднему обращению за медицинской помощью.
2. Детям на педиатрических участках при диарее и гастроэнтерите неясной этиологии проводилось неполное обследование.
3. 89% родителей выполняли рекомендации врача по лечению и 95% по обследованию.
4. В 40% случаев врачами не проводилась профилактика водно-электролитных нарушений – не назначали ни обильного питья, ни оральной регидратации, направленной на восполнение текущих потерь.
5. Отмечена недостаточная информированность 69% родителей о необходимости восполнения потерь жидкости при рвоте и диарее и технике проведения оральной регидратации.
6. Для улучшения ситуации необходимо тщательное соблюдение врачами стандартов ПМСП и клинических рекомендаций, проведение санитарно-просветительной работы с населением на территории обслуживания по вопросам профилактики возникновения и распространения ОКИ.

Список литературы.

1. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России 2019. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218#> (7 апреля 2021).
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. N714н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при диарее и гастроэнтерите предположительно инфекционной этиологии легкой степени тяжести». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70321112/> (7 апреля 2021).

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИМАТИЧЕСКИХ И ГЕОМАГНИТНЫХ КОЛЕБАНИЙ С РОСТОМ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Андреев Р.Н., Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк

Цель. Проанализировать связующие моменты и рассмотреть актуальные вопросы влияния изменения климата и возбуждений магнитного поля Земли на рост и развитие инфекционных заболеваний у населения Донецкой Народной Республики (ДНР), выдать профилактические рекомендации для решения этого вопроса.

Методы исследования. Проведена оценка отчетных материалов Министерства здравоохранения ДНР по инфекционной заболеваемости за период 2015-2020 годов, статистических данных геомагнитной обстановки и перепадов основных метеорологических показателей (влажности, температуры, скорости движения воздуха и атмосферного давления) Гидрометцентра Министерства по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий ДНР за аналогичный отрезок времени. Изучены актуальные литературные источники по данному вопросу. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакетов программ MicrosoftOffice 2016 и Statistica 10.0.

Полученные результаты. Вопрос связи состояния общественного здоровья с метеорологическими и геомагнитными факторами как неотъемлемой части окружающей среды является основополагающим в формировании современных научных прогнозов о возможностях дальнейшей человеческой жизни. Данный факт подтверждается тем, что хорошо заметные и фиксируемые изменения климата одновременно детерминированы существующей естественной природной цикличностью и антропогенным влиянием, что в свою очередь подводит человечество к бифуркационной точке развития. За этим временным явлением могут последовать любые по характеру и масштабу события, которые могут пагубно сказаться как для населения всей Земли, так и отдельных ее регионов. Территория Донецкого региона имеет целый ряд географических, климатических экономических и экологических особенностей. Изрядное количество ресурсов обуславливает высокое развитие промышленности и сельского хозяйства, что приводит к чрезвычайно высокой техногенной и антропогенной нагрузке на его биосферу. Умеренно-континентальный климат приводит к большой годовой амплитуде температуры воздуха. Также, согласно официальным статистическим данным, часто наблюдаются значительные суточные перепады температуры, влажности, скорости движения воздуха и атмосферного давления. Нестабильной остается и геомагнитная обстановка. Подобные явления стабильно пагубно влияют на функциональное состояние человека, что в свою очередь ведет к обострению различных заболеваний у местного населения, в том числе и инфекционных. Инфекционная заболеваемость на территории ДНР остается контролируемой, но имеет стабильные тенденции к росту. Заболеваемость населения инфекционного характера с 2015 по 2020 годы выросла на 20%, стабильные показатели роста имеют вирусные инфекции, в особенности грипп и ОРВИ (зафиксирован рост на 27,4%). Данное явление может быть связано с серьезными нарушениями функционального состояния организма, в силу напряженной социальной обстановки, в связи с этим – снижения качества медицинского обслуживания и обращаемости населения за медицинской помощью и так далее. Метеорологические и гелиогеофизические факторы, в комплексе с данными явлениями безусловно оказывают неблагоприятное влияние на состояние здоровья местного населения.

Выводы. Следовательно, для решения сложившейся ситуации необходим целый ряд профилактических мероприятий в работе с населением ДНР. Витаминизация рациона, более тщательный контроль проведения медицинских осмотров, своевременная вакцинопрофилактика, санитарно-просветительская работа и гигиеническое обучение населения способны минимизировать влияние внешних факторов на рост инфекционной заболеваемости среди населения Донецкой Народной Республики.

Список литературы:

1. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни /Е.П. Шувалова. —Москва: ИЛ,2017.— 486 с.
2. Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Андреев Р.Н., Терняк А.Н., Выхованец Т.А., Лахно О.В. Изучение влияния гелиогеофизических факторов на состояние здоровья человека /Ю.Г. и др.// Научно-практический журнал «Вестник гигиены и эпидемиологии» —ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» —Том: 23 №4 2019. — С. 323–325.
3. Андреев Р.Н., Выхованец Ю.Г., Тетюра С.М., Черняк А.Н., Лахно О.В. Влияние магнитного поля земли на эпидемический процесс ветряной оспы у детей /Р.Н. Андреев и др.// Материалы XIX конгресса детских инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии и вакцинопрофилактики» — г. Москва 17—19 декабря 2020 г. (isbn: 978-5-906484-59-8) — С. 12–13.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЗАРАЗНОГО АКАРОДЕРМАТИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Беседина Е.И., Гричулевич Н.Б., Антипова Е.В.

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк*

*Донецкий городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора
государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики (ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк*

Цель. Описать основные тенденции эпидемического процесса и распространенности заразного акародерматита среди населения города Донецка и дать характеристику данного заболевания с учетом современных реалий.

Методы исследования. Проведен эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости заразным акародерматитом в городе Донецке, согласно отчетным данным Донецкого городского центра Республиканского центра санэпиднадзора госсанэпидслужбы министерства здравоохранения ДНР. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ MicrosoftOffice 2016 и Statistica 10.0. Также изучены актуальные источники литературы по данному вопросу.

Полученные результаты. Акародерматит (чесотка, скабиес) – это заболевание кожи, связанное с укусами клещей и соответственной аллергической реакцией на этот процесс. Является довольно распространенным паразитарным заболеванием. Среди населения, согласно статистическим данным, чаще всего возникает после укуса клеща *Sarcoptes scabiei*. При поражении человека возникают обильные эритематозные, уртикарные, папулёзные, геморрагические высыпания, которые всегда сопровождаются зудом. Нередким является присоединение вторичной инфекции, которая может возникнуть при активном расчесывании места укуса клеща и вызвать развитие лимфаденита. Несмотря на то, что клинические проявления акародерматитов, вызванных разными видами клещей, очень похожи между собой, всё же имеются определенные отличия. Так, при укусе человека злаковыми клещами преобладает уртикарная реакция, в свою очередь при контакте с пастбищными клещами сыпь проявляется в виде мигрирующей эритемы, при укусе мебельных клещей высыпания на пораженной коже соответствуют узловатой почесухе, а от укуса обувных клещей возникает дерматит стоп и голеней в силу их локализации.

В городе Донецке по истечении 2020 года зарегистрирован 161 случай заболевания чесоткой, из них 102 заболевших – взрослые и пожилые люди, а 59 – лица детского возраста. Общая заболеваемость снизилась на 33,5% по сравнению с 2019 годом, в том числе среди детей – на 28,0%, а взрослого населения – на 36,5%. Групповых случаев в организованных коллективах не было зарегистрировано в течении всего 2020 года. Всем заболевшим была своевременно оказана медицинская помощь, в 87,5% (141 человеку) – в амбулаторных условиях. В свою очередь 139 заболевших (86,0%) были выявлены пассивно, то есть при самостоятельном обращении за медпомощью с уже имеющейся клиникой, данный факт свидетельствует, в том числе и о недостаточном качестве осмотров медработниками в коллективах и требует особо пристального контроля со стороны врачей-паразитологов.

Выводы. Следовательно, ситуация с заболеваемостью чесоткой населения города Донецка имеет стабильную положительную тенденцию к снижению, что подтверждает спад этой самой заболеваемости, согласно статистическим данным. Однако, наличие довольно обширной лесополосы в окрестностях города, так называемых посадок и прочего, в комплексе с напряженной социальной обстановкой в регионе сильно увеличивают шансы местного населения быть укушенными клещами – и, как следствие, заразиться акародерматитами иной этиологии, помимо *Sarcoptes scabiei*. Особую опасность данная патология представляет для детских организованных и неорганизованных коллективов. В связи с этим, профилактика чесотки требует усиления противоклещевых мер, направленных на максимальный разрыв их контакта с человеком. Соблюдение правил личной гигиены, а также гигиеническое обучение и санитарно-просветительская работа с населением являются очень важными, как и дополнительный контроль качества проведения медицинских осмотров специалистами отделений медицинской паразитологии учреждений санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы.

Список литературы:

1. Мяндина Г.И., Тарасенко Е.В. Медицинская паразитология. Учебное пособие /Г.И. Мяндина, Е.В. Тарасенко – М.: Практическая медицина, 2015. – 256 с.
2. Чебышев Н.В. Медицинская паразитология /Н.В. Чебышев – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. –473с.
3. Сергиев В.П. Медицинская паразитология. Лабораторная диагностика /В.П. Сергиев – М.: Феникс, 2017. – 361с.

**ТЕКУЩАЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ
В В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ**

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А, Беседина Е.И., Демкович О.О., Гричулевич Н.Б.

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк*

*Донецкий городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора
государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики (ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк*

Цель. Провести эпидемиологический анализ и оценить ситуацию по течению вирусного гепатита В в городе Донецке, с учетом современных реалий промышленного региона.

Методы исследования. Проведено эпидемиологическое исследование материалов официальной регистрации заболеваемости вирусным гепатитом В в городе Донецке, согласно отчетной документации Донецкого городского центра РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ MicrosoftOffice 2010 и Statistica 10.0. Так же были изучены современные литературные источники по данному вопросу.

Полученные результаты. Вирусный гепатит В (т.н. «сывороточный гепатит») – это антропонозное инфекционное заболевание печени, которое протекает в различных клинических вариантах, начиная бессимптомным носительством, заканчивая деструкцией печеночной паренхимы. Гепатиту В свойственен аутоиммунный характер поражения клеток печени. Данный вирус является ДНК-содержащим, обнаруживается в сыворотке крови, в которой может сохранять жизнеспособные функции десятилетиями и очень устойчив во внешней среде. Передается инфекция в основном парентерально – после перенесенной гемотрансфузии, различных медицинских процедур с использованием нестерильного инструментария, после лечебных стоматологических манипуляций, а также нанесения татуировок и пирсинга. Велика вероятность заражения человека вирусным гепатитом В после посещения маникюрного салона, при проведении обрезного маникюра или педикюра. Контактный путь передачи реализуется при половых контактах и бытовым путем, после совместного использования индивидуальных гигиенических предметов и средств. Вирус проникает в организм человека через микроповреждения кожных покровов и слизистых оболочек. Также возможен вертикальный путь передачи, т.е. от матери – ребенку, который реализуется интранатально. Исходя из этого, вирусный гепатит В является очень социальноопасной инфекцией и вопросы ее профилактики крайне актуальны в современных условиях густонаселенного промышленного центра – города Донецка.

Заболеваемость вирусным гепатитом В в 2020 году в г. Донецке снизилась на 14,2 % по сравнению с аналогичным показателем 2019 года, что безусловно является положительным моментом. Всего в Донецке в минувшем году зарегистрировано 14 случаев заражения данной инфекцией, против 16 в 2019 году. Согласно анамнестических данных, структура заражения выглядит следующим образом – 2 человека заразились вирусным гепатитом В после употребления инъекционных наркотиков, 9 путем ведения беспорядочной половой жизни, 3 после получения косметических услуг, т.е. посещений маникюрных салонов. Случаев заболеваемости вирусным гепатитом В среди детского населения не обнаружено. Также в городе Донецке в 2020 году было зарегистрировано еще дополнительно 2 случая заражения вирусным гепатитом неустановленной этиологии. Причины подобного явления могут быть самыми разными – от низкой социальной ответственности граждан до банального отсутствия реактивов в лабораториях для определения конкретного вида гепатита. Подтверждается диагноз вирусного гепатита и устанавливается его вид методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с количественной оценкой концентрации вируса в крови, т.е. вирусной нагрузки.

Выводы. Ввиду напряженной социальной обстановки в Донецком регионе в последние несколько лет, недопущение распространения вирусного гепатита В остается очень важным вопросом современной профилактической и клинической медицины. Необходим строгий надзор со стороны органов госсанэпидслужбы за лечебно-профилактическими и объектами социально-бытового назначения, также контроль вакцинации групп риска по данному заболеванию. Необходимой мерой решения данной проблемы является и дополнительная вакцинация всего населения против вирусного гепатита В, но данная мера может быть не реализована в силу экономических и прочих факторов. Гигиеническое обучение и санитарно-просветительская работа с населением также очень важны для профилактики и борьбы с данной инфекцией.

Список литературы:

1. Романова Е.А. Гепатит. Диагностика, профилактика, эффективные методы лечения: моногр. /Е.А. Романова. – М.: АСТ,2017. – 612с.
2. Мигунов А.И. Гепатит. Современный взгляд на лечение и профилактику: моногр. /А.И. Мигунов. – М.: ИГ «Весь»,2017. –128 с.
3. Елисеева О.И. Лечение вирусных заболеваний. Гепатит. СПИД. Лечение хронических и онкологических заболеваний. Часть 2. Провокаторы - простейшие, грибы, глисты. Практика очищения и восстановления организма (комплект из 3 книг) /О.И. Елисеева. – М.: ИГ «Весь», 2018. – 544 с.

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИЕРСИНИОЗОМ НАСЕЛЕНИЯ Г. ДОНЕЦКА
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А, Колесникова А.Г., Антипова Е.В., Омесь О.В.

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»*

(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк

*Донецкий городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора
государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики (ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк*

Цель. Охарактеризовать и подчеркнуть основные аспекты развития эпидемиологического процесса иерсиниоза среди населения города Донецка, наметить ведущие пути профилактики данной инфекции в регионе.

Методы исследования. Проведена эпидемиологическая оценка данных отчетов по заболеваемости иерсиниозом среди населения города Донецка, согласно предоставленных данных Донецкого городского центра Республиканского центра санэпиднадзора госсанэпидслужбы министерства здравоохранения ДНР. Статистическая обработка данных выполнена при помощи пакетов программ MicrosoftOffice 2010 и Statistica 6.0. Изучены актуальные источники литературны по тематике данной проблемы.

Полученные результаты. Иерсиниоз – это острая кишечная инфекция, которая передается от животных к человеку, сопровождающаяся целым рядом токсических и аллергических проявлений, Характерной чертой данной инфекции является полиорганное поражением систем организма человека и смазанное клиническое течение, что очень затрудняет ее своевременную диагностику и лечение. Данная патология вызывается особой бактерией – иерсинией (*Yersiniaenterocolitica*), которая крайне устойчива к воздействию внешних факторов. Носителями микроба выступают в основном грызуны, домашний скот, собаки, домовые мыши и крысы. Люди могут заражаются при употреблении продуктов животного происхождения или зерна, зараженного испражнениями грызунов или же употребляя воду, содержащую иерсинии, т.е. алиментарным и водным путём. Не исключается и контактно-бытовой путь передачи инфекции – от человека к человеку через общую посуду, при несоблюдении элементарных правил гигиены.

В 2020 году в г. Донецке было зарегистрировано 40 случаев заболеваемости населения иерсиниозом. Каждый случай иерсиниоза, то есть 100%, у местного населения был подтвержден серологически. Групповых и семейных случаев иерсиниоза за отчетный период не выявлено. Общий уровень заболеваемости иерсиниозом среди населения города Донецка в 2020 году снизился

на 38,46% в сравнении с 2019 годом, что является чрезвычайно положительным моментом. В то же время данный показатель заболеваемости на 41,81% выше аналогичного среднего показателя по Донецкой Народной Республике, следовательно, ситуация по распространению иерсиниоза среди городского населения данного региона остается напряженной. Максимальный уровень заболеваемости регистрировался с января по апрель и в августе 2020 года. В 20 из 40 случаев (50,0%) заражение произошло за пределами города Донецка. Продукты питания, ставшие фактором передачи, преимущественно приобретались на различных рынках города у частных лиц. Следовательно, алиментарный фактор остается ведущим в развитии и распространении иерсиниоза среди населения города Донецка, что подтверждает этиопатогенетические механизмы данного заболевания.

Выводы. Для предотвращения распространения и развития иерсиниоза у населения города Донецка необходимо соблюдение и модернизация целого ряда профилактических мероприятий. Требуется усиление санитарно-эпидемиологического режима в процессе хранения, производства и реализации пищевых продуктов, ужесточение текущего и предупредительного санитарного надзора за пищевыми предприятиями и заведениями общественного питания. Кроме того, необходим контроль своевременного прохождения и качественного проведения медицинских осмотров персонала данных объектов и соблюдение ими правил личной гигиены – так же, как и самим населением. Более тщательное проведение дератизационных мероприятий в частных владениях и подвалах жилых домов, жесткий контроль за качеством питьевой воды, как поступающей централизованно, так и фасованной – также представляются очень важными в борьбе с распространением иерсиниозов.

Список литературы:

1. Ющук Н.Д. Эпидемиология инфекционных болезней: учебное пособие /Н.Д. Ющук// 3 – е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с.
2. Сомова Л.М. Проблема иерсиниозов в современном мире /Л.М. Сомова и др.// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12 – 4. – С. 661 – 667.
3. Черкасский Б.Л. Инфекционные и паразитарные болезни человека. Справочник эпидемиолога: моногр. /Б.Л. Черкасский – М.: Медицинская газета, 2016. – 624 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ЭНТЕРОБИОЗОМ В Г. ДОНЕЦКЕ

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Мельник В.А., Демкович О.О., Петренко Л.Е.

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк*

*Донецкий городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора
государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики (ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк*

Цель. Проанализировать современное состояние заболеваемости энтеробиозом населения города Донецка и дать рекомендации по устранению данной проблемы.

Методы исследования. Проведен эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости энтеробиозом в городе Донецке, согласно данных отчетов ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР. Статистическая обработка данных выполнена при помощи пакетов программ MicrosoftOffice 2016 и Statistica 12.0. Так же изучены актуальные литературные источники по данному вопросу.

Полученные результаты. Энтеробиоз – это антропонозное контагиозное (т.е. заразное) заболевание, относящееся к группе гельминтозов и проявляющееся сильным зудом вокруг анального отверстия, а также появлением кишечных и диспепсических расстройств. Источником инфекции является больной человек. Возбудителем энтеробиозов выступает острица, гельминт, который относится к классу нематод. Основными путями передачи этого заболевания являются – фекально-оральный и контактно-бытовой, очень редко встречается воздушно-пылевой путь передачи энтеробиоза. Чаще всего болеют лица детского возраста и представители различных неблагополучных слоев населения. Дети наиболее часто, а порой и взрослые, заражаются при расчесывании перианальной области, и несоблюдение правил личной гигиены, соответственно, ведет к постоянному самозаражению.

Общая заболеваемость энтеробиозом в 2020 году в г. Донецке снижена на 13,7% по сравнению с предыдущим годом и имеет продолжающуюся тенденцию к снижению на протяжении последних 10 лет. В структуре заболевших энтеробиозом 96,5% составляют дети до 17 лет. Заболеваемость этой инвазией в организованных детских коллективах по городу снизилась на 21,9%, а в неорганизованных выросла – на 13,9% в 2020 году. Данное явление можно объяснить увеличением контингента неорганизованных детей за счет учащихся школ, находящихся на удаленном обучении. Предположительный фактор передачи энтеробиоза в муниципальных детских образовательных учреждениях расшифрован в 32,7% случаев, что практически повторяет уровень 2019 года. В городе в течение 2020 года зарегистрировано 29 семейных очагов энтеробиоза, что является крайне отрицательным моментом. Врачам-паразитологам при проверках данных объектов необходимо обращать особое внимание на то, как организовано обследование контактных по случаям выявления энтеробиоза у детей в очагах.

Выводы. Ситуация по заболеваемости населения города Донецка энтеробиозом является стабильной. Наблюдается длительный спад пораженности населения данной патологией. Для профилактики энтеробиоза необходим пристальный санитарный надзор за объектами детского дошкольного и школьного образования, а также пищевыми предприятиями. Также немаловажным остается соблюдение правил личной гигиены и проведения ежегодных обязательных профилактических медицинских осмотров, для своевременного выявления и лечения больных.

Список литературы:

1. Ходжаян А.Б. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. Протозоозы и гельминтозы /А.Б. Ходжаян – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. –775с.
2. Поляков В.Е. Гельминтозы у детей и подростков: моногр. /В.Е. Поляков – М.: Медицина, 2018.– 979с.

**ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ –
ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ НА ПРИМЕРЕ Г. МАКЕЕВКИ**

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А, Мельник В.А., Зеленский К.Е., Толстюк В.И.

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк*

*Донецкий городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора
государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики (ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк*

*Макеевский городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора
государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики (МГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Макеевка*

Цель. Проанализировать ситуацию по распространению острых кишечных инфекций среди детского населения возрастом до 1 года, эпидемиологические особенности заболеваемости и противоэпидемическую работу профильных специалистов в контексте данной проблемы в крупном промышленном регионе, ярким представителем которого является город Макеевка.

Методы исследования. Проанализированы данные отчетов и других статистических материалов регистрации заболеваемости острыми кишечными инфекциями детей возрастом до 1 года в городе Макеевке, согласно предоставленным данным Макеевского городского центра Республиканского центра санэпиднадзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ MicrosoftOffice 2007 и Statistica 6.0. Также были проработаны современные литературные данные по острым кишечным инфекциям.

Полученные результаты. Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это обширная группа инфекционных заболеваний, сопровождающихся нарушением моторики желудочно-кишечного тракта с развитием диареи, интоксикации, и как следствие – обезвоживания. Согласно этиологической классификации, данные инфекции бывают бактериальной, вирусной и протозойной природы. Возбудители ОКИ устойчивы во внешней среде, способны довольно долго сохраняться на руках, посуде, игрушках и предметах обихода, также в почве и воде, загрязненных фекалиями больного. Некоторые из них способны размножаться в продуктах питания при комнатной или даже более

низкой температуре. Кипячение и обработка дезинфицирующими средствами губительна для возбудителей острых кишечных инфекций. Основным механизмом передачи – фекально-оральный, реализуется при помощи пищевого, водного и контактно-бытового путей передачи. Очень редким является воздушно-пылевой путь передачи ОКИ.

Согласно подведенным итогам 2020 года заболеваемость острыми кишечными инфекциями среди детей первого года жизни по сравнению с аналогичным периодом 2019 года снизилась на 19,7%. Всего заболело в 2020 году 46 лиц возрастом до 1 года. Среди заболевших детей в возрасте 7-12 месяцев – 58,2%. Преобладающее большинство из них находятся на искусственном вскармливании – 34 ребенка – 43%. Удельный вес заболеваемости детей в возрасте 0-6 месяцев составляет – 41,8%. Осложненный эпидемиологический анамнез жизни до заболевания отмечен у 8 детей (10,1%), кесарево сечение – у 7, порок сердца – у 1 ребенка. В 36,7% (29 случаев) отмечается позднее обращение родителей за медицинской помощью, причем, практически до 50% случаев госпитализируются скорой помощью, без предварительного обращения за консультацией к участковому педиатру. Ведущими факторами развития острых кишечных инфекций у детей возрастом до 1 года в г. Макеевке в 2020 году послужили: в 65,8% случаев – несоблюдение родителями элементарных правил личной гигиены, в 22,8% случаев – вследствие ухудшения гигиенической подготовки матерей медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений, в 11,4% случаев – употребление в пищу молочной продукции, приобретенной в торговой сети. Основными возбудителями, приведшими к развитию ОКИ, стали – стафилококк, энтеробактер, протей, цитробактер, серрация, клебсиелла, ротавирус, провиденция.

Выводы. Итак, положение по заболеваемости детского населения первого года жизни острыми кишечными инфекциями в г. Макеевке остается нестабильным, несмотря на снижение данного показателя в 2020 году. С целью стабилизации ситуации специалистами госсанэпидслужбы необходимо проводить ежедневный мониторинг эпидемиологической ситуации. Далее, необходим еженедельный анализ заболеваемости в разрезе районов, микротерриторий, возрастов, социальных признаков, с постановкой задач на ближайший период, контролем выполнения и заслушиванием на оперативных совещаниях у главного государственного санитарного врача города, на аппаратных совещаниях в администрации города/районов. Во всех детских поликлиниках необходимо выделять группы «риска» детей по ОКИ. Также требуется усиление санитарного надзора за пищевыми предприятиями и проведение санитарно-профилактической работы с населением.

Список литературы:

1. Лобзин Ю.В. Кишечные инфекции /Ю.В. Лобзин– Москва: Наука, 2015.– 192 с.
2. Жуков – Вережников Н.Н. Многотомное руководство по микробиологии клинике и эпидемиологии инфекционных болезней. Том 6. Бактериальные кишечные инфекции и инфекции дыхательных путей, кокковые инфекции /Н.Н. Жуков-Вережников– М.: Книга по Требованию, 2016.– 676 с.
3. Суздальцев, А.А. Лечение острых кишечных инфекций: Учебное пособие /А.А. Суздальцев – М.: Форум, НИЦ ИНФРА – М, 2020. –40с.

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А, Мельник В.А., Зеленский К.Е., Толстюк В.И.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк

Донецкий городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики (ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк

Макеевский городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики (МГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Макеевка

Цель. Рассмотреть основные этапы эпидемиологического надзора за распространением и предупреждением развития туберкулеза среди населения города Макеевки, наметить основные пути профилактики данной инфекции в этом промышленном регионе.

Методы исследования. Проведен анализ эпидемиологических материалов официальной регистрации заболеваемости туберкулезом в городе Макеевке, согласно отчетов и прочих материалов МГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ MicrosoftOffice 2013 и Statistica 9.0. Проработаны данные современной литературы по вышеуказанному вопросу.

Полученные результаты. Туберкулёз – это широко и повсеместно распространённое в мире инфекционное заболевание, которое способно поражать как человека, так и животных. Данная патология вызывается различными видами микобактерий из группы *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. tuberculosis* и другими близкородственными видами), или иначе – палочками Коха. Заболевание способно поражать различные органы и системы, но в 90% случаев областью поражения выступает дыхательная система, а именно – легкие. Классический симптомокомплекс развития туберкулёза лёгких выглядит следующим образом – сначала возникает длительный субфебрилитет с дальнейшим развитием лихорадки, далее следуют слабость, ночная потливость, пониженный аппетит и, как следствие, значительное похудение в большинстве случаев. Длительный кашель с мокротой, порой с кровохарканьем, появляется уже на более поздних стадиях заболевания. Диагностика активного туберкулёза проводится путём микроскопического исследования мокроты, полученной из мазка больного. Подобная диагностика является не самой однозначной в силу сомнительной информативности, что оставляет под большим вопросом своевременное выявление туберкулеза у потенциальных больных. Гораздо информативнее будет использование рентгеноскопии или флюорографии, что даст более высокоточный результат, в особенности на поздних стадиях. Также для выявления возбудителя используется полимеразная цепная реакция.

В городе Макеевке, который является крупным промышленным центром, в 2020 году зарегистрирован 131 случай (против 186 случаев в 2019 году) заболевания туберкулезом органов дыхания. Отмечается снижение заболеваемости данной патологией на 29,0% – это безусловно положительный момент. В тоже время уровень эпидемического благополучия по городу Макеевке все еще остается выше нормы на 17,3%. В бациллярной форме (МБТ +) в 2020 году выявлен 71 больной (в 2019 году выявлено 105 человек соответственно), что составляет 54,0% от всех форм заболевания туберкулезом органов дыхания (в 2019 году – 56,5%). Также за 2020 год зарегистрировано 2 сл. (2019 – 2 случая) заболевания туберкулезом органов дыхания среди детского населения, ситуация стабильна. Роста заболеваемости туберкулезом среди медработников в 2020 году не наблюдалось, но, в свою очередь незначительно вырос процент смертности населения с данным диагнозом (в 1,4 раза по сравнению с 2019 годом).

Выводы. Проблема заболеваемости туберкулезом макеевчан остается актуальной на сегодняшний день. Окончательная победа в борьбе с туберкулезом возможна только при условии его своевременного выявления и неуклонного выполнения плана по вакцинопрофилактике данной инфекции. В 2020 улучшились показатели проводимых мероприятий по раннему выявлению данной патологии, что позволило стабилизировать ситуацию по распространению туберкулеза в г. Макеевке на сегодняшний день.

Список литературы:

1. Чумаков Ф.И., Дерюгина О.В. ЛОР – органы и туберкулез /Ф.И. Чумаков, О.В. Дерюгина– М.: Медицина, 2012.– 160 с.
2. Профилактика гриппа, туберкулеза, энтеробиоза, коклюшной инфекции, кори, краснухи, эпидемического паротита. Санитарно-эпидемиологические правила. – М.: ДЕАН,2016.–323с.
3. Филиппов В.П. Бронхологические исследования в дифференциальной диагностике туберкулеза /В.П. Филиппов –М.: Медицина, 2017. –232 с.

**АКТУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ
С ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В Г. ДОНЕЦКЕ**

Андреев Р.Н., Лыгина Ю.А., Колесникова А.Г., Кателло А.Ф., Войтик Е.Л.

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования**«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»**(ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО), г. Донецк**Донецкий городской центр Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора**государственной санитарно-эпидемиологической службы министерства здравоохранения**Донецкой Народной Республики (ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР), г. Донецк*

Цель. Дать краткую характеристику протекания эпидемиологического процесса по вакциноуправляемым инфекциям, указать основные профилактические особенности и меры борьбы с их развитием в городе Донецке.

Методы исследования. Проведен эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями в городе Донецке, согласно предоставленным данным ДГЦ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакетов программ MicrosoftOffice 2016 и Statistica 11.0. Так же были изучены современные литературные источники по данному вопросу.

Полученные результаты. Вакциноуправляемые инфекции – это заболевания, при которых вакцинация предупреждает смертность, инвалидизацию, а при массовой иммунизации позволяет уменьшить циркуляцию возбудителя и даже его элиминировать. То есть, развитие данных патологий в обществе на прямую зависит от использования вакцин. Вакцинация является одним из величайших достижений за всю историю здравоохранения. Практика использования прививок во всём мире исчисляется двухсотлетним периодом. Во всём мире вакцинация признана как наиболее эффективное и доступное средство в борьбе с инфекциями. Согласно национальному календарю прививок, основными вакциноуправляемыми инфекциями являются: полиомиелит, корь, краснуха, эпидемический паротит (она же «свинка»), вирусные гепатиты В и С, туберкулез, коклюш, дифтерия, столбняк. Это далеко не полный список заболеваний, которые можно купировать при помощи вакцинации, в остальных случаях она проводится по эпидемиологическим показаниям, например, как в ситуациях с ежегодными эпидемиями гриппа.

В 2020 году эпидемиологическая ситуация по группе вакциноуправляемых инфекций остается контролируемой. Заболеваемость по данной группе инфекций, в целом, снизилась на 28,0% в сравнении с 2019 годом. Случаи заболевания дифтерией, корью, краснухой, полиомиелитом, столбняком в 2020 году не регистрировались. Заболеваемость эпидемическим паротитом сохранилась на уровне 2019 года и составляет 1 случай. Снижение показателей заболеваемости за 2020 год отмечалось по ряду нозологических единиц. Наблюдается некоторое снижение заболеваемости ветряной оспой. В 2020 году зарегистрировано 1956 случаев против 2572 случаев в 2019 году. Как итог, заболеваемость данной патологией снизилась на 24,0% за ушедший год. В возрастной структуре заболеваемости ветряной оспой преобладают лица до 17 лет – 93,0% всех случаев, что соответствует патогенезу данного заболевания. Очень заметно в 2020 году снизилась заболеваемость скарлатиной, т.е. практически в 2 раза в сравнении с 2019 годом. Количество заболевших в 2020 году составляло 46 случаев против 88 случаев за 2019 год, что является сугубо положительным моментом. Все заболевшие также были детьми в возрасте до 17 лет.

Отрицательным моментом является рост заболеваемости населения города Донецка коклюшем на 59,4% в 2020 году. В 2019 году наблюдалось всего 10 случаев заболевания населения данной инфекцией, в то время как уже в 2020 году мы видим рост этого показателя до 16 случаев. В возрастной структуре заболевших преобладают лица детского возраста (заболело 15 детей и 1 взрослый). Из 16 заболевших 5 детей привиты против коклюша, 10 человек не имеют возрастного набора прививок, в том числе 8 по причине отказа родителей от проведения прививок. У 5 заболевших диагноз был подтвержден лабораторно – методом иммуноферментного анализа (ИФА), у 9 заболевших диагноз был выставлен клинически.

На данный момент охват иммунизацией населения города Донецка является неполным на начало 2020 года. Общий процент вакцинации населения – 61,7%, а ревакцинации – 66,0%. Низкий процент

выполнения запланированных объемов иммунизации и отказы от проведения профилактических прививок, свидетельствуют о недостаточной разъяснительной работе среди населения сотрудниками учреждений здравоохранения о необходимости проведения профилактических прививок и элементарной человеческой безответственности.

Выводы. Следовательно, ситуация по развитию вакциноуправляемых инфекций среди населения г. Донецка остается стабильной. В современном обществе большинство людей полагает, что поскольку некоторые заболевания ликвидированы или встречаются редко, они уже не представляют угрозы для их здоровья и что сама прививка опаснее инфекционного заболевания. Такое положение дел способно привести к снижению уровня охвата населения вакцинацией и следствием данного явления может явиться возникновение и распространение вакциноуправляемых инфекционных заболеваний. Необходимо развивать практику массовой вакцинации и санитарно-просветительскую работу с населением для дальнейшего поддержания и повышения уровня общественного здоровья.

Список литературы:

1. Смирнов С.М., Ясинский. А.А. Профилактические прививки /С.М. Смирнов, А.А. Ясинский – М.: Медицина, 2016.– 264 с.
2. Шамшева В.О. Клиническая вакцинология /В.О. Шамшева – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 267с.
3. Таточенко В.К. Иммунопрофилактика – 2018 /под ред. В. К.Таточенко, Н. А. Озерецковского. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 268 с

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В Г. ЧИТЕ

Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А.

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) продолжает сохранять свою актуальность на современном этапе в связи с широким распространением, возможными постинфекционными нарушениями пищеварения, а также значительными экономическими затратами. В последнее время существенно изменилась этиологическая структура кишечных инфекций, что особенно характерно для детского возраста [1, 2]. На смену классическим бактериальным патогенам во всем мире пришли вирусы, которые вызывают 50-80% всех случаев острых кишечных инфекций у детей [3, 4]. Среди возбудителей вирусных кишечных инфекций основную роль в настоящее время играют ротавирусы, обуславливающие от 29% до 45% госпитализаций ОКИ по всему миру [5]. Ротавирусный гастроэнтерит распространен повсеместно, и из всего спектра кишечных патогенов ротавирус наиболее часто является причиной развития тяжелой диареи с эксикозом у детей первых лет жизни. Помимо ротавируса спектр возбудителей кишечных инфекций расширился за счет норовирусов, кампилобактера, *Clostridiumdifficile* и других более редких патогенов. [6]

Цель: изучить этиологическую структуру острых кишечных инфекций в разных возрастных группах среди госпитализированных больных в г. Чите.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование 2286 случаев госпитализации пациентов с диагнозом: Острая кишечная инфекция, находившихся на лечении в ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» в период с января 2020 по март 2021 гг. Возрастной диапазон госпитализированных – от 2 месяцев до 82 лет. Этиология ОКИ верифицировалась путем обнаружения РНК или ДНК вирусов в фекалиях полимеразной цепной реакции (ПЦР), а также бактериологическим методом. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ STATISTICA 6.1.

Результаты: Методом ПЦР этиология ОКИ была верифицирована у 46% исследуемых, бактериологическим у 1,9%, в остальных случаях (52,1%) причина инфекции оставалась неуточненной. Распределение частоты встречаемости патогенов в возрастных группах было представлено следующим образом: ротавирусная инфекция – 0-1 года – 4,6%, 1-2 лет – 59%, 3-6 лет – 25,4%, 7-14 лет – 6,3%, 15-17 лет - 0,6%, старше 18 лет – 4,1%; норовирусная инфекция – 0-1 года – 2,2%, 1-2 лет – 47%, 3-6 лет – 28,6%, 7-14 лет – 11,5%, 15-17 лет – 1,3%, старше 18 лет – 8,8%; астровирусная инфекция – 0-1 года – 14,8%, 1-2 лет – 46,9%, 3-6 лет – 29,6%, 7-14 лет – 6,2%, 15-17 лет – 0%, старше 18 лет – 2,5%; энтеровирусная инфекция – 0-1 года – 14,2%, 1-2 лет – 42,3%, 3-6 лет

– 26,9%, 7-14 лет – 3,8%, 15-17 лет – 0%, старше 18 лет – 12,8%. Возбудители бактериальной природы преобладали у лиц старше 18 лет (81,5%), среди них: *Campylobacterspp.* – 37,1%, *Salmonellaspp.* – 60%, *Shigellaspp.* – 2,9%. В возрастных группах до 18 лет в качестве возбудителей бактериальных кишечных инфекций выступают *Campylobacterspp.* – 87,5%, *Salmonellaspp.* – 12,5%.

Выводы: ведущее место в этиологической структуре острых кишечных инфекций у детей в г. Чите занимают ротавирусная и норовирусная инфекция, преобладая у детей в возрасте от 1 до 6 лет. У пациентов старше 18 лет лидировали возбудители бактериальной природы, из представителей кишечных вирусов наибольшее значение имела энтеровирусная инфекция.

До сих пор в половине всех случаев ОКИ не удается верифицировать возбудитель, что может быть связано с погрешностями забора, хранения и доставки материала, а также с элиминацией возбудителя из кишечника к моменту проведения исследования.

Список литературы:

1. Горелов, А.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекций у детей: пособие для врачей / А.В. Горелов, Л.Н. Милютин, Д.В. Усенко – М. : Медицина, 2006. – 106 с. 78
2. Изучение этиологии ОКИ у детей, госпитализированных в инфекционные отделения стационаров Москвы / А.Т. Подколотин [и др.] // Инфекционные болезни. – 2004. – № 4. – С. 85-91.
3. Glass, R.I. Beyond discovering the viral agents of acute gastroenteritis / R.I. Glass // *Emerg Infect Dis.* – 2013. – Vol. 19, № 8. – P. 1190-1191.
4. Этиологическая структура острых инфекционных диарей у детей и взрослых / С.В. Халиуллина [и др.] // *Практ. медицина.* – 2012. – № 1. – С. 13-15.
5. Rotavirus and severe childhood diarrhea / U.D. Parashar [et al.] // *Emerg. Infect. Dis.* – 2006. – Vol. 12, № 2. – P. 304-306.
6. Структура госпитализированных острых кишечных инфекций в 2015-2016 гг / А. Н. Грижевская, О. С. Островская, Н. В. Ляховская, А. М. Хныков // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: Материалы 72-ой научной сессии сотрудников университета, Витебск, Республика Беларусь, 25–26 января 2017 года / Витебский государственный медицинский университет. – Витебск, Республика Беларусь: Витебский государственный медицинский университет, 2017. – С. 76-78.

ВРОЖДЕННЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Брылева Л.И.

ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», г. Чита

В структуре всех острых гепатитов доля детей, больных острым ВГВ в России составляет 1%. Среди них преобладают больные с безжелтушными формами ВГВ, соотношение желтушных и безжелтушных форм в детском возрасте составляет 1:10-15. Это в полной мере относится и к новорожденным, инфицированным ВГВ перинатально. В 90-95% случаев заболевание в раннем детском возрасте протекает в безжелтушной, субклинической и инаппарантной формах. Затяжной процесс может возникать на любом этапе и в желтушном, и в восстановительном периоде. Риск хронизации ВГВ-инфекции определяется во многом возрастом в момент инфицирования: у новорожденных он достигает более 90%, у детей и подростков 20-30 % и у взрослых 5-10%. Тяжелые, фульминантные формы болезни регистрируются в 0,5-1% случаев, летальность при них 0,2-0,4%. Инфицирование ребенка от матерей больных острым и хроническим ВГВ возможно пренатально, интранатально и постнатально, и составляет 1%, а в гиперэндемичных районах до 40%. Заражение в 95% происходит в период родов. Вертикальная (трансплацентарная) передача ВГВ крайне редка (менее 5%). Имеется прямая корреляция между степенью риска передачи инфекции ребенку и наличием HBeAg в крови у матери (риск возрастает до 90%).

Мальчик 3 мес., госпитализирован в ГУЗ ККИБ 18.02.2020г. Из анамнеза известно, что ребенок рожден от первой беременности, первых родов. У молодой матери беременность протекала на фоне ХВГВ с ДНК-емией $4,8 \times 10^7$, HBeAg-емией. ПВТ мать не получала. Роды в срок естественным путем, вес при рождении 3018 г, оценка по Апгар при рождении 10-9 б. В роддоме проведена вакцинация против ВГВ. Выписан на 6 сутки в удовлетворительном состоянии.

С рождения получал естественное вскармливание. В возрасте 2 месяцев мать обратила внимание на потемнение мочи, пожелтение кожи, срыгивание. При биохимическом исследовании крови: билирубин общий 136,7 ммоль\л, Алт 257Ед\л, Аст 125 Ед\л. При обследовании серологическим методом выявлен HBsAg, и методом ПЦР ДНК ВГВ. Для дальнейшего лечения ребенок переведен в ГУЗ ККИБ. При поступлении состояние ребенка расценено как тяжелое за счет интоксикации, острой печеночной недостаточности, энцефалопатии, гипербилирубинемии, цитолиза гепатоцитов, бронхообструктивного синдрома, анемии, вторичной коагулопатии (снижение ПТИ до 50%). При осмотре ребенка: сознание ясное, но вялый, плаксивый. Очаговой, менингеальной симптоматики не отмечалось. Вес при поступлении=6.00 кг, Т тела 36,7°С. Кожные покровы, видимые слизистые желтушные, в местах инъекций кровоизлияния. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипы влажные и сухие рассеянные с обеих сторон. ЧДД=28 в мин. SpO₂ 96%. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 150 в минуту. АД=90\60 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме, пальпации доступен, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 1,0 см, закругленный, мягко-эластичной консистенции, пальпируется край селезенки. Стул кашицеобразный светло-желтого цвета. Диурез сохранен, моча темно-желтого цвета. При дополнительных исследованиях: УЗИ абдоминальное: увеличение печени, диффузные изменения паренхимы печени, изменения парапузырной клетчатки, увеличение селезенки, жидкость в брюшной полости. При контрольном исследовании через 15 дней: сохраняется гепатомегалия, диффузные изменения печени, изменения парапузырной клетчатки. Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено. Рентген ОГК при поступлении: Двусторонняя очаговая пневмония. Рентген ОГК контроль (на 20 сутки нахождения в стационаре) остаточные явления пневмонии. На 2 сутки нахождения ребенка в стационаре состояние с отрицательной динамикой в виде нарастания энцефалопатии, ДН до 3 степени, что потребовало интубации и проведения ИВЛ (в течение 6 суток). Нарастание признаков гипокоагуляции потребовало трансфузии одногруппной ФКСЗП 15мл\кг (всего 6 трансфузий). При дополнительном исследовании ПЦР: из носоглотки выделен RSV. Бактериологическом исследовании БАЛ: получен обильный рост *Pseudomonas aeruginosa*. ИФА крови при поступлении: выявлены HBsAg, антиHBs, антиHBsAg IgM, HBeAg. При выписке: выявлены HBsAg, антиHBs, антиHBsAg IgM, G, антиHBe IgG. Не выявлен HBeAg. Обследование на другие гепатотропные вирусы ЦМВ, ЭБВ, ВГЧ 6 типа с отрицательным результатом. Ребенок получал лечение: гормонотерапию, инфузионную детоксикационную терапию, заместительную терапию ФКСЗП, гемостатическую терапию, антибактериальную терапию. На фоне терапии состояние с положительной динамикой. Выписан в удовлетворительном состоянии на 29 сутки, с рекомендациями продолжить прием суспензии Ламивудин (1мл\10мг) 4 мг\кг 2 раза в сутки внутрь в течение 6 месяцев, биопрепараты, препарат УДХК. Диагноз клинический заключительный: 1) Острый врожденный вирусный гепатит В, манифестная желтушная форма, тяжелой степени. 2) Острая двусторонняя пневмония, вирусно-бактериальной этиологии (RSV, *Pseudomonas aeruginosa*) тяжелое течение. ДН 3 ст. ИВЛ 19.02-25.02.20. Осложнение: ОПН 1 ст. Асцит. Вторичная коагулопатия. Энцефалопатия гипоксически-метаболического генеза. Гиперкинетический синдром. Анемия смешанного генеза легкой степени.Реципиент ФКСЗП. Таким образом, у ребенка, рожденного от матери с ХВГВ высокой активности, имело место заражение в перинатальный период (вероятнее интранатально), получившим 1-кратную вакцинацию против ВГВ, через 8 недель после рождения манифестировал ОВГВ в желтушной форме тяжелой степени. Тяжесть состояния усугубляло реинфицирование РС-вирусом и синегнойной палочкой с развитием тяжелой пневмонии, потребовавшей проведения ИВЛ в течение 6 суток. Через 4 недели от начала заболевания сохранялась ДНК-емия, что свидетельствовало о затяжном течении и высокой вероятности хронизации заболевания. В катамнезе: при контрольном исследовании крови через 6 мес методом ПЦР: ДНК ВГВ в крови не обнаружена. Отмечена положительная весовая динамика, нормализация биохимических показателей крови, исчезновение HBsAg и появление анти HBs.

ОЦЕНКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ У ПАЦИЕНТОВ В УРОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Бурдинская Ж.С.¹, Калинина Э.Н.², Епифанцева Н.В.², Емельянова А.Н.², Чупрова Г.А.²

¹ГУЗ «ГКБ №1», г. Чита

²Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Общеизвестно, что проблема непрерывного роста антибиотикорезистентности – одна из острейших медицинских и социальных проблем. Следствием этого процесса является увеличение заболеваемости, переходу инфекций в хроническое течение, развитие осложнений, увеличение затрат на медицинскую помощь, удлинения сроков лечения и уровня смертности. Разработка новых антибиотиков – сложный, длительный и крайне дорогостоящий процесс. Антибиотики теряют свою эффективность так быстро, что фармкомпании не успевают создавать новые. Все более необходимым становится рациональное использование имеющихся антимикробных препаратов с учетом спектра их активности и профиля антибиотикорезистентности основных возбудителей. Именно это является одним из первостепенных условий сохранения чувствительности микроорганизмов к препаратам.

В структуре инфекционной заболеваемости инфекции мочевыделительной системы (ИМП) относятся к самым распространенным заболеваниям, занимая второе место, уступая лишь респираторным инфекциям [3]. ИМП являются причиной более 7 млн обращений к врачу ежегодно, причем как минимум 15% отобобщенного числа всех назначаемых антибиотиков приходится непосредственно на долю данной патологии. Попытки пациентов самостоятельно лечить инфекции мочевых путей (ввиду доступности антибактериальных препаратов) повышают риск прогрессирования заболевания или приводят к формированию устойчивых к антибиотикам форм бактерий [1, 2].

Цель работы: изучить этиологическую структуру при основных урологических заболеваниях и отразить динамику антимикробной резистентности микроорганизмов к наиболее часто используемым для лечения этих инфекций антибактериальным препаратам.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 401 данных микробиологических исследований мочи, мазков уретры на микрофлору и результатов индивидуальных антибиотикограмм у пациентов урологического отделения урологического отделения ГУЗ «Городская клиническая больница № 1» за период 2016-2018 гг. В 2016 г. обследовано 62 пациента, в 2017 г. – 74, в 2018 г. – 265. У всех пациентов клинические симптомы заболевания были типичными, и в общем анализе мочи выявлена лейкоцитурия. Большинство пациентов, включенных в анализируемую группу (71%) неоднократно (минимум 1 раза в год) получали курсы антибактериальной терапии, 67% данных пациентов в анамнезе – занимались самолечением. Для бактериологического исследования после соответствующей гигиенической процедуры у пациентов забирали среднюю порцию утренней мочи в одноразовый (стерильный) контейнер стерильным ватным тампоном, входящим в комплект системы для сбора и транспортировки, отбирался биоматериал из уретры до назначения антибиотиков. Верификацию микроорганизмов, выделенных из мочи и уретры, идентифицировали по общепринятым методикам. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью IBM SPSS Statistics Version 25.0.

Результаты. При оценке результатов микробиологического исследования мочи и мазков из уретры (401 образец) у пациентов урологического отделения выявить возбудителей удалось в 71% (n = 284) случаев. В 29% (n = 117) случаев возбудители не определены скорее всего из-за начала антибактериальной терапии на догоспитальном этапе. За исследуемый период 2016-2018 гг. можно констатировать, что микробиота мочи и уретры пациентов с ИМП характеризовалась определенным постоянством микробной структуры с различными вариантами микробных композиций, но с преобладанием (94,1%) анаэробных возбудителей. Частоты обнаружения в моче и уретре *E. coli*, играющей ведущую роль в структуре возбудителей, колебались незначительно от 34,0% (2016 г.) до 26,0% (2018 г.).

Для остальных представителей семейства *Enterobacteriaceae* (*Citrobacter freundii*) более низкий показатель наблюдали в 2016 г. (7%), с достоверным нарастанием в 2018 г. (28,6%). С 2016 по 2018 год частота обнаружения энтерококков (*Enterococcus faecium*) в моче и мазке из уретры варьировались незначительно (10% и 12% соответственно). Присутствие в биологическом материале

у обследуемых пациентов грамотрицательной факультативно-анаэробной бактерии (*Klebsiella oxytoca*) колебалось от 11% (2016 г.) до 7% (2018 г.). В моче и мазке из уретры пациентов с ИМП в динамике исследования возростала частота обнаружения (*Staphylococcus haemolyticus*) с 7% (2017 г.) до 17% (2018 г.). В целом полученные нами результаты микробиоты мочи и уретры согласуются с данными отечественных и зарубежных авторов, однако обращает внимание относительно большая значимость грамотрицательных возбудителей. За анализируемый период (2016-2018 гг.) проведена оценка антибиотикорезистентности по отдельным изолятам, встречавшимся наиболее часто от общего количества микроорганизмов: *Escherichia coli*, *Citrobacter freundii*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella oxytoca*, *Staphylococcus haemolyticus*, в процентном соотношении между различными группами антибиотиков. Выявлена высокая частота выделения резистентных штаммов *E. coli* к Амоксициллин/Клавулановая кислота (41,5% - 54%) и цефалоспорином I-III поколений (Cefazolin, Cefotaxime, Ceftriaxone) 74%, 72%, 66% соответственно. Наибольшей активностью в отношении микроорганизмов данной группы обладали карбапенемы (Meropenem): нечувствительными к нему были лишь 0,4% штаммов. Резистентность к ингибиторозащищенным пенициллинам (Амоксициллин/Клавулановая кислота) и цефалоспорином I-III поколений (Cefazolin, Cefotaxime, Ceftriaxone) отмечалась более чем у 60% штаммов *Citrobacter freundii*. Сравнительно высокой активностью в отношении *Citrobacter freundii* обладали карбапенемы (Meropenem), фторхинолоны (Levofloxacin), амикацин.

В отношении *Enterococcus faecium* процент нечувствительных штаммов для Амоксициллин/Клавулановая кислота, цефалоспорином I-III поколений (Cefazolin, Cefotaxime, Ceftriaxone), карбапенемам (Meropenem), фторхинолоном (Levofloxacin), амикацину был равен 0.

Staphylococcus haemolyticus по результатам антибиотикограмм обладает высокой чувствительностью (24, 30, 20, 21 соответственно) к цефалоспорином III поколения (Ceftriaxone), карбапенемам (Meropenem), фторхинолоном (Levofloxacin), амикацину.

Выводы: Таким образом, антибактериальная терапия ИМП у урологических больных в стационаре должна основываться на данных микробиологической диагностики возбудителя инфекции у каждого больного и его чувствительности к антибактериальным препаратам. Начальная эмпирическая антимикробная терапия урологических больных может назначаться только до получения результатов бактериологического исследования, после которого она должна быть изменена согласно антибиотикочувствительности выделенного микроорганизма.

Список литературы:

1. Динамика антибиотикорезистентности у больных урологического профиля/ В.Е. Рязанцев, В.В. Власов, Ф.В. Румянцев, В.О. Киушкин // Эффективная фармакотерапия. – 2020. – Т. 16, № 3. – С. 8–13.
2. Мониторинг микробиоты мочи и антибиотикорезистентности уропатогенов в одном урологическом стационаре / Ю.Л. Набока, А.К. Алькина, М.И. Коган [и др.] // Вестник урологии. – 2020. – № 8 (3). – С. 47–57.
3. Рафальский В.В. Антибиотикорезистентность возбудителей неосложненных инфекций мочевых путей в Российской Федерации // Вестник урологии. – 2018. – № 6 (3). – С. 50–56.

ВСПЫШКИ COVID-19 В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Голубкова А.А.¹, Козлова И.И.², Остапенко Н.А.², Сисин Е.И.²,

¹ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии»

Роспотребнадзора, г. Москва

²ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре», г. Ханты-Мансийск

Купирование вспышечной заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в медицинских организациях (МО) – одна из важнейших задач, стоящих перед Роспотребнадзором и практическим здравоохранением [1,2]. Анализ условий возникновения вспышек COVID-19 в МО, позволяет оптимизировать противоэпидемические мероприятия и предупреждает формирование групповой заболеваемости.

Цель. Изучить особенности вспышек новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в МО для корректировки противоэпидемических мероприятий.

Методы исследования. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ «Актов эпидемиологического расследования очагов инфекционных (паразитарных) болезней с установлением причинно-следственной связи» (57 единиц), предоставленных из субъектов России в рамках Пилотного проекта «Совершенствование мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». В работе применяли эпидемиологический (описательно оценочный и аналитический) и статистический методы исследования.

Полученные результаты. Наиболее часто вспышечная заболеваемость регистрировали в многопрофильных больницах, что составило 70,2 % от суммарного количества вспышек. На специализированные МО неинфекционного профиля и поликлиники приходилось соответственно 12,3 и 10,5 %, а на станции скорой медицинской помощи и иные МО по 1,8 и 5,3 % вспышек.

Среди заболевших сотрудников МО было 62,6 %, в том числе врачей – 16,6%, средних и младших медицинских работников – 50,6 и 14,3 % и прочих сотрудников – 21,5 %.

При внутрибольничных вспышках COVID-19 индекс очаговости соответствовал 16,9, средняя продолжительность существования очага была равной 32,4 суткам.

Данные о 57 вспышках COVID-19 в МО были суммированы с построением «объединенной» диаграммы по методике, описанной Михеевой И.В. с соавторами, 2013 г. [3]. Продолжительность так называемой «объединенной» вспышки составила 71 день, при этом в первый день было зарегистрировано 65 заболевших. Визуально динамика вспышки имела волнообразный характер с периодами подъема и спада. Интервалы между «пиками» заболеваемости составляли 3-7 дней. Максимальное количество заболевших от момента возникновения очага приходилось на 1 и 8 дни (65 и 58 случаев соответственно). В дальнейшем наблюдали постепенное «угасание» активности вспышки с «пиками» на 22, 27, 30 дни. Подобное «объединение» очагов внутрибольничной инфекции было проведено отдельно для вспышек с числом от 10 и более пострадавших и вспышек с количеством пострадавших менее 10.

Вспышек с числом пострадавших более 10 человек было 27, продолжительность составила 71 день. В первый день таких вспышек было зарегистрировано 28 заболевших. На первую половину линии вспышки находилось 52,0 % всех случаев заболеваний. Интервалы между «пиками» заболеваемости также составляли 3-7 дней. Максимальное количество заболеваний наблюдалось на 3, 8, 15, 22, 27, 30 дни.

Вспышек с числом заболевших менее 10 чел. было 30. Продолжительность таких вспышек была в 2,4 раза меньше по сравнению со вспышками с числом пострадавших более 10. Наибольшее число заболевших приходилось на первый день – 37 человек. При этом 16,7 % вспышек начинались с одномоментной заболеваемости 2-3 человек. Динамика таких вспышек имела более сглаженную линию тренда, вследствие меньшей выраженности подъема заболеваемости. Наибольшее количество заболевших было зарегистрировано в первый и восьмой дни вспышки и в целом в первую ее половину – 85,1 %, что было достоверно выше чем при вспышках с числом пострадавших более 10 ($p \leq 0,05$). Интервалы между наиболее высокими уровнями заболеваемости составляли от 2-х до 5 дней.

При сопоставлении дополнительных данных по двум категориям вспышек было установлено, что доля бессимптомных носителей во вспышках с большим числом пострадавших была больше, составляя 24,0 и 14,0 % соответственно ($p \leq 0,05$).

Выводы.

Внутрибольничные вспышки COVID-19 чаще регистрировали в многопрофильных больницах (70,2 %).

Вспышки в МО (с числом пострадавших 10 и более) характеризовались значительным числом лиц с бессимптомным течением заболевания.

Выявленные в процессе исследования закономерности в динамике вспышек с разным количеством заболевших, а именно наиболее высокие уровни заболеваемости на 8 и 15-16 дни позволяют прогнозировать динамику распространения SARS-CoV-2 в МО, что может быть использовано при планировании противоэпидемических мероприятий.

Список литературы

1. Брико Н.И., Каграманян И.Н., Никифоров В.В., и др. Пандемия COVID-19. Меры борьбы с ее распространением в Российской Федерации // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2020. Т. 19, №2. С.4-12.

2. Козлова И.И., Сисин Е.И., Остапенко Н.А., Голубкова А.А. Характеристика вспышек коронавирусной инфекции в медицинских организациях. В сб.: VIII конгресса с международным участием «Контроль и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП-2020)»; 25-27 ноября 2020. М.; 2020. Р. 58-59.
3. Михеева И.В., Герасимов А.Н., Салтыкова Т.С., и др. Применение математического моделирования для анализа вспышек ветряной оспы в детских организованных коллективах//Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013. Т. 68, №1. С.69-73.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ ЦИТОФЛАВИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННОГО COVID-19

Емельянова А.Н.¹, Бродягина И.В.¹, Захарова Т.В.², Емельянов А.С.¹, Епифанцева Н.В.¹,
Калинина Э.Н.¹, Максарова Я.Б.¹, Орлова Е.В.¹, Цыдыпов Б.Ц.¹, Чупрова Г.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» г. Чита

²ГАУЗ «ЦМР Дарасун»

Установлено, что даже при легком течении возбудитель SARS-CoV-2 может приводить к хроническим патологиям практически всех внутренних органов, нервной системы. Реабилитация нужна всем пациентам без исключения [1]. На слабость и недомогание жалуются более 90% выздоровевших после перенесенного «ковида», поэтому проблема восстановления сил и энергии заслуживает особого внимания.

Цель работы: оценка безопасности и эффективности применения цитофлавина у больных в постковидный период.

Материалы и методы. В исследование были включены 40 пациентов (лица женского пола, в возрасте от 22 до 64 лет), перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, подтвержденную (вирус идентифицирован), нетяжелое течение (без поражения легких, КТ-0). Обследуемые предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, нарушение сна, раздражительность, снижение внимания, трудность усвоения информации, потребность в дополнительном отдыхе. Все пациенты были разделены на 2 группы – основную и контрольную по 20 человек в каждой. Пациенты основной группы получали цитофлавин с 1-х по 25-е сутки наблюдения включительно по 2 таблетки 2 раза в день на фоне стандартной базисной терапии. Пациенты контрольной группы получали только базисную терапию. Переносимость цитофлавина оценивалась по данным о побочных эффектах препарата у пациентов основной группы. Влияние цитофлавина на симптомы постковидного периода оценивались по динамике предъявляемых жалоб и проявлений астенизации после курса лечения по сравнению с состоянием пациентов в первые дни реабилитации в зависимости от приема препарата. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2013. Для представления количественных величин вычисляли среднее значение (M), стандартное отклонение (SD). Статистическая достоверность оценивалась при $p < 0,05$.

Результаты. Оценка безопасности цитофлавина: в ходе исследования цитофлавин продемонстрировал высокую безопасность применения. За весь период наблюдения у больных, получавших препарат, не зафиксировано его непереносимости, побочных явлений, нежелательных взаимодействий с препаратами базисной терапии. Влияние цитофлавина на клиническую картину заболевания: отмечено, что на фоне терапии цитофлавином уменьшалась частота жалоб на головную боль ($p < 0,001$), головокружение ($p < 0,03$), повышенную утомляемость и нарушения сна ($p < 0,01$). Жалобы на снижение внимания и трудность усвоения информации перестали предъявлять 12 (60,0%) пациентов. На 25-й день наблюдения выявлено, что у всех пациентов проявления астенизации значительно уменьшились ($p < 0,01$). При этом подобная положительная динамика была более выраженной в группе, получавшей цитофлавин ($p < 0,03$).

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало хорошую переносимость курсовой терапии цитофлавином у пациентов в постковидный реабилитационный период (в дозировке 2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней), приводящую к улучшению клинической симптоматики (уменьшению частоты жалоб на головную боль, головокружение, нарушения сна) и купированию астенизации. Эффективность цитофлавина как средства реабилитации пациентов с нетяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19 требует дальнейших исследований.

Список литературы.

1. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (Covid-19) / Г.Е. Иванова, И.Н. Баландина, И.С. Бахтина, А.А. Белкин, А.Ф. Беляев [и др.] // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2020. – №2. – С. 140-189.

НЕЙРОИНФЕКЦИЯ КАК КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Мироманова Н.А., Никифорова Т.Ф., Коновальчикова Т.А., Алексеева А.А., Хайдукова Т.А.
Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется около 1 млн. менингитов, энцефалитов, из которых 200 тысяч случаев заканчиваются летально. В России ежегодно регистрируется от 30 до 50 млн. случаев инфекционных заболеваний, при этом экономический ущерб от них достигает 20 млрд. рублей. В структуре всей заболеваемости детей частота инфекционных болезней превышает 90%. Среди инфекционных заболеваний у детей до 3-5% приходится на инфекционные заболевания нервной системы [1—3]. Известно, что нейроинфекции, особенно у детей, отличаются тяжестью течения за счет быстрого развития неотложных состояний, обуславливающих летальный исход. Это обосновывает актуальность совершенствования их ранней диагностики и тактики ведения.

Цель работы. Изучить клинические особенности течения нейроинфекций среди госпитализированных больных детского возраста.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 31 истории болезни с нейроинфекциями среди детей, находившихся на стационарном лечении в ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» в период с 2017 по 2019 год. Диагностика заболевания основывалась на данных эпидемиологического анамнеза, учета и анализа клинических симптомов; верификация осуществлялась методом полимеразной цепной реакции с исследованием спинномозговой жидкости. Обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ Statistica 6,0 (StatSoft).

Полученные результаты. Установлено, что средний возраст детей, госпитализированных по поводу нейроинфекций, составил 5 лет. В 67,7% случаев дети не имели фоновых заболеваний. Госпитализация детей с нейроинфекциями приходилась на осенне-весенний период (52%). Чаще встречалось сочетанное поражение головного мозга и его оболочек (52%). Изолированное поражение оболочек головного мозга встречалось в 19%, а вещества головного мозга – 29% случаев. Диагноз установлен в первые сутки заболевания у 94% пациентов. Нейроинфекции имели острую манифестацию во всех случаях с лихорадочного симптома (100%) и в половине случаев с общемозговых и менингеальных симптомов. Средние показатели температуры тела среди госпитализированных детей составили 38,5°C, продолжительность интоксикации – 6 дней. Судорожный синдром наблюдался у 22,5% пациентов с преобладанием тоникоклонического характера в 71,5%. Нарушение сознания до комы 2 степени отмечалось у 6,4% пациентов, продолжительностью 19 дней. Очаговая симптоматика преобладала в виде атаксии и бульбарных нарушений в 16,1% случаев. Помимо неврологической симптоматики, у 45,1% больных отмечался респираторно-катаральный синдром, в 19,3% случаев наблюдалась геморрагическая сыпь, диарея – в 6,4% случаев. Цитоз в ликворе в среднем составил 989 клеток чаще нейтрофильного характера, содержание глюкозы и хлоридов не изменялось. Наиболее частыми причинами нейроинфекций явились герпесвирусы и менингококки, в 29% случаев возбудитель не установлен. По результатам гемограммы отмечается умеренный лейкоцитоз ($15,4 \times 10^9/\text{л}$) нейтрофильного характера. Чаще заболевание протекало в тяжелой форме (77%). Отек головного мозга как осложнение нейроинфекции наблюдался в 74,1% случаев. Реже в качестве осложнений регистрировался септический шок. Лишь в 25,8% заболевание протекало без осложнений. В лечении использовалась антибактериальная терапия в 93,5% случаев с длительностью 13,8 дней. 29% детей получали противовирусные препараты. На искусственной вентиляции легких находились 5 детей. Исход заболевания в виде выздоровления отмечен в 35,5% случаев, 19,4% детей выписывались из стационара с улучшением, в 45,1% негладкое течение нейроинфекции требовало перевода для дальнейшей реабилитации в профильные отделения. Длительность госпитализации составила в среднем 15,4 дней.

Выводы. Нейроинфекции у детей остаются самой тяжелой социальной проблемой. Причинно-следственная связь между инфекционным фактором и заболеванием нервной системы у детей является ключевой в формировании особенностей течения и исходов заболевания. Этиологический и клинический полиморфизм инфекционных заболеваний нервной системы определяет проблемные вопросы их диагностики и лечения, основными путями решения которых являются непрерывный клинико-лабораторный и эпидемиологический мониторинг с анализом характеристик возбудителя и современных особенностей течения инфекционного процесса, определение приоритетного звена патогенеза и адресное совершенствование терапевтической тактики с использованием новых медикаментозных средств, что способствует улучшению исходов. Только объединение усилий педиатров, неврологов, инфекционистов, реаниматологов, эпидемиологов, вирусологов, микробиологов позволит решать проблемные вопросы в перспективе.

Список литературы:

1. Неврология. Национальное руководство /под ред. Гусева Е.И. и др. Раздел «Нейроинфекции» Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скрипченко Н.В. — С. 853—890. [Neurology. National guideline / underred. Gusev E. I. et al. Division «Neuroinfections» Skoromets A.A., Skoromets A.P., Skripchenko N.V. — P. 853—890.]
2. Сорокина М.Н., Иванова В.В., Скрипченко Н.В. Бактериальные гнойные менингиты у детей. — М.: Медицина. — 2003. — 376 с. [Sorokina M.N., Ivanova V.V., Skripchenko N.V. Bacterial purulent meningitis in children. — M.: Medicine. — 2003. — 376 p.]
3. Сорокина М.Н., Скрипченко Н.В. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей. — М.: Медицина. — 2004. — 346 с. [Sorokina M.N., Skripchenko N.V. Viral encephalitis and meningitis in children. — M.: Medicine. — 2004. — 346 p.]

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Платонова Т.А.¹, Голубкова А.А.², Карбовничая Е.А.¹, Смирнова С.С.^{3,4}

¹ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье», Екатеринбург

²ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва

³ЕНИИВИ ФБУН ГНЦ ВБ «ВЕКТОР» Роспотребнадзора, Екатеринбург

⁴ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

Известно, что уровень интерлейкина-6 (IL-6) в сыворотке крови пациентов является маркером острого воспаления и может быть использован клиницистами уже на ранней стадии заболевания для выявления пациентов с тяжелой клинической формой новой коронавирусной инфекции (COVID-19), а также при прогнозе течения болезни и принятии решений по тактике лечения [1-5].

Цель исследования – оценить значение различных цитокинов в прогнозе течения болезни у пациентов с коронавирусной инфекцией в клинической практике.

Материалы и методы. Работа выполнена в ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора и ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» в 2020-2021 гг.

В исследовании участвовали 86 пациентов с лабораторно подтвержденной новой коронавирусной инфекцией. Среди них у 22 человек заболевание было в форме острой респираторной инфекции (ОРВИ), у 64 была диагностирована интерстициальная пневмония различной степени тяжести. В рамках данного исследования определяли уровень IL-6 как стандартного маркера воспаления, который считали значимым прогностическим критерием в оценке тяжести болезни. Также оценивали уровни других интерлейкинов (IL-1 β , IL-10), интерферонов (IFN- α , IFN- β , IFN- γ), фактора некроза опухолей (TNF- α) и С9-компонента системы комплемента. Исследования выполнены на базе клинико-диагностической лаборатории ООО «УГМК-Здоровье» методом иммуноферментного анализа.

В исследовании применяли эпидемиологический (описательно-оценочный и аналитический), клинический и статистический методы исследования. При анализе полученных данных использовали общепринятые статистические приемы. Характер распределения данных определяли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, а также показателей асимметрии и эксцесса. Для оценки связи уровней IL-6 и других цитокинов использовали коэффициент корреляции Спирмена. Тесноту связи

интерпретировали по шкале Чеддока. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Статистическую обработку материалов проводили с использованием пакета прикладных программ MicrosoftOffice 2013 и IBM SPSSStatistics (26 версия).

Результаты. При проведении корреляционного анализа не было выявлено связи между уровнем IL-6 и такими цитокинами как IFN- α , IFN- β , IL-1 β и фактор некроза опухолей (рСпирмена составил -0,036, -0,015, 0,037 и 0,063, соответственно). Между уровнем IL-6 и IFN- γ была выявлена прямая корреляционная связь слабой тесноты (рСпирмена=0,249, $p=0,027$). При сравнении уровней IL-6 с IL-10 и С9-компонентом системы комплемента установлена прямая корреляционная связь умеренной тесноты (рСпирмена=0,424 и 0,318, $p < 0,001$ и $p=0,005$, соответственно).

Выводы. Таким образом, при сравнительной оценке значимости различных цитокинов в прогнозе болезни было установлено, что наряду с IL-6 в качестве дополнительных прогностических критериев тяжести процесса могут быть использованы IL-10 и С9-компонент системы комплемента, что имеет значение при прогнозе течения заболевания у пациентов с COVID-19 в клинической практике.

Список литературы

1. Aziz M., Fatima R., Assaly R. Elevated interleukin-6 and severe COVID-19: A meta-analysis. J Med Virol. 2020; 92(11):2283-2285. doi: 10.1002/jmv.25948.
2. Coomes E.A., Haghbayan H. Interleukin-6 in Covid-19: A systematic review and meta-analysis. Rev Med Virol. 2020; 30(6):1-9. doi: 10.1002/rmv.2141.
3. Liu F., Li L., Xu M., Wu J., Luo D., Zhu Y., Li B., Song X., Zhou X. Prognostic value of interleukin-6, C-reactive protein, and procalcitonin in patients with COVID-19. J Clin Virol. 2020; 127:104370. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104370.
4. Ulhaq Z.S., Soraya G.V. Interleukin-6 as a potential biomarker of COVID-19 progression. Med Mal Infect. 2020; 50(4):382-383. doi: 10.1016/j.medmal.2020.04.002.
5. Mojtabavi H., Saghazadeh A., Rezaei N. Interleukin-6 and severe COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Eur Cytokine Netw. 2020; 31(2):44-49. doi: 10.1684/ecn.2020.0448.

COVID-19 У СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ЧАСТОТА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ В ЕЕ ДИНАМИКЕ

Платонова Т.А.¹, Голубкова А.А.², Смирнова С.С.^{3,4}, Никитская А.Д.⁵

¹ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье», Екатеринбург

²ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва

³ЕНИИВИ ФБУН ГНЦ ВБ «ВЕКТОР» Роспотребнадзора, Екатеринбург

⁴ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

⁵ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Москва

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) особую актуальность приобретают исследования, связанные с оценкой частоты встречаемости и клинической значимости отдельных проявлений этого заболевания, а также с анализом последствий перенесенной инфекции [1-5].

Цель исследования – проанализировать клинические проявления новой коронавирусной инфекции у медицинских работников и оценить их динамику в острый период и период реконвалесценции.

Материалы и методы. Работа выполнена в ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора и ООО «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» в 2020-2021 гг.

Для анализа клинических проявлений COVID-19 у сотрудников медицинских организаций была использована онлайн-анкета, которая была разработана авторами на базе электронных сервисов Google и распространялась среди сотрудников медицинских организаций посредством корпоративной электронной почты или мессенджера WhatsApp. В исследовании участвовали 366 сотрудников, которые переболели коронавирусной инфекцией в 2020 году.

В исследовании применяли эпидемиологический (описательно-оценочный и аналитический), социологический и статистический методы исследования. При анализе полученных данных использовали общепринятые статистические приемы. Статистическую обработку материалов проводили с использованием электронных сервисов Google и пакета прикладных программ MicrosoftOffice 2013.

Результаты. У большей части сотрудников (271 или 74,0%) заболевание протекало в форме острой респираторной инфекции легкой или средней степени тяжести, у 85 (23,3%) в виде интерстициальной пневмонии, у 10 человек (2,7%) клинические проявления отсутствовали.

Среди клинических проявлений заболевания наиболее часто беспокоили: слабость – 289 (79,0%), повышение температуры тела – 279 (76,2%) и потеря обоняния (аносмия) – 265 (72,4%). Многие из заболевших предъявляли жалобы на затруднение носового дыхания и серозно-слизистые выделения из носовых ходов (211 или 57,7%), головную боль (198 или 54,1%), боли в мышцах, суставах (189 или 51,6%), кашель (184 или 50,3%), преимущественно сухой. Некоторые респонденты отмечали дисгевзию (175 или 47,8%), головокружение (104 или 28,4%), диспепсические проявления в виде тошноты, рвоты или диареи (103 или 28,1%), чувство «сдавленности» в грудной клетке (101 или 27,6%), боль в глазах (97 или 26,5%), боль в горле (83 или 22,7%), одышку (80 или 21,9%). В единичных случаях респонденты указывали на избыточную потливость, нарушение сердечного ритма, металлический привкус во рту, боль в эпигастральной области, высыпания на коже папулезного или пятнисто-папулезного характера, нарушение сна, судороги в нижних конечностях.

Большинство отмечали, что после купирования основных проявлений коронавирусной инфекции ряд симптомов сохранялся в течение периода реконвалесценции. Наиболее часто это были общая слабость и повышенная утомляемость (65,5% и 57,3%, соответственно), anosmia (54,8%), кашель (42,0%), потеря вкусовых ощущений (40,6%), нарушение концентрации внимания и скорости мышления (36,3%), одышка (33,8%). Вышеуказанные симптомы сохранялись в течение трех месяцев, а в ряде случаев - пять месяцев после болезни.

Выводы. В процессе исследования получены данные об основных клинических проявлениях новой коронавирусной инфекции у медицинских работников, их выраженности в острый период болезни и продолжительности в период реконвалесценции, что может быть использовано при разработке программ краткосрочной и долгосрочной реабилитации для лиц, перенесших коронавирусную инфекцию различной степени тяжести.

Список литературы

1. Брико Н.И., Каграманян И.Н., Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Чернявская О.П., Полежаева Н.А. Пандемия COVID-19. Меры борьбы с ее распространением в Российской Федерации. Эпидемиология и вакцинопрофилактика 2020; 19(2): 4-12. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2020-19-2-4-12>.
2. Jiang F., Deng L., Zhang L., Cai Y., Cheung C.W., Xia Z. Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). J Gen Intern Med 2020; 35(5): 1545-1549. doi: 10.1007/s11606-020-05762-w.
3. Bohlken J., Schomig F., Lemke M.R., Pumberger M., Riedel-Heller S.G. COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review. PsychiatrPrax 2020; 47(4): 190-197. doi: 10.1055/a-1159-5551.
4. Del Turco S., Vianello A., Ragusa R., Caselli C., Basta G. COVID-19 and cardiovascular consequences: Is the endothelial dysfunction the hardest challenge? Thromb Res 2020; 196: 143-151. doi: 10.1016/j.thromres.2020.08.039.
5. Suryavanshi N., Kadam A., Dhumal G., Nimkar S., Mave V., Gupta A., Cox S.R., Gupte N. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. BrainBehav 2020; 10(11): e01837. doi: 10.1002/brb3.1837.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ КОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ У МАТЕРИ

¹Попова Н.Г., ¹Кочерова В.В., ²Волчатникова Н.А., ²Брызгунова О.Г.,
²Купрянова М.В., ²Лютова Е.А.

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита
²ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», Чита

Известно, что дети, родившиеся с экстремально низкой массой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ), имеют «особые» заболевания, которые не встречаются у детей, родившихся доношенными. Одним из таких заболеваний является метаболическая болезнь костей недоношенных. В неонатальном периоде превалирует 1 фаза данного состояния – остеопения.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты развития остеопении у глубоконедоношенных детей, рожденных женщинами с хронической хламидийной или уреоплазменной инфекцией и рожденных женщинами без инфекционной патологии.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинично-лабораторное и инструментальное обследование 57 глубоконедоношенных детей (СГ 25-30 недель), из них 36 детей, рожденных женщинами с хламидийной (ХИ) или уреоплазменной инфекцией (УИ), 21 ребенок, рожденный женщинами без инфекционной патологии. У всех детей проводилась оценка минерального обмена, ПЦР и ИФА диагностика инфекционного процесса, рентгенологическая оценка плотности костной ткани.

Результаты. У детей, рожденных женщинами с инфекционной патологией, снижение минеральной плотности кости обнаружено в 36 (100%) случаях. Выраженная фосфатемия менее 1,2 ммоль/л отмечалась у 30 детей (83%), повышение ЩФ более 1000 МЕ/л – у 34 детей (94%), при этом уровень кальция в 100% оставался в пределах нормы, хотя по данным рентгенографии снижение плотности зоны предварительного обызвествления, истончение кортекса диагностировалось у 28 детей (78%), чашеобразное расширение, неровные края и разрежение эпифизов длинных трубчатых костей отмечалось у 8 детей (22%).

У детей, рожденных женщинами без инфекционной патологии, остеопения наблюдалась в 13 (62%) случаях. Выраженная гипофосфатемия не диагностировалась ни у одного ребенка. Умеренная гипофосфатемия менее 1,8 ммоль/л отмечалась у всех детей этой группы (100%), повышение ЩФ более 600 МЕ/л у 8 детей (62%), при этом уровень кальция в 100% оставался в пределах нормы. По данным рентгенографии снижение плотности зоны предварительного обызвествления, истончение кортекса диагностировалось у 3 детей (23%), чашеобразного расширения, неровных краев и разрежения эпифизов длинных трубчатых костей у детей этой группы не отмечалось.

Мы обратили внимание, что выраженные проявления остеопении и по лабораторным, и по рентгенологическим данным имели место у 20 детей, рожденных женщинами с инфекционной патологией, куривших во время беременности.

В группе детей, рожденных женщинами без инфекционной патологии, лабораторные и рентгенологические данные остеопении развились на 2-3-й неделе у детей, беременность мам которых осложнилась угрозой прерывания во II триместре, – 17 детей (81%). Данный феномен установлен в ряде исследований – при угрозе прерывания беременности, начиная со II триместра, уровень Са и Р в крови женщины снижается, что влечет за собой дефицит этих микроэлементов у детей.

Ни одной женщине в обеих группах не контролировался уровень D-гормона и не проводилась профилактическая его коррекция, что возможно, играет определенную роль в реализации остеопении и ее тяжести.

Заключение. У недоношенных детей, рожденных женщинами с хламидийной или уреоплазменной инфекцией, частота развития остеопении в 6 раз больше, а тяжесть выраженных изменений в 4 раза чаще, чем у детей, рожденных не инфицированными женщинами, при этом курение женщины усугубляет выраженность остеопении.

Список литературы.

1. Нароган М.В. Остеопения (метаболическая болезнь костей) у недоношенных: возможности диагностики, лечения и профилактики / М.В. Нароган, И.И. Рюмина, А.В. Степанов // Неонатология. - 2014. - № 3. - С. 47-54.
2. Gomella T.L. Neonatology: Management, Procedures, On Call Problems, Diseases, and Drugs. 25th ed. / T.L. Gomella - McGraw-Hill, 2017. - 1113 p.
3. Mimouni F.B. Vitamin D in the newborn, part I: Assessment of status and deficiency risk factors / F.B. Mimouni // NeoReviews. - 2019. - Vol. 15, N 5 May. - P. 187-192.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЦМВ-ЭНЦЕФАЛИТОВ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

¹Попова Н.Г., ¹Кочерова В.В., ²Волчатникова Н.А., ²Брызгунова О.Г., ²Купрянова М.В., ²Лютова Е.А.
¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия», Чита
²ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», Чита

Глубоконедоношенные новорожденные формируют до 75% заболеваемости и смертности. Эта группа детей характеризуется наиболее высоким риском по развитию инфекционных заболеваний

с вовлечением нервной системы, связанных с незрелостью иммунитета. Из всех врождённых инфекций наиболее часто встречается – цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ).

Цель: установление особенностей течения ЦМВИ у глубококондоношенных детей.

Материалы и методы. Обследовано 27 детей с ЭМТ и ОНМТ, родившихся в ГБУЗ ЗКПЦ в 2015-2020 гг.

Диагноз врожденной ЦМВИ был подтвержден ПЦР количественным методом в крови и ИФА с определением титра и авидности.

Всем детям проводилась НСГ с доплерографией церебральных сосудов, осмотр глазного дна на ретинальной камере в динамике, компьютерная томография (КТ). Все дети наблюдались неврологом с первых дней жизни.

Результаты и их обсуждение. На основе оценки течения клинической картины мы обратили внимание, что поражение ЦНС у глубококондоношенных детей проявляет себя диффузной мышечной гипотонией в сочетании с гипорефлексией в 100%, взбухания родничка, как у доношенных не определялось ни у одного ребенка, как и не регистрировались ни судороги, ни судорожные эквиваленты.

Из 13 детей, родившихся с ЭМТ и ОНМТ с врожденной ЦМВ-инфекцией, отмечался на НСГ ПВО +++ на протяжении 21-28 дней жизни, что прогностически неблагоприятно. При проведении КТ этим детям были диагностированы поражения главным образом в субэпендимарных областях: воспаление и некроз паренхимы мозга, пролиферативный эпендимит, расширение желудочков мозга.

У 7 детей визуализировались множественные гиперинтенсивные субкортикально расположенные очаги воспаления паренхимы мозга, а также участки кистозной трансформации.

У 5 детей с антенатально запущенным энцефалитом наряду с острыми воспалительными изменениями были видны кальцификаты и очаги кистозно-глиозной трансформации. Для этих изменений также была характерна перивентрикулярная локализация.

Характерной особенностью у всех наблюдаемых нами детьми был вазоспазм церебральных сосудов ($IR > 0,9$)

У 9 детей, родившихся с ЭМТ и ОНМТ с врожденной ЦМВ-инфекцией, при повторных визуализациях отмечались на НСГ ВЖК 1-2 ст или субарахноидальные кровоизлияния на 14-17 сутки жизни, что характерно для ЦМВ-энцефалита.

В настоящее время ЦМВИ лидирует как причина врожденных пороков развития ЦНС. У 3-х глубококондоношенных детей ЦМВ-энцефалит ассоциировался с пороками развития в виде пахигиирии, полимикрोगиирии и гетеротопии.

Стертая клиническая картина, отсутствие информации об инфицировании ЦМВ беременных женщин затрудняют диагностику у детей с ЭМТ. В нашем исследовании 6 детей с ЭМТ погибли и ЦМВ-энцефалит был выставлен патоморфологами. При этом патоморфологическая картина ЦМВ-энцефалита имеет свои особенности: на большом увеличении можно увидеть смесь активированных клеток микроглии, реактивных астроцитов и нейроны с патогномоничными цитоплазматическими и ядерными включениями ЦМВ, очаги некроза и дистрофической минерализации.

Выводы. Стертая клиническая картина, скудность нейросонографических проявлений, сложности с проведением КТ глубококондоношенным детям затрудняют раннюю диагностику ЦМВ-энцефалитов, что в сочетании с поздней выработкой иммуноглобулинов классов М и G является причиной поздней диагностики, а, следовательно, позднего начала терапии.

Список литературы

1. Endo T. Detection of congenital cytomegalovirus infection using umbilical cord blood samples in a screening survey / Endo T., Goto K., Ito K., Sugiura T., Terabe K. et al // J. Med. Virol. –2019. –Vol. 81, № 10. –P. 1773-1776.
2. Gandhoke I. Congenital CMV infection; diagnosis in symptomatic infants / Gandhoke I., Aggarwal R., Hussain S.A., Pasha S.T., Sethi P., Thakur S., Lal S., Khare S. // Indian J. Med. Microbiol. –2019. –Vol. 27, № 3. – P.222-225.
3. Kitaima J. Differential transmission and postnatal outcomes in triplets with intrauterine cytomegalovirus infection / Kitaima J., Inoue H., Ohga S., Kinjo T. et al. // J. Pediatr Dev Pathol. –2018/ –Vol. 15, № 2. – P.151-155.

БЫТЬ, А НЕ КАЗАТЬСЯ!

**К 100-летию со дня рождения невролога,
д.м.н., профессора, заведующего кафедрой
нервных болезней ЧГМИ
П.В. Мельничука**

Он не занимался формированием своего облика и образа, не стремился к ложной значимости. Можно сказать, что Павел Владимирович хорошо, непротиворечиво вписался в формулу «быть, а не казаться». А.М. Вейна «Неврология в лицах. (О классиках, учителях и товарищах)».

В 2021 году исполняется 100 лет со дня рождения врача-невролога, профессора Павла Владимировича Мельничука, оставившего значительный след не только в истории нашего вуза, но и в развитии отечественной медицины. Его достижения в науке и практическом здравоохранении описаны в целом ряде трудов по истории неврологии. Материалы о Павле Владимировиче, полученные из различных источников, были сопоставлены, дополнены, выверены по архивным документам и впервые публикуются в такой полноте.

Павел Владимирович Мельничук родился 24 сентября 1921 г. в селе Белки Ситковецкого района Винницкой области Украинской ССР. В 1939 г. поступил в Ленинградский электротехнический институт связи. 12 июля 1941 был призван в ряды Красной армии. Служил сержантом радиотелеграфистом 28-й отдельной роты связи 28-го района авиационного базирования 16-й воздушной армии. За время службы проявил себя как инициативный, ответственный, самоотверженный боец, внес рационализаторские предложения в работу радиостанций и добился радиосвязи маломощными рациями на расстоянии 100-200 км. Во время наступательных операций, когда части продвигались быстро и удалялись на расстояние более 200 км, находясь

при штабе района, он обеспечивал радиосвязь командования с боевыми частями. За участие в Великой Отечественной войне был награжден медалями «За боевые заслуги» (31.03.1945 г.) «За победу над Германией в Великой отечественной войне 1941-1945 гг.», Орденом Отечественной войны II степени (6.04.1984 г.). Демобилизован в ноябре 1945 г.

В сентябре 1946 г. поступил на лечебный факультет 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М.Сеченова МЗ РСФСР. В студенческие годы занимался в научном кружке на базе клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова под руководством профессора М.Б. Цукер. В 1952 г. с отличием окончил институт и клиническую ординатуру на базе клиники нервных болезней этого вуза (1952-1955), а затем был аспирантом на кафедре нервных болезней (1955-1958). Начиная работать в клинике (старейшая в стране неврологическая клиника), сам сконструировал примитивное устройство из гальванометров для регистрации ЭЭГ и ЭМГ. С декабря 1958 по март 1959, работая младшим научным сотрудником института педиатрии АМН СССР, защитил кандидатскую диссертацию «Исследование электрической активности головного мозга с применением ритмической световой стимуляции у детей, перенесших закрытую травму череп» (1958). Это была одна из первых работ в клинике, с использованием энцефалографии в неврологии и психиатрии. Кстати, первый энцефалограф был приобретен в клинику только в 1956 г. Оборудование было несовершенным и использовалось только для научных экспериментов и для работы на нем требовались технические и инженерные знания, обладал которыми в клинике на этот момент только П.В. Мельничук.

В 1958 г. Павел Владимирович был направлен приказом МЗ РСФСР в ЧГМИ ассистентом курса нервных болезней. В Чите у него появляется прекрасная возможность набраться педагогического и клинического опыта. С 1960 г., после отъезда основателя кафедры доцента Василия Романовича Овечкина (1957-1960 гг.), исполнял обязанности зав. курсом нервных болезней. В 1961 году избран заведующим кафедрой нервных болезней. Высококвалифицированный специалист, он умело совершенствовал педагогический и лечебный процесс. Под его руководством кафедра становится учебным центром не только для студентов, но и для врачей-неврологов Читинской области.

Основным направлением его научных исследований в этот период стала клиническая

электрофизиология. Для продолжения научных исследований совместно с сотрудниками доц. А.В. Завьяловым (кафедра нормальной физиологии) и доц. Э.Б. Арушаняном (кафедра фармакологии) в ЧГМИ была организована биофизическая лаборатория. Коллективом исследователей этой лаборатории была разработана уникальная методика внеклеточных отведений электрических потенциалов отдельных нейронов спинного мозга кошки. Проведены многочисленные опыты, позволившие выяснить взаимодействия фоновой и вызванных сегментарных и надсегментарных уровней активности отдельных нейронов между собой в условиях нормы, а также влияние на них судорожных средств и противосудорожных лекарств (триметина, дифенина). Результаты этих исследований были доложены на 5 Всесоюзной конференции по электрофизиологии нервной системы (1966 г.).

В 1968 г. по приглашению профессора В.В. Михеева доцент П.В. Мельничук возвратился в клинику нервных болезней в Москву на должность доцента кафедры 1-го ММИ, где им была завершена докторская диссертация «Клинико-электрофизиологический анализ показателей реактивности мозга при эпилепсии» (1971 г.). В основу диссертации вошел объемный материал (1000 больных с судорожными состояниями), в том числе использовались результаты научных исследований, полученных в ЧГМИ. Приглашение и быстрая защита диссертации были вызваны необходимостью заменить профессора В.В. Михеева, которому к тому времени было уже более 70 лет, на должности заведующего кафедрой. На кафедре других кандидатур не было, но руководство вуза приняло решение не приглашать на должность заведующего кафедрой ученых из других вузов, а предоставить такую возможность именно выпускнику 1-го ММИ, сохраняя, таким образом, преемственность.

Эпилептическое направление в неврологии, при непосредственном участии Павла Владимировича, в последующие годы становится одним из основных научных направлений исследований кафедры. Он был пионером использования методики вызванных потенциалов нервной системы в неврологии. Вместе с сотрудниками он еще в конце 60-х годов сформулировал основные принципы диагностики поражений нервной системы методом регистрации вызванных потенциалов различных модальностей. Полученные данные в этой области во многих отношениях опередили зарубежные исследования.

Метод вызванных потенциалов был использован не только в диагностических целях, но и как инструмент изучения механизмов работы нормального мозга и анализа патофизиологии основных неврологических заболеваний, включая рассеянный склероз, болевые синдромы, эпилепсию, паркинсонизм.

В 1972 г. Мельничук был избран по конкурсу заведующим кафедрой и директором клиники нервных болезней 1-го ММИ им. Сеченова и с этого времени курировал детское психоневрологическое отделение. Продолжая традиции клиники, в стенах которой усилиями В.А. Муратова и Г.И. Россолимо были заложены основы детской неврологии в России, Павел Владимирович много времени уделял нейропедиатрическим проблемам, сохраняя к ним интерес еще со времени подготовки кандидатской диссертации.

В это период в клинике начинают применять лабораторные и инструментальные методы исследования – электроэнцефалография, электромиография, рентгенография, которые затем становятся ведущими в диагностической и исследовательской практике. В практику клиники внедряется медицинская генетика, нейрохимия, нейрореабилитация. П.В. Мельничук проводит многочисленные исследования в отделении функциональной диагностики по нейрофизиологии, являясь научным консультантом и соавтором ряда научных работ в этой области. Так, он уделяет в своей научной деятельности большое внимание изучению острых состояний, связанных с поражением центральной и периферической нервной системы и требующих срочных лечебных мероприятий: нарушений мозгового кровообращения, синдрома внутричерепной гипертензии, острых нейроинфекций, нейротоксикозов, нервно-мышечных заболеваний, острых травматических поражений нервной системы, судорожного синдрома, коматозных состояний. В период руководства кафедрой и клиникой, Павлом Владимировичем были организованы отделения патохимии обмена веществ и медико-генетическое.

В 1982 г. П.В. Мельничук стал редактором руководства для врачей «Болезни нервной системы», созданного коллективом авторитетных отечественных специалистов. Издание отражало современные представления о важнейших болезнях нервной системы и было широко востребовано специалистами-неврологами. Всего Павел Владимирович стал автором около 150 научных работ, двух монографий, учебника для

студентов «Нервные болезни», двух изданий руководства для врачей «Болезни нервной системы».

После ухода с должности заведующего кафедрой и директора клиники в 1990 г. до последних дней жизни П.В. Мельничук работал в клинике, проводил амбулаторные консультации больных и курировал детское психоневрологическое отделение. Скоропостижно скончался на 75 году в Москве 14 декабря 1995 г., оставив благодарную память о себе у коллег, студентов и пациентов.

Помнят о Павле Владимировиче и в Чите. Его знания, клинический опыт и человеческие качества оставили значительный след в истории нашего вуза. Он был представителем той славной когорты педагогов и организаторов медицинского образования, которые съехались в Читу практически со всего Советского Союза в первые годы работы ЧГМИ. Проработав здесь почти десять лет, Павел Владимирович успел воспитать не один выпуск врачей-неврологов. В забайкальской научной школе неврологии именно под руководством П.В. Мельничука были сделаны первые шаги и заложены основы для будущего развития. Не можем не отметить его стремление познакомиться с чудесной природой Забайкальского края. На мотоцикле с коляской «Ява» вместе с супругой Камиллой Петровной он путешествовал, и с бывалыми туристами Сивцовым Борисом Даниловичем, директором одной из школ Читы, и его супругой Маргаритой Николаевной он плавал на байдарках по рекам Забайкалья.

Его имя навеки вписано в Мемориале нашей академии, посвященном участникам ВОВ и ветеранам тыла, работавшим в годы его создания.

Губанова И.В.

Москалева Е.П.

Сотрудники музея истории ЧГМИ / ЧГМА

Смекалов В.П.

зав. кафедрой патологической анатомии

ЧГМА, профессор

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вейн А.М. Неврология в лицах (о классиках, учителях и товарищах) / А.М. Вейн. – Москва: Мед. информ. агенство (МИА). – 2000. – 59 с.:ил.
2. Михайленко А.А. История Отечественной неврологии. Московская неврологическая школа: очерки / А.А. Михайленко, М.М. Одинак, Н.Н. Яхно. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 511 с.: ил. – URL: <https://clck.ru/TVDuL> (дата обращения: 01.03.2021).
3. Яхно Н.Н. Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова 125 лет / Н.Н. Яхно // Неврологический журнал. – 2016. – № 1. – С. 36-47.
4. Читинская государственная медицинская академия: 60 лет : /под ред. А. В. Говорина . - Чита : Экспресс-издательство, 2013. - 234 с. :цв.ил., - с.108, с.110
5. Читинская государственная медицинская академия: научное издание / А. В. Говорин [и др.]; ЧГМА. – Чита: Экспресс-издательство, 2008. - 229 с.

Сахаров А.В., Ступина О.П.
**Информация о всероссийской
научно-практической конференции
«II Кандинские чтения»
(г. Чита, 10-11 июня 2021 года)**

10-11 июня 2021 года в городе Чите состоялась всероссийская научно-практическая конференция «II Кандинские чтения». I Кандинские чтения, посвященные 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского, проходили в 2019 году.

Основной целью проведенной конференции традиционно стал обмен научными достижениями, практическим опытом и обсуждение актуальных проблем психиатрии, наркологии и психотерапии, а также вопросов эффективности и безопасности применения современных психотропных средств в лечении психических и поведенческих расстройств.

Организаторами мероприятия выступили: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный медицинский исследовательский центр Российской академии наук», ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Министерство здравоохранения Забайкальского края, ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», ГАУЗ «Забайкальский

краевой наркологический диспансер», Российское общество психиатров, Забайкальская ассоциация психиатров, Ассоциация наркологов Забайкалья.

Конференция проходила в смешанном формате (очно и онлайн). Она была аккредитована Советом Непрерывного медицинского образования и включена в перечень образовательного мероприятия. Участники, прошедшие обучение в полном объеме и успешно выполнившие задания тестового контроля знаний, получили 12 зачетных единиц, обеспеченных Региональной общественной организацией «Забайкальская ассоциация психиатров».

В ходе конференции были обсуждены следующие вопросы:

- 1) современные подходы к организации психиатрической помощи в РФ: «новые» тенденции и перспективы их внедрения;
- 2) актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических и поведенческих расстройств;
- 3) современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических и наркологических заболеваний;
- 4) современные аспекты психофармакотерапии;
- 5) биологические основы психических и наркологических расстройств;
- 6) актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии.

В мероприятии приняли участие более 200 представителей разных ведомств и учреждений – врачей и психологов, научных работников,



преподавателей медицинских вузов, ординаторов и студентов. Конференция собрала ведущих ученых и специалистов из Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, Архангельска, Улан-Удэ, Благовещенска, Хабаровска, Якутска, Петропавловска-Камчатского.

По материалам вторых Кандинских чтений выпущен сборник тезисов докладов и научных публикаций специалистов разных регионов России и стран СНГ, он размещен в Российском индексе научного цитирования.

Во время регистрации гостей была организована выставка продукции и изделий, выполненных самими пациентами в процессе реабилитационных занятий. По доброй традиции перед открытием конференции выступили творческие коллективы Читинской государственной медицинской академии.

Открыли конференцию ректор Читинской государственной медицинской академии, д.м.н. Д.Н. Зайцев, Депутат Государственной Думы ФС РФ, заместитель председателя комитета по охране здоровья, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ Н.В. Говорин и Министр здравоохранения Забайкальского края О.В. Немакина. В приветственном слове участникам они отметили достижения забайкальской психиатрии и поздравили психиатрическую общественность с очередным важным научным и образовательным событием.

От Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского с приветственным словом выступила Директор национального научного центра наркологии, д.м.н., профессор Т.В. Клименко, которая подчеркнула значимость проводимой конференции.

Первый доклад сделала главный врач Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской ГМА, главный внештатный специалист психиатр Забайкальского края и Дальневосточного федерального округа, д.м.н. О.П. Ступина. Она познакомила слушателей с работой кризисной службы Забайкальского края, первыми результатами внедрения инструментов ВОЗ для улучшения системы мониторинга за самоповреждениями, а также с анализом влияния пандемии COVID-19 на показатели суицидального поведения среди жителей Забайкальского края.

Второй пленарный доклад озвучил главный врач Забайкальского краевого наркологического диспансера, главный внештатный нарколог Забайкальского края, к.м.н. О.П. Дубинин. В нем была представлена эпидемиология наркологических расстройств в Забайкальском крае, современные организационные формы оказания наркологической помощи в регионе. Намечены перспективы развития наркологической службы.





Сообщение заместителя главного врача Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского Т.В. Снигуряк было посвящено современным подходам к организации реабилитационной работы с пациентами психиатрического профиля как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Большой профессиональный интерес у врачей и организаторов психиатрической помощи вызвало сообщение Директора национального научного центра наркологии, д.м.н., профессора Т.В. Клименко «Вопросы защиты врачебной тайны в психиатрии и наркологии в ситуации информатизации российского здравоохранения», в котором содержалось разностороннее обсуждение проблемы сохранения врачебной тайны на уровне регионального сегмента информационных систем без привязки к конкретной специальности.

Следующие четыре доклада были сделаны представителями Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального медицинского исследовательского центра РАН.

Заместитель директора по научной и лечебной работе, д.м.н., профессор А.В. Семке прочитал содержательную и актуальную в практическом смысле лекцию о коморбидности аддиктивной патологии и эндогенных заболеваний. Заведующий отделением пограничных состояний, д.м.н., профессор М.М. Аксенов рассказал об актуальных вопросах пограничной психиатрии в условиях пандемии COVID-19. Лекция заведующего отделением аффективных состояний, д.м.н., профессора Е.Д. Счастливого была посвящена возможностям преодоления

терапевтической резистентности при коморбидности аффективных и когнитивных расстройств. Доклад старшего научного сотрудника отделения аддиктивных состояний, к.м.н. И.В. Воеводина содержал результаты собственных научных исследований о влиянии возрастного и образовательного факторов на формирование алкогольной зависимости.

Вторую половину пленарного заседания открыл главный внештатный психиатр-нарколог Минздрава России, президент Московского научно-практического центра наркологии, д.м.н., профессор Е.А. Брюн. Он подробно рассказал о современном понимании и подходах к профилактике расстройств поведения у несовершеннолетних.

Доклад главного врача Психиатрической клинической больницы № 5 г. Москвы, декана факультета НМО и заведующего кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии медицинского института Российского университета дружбы народов, д.м.н., доцента А.С. Березкина касался вопросов организации стационарного принудительного лечения больных с психическими расстройствами.

Следующая лекция заведующей кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, председателя Правления Бехтеревского психиатрического общества Санкт-Петербурга, д.м.н., профессора Н.Н. Петровой отражала новые аспекты когнитивных и некогнитивных расстройств при деменции, а также современные подходы к пониманию эффективности и безопасности терапии деменций.

В докладе старшего научного сотрудника



отделения клинической и профилактической суицидологии Московского Научно-исследовательского института психиатрии, к.м.н. К.Л. Кещян был представлен анализ работы суицидологических служб в 44 регионах РФ и перспективы ее совершенствования.

Руководитель отделения расстройств аффективного спектра Московского Научно-исследовательского института психиатрии, д.м.н. И.Л. Степанов представил интересное сообщение об эмоциональном состоянии больных психиатрического стационара в период пандемии новой коронавирусной инфекции.

Старший научный сотрудник отдела гериатрической психиатрии Научного центра психического здоровья РАН, к.м.н. Е.В. Пономарева подробно рассказала о клиническом прогнозе синдрома мягкого когнитивного снижения амнестического типа.

Первый день конференции завершился лекцией аспиранта кафедры биологии человека и биотехнических систем Северного федерального университета А.А. Парамонова о разных диагностических подходах к алкоголизму в международных классификациях болезней.

Во второй день конференции было проведено второе пленарное заседание. Первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской медицинской академии, главный внештатный детский психиатр Дальневосточного федерального округа, д.м.н., доцент А.В. Сахаров в своей лекции представил современные подходы к классификации, диагностике и лечению заболеваний шизофренического спектра.

Следующий доклад сделала заведующая отделением организации профилактической помощи в наркологии Отдела профилактики Национального научного центра наркологии, к.п.н. Е.В. Фадеева. Он отражал изменение моделей потребления табачных изделий, алкогольных напитков, наркотиков и иных психоактивных веществ в период пандемии COVID-19 среди уязвимых групп населения.

Доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской ГМА, заведующий отделением клиники первого психотического эпизода Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского, к.м.н. А.С. Озорнин представил сообщение о роли ряда полиморфных вариантов гена дофамин- β -гидроксилазы в развитии метаболических нарушениях при терапии нейролептиками. Аспирант Читинской государственной медицинской академии И.В. Мындускин рассказал о первых результатах своего научного исследования касательно изменения некоторых провоспалительных хемокинов, цитокинов и показателей системы «нейродеструкция-нейрорепарация» в крови у пациентов с первым эпизодом шизофрении при терапии антипсихотиками.

Главный нарколог Республики Бурятия, главный врач Республиканского наркологического диспансера А.С. Михеев в своем сообщении представил основные задачи по совершенствованию наркологической помощи в Республике Бурятия. Заместитель главного врача по медицинской части Забайкальского краевого наркологического диспансера А.А. Лобанова

рассказала об опыте работы наркологического диспансера по оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией.

Заместитель главного врача по медицинской части Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского М.В. Бунина представила подробный доклад о состоянии психического здоровья детского населения Забайкальского края, об оказании психиатрической помощи детям и подросткам, достижениях в этом направлении и поставила задачи дальнейшего развития психиатрической помощи несовершеннолетним Забайкалья.

В заключительном докладе ассистента кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии, к.м.н. Е.А. Бодаговой был представлен анализ психического здоровья детей Забайкальского края, оставшихся без попечения родителей.

После завершения научной части программы состоялось награждение ординаторов кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии – победителей всероссийских олимпиад студентов и молодых ученых в области психиатрии 2021 года. Обучающиеся получили дипломы и ценные подарки.

Так, 16 апреля 2021 года были подведены итоги VIII Всероссийской олимпиады студентов и молодых ученых по психиатрии и клинической психологии «Игры разума-2021», проводимой Российским обществом психиатров. В этом году в олимпиаде принимали участие студенты, ординаторы и молодые ученые,

представляющие 30 регионов России, а также страны ближнего зарубежья. 1 место из всех участников, набрав максимальное количество баллов, заняла ординатор ЧГМА Кузьмина Д.В. 2 место поделили 8 участников, среди которых ординаторы Галимов Г.А., Григорьева К.С., Лазарева Т.В. 3 место среди всех участников олимпиады поделили 35 человек, из которых 11 – ординаторы ЧГМА. Выполненные задания оценивались профессиональным жюри, обучающиеся ЧГМА продемонстрировали глубокие знания по психиатрии и клинической психологии. 5 ответов участников ЧГМА из 10 заданий приведены как лучшие на олимпиаде.

Кроме того, в мае 2021 года ординатор 2-го года обучения Кузьмина Д.В. заняла 3 место в финале I Бехтеревской олимпиады по психиатрии. Организатором олимпиады выступил Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург). Для участия в I Бехтеревской Олимпиаде было зарегистрировано 326 конкурсантов из 46 регионов России, а также Украины, Белоруссии, Казахстана и Кыргызстана. После первого этапа в финал вышло 18 человек. Финал состоял в решении ситуационных задач под контролем организаторов, для каждой из которых было сформулировано по 5 вопросов. Кузьмина Диана Васильевна заняла 3-е место.

Отдельная благодарность была выражена руководителю ординаторов и студентов в процессе подготовки к олимпиадам – доценту кафедры, к.м.н. Гольгиной С.Е.

В конце конференции теплые слова в





адрес организаторов мероприятия были сказаны всеми присутствующими, в том числе представителями Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского.

Определенной кульминацией завершения конференции стало совещание главных психиатров субъектов Дальневосточного федерального округа. В нем приняли участие представители Забайкальского края, Республики Бурятия, Амурской области, Хабаровского края, Приморского края, Республики Саха (Якутия), Сахалинской области и Камчатского края.

На совещании были обсуждены проблемы, имеющиеся в психиатрических службах Дальневосточного федерального округа. Было отмечено следующее:

- 1) сохраняется высокая потребность во врачах психиатрах в медицинских организациях как первичной специализированной медико-санитарной помощи, так и специализированной медицинской помощи;
- 2) сохраняется отсутствие должного взаимодействия врачей-психиатров и врачей общей лечебной сети по наблюдению и лечению больных психическими расстройствами, страдающих соматической патологией;
- 3) имеются определенные проблемы с госпитализацией пациентов, страдающих психическими расстройствами и сопутствующей соматической патологией, в профильные соматические стационары (Камчатский край);
- 4) отмечено недостаточное финансирование

психиатрических служб (Республика Бурятия);

- 5) отсутствуют общежития, лечебно-трудовых мастерские, возможность трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами (Республика Бурятия);
- 6) имеется неудовлетворительная материально-техническая база психиатрической службы (Республика Саха (Якутия));
- 7) присутствует дефицит площадей для размещения больных с психическими расстройствами (Хабаровский край);
- 8) сохраняется недостаточное лекарственное обеспечение (Республика Саха (Якутия));
- 9) отсутствуют врачи-психиатры в отдаленных и труднодоступных районах Чукотского автономного округа, что приводит к затягиванию процесса выявления первичных форм психических расстройств, снижению эффективности оказываемой помощи. Отсутствие в течение длительного времени транспортной доступности в ряде субъектов ДФО также приводит к усугублению данных проблем.

По итогам совещания главными специалистами субъектов ДФО были высказаны пути решения имеющихся недостатков и трудностей в работе служб:

- 1) необходимо продолжить обучение врачей-психиатров в ординатуре, усилить профориентационную работу среди студентов старших курсов в медицинских вузах ДФО, проработать мероприятия по привлечению

новых специалистов с высшим и средним медицинским образованием. Следует укомплектовать штатными должностями врачей-психиатров районы Крайнего Севера, особенно отдаленные и труднодоступные населенные пункты. Организовать стажировку в психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского специалистов Якутского психоневрологического диспансера для открытия на их базе отделений принудительного лечения общего и специализированного типов;

- 2) продолжить работу по приведению материально-технического и лекарственного оснащения психиатрических служб в соответствие с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи при психических расстройствах. Продолжить совершенствование организации стационарной и внебольничной помощи лицам с психическими расстройствами в современных условиях;
- 3) продолжить совершенствование системы мероприятий, направленных на дестигматизацию лиц с психическими расстройствами;
- 4) содействовать строительству нового корпуса психиатрической больницы в Хабаровском крае на 800 коек круглосуточного стационара и 120 коек дневного стационара с целью решения проблем дефицита площадей и улучшения условий оказания специализированной медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Содействовать строительству нового здания Якутского психоневрологического диспансера, открытию отделения принудительного лечения общего типа, отделения принудительного лечения специализированного типа с койками для стационарной судебно-психиатрической экспертизы;
- 5) содействовать созданию психотерапевтической службы в Республике Саха (Якутия): открытию психотерапевтического кризисного стационара для подростков, открытию психотерапевтических кабинетов в г.

Якутске и 9 районах (улусах) с необходимым оснащением, созданию передвижного специализированного психотерапевтического центра для оказания круглогодичной выездной полипрофессиональной помощи, открытию службы «Телефон доверия»;

- б) содействовать восстановлению лечебно-трудовых мастерских в Республике Бурятия.

Присутствующими на совещании главными специалистами было решено раз в квартал (при необходимости чаще) проводить Совещания с разработкой предложений руководству территориальных министерств здравоохранения по улучшению качества работы психиатрических служб.

Подводя итоги, необходимо отметить, что участники конференции и гости отметили положительный опыт проведения мероприятия в таком формате и высказали надежду на регулярность Кандинских чтений в Забайкальском крае.

В свою очередь, организаторы II Кандинских чтений и забайкальские специалисты продемонстрировали существенные достижения в своей многогранной деятельности и поделились надеждой и планами на дальнейшее развитие психиатрической службы Забайкальского края и совершенствование психиатрической помощи населению Дальневосточного федерального округа.

Первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии, главный внештатный детский специалист психиатр Дальневосточного федерального округа, д.м.н., доцент А.В. Сахаров

Главный врач Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии, главный внештатный специалист психиатр Дальневосточного федерального округа и Министерства здравоохранения Забайкальского края, д.м.н. О.П. Ступина

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 страниц, кратких сообщений - 2-3 страниц.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: 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; список литературы.

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.

Правила направления статьи

1. Файл статьи (в формате MS Word) отправляется по электронной почте на e-mail chgmazabmed@mail.ru.
2. В распечатанном виде (с визой члена редколлегии на первой странице) материалы для опубликования сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, каб. 231.